

MEDYCYNĄ DYDAKTYKA WYCHOWANIE

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE



WARSZAWA 1984

ISSN 0137-6543

ROK XVI NR 3—4

SPIS TREŚCI

JM Rektor Akademii Medycznej w Warszawie Prof. dr Jan Nielubowicz	
Przemówienie inauguracyjne w roku akademickim 1984/85	2
Prof. dr Mirosława Furmanowa	
Stan badań roślin leczniczych w farmacji i medycynie	11
Sprawozdanie z działalności naukowej i dydaktycznej I Wydziału Lekarskiego	18
Ocena działalności naukowej i dydaktycznej II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie	34
Sprawozdanie z działalności Wydziału Farmaceutycznego	38
KONFERENCJA REDAKCYJNA: KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE — STAN OBECNY, PROPOZYCJE ZMIAN	
Prof. dr Bogdan Kamiński	
Słowo wstępne — cel konferencji	45
dr Bronisław Pokrzycki	
Cele kształcenia medycznego w studiach podyplomowych	46
Prof. dr Halina Strzelecka, Prof. dr Zdzisław Zakrzewski	
Formy szkolenia podyplomowego na Wydziale Farmaceutycznym AM w Warszawie	49
Prof. dr Wiesław Tysarowski	
Odpowiedzialność uczelni medycznej za realizację kształcenia podyplomowego	61
DYSKUSJA	64
Genadij J. Caregorodcew, Aleksander J. Iwanuszkin	
Stan i perspektywy rozwoju etyki medycznej w ZSRR	79
Ernst Luther	
Etyka w medycynie — wyniki, poglądy i zadania w NRD	94
Halina Maślińska	
Problematyka ethosu i etyki zawodowej społeczności medycznej PRL	103
Aleksander Tulczyński	
Współczesne problemy deontologii lekarskiej w świetle międzynarodowych dokumentów WMA	112
Tadeusz Brzeziński, Irena Szymanowska	
Opieka nad chorym — wyniki eksperymentu dydaktycznego w PAM w Szczecinie	117
Jerzy Szewczyński	
Wyniki rekrutacji na studia w Warszawskiej Akademii Medycznej w 1984 roku	124
Bolesław Kuzaka	
Nauczanie studentów urologii na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Compluense w Madrycie	132
Anna Olesińska-Serafin, Wiesław Tysarowski	
O konieczności sprawdzenia wiedzy przed udzieleniem prawa wykonywania zawodu	134
Józef Jan Kuźmiński	
Udział personelu medycznego białostoczczyzny w Kampanii Wrześniowej 1939 r.	141
KRONIKA	
Władze Akademii Medycznej w Warszawie	147
Biogramy rektorów Akademii Medycznych obecnej kadencji	147
Nominacje profesorskie i docentury (opr. I. Komasa)	151
Z życia Kół Naukowych Wydziału Farmacji AM w Warszawie (opr. P. Wroczyński)	153
Koło Naukowe Filozofów przy Katedrze Nauk Społecznych AM w Warszawie (opr. Guranowska-Poczobut, Z. Wjickiewicz)	154
XIII Ogólnopolski Quiz Chemiczny Studentów Farmacji (opr. E. Kucharz)	155
ZAGADNIENIA PRAWNE	
Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej dotyczące pracowników naukowo-dydaktycznych i dydaktycznych (opr. I. Komasa)	156

MEDYCINA
DYDAKTYKA
WYCHOWANIE

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

Rocznik XVI

1984

nr 3—4

Prof. dr Jan NIELUBOWICZ

Przemówienie inauguracyjne w roku akademickim 1984/1985

**WYSOKI SENACIE, DOSTOJNI GOŚCIE,
POWSZECHNOŚCI AKADEMICKA NASZEJ UCZELNI**

W dniu dzisiejszym odbywa się 152, kolejna uroczystość otwarcia Nowego Roku Akademickiego Warszawskiej Wyższej Uczelni Medycznej. Jest to także chwila, w której wybrane w maju br. przez naszą Społeczność Akademicką nowe władze przedstawiają się po raz pierwszy Uczelni.

Dziękujemy bardzo za okazane nam zaufanie, za wybór i za wielki zaszczyt, który z tego płynie. Rozumiemy jednak dobrze, że wybór, a także i wyróżnienie stąd płynące stawiają przed nami obowiązki i zadania, z których chcemy się wywiązać jak najlepiej. Jest to w naszym rozumieniu przede wszystkim obowiązek służby, obowiązek pracowitego i oddanego służenia całej społeczności akademickiej, tak aby każdy z nas na swym odcinku pracy stwarzał wszystkim innym możliwość jak najszybszego rozwoju i postępu. Pragnęliśmy tak ułatwić pracę wszystkim członkom naszej społeczności akademickiej, aby we wszystkich klinikach, zakładach, biurach i urzędach każdy był możliwie jak najbardziej samodzielny, aby nikt nie przeszkadzał innym w zamiarach i w pracach, zmierzających do jak najlepszego uczenia, leczenia i prowadzenia badań naukowych.

Nowa Ustawa o szkołach wyższych z 4.V.1982 r. daje uczelni możliwość rozumnego, samorządnego działania. Cieszymy się z tego bardzo i chcielibyśmy, aby wszyscy pragnący działać dla dobra uczelni i całej społeczności akademickiej byli w liczbie tych, którzy w różnych stworzonych przez nową ustawę komisjach, kolegiach i grupach roboczych znaleźli dla siebie pole do działania. Tego pragniemy bardzo i dlatego prosimy wszystkich o pomoc i współdziałanie.

W dniu dzisiejszym ubrani w uroczyste szaty przeżywamy wielkie święto Uczelni. Mnie osobiście zawsze bardzo wzrusza ten dzień i przeżywając tę uroczystą chwilę patrzę na nasze stroje, znaki i przybrania. Myśl moja biegnie w takich chwilach przede wszystkim ku tym, którym to zawdzięczamy. Myślę o twórcach tej szkoły, o naszych nauczycielach i o drodze nam wszystkim Warszawie, z historią której szkoła nasza jest

związana tak ściśle. Przeżywamy dzisiaj 152 uroczystą inaugurację, choć pierwsze przemówienie inauguracyjne w Akademii Medyko-Chirurgicznej w Warszawie wygłosił w 1809 roku, tj. 175 lat temu Stanisław Staszic. Wieloletnie przerwy w działaniu naszej uczelni były odbiciem tragicznej historii naszego narodu i miasta. Pomimo jednak powstań, zaborów i okupacji Wyższa Szkoła Medyczna Warszawy istniała i istnieje nadal. Jest to przede wszystkim zasługą bohaterskiej Warszawy, jak też naszych nauczycieli i nauczycieli naszych nauczycieli.

Jest ich wielu, bardzo wielu, w tej długiej 175-letniej liście zasłużonych. Nie mogąc wymienić wszystkich, przypominam tylko lepiej nam znane imiona Rektorów. Oto oni: Józef Mianowski w 1862 roku, Józef Brudziński — pediatra w 1915 roku, Franciszek Krzysztalowicz — dermatolog w 1929 roku, Mieczysław Michałowicz — pediatra w 1930 roku, Franciszek Czubalski — fizjolog w 1947 roku i Marcin Kacprzak — higienista w 1953 roku. Oni, a także wielu, wielu innych stworzyli wspomniane przeze mnie 175 lat historii naszej Uczelni.

Ale w tych 175 latach jest także obchodzone przez nas w roku bieżącym 40-lecie Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej. My, starsi znamy i pamiętamy te czasy dobrze. Wyższa Szkoła Medyczna w postaci wskrzeszonego przez T. Butkiewicza i Z. Michalskiego docentów U.W. Wydziału Lekarskiego była pierwszą uczelnią medyczną, która powstała po wojnie. Pamiętamy te czasy, gdy na Pradze w szkole przy ul. Boremlowskiej zaczynała się nasza dzisiejsza Akademia Medyczna. Chcę złożyć w imieniu nas wszystkich słowa najserdeczniejszych podziękowań tym wszystkim, którzy tę szkołę wskrzesili. Składam je przede wszystkim na ręce Pani Profesor Marii Dąbrowskiej, która tę szkołę tworzyła i która jest dzisiaj tutaj z nami. Jesteśmy wszyscy pełni podziwu, szacunku i wdzięczności dla tych wszystkich, którzy przez ostatnie 40 lat tworzyli tę uczelnię. Tym, którzy własnymi rękami odgruzowywali i budowali Anatomicum i Zakład Medycyny Sądowej, tym którzy uczyli i wykładali w salach z powybijanymi oknami, którzy usilnie pracowali nad sobą ucząc także młodszych i którzy tworzyli tę tak liczną dzisiaj Akademię Medyczną w Warszawie. Znany nam jest dobrze ogromny dorobek naukowy pracowników uczelni, znane jakże duże liczby doktorów, docentów i profesorów, którzy uzyskali swe stopnie w naszej uczelni. Cała społeczność akademicka naszej uczelni włożyła wielki trud i wysiłek w to, aby stworzyć ten, jak uważam, najpotężniejszy w kraju potencjał naukowy i zawodowy. Niech mi wolno będzie przypomnieć, że poza dwoma profesorami czynnymi wszyscy pozostali wypełniający tak licznie krzesła Rad naszych Wydziałów uzyskali wiedzę i swoje stopnie naukowe w naszej uczelni w ciągu ostatnich 40 lat. To wielka zdobycz i powód do dumy.

Przez te 40 lat pracownicy naszej uczelni oddając wszystkie swe siły i zapał nieprzerwanie z największym wysiłkiem, ale i radością służyli ludziom chorym Warszawy i całego kraju. Wszyscy pamiętamy ten za-

pał, entuzjazm i oddanie lekarzy i studentów naszej uczelni, którzy po 1945 roku odbudowywali naszą Służbę Zdrowia. Pracowano po kilkanaście godzin na dobę, dyżurowano po kilka kolejnych dni śpiąc nieraz na stołach i podłogach, oddawano własną krew chorym, pracowano ciężko na dwóch etatach, aby tylko stworzyć i odbudować Służbę Zdrowia Warszawy. To przecież pracownicy naszej uczelni tworzyli szpitale, kliniki i zakłady nauk podstawowych, z nich rekrutowali się prawie wszyscy ordynatorzy i specjaliści miasta, to oni brali przemożny udział w kształceniu podyplomowym specjalistów całego kraju.

Jest w wielkiej mierze zasługą naszych pracowników, że nie ma już dzisiaj w Warszawie gruźlicy, jaglicy, że rośnie i rozwija się powszechnie nowoczesna onkologia, że powstały w uczelni i w mieście nowoczesne zakłady radiologiczne, analityczne, że powstała nowoczesna anestezjologia, transplantologia, chirurgia, psychiatria i wiele, wiele innych ośrodków leczenia specjalistycznego. Za to wszystko co wielkie, prawe, prawdziwe i dla wspólnego naszego dobra stworzone w tym roku 40-lecia — dziękujemy bardzo. Polskę trzeba budować i o Polskę trzeba walczyć na każdym stanowisku pracy.

W ubiegłym roku Uczelnia nasza zyskała uchwalony, a potem zatwierdzony przez Ministra Zdrowia Statut. Statut ten, zgodnie z Ustawą z 1982 roku o szkołach wyższych, został stworzony i opracowany przez nas samych. Była to bardzo piękna i pożyteczna praca wspólna, pierwszy owoc nadanego nam przez ustawę samorządu. Statut opracowany przez Senacką Komisję Statutową został poddany powszechnej dyskusji całej naszej społeczności, po czym został uchwalony przez Senat. Praca nad statutem dała tym wszystkim, którzy chcieli wziąć w niej udział, wiele radości i zadowolenia. Uczyliśmy się wspólnie mądrze radzić nad sprawami obchodzącymi nas wszystkich. Był to okrucieństwo prawdziwego parlamentarizmu. Cieszę się z tego bardzo i powtarzam już raz złożone na ostatnim przed wakacjami posiedzeniu Senatu podziękowanie Tym wszystkim, których pracy zawdzięczamy ten Statut.

Mam też nadzieję, że czekające nas, tj. całą społeczność akademicką i nowe władze uczelni drugie, niemniej ważne zadanie spełnione zostanie równie pomyślnie. Sprawą tą jest reforma studiów. Wiele spraw złożyło się na to, że jest to bardzo, trudne zadanie, które nigdzie na świecie nie zostało jeszcze dobrze rozwiązane. Stanowi ono jednak istotę naszego działania i dlatego musi być podjęte. Jak to bardzo — moim zdaniem — trafnie określa stanowisko Rady Głównej Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyrażone 29.6.1984 roku podstawowe zadanie szkoły wyższej realizowane jest przez wychowanie i kształcenie. Oba te czynniki winny powodować wszechstronny rozwój młodzieży oraz jej przygotowanie do działania na rzecz społeczeństwa i dla dobra kraju. Wykształcenie winno przygotować kadrę specjalistów potrzebnych dla gospodarki narodowej, wychowanie powinno utrwalić przekonanie, że byt narodowy jest największym do-

brem, a jego trwanie i obrona są najważniejszym obowiązkiem. Główne zadania wychowawcze szkoły wyższej osiąga się przez wszechstronny rozwój studenta, kształtowanie jego kultury osobistej i zasad społecznego współżycia, rozwijanie wzorcowych postaw społeczno-politycznych zgodnie z Konstytucją PRL i stosownie do zasad podanych w ustawie o szkolnictwie wyższym z dnia 4.V.1982. Należy uzyskać poprawę w realizacji zadań wychowawczych nie tylko przez znacznie większe zaangażowanie instytutów i katedr nauk społeczno-politycznych lecz także przez jak największy udział wszystkich jednostek dydaktycznych. Zadaniem ich jest kształtować właściwy stosunek do pracy, poczucie odpowiedzialności, wrażliwość na sprawiedliwość społeczną, przestrzeganie norm etycznych oraz rozwijanie poczucia więzi z uczelnią.

Nauki polityczne winny kształtować szacunek dla prawa i demokracji, uczyć racjonalnego myślenia kategoriami narodu i państwa. Realizuje to: 1) właściwa, wychowawcza i dydaktyczna praca nauczycieli akademickich, 2) właściwa organizacja pracy dydaktycznej i wychowawczej, 3) wychowanie przez pracę, 4) właściwe działanie samorządu i organizacji studenckich, 5) studencki ruch naukowy, 6) wychowanie wojskowe i fizyczne.

Ucząc i rozmawiając wielokrotnie ze studentami, przyjmując od wielu lat chorych w przychodni, gdzie spotykam się z różnego typu skierowaniami i rozpoznaniem lekarzy absolwentów naszej uczelni, pracując wreszcie od lat jako konsultant różnego stopnia i występując, niestety, jako biegły w sądzie, odnoszę wrażenie, że uczymy i wychowujemy niejednokrotnie naszych absolwentów niedobrze. Niektórzy nie mają nie tylko dostatecznych współczesnych wiadomości fachowych, ale unikają jak mogą próby samodzielnego myślenia, odsyłają każdego, trudniejszego chorego gdziekolwiek, byleby się pozbyć kłopotów. Po kilku, kilkunastu latach pracy w medycynie jako problem przestaje wielu młodych interesować. Ta nauka, której tak pragnęli się nauczyć, staje się wyłącznie ich zawodem, środkiem utrzymania. Nie dotyczy to wszystkich, ale myślę, że liczba tego typu młodych lekarzy powiększyła się ostatnio. Wiele zależy, rzecz prosta, od osobowości i charakteru człowieka, ale na pewno część odpowiedzialności przypada na szkoły, ich nauczycieli i organizację nauczania.

Dlaczego tak się dzieje? Myślałem o tym wielokrotnie i przyczyny tej części niedoskonałości wychowywanego przez nas lekarza, która może brać swój początek na studiach, wyobrażam sobie następująco:

- 1) Student, młody lekarz kończy studia, nie jest w stanie ogarnąć w czasie studiów ogromu wiedzy, czy nawet praktycznych informacji, które przynosi dzisiejsza medycyna.
- 2) Postęp w naukach medycznych jest tak szybki, że nie starcza absolutnie czasu, aby o wszystkim nowym dowiedzieć się i bardzo wiele

z tego co absolwent wie, stając się lekarzem, nawet po 30 latach nie będzie miało większego znaczenia.

- 3) W Polsce musimy prowadzić nauczanie masowe, ponieważ takie są wymagania naszej Służby Zdrowia. Warunki, w których to nauczanie się odbywa, są bardzo złe. Za dużo studentów, za mało sal wykładowych, laboratoryjnych, klinik, itd.
- 4) Nie wiemy sami, jaki z punktu widzenia interesu społeczeństwa powinien być młody lekarz kończący studia. Czy powinien być: 1. lekarzem ogólnym, 2. kandydatem na specjalistę, 3. zadatkami przyszłego badacza, prowadzącego tzw. prace naukowo-badawcze (tzw. research), 4. innym typem lekarza.

Lekarz, ogólny, tzn. taki, który będąc pierwszym wezwanym lekarzem jest w stanie rozpoznać każdą chorobę, a jeżeli tego nie potrafi zrobić, to będzie wiedział, co z takim chorym winien zrobić, aby to rozpoznanie i niezbędne leczenie ustalić. Wykształcenie takiego lekarza wydaje się być bardzo trudne wobec ogromnej liczby napływających coraz to nowych informacji zawodowych, które zmieniają się bardzo szybko. Jestem 46 lat lekarzem, ale gdy wojna zmusiła mnie zaraz po studiach do pracy na wsi, musiałem leczyć starych, młodych, dzieci, oseski, przyjmować porody nieraz w chatach prywatnych, nastawiać złamania, kontrolować epidemię duru plamistego, robić na żądanie prokuratora sekcje sądowo-lekarskie. Mając ze sobą trochę podręczników ze studiów, starałem się podolać mym zadaniom, ale dziś zdaję sobie sprawę ile robiłem błędów. Umiałem nawet, co mnie dzisiaj napawa zdumieniem, wytłumaczyć za-troskanej matce, jak się gotuje zasmażki, mieszanekę holenderską I i II itp. Dziś, wszystkie moje wiadomości z tamtych lat są zupełnie bezużyteczne. Dzieciom zapisuje się gotowe preparaty słynne „Bebiko”, a gdy ja niedawno zapisałem choremu czopki z Ext. Hammamelidis i Infusum Radicis Senegae, to moi najmłodszy współpracownicy pytali mnie, co to są za lekarstwa. Oni nie potrzebują pisać recept, ponieważ są już gotowe czopki, syropy czy tabletki. Z drugiej strony, nie wiem jaką drogą powinien być chory kierowany lub przewożony do różnych punktów konsultacyjnych; nie wiem zupełnie, jak odczytać wektokardiogram, a na to aby lepiej móc ocenić ryzyko operowanych chorych musiałem niedawno przestudiować studenckie podręczniki elektrokardiografii.

W czasach, gdy zaczynałem pracę lekarską, nikt nie uważał za potrzebne oznaczanie poziomu transaminaz — co dzisiaj — każdy najmłodszy nawet lekarz uważa słusznie za rzecz podstawową w różnicowaniu żółtaczk, do której został wezwany. Jednym z pierwszych moich obowiązków młodego lekarza było szczepienie ospy w Ośrodku Zdrowia, 3 lata temu zarejestrowano ostatni przypadek ospy na świecie!

Przykładów takich jest wiele; pokazują one wyraźnie, że obecnie lekarz ogólny musi mieć dużo więcej i dużo dokładniejszych informacji niż absolwent tej samej uczelni przed 46 laty. Nasza wiedza o chorym czło-

wieku zmienia się szybko i staje się coraz to większa. Jeżeli więc chcemy kształcić naszych studentów na to, aby byli lekarzami ogólnymi musimy ich w ciągu 6 lat — bo okres studiowania w uczelni nie może być dłuższy, tego nie wytrzyma budżet żadnego państwa — powtarzam w ciągu 6 lat, musimy go nauczyć wszystkiego powierzchownie, tzn. tyle ile winien on przede wszystkim wiedzieć, widząc każdego chorego po raz pierwszy i tyle, aby wiedział, czy i jak może leczyć sam tego chorego w jego własnym domu.

Jeżeli chcemy, aby nasz absolwent został specjalistą: internistą, chirurgiem, pediatrą, ginekologiem, tak aby po ukończeniu studiów i 1—2 latach pracy w wybranej przez siebie specjalności mógł już podejmować niektóre decyzje samodzielnie, musimy jego uniwersyteckie curriculum zmienić odpowiednio. Jak mi się zdaje winno się wówczas położyć większy nacisk i poświęcić więcej godzin na nauczanie 4 podstawowych dyscyplin klinicznych, zmniejszając liczbę godzin przeznaczonych na naukę o organizacji służby zdrowia, epidemiologię, statystykę i na te specjalności kliniczne, które są pochodnymi 4 głównych dyscyplin medycyny klinicznej.

Jeżeli chcielibyśmy, aby nasz absolwent był w przyszłości uczonym i pracownikiem nauki bądź to w naukach podstawowych, bądź w klinicznych, czy też farmaceutycznych, wówczas musi on w czasie studiów uzyskać przede wszystkim mnóstwo informacji z dziedziny nauk podstawowych, włączając w to w większym zakresie niż inne nauki będące na pograniczu z medycyną kliniczną, tj. biologię, fizykę, statystykę, chemię, immunologię i inne, nawet dopiero nowo rozwijające się dyscypliny, będące pochodnymi i sublimacją postępu różnych gałęzi medycyny.

Kierujący służbą zdrowia w naszym kraju widzą także potrzebę wykształcenia specjalistów lekarzy sanitarnych, epidemiologów, administratorów, dyrektorów dużych szpitali itd. Każdy typ lekarza wymagałby odpowiedniej zmiany toku studiów.

Po długich namysłach, dyskusjach i analizach ktoś mógłby opracować kilka typów nauczania, czy to w postaci przedmiotów fakultatywnych, czy też jako od razu określonego biegu studiów. Uzyskałoby się wówczas możliwość wykształcenia wybranego typu lekarza, który po pewnym krótkim przeszkoleniu specjalizacyjnym odpowiadałby stawianym wymaganiom.

Ja myślę, że tego jednak nie uda się zrobić — powiem więcej — nie należy robić.

Nie uda się zrobić przede wszystkim dlatego, że wszelkie dyskusje nad reformą studiów medycznych prowadzone w różnych grupach nauczycieli akademickich sprowadzają się zawsze do tego, że każdy chce dołożyć do obowiązującego pensum naukę swojej specjalności. Wiem już od lat, że studenci nasi są przeciążeni pracą, obowiązkowymi zajęciami, szczególnie na I i II roku. Mają oni tyle godzin obowiązkowych przedmiotów nau-

czania, tyle kolokwiów i zaliczeń z przedmiotów od klinicznej medycyny odległych, że zmieniają się nawet ich zainteresowania medycyną, jak niektórzy mówią u nas: „tracą oni motywację studiowania”. Nie można reformować medycyny zwiększając liczbę godzin z różnych dodatkowych przedmiotów, nieraz kosztem innych, dotąd uważanych za podstawowe.

Czynić tego także — moim zdaniem — nie należy, ponieważ kandydat na przyszłego lekarza, student I-go roku sam nie wie, kim chciałby zostać. Nie należy się temu dziwić. 18—20-letni młody człowiek nie musi wiedzieć czego będzie chciał, co go będzie interesowało za 6 lat. Mało tego, ku memu najwyższemu zmartwieniu, przekonałem się ostatnio, że bardzo wielu studentów przy końcu studiów uważa, że wybrało niewłaściwie zawód. Prowadząc ze studentami V roku codziennie seminaria przy końcu naszych 3-tygodniowych spotkań, proszę ich o bezimienną ankietę, w której zadaję dwa pytania: 1. Jaki $\%$ nauczycieli akademickich uczyło i uczy ciebie w czasie studiów tak, jakbyś chciał, aby uczono twoje dzieci, 2. Jaki $\%$ twoich kolegów uważa, że źle wybrało zawód i że gdyby drugi raz rozpoczynali studia wybraliby inny kierunek. Odpowiedzi są od lat podobne. Na pierwsze pytanie o nauczycielach — odpowiedzi jest 20—30 $\%$, na drugie o wyborze zawodu 50—70 $\%$.

To są dla mnie zastanawiające i chyba bolesne liczby. Pierwsza odpowiedź mówi o potrzebie większego wysiłku z naszej strony w nauczaniu. Musimy wszyscy, od najstarszych do najmłodszych nauczycieli akademickich, zrobić wszystko, aby lepiej uczyć studentów, by ich naprawdę tak uczyć, jak pragnęlibyśmy, aby uczono nasze dzieci. Poprawa w tej mierze zależy od nas samych.

Druga odpowiedź mówi o tym, jak niedoskonałe są nasze metody wyboru przy przyjmowaniu na I rok studiów. Jako rektor rozmawiałem wielokrotnie z kandydatami i rodzicami tych, którzy nie zostali przyjęci na studia. Rozmawiałem też ze studentami I roku; miałem dla nich wykłady i byłem absolutnie przekonany o jak najsilniejszej chęci z ich strony zostania lekarzem. A tymczasem przy końcu studiów okazuje się, że jest inaczej.

Być może nasze metody wyboru na studia są niedoskonałe, ale innych poza ścisłym, sprawiedliwym konkursem posiadanych wiadomości nie można wymyślić. Odpowiedź ankietowanych studentów mówi także o tym, że nie można a priori na I roku układać studentom, takiego czy innego curriculum, ponieważ nasz student nie wie o tym w ogóle, czy on chce być lekarzem. Obecny sposób prowadzenia studiów indywidualnych, poza nazwą, mało zmienił w rozkładzie nauki kandydatów. Kształcenie podyplomowe na pewno pomaga w samokształceniu i doskonaleniu przyszłego specjalisty, ale zaczyna się ono w momencie, gdy ktoś został już lekarzem. A w naszym życiu zawodowym, tak jak w życiu każdego człowieka, najważniejsze są pierwsze lata. Charakter, zamiłowanie, poczucie prawdy, sprawiedliwości, stosunek do swoich obowiązków i do otoczenia

kształtują się u człowieka w dzieciństwie, w okresie pierwszych lat jego życia. To samo dotyczy i przyszłego lekarza, którego lekarskie „ja” składa się — według mnie — przede wszystkim z: 1) **zamiłowania lub niechęci do wiedzy, którą nabywa**, 2) **ze sposobu krytycznego i analitycznego myślenia, ze stałego zadawania sobie i innym pytań „dlaczego?”**, 3) **ze stosunku do człowieka, a nie przypadku, który ma leczyć**, 4) **z większej lub mniejszej liczby informacji**.

Tak więc według mego zrozumienia pierwsze trzy części tego, co student winien otrzymać w uczelni można by nazwać wychowaniem, a pozostałe wykształceniem. Nie można tego ujmować w liczby, ponieważ nie wiadomo, co jest najważniejsze. Należy jednak sądzić, że wychowanie z wykształceniem tworzą jedno — odpowiedzialnego lekarza, który umie i chce leczyć chorego człowieka, stając się użytecznym i potrzebnym członkiem społeczeństwa.

Patrząc na moich kolegów studentów zebranych, tak jak dzisiaj wspólnie, uświadamiam sobie, że czas od immatrykulacji do uzyskania dyplomu jest krótki, choć dla tego, który to przeżywa jest to jeden z najważniejszych i najdłuższych okresów życia. Co więc zrobić, aby wobec tych wszystkich wypowiedzianych przeze mnie wątpliwości o nauczaniu medycyny, przysporzyć krajowi jak najwięcej odpowiedzialnych, dobrych lekarzy i farmaceutów.

Myślałem nad tym wiele i dziś po 38 latach pracy nauczyciela medycyny wiem, że najważniejszą rzeczą, którą student wynosi z uczelni, jest żywy przykład nauczyciela, czasami mistrza. Gdyby mnie ktoś zapytał dzisiaj, co z perspektywy minionych lat uważam za najważniejsze w moich studiach lekarskich, co miało największy wpływ na moją dalszą pracę i rozwój, odpowiem bez wahania — Profesor Kazimierz Pelczar, profesor patologii ogólnej w Wilnie zamordowany w czasie wojny, oraz Prof. Mieczysław Michałowicz pediatra z Warszawy. Gdy zadałem podobne pytanie Prof. Paszkiewiczowi w pamiętnym dla mnie dniu wyboru przez Radę Wydziału na kierownika Kliniki, odpowiedział bez wahania: Dr Edward Zieliński — znakomity internista warszawski początku XX wieku. Dr Zieliński jako wychowanek Szkoły Głównej wymieniłby zapewne Tytusa Chałubińskiego. Ten znów nazwałby swego nauczyciela i tak dalej, aż do roku 1809 do St. Staszica. Tak powstaje najważniejszy w życiu lekarza łańcuch tworzący krąg ludzi najlepszej woli i najlepszego przykładu.

Powstaje to przez naturalne powiązanie każdego z nas w naszym lekarskim środowisku z naszymi nauczycielami. Ogniwa tego łańcucha tworzy przykład, znaczenie i mądrość naszych najwybitniejszych nauczycieli, których każdy obiera sobie za swój wzór i rodzaj ideału.

Mówię o tych osobistych myślach, ponieważ szczególnie teraz, gdy trwają stale dyskusje ze studentami i dowiadujemy się od nich, że wielu pragnie uzyskać w szkole tylko informacje jak leczyć chorego, zwracam

się do wszystkich nauczycieli akademickich z gorącą prośbą i wezwaniem, aby włożyli jak najwięcej wysiłku w to, by swym zachowaniem, myśleniem, stosunkiem do chorego i nauki, jak też informacjami, których udzielają, stali się przykładem, który student będzie pragnął naśladować.

Proszę o to szczególnie najlepszych naszych nauczycieli, tj. tych, których Rady Wydziałów w drodze wyboru uznałyby za najlepszych, wybierając ich na stanowisko Profesora, Docenta lub Doktora hab., aby sami osobiście bezpośrednio uczyli studentów stykając się z młodzieżą jak najczęściej. Musimy wszyscy pamiętać, że obowiązkiem naszym jest tworzyć potrzebnych krajowi lekarzy przez nauczanie i wychowanie, które uzyskujemy: 1) przez inspirację, tzn. wywołanie w studentie przekonania, że chce on i może być dobrym lekarzem, 2) przez wzywanie go do krytycznego myślenia, które my starsi nazywamy myśleniem klinicznym, 3) przez właściwy stosunek do chorego człowieka i wreszcie, 4) przez przekazanie mu potrzebnych informacji, które za 30 lat mogą okazać się w większości niepełnymi lub niewłaściwymi; zostaną jednak mądrze wykorzystane przez kogoś, kto umie myśleć krytycznie. Pierwsze trzy działania muszą wynikać z naszego postępowania, nie należy ich wymieniać, student winien je sam wydedukować z naszego postępowania.

Mówiłem dziś dużo o przyszłości, ale przecież przed nami teraźniejszość, przed nami uroczysta immatrykulacja najmłodszych członków naszej społeczności akademickiej. Witam Kolegów bardzo serdecznie. Składam Wam serdeczne życzenia z powodu zwycięstwa w konkursie, życzę też jak najlepszych i najpomyślniejszych studiów. Rodzicom Waszym, którzy są dziś z Wami, a którzy przygotowali Was do tych studiów przez długie lata, składam serdeczne powinszowania. Dziękuję im za ich trud i wysiłek oraz liczne wyrzeczenia, które zapewne ponieśli, aby powstało nowe pokolenie studentów, a później lekarzy i farmaceutów naszej Uczelni.

Wysoki Senacie, Powszechności Akademicka Warszawskiej Akademii Medycznej w imieniu Władz Uczelni i swoim własnym życzę Państwu, aby nadchodzący rok akademicki był dla nas wszystkich rokiem pomyślnej nauki i jak najlepszego nauczania. Rok akademicki 1984/1985 uważam za otwarty.

Prof. dr hab. Mirosława Furmanowa

STAN BADAŃ ROŚLIN LECZNICZYCH W FARMACJI I MEDYCYNIE *

Magnificencjo, Wysoki Senacie, Dostojni Goście, Drodzy Studenci.

Współczesna nauka stworzyła medycynie różnorodne możliwości działań służących ochronie zdrowia człowieka. W bogatym asortymencie leków są również leki roślinne.

Rośliny służyły człowiekowi od zarania ludzkości. Według mitologii greckiej Asklepios — bóg sztuki lekarskiej, czczony w całej Grecji, a w Rzymie nazywany Eskulapem, był wychowywany w młodości przez centaura — Chirona, który nauczył go znajomości ziół i ich stosowania. Od starożytności do drugiej połowy XIX wieku stosowano prawie wyłącznie leki naturalne otrzymywane z roślin, zwierząt, minerałów.

Dopiero w wieku XIX przekonano się, że związki organiczne można wytworzyć i poza organizmem. Rozwinął się przemysł chemiczny, wprowadzono do leczenia wiele związków otrzymanych syntetycznie, ale i badania leku roślinnego skierowały się na nowe tory. Izolowano roślinne substancje czynne farmakologicznie: morfinę (1803 r.), emetynę (1817 r.), chininę (1818 r.).

Z biegiem lat zmieniało się pojęcie leku roślinnego. Dziś w międzynarodowej nomenklaturze specjalistycznej lek roślinny określa się jako „**Phytopharmakon**”. Nazywa się tak substancję czystą, wyizolowaną z roślin, a także każdy preparat zawierający składniki pochodzenia roślinnego. Leki te dzieli się na cztery grupy:

- 1) **surowce roślinne** (najdawniej znane) często stosowane per se,
- 2) **preparaty galenowe** — nalewki, wyciągi, pasty, aerozole i in.,
- 3) **jednorodne związki chemiczne** wyodrębnione z roślin w skali przemysłowej o dokładnie poznanej budowie i działaniu farmakologicznym, na przykład: alkaloidy, morfina, kodeina, czy glikozydy-ianatozyd C,
- 4) **produkty metabolizmu drobnoustrojów** — bakterii i grzybów otrzymane w drodze hodowli na sztucznych podłożach ze względu na swe właściwości antybiotyczne i inne.

* wykład inauguracyjny.

Zainteresowanie społeczne lekiem roślinnym stale wzrasta. Wyrazem tego jest kilkakrotne zwiększenie jego produkcji w krajach o nowoczesnym i dużym przemyśle farmaceutycznym: w Szwajcarii, RFN czy Japonii. Podobne zjawisko obserwuje się w Polsce i państwach sąsiednich. W Bułgarii tworzone są przy klinikach oddziały fitoterapii, na których pewne schorzenia leczone są tylko lekami naturalnymi. Podawane są one przy niedomaganiach ze strony przewodu pokarmowego, układu krążenia, układu moczowego, oddechowego.

Współczesna terapia stosuje zależnie od potrzeb całe kompleksy związków występujących w roślinach, a także izolowane z nich jednorodne związki, chemicznie określone.

Lek roślinny zawierający zespół substancji biologicznie czynnych działa wielokierunkowo, pobudzając różne układy lub wyrównując niedoczynności określonych narządów. Wzmaga jednocześnie własne siły obronne organizmu, a ponadto dostarcza związków mineralnych, pierwiastków śladowych oraz witamin. Z tego też względu zastosowanie preparatów galenowych z ziół daje odmienne efekty niż użycie czystych związków biologicznie aktywnych. Dlatego też podawane są np. jako leki przeczyszczające listki senesowe bądź korzeń rzewienia zamiast czystych glikozydów antrachinonowych, które mogą spowodować zaburzenia różnego typu zależne od wrażliwości pacjenta.

Stosując leki pochodzenia naturalnego można mieć do czynienia ze związkami szybko i silnie działającymi, kompleksami związków o przedłużonym, powolnym działaniu, a także z działaniem ubocznym, mutagenicznym, a nawet teratogennym. Przedłużone działanie ma np. kompleks kofeiny z garbnikami występujący w liściach herbaty. Działa on wolniej od kofeiny zawartej w nasionach kawy. Związkami działającymi mutagenicznie są alkaloidy pyrolizydynowe izolowane z niektórych pospolitych roślin polskich. Błędny jest więc pogląd, że leki roślinne nie są toksyczne. Z tych względów fitoterapia jak każda metoda terapeutyczna musi być stosowana przez lekarzy, jedynie uprawnionych do leczenia. Im lepsze będzie przygotowanie kadry i placówek służby zdrowia do fitoterapii, tym mniejsze będzie jej stosowanie przez ludzi nie przygotowanych do tej działalności.

W Polsce w Urzędowym Spisie Leków z 1983 r. i wykazie leków pozaspisowych jest 240 pozycji roślin leczniczych. Jest to niewiele w porównaniu z 5000 gatunków stosowanych w lecznictwie w Chinach, czy prawie 3000 w Indiach. Lista roślin leczniczych się powiększa. Sprzyja temu współczesny dynamiczny rozwój różnych dziedzin wiedzy związanych z lekiem naturalnym. Opracowany w 1983 r. we Włoszech na wniosek Światowej Organizacji Zdrowia **Index Plantarum Medicinalium Totius Mundi Eorumque Synonymorum** przedstawia 21 000 nazw roślin leczniczych stosowanych w 91 krajach świata.

Wyniki ekspertyzy wykonanej w Polsce w lecznictwie otwartym wy-

kazały, że ponad 30% realizowanych recept zawiera leki pochodzenia roślinnego. Wskaźnik ten jest u nas nieco niższy od obserwowanego w innych krajach, np. Francji czy USA.

O stanie badań roślin leczniczych informują corocznie Międzynarodowe Kongresy i Sympozja o tematyce biologicznej i chemicznej. W bieżącym roku kilka zjazdów odbyło się w Europie, a jeden poświęcony chemii produktów naturalnych w Polsce. Ostatnie symposium na temat zastosowania kultur tkankowych do ulepszania roślin różnymi metodami zakończyło swoje obrady w Ołomuńcu, w ostatnich dniach września br.

Dziś badania roślin leczniczych są wielokierunkowe. Obejmują one:

- wykorzystanie naturalnych zasobów roślin leczniczych,
- uprawę i hodowlę roślin,
- kulturę tkanek i komórek roślinnych *in vitro*,
- manipulacje genetyczne,
- analizę fitochemiczną i fitofarmakologiczną.

Głównymi problemami hodowli roślin leczniczych jest otrzymanie wartościowych odmian, poznanie najlepszych warunków ich rozwoju i ochrony. W tym celu stosowana jest często selekcja, krzyżowanie, wywoływanie mutacji czynnikami chemicznymi i fizycznymi. W Polsce zagadnieniami tymi zajmuje się głównie Instytut Przemysłu Zielarskiego w Poznaniu. Opracowano tam metody uprawy ponad 60 gatunków roślin leczniczych i wyhodowano kilkanaście odmian o korzystniejszych cechach, dotyczących plonowania i zawartości związków biologicznie czynnych. Do upraw wielkoarealowych wprowadzono np. **ostropest płamisty** (*Silibum marianum*) stanowiący podstawę otrzymywania „**Sylimarolu**” stosowanego przy toksycznym uszkodzeniu wątroby, **marzannę barwierską** (*Rubia tinctorum*), która wchodzi w skład preparatu „**Rubinex**” działającego przeciw kamicy nerkowej, **karczochy** (*Cynara scolymus*), z których wyciąg stanowi składnik nowego preparatu „**Cynarein**” o działaniu żółciotwórczym. Wieloletnie prace hodowlane doprowadziły do otrzymania nowych polskich odmian roślin leczniczych, takich jak **rumianek tetraploidalny** (*Matricaria chamomilla* var. *Złoty łąn*), **kozłek grubokorzeniowy** (*Valeriana officinalis* var. *Polka*) i inne.

Ważnym problemem ostatnich lat, rozwijającym się na skutek badań sozologicznych jest poszukiwanie nowych odmian i form odpornych na szkodniki i choroby roślin. Powszechne dziś stosowanie herbicydów i środków ochrony roślin spowodowało konieczność wykrywania i oznaczania pozostałości substancji toksycznych w glebie i roślinach.

Poza hodowlą i uprawą roślin leczniczych w gruncie, duże możliwości badawcze daje najnowszy z wymienionych wyżej kierunków — hodowla komórek roślinnych *in vitro*. Pozwala ona między innymi na szybkie, klonalne rozmnażanie roślin. Regeneracja całej rośliny nastąpić może z fragmentów różnych organów bądź z jednej komórki zgodnie z zasadą o totipotencji komórek: *omnis cellula e cellula*. **W roku 1965 po raz pierw-**

szy doprowadzono do regeneracji całej rośliny z jednej komórki tytoniu szlachetnego (*Nicotiana tabacum*). Dzięki tej technice badań w Warszawskiej Akademii Medycznej opracowano metodę szybkiego mnożenia kilku roślin leczniczych w drodze somatycznej embriogenezy i somatycznej organogenezy. **Badaniami objęto zarówno gatunki rodzime jak i obce naszej flory, które mogą być u nas uprawiane, np. *Catharanthus roseus* dostarczający działających cytostatycznie alkaloidów winkrystyny i winblastyny.**

Kultury tkankowe są dobrym modelem do badania zmienności organizmów. Zmianę genotypu uzyskuje się przez kulturę haploidów i protoplastów bądź manipulacje genetyczne prowadzone metodami inżynierii plasmów bądź manipulacje genetyczne prowadzone metodami inżynierii genetycznej. Z gatunków leczniczych niewiele dotychczas otrzymano roślin haploidalnych, były to np. naparstnica purpurowa — *Digitalis purpurea*, bądź pokrzyk — wilcza jagoda — *Atropa belladonna*. Rośliny haploidalne mają często odmienny skład chemiczny od diploidalnych.

Szerokie zainteresowanie budzi hodowla protoplastów. Brak ściany komórkowej pozwala na przeprowadzenie wielu eksperymentów takich jak łączenie się całych protoplastów, a także wprowadzenie do obecnej cytoplazmy organelli komórkowych (jądra bądź chloroplastów), mikroorganizmów (bakterii) lub wyizolowanego materiału genetycznego z innej komórki. **Ważnym osiągnięciem ostatnich lat było otrzymanie somatycznych hybryd przez fuzję protoplastów wśród gatunków, u których nieznanne były mieszańce naturalne.** W wyniku fuzji protoplastów otrzymuje się osobniki o różnym genotypie. W ostatnich latach prowadzono wiele prób z wbudowaniem obcego DNA do protoplastu. W toku są badania wprowadzenia DNA od Procaryota do komórek Eucaryota i analiza otrzymanych genotypów i fenotypów. Badania te otwierają możliwość dokładnej analizy regulacji ekspresji genów w roślinach. Eksperymentom tym poddawane są gatunki z rodziny Solanaceae — psiankowatych. Niezwykle ważnym odkryciem było pokonanie trudności związanej z odczytaniem informacji genetycznej, zawartej w plazmidach bakterii wprowadzonych do roślin. Dzięki tym osiągnięciom istnieje już możliwość wprowadzenia pożądanego genu lub ich zespołów do roślin przez dołączenie tych genów do plazmidów. Główne badania idą w kierunku uzyskania przez rośliny odporności na choroby zakaźne i szkodniki oraz otrzymanie odmian mrozoodpornych bądź asymilujących azot. Badania tego typu są już zapoczątkowane w Polsce.

Innym problemem, jaki może być rozwiązywany przy użyciu kultur tkankowych *in vitro*, jest biosynteza i biotransformacja związków farmakologicznie czynnych. Daje to możliwość kontrolowanej produkcji tych substancji bez masowej uprawy roślin. Dotychczas biotransformacja była prowadzona przy użyciu mikroorganizmów — grzybów i bakterii lub ich enzymów. Obecnie może ona przebiegać również przy użyciu komórek

roślin kwiatowych hodowanych in vitro. W kulturze in vitro uzyskano np. alkaloidy, glikozydy, terpeny, steroidy, różne białka w tym liczne enzymy. Pod względem działania farmakologicznego związki te mogą być stosowane przeciwko mikroorganizmom, wirusom, mają działanie przeciwnowotworowe, immunogenne oraz właściwości interferonopodobne. **Do najważniejszych osiągnięć biotransformacji należy uzyskanie w Kanadzie cytostatycznie działającej winblastyny z katarantyny i winodoliny w kulturze zawieszinowej *Catharanthus roseus*.**

Bardzo obiecującą pod względem biotechnologicznym jest opracowana w Niemczech Zachodnich i Japonii metoda biotransformacji glikozydów kardenolidowych *Digitalis purpurea* i *Digitalis lanata*. Przy użyciu immobilizowanych komórek tych gatunków następuje biotransformacja metyldigitoksyny do metyldigoksyne z pominięciem pośrednich procesów. W ośrodku warszawskim prowadzone są analogiczne prace, dotyczące przekształcenia glikozydów kardenolidowych przy użyciu enzymów grzybów. Opracowana została technologia biotransformacji lanatozydów w cenną dla lecznictwa digoksynę i acetyldigoksynę. Z innych związków prowadzone są w świecie badania biotransformacji kumaryn, mono-terpenów, pochodnych fenolu, alkaloidów.

Można oczekiwać, że kultura tkanek roślinnych odegra w przyszłości dużą rolę w hodowli roślin i biotechnologii, podobnie jak obecnie kultura mikroorganizmów. Te dziedziny mają przed sobą duże perspektywy. Wyrazem tego są decyzje Komitetu Współpracy Naukowo-Technicznej RWPG, który wśród priorytetowych kierunków w dziedzinie wdrażania nowych technologii wymienia między innymi rozwój biotechnologii do celów leczniczych, ochrony roślin oraz podniesienia urodzajów zbóż.

Metoda kultur tkankowych daje również możliwość długotrwałego przechowywania plazmy zarodkowej. Jest to osiągnięte dzięki utrzymywaniu tkanek w niskich temperaturach, powodujących unieruchomienie przemian metabolicznych. Metoda zamrażania tkanek w temperaturze ciekłego azotu —196°C pozwala utrzymać bank plazmy zarodkowej i prowadzić międzynarodową wymianę wyselekcjonowanych linii tkanek. Z roślin leczniczych zdolne do dalszego wzrostu i regeneracji, po kilkumiesięcznym zamrożeniu, były między innymi tkanki: ***Atropa belladonna***, ***Dioscorea deltoidea***, ***Digitalis lanata***. Badania te prowadzone były w różnych ośrodkach europejskich i w Japonii. W Polsce nie były dotychczas podejmowane.

Przedstawione osiągnięcia w zakresie badań biologicznych wskazują nowe możliwości pozyskiwania różnorodnego materiału do oceny fitochemicznej.

Zastosowanie najnowocześniejszych metod fizykochemicznych pozwala na rozdzielenie, wyizolowanie, identyfikację i poznanie struktury związku, nawet jeśli uzyskany jest on w niewielkich miligramowych ilościach.

Nauka XX wieku nie zadowolila się Linnneuszowskim stwierdzeniem: „*Plantae quae genere conveniunt etiam virtute conveniunt*” — rośliny o podobnym pochodzeniu działają leczniczo podobnie, i sięgnęła po precyzyjne metody badań pozwalające na uchwycenie różnic w chemizmie nie tylko gatunków, odmian i organów ale też tkanek, a nawet niewielkiej liczby komórek. Chemia produktów naturalnych ma poważne osiągnięcia w zakresie badania biosyntezy, ustalania struktury, stereochemii, transformacji wielu grup związków jak np.: laktony seskwiterpenowe, steroidy, alkaloidy, polipeptydy, terpeny, kwasy nukleinowe. Przedmiotem badań są zarówno rośliny kwiatowe jak i rośliny niższe.

W ostatnich latach wiele prac dotyczyło flawonoidów rozpowszechnionych w roślinach. W Polsce cennym osiągnięciem była izolacja wielu nowych związków, ustalenie ich struktury i badania farmakologiczne. Można oczekiwać wprowadzenia niektórych związków flawonoidowych do lecznictwa, jako mało toksycznych leków w chorobach układu krążenia.

Inną grupą związków chemicznych badanych wspólnie w ośrodkach polskich i czechosłowackich są laktony seskwiterpenowe. Ostatnio wyodrębniono i ustalono strukturę około 30 nowych związków.

Na szczególną uwagę zasługuje chemia steroidów — absorbująca badaczy całego świata. Z prac polskich do cennych o znaczeniu praktycznym należą badania aralii mandżurskiej. Izolowane z tego gatunku saponozydy mają działanie adaptogenne. Na tej podstawie opracowany został preparat „**Immunarel**”.

Liczne badania dotyczą opracowania metod syntezy naturalnych produktów, w szczególności steroidów i analogów prostaglandyn. Związki naturalne często służą jako strukturalne modele budowy chemicznej wykorzystane do poszukiwania nowych leków bądź jako półprodukty do dalszej syntezy.

Wymienione wyżej grupy związków to tylko przykłady różnorodnej działalności badawczej w zakresie fitochemii i chemii produktów naturalnych.

Ostatnim, ale bardzo istotnym kierunkiem badań roślin leczniczych jest ocena farmakologiczna izolowanych, czystych substancji lub wyciągów. Różnorodne badania roślin leczniczych doprowadziły do uzyskania dużej liczby związków, których działanie farmakologiczne i właściwości biologiczne nie zawsze są poznane. W Polsce łączy się to zapewne ze zbyt małą liczbą placówek farmakologicznych i szczupłością wyspecjalizowanej kadry, a nawet brakiem Zakładów Farmakologii na Wydziałach Farmaceutycznych. Mnogość nowych leków syntetycznych i związana z tym potrzeba ich farmakologicznego i klinicznego badania znacznie utrudnia, a czasem uniemożliwia zajęcie się również bogatym asortymentem leków roślinnych. Gorszy jest przez to także dostęp informacji o tym leku do lekarzy i studentów medycyny.

Potrzeba rozwoju badań farmakologicznych leku roślinnego jest

w Polsce niewątpliwa. Tylko bowiem rzetelna wiedza oparta na wynikach naukowych może być kryterium stosowania roślin leczniczych.

Duże zainteresowanie świata zwrócone jest obecnie na poszukiwanie skutecznych leków cytostatycznych pochodzenia naturalnego. W **Bethesdzie w Narodowym Instytucie Onkologicznym** wynikiem wieloletnich badań było wprowadzenie do oceny klinicznej związków izolowanych z **roślin tropikalnych**. Należą do nich np. ansamakrolidy izolowane z gatunków rodzaju *Maytenus*, dwuterpeny z rodzaju *Tripterygium*, alkaloidy z gatunków rodzaju *Cephalotaxus*. Nowe związki o właściwościach przeciwnowotworowych są izolowane z gatunków o ograniczonym często zasięgu występowania lub wolno rosnących. Dlatego też wiele z nich bada się również w kulturze tkankowej *in vitro*. Analogiczne prace podjęte zostały w Polsce na Wydziałach Farmaceutycznych w Warszawie i Krakowie. Przedmiotem badań są rośliny kwiatowe i grzyby. Z hodowli komórkowych *in vitro* uzyskano np. w ośrodku warszawskim tingenon o działaniu cytostatycznym — związek nie znaleziony dotąd w roślinach polskich.

Innym ważnym działaniem badań rozwijających się w Polsce jest określenie wpływu preparatów roślinnych na procesy immunologiczne i wywoływanie immunomodulacji. Badania te prowadzone są w Pomorskiej Akademii Medycznej. Ich celowość uzasadniona jest tym, że część leków wywodzących się z tradycji ziołolecznictwa pobudza głównie nieswoistą odporność komórkową. Takie działanie wykazuje np. wyciąg z liści aloesu oraz frakcje oleanozydowe-saponinowe z aralii mandżurskiej. Prace ośrodka szczecińskiego obejmują również wpływ leku roślinnego na wczesne i późne odczyny alergiczne. Ponadto w ośrodku tym prowadzone są badania związków naturalnych o działaniu przeciwmiażdżycowym, hipocholesteremicznym. Zwrócono także uwagę na wykorzystanie niektórych roślin leczniczych w stomatologii. Preparaty z aloesu są cennym lekiem wspomagającym w leczeniu przyzębicy. Działają one przeciwwzapalnie.

Licznie prowadzone badania naukowe przyczyniły się do poszerzenia asortymentu leków roślinnych w Polsce. Obecnie krajowy przemysł zielarski dostarcza ponad 130 specyfików, ponad 100 produktów galenowych i około 200 ziół paczkowanych lub mieszanek ziołowych.

W ostatnich latach zarejestrowano 16 nowych leków roślinnych. Były one opracowane przy udziale Instytutu Przemysłu Zielarskiego i innych placówek naukowych w tym także Warszawskiej Akademii Medycznej. Oceny kliniczne tych preparatów przeprowadzono w różnych klinikach Akademii Medycznej.

W kilkunastu nowych nie wymienionych w Informatorze „Leki Roślinne” z 1978 r. podam dla przykładu „**Arcalen**” preparat wieloskładnikowy, stosowany przy krwawych wylewach i obrzękach podskórnych; „**Artecholin**” podawany przy chronicznym zapaleniu woreczka żółciowe-

go; „Valupol” o działaniu uspokajającym i nasennym. Preparaty te przygotowywano z surowców krajowych.

Na podstawie dotychczasowych osiągnięć i społecznego zapotrzebowania należy stwierdzić, że rozwój badań naukowych w dziedzinie leku naturalnego będzie nadal bardzo dynamiczny. Mimo skromnej liczebnie flory polskiej, prowadzona różnorodna działalność naukowa i kontakty międzynarodowe pozwalają na lepsze wykorzystanie roślin polskich, a także na uzyskanie związków nie występujących w gatunkach rodzimych. Wpłyne na to niewątpliwie możliwość regulacji przemian biochemicznych w roślinach hodowanych, a także rozwijająca się dynamicznie inżynieria genetyczna i biotechnologia.

Do osiągnięcia liczących się w świecie wyników potrzebne są jednak nie tylko dobrze wyposażone laboratoria, ale i zaangażowani w swoją pracę badacze naukowci. Mam nadzieję, że mimo trudnych nieraz warunków będą oni i dziś kontynuować i rozwijać prace swoich poprzedników, których nazwiska trwale zapisały się w historii nauki.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI NAUKOWEJ I DYDAKTYCZNEJ I WYDZIAŁU LEKARSKIEGO *

W okresie sprawozdawczym Kolegium Dziekańskie działało w następującym składzie:

Dziekan	Prof. dr Janusz Komender
Prodziekani	Prof. dr Romuald Kreczko (z-ca dziekana) Prof. dr Józef Szamborski Prof. dr Zbigniew Szreniawski Doc. dr Maria Wierzbicka kierownik Oddziału Stomatologii
Sekretarz	Doc. dr Andrzej Kukwa — do 30.IX.83 r. a od tego dnia
Kolegium	Doc. dr Zdzisław Dziubek
Przedstawiciel KU PZPR	Dr Michał Niemczyk — do 1.I.1983 r. a od tego dnia Dr Józef Meszaros

* Na podstawie protokołów z posiedzeń Rady Wydziału i Kolegium Dziekańskiego opracowali:

- prof. dr J. Komender
- prof. dr R. Kreczko
- prof. dr Z. Szreniawski
- prof. dr J. Szamborski
- doc. dr hab. M. Wierzbicka

Przedstawiciele studentów

Grzegorz Szczerbiński
do 30.XI.1983 r.
później wszyscy starostowie lat
a od dnia 1.II.1984 r. kol. kol.
M. Pacholczyk, P. Piskorz,
R. Grzywacz, J. Rosiński,
D. Mateńko, N. Jarema,
A. Woźniewicz

Przedstawicielem Studium Wojskowego był Płk Bolesław Loranc.

Opiekunami lat byli:

I rok — dr Roman Chruścikowski
II rok — prof. dr Teresa Szymczyk
III rok — doc. dr Mirosław Łuczak
IV rok — dr Józef Meszaros,
a od dnia 20.II.1984
dr Roman Pykało
V rok — prof. dr Jadwiga Ku-
czyńska-Sicińska
VI rok doc. dr. Andrzej Karwowski

W Oddziale Stomatologicznym:

IV i V rok — dr Helena Deszczyńska
I rok — dr Jolanta Jędrzejczyk
II rok — dr Halina Jastrzębska
III rok — dr Barbara Juszczyk-Popowska

W Dziekanacie pracowali:

Ob. Ob.

Zdzisław Boros

Maria Radomska

Janina Bogusławska

Ewa Cymańska

Maria Fabisiak

Alina Konarska

Magdalena Pasternak

Mgr Jadwiga Piasecka-Karda

Małgorzata Sawicka

Elżbieta Stolarczyk

Jadwiga Szyperek

Elżbieta Ząbik

— Kierownik Dziekanatu
— plany zajęć i egzaminów,
— habilitacje i tytuły naukowe — do
30.IX.1983 r., a od tego czasu
Małgorzata Sawicka,
— II i III rok,
— Oddział Stomatologii,
— IV i V rok,
— (nie pracuje od 1.IV.1983 r.)
— doktoraty,
— VI rok i przygotowywanie dypl-
mów (do 30.IX.1983 r.)
— I rok,
— Kolegium Dziekańskie i praktyki
wakacyjne,
— od 1.X.1983 r. VI rok i przygoto-
wywanie dyplomów.

W okresie sprawozdawczym odbyło się 46 posiedzeń Rady Wydziału, 26 posiedzeń Kolegium Dziekańskiego i kilkaset posiedzeń komisji Rady Wydziału w sprawie przemianowań, wniosków o odznaczenia, obsady stanowisk kierowniczych, otwarcia przewodów habilitacyjnych i w sprawach organizacji dydaktyki, Rad Pedagogicznych.

Ważniejsze wydarzenia, od których zależała praca Wydziału

Najważniejsze wydarzenia, które wpłynęły w znacznym stopniu na funkcjonowanie Wydziału w okresie sprawozdawczym, przedstawimy w porządku chronologicznym:

1. Protest nieprzyjętych na studia w roku 1981 z okupacją budynku przy ul. Filtrowej w dniach od 25.IX. do 20.X.1981 r.
2. Strajk studentów w dniach 28.XI—10.XII.1981 r.
3. Wprowadzenie stanu wojennego 13.XII.1981 r.
4. Trudny semestr wyrównawczy od 18.I. do 25.VII.1982 r.
5. Wprowadzenie w życie Ustawy o szkolnictwie wyższym z dnia 4.V.1982 r.
6. Wybranie Rady Głównej i Rady Wyższego Szkolnictwa Medycznego.
7. Prace nad Statutem Akademii Medycznej prowadzone pod kierunkiem prof. dr. K. Ostrowskiego i prof. dr. B. Szczygła.
8. Akcja wyborcza do nowych organów Akademii Medycznej — maj i czerwiec 1984 r.

W czasie dyskusji nad sprawozdaniami rocznymi z działalności Wydziału mieliśmy okazję wymienić poglądy na temat wpływu ogólnych wydarzeń politycznych i społecznych na działalność Uczelni. Mam nadzieję, że wszyscy uznajemy, iż działalność szkół i służby zdrowia wymaga stabilizacji warunków pracy i stabilizacji polityki w stosunku do szkolnictwa i służby zdrowia. W roku 1981 i w pierwszej połowie roku 1982 warunki działania uczelni nie były sprzyjające i utrzymanie w tych warunkach działania Akademii Medycznej jest ważnym osiągnięciem organizacyjnym i świadczy dobrze o dyscyplinie społecznej studentów i nauczycieli akademickich.

Druga część okresu sprawozdawczego upłynęła pod znakiem przygotowywania norm prawnych dotyczących naszej działalności, a zwłaszcza Statutu uczelni. Przez uczestnictwo w pracach Komisji Statutowej i Senatu Akademii Medycznej oraz przez ogólne dyskusje w zespołach roboczych i na posiedzeniach Rady Wydziału mieliśmy swój niemały udział jako I Wydział Lekarski w ostatecznym sformułowaniu Statutu. Mam nadzieję, że ten wysiłek opłaci się bardzo przy realizacji zadań w przyszłej kadencji.

Niepowodzenia i trudności

Na początku okresu sprawozdawczego założyliśmy, że koniec kadencji zbiegnie się z wprowadzeniem nowego, zreformowanego programu nauczania. Mimo znacznego nakładu pracy, sprawa ta jest jeszcze daleka od zakończenia. Reformą studiów nadal zajmuje się bardzo wiele ciał zbiorowych. Działa komisja w tej sprawie w resorcie, zajmuje się nią Rada Wyższego Szkolnictwa Medycznego, Rada Główna, zespoły towarzystw naukowych, Komisja Uczelniana i zespoły wydziałowe. Biorąc udział w pracy kilku spośród tych ciał wiemy, że brak jest jeszcze tzw. założeń wstępnych dotyczących programu, a od nich zależy w dużym stopniu ostateczny kształt realizowanych programów. Niemniej sprawa ta jest niezakończona i wymaga dalszej pracy w przyszłej kadencji.

Nie uzyskaliśmy postępu w sprawie organizacji nauczania medycyny poliklinicznej. Mimo oferty Stołecznej Służby Zdrowia oddania nam rejonu przy ul. Mariańskiej, Uczelnia nie jest w stanie obecnie przyjąć i zagospodarować tego obiektu. W przyszłości więc organizacja zajęć w poliklinikach musi być nadal oparta na bazie terenowej służby zdrowia i lekarzy rejonowych, którzy zechcą z nami współpracować.

Znaczną trudnością są przepisy finansowe dotyczące opłat za prowadzenie zajęć poza uczelnią. Wprawdzie stawki godzinowe są obecnie wysokie, ale lekarze są obowiązani złożyć oświadczenie, że będą wykonywali prace dla Akademii Medycznej poza godzinami zasadniczej pracy — co oczywiście nas nie interesuje, bo chcemy przysyłać studentów do ambulatoriów wtedy, gdy przyjmowani tam są pacjenci. Zarządzenia wprowadzają też zbyt duże grupy, na co nie zawsze godzą się kierownicy jednostek służby zdrowia i pacjenci.

Trudności jednostek dydaktycznych, klinicznych są na ogół znane i wynikają z braku pielęgniarek (z tego powodu nie można było wprowadzić nauki pielęgniarstwa) i innych niedostatków bazy dydaktycznej. Sprawy te często były omawiane przez Radę Wydziału.

Poważną trudnością prawie przez cały okres kadencji był brak jednoznacznych przepisów prawnych dotyczących przebiegu studiów. Podstawowe prawa dotyczące życia akademickiego zostały opracowane na podstawie Ustawy z dnia 4 maja 1982 r. w czasie trwania kadencji. Ostatnim brakującym ogniwem jest regulamin studiów, którego projekt mieliśmy okazję poznać w tym miesiącu.

Na nasz wydział przyjmuje się stale zbyt dużo studentów. W 1981 roku mimo znanej okupacji budynku przy ul. Filtrowej udało się Uczelni ograniczyć nabór zgodnie z możliwościami jednostek dydaktycznych. W następnych latach jednak Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej narzuciło Uczelni zwiększone limity przyjęć, co nadal obowiązuje.

Sytuacja zakładów teoretycznych jest bardzo trudna. Mieszczą się one w starej, wyeksploatowanej bazie, grożącej nieodwracalnymi awariami.

Przy sygnalizowanych uprzednio trudnościach kadrowych sytuacja dojrzewa do rozwiązania tych spraw, chyba nie tylko na poziomie Władz Uczelni.

Sprawy nauczania

Zestawienia liczbowe załączone do sprawozdania informują szczegółowo o sprawności nauczania, skreśleniach, przeniesieniach i wydanych dyplomach. Przyjeliśmy w okresie sprawozdawczym na studia lekarskie ogółem 894 osoby na I roku i przyjęliśmy z innych uczelni medycznych 119 osób. Liczba studentów na wydziale wynosi zawsze powyżej 2000. Około 10⁰/₀ studentów rokrocznie ma kłopoty z zaliczeniem roku, z czego około 3⁰/₀ zostaje skreślonych z listy studentów.

Największy odsiew ma miejsce na I roku i sięga 20⁰/₀ rocznika, na II roku waha się od 5⁰/₀ do 17⁰/₀. Od 2⁰/₀ do 4,5⁰/₀ studentów jest skierowanych co roku do powtarzania roku.

W okresie sprawozdawczym studia ukończyło 772 studentów, z czego 14 osób zostało nagrodzonych dyplomami z wyróżnieniem. Obecnie kończy studia kolejny rocznik liczący około 330 osób. Przedstawiając Wysockiej Radzie i Władzom Uczelni powyższe wybrane liczby charakteryzujące działalność dydaktyczną Wydziału, Kolegium Dziekańskie pragnie zwrócić uwagę na to, że zasadnicze wskaźniki działalności świadczą o ciągłym, nieprzerwanym i ofiarnym działaniu wszystkich zespołów dydaktycznych. Wiemy, że ta działalność jest najważniejsza i spotyka się z często wyrażanymi oczekiwaniami społecznymi.

Nie poprzestaliśmy jednak tylko na powtarzaniu programów dydaktycznych i zgłosiliśmy kilka inicjatyw, dotyczących zmian programowych i organizacyjnych w nauczaniu. Przypomnimy te inicjatywy: 1) opracowanie propozycji nauczania immunologii — zakończone przygotowaniem i wydaniem skryptu pod red. doc. M. Jakóbisiaka, 2) opracowanie nowego programu nauczania onkologii i zorganizowanie dwóch konferencji szkoleniowych pod kierunkiem prof. J. Szamborskiego, 3) opracowanie nowego programu praktyk wakacyjnych — prof. R. Kreczko i wprowadzenie go w życie w bieżącym roku akademickim, 4) udział w formowaniu zasad nauczania medycyny w przyszłości (zespół prof. B. Szczygła), 5) nauczanie medycyny poliklinicznej — propozycja zgłoszona Władzom Uczelni i Władzom Miasta, 6) opracowanie zasad nauczania medycyny podstawowej — doc. B. Dąbrowska, materiał jeszcze nie przedstawiony Radzie Wydziału, 7) wnioski w sprawie nauczania traumatologii przygotowane przez zespół pod kierunkiem prof. W. Szulca (jeszcze nie przedstawione Radzie Wydziału), 8) szereg propozycji bardziej szczegółowych, dotyczących nauczania interny, laryngologii, okulistyki — sprawy te oczekują na uwzględnienie przy wprowadzeniu nowego programu nauczania, 9) wprowadzono również szereg zmian w zakresie nauczania ję-

zyków obcych, przedmiotów politycznych oraz zajęć z wychowania fizycznego, które nie zawsze zależały od inicjatywy Wydziału.

Nauczanie nasze odbywa się na bazie zbyt szczupłej w stosunku do potrzeb, z czego wynika, że Uczelnia wydaje ponad 20 milionów rocznie na zajęcia poza swoją bazą i na godziny nadliczbowe. Co więcej, stała baza Akademii Medycznej ulega nadmiernemu zużyciu i obecny stan techniczny większości pomieszczeń jest taki, że grozi przerwaniem zajęć w każdym momencie. Bez poprawy stanu bazy i bez jej rozszerzenia nie będziemy mogli dokonać zasadniczego postępu w modernizacji nauczania.

Sposób odbywania zajęć w poszczególnych jednostkach dydaktycznych zależy od możliwości i zwyczajów przyjętych w tych jednostkach od dawna. Na ogół nie ma zastrzeżeń do organizacji i przebiegu tych zajęć w większości jednostek. Zawsze jednak na organizację pracy i terminy zajęć wpływa szczupłość zespołów dydaktycznych i ograniczenia lokalowe. Większość zespołów pracuje bez żadnych rezerw, co ma niekorzystny wpływ na przebieg zajęć w przypadkach zachorowań personelu lub innych losowych wypadków. W jednostkach klinicznych zdarza się, że nadmiar obowiązków leczniczych asystentów utrudnia prowadzenie zajęć. Dla lekarzy przestała być na ogół atrakcyjna praca w zakładach teoretycznych. Jest to przyczyną coraz częstszego zatrudniania na stanowiskach nauczycielskich biologów lub innych specjalistów. Naszym zdaniem, jest to niekorzystne dla procesu kształcenia lekarzy. Ponad połowa nauczycieli akademickich, zatrudnionych w naszym Wydziale, jest już adiunktami. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, zatrudnienie większości z nich kończy się w roku 1987. Uważamy, że kierownicy wszystkich jednostek powinni już teraz przygotowywać zespoły do roku akademickiego 1987/88, który może być bardzo trudny dla nas wszystkich. Przewidujemy bardzo duże trudności kadrowe w prawie wszystkich jednostkach naszego Wydziału.

Przez okres całej kadencji wydawaliśmy przewodniki dydaktyczne dla I roku i znaczną liczbę skryptów (około 30). Nie mówiąc tu o ważnym wysiłku autorów, stało się to możliwe dzięki bardzo dobrej współpracy z Działem Wydawnictw, a zwłaszcza z P. mgr Magdaleną Zielonką. W tym miejscu należy podkreślić, że mimo bardzo dużych kłopotów wydawniczych i ograniczeń, które niósł ze sobą stan wojenny, dyrektor mgr J. Wodzyński i jego zespół zawsze służyli Wydziałowi efektywną pomocą.

Wychowywanie

Brak jednoznacznych, obiektywnych danych na temat wpływu wychowawczego Uczelni na młodzież. Na ogół wszystkie opinie formułowane są bardzo subiektywnie lub tak ogólnikowo, że nie mogą stanowić dowodu. Pomijając próby uogólnień, chcę wymienić kilka faktów świad-

czących o naszym wpływie na młodzież. Kadencja nasza rozpoczęła się w okresie ożywienia działalności społecznej, dyskusji, protestów i demonstracji. Okres ten nie sprzyjał instytucjonalnym wpływom wychowawczym i dopiero rozwój pracy samorządu studenckiego stwarza większe możliwości wzajemnych kontaktów i wpływu wychowawczego Uczelni na życie studentów. Najszerszym kontaktem studentów i nauczycieli są ćwiczenia i seminaria, które poza przekazywaniem wiedzy zawodowej powinny być miejscem formowania właściwych postaw wobec pacjentów, współkolegów i społeczeństwa. Mamy nadzieję, że w pewnym zakresie ma to miejsce. Na przykład, w czasie wprowadzenia stanu wojennego i zawieszenia zajęć na Uczelni, kilkusetosobowa grupa studentów samorzutnie podjęła pracę, najczęściej bezpłatną, w służbie zdrowia, jeszcze przed podaniem do wiadomości, że w ten sposób będzie można odbyć obowiązkową praktykę wakacyjną. Świadczy to o aktywnym podejściu do trudności społecznych znacznej części naszych wychowanków i przynajmniej w części jest to zasługą nauczycieli akademickich.

Przez okres całej kadencji trwała praca w studenckich kołach naukowych. Naszym zdaniem, jest to jedna z najważniejszych aktywności studenckich, tam bowiem powstają kadry naszych następców. Niestety, ruch ten jest od kilkunastu miesięcy pozbawiony formalnej opieki ze strony Władz Uczelni i ma duże kłopoty organizacyjne. Ale trwa i wciąż organizuje nowe akcje. Cennym przejawem działalności tego ruchu są obozy naukowe lub szkoleniowe, które poza korzyściami dla samych uczestników przynoszą określone korzyści dla terenowej służby zdrowia.

Okazjami do częstszych kontaktów młodzieży z nauczycielami są również akcje sportowe i turystyczne oraz konkursy językowe. Te wydarzenia są obecnie dość częste.

Organa samorządu studenckiego wykazują również coraz większą aktywność. Delegaci samorządu uczestniczyli w opracowaniu statutu i regulaminu studiów, biorą udział w akcji wyborczej i rekrutacyjnej. Rada II roku zgłosiła ponadto szereg postulatów dotyczących zmian programowych w nauczaniu na I i II roku, które stały się tematem obrad Kolegium Dziekańskiego i zostaną przedstawione do uwzględnienia przy opracowaniu nowej siatki zajęć.

My wszyscy musimy pamiętać, że inicjatywy studenckie nie mogą spotykać się z obojętnością, nawet jeśli dotyczą spraw trudnych do realizacji. Poważne traktowanie inicjatyw studenckich jest jednym z najważniejszych czynników wychowawczych, dla całego środowiska studenckiego.

Pomoc socjalna dla studentów

Pomoc materialna Państwa dla studiującej młodzieży jest znaczna. **W latach 1981—1984 korzystało ze stypendiów od 645 do 1082 osób z na-**

szego Wydziału rocznie. Ponadto w roku akademickim 1981/82 817 osób nagrodzono za dobre wyniki w nauczaniu (nagrody w wysokości od 2000 zł do 4000 zł). Ze stypendiów fundowanych korzystało około 200 osób. Tylko w roku akademickim 1983/84 stypendia, rekompensaty i dodatki na dzieci wypłacane studentom naszego Wydziału wyniosły ponad dwadzieścia milionów złotych.

Należy jednak wspomnieć o tym, że w okresie sprawozdawczym zmieniano kilkakrotnie zasady przyznawania stypendiów, co nie wpłynęło korzystnie na stabilizację warunków pomocy materialnej studentom, a przy znanych trudnościach organizacyjnych w okresie sprawozdawczym, było to znaczne utrudnienie w przyznawaniu stypendiów.

Uczelnia nasza stale ma zbyt mało miejsc w domach studenckich dla młodzieży spoza Warszawy. Odpłatność za miejsca w domach studenckich również jest obecnie krytykowana.

Możliwość przygotowywania posiłków jest obecnie znacznie mniejsza niż przed laty, z powodu zamknięcia Domu Medyka. Sprawa ta wiąże się z działalnością wszystkich organizacji, klubów studenckich i samorządu, które nie mają własnej bazy lokalowej. Możliwość przygotowywania posiłków została częściowo uzupełniona otwarciem w kilku miejscach na uczelni barów i uzyskaniem możliwości zakupu obiadów w stołówkach innych uczelni.

Mamy nadzieję, że do zagadnień poprawy warunków socjalnych studentów będą włączały się aktywniej organa samorządu studenckiego.

Życie naukowe

Jednostki organizacyjne I Wydziału Lekarskiego prowadzą dość aktywną działalność naukową. Rocznie około 400 publikacji naukowych jest ogłaszanych przez naszych pracowników. Kolegium Dziekańskie ma wgląd w sprawy życia naukowego głównie przez przewody związane z nadawaniem tytułów i stopni naukowych. Typowa bowiem sprawozdawczość naukowa odbywa się innymi kanałami i docierają do nas informacje bardzo ogólne.

W okresie sprawozdawczym otwarto 28 przewodów habilitacyjnych, a 23 zakończono nadaniem stopnia doktora habilitowanego. Centralna Komisja Kwalifikacyjna zatwierdziła już 16 naszych decyzji w tych sprawach. W stosunku do poprzedniej kadencji jest to pewien spadek liczby przeprowadzonych przewodów habilitacyjnych. Nie wiadomo jednak, czy jest to sprawa charakterystyczna dla naszego Wydziału czy też jest to tendencja ogólniejsza.

Zakończono w okresie minionej kadencji 104 przewody doktorskie nadając 75 stopni doktora nauk medycznych i 29 doktora nauk przyrodniczych. Liczby te są porównywalne z danymi z poprzedniej kadencji.

W dwóch przypadkach Rada Wydziału odmówiła nadania stopnia dok-

tora, co nie zdarzyło się w poprzedniej kadencji. W kilku przypadkach odmówiliśmy otwarcia przewodu doktorskiego. Uważamy, że nadmierna liberalizacja wymagań w stosunku do kandydatów na doktorów mogłaby doprowadzić do znacznego obniżenia poziomu naukowego doktorów.

Wystąpiliśmy z wnioskami do Władz Uczelni i Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie powołania 38 docentów. Nominacje uzyskało już 30 osób, w dwóch przypadkach od 1981 r. nie ma odpowiedzi z resortu. Na początku kadencji w Radzie Wydziału mieliśmy 57 docentów, obecnie znowu mamy 57.

W czasie minionej kadencji uchwaliliśmy wnioski w sprawie przemianowania dotyczące 27 członków Rady Wydziału. W 14 przypadkach nominacje już się odbyły, a pozostałych 13 wniosków jest w załatwianiu na różnych poziomach proceduralnych. Tak więc obecnie w Radzie Wydziału zasiada 12 profesorów zwyczajnych i 36 profesorów nadzwyczajnych. W roku 1981 mieliśmy łącznie 38 profesorów, a więc tytułów naukowych przybyło Radzie Wydziału. Mamy nadzieję, że wobec liczbowego wzrostu Rady Wydziału, a zwłaszcza włączenia do składu Rady wszystkich doktorów habilitowanych (obecnie 20 osób) będziemy mogli nadal występować z wnioskami o docentury i tytuły naukowe.

Obsada stanowisk kierowniczych

W okresie sprawozdawczym wszystkie wakujące stanowiska kierowników klinik i zakładów były obsadzone w drodze konkursów ogólnopolskich.

Przeprowadzono konkursy i obsadzono następujące stanowiska:

- 1) Kierownika Katedry i Kliniki Rehabilitacji — doc. dr Jerzy Kiwerski,
- 2) Kierownika II Kliniki Położnictwa i Ginekologii — prof. dr Jadwiga Kuczyńska-Sicińska,
- 3) Kierownika Katedry i Kliniki Neurochirurgii — prof. dr Jerzy Biziński,
- 4) Kierownika Kliniki Obserwacyjno-Niemowlęcej — doc. dr Romana Rokicka-Milewska.

Trwa procedura konkursowa w sprawie obsady następujących stanowisk:

- 1) Kierownika Zakładu Biofizyki,
- 2) Kierownika Zakładu Immunosupresji Doświadczalnej,
- 3) Kierownika Zakładu Ortodoncji,
- 4) Kierownika Zakładu Nauk Politycznych.

Tytuły honorowe i wyróżnienia

W okresie sprawozdawczym Uczelnia na wniosek Rady Wydziału nadała pięć doktoratów „Honoris Causa”. Dwa z nich przypadły emerytowanym profesorom naszego Wydziału — prof. dr. Jerzemu Chorób-

skiemu i prof. dr. Piotrowi Kubikowskiemu — za wybitny wkład do rozwoju nauki i ich osobiste zaangażowanie w tworzenie Warszawskiej Akademii Medycznej. Trzy pozostałe zostały przyznane wybitnym uczonym zagranicznym za ich ważny wkład do rozwoju nauk i przyjazne kontakty z naszą Uczelnią. Są to:

- prof. dr Maurice Derot z Paryża,
- doc. dr Bengt Owal z Lund,
- prof. dr J. C. Czyba z Lyonu.

Od roku 1979 Uczelnia nasza nadaje dyplomy jubileuszowe absolwentom Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego w pięćdziesiątą rocznicę ukończenia studiów lekarskich. Jest to odpowiednik „odnowienia dyplomu”, która to uroczystość odbywa się w wielu uczelniach europejskich. W okresie sprawozdawczym wydaliśmy czterdziestu osobom takie dyplomy. Między jubilatami znajdują się szczególnie zasłużeni dla Polski lekarze, uczestnicy ruchu oporu w czasie II wojny światowej. Uroczystości takie, które przypominają zasłużonych lekarzy i wskazują łączność pokoleń, mają duży wpływ wychowawczy i dobrze służą społeczeństwu.

Pracownicy naszego Wydziału zostali uhonorowani przez władze państwowe. Nadano nam 10 tytułów „Zasłużonego Nauczyciela PRL”, 37 orderów „Polonia Restituta”, 37 Krzyży Zasługi, 4 medale „Komisji Edukacji Narodowej” i szereg innych odznaczeń i nagród. Wszystkie te tytuły, ordery, odznaczenia i nagrody są miarą uznania i szacunku okazywanego nam przez władze PRL.

Kilka osób spośród nas odniosło szczególne sukcesy osobiste, związane z działalnością w Uczelni i te sukcesy chcielibyśmy wymienić:

- 1) Jego Magnificencja Rektor prof. dr Jan Nielubowicz — został członkiem rzeczywistym PAN, doktorem „Honoris Causa” Akademii Medycznej w Białymstoku i został powtórnie wybrany na rektora Warszawskiej Akademii Medycznej,
- 2) prof. dr Leszek Kryst — został podsekretarzem Stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej,
- 3) doc. dr Mieczysław Szostek — pełnił funkcję Przewodniczącego Rady Narodowej m.st. Warszawy,
- 4) prof. dr Andrzej Trzebski — został członkiem korespondentem PAN,
- 5) prof. dr Kazimierz Ostrowski — został doktorem „Honoris Causa” Uniwersytetu w Orleanie,
- 6) prof. dr Włodzimierz Januszewicz — został członkiem International Advisory Council National Hypertension Association,
- 7) prof. dr Bruno Szczygieł — został wybrany przewodniczącym Rady Wyższego Szkolnictwa Medycznego i członkiem Prezydium Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego i Nauki,
- 8) prof. dr Tadeusz Krzeski — został członkiem Centralnej Komisji Kwalifikacyjnej,
- 9) prof. dr Piotr Kubikowski — uzyskał tytuł honorowy „Zasłużony dla Zdrowia Narodu”,
- 10) prof. Halina Zapaśnik-Kobierska, prof. Bolesław Górnicki i prof. Stefan Weśółowski uzyskali tytuły honorowe „Zasłużony Lekarz PRL”.

Mimo iż wszystkie te stanowiska, wyróżnienia i honory mają charakter personalny i przede wszystkim związane są z sukcesami zawodowymi

i naukowymi samych wyróżnionych, to jednak przydają one blasku całemu Wydziałowi i dlatego należy przypominać, że kontaktujemy się na codzień z ludźmi niezwykłymi.

Sprawozdanie z działalności Oddziału Stomatologii

Dane liczbowe ujęte w załączonej tabeli charakteryzują działalność Oddziału Stomatologii w okresie sprawozdawczym. Z danych tych wynika, że jedynie w pierwszym roku kadencji liczba przyjętych na pierwszy rok studiów mieściła się w granicach liczby, uznanej za dopuszczalną w obecnych warunkach lokalowych Instytutu Stomatologii. W okresie sprawozdawczym ograniczono przeniesienia studentów z innych uczelni.

Porównanie danych obrazujących przebieg nauczania w okresie sprawozdawczym z danymi za okres ubiegłej kadencji wskazuje obniżenie się ogólnej liczby osób kwalifikowanych do powtarzania roku. Nieco częściej natomiast miały miejsce przypadki skreślenia z listy studiujących, zaistniałe przeważnie wskutek rezygnacji obcokrajowców ze studiów w naszym kraju.

Na podkreślenie zasługuje fakt, że wspomniane na wstępie trudności nie wpłynęły znacząco na wyniki nauczania. Przemawia za tym równomierny rozkład ogólnej liczby repetentów w kolejnych latach kadencji oraz przyznawanie dyplomów z wyróżnieniem. W tym miejscu należy zaznaczyć, że przedstawione wyniki nauczania uzyskano dzięki ogromnemu wysiłkowi nauczycieli akademickich i właściwej postawie studentów.

Prodziekan d/s Oddziału Stomatologii działał w ścisłym kontakcie z Dziekanem I Wydziału Lekarskiego i Dyrektorem Instytutu Stomatologii. W sprawach programowych nauczania Prodziekan współpracował z Radą Naukową Instytutu Stomatologii. Problematyka Oddziału Stomatologii, a szczególnie warunki kształcenia przedstawiono na posiedzeniach Senatu Uczelni i Kolegium Rektorskiego. Staraniem Dyrektora Instytutu Stomatologii i przy życzliwym poparciu Władz Uczelni wyposażono w nowy sprzęt łącznie 35 stanowisk pracy w czterech jednostkach Instytutu. Natomiast stan budynków, w których przebiega nauczanie kliniczne dyscyplin stomatologicznych, uległ dalszemu pogorszeniu i zagraża bezpieczeństwu studentów. Indywidualne sprawy studentów były w okresie sprawozdawczym załatwiane w ramach posiedzeń Kolegium Dziekańskiego I Wydziału Lekarskiego. Rozliczenia godzin nadliczbowych oraz należności za zajęcia na bazie obcej prowadził Dział Dydaktyki AM. Pomocą służyły Prodziekanowi Rady Pedagogiczne oraz zespół d/s programu nauczania.

W okresie sprawozdawczym przy udziale Rady Instytutu Stomatologii kontynuowano wcześniej rozpoczęte prace nad doskonaleniem programu nauczania w Oddziale Stomatologii. Dokonano analizy całościowej i częst-

kowej programu nauczania. Uznano potrzebę wczesnego kontaktu studentów Oddziału z problematyką wybranego kierunku studiów oraz potrzebę wczesnego nauczania profilaktyki chorób i nieprawidłowości narządu żucia. Przyjęto również za wskazane wprowadzenie na V roku studiów ćwiczeń klinicznych zintegrowanych w zakresie podstawowych dyscyplin stomatologicznych. Opracowano propozycję korekty programu nauczania dotyczącą dwóch pierwszych lat studiów.

Prodziekan d/s Oddziału Stomatologii nawiązał kontakt z Europejską Federacją Szkół Stomatologicznych (ADEE). Współpraca z tą Federacją dotyczyła sformułowania przyszłościowej sylwetki absolwenta Wydziału Stomatologii oraz opracowania wytycznych programowych służących jej ukształtowaniu. Podjęto dyskusję tej tematyki w ramach spotkania z przedstawicielami Wydziału Stomatologii Uniwersytetu Lund, w którym obok Władz i nauczycieli akademickich I Wydziału Lekarskiego uczestniczyli Prodziekani d/s Stomatologii Akademii Medycznej w Krakowie, Poznaniu i Lublinie. Na podkreślenie zasługuje aktywny udział w tych dyskusjach kierowników i przedstawicieli jednostek organizacyjnych Instytutu Stomatologii.

Sprawy bytowe studentów Oddziału

W okresie sprawozdawczym zmianie uległ system pomocy materialnej państwa dla studentów. Nowy system stypendialny wprowadzony w 1982 r. spowodował przejściowe zmniejszenie zainteresowania studentów miejscami w domach studenckich i możliwością korzystania ze stołówek.

Współpraca z młodzieżą

W okresie sprawozdawczym odnotowano spadek zainteresowania studentów problematyką Uczelni. Obniżyła się również aktywność ruchu naukowego. Te niekorzystne zjawiska miały miejsce w latach 1982—1983. W bieżącym roku akademickim zaznaczyły się korzystne zmiany postaw społecznych studentów, wzrosła aktywność kół naukowych. Studenckie Koła Naukowe przy Zakładzie Stomatologii Zachowawczej i Klinice Chirurgii Szcękowej i Stomatologicznej zdobyły dwie pierwsze nagrody w czasie ogólnopolskiej Konferencji Studenckich Kół Naukowych im. Kłopotowskiego.

Nauczanie dyscyplin ogólnomedycznych

W okresie sprawozdawczym nauczanie chirurgii ogólnej, pediatrii oraz interny na IV roku studiów przejęły nowe zespoły nauczycieli akademickich. Zespoły te, a szczególnie zespół prowadzący nauczanie chirurgii ogólnej i pediatrii, pracują nad doskonaleniem treści i form nauczania

tych przedmiotów. W bieżącym roku akademickim wprowadzono na III roku studiów obowiązkowe dyżury w oddziałach chirurgii. Zespół pediatryczny przygotowuje skrypt dla studentów Oddziału Stomatologii.

Dzięki przychylności kierownika zespołu prowadzącego nauczanie ginekologii na roku V zmieniono formy i częściowo treść nauczania tego przedmiotu. Wprowadzono zajęcia praktyczne na salach porodowych. Zajęcia te są pozytywnie oceniane przez studentów.

W bieżącym roku akademickim, na wniosek Kierownika Zakładu Farmakologii i po dyskusji z Radami Pedagogicznymi III, IV i V roku studiów oraz przy akceptacji Kolegium Dziekańskiego, przesunięto nauczanie farmakologii z semestrów V i VI na VI i VII. Decyzja ta pociągnęła za sobą konieczność przesunięcia egzaminu z tego przedmiotu, który obecnie obowiązuje na IV roku w sesji zimowej.

Uznając potrzebę powołania klinik Oddziału Stomatologii w zakresie podstawowych specjalności ogólnomedycznych, Prodziekan występował do Władz Uczelni o powołanie Kliniki Interny na bazie Oddziału Chorób Wewnętrznych w Szpitalu Czerniakowskim. Wystąpienie w tej sprawie spotkało się z odmową ze względów personalnych.

Współpraca z nauczycielami akademickimi

Spotykałam się w swej pracy z dowodami życzliwości, zrozumienia i rzeczowej pomocy ze strony większości Kierowników Zakładów i Klinik oraz ich zespołów. Z wszystkimi nauczycielami akademickimi współpraca była efektywna. W tym miejscu, ze względu na ograniczone ramy, wymienię tylko Przewodniczącą Rady Pedagogicznej II roku — prof. dr Teresę Szymczyk, Opiekuna I kursu — dr Helenę Deszczyńską, Przewodniczącą Rady Pedagogicznej I roku — dr. Romana Chruścikowskiego, Przewodniczącą Rady Pedagogicznej IV i V roku — dr Barbarę Juszczyk-Popowską, Przewodniczącą Rady Pedagogicznej III kursu — dr Halinę Jastrzębską oraz Przewodniczących Zespołu d/s Programu Nauczania — dr. Andrzeja Krocina i dr Jadwigę Murzynowską.

Wnioski dotyczące przyszłej działalności Oddziału

- Kontynuacja prac nad korektą programu nauczania.
- Starania o poprawę warunków kształcenia klinicznego w jednostkach Instytutu Stomatologii.

Podziękowanie

Na zakończenie kadencji Dziekan i Prodziekani zwracają się z serdecznymi podziękowaniami:

- Jego Magnificencji Panu Rektorowi i Panom Prorektorom za opiekę i nadzór nad naszą działalnością,
- Dyrekcji Akademii Medycznej i pracownikom wszystkich działów administracji, którzy ułatwiali nam pracę,
- członkom Kolegium Dziekańskiego, sekretarzom Rady Wydziału, opiekunom lat za współdziałanie w sprawach ważnych, chociaż codziennych,
- Dyrektorom Instytutów, Kierownikom Katedr, Klinik i Zakładów za życzliwe współdziałanie z nami w ciągu kadencji,
- wszystkim Kolegom Lekarzom spoza Akademii Medycznej, którzy podjęli się współpracy z nami w czasie ostatnich lat, rozszerzając naszą bazę dydaktyczną,
- emerytowanym Profesorom i Docentom naszego Wydziału, którzy znaleźli czas i ochotę na uczestniczenie w posiedzeniach Rady Wydziału i których zawsze mogliśmy prosić o radę i pomoc w trudnych chwilach,
- wszystkim Profesorom, Docentom i Doktorom Habilitowanym, którzy aktywnie współpracowali z nami w Radzie Wydziału,
- Studentom Wydziału oraz Oddziału Stomatologii za aktywny udział w życiu akademickim, pasję społeczną i bezkompromisowość, z którą nie zawsze mogliśmy się zgodzić,
- pracownikom Dziekanatu, który pod kierunkiem Ob. Zdzisława Borosa dołożyli wiele starań, aby działalność nasza była możliwa.

I Wydział Lekarski

Liczba studentów przyjmowanych na I rok studiów

(z rekrutacji + obcokrajowcy)

Rok akadem. 1981/82	282	
Rok akadem. 1982/83	308	
Rok akadem. 1983/84	305	razem 894 studentów

Studenci przeniesieni z innych akademii medycznych

Rok akadem. 1981/82	44 w tym	na II r.	3
		na III r.	19
		na IV r.	16
		na V r.	5
		na VI r.	1
Rok akadem. 1982/83	37 w tym	na II r.	5
		na III r.	14
		na IV r.	18
Rok akadem. 1983/84	38 w tym	na II r.	6
		na III r.	13
		na IV r.	14
		na V r.	5
			razem 119 stud.

Wydane dyplomy

Rok akadem. 1981/83	399 (w tym 7 z wyróżnieniem)
Rok akadem. 1982/83	373 (w tym 7 z wyróżnieniem)
Rok akadem. 1983/84	przewidywana liczba 325

Rok akadem.	Liczba studentów	Promowano na nast. rok.		Nie uzysk. prom.		w tym:		
		liczba	%	liczba	%	url.	skr.	rep.
1981/82	2 262	2 043	90,3%	219	9,7%	70	59	90
1982/83	2 137	1 974	92,4%	163	7,6%	70	55	38
1983/84*)	2 046							

*) dane z semestru zimowego.

I Wydział Lekarski, rok akadem. 1981/82**Wyniki nauczania**

Rok studiów	Liczba studentów	Zaliczyło rok		Nie zalicz. roku		W tym:		
		liczba	%	liczba	%	skreśl.	urlopy	skier. do powt.
I	305	244	79,9%	61	20,1%	26	18	17
II	375	310	82,6%	65	17,4%	12	11	42
III	411	373	90,7%	38	9,3%	8	10	20
IV	367	333	90,7%	34	9,3%	7	17	10
V	387	376	97,1%	11	2,9%	4	6	1
VI	417	407	97,6%	10	2,4%	2	8	—
ogółem	2 262	2 043	90,3%	219	9,7%	59	70	90

I Wydział Lekarski, rok akadem. 1982/83**Wyniki nauczania**

Rok studiów	Liczba studentów	Zaliczyło rok		Nie zalicz. roku		W tym:		
		liczba	%	liczba	%	skreśl.	urlopy	skier. do powt.
I	344	276	80,2%	68	19,8%	36	27	5
II	302	288	95,4%	14	4,6%	5	3	6
III	351	333	94,9%	18	5,1%	6	6	6
IV	413	373	90,3%	40	9,7%	6	15	19
V	343	331	96,5%	12	3,5%	1	9	2
VI	384	373	97,1%	11	2,9%	1	10	—
razem	2 137	1 974	92,4%	163	7,6%	55	70	28

SPRAWOZDANIE ZA OKRES KADENCJI W ODDZIALE STOMATOLOGICZNYM
od dnia 1.X.1981 r. do 15.VI.1984 r.

Rok akadem.	Ilość przyjętych na I rok	Rok	Ilość przyjętych z innych Uczelni	Ilość repeten-tów	Ilość skreślonych	Ilość urlopowanych	Ilość wydanych dyplomów
1981/82	59	I	—	—	3	1	89 1 z wyróż.
		II	1	5	7	1	
		III	1	1	2	3	
		IV	1	—	—	1	
		V	2	1	2	4	
1982/83	87	I	—	1	5	3	
		II	4	6	1	1	
		III	—	—	2	—	
		IV	2	—	1	1	
		V	—	—	—	—	
1983/84	91	I	—	3	2	6	79 1 z wyróż.
		II	1	3	1	—	
		III	5	1	1	—	
		IV	2	—	1	1	
		V	—	—	—	2	
ogółem	237		19	21	28	24	252

DANE LICZBOWE OBRAZUJĄCE POMOC MATERIALNĄ UDZIELONĄ STUDENTOM
ODDZIAŁU STOMATOLOGII
w okresie od 1.X.81 r. —15.VI.84 r.

Rodzaj pomocy	Rok akademicki		
	1981/82	1982/83	1983/84
Stypendia zwyczajne	77	194	113
Stypendia fundowane	31	27	21
Miejsca w Domach Studenckich	77	64	85

Aleksander WASIUTYŃSKI, Jerzy KUCH

**OCENA DZIAŁALNOŚCI NAUKOWEJ I DYDAKTYCZNEJ
II WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ
W WARSZAWIE**

W roku 1975 został powołany w Warszawskiej Akademii Medycznej II Wydział Lekarski. Od tego czasu upłynęło 9 lat, Wydział rozwija się nadal, stąd warto przy okazji zakończenia kadencji władz Wydziału przekazać zainteresowanym kilka słów o jego aktualnym stanie. Sprawozdanie to zbiega się dodatkowo z 35-leciem Warszawskiej Akademii Medycznej.

Istotnym krokiem w rozwoju Wydziału była ostatnia kadencja, stąd przytoczone informacje będą dotyczyć tego okresu.

Obecnie w Radzie Wydziału zasiada 26 profesorów, 30 docentów, 4 dr hab. (łącznie 60 samodzielnych pracowników naukowych).

Dydaktyka stanowiła problem pierwszoplanowy całej działalności. W minionym okresie studia ukończyło 360 studentów, z tego 108 studentów w 1981/82, 109 w 1982/83 i 153 w 1983/84. Aktualnie w II Wydziale studiuje 844 studentów. W tym okresie skreślonych z listy studentów zostało 42 osoby, reaktywowało studia 4 osoby.

Stale w posiedzeniach Rady Wydziału brało udział od kilku do kilkunastu studentów, w posiedzeniach kolegium dziekańskiego — sporadycznie pojedyncze osoby.

Wydział II posiada młodą i dynamicznie wzrastającą kadrę naukową. W latach 1981/84 zgłoszonych zostało 19 wniosków profesorskich, w tym 3 na profesora zwyczajnego; 12 pracowników naukowych otrzymało nominacje profesorskie: 11 na profesora nadzwyczajnego i 1 na profesora zwyczajnego.

Odbyło się 5 kolokwium habilitacyjnych, z czego 3 habilitacje zostały dotychczas zatwierdzone przez CKK. 5 samodzielnych pracowników zostało powołanych na stanowisko docenta etatowego.

* Prof. dr hab. Jerzy Kuch — Dziekan II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie; Doc dr hab. Aleksander Wasutyński — Prodziekan II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie.

34 osoby uzyskały stopień doktora medycyny, i otwartych jest dalszych 28 przewodów.

Łącznie w II Wydziale Lekarskim zatrudnionych jest 177 nauczycieli akademickich, co stanowi ok. 50% wszystkich pracowników z wyższym wykształceniem, pracujących w tym Wydziale. To wykazuje ogromny niedobór pracowników naukowo-dydaktycznych oraz fakt, że nauczanie w znacznej mierze jest oparte na pracownikach spoza grona nauczycieli akademickich.

Kadra nauczająca w II Wydziale (także spoza grona nauczycieli akademickich) stale podnosi swoje kwalifikacje zawodowe. W tym okresie uzyskało specjalizację 125 osób (w tym I° — 63 osoby, II° — 48 osób i podspecjalizację — 14 osób).

Kadra naukowo-dydaktyczna II Wydziału posiada dość znaczny dorobek naukowy. Aktualnie realizowane są następujące problemy naukowe: rządowe — 4, węzłowe — 17, resortowe — 12 i zagadnienia własne — 30 (z tych ostatnich tylko 8 jest śladowo finansowanych przez uczelnię). Omawiając działalność naukową Wydziału, należy podkreślić z jednej strony — duże zaangażowanie i chęć prowadzenia prac badawczych, czego dowodem są liczne publikacje i przewody doktorskie, a z drugiej strony — bardzo skromne warunki finansowe i aparaturowe.

Dorobek publikacyjny w okresie ostatnich 3 lat jest znaczący: łączna liczba publikacji wynosi 571, z czego prace doświadczalne, kliniczne i badawcze zajmują 412 (72%) pozycji. Ważniejsze z nich to: 230 prac klinicznych i badawczych, 182 prace doświadczalne, 19 monografii + 12 rozdziałów w monografiach, 16 podręczników + 44 rozdziały w podręcznikach, 10 skryptów + 19 rozdziałów w skryptach. Prace te były prezentowane na 71 Kongresach i Zjazdach zagranicznych i na 128 — Krajowych oraz na 76 Konferencjach regionalnych. W Ośrodkach II Wydziału odbyło szkolenie 19 osób z zagranicy oraz liczne grupy lekarzy z kraju — na kursach i stażach.

Pracownicy Wydziału otrzymali liczne i znaczące nagrody: 1 nagrodę im. J. Śniadeckiego, 3 nagrody Polskiej Akademii Nauk, 2 nagrody I° i 3 — II° Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej oraz 133 nagrody Rektorskie. Ponadto przyznana została nagroda Rektora za najlepszy skrypt.

W szpitalach miejskich prowadzi pracę leczniczą 13 klinik II Wydziału Lekarskiego, 3 z nich zostały powołane w czasie ostatniej kadencji 1981/84. Są to: III Klinika Chirurgii Ogólnej, II Klinika Ginekologii i Położnictwa i Klinika Ortopedyczna. Kliniki II Wydziału stanowią o poziomie miejskiego lecznictwa szpitalnego, prowadzą szkolenie lekarzy w swoich rejonach, a także biorą udział w szkoleniu centralnym. Niektóre z nich, oprócz rejonowego, prowadzą wysoko specjalistyczną działalność diagnostyczno-leczniczą dla Warszawy i województwa. W jednostkach klinicznych pracuje na rzecz lecznictwa miejskiego 89 nauczycieli akademickich, w tym 21 samodzielnych pracowników, którzy są bądź kie-

rownikami klinik, bądź ordynatorami oddziałów miejskich. Jest to duży i znacząco odczuwalny — co podkreśla Kierownictwo Wydziału Zdrowia — wkład II Wydziału Lekarskiego w działalność diagnostyczną i konsultacyjno-leczniczą Służby Zdrowia.

Oryginalnym osiągnięciem Wydziału, wynikającym nie tylko z potrzeb kształcenia studentów jest zorganizowanie Dni Dydaktycznych II Wydziału. W każdym kwartale organizowany jest wykład integracyjny prowadzony przez członków Rady Wydziału i zaproszonych gości, będących wybitnymi specjalistami w danej dziedzinie. Przedstawiają oni wybrane zagadnienia tematyczne, przeważnie w zespole różnych specjalności. Zagadnienia te dotyczą tematów, które w czasie nauczania przedstawiane są wyrywkowo, bądź nawet niedostatecznie. Dotychczas odbyło się osiem tego rodzaju sesji:

1. Zakrzepowe zapalenie żył — organizator prof. W. Noszczyk
2. Choroba niedokrwienności serca — prof. J. Kuch
3. Immunologia ciąży — prof. L. Marianowski
4. Zagadnienia immunologii — doc. M. Dąbrowski
5. Chłoniaki złośliwe — doc. A. Polubiec
6. Zapalenia układu oddechowego — doc. E. Torbicka
7. Metody wizualizacji narządów — prof. B. Pruszyński
8. Epidemiologia, klasyfikacja, patofizjologia, leczenie hipoglikemizujące i przewlekłe powikłania — prof. J. Tatoń.

Zagadnienia omawiane spotkały się z żywym zainteresowaniem studentów, stanowiąc nowatorskie ujęcie tematów, dzięki udziałowi wielu specjalistów.

Działalność organizacyjna obejmuje problemy dyskutowane i rozwiązywane w organach kolegialnych — posiedzeniach Rady Wydziału i Kolegium Dziekańskiego oraz komisjach problemowych.

W czasie ostatniej kadencji Rada Wydziału odbyła 28 posiedzeń ogólnych oraz 13 posiedzeń Komisji d/s przewodów doktorskich.

- Znaczna część posiedzeń poświęcona była sprawom dydaktyki i wychowania; integracji nauczania, metodom nauczania problemowego, studiowania pozaprogramowego, humanizacji studiów medycznych i medycyny.
- Sporą część czasu w działalności Rady zajmowały sprawy organizacyjne, powołanie nowych jednostek dydaktycznych, organizacja toku studiów, współdziałanie w dydaktyce z jednostkami spoza Wydziału.
- Współpracy z Wydziałem Zdrowia i jednostkami miejskimi poświęcone były 2 posiedzenia Rady.
- 3 posiedzenia za główny problem miały sprawy nauki; dyskutowany był poziom i rozwój medycyny polskiej na tle ogólnego poziomu medycyny, oparty na raporcie Komisji Rady Naukowej pod kierownictwem Prof. W. Kostowskiego i wystąpienie Przewodniczącego Rady Naukowej przy Min. Zdr. Prof. J. Jeljaszewicza.

— Na 3 posiedzeniach Rady Wydziału przedstawione były sprawozdania z całorocznej działalności Wydziału i Kolegium Dziekańskiego.

Należy dodać, że w najbliższym czasie wprowadzać się będzie dalsze korekty do programów nauczania poszczególnych dyscyplin, uwzględniające współczesne wymagania lekarzy, bez istotnego zwiększenia kosztów. W dalszym ciągu najtrudniejsze warunki nauczania mają dyscypliny podstawowe i w związku z tym aktualne metody ich nauczania wyraźnie odbiegają od oczekiwań, co oczywiście ma genezę złożoną. Ciągłe bowiem obowiązuje nauczanie przedmiotowe, a nie problemowe — postulowane choćby przez Radę naszego Wydziału. Jest ono w gruncie rzeczy konsekwencją, skostniałego, schematycznego, obowiązującego we wszystkich uczelniach medycznych w Polsce, programu nauczania.

Integracja nauk podstawowych z nauczaniem klinicznym, a także współdziałania pomiędzy katedrami przedmiotów przedklinicznych daje szansę uwspółcześnienia nauczania. W sytuacji, gdy na poszczególnych latach liczba studentów będzie wynosiła 100—120 istnieje niepodważalna szansa realizacji tego programu. Opracowanie takiego programu jest możliwe po rozpatrzeniu jego założeń przez kierowników zespołów nauczających w II Wydziale Lekarskim. Nie chodzi tu oczywiście o tworzenie nowych struktur organizacyjnych.

W przyszłych latach, dzięki zatwierdzeniu nowego Statutu uczelni istnieje też szansa większej współpracy z młodzieżą, a także realna szansa uwzględniania jej postulatów w nauczaniu, na zasadzie współdziałania Władz Wydziału i uczelni oraz organów młodzieżowych.

Na koniec warto dodać, że „niechciany” w przeszłości i „młody” wiekiem II Wydział Lekarski Warszawskiej Akademii Medycznej stworzył swój własny model działania, a osiągnięcia (mimo trudności) przedstawiamy pokrótce.

Prof. dr hab. Mirosława FURMANOWA *
Doc. dr hab. Jacek BRZEZIŃSKI **

**SPRAWOZDANIE WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO
AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE
ZA OKRES OD 1.X.1981 — 31.VIII.1984**

Okres minionych trzech lat był w historii Wydziału Farmaceutycznego okresem trudnym, który wymagał nie tylko od władz wydziału, ale i całej społeczności akademickiej dużego zaangażowania w sprawy uczelni, a także wielkiej rozważliwości i konsekwencji w postępowaniu. Ciężka sytuacja ekonomiczna kraju nie mogła nie ogarnąć swoim zasięgiem i szkół wyższych. Życie niesło z sobą wydarzenia, trudne często do przewidzenia, na które nie można było pozostać obojętnym. Pociągało to za sobą potrzebę szybkiego podejmowania decyzji, w warunkach odmiennych od dotychczasowych. Przy szybkości działania należało pamiętać o samorządności uczelni, współodpowiedzialności i pracy w okresie stanu wojennego.

Dlatego też mimo bardzo ambitnego programu działania, jaki władze wydziału przedstawiły na pierwszym posiedzeniu Rady Wydziału, w październiku 1981 (Kwartalnik Akademii Medycznej w Warszawie, 1982, 14:67—70), który obejmował problemy dydaktyczne, naukowe i organizacyjne, za zagadnienie pierwszoplanowe w okresie stanu wojennego uznano działalność dydaktyczno-wychowawczą. Troska o losy studentów zaprzętała główną uwagę wszystkich grup nauczycieli akademickich. Dokładali oni wielu starań, by nie nastąpił kryzys moralny młodzieży, stwarzali, każdy na swoim odcinku pracy, możliwość jak najlepszego kształcenia w atmosferze wzajemnego szacunku, zrozumienia, życzliwości. Brak statutu uczelni utrudniał często realizację, zgłaszanych w wyniku demokratycznych dyskusji, planów i wniosków społeczności akademickiej. W tych trudnych sytuacjach wszystkie sprawy problemowe omawiane były na posiedzeniach rad wydziału, a gdy zachodziła tego potrzeba przedstawiano je na posiedzeniach kolegów rektorskich i Senatu.

Władze wydziału zawsze znajdowały pełne oparcie i pomoc ze strony władz uczelni, a przede wszystkim Jego Magnificencji Rektora prof. dr. hab. med. Jana Nielubowicza, Panów Prorektorów, Komitetu Uczelnia-

* Prof. dr hab. M. Furmanowa — Dziekan Wydz. Farmaceutycznego

** Doc. dr hab. J. Brzeziński — Prodziekan Wydz. Farmaceutycznego

nego PZPR oraz pułkownika Tadeusza Fronczaka Kierownika Studium Wojskowego.

Niektóre sprawy dydaktyczne konsultowano z dziekanami I i II Wydziału Lekarskiego prof. dr. hab. Januszem Komenderem i prof. dr. hab. Jerzym Kuchem.

W okresie sprawozdawczym podział obowiązków władz wydziału był następujący:

- prof. dr. hab. Mirosława Furmanowa — dziekan wydziału, przewodniczyła kolegium i Radzie Wydziału, prowadziła przewody habilitacyjne, przewody doktorskie, była członkiem Senatu i kolegium rektorskiego, członkiem komisji uczelnianej do spraw rekrutacji i członkiem komisji statutowej;
- doc. dr. hab. Jacek Brzeziński — prodziekan wydziału do spraw dydaktyczno-wychowawczych był przewodniczącym wydziałowej komisji rekrutacyjnej dla kandydatów na studia i przewodniczącym wydziałowego zespołu do spraw reformy programu;
- dr. hab. Witold Sendeki — prodziekan do spraw ogólnoorganizacyjnych.

Dziekani stale współpracowali z dyrektorami instytutów wydziałowych: prof. dr. hab. Reginą Ołędzką — dyrektorem Instytutu Biofarmacji, prof. dr. Jerzym Chodkowskim — dyrektorem Instytutu Nauki o Leku, z przedstawicielami Komitetu Uczelnianego PZPR — doc. dr. hab. Bożeną Gutkowską i pierwszym sekretarzem egzekutywy POP Wydziału Farmaceutycznego, doc. dr. hab. Bohdanem Fitakiem, a później z prof. dr. hab. Jerzym Jarzębińskim oraz z przedstawicielami studentów. Wymienione osoby wchodziły w skład Kolegium Dziekańskiego. Stały był również kontakt z Działem Administracyjnym Wydziału. Sprawami ogólnoadministracyjnymi dziekanatu kierowała Ob. Barbara Byskiniewicz, za sprawy studenckie odpowiedzialna była Ob. Anna Otluszevska i Ob. Wiesław Urbanik.

Wszyscy nauczyciele akademicy — profesorowie, docenci, adiunkci i asystenci mieli stały kontakt ze studentami biorąc udział w zajęciach objętych programem nauczania jak i w pracach dodatkowych, np.: organizowanie konkursów prac magisterskich, obozów społeczno-naukowych, opieka nad kołami naukowymi.

Prace Kolegium Dziekańskiego i Rady Wydziału

W okresie sprawozdawczym odbyło się 30 posiedzeń Kolegium Dziekańskiego, 33 posiedzenia Rady Wydziału (w tym 2 otwarte), jedno posiedzenie Rady Seniorów oraz 33 posiedzenia Komisji Rady Wydziału do spraw prac doktorskich.

Główna tematyka posiedzeń Kolegium Dziekańskiego dotyczyła spraw dydaktyczno-wychowawczych i organizacyjnych.

Obejmowała ona:

- dyskusję na temat aktualnej sytuacji społecznej w kraju w odniesieniu do problematyki wydziału,
- ocenę sprawności nauczania na wszystkich latach studiów,
- korektę programów nauczania poszczególnych przedmiotów,
- sprawę realizacji na wydziale zajęć dydaktycznych z fizyki,
- podział studentów IV roku na kierunki,
- analizę programów i zatwierdzenie godzin fakultatywnych na niektórych latach studiów,
- sprawy praktyk studenckich,
- skierowanie studentów V roku do zakładów, w celu wykonania pracy magisterskiej,
- organizację wydziałowego konkursu prac magisterskich,
- organizację kół naukowych na wydziale, obozów studenckich społeczno-naukowych,
- sprawy remontu wadliwych instalacji: centralnego ogrzewania, gazowej, elektrycznej, wentylacyjnej,
- sprawy odznaczeń,
- sprawy socjalne pracowników i studentów,
- bieżące sprawy studenckie.

Na posiedzeniach Rad Wydziałowych omawiano sprawy dydaktyczno-wychowawcze, naukowe, organizacyjne, personalne. Organizowano, w miarę potrzeby, posiedzenia problemowe, na których dyskutowano zagadnienia reformy programu studiów farmaceutycznych, związanych zarówno z kształceniem z przedmiotów podstawowych, jak i szkoleniem na poszczególnych kierunkach. Aby zyskać opinie szerokiego grona pracowników i studentów lat starszych przeprowadzono dwa otwarte posiedzenia Rad Wydziału poświęcone temu tematowi.

Na kolejnych posiedzeniach Rady Wydziału omawiano:

- problemy szkolnictwa wyższego w aktualnej sytuacji społecznej kraju,
- projekt nowej ustawy o szkolnictwie wyższym,
- projekt statutu Akademii Medycznej,
- projekt ustawy o stopniach i tytułach naukowych,
- sprawy personalne związane z awansami naukowymi i obsadą funkcji kierowników i dyrektorów instytutów,
- działalność naukową instytutów,
- tematykę prac magisterskich,
- program zajęć dydaktycznych z fizyki, w związku z przejściem tego przedmiotu przez Zakład Chemii Fizycznej Wydziału Farmaceutycznego od roku akademickiego 1983/84,
- sprawność nauczania na poszczególnych latach studiów,
- wyniki wydziałowego i ogólnopolskiego konkursu prac magisterskich,
- wyniki ankiet studenckich dotyczących zatrudnienia absolwentów i motywacji wyboru studiów farmaceutycznych,

-
- sprawę nadania salom wykładowym na wydziale imion zasłużonych profesorów,
 - sprawę utworzenia na wydziale muzeum zbiorów bibliograficznych poświęconych historii wydziału,
 - uroczystość obchodów 60-lecia Wydziału Farmaceutycznego w Warszawie i związanego z tym wydania jubileuszowego numeru Farmacji Polskiej w roku 1986,
 - sprawę propagandy zawodu farmaceutycznego w szkołach średnich, w związku z organizowaną wiosną każdego roku akcją informacyjną o studiach farmaceutycznych,
 - pracę nowopowołanego działu administracyjno-gospodarczego na Wydziale Farmaceutycznym,
 - sprawę bezpieczeństwa pracy w budynkach wydziału, w związku z niesprawną instalacją gazową, centralnego ogrzewania, wentylacji.

W wyniku dyskusji, jaka toczyła się na posiedzeniach Rady Wydziału na temat aktualizowania programów dydaktycznych, z inicjatywy wielu profesorów odbyło się w Warszawie kilka spotkań kierowników jednoimiennych zakładów z innych wydziałów farmaceutycznych w Polsce.

W okresie sprawozdawczym Rada Wydziału wiele uwagi poświęciła szkoleniu młodej kadry i sprawom przemianowań. Odbyło się 29 obron prac doktorskich na posiedzeniach Komisji Biofarmacji i Komisji Nauki o Leku. Z pracowników Wydziału habilitowali się: dr Mirosław Szutowski i dr Jan Pachecka, z innych instytucji dr Marek Naruszewicz, dr Dariusz Sitkiewicz i dr Jadwiga Tautt. Na ukończeniu są dwa przewody habilitacyjne: dr. Józefa Sawickiego z Zakładu Bioanalizy i Ochrony Środowiska i dr. Józefa Kowalskiego z Zakładu Farmakognozji. W okresie sprawozdawczym osiem osób uzyskało tytuły prof. nadzwyczajnego: doc. dr hab. M. Gajewska, doc. dr hab. J. Jarzębiński, doc. dr hab. W. Kwapiński, doc. dr hab. R. Olędzka, doc. dr hab. L. Skulski, doc. dr hab. T. Szymczyk, doc. dr hab. L. Tomaszewski, doc. dr hab. Z. Zakrzewski. Tytuł prof. zwyczajnego otrzymał prof. dr hab. W. Dobrzański. Postępowanie w sprawie tych nominacji profesorskich zostało rozpoczęte w poprzedniej kadencji. Rada Wydziału wystąpiła o nadanie tytułu profesora nadzwyczajnego dla dwóch osób: doc. dr hab. B. Gutkowskiej i doc. dr. hab. J. Brzezińskiego.

Po raz pierwszy w dziejach wydziału zorganizowano uroczystość wydania „wznowionego dyplomu”. Dyplom taki otrzymał prof. dr hab. Henryk Bukowiecki po 55 latach czynnej pracy naukowej. Wspólnie z Polskim Towarzystwem Farmaceutycznym zorganizowano prof. dr. H. Bukowieckiemu uroczystość 80-lecia urodzin.

Problemy dydaktyczno-wychowawcze

W okresie sprawozdawczym zainteresowanie studiami farmaceutycznymi było w Warszawie duże, co znalazło swój wyraz w wysokiej, w po-

równaniu z innymi wydziałami farmaceutycznymi w Polsce, liczbie zgłoszeń kandydatów na studia i licznych rocznikach I roku. Sprawność nauczania przedstawia tabela 1.

Tabela I
SPRAWNOŚĆ NAUCZANIA STUDENTÓW WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO AM
w WARSZAWIE w LATACH 1981—1984

Rok	I rok		II rok		III rok		IV rok		V rok	
	zaczęło	promowa- nych	zaczęło	promowa- nych	zaczęło	promowa- nych	zaczęło	promowa- nych	zaczęło	skończyło do XII
1981/82	153	83	100	85	95	79	117	111	106	54
1982/83	171	83	107	73	99	79	84	82	116	64
1982/84	182	93	110	93	90	69	83	67	85	

Wydanych zostało 308 dyplomów magistra farmacji, w tym trzy dyplomy z wyróżnieniem.

Niska sprawność nauczania na roku I wynikała z niedostatecznego zasobu wiedzy, jaki wynoszą studenci ze szkoły średniej. Najczęściej kończyli licea humanistyczne lub ogólne, w których nie przerabiano pewnych działów z matematyki i z fizyki, co stwarzało później trudności w szybkim uzupełnieniu materiału. Brak natomiast terminowości w kończeniu studiów związany był z dwoma faktami: 1) większość studentek, których jest na wydziale ponad 80%, zakłada rodziny i korzysta z urlopów macierzyńskich, 2) niskie uposażenie, jakie otrzymują absolwenci Wydziału Farmaceutycznego w różnych miejscach pracy, nie zachęca do terminowego i szybkiego kończenia studiów. Mimo niskiej sprawności nauczania absolwenci wydziału po podjęciu pracy okazują się cenionymi pracownikami zawodu i dobrze wywiązują się ze swoich obowiązków.

Wydział, zdając sobie sprawę z trudności, jakie w czasie studiów napotykać studenci, szczególną uwagę zwraca na proces dydaktyczno-wychowawczy i dobór odpowiedniej kadry nauczającej. Na posiedzeniach Rad Pedagogicznych I, II i III roku odbywała się stała analiza programu dydaktycznego i ocena postępów studentów. Na poszczególnych kierunkach ocenę realizacji pracy dydaktyczno-wychowawczej prowadzili opiekunowie kierunków.

Do zmian wprowadzonych w ubiegłym okresie do procesu dydaktyczno-wychowawczego zaliczyć należy: 1) opracowanie nowego, dostosowanego do potrzeb wiedzy farmaceutycznej, programu z fizyki i jego realizacja przez Zakład Chemii Fizycznej Wydziału Farmaceutycznego od roku akademickiego 1983/84; dotychczas, zajęcia te były prowadzone przez Zakład Biofizyki I Wydziału Lekarskiego, 2) opracowanie nowego programu wykładów z chemii leków, skoordynowanego z wykładami

z farmakodynamiki, 3) zmodyfikowanie programu nauczania z przedmiotów humanizujących oraz języków obcych.

Aby zbliżyć młodzież do problemów ich przyszłej pracy zawodowej i wyrobić samodzielność, włączano dobrych studentów do badań naukowych przez pracę w kołach naukowych, realizację pewnych założeń naukowych w pracach magisterskich oraz odpowiednio dobrane programy studiów indywidualnych na niektórych kierunkach.

Staraniem grupy młodych pracowników naukowych we wrześniu 1983 r. zorganizowany został studencki obóz społeczno-naukowy. Udział w nim wzięło 11 studentów oraz dwóch pracowników naukowych. Opiekunem obozu był także prof. dr Henryk Bukowiecki, emerytowany kierownik Zakładu Botaniki Farmaceutycznej. Obóz odbył się w Ciechanowcu pod patronatem tamtejszego Muzeum Rolnictwa im. Krzysztofa Kluka.

Każdego roku organizowano wydziałowe konkursy prac magisterskich. Laureaci konkursu wydziałowego prezentowali swoje prace na konkursach ogólnopolskich zdobywając tam również nagrody. Reprezentacja studentów aktywnie uczestniczyła w **Międzynarodowej Konferencji Studentów Farmacji INTERFARM** — w Poznaniu w 1983 r. Studenci brali również udział każdego roku w akcji informacyjnej o studiach farmaceutycznych dla nowowstępujących kandydatów. W ostatnim roku zorganizowana była wymiana praktyk ze studentami zagranicznymi. Studenci wydziału i pracownicy zakładów brali dwukrotnie udział w konferencjach na temat: „Chemia Leków”, urządzanych przez Wyższą Szkołę Pedagogiczną w Opolu.

Trudności w pracy

Władze Wydziału w swojej trzyletniej działalności spotykały się z problemami, których rozwiązanie nastreżało wiele trudności i nie było możliwe do załatwienia w okresie kadencji. Należały tu przede wszystkim sprawy remontu i konserwacji instalacji gazowej, centralnego ogrzewania i wentylacji. Stwarzało to nieraz bezpośrednie zagrożenie zdrowia, a nawet życia studentów i pracowników. Zakończenie remontu w budynkach Wydziału Farmaceutycznego przewidziane jest dopiero w roku akademickim 1984/85.

Trudnością innego typu było niewłaściwe zaopatrzenie biblioteki wydziałowej w niezbędne czasopisma obce, z których korzystali zarówno pracownicy naukowci jak i studenci. Wydział przed kilku laty pozbawiony został tak cennych czasopism, jak *Chemical Abstract*, *Planta Medica*, *Lloydia*, *Phytochemistry*. Brak tych czasopism wpływa na obniżenie poziomu prac magisterskich wykonywanych przez studentów V roku, tym bardziej że niektórych roczników np. *Lloydia* nie ma w ogóle w Warszawie. Pilną potrzebą wydziału jest również wydanie podręczników i skryptów zawierających aktualne materiały dydaktyczne. Zbyt mało

rozwijały się na wydziale kontakty naukowe z ośrodkami zagranicznymi, zarówno w zakresie szkolenia nauczycieli akademickich, jak i wspólnych badań naukowych.

Wymienione wyżej trudności będą niewątpliwie rozpatrywane i załatwiane przez władze Wydziału Farmaceutycznego, wybrane na następną kadencję w latach 1984—87.

KONFERENCJA REDAKCYJNA: „KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE — STAN OBECNY — PROPOZYCJE ZMIAN”

Prof. dr hab. Bogdan KAMIŃSKI

SŁOWO WSTĘPNE — CEL KONFERENCJI

Mamy zamiar mówić o kształceniu podyplomowym. Planujemy już następne posiedzenie, pod koniec roku, na początku grudnia, które chcielibyśmy poświęcić sprawie psychicznego kontaktu lekarza z pacjentem. Jest to moje prywatne hobby. Jest gorzej niż być powinno. Brak nam jest umiejętności takiego kształcenia pielęgniarek i lekarzy, studentów, żeby nawiązywali łatwiej kontakt z przeciętnym człowiekiem. Ja sam widzę parę przyczyn tego stanu, ale myślę, że jeśli zaprosimy psychologów jako referentów, to może dotrzemy do pewnego źródła naszych rozważań. Zakończę jeszcze tylko dwiema sprawami organizacyjnymi. Chcielibyśmy posiedzenie zakończyć, łącznie z dyskusją, mniej więcej do godziny 15-tej. Zrobimy przerwę po referatach, po których zapraszamy na dół, gdzie do godziny 14-tej jest czynny bufet z kawą i herbatą. To chyba z rzeczy organizacyjnych wszystko.

Pan dr Bronisław Pokrzycki jest sekretarzem naukowym redakcji od niedawna i będzie prowadził część referatową naszego posiedzenia, potem zrobimy przerwę na to, żeby rozprostować nogi, a następnie przejdziemy do dyskusji.

Całość referatów i dyskusja wydrukowane zostaną w numerze trzecim 1984 r. naszego kwartalnika i dostarczone będą Państwu. Tyle miałbym wstępu; jeszcze raz dziękuję Państwu, żeście zechcieli przyjechać z odległych miast, z Lublina, z Wrocławia, Poznania na naszą konferencję. Bardzo za to dziękuję i oddaję przewodnictwo Panu dr. Pokrzyckiemu.

Dr Bronisław POKRZYCKI

CELE KSZTAŁCENIA MEDYCZNEGO W STUDIACH PODYPLOMOWYCH

Proszę Państwa, porządek, jaki przesłaliśmy Państwu, zostaje zachowany; a więc pierwszy referat poświęcony zostanie celom kształcenia dyplomowego wyjechał za granicę (wyrażając uprzednio zgodę na zreferowanie, trzeci odpowiedzialności za kształcenie podyplomowe. Z uwagi na to, że Pan dr J. Wasyluk z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego wyjechał za granicę, (wyrażając uprzednio zgodę na zreferowanie w/w celów), wytworzyła się luka, między tym co Pan Profesor Kamiński powiedział, otwierając konferencję, a referatami następnymi.

Proszę Państwa, nasza myśl jest taka, ażeby główną metodą naszej pracy była raczej dyskusja, a Pani prof. Strzelecka, Pan prof. Kirschner i Pan prof. Tysarowski dokonają tylko krótkiego wprowadzenia zgodnie z tezami porządku naszej konferencji. Ażeby tę lukę między punktem pierwszym a drugim uzupełnić, może słów kilka, jaka problematyka z punktu widzenia dydaktyki szkoły wyższej (dydaktyki kształcenia medycznego) nam się rysuje. Kształcenie podyplomowe chcemy widzieć jako element kształcenia ustawicznego w tym trójczłonowym kształceniu: kształcenie uczelniane, kształcenie równoległe i kształcenie ustawiczne. Kształcenie ustawiczne zawierałoby ewentualnie wszelkie formy indywidualnego samokształcenia, studia podyplomowe, specjalizacje. To, że temat taki poruszamy, uzasadnia Statut uczelniany. W paragrafie 8 wyraźnie podkreśla się potrzebę kształcenia wysokokwalifikowanych specjalistów, rozwoju samodzielnego myślenia, nawyku ustawicznego kształcenia, a pkt 7 jeszcze bardziej podkreśla kształcenie podyplomowe i specjalistyczne kadr medycznych, jako podstawowe zadanie uczelni medycznej. Ponieważ statut opracowany jest na podstawie Ustawy o szkolnictwie wyższym, sądzę, że nie tylko nasz statut to obejmuje, ale wszystkie statuty wszystkich pozostałych uczelni. Jakie pytania rodzą się w związku z tematyką przez nas zarysowaną? Po pierwsze: skąd wynika potrzeba kształcenia podyplomowego? A więc z nowej sytuacji, w jakiej znajduje się nasz absolwent, po drugie: z postępu naukowo-technicznego i osiągnięć

nięć badań, po trzecie: z faktu, że wiedza wyniesiona z uczelni, nie funkcjonuje, nie jest operatywna i po czwarte: z tak zwanego zjawiska „starczenia się” wiedzy. Potrzeba kształcenia podyplomowego po prostu uzasadniona jest tymi czterema punktami.

Do czego sprowadza się istota kształcenia podyplomowego, jeśli mówimy o tzw. kształceniu, które trwa przez całe życie. Po pierwsze — do odnowienia wiedzy, po drugie — do poszerzenia wiedzy, po trzecie — do jej pogłębienia. Są to trzy elementy podnoszenia kwalifikacji ogólnych i zawodowych, czy tak zwanych kompetencji. Definicja „Raportu Klubu Rzymskiego” bardzo precyzyjnie określa, czym jest to kształcenie ustawiczne. Pozwolę sobie in extenso przytoczyć tę definicję. A więc „kształcenie ustawiczne to całożyciowa aktywność edukacyjna człowieka, nie tylko dla podwyższenia kwalifikacji profesjonalnych, ale coraz wyższych kwalifikacji moralnych, rozległych horyzontów intelektualnych, doskonalszych kryteriów oceny współczesnego świata”. Według „Raportu Klubu Rzymskiego”, pt.: „Uczyć się — bez granic” definicja ta brzmi następująco: „uczenie się znaczy dla nas rodzaj podejścia zarówno do wiedzy jak i do życia, w którym akcentuje się znaczenie ludzkiej inicjatywy. Obejmuje ono opanowanie i wdrażanie nowych metodologii, nowych umiejętności, postaw i wartości niezbędnych do życia w świecie pełnym zmian. Uczenie się jest procesem przygotowania do postępowania w obliczu nowych sytuacji”. W związku z tym sprawa ważności kształcenia podyplomowego chyba nie ulega wątpliwości.

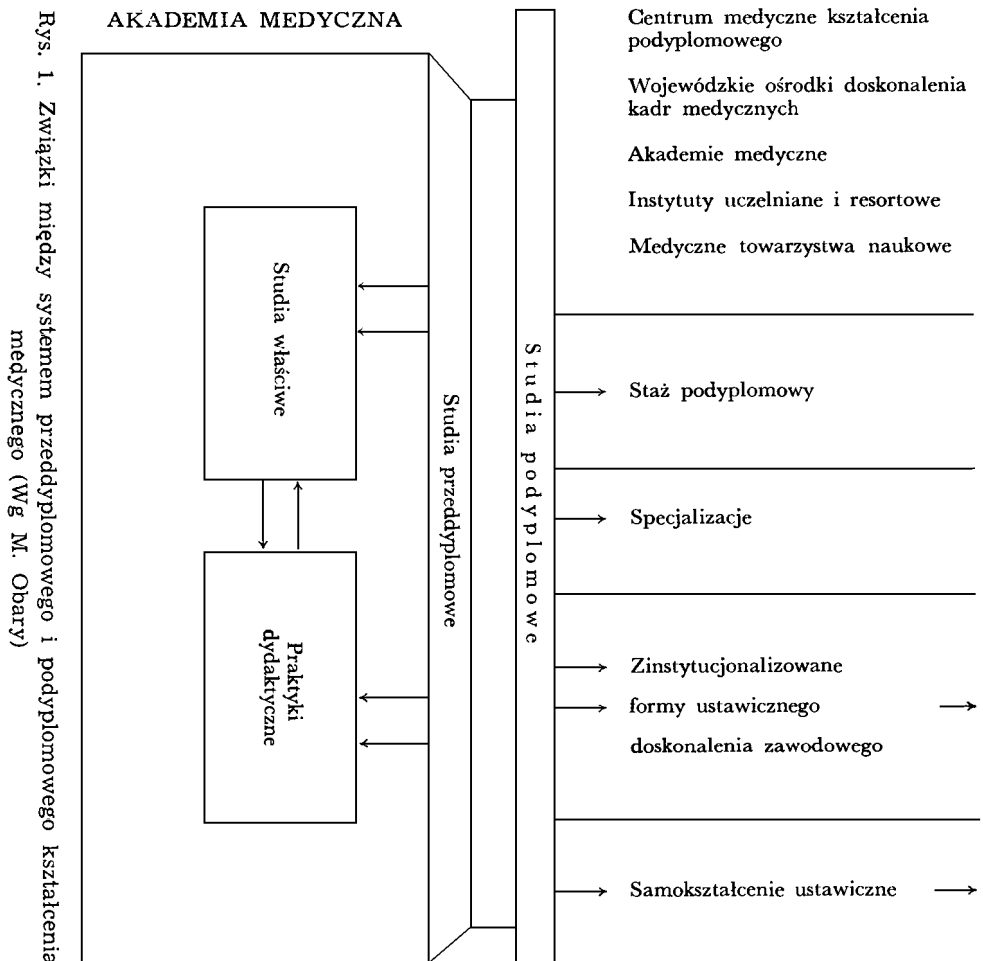
Sprawa następna, na którą powinniśmy zwrócić uwagę, tj. związek kształcenia przeddyplomowego z kształceniem podyplomowym. Szkoła oprócz wyposażenia studenta w zasób wiedzy, umiejętności i zainteresowań powinna również nauczyć po prostu jak się uczyć, jak korzystać dalej z zasobów wiedzy, jak studiować, jak korzystać z zasobów literatury, ponadto wytworzyć potrzeby uczenia się przez całe życie.

Jest to niezmiernie trudne zadanie. Organizacyjnie związek kształcenia uczelnianego z kształceniem podyplomowym przedstawia rysunek nr 1.

Następna sprawa, to możliwości i warunki kształcenia wielostronnego. Chodzi o to, ażeby w tym kształceniu podyplomowym stosując metody kształcenia wielostronnego przez: przyswajanie, odkrywanie, działanie i wartościowanie nie przeceniać metod informacyjnych, ale również metody zagadnieniowe albo problemowe stosować operatywnie, a także metody waloryzacyjne.

Następny problem, który jest godny naszej dyskusji, to jest rozumienie samooceny w kształceniu podyplomowym. Jest to niezmiernie poważna sprawa i trudna; ale jest to dalszy kontekst tzw. kierowania własnym rozwojem.

Ostatnia sprawa, to kwestia wysokich możliwości uczenia się dorosłych. Ponieważ dotychczas dydaktycy twierdzili, że w okresie nazwijmy to rozwojowym, taki człowiek nie może przyswajać sobie wiadomości, jed-



nak badania prof. Szewczuka z Krakowa wykazały, że sprawność uczenia się zaczyna maleć między 27 a 33 rokiem życia. Ale w 40 roku życia odpowiada ona jeszcze mimo wszystko sprawności z 15—16 roku życia. Teraz pod koniec 50-dziesiątki odpowiada sprawności 14-lątka, a pod koniec 60 roku życia odpowiada jeszcze możliwości 11-lątka, czyli organizm jeszcze w dalszym ciągu jest chłonny.

Proszę Państwa, te wszystkie sprawy, o których wspomniałem (z potrzebą uczenia się dla jutra) stanowią podstawę dzisiejszej dyskusji.

Prof. dr hab. Halina STRZELECKA. Prof. dr Zdzisław ZAKRZEWSKI

FORMY SZKOLENIA PODYPLOMOWEGO NA WYDZIALE FARMACEUTYCZNYM AM W WARSZAWIE

Ustawiczne szkolenie podyplomowe farmaceutów jest w różnych formach realizowane od dawna. Początkowo związane było z inicjatywami poszczególnych Zakładów na Wydziałach, bądź z działalnością Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, a z chwilą utworzenia Studium Farmaceutycznego w obrębie CMKP przyjęło formy zorganizowane i obejmujące swym zasięgiem całą Polskę.

Poza satysfakcją ze zdobytej wiedzy i możliwością wykorzystania jej w codziennej pracy, nie dawało ono magistróm farmacji przez wiele lat żadnych dodatkowych przywilejów.

Wprowadzenie w roku 1973 możliwości zdobywania przez farmaceutów specjalizacji I i II stopnia stworzyło odpowiednie warunki do ich uzyskania według określonego planu zarówno w zakresie programu, jak i czasu trwania staży specjalistycznych. Trzeba tu podkreślić ogromny wysiłek CMKP, Wydziału Warszawskiego i wszystkich Wydziałów w Polsce, który trzeba było podjąć, w celu zorganizowania kursów, staży i przeegzaminowania ogromnej liczby kandydatów ubiegających się o specjalizację.

W okresie tworzenia poszczególnych programów specjalizacyjnych mieliśmy wszyscy bardzo małe doświadczenie, toteż opracowane rodzaje specjalizacji, jak i programy weryfikowało życie. Prowadząc przez wiele lat szkolenie mogliśmy sami dostrzec niedoskonałość programów i form, a z dyskusji ze słuchaczami mogliśmy się dowiedzieć, co w ich odczuciu było istotne i przydatne w pracy zawodowej, a co okazało się zbędnym balastem.

W roku 1983 zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej znowelizowało Ustawę o specjalizacji zmieniając rodzaje specjalizacji, jak i ich programy. Niestety, nie zawsze w sposób całkowicie trafny i zgodny z odczuciami i postulatami środowiska farmaceutycznego.

Studia farmaceutyczne dają możliwość podjęcia pracy przede wszystkim w szeroko rozumianym wytwarzaniu leków, dystrybucji i informacji o lekach, ich ocenie, a także w ochronie zdrowia. Wymagało to, oczywiście, wprowadzenia bardzo zróżnicowanego kształcenia podyplomowego, zarówno w treści, jak i w formie. Największą grupę zawodową stanowią farmaceuci pracujący w aptekach i to zarówno w otwartych, jak i szpitalnych. Spośród nich rekrutuje się też największa ilość osób szkolonych na Wydziale i uzyskujących specjalizację z farmacji aptecznej. Drugą, co do liczebności, grupę stanowiły osoby ubiegające się o specjalizację w dziedzinie szeroko pojętej analityki farmaceutycznej (pracownicy laboratoriów kontrolnych Cefarmu i przemysłowych, pracownicy stacji sanitarno-epidemiologicz-

nych). Trzecią — pracownicy laboratoriów analitycznych, ubiegający się o specjalizację w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej.

W jakich formach szkolenia pracownicy Wydziału brali udział?

1. Dla wszystkich wymienionych grup, a w szczególności dla osób ubiegających się o specjalizację apteczną, prowadzone były na Wydziale dwa podstawowe typy szkolenia:
 - a) kursy stacjonarne 10—14-dniowe,
 - b) szkolenie w cyklu nieciągłym obejmującym w ciągu roku 8—10 wykładów i seminariów sześciogodzinnych.
2. Organizowano konsultacje dla osób przygotowujących prace poglądowe wymagane przy uzyskiwaniu I i II stopnia specjalizacji.
3. Organizowano staże cząstkowe (Zakład Farmacji Stosowanej).
4. Wielu samodzielnych pracowników naukowych Wydziału i duża grupa adiunktów wyjeżdżała kilkakrotnie w ciągu roku do województw ościennych (Siedleckie, Płockie, Łomżyńskie, Białostockie, Olsztyńskie i inne), w celu wzięcia udziału w wykładach dla farmaceutów, organizowanych przez Towarzystwa Naukowe Farmaceutyczne i Lekarskie.
5. Samodzielni pracownicy brali udział w egzaminach specjalizacyjnych, jako przewodniczący komisji bądź członkowie.

Dla grupy farmaceutów pracujących w aptekach, wymagane do stażu kursy stacjonarne i szkolenie nieciągłe, prowadzone były na Wydziale rokrocznie, a tematyka niektórych nawet kilkakrotnie powtarzana. Zainteresowanie specjalizacją i udział farmaceutów w szkoleniu były ogromne.

W obu rodzajach szkolenia najpoważniejszy udział przypadł Zakładowi Farmacji Stosowanej, a kierownikiem naukowym wszystkich kursów, prowadzonych dla osób uzyskujących specjalizację z farmacji aptecznej, był prof. Zdzisław Zakrzewski.

Wydział, doceniając wagę szkolenia podyplomowego, powołał pełnomocnika d/s szkolenia panią dr hab. Irenę Zawadowską. Należy tu podkreślić ogromny wkład pracy doc. Ireny Zawadowskiej odpowiedzialnej za sprawne zorganizowanie kursów, zapewnienie wykładowców, zarówno z Wydziału, jak i spoza Wydziału, specjalistów z klinik Akademii Medycznej i Instytutów Naukowych Resortu Zdrowia.

Niektóre tematy kursów stacjonarnych organizowanych permanentnie przez Zakład Farmacji Stosowanej oraz szkolenia w cyklach nieciągłych podaje tabela.

Inne Zakłady Wydziału jak Zakład Bromatologii, Chemii Farmaceutycznej, Farmakognozji oraz Toksykologii brały aktywny udział w przygotowaniu monograficznych wykładów na temat: **Nowe leki syntetyczne i roślinne, Interakcja leków z żywnością, problemy toksykologii i toksykomanii.**

Opracowany przez ZFS AM w Warszawie program kursu „niezgodność w płynach infuzyjnych” cieszył się ogromnym zainteresowaniem zarówno u farmaceutów, jak i lekarzy, pielęgniarek pracujących w szpitalach. Tematyka i program tego kursu, opracowane na naszym Wydziale, weszły na stałe do programu CMKP i wprowadzone zostały do programów szkolenia w innych ośrodkach.

Wykłady w cyklach szkolenia nieciągłego znalazły u słuchaczy duże uznanie i zainteresowanie. Niewątpliwa w tym zasługa dr hab. Ireny Zawadowskiej umiejącej dotrzeć do bardzo dobrych wykładowców i przekonać ich o konieczności wzięcia udziału. Wykłady prowadzone były w formie zintegrowanej. Temat ujmowany był kompleksowo przez kilku specjalistów z różnych dziedzin: przez wykładowców z Wydziału omawiany był chemizm środków leczniczych, wytwarzane postacie i ich kontrola; koledzy z Zakładu Farmakologii bądź Farmakodynamiki omawiali mechanizm ich działania, a specjaliści z klinik — wybór leków i ich stosowanie w określonych jednostkach chorobowych.

Dla drugiej grupy osób zdobywających specjalizację z zakresu analizy farmaceutycznej, tematyka kursów stacjonarnych była zróżnicowana w zależności od

miejsc pracy. I tak przykładowo dla pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych prowadzone były szkolenia o tematyce:

- **substancje obce w żywności,**
- **rola składników odżywczych w ustroju,**
- **toksykologia i analiza pestycydów.**

Natomiast dla pracowników laboratoriów analitycznych Cefarmu oraz pracowników laboratoriów przemysłowych przygotowano kursy o tematyce:

- **automatyczna i półautomatyczna analiza wybranych grup leków,**
- **zastosowanie densytometrii w analizie leków,**
- **zastosowanie metod chromatograficznych w analizie leków roślinnych,**
- **toksykologia i analiza pestycydów,**
- **automatyczna analiza aminokwasów.**

Należy tu podkreślić, że wiodącą rolę w szkoleniu tej grupy farmaceutów miał Instytut Leków, a wymienione wyżej kursy organizowane były przez Zakłady Bromatologii, Analizy Leków, Farmakognozji i Toksykologii.

Od roku 1981 obserwuje się spadek zainteresowania uzyskiwaniem specjalizacji, a co się z tym wiąże, zwłaszcza z udziałem w szkoleniu stacjonarnym magistrów farmacji. Część przyczyn tego zjawiska leży poza możliwościami naszego oddziaływania, części natomiast powinniśmy przeciwdziałać.

Do pierwszych zaliczyć należy:

1. Ogromne sfeminizowanie zawodu, z czym wiąże się fakt konieczności przerwania aktywnej pracy zawodowej (z reguły wkrótce po rozpoczęciu pracy) w celu wychowania dzieci do wieku przedszkolnego. Przez okres kilku lat tworzy się luka zarówno w wiadomościach, jak i umiejętnościach, a także zanik nawyku uczenia się i doksztalcania. Obowiązki rodzinne nie zawsze pozwalają na podjęcie decyzji systematycznego szkolenia w celu uzyskania specjalizacji.
2. Trudności etatowe w aptekach otwartych, spowodowane w głównej mierze przez urlopy wychowawcze, nie ułatwiają oddelegowania pracownika na okres ok. 2 tygodni, w celu wzięcia udziału w kursach stacjonarnych. Wprawdzie jest to ustawowo zagwarantowane, ale wiele osób liczy się z trudną organizacyjnie sytuacją w miejscu pracy.
3. Trzeba tu podkreślić fakt, że system motywacyjny jest zbyt słaby, aby stanowił zachętę do tak dużego wysiłku. Dla wielu kobiet, obarczonych obowiązkami rodzinnymi, perspektywa objęcia kierownictwa apteki (co uzależnione jest od uzyskania II stopnia specjalizacji) jest raczej antybodźcem, bo wiąże się z dodatkowymi obowiązkami i dużą odpowiedzialnością finansową.
4. Przepisy dotyczące awansowania pracowników i ich powiązanie z wymogami zdobywania specjalizacji nie są zawsze przestrzegane przez zakład pracy.
5. Nie bez znaczenia jest także fakt, że osobom, które kończyły studia w ostatnim pięcioleciu, nie możemy w toku niektórych kursów stacjonarnych przekazać wielu nowych osiągnięć. Dotyczy to zwłaszcza zagadnień analitycznych. Duży zakres nowoczesnej wiedzy przekazany im został podczas wykładów, seminariów i ćwiczeń. Aparatura nasza od 15 lat nie unowocześniana nie pozwala na zorganizowanie na miejscu istotnie nowoczesnego szkolenia i zmusza do prowadzenia zajęć w wielu laboratoriach zakładowych, instytucjach czy aptekach szpitalnych.

Pracownicy niektórych zakładowych laboratoriów badawczych dysponują u siebie nowocześniejszymi typami aparatów kontrolno-pomiarowych, gdyż zakupy z puli dewizowej były w przemyśle znacznie łatwiejsze. Nie są oni zainteresowani naszą ofertą kursów.

Przekazywanie praktycznych osiągnięć w dziedzinie organizacji i usprawnienia pracy w aptece jest bardzo utrudnione z powodu braku na Wydziale apteki szkolącej. Rolę taką w planach pierwotnych miała pełnić apteka przy CSK.

Nasi pracownicy naukowcy pozbawieni od kilku lat kontaktu z aptekami zagranicznymi i innymi miejscami pracy zawodowej, mogą przekazywać jedynie wiadomości z fachowych książek i czasopism, docierających do nas sporadycznie i z dużym opóźnieniem (czasopisma farmaceutyczne nie zostały wprowadzone w GBL do planu zakupu czasopism zachodnich).

Niewątpliwym zainteresowaniem (choć także mniejszej niż poprzednio grupy słuchaczy) cieszą się nadal wykłady w szkoleniu nieciągłym. Spełnia ono w dużej mierze oczekiwania dużej grupy magistrów farmacji znacznego rozszerzenia i ugruntowania wiadomości z farmakodynamiki, farmakokinetyki, farmakoterapii i informacji o nowych lekach. Ten typ szkolenia wydaje się szczególnie atrakcyjny dla słuchaczy zwłaszcza wtedy, gdy po uprzednim wysłuchaniu informacji z zakresu budowy i właściwości chemicznych, metod kontroli i mechanizmu działania, słuchacze są wciągani przez wykładawcę-klinicystę, najczęściej, lekarza do wielokierunkowej dyskusji. Wiele pozytywnych uwag usłyszeliśmy od uczestników takiego szkolenia. Wydaje się, że w przyszłości tradycyjne wykładanie należy w większej mierze zastępować tego typu dyskusjami. Na szczególne podkreślenie zasługuje tu możliwość zbliżenia poglądów między farmaceutami i lekarzami, a także umiejętność znalezienia wspólnej płaszczyzny dyskusji. Należy także zastanowić się nad przyczynami braku zainteresowania w uzyskiwaniu specjalizacji wśród absolwentów zatrudnionych przy produkcji leków zwłaszcza w „Herbapolu”, ale także i w „Polfie”.

Tabela I
TEMATY KURSÓW STACJONARNYCH ORGANIZOWANYCH NA WYDZIALE

Temat	Organizator kursu
Farmacja apteczna 1. Technologia przygotowania płynów infuzyjnych wraz z ich kontrolą 2. Interakcja leków z uwzględnieniem niezgodności w płynach infuzyjnych 3. Aseptyczne przygotowanie leków wraz z ich kontrolą mikrobiologiczną 4. Postępy w zakresie technologii postaci leków	Zakład Farmacji Stosowanej
Analityka farmaceutyczna 1. Analiza aminokwasów 2. Automatyczna i półautomatyczna analiza wybranych grup leków 3. Zastosowanie densytometrii w analizie leków 4. Zastosowanie metod chromatograficznych w analizie leków roślinnych 5. Toksykologia i analiza pestycydów	Zakład Analizy Leków Zakład Farmakognozji Zakład Chemii Toksykologicznej
Diagnostyka laboratoryjna 1. Teoria i praktyka screeningu laboratoryjnego w aspekcie diagnostyki przedklinicznej	Zakład Analityki Klinicznej

Wyjątkiem jest tu fakt uczestniczenia kilku grup pracowników Zakładów „Polfy” w kursach organizowanych przez Zakład Farmacji Stosowanej, a dotyczących nowoczesnych osiągnięć w dziedzinie technologii postaci leku.

Dyrekcje Zakładów Przemysłu Farmaceutycznego nie były zainteresowane dotychczas tego typu doszkadzaniem swoich pracowników. Dopiero ostatnie ustalenia NOT w dziedzinie specjalizacji inżynierów zwróciły uwagę resortu chemii czy przemysłu spożywczego na ten problem.

Musimy zastanowić się, jako Wydział, w jaki sposób możemy pomóc swym wychowankom zatrudnionym w innych resortach, ale właśnie przy produkcji leku

badź pracach związanych z ochroną zdrowia, aby specjalizacje zdobywane u nas były respektowane i akceptowane przez dyrekcje zakładów pracy.

Pierwsze kroki zostały zrobione, bowiem Stowarzyszenie Inżynierów Chemików NOT zwróciło się do PTF-armu o wytypowanie opiekunów specjalizacji, natomiast Zakład Chemii Toksykologicznej współpracuje z NOT-em w dziedzinie szkolenia z zakresu toksykologii ogólnej i przemysłowej.

Tabela II

Tytuły niektórych wykładów prowadzonych dla farmaceutów
w szkoleniu nieciągłym

1. Interakcje leków
2. Postępy technologii postaci leków
 - a) Otrzymywanie i trwałość różnych postaci leków
 - b) Nowoczesne postacie leków
3. Wybrane zagadnienia z farmacji klinicznej
 - a) Chemizm, właściwości i zastosowanie antybiotyków
 - b) Chemizm, działanie i zastosowanie leków przeciwreumatycznych
 - c) Chemizm, działanie i zastosowanie leków używanych w schorzeniach neurologicznych
 - d) Chemizm, działanie i zastosowanie leków używanych w schorzeniach układu krążenia
4. Postępy w dziedzinie leku roślinnego
 - a) Roślinne leki żółciopędne i żółciotwórcze
 - b) Roślinne leki stosowane w infekcjach górnych dróg oddechowych.

Prof. dr Henryk KIRSCHNER

PROBLEMATYKA MEDYCyny SPOŁECZNEJ W KSZTAŁCENIU PODYPLOMOWYM

Współczesna medycyna społeczna zajmuje się monitorowaniem stanu zdrowia populacji i określaniem jej potrzeb zdrowotnych, jak również oceną realizacji zadań przez system powołany do sprawowania opieki zdrowotnej. Jedną z ważnych cech medycyny społecznej jest rozpatrywanie zagadnień zdrowotnych na tle warunków środowiskowych, które powinny być uwzględnione w programowaniu działań zapobiegawczych i w opiece nad chorymi, szczególnie w chorobach przewlekłych.

Ze względu na zakres i rodzaj problematyki, medycyna społeczna pozostaje przede wszystkim w kręgu zainteresowań osób odpowiedzialnych za programowanie i kierowanie placówkami służby zdrowia na wszystkich szczeblach zarządzania. Systemowe ujmowanie zagadnień zdrowotnych, cechujące medycynę społeczną, niezbędne jest coraz częściej również w poszczególnych specjalnościach lekarskich, a szczególnie w pediatrii, psychiatrii, geriatricy, kardiologii czy diabetologii (epidemiologiczna ocena rozpowszechnienia choroby, uwzględnianie czynników środowiskowych w ocenie ryzyka chorobowego oraz w profilaktyce, środowiskowa opieka zdrowotna itp.). Wiąże się to z potrzebą szerszego ujmowania zagadnień, ponieważ jednostkowe działania lecznicze nie mogą być wystarczające.

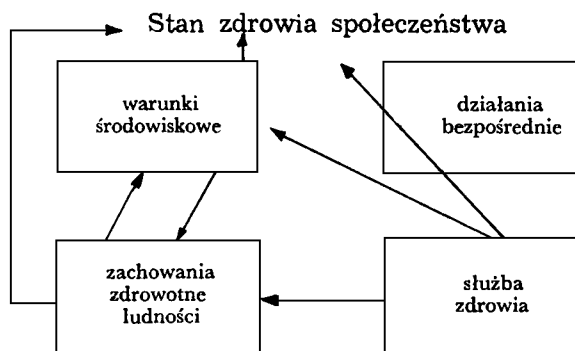
Zanim przedstawię problematykę medycyny społecznej w kształceniu podyplomowym, podam krótką informację o sytuacji na studiach przed-dyplomowych. Wstęp do medycyny społecznej uzyskują studenci przez realizację programów z takich przedmiotów, jak: statystyka medyczna, epidemiologia, higiena, organizacja ochrony zdrowia, socjologia medycyny. Ważne jest również podejście historyczne prezentowane na zajęciach z historii medycyny (Zakład Historii Medycyny w Warszawskiej Akademii Medycznej jest częścią Instytutu Medycyny Społecznej). Chodzi o ukazanie przełomu cywilizacyjno-naukowego w XIX w., który spowodował, że obok działalności indywidualno-leczniczej pełnionej od czasów Hipokratesa, medycyna zaczęła się zajmować również działalnością profilaktyczno-społeczną (Szumowski).

Pewne elementy medycyny społecznej w okresie studiów przeddyplomowych występują również w kształceniu klinicznym. Wyróżnia się pod tym względem pediatria, psychiatria, niektóre działy interny. Niemniej tradycyjne kształcenie kliniczne dominuje w takim stopniu, że absolwent medycyny jest w stosunkowo małym stopniu otwarty na zagadnienia środowiskowe. Stąd m.in. wynikają trudności w dostosowaniu się do wymogów medycyny ogólnej uprawianej na szczeblu podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz rejonowy, lekarz przemysłowy itp.). Dla uformowania sylwetki lekarza pierwszego kontaktu, wiedza, jak również postawy prezentowane przez medycynę społeczną, wydają się szczególnie istotne.

Ważne jest ugruntowanie właściwego ujmowania roli i współzależności czynników kształtujących sytuację zdrowotną. W działaniach na rzecz zdrowia w wymiarze społecznym można wyróżnić następujące części składowe:

1. Optymalizacja warunków środowiska materialnego, a także społecznego, w którym bytuje i pracuje człowiek.
2. Kształtowanie właściwych zachowań zdrowotnych w społeczeństwie.
3. Działalność służby zdrowia (profilaktyczna i lecznicza).

Należy uświadomić sobie, że dwa pierwsze kierunki odgrywają decydującą rolę w tworzeniu potencjału zdrowotnego, jakim dysponuje społeczeństwo. Działalność lecznicza jest w głównej mierze działaniem naprawczym. Poza profilaktyką swoistą (np. szczepienia) służba zdrowia dysponuje nie zawsze dostatecznie wykorzystanymi możliwościami wpływania na tworzenie właściwych warunków i nawyków zdrowotnych. Opisywane zależności przedstawia następujący schemat:



Tego rodzaju rozumienie zagadnień zdrowotnych usiłujemy zaszczepliwać studentom w bloku przedmiotów, wchodzących w zakres medycyny społecznej. Każdy z tych przedmiotów ma oczywiście własne cele cząstkowe.

Szkolenie podyplomowe w dziedzinie medycyny społecznej nawiązuje do programu studiów przeddyplomowych, stanowiąc znaczne jego roz-

szerzenie. Mamy tu korzystniejszą sytuację, jeśli chodzi o postawy słuchaczy, dysponujących już znacznym doświadczeniem zawodowym i życiowym. Akceptacja medycyny społecznej jako obszaru głębszych zainteresowań lekarza wymaga niewątpliwie dojrzałości, która rzadko ujawnia się w czasie studiów przeddyplomowych. Natomiast wśród lekarzy praktyków po pewnym czasie dość często występuje zapotrzebowanie na szersze widzenie problemów lekarskich, z którymi stykają się na codzień. Chodzi przy tym o medycynę społeczną, rozumianą jako strategia działań profilaktyczno-leczniczych, wplecionych w kontekst różnorodnych uwarunkowań i zjawisk społecznych.

Istnieje również węższe ujęcie medycyny społecznej, ograniczające ją do problemów organizacji i zarządzania w służbie zdrowia. To bardziej utylitarne ujęcie zazwyczaj ma miejsce u podejmujących specjalizację pierwszego stopnia z medycyny społecznej.

Specjalizacja ta od dwóch lat przewidziana jest dla lekarzy, mgr farmacji, mgr pielęgniarstwa i mgr analityki medycznej zatrudnionych na kierowniczym stanowisku (poprzednio prawo do specjalizacji mieli tylko lekarze). Część stanowisk kierowniczych wymaga specjalizacji II^o z organizacji ochrony zdrowia. Obecnie mogą do niej przystępować osoby posiadające jakąkolwiek inną specjalizację I^o, a nie jak poprzednio tylko z medycyny społecznej.

W Instytucie Medycyny Społecznej AM w Warszawie od 8 lat prowadzone są kursy dla kandydatów ubiegających się o specjalizację z medycyny społecznej. Niewielu było wśród nich dyrektorów ZOZ-ów, częściej zdarzali się zastępcy dyrektorów, a najczęściej kierownicy wydziałów w ZOZ-ach, kierownicy przychodni. Była to więc średnia i niższa kadra kierownicza służby zdrowia. Przeciętny wiek kandydatów wynosił około 40 lat i z reguły posiadali już oni specjalizacje kliniczne. Główną motywacją do podjęcia specjalizacji z medycyny społecznej była chęć utrwalenia swej pozycji na stanowisku kierowniczym. W ciągu ośmiu ostatnich lat około 100 lekarzy ze stołecznego województwa warszawskiego i województwa płockiego uzyskało tę specjalizację w naszym Instytucie Medycyny Społecznej po spełnieniu szeregu warunków, jak: odbycie staży (podstawowe komórki organizacyjne ZOZ-u, stacja san.-epid.), ukończenie czterech kolejnych 2-tygodniowych kursów organizowanych w Instytucie oraz zdanie egzaminu końcowego. Zgodnie z programem tematyka kursów obejmowała wybrane zagadnienia z epidemiologii i statystyki medycznej, socjologii medycyny, organizacji ochrony zdrowia, deontologii lekarskiej, medycyny pracy, medycyny szkolnej, nauki o żywieniu, ochrony środowiska. W prezentowaniu tematyki uwzględniano zagadnienia prawne i ekonomiczne w służbie zdrowia. Zaangażowanie kandydatów w realizację podjętej specjalizacji było dość znaczne i około 80% kończyło ją z pomyślnym wynikiem.

Warto przykładowo podać, jakie umiejętności praktyczne są oczekiwane

od kończących specjalizację I° z medycyny społecznej. M.in. jest to umiejętność: diagnozowania stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych populacji, oceny zapotrzebowania na opiekę zdrowotną, formułowania elementarnych diagnoz typu organizacyjnego.

Problematyka medycyny społecznej występuje w mniejszym lub większym stopniu prawie w każdej specjalności medycznej, a szczególnie w medycynie ogólnej, medycynie pracy, medycynie szkolnej, higienie i epidemiologii.

Obowiązujący program specjalizacyjny z medycyny ogólnej I° i II° jest obficie nasycony treściami, które można by określić hasłem „pacjent w środowisku materialnym i społecznym”. Jest to zgodne z całościowym ujmowaniem zagadnień zdrowotnych na szczeblu podstawowej opieki. Zagadnień tych jest tak wiele, że wątpliwości może budzić celowość rozbudowanego prezentowania teoretycznej wiedzy o nich w toku postępowania specjalizacyjnego. Daleko ważniejsze wydają się być opisy typowych sytuacji środowiskowych, w jakich może się znajdować pacjent i które lekarz opieki podstawowej powinien wziąć pod uwagę przy podejmowaniu swych decyzji.

Zainteresowanie specjalizacją z medycyny ogólnej jest niewielkie i, prawdę mówiąc, nie ma ona u nas swego patrona. Nieco lepiej sytuacja pod tym względem wygląda na terenach wiejskich. Dużą uwagę kształceniu lekarzy wiejskich poświęca Instytut Medycyny Wsi w Lublinie.

O ile medycyna ogólna stanowi specjalizację, która winna służyć podstawowej opiece zdrowotnej w miejscu zamieszkania, to medycyna pracy pełni taką rolę dla opieki w miejscu pracy, szczególnie tam, gdzie występują istotne zagrożenia dla stanu zdrowia. Przemysłowa służba zdrowia obejmuje u nas opieką około 5 mln. zatrudnionych w przemyśle, budownictwie i transporcie. Zakres jej działań, to leczenie na poziomie podstawowym i częściowo specjalistycznym, jak również rozbudowana działalność profilaktyczna (około 40 milionów wizyt pacjentów rocznie). Kompleksowość ujmowania zagadnień zdrowotnych przez medycynę pracy skłania do wykorzystywania w tej dziedzinie wszystkich tych elementów, które oferuje medycyna społeczna.

Jeśli chodzi o specjalizację z medycyny pracy, to zauważa się zmniejszenie zainteresowania nią, począwszy od połowy lat 70-tych. Wiąże się to z ogólną pozycją lekarza przemysłowego, która po okresie wzrostu zależnego m.in. od poparcia, jakiego udzielano wówczas przemysłowej służbie zdrowia — uległa od około 10 lat znacznemu osłabieniu. Jeśli sytuacja nie zmieni się w ciągu najbliższych lat, możemy mieć duże trudności kadrowe w tej dziedzinie.

Wspomnieć należałoby również o specjalizacji z higieny i epidemiologii, która obecnie przy pierwszym stopniu jest traktowana łącznie i rozdziela się przy drugim stopniu na specjalizację z higieny i specjalizację z epidemiologii. W tych dziedzinach również kandydatów jest niewielu.

Wspomniane specjalizacje służą głównie zapewnieniu fachowców do pracy w stacjach sanitarno-epidemiologicznych. Zdaniem niektórych, również odwiedzających nas gości z krajów zachodnich, nie ma potrzeby zatrudniania zbyt wielu lekarzy w pionie zdrowia publicznego. Funkcje związane z sanitarnym nadzorem mogą być z powodzeniem realizowane przez specjalistów o nieco innym profilu wykształcenia. W naszych warunkach okazali się przydatni farmaceuci m.in. ukierunkowani na ochronę środowiska. Są oni na ogół bardzo dobrze oceniani jako pracownicy i kierownicy tych działów w stacjach san.-epid., które mają związek z pracą laboratoryjną służącą nadzorowi nad warunkami bytowania i pracy.

Istnieje jednak punkt krytyczny, jeśli chodzi o udział lekarzy w działalności inspekcji sanitarnej, poniżej którego nie możemy zejść. Ogniska chorób zakaźnych, zatrucia pokarmowe, których jest coraz więcej, muszą być analizowane przez lekarzy epidemiologów. Tych z kolei jest coraz mniej. Do opanowania ognisk w terenie jeżdżą obecnie często epidemiolodzy z Państwowego Zakładu Higieny, stanowiącego centralny instytut resortowy w tej dziedzinie. Udział tych fachowców w pracach terenowych jest pożyteczny, ale nie będą oni w stanie obsłużyć całego kraju.

Podobna sytuacja występuje w dziedzinie higieny pracy. Nie wystarczy bowiem analiza środowiska pracy, z punktu widzenia istniejących zagrożeń. Trzeba ocenić w konkretnej sytuacji ryzyko zdrowotne pod postacią występowania chorób zawodowych i parazawodowych. Wysuwa to potrzebę podejmowania odpowiednio ukierunkowanych badań profilaktycznych narażonych osób. Te zagadnienia muszą zawsze pozostać w kompetencji lekarza.

Dla zapobieżenia pogłębiającemu się deficytowi kadr lekarskich w dziedzinie zdrowia publicznego zgłasza się postulat powołania, w co najmniej jednej uczelni medycznej, wydziału lekarsko-higienicznego. Istniejący w latach 50-tych w Warszawskiej Akademii Medycznej Oddział Sanitarно-Higieniczny nie przyjął się u nas. Z drugiej strony zwraca się uwagę, że kilkuletnia działalność Oddziału przysporzyła krajowi liczące się grono specjalistów, dziś często najwyższej klasy. Osobiście uważam, że bardziej niż wydział lekarsko-higieniczny potrzebna nam jest szkoła zdrowia publicznego lub wydział o tym profilu w akademii medycznej. Absolwenci (magistrowie zdrowia publicznego?) mogliby przejąć te zadania w służbie zdrowia, które nie wymagają przygotowania ściśle lekarskiego. Co więcej, lekarze z reguły nie są do tych zadań dostatecznie przygotowani. Mam tu na uwadze większość prac związanych z nadzorem sanitarnym nad środowiskiem, stanowiska administracyjne w służbie zdrowia jakże często niepotrzebnie obsadzone przez lekarzy, ekonomikę zdrowia, oświatę zdrowotną itp.

Nie czuję się na siłach ocenić sytuacji, jaka panuje w dziedzinie medycyny szkolnej, która jest nadzorowana przez pediatrów. O ile mi wia-

domo, występują tam również trudności charakterystyczne dla dziedzin medycyny o profilu społeczno-zapobiegawczym.

Zarysowująca się tendencja do włączania w kluczowe sprawy ochrony zdrowia osób z wykształceniem niemedycznym wydaje się być prawidłowa, przy czym powinny mieć one równe szanse, jeśli chodzi o możliwości rozwoju zawodowego. Zyska na tym m.in. problematyka medycyny społecznej, dzięki wsparciu ze strony innych profesji. Wyrazem tych dążeń jest stosunkowo niedawne wprowadzenie specjalizacji z organizacji pomocy społecznej, którą obok lekarzy i mgr pielęgniarstwa mogą podejmować socjologowie, psychologowie, prawnicy, pedagodzy. Taką „otwartą” jest również specjalizacja z zakresu oświaty zdrowotnej. Warto nadmienić, że w tej ostatniej dziedzinie jesteśmy bardzo zacofani. W szeregu innych krajów oświatę i wychowanie zdrowotne usiłuje się oprzeć na rzetelnych naukowych podstawach, poprzedzonych m.in. badaniami pozwalającymi na właściwy dobór stosowanych środków kształtowania postaw społeczeństwa w stosunku do spraw zdrowia. Od czasu, kiedy Amerykanie znacznie zmniejszyli u siebie umieralność z powodu zawałów serca, przede wszystkim wskutek zmian zachowań zdrowotnych w społeczeństwie, sprawa ta nie może być kwitowana wyniosłym lekceważeniem.

Programy studiów podyplomowych w większości specjalności klinicznych zawierają istotne elementy z dziedziny medycyny społecznej. Pod tym względem wyróżnia się pediatria, internia, psychiatria, neurologia. Trudno mi jest jednak powiedzieć, jak te programy są realizowane w praktyce.

Można postawić pytanie, które z zagadnień medycyny społecznej należy uznać za szczególnie istotne w podyplomowym kształceniu lekarzy różnych specjalności? Z całą pewnością do zagadnień tych zalicza się podstawową znajomość organizacji ochrony zdrowia. To, co studenci wynoszą ze studiów stanowi niewiele, biorąc przy tym pod uwagę, że zapoznają się ze wspomnianym przedmiotem w okresie mało sprzyjającym jego percepcji. Dopiero w praktyce lekarz odczuwa brak znajomości struktur organizacyjnych służby zdrowia oraz przepisów regulujących ich współdziałanie ze sobą i światem zewnętrznym. Nie orientuje się np. co powinien uczynić, aby wysłać pacjenta do sanatorium, jakie są jego uprawnienia w orzekaniu o stanie zdrowia i zdolności do pracy, kto wydaje orzeczenie o wystąpieniu choroby zawodowej itp. W pracy lekarza istnieje duża ilość zagadnień wymagających znajomości różnych przepisów prawnych oraz unormowań służbowych, w tym także przepisów dotyczących odpowiedzialności cywilnej i karnej. Uchybienia w tej dziedzinie są z całą pewnością przyczyną znacznej części niewłaściwych lub zaniechanych decyzji, na czym traci pacjent, a niekiedy również lekarz. Na brak wśród lekarzy wiedzy dotyczącej organizacji i zasad działania służby zdrowia zwracali wielokrotnie uwagę kolejni lekarze wojewódzcy

na spotkaniach, w których brałem udział. Nie są to chyba wyłącznie nieuzasadnione oczekiwania biurokratycznej medycyny.

Na koniec chcę wspomnieć o większej potrzebie uwzględniania w szkoleniu poddyplomowym ogółu lekarzy zagadnień szeroko pojętej medycyny środowiskowej. Właściwa ocena środowiska, w którym żyje i pracuje pacjent, ma często decydujące znaczenie dla rzetelnej diagnozy i poprawnego postępowania lekarskiego. Rozumieją to na ogół dobrze psychiatrzy. Ale jak często zdarza się np. aby lekarz internista wśród przyczyn dolegliwości pacjenta wziął pod uwagę nie tolerowany przez niego poziom hałasu w mieszkaniu lub w miejscu pracy. Spotkaliśmy się z sytuacjami, kiedy lekarz z małego miasteczka kieruje niemowlę do badań specjalistycznych w Warszawie, ponieważ u dziecka występuje sinica. W końcu stwierdzono, że przyczyną sinicy była methemoglobinemia spowodowana wodą pitną, zanieczyszczoną związkami azotowymi. Taka możliwość przy niedostatecznym stanie sanitarnym otoczenia zawsze istnieje, toteż jeśli lekarz myśli inaczej o wadzie serca niż o zewnętrznym czynniku toksycznym, świadczy to o luce w kształceniu. Z tej samej przyczyny zdarza się zresztą zjawisko odwrotne. Lekarze przyłączają się do paniki, jaka wybucha wśród ludności z powodu np. fenolu rzekomo wydobywanego się w mieszkaniach z użytych materiałów wykończeniowych czy zanieczyszczeń powietrza, któremu przypisuje się wszelkie bez mała dolegliwości i choroby występujące na danym terenie.

Tylko lekarz dobrze wykształcony i na bieżąco poinformowany będzie właściwie wypełniać obowiązki lekarskie i stanowić autorytet w sprawach zdrowia na swym terenie. W tym może mu być m.in. pomocna wiedza jak i perspektywa widzenia zagadnień zdrowotnych, prezentowana przez medycynę społeczną.

Prof. dr Wiesław TYSAROWSKI

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UCZELNI MEDYCZNEJ ZA REALIZACJĘ KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

Zastanawiam się, co mam powiedzieć takiego, abyśmy wyszli z przekonaniem, że coś możemy zrobić w zakresie odpowiedzialności. Zaznaczyłem to w tytule. Pozwólcie Państwo, że najpierw podzielę się dwiema refleksjami. Dotyczą one kontekstu, w jakim się znajdujemy. Jestem związany z kształceniem medycznym, uniwersyteckim, już 40 lat. Są dwie sprawy, które mnie najbardziej bolą. Jedna to odłączenie nauki od uczelni, powstanie Polskiej Akademii Nauk. Uważam, że dla kształcenia podyplomowego to rozwiązanie organizacyjne miało ogromne znaczenie, zubożając funkcjonowanie wszystkich uniwersytetów, w tym i Akademii Medycznych. Podzielenie nauki polskiej takim aktem formalnym przyczyniło się do tego, że uczelnie medyczne, uniwersytety, muszą gorzej funkcjonować.

Druga sprawa, która mnie również boli, to sformalizowanie kształcenia podyplomowego. Uważam, że nie ma kształcenia podyplomowego, że jest jedno kształcenie dla indywidualnego człowieka przez całe życie. Proces kształcenia z punktu widzenia jednostki jest absolutnie procesem ciągłym i indywidualnym. Dlatego sformalizowanie kształcenia podyplomowego przyczynia się do tego, że możemy powiedzieć, iż kształcenie podyplomowe jest, ale nasuwa się natrętne pytanie, jakie są tego efekty? Powinno się wziąć pod uwagę, że jest to kształcenie w czasie wykonywania pracy. Po dyplomie każdy człowiek podejmuje pracę i powinien móc się kształcić dalej. Uważam, że sformalizowane kształcenie podyplomowe nie odpowiada takim potrzebom. Nie jest ono adresowane indywidualnie. Kurs, który jest organizowany np. przez CMKP jest tak niespecyficzny, że nie wiadomo, kto ustala treść tego kształcenia, cele tego kształcenia itd. Dlatego byłoby znacznie lepiej, gdyby kształcenie podyplomowe było takie, które polega na stwarzaniu warunków dla pracującego lekarza, dla jego samokształcenia.

Główna odpowiedzialność uczelni medycznych — w zakresie kształcenia podyplomowego jest pośrednia i polega na efektywnym wykształce-

niu absolwenta. Absolwenta na bardzo wysokim poziomie intelektualnym i moralnym.

Jest to między innymi takie wykształcenie, które pozwala mu na samokształcenie. Nie musi wykorzystywać nadmiernie systemu podyplomowego. Absolwent bardzo dobrze wykształcony potrafi sam się kształcić. Zatem jakość kształcenia przeddyplomowego, jakość absolwenta, jest główną odpowiedzialnością uczelni medycznej. Kontekst, o którym mówię, i sprawa odpowiedzialności za poziom kształcenia musi być odniesiona do poziomu polskiej medycyny w ogóle, a nawet w Europie i na świecie. Jest to sprawa w tej chwili bardzo bolesna dla starego kontynentu, bowiem inne ośrodki światowe przejmują przodownictwo w medycynie. Europa nie przewodzi w naukach medycznych. Jest to istotny kontekst dla osiągania doskonałości kształcenia. Funkcjonowanie zawodowe lekarskie na najlepszym poziomie i możliwość douczania się samemu jest w Europie ograniczone. Musimy patrzeć na pewne sprawy w kategoriach bezwzględnych. W medycynie jest to obraz dość pesymistyczny, ale powinien on nas raczej mobilizować, jak realia, z którymi powinniśmy się liczyć. Mnie się wydaje, że znajomość tych realiów jest bardzo istotna, ażeby można było działać.

Wracając do bardziej formalnej odpowiedzialności uczelni medycznych, do własnego naszego podwórka, Akademii Medycznej w Warszawie, muszę podkreślić, że w statucie odpowiedzialność za kształcenie podyplomowe nie jest zanotowana. Poprzednio przez 4 lata wydawaliśmy w Zakładzie Dydaktyki informator kształcenia podyplomowego. Od 3 lat już go się nie wydaje. Były w nim wymienione wszystkie kursy prowadzone przez Warszawską Akademię Medyczną. Był również przez rektora mianowany pełnomocnik do spraw kształcenia podyplomowego.

Teraz takiego pełnomocnika już nie ma i możliwości organizacyjne Akademii Medycznej zostały ostatnio zawężone. Wydaje mi się jednak, że jest kilka punktów, które gdyby były spełnione świadczyłyby o odpowiedzialności uczelni medycznej za kształcenie podyplomowe. Pierwszy to, że uczelnia medyczna powinna zadać sobie pytanie, co jest jej sukcesem w dziedzinie kształcenia? Czy liczba wydanych dyplomów nas satysfakcjonuje? Czy poziom wykształcenia naszych absolwentów jest właściwy? Czy jesteśmy zdolni określić jakość kształcenia? Wycofaliśmy się z przeprowadzania egzaminu końcowego. W uczelniach mówimy, że oto wykonujemy pewną liczbę prac naukowych, że oto pełnimy pewne usługi. Tymczasem w każdej uczelni powinno się określić w bardziej dokładny sposób to, co jest właściwie naszym sukcesem w zakresie kształcenia lekarzy. Sukces taki powinien być lepiej określony, ażeby można było w ogóle mówić o tym, w jaki sposób powinniśmy jakość kształcenia poprawić.

Powinniśmy też wiedzieć, na podstawie jakich kryteriów określamy edukacyjny sukces naszej uczelni. Powinniśmy wszyscy mieć poczucie

uczestniczenia w takim działaniu. Powinien istnieć pewien system zbierania informacji o tym sukcesie i o wszystkich działaniach odnoszących się do kształcenia. System taki świadczyłby o odpowiedzialności. Mając bowiem takie informacje, można by planować system konkretny i efektywny, wiążący kształcenie przed- i podyplomowe w naszej uczelni. Uważam, że Akademia Medyczna powinny być centrami bardzo wysokiej wiedzy medycznej w kraju i z tego względu im ich jest więcej, tym lepiej dla służby zdrowia. Muszą one jednak naprawdę przykładowie współdziałać ze sobą. I tutaj następuje ostatnio regres. Niedawno były regiony ściśle określone Akademii Medycznej, które zostały zlikwidowane. Nie wiadomo więc, w jaki sposób uczelnia medyczna warszawska powinna swoim przodownictwem w nauce podnosić jakość świadczeń służby zdrowia. Prawdziwe powiązanie uczelni z regionem pozwoliłoby unikać w szkoleniu podyplomowym powtarzania ciągłego wiedzy podstawowej, którą lekarze powinni zdobyć w uczelni medycznej.

Naród, który ma taki system edukacji, że każdy jego etap kolejny poprawia poprzedni jest nieszczęśliwym narodem. Jeśli Akademia Medyczna na pierwszych latach uzupełnia system szkolenia średniego, a później w szkoleniu podyplomowym uzupełnia braki szkolenia przed-dyplomowego, to jest to właśnie nieporozumienie. Nieporozumienie dlatego, że jest to formalizowanie sprawy. Trzeba wrócić do tego, że każdy człowiek ma jakieś potrzeby własnego kształcenia się i uniwersytet powinien go tak wykształcić, żeby każdy sobie poradził później w życiu zawodowym z postępem wiedzy, ze wszystkimi powstającymi problemami. Oczywiście każde wspomagające działanie, tak jak np. dobrze zaopatrzona biblioteka jest niezmiernie pomocne. Potrzeba nam bardzo dużo środków, aby zrealizować nakreśloną tutaj odpowiedzialność uczelni za kształcenie.

DYSKUSJA

Prof. dr Bogdan KAMIŃSKI

Proszę Państwa. Wstępne wypowiedzi nie miały charakteru uogólniającego, było w nich dużo życzeń i postulatów, mało natomiast można było z tego wysunąć wniosków ogólnych, zwłaszcza dla takich laików przedmiotu jak ja. Chciałbym na początek zadać sobie, a mam nadzieję, że i Państwu, kilka pytań. Proszę liczyć się z tym, że moje pytania mogą brzmieć napastliwie, ale nie takie jest moje zamierzenie. Pytania do p. prof. Kobuszewskiej, która jest zastępcą dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Czy tak znaczna rozbudowa i formalizacja szkolenia podyplomowego okazała się skuteczna? **Drugie pytanie:** czy szkolenie podyplomowe spełnia oczekiwania a) szkolonych, b) pracodawców, tzn. ZOZ-ów, c) pacjentów; czy można szkolenie podyplomowe ocenić dzisiaj po 30 latach jako skuteczne i to jest trzecie pytanie. Czy szkolenie podyplomowe jest skuteczne? Jeśli ktoś odpowie, że tak, natychmiast zapytam, jak się to ocenia. Ile kosztuje szkolenie podyplomowe? W moim przekonaniu jest to jedna z metod nauczania dużo kosztowniejsza w sensie społecznym i ekonomicznym niż szkolenie studentów. **Rektor Dąbrowski** mówił, że szkolenie studenta kosztuje dziś bardzo dużo, około 2,5 mln. zł., ale jest to szkolenie 6-letnie. Szkolenie lekarza, którego się odrywa od zajęć, który nie wypełnia w tym czasie swoich funkcji, korzysta z hotelu, wyżywienia, za którego nauczanie Centrum płaci pokaźne sumy — choć są one bardzo niewielkie dla każdego z wykładowców — jest chyba co najmniej równie kosztowne. Ja oczywiście dostrzegam wszystkie pozytywne szkolenia podyplomowe, z których najważniejsza jest dla mnie konieczność działania interdyscyplinarnego. Nie ma takiego kursu, na którym kardiologa uczy tylko kardiolog, nie dlatego, że odnosiłoby się do starego porzekadła „uczył Marcin Marcina”, ale dlatego, że kardiologia to jest coś więcej niż wiedza kliniczna. Pod tym względem szkolenie podyplomowe jest dużo lepiej zorganizowane niż nauczanie studentów, gdzie interdyscyplinarność budzi ogólne zdumienie. W naszej uczelni znam właściwie tylko dwa przykłady szkolenia interdyscyplinarnego. Przez 6 lat studiów student nie ma okazji słuchania wykładu interdyscyplinarnego, co jest żalną klęską nauczycieli medycyny. Są to chlubne wyjątki, podczas gdy naprawdę w ogóle nie powinno być innego nauczania.

Niestety sztywny, niepodatny system kształcenia studentów sprawia, że anatomii uczy anatom i nikt więcej.

Szkolenie podyplomowe z zakresu medycyny społecznej. Otóż tu **prof. Kirschner** dotknął, w moim przekonaniu, bolesnej sprawy, ponieważ mówił o tym, że z zakresu medycyny społecznej kształci się głównie organizatorów: dyrektorów, wicedyrektorów. W Warszawie około 40 osób organizuje służbę zdrowia. Chciałbym zapytać przeciętnego pacjenta, ile on z tego zyskał, na ile te 40 osób od 20 lat mu zorganizowało leczenie i opiekę zdrowotną? Jestem pewnie niesprawiedliwy, ale bardzo bym chciał, żeby Państwo wypowiedzieli się w sprawie nauczania ekonomiki ochrony zdrowia, o czym mówił prof. Kirschner. Zwłaszcza jeśli lekarz nie liczy, to liczy za niego księgowy, który nie ma pojęcia o ochronie zdrowia, bo nie musi, a lekarze mówią „ja jestem ponad to”. Bardzo lubię jak lekarze mówią: „ludzkie zdrowie nie ma ceny”. No, nie ma, natomiast lekarstwa mają cenę i trzeba to liczyć. Jeśli mój asystent powiada „on się nie będzie zajmował liczeniem, bo to nie jest jego sprawa”, to liczy dyrektor szpitala, który kiedyś był lekarzem. Nie-

dawno dyrektor szpitala zaproponował, że zamiast 8 gramów jakiegoś antybiotyku będzie dawał 4 gramy, bo to wypadnie taniej. Jest obowiązkiem lekarza powiedzieć, któremu z pacjentów trzeba dać 8 gramów, a któremu można nie dać w ogóle, albo dać co innego. Ekonomika jest sprawą, której nie obejdziemy, jak to widać na przykładzie spraw większych niż medycyna. Natomiast waham się — nie chciałbym atakować prof. Kirschnera, bo to mój stary przyjaciel — czy student naprawdę musi się uczyć ooz w zakresie, w jakim Państwo mu to serwują. Co mu z tego w głowie zostaje, a również, co mu z tego jest potrzebne. Myślę, że niewiele. Teraz otwieram dyskusję.

Prof. dr Leszek TOMASZEWSKI

Konferencja nasza poświęcona jest kształceniu podyplomowemu, jego stanowi obecnemu i propozycjom ewentualnych zmian.

Nie zajmuję się profesjonalnie szkoleniem i kształceniem podyplomowym. Działam na poziomie kształcenia i szkolenia akademickiego, przeddyplomowego.

Mam jednak dobry wgląd w poziom wiedzy absolwentów, kierunków lekarskich, farmaceutów, innych pracowników z wyższym wykształceniem, nie lekarzy, a więc w to co ujęte jest terminem „stan obecny”.

1. W stosunku do studentów farmacji kierunku analityki klinicznej jestem ostatnim egzaminatorem oceniającym ich zasób wiedzy teoretycznej i praktycznej.
2. Od lat organizuję kursy doskonalące dla lekarzy, farmaceutów, nie lekarzy i innych specjalistów paraklinicznych.
3. Z racji byłego nadzoru specjalistycznego w zakresie diagnostyki laboratoryjnej w m.st. Warszawie i w rejonie.

Na wstępie stawiam pewne ogólne pytania:

1. Jaka jest spontaniczna zgłaszalność kandydatów na oferowane im kursy szkoleniowe, oraz czy można by tę spontaniczność szacować czy mierzyć?
2. Jaka jest kontrola, sprawdzian efektów szkolenia podyplomowego? Czy tylko wydanie świadectwa ze stopniem ukończenia kursu? To jest najslabszym formalistycznym kryterium. Istotą sprawdzianu efektu szkolenia byłoby przekazanie informacji, nabytych na kursie w terenowym środowisku kursanta, a w szczególności, co zostało praktycznie wdrożone? Jak to szacować, względnie mierzyć?

Szkolenie podyplomowe jest przedłużeniem szkolenia przeddyplomowego. Cóż mówić o spontaniczności udziału w szkoleniu podyplomowym, gdy w studiach przeddyplomowych nie wyrobiło się szacunku dla przodownictwa wiedzy i umiejętności, gdy pozwala się studentom na „przełazenie” z roku na rok.

Systematycznie od lat rozpoczynając kurs zbieram od kursantów informacje o znajomości języków obcych celem przydzielenia im odpowiedniego czasopisma dla opracowania występu w seminarium zakończającym kurs. Obniża się znajomość języków obcych. Rosyjski jest znany z nauki w gimnazjum, ale nie w stopniu pozwalającym korzystać z piśmiennictwa, pojedyncze osoby mogą czytać po angielsku, jeszcze rzadziej po niemiecku, najrzadziej obecnie po francusku.

Muszę zwalczać protest i opór przy zadawaniu tematów do opracowania tematów na koniec kursu. Jak to? Siedzimy od ósmej do czternastej, a potem mamy jeszcze ganiać do biblioteki? A właśnie tak! Kursanci przyzwyczajeni są do biernej asystencji w kursach, od godziny do godziny. Nie ma dążenia do wiedzy, do spontanicznego jej atakowania. Zagadnieniu temu poświęciłem osobne studium z psychologii małej grupy pracowników z wyższym wykształceniem działających na terenie diagnostyki laboratoryjnej.

Następnym punktem mojej wypowiedzi jest polemika ze zdaniem prof. H. Kirschnera „O potrzebie rozszerzania studium medycyny społecznej w szkoleniu przeddyplomowym”. Nie podzielam jego zdania. Studium medycyny społecznej wraz z naukami z jej pogranicza (Grenzgebiete) jest szalenie rozległe. Mieszczą się w nim dyscypliny medyczne podstawowe jak i dyscypliny typu sztabowego. Jako były oficer wiem, że kształci się w szkołach oficerskich dowódców oddziałów zasadniczych i o szczebel wyżej. Po co młodemu oficerowi wkładać do głowy informacje typu sztabowego?; nie dojrzał jeszcze do ich zrozumienia, brak mu odpowiedniego doświadczenia dowódczego i organizacyjnego. Medycyna społeczna należy do dyscyplin sztabowych. Student medycyny nastawiony jest na objawy, przypadki, rozpoznawanie, choroby, jednostkowe działania, nie dojrzał jeszcze do uogólnień, do ujmowania pacjentów w skali masowej, co jest przedmiotem medycyny społecznej. Nie widzę potrzeby rozszerzania studium medycyny społecznej w szkoleniu przeddyplomowym. Takie podejście studentów do tego zagadnienia znam doskonale z obserwacji innych, a nawet własnego syna, absolwenta medycyny.

Medycyna społeczna jest par excellence do szkolenia przede wszystkim podyplomowego.

Powracam do wątku selekcji na szkolenia i kursy podyplomowe na tle niekorzystnego klimatu samokształceniowego, zarówno wśród przybyłych uczestników kursów jak i ich organizatorów.

Kandydaci na uczestników kursów wybierają spośród przedkładanej im palety organizowanych szkoleń. Od lat rejestrują zmniejszającą się ilość kandydatów na szkolenia. Może to jest skutkiem nasycenia zainteresowania lub przekwitaniem, utratą popularności danego zagadnienia. Ale chyba nie o to chodzi. Kursanci przyjeżdżają z ustawieniem z góry jako bierni uczestnicy, wypełniając wolne oferowane im miejsca. Przebycie kursu na ogół niewiele daje, albo też nic nie daje kursantom. Znany jest fakt tzw. „etatowych kursantów” obsadzających wszystkie dostępne szkolenia.

Rozważam głośno problem: czy nie stworzyć jakiejś niewielkiej bariery selekcyjnej na kursy: ewentualne wstępne przygotowanie jakiegoś materiału, któreby zmuszało do wysiłku przyszłego kursanta może niewielką opłatą, które to elementy podnosiłyby wartość samego kursu, ewentualnie okazanie wyników samoszkolenia?

Wiązałoby się to z pewną zmianą trybu rekrutacji i procedury administracyjnej. Przyznam się, że nacisk na egzekwowanie pensum w Akademii Medycznej przyspieszył realizację pomysłu zgłoszenia nowego kursu organizowanego w ramach CMKP, gdyż godziny kursowe zaliczają się do dydaktyki, obniżając w ten sposób ilość godzin ponadpensumowych.

Zacznijmy liczyć, wyceniać i rozliczać i wysuwajmy wnioski i konsekwencje z rozliczeń. Przykładem nieprawdopodobnej nonszalancji gospodarczej jest fakt, że do dziś, po 40 latach istnienia PRL, nie znamy jednostkowych kosztów poszczególnych badań laboratoryjnych. Na przykład: nie wiem, czy wykonanie pomiaru stężenia glukozy w krwi kosztuje 15,— czy 150,— zł. Ordynacja badania laboratoryjnego jest na końcu długiego ołówka. Ale wiemy, że ustalenie ceny na próbę biologiczną na świnie morskiej w wysokości 2000,— zł gwałtownie zmniejszyło napór na wykonywanie tego badania. Ot, przykład wpływu ekonomii na działalność lekarską. Nic nie ma za darmo. Zawsze ktoś płaci, a w ostatecznym rozrachunku to my wszyscy.

Chciałbym pod koniec mojej wypowiedzi ustosunkować się do wypowiedzi moich przedmówców, o tak zwanych „dyskusjach” na kursach nie ciągłych i innych formach szkolenia urządzanych zwykle na zakończenie szkolenia.

Owszem, to jest prawidłowe, tak być powinno. Ale te tzw. dyskusje są u nas bardzo często pseudodyskusjami, tylko rozmowami. Zabieranie głosu w dyskusji jest miarą aktywności osobistej, śmiałości, doświadczenia itd. Bardzo często dyskusje stają się dywagacjami o sprawach ogólnych, ogólnizujących. Żeby dyskusja była wartościowa, coś dawała, do dyskusji trzeba być przygotowanym, przygotowane muszą być wszystkie strony dyskutujące, i co na katedrze, i ci z widowni. Jak uruchomić i ożywić widownię? Jak szkolenie przekształcić w pomoc w samoszkoleniu i samokształceniu?

A postawy i potrzeba samoszkolenia i konieczność doszkalania muszą być urabiające w studiach przeddyplomowych.

Doc. dr hab. Andrzej STAPIŃSKI

Poruszono wiele różnych wątków, do których chciałbym się ustosunkować, ale oczywiście jest to niemożliwe, ograniczę się więc do spraw, które mnie najbardziej obeszły. Z zaciekawieniem wysłuchałem uwag prof. Tysarowskiego. Z wieloma sprawami się zgadzam, choć dostrzegam pewną niekonsekwencję, mianowicie najpierw wystąpił Pan przeciw formalizowaniu, a potem mówił, że region przestał istnieć.

Formalizowanie pojęcia regionu chyba nie jest takie niezbędne, bo wiadomo, że dobra klinika i jej kierownik przyciągną lekarzy, którzy tu będą przyjeżdżać się uczyć i tu będą kierować chorych w trudnych przypadkach. Powiedziano, że jest źle z wykształceniem młodych lekarzy. Jest źle, ale nie tylko z wykształceniem absolwentów; niepokoić musi też brak motywacji do dalszego kształcenia się. Sądzę, że to wynik generalnie panującego w tym zakresie systemu kształcenia. Od szkoły podstawowej począwszy, jest tendencja do promocji z klasy do klasy za wszelką cenę, to samo dotyczy matury.

Po prostu, istnieje za mały odsiew, powodujący obniżenie poziomu. Podobnie na studiach, zbyt mały jest odsiew, zwłaszcza na pierwszych latach. Mimo postanowień, dotyczących niedopuszczania do powtarzania pierwszego roku, czynione są

zbyt liczne wyjątki. Na wydziałach lekarskich program nauczania jest tak przedładowany, że szkoła przestała być uczelnią typu uniwersyteckiego, a staje się w znacznym stopniu szkołą zawodową.

Nie może być inaczej, jeśli jest tyle godzin zajęć. Kiedy studenci mają się uczyć, nie mówiąc już o chodzeniu do biblioteki, szukaniu źródeł, przemyśleniu problemów, tak jak powinno być w szkole uniwersyteckiej. Nasz student nie ma na to czasu. Do egzaminów przystępuje często nie przygotowany tak jak powinien i próbuje, zda czy nie zda. My przy tym ustawiamy poprzeczkę egzaminów testowych w ten sposób, by odsiew wynosił określony odsetek, czego wynikiem jest obniżenie poziomu.

Wielu studentów przychodzi źle przygotowanych do studiów, a absolwenci wychodzą też nie tak przygotowani jak tego chcielibyśmy. Potem także nie uczą się dalej, dlatego że nie mają dostatecznej do tego motywacji. W innym układzie lekarz musi szukać książek, czasopism, musi śledzić postęp, bo przegra w konkurencji z innymi. U nas najwyższej pacjenci od niego stronią, a pensję ma tę samą, jak lekarz, którego oblegają. Konieczne jest więc szybkie upowszechnienie reformy w służbie zdrowia, już zapoczątkowanej, która ten stan powinna stopniowo zmienić. Czy kursy dokształcające są u nas potrzebne?

W tej sytuacji, na pewno tak, trzeba się tylko zastanowić w jakich rozmiarach. Na kursy przyjeżdżają jednak często ci sami ludzie, ta część lekarzy, która czuje potrzebę kształcenia się. Wielokrotnie spostrzegaliśmy to w Instytucie Wenerologii. Uważam, że to jest bardzo dobre, iż oni chcą się kształcić, z drugiej strony nie można zapominać, że w wyniku kursowej formy szkolenia, gabinet przez ten czas, tydzień lub dwa, stoi pusty. Widziałem dość ciekawą formę szkolenia w Czechosłowacji, która zdawała egzamin, jak długo nie wprowadzono tam wolnych sobót. Każdy specjalista miał obowiązek przyjeżdżania raz w tygodniu, w określony dzień, do kliniki, z którą współpracował. Brał udział w obchodach, posiedzeniu referatowym i dyskusji nad przypadkami. Z chwilą jednak wprowadzenia wolnych sobót ograniczono się do szkolenia raz w miesiącu.

**Maria KOBUSZEWSKA-FARYNA,
Krystyna ŚWIĄTKOWSKA,
Janusz WASYLUK**

CELE MEDYCZNEGO KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

Dla przygotowania właściwego programu kształcenia medycznego podyplomowego niezbędne jest określić cel ogólny kształcenia, który powinien wynikać z określonych potrzeb społecznych. Aby rozpocząć opracowywanie programu kształcenia lekarzy oraz innych pracowników służby zdrowia z wyższym wykształceniem, należy jasno określić cel takiego kształcenia oraz umieć odpowiedzieć sobie na pytanie: Co? Po co? Dla kogo? Dlaczego?

Głównym celem kształcenia medycznego jest osiągnięcie wiedzy i umiejętności potrzebnych do udzielenia pomocy chorym i organizowania działania niezbędnego do utrzymywania powierzonych sobie ludzi w dobrym stanie fizycznym i psychicznym.

Od tego, w jakim stopniu osiągnięty zostanie cel główny — zależy będzie poziom świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno świadczeń profilaktycznych jak i leczniczych, na wszystkich poziomach organizacji służby zdrowia, od podstawowej opieki zdrowotnej aż po opiekę wąkospecjalistyczną.

Po określeniu celu lub celów głównych, opracowanie programu kształcenia wymaga stopniowego ich uszczegółowienia przez określenie celów pośrednich, wreszcie celów szczegółowych, którym należy nadać formę operacyjną.

W procesie formowania celów kształcenia medycznego można i należy czerpać z następujących źródeł informacji:

- wskaźniki statystyczne, raporty ekspertów, wskaźniki prognostyczne, wyniki egzaminów, sondaży, badań ankietowych, ocen i sprawozdań gromadzonych przez nadzory specjalistyczne (wojewódzkie i krajowe);
- badanie działania, zadań i czynności lekarza, pracującego na określonym stanowisku oraz prowadzonej przez niego dokumentacji (4);
- opinie organizatorów służby zdrowia, pacjentów, przedstawicieli in-

- nych specjalności np. psychologów i socjologów oraz opinie kadry pomocniczej i administracji (2);
- analizowanie opisów sytuacji „krytycznych”, opisywanych i przesyłanych przez lekarzy praktyków (metoda zdarzeń krytycznych);
 - piśmiennictwo medyczne oraz informacje o obecnie prowadzonych programach nauczania zebrane od uczestników różnych form kształcenia podyplomowego.

Poza celem głównym medycznego kształcenia można rozróżnić cel „towarzyszący”. Rozumie się pod tym określeniem kształtowanie twórczych, krytycznych umysłów, przygotowanych do samodzielnej obserwacji, porządkowania i oceny faktów i zjawisk, przygotowanych do stosowania metod działania odpowiednio do potrzeb, przygotowanych do samodzielnego rozwiązywania problemów praktyki lekarskiej.

Osiągnięcie wymienionych wyżej celów „towarzyszących” pozwoli wykształcić pracowników służby zdrowia o cennych inicjatywach oraz rozwiniętych aspiracjach zawodowych i społecznych, chętnych do systematycznego, ustawicznego samokształcenia w okresie czynnej pracy zawodowej.

Cel główny jak i cele „towarzyszące”, właściwe dla kształcenia w medycynie są realizowane w okresie kształcenia przed- i podyplomowego, jednak w nieco różnych proporcjach i w różny sposób.

Okres kształcenia przeddyplomowego jest poświęcony przygotowaniu absolwentów do podjęcia samodzielnej pracy w podstawowej opiece zdrowotnej oraz realizacji wyżej określonych celów, zwanych „towarzyszącymi”. Tym samym celem jest podporządkowany okres stażu podyplomowego (6).

W czasie studiów podyplomowych, a zwłaszcza w czasach ich pierwszego okresu zwanego okresem specjalizacji, cele kształcenia są następujące: zaktualizowanie wiadomości i umiejętności nabytych w czasie studiów przeddyplomowych i w czasie stażu podyplomowego, opanowanie nowych, zakreślonych programem specjalizacji, jak również doskonalenie cech osobowości i umiejętności, mieszczących się w grupie celów „towarzyszących”.

Okres studiów specjalizacyjnych pozwala na doskonalenie wiedzy specjalizującego się pracownika służby zdrowia, nie dając mu jednak należytego przygotowania do pełnienia różnych funkcji w ochronie zdrowia. Nieco różny zasób wiedzy i umiejętności powinien mieć np. specjalista internista, pracujący w podstawowej opiece zdrowotnej, inne internista na stanowisku asystenta oddziału wewnętrznego, inne ordynator takiego oddziału, czy też kierownik przychodni, czy dyrektor zespołu opieki zdrowotnej. Wydaje się zatem, iż koniecznym jest realizowanie celów kształcenia, niezbędnych do sprawnego działania na określonym stanowisku w służbie zdrowia.

Cele takie można osiągnąć kształcąc pracowników służby zdrowia

w okresie drugim studiów podyplomowych tj. po uzyskaniu specjalizacji. Można to również uzyskać wcześniej, kształcąc „na stanowisko” równocześnie ze specjalizowaniem.

Warunkiem realizacji tego celu byłoby opracowanie programów, opartych na badaniach działania, zadań i czynności wykonywanych na poszczególnych stanowiskach w służbie zdrowia (4). Jako przykład takiego programu, w którym za podstawę wyznaczenia celów służyła identyfikacja zadań zawodowych, może służyć „Zbiór kompetencji ogólnomedycznych, wymaganych na stanowisku ordynatora” (5). Zbiór ten uwzględnia i określa cel główny, cele pośrednie oraz cele szczegółowe, wyrażone w formie operacyjnej.

Program kształcenia, opracowany z uwzględnieniem wyżej wspomnianych 3 grup celów kształcenia jest dobrym przewodnikiem w procesie kształcenia i samokształcenia a równocześnie jest zbiorem zadań kontrolnych, gotowych do wykorzystania w fazie kontroli i oceny jego wyników. Przykładem takiego programu może być program specjalizacji z kardiologii (1, 3) lub znowelizowany program stażu podyplomowego lekarza, dostosowany do zadań i czynności, wymaganych na stanowisku lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (6).

Określając cele kształcenia medycznego w okresie przed- i podyplomowym należy więcej uwagi zwrócić na kształtowanie postaw pracowników służby zdrowia, na umiejętności komunikowania się z otoczeniem, hierarchią wartości, tj. na cele zaliczane do dziedziny „efektywnej taksonomii celów kształcenia”. Dziedzina efektywna dotyczy działania lekarskiego, odnoszącego się przede wszystkim do problemów zdrowotnych związanych z drugą częścią definicji zdrowia, tj. do samopoczucia, stanu psychicznego i jego samooceny, rozwoju własnej osobowości, określenia miejsca w społeczeństwie.

W znowelizowanych programach specjalizacji można wyraźnie zauważyć cele pośrednie z tej dziedziny. Wyrażono je następująco: posiadanie wyrobionego, społecznie akceptowanego systemu wartości, kierowanie się w swej dziedzinie zawodowej zawsze tylko dobrem chorego, umiejętność trafnej oceny sytuacji, obiektywnego osądu oraz rozważnego podejmowania decyzji; umiejętność zorganizowania sobie i innym warsztatu pracy za postępowanie swoje i powierzonego zespołu; dążność do stałego cy i harmonijnej współpracy w zespole; gotowość wzięcia odpowiedzialności za rozwijanie swej wiedzy i umiejętności fachowych oraz doskonalenie wiedzy i umiejętności pracowników.

Realizacja programów medycznego kształcenia podyplomowego, uwzględniających wyżej omówione grupy celów, pozwoli utrzymać wysoki poziom wiedzy medycznej w kraju, wykształcić i wychować dobrych pracowników służby zdrowia oraz pomóc im w trudnym procesie samokształcenia trwającym przez cały okres aktywnej działalności zawodowej.

PIŚMIENICTWO

1. Miśkiewicz M., Wasyluk J.: „Program specjalizacji z kardiologii jako zbiór oczekiwanych wyników kształcenia” *Probl. Szkol. i Nauk Med.*, 1983, 8, 2.
2. Obara M. red.: „Teoretyczne i praktyczne podstawy programów nauczania w Akademii Medycznej” *Probl. Dydakt. Med. i Wych. w AM w Poznaniu* 1976.
3. Program studiów specjalizacyjnych I i II stopnia wyd. CMKP Warszawa, 1984.
4. Świątkowska K., Wasyluk J.: „Określenie celów kształcenia medycznego na podstawie analizy zadań zawodowych lekarzy”. Ref. konferencja nt. „Cele kształcenia medycznego” *Akademia Medyczna w Poznaniu, maj 1984.*
5. Świątkowska K.: „Zbiór kompetencji ogólnomedycznych wymaganych na stanowisko ordynatora”. *Probl. Szkol. i Nauk Med.*, 1982, VII, 9.
6. Świątkowska K.: „Nowy projekt stażu podyplomowego lekarzy”. *Informator Reg. Ośr. Dosl. Kadr Med., CMKP, Warszawa 1979.*

Prof. dr Bogdan KAMIŃSKI

Jeśli mogę w tym momencie wtrącić jedną uwagę. Podzielam zdanie, że przedmiot dzisiejszej dyskusji, czyli szkolenie podyplomowe, to jest dalszy ciąg szkolenia przeddyplomowego, jak sama nazwa — nieszczęśliwa, ale nazwa — wskazuje. Szkolenie podyplomowe jest takie, jakie jest szkolenie studenckie, tzn. bardzo zawężone do poszczególnych przedmiotów, za długie i sformalizowane. Wobec tego pytanie, czy ono może być niesformalizowane, jeśli ma zapewnić to, co słusznie nazwał doc. Stapiński efektywnością szkolenia. Prof. Kobuszewska wysuwa tezę, z którą ja się nie zgadzam, że szkolenie podyplomowe jest dobre, a dowodem tego jest fakt, że lekarze robią specjalizację. Jest to twierdzenie formalne. Znam bardzo wielu lekarzy (mówię o swojej specjalności, na której się trochę znam), którzy zdali egzaminy specjalizacyjne, a ja bym do nich leczyć się nie poszedł. I znam wielu takich, którzy opóźniają swoją specjalizację, a są znakomitymi lekarzami. Ja się zgadzam, że przy masowym szkoleniu pewna formalizacja jest niezbędna. Natomiast fakt tej długiej historii, jaką Pani Profesor nam przedstawiła, która zresztą każdy z nas przeżył, nie dowodzi, że to jest dobry system.

Dr n. med. P. MÜLDNER-NIECKOWSKI

Najwięcej się mówi o nauczaniu w Akademii Medycznej, znacznie mniej o doskonaleniu lekarzy po dyplomie. Wspominali o tym panowie profesorowie Tomaszewski i Tysarowski w czasie dzisiejszej dyskusji, mamy nieco wiadomości z prasy, ankiet i listów lekarzy do czasopism. Myślę, że warto uporządkować te informacje. Ponieważ najczęściej lekarzy pracuje w podstawowej opiece zdrowotnej, w przychodniach i szpitalach rejonowych, o nich trzeba mówić najczęściej.

Być może schemat, który przedstawię, jest zbyt uproszczony i nie oddaje wszystkich aspektów sytuacji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, ale jest to, jak sądzę, dobry materiał do ukierunkowania badań tej sprawy.

Zasadniczym motywem, który określa naszą dyskusję, jest kształcenie podyplomowe i jego organizacja instytucjonalna. Zajmijmy się jednak drugą stroną medalu, to jest stopniem zainteresowania kształceniem tego typu. Nie jest prawdą, że lekarze chętnie się doksztalają, ponieważ te chęci są uzależnione od zbyt wielu czynników, aby były jednoznaczne. Można powiedzieć, że zainteresowanie szkoleniem podyplomowym zmienia się w czasie, waha. Pomijam cechy osobowe poszczególnych lekarzy, a także różnice regionalne, stopień przygotowania przeddyplomowego. Interesowały mnie czynniki wywierające wpływ na przeważającą większość lekarzy, a więc statystycznie potwierdzalne.

W czasie studiów obserwuje się znaczną chwiejność zainteresowania samokształceniem. Jest ona zależna od rodzaju stopniowo pojawiających się przedmiotów, od nauczycieli, kół naukowych, pasji młodzieńczych, znajdujących odpowiedniki w poznawanych dziedzinach medycyny oraz w wyobrażeniach na temat przyszłej specjalizacji. Studenci szukają tego, co by im w przyszłości najbardziej „leżało”. Z pewnością pewna grupa kieruje się wyobrażeniami ekonomicznymi, ale większość myśli raczej na zasadzie „podoba się — nie podoba”.

Staż podyplomowy rozwiewa mrzonki i fantazje. Młody lekarz jest zaszokowany tym, że podlega dyscyplinie pracy, że jego wszechwładna wiedza (student szóstego roku jest bardzo pewny siebie) ma stosunkowo małe zastosowanie na pierwszym dyżurze i w pierwszym gabinecie. Ukończenie studiów przysparza samych obowiązków. Trzeba zacząć zarabiać na siebie, na świeżo założoną rodzinę, szukać

mieszkania itd. Liczba zajęć pozazawodowych, kłopoty bytowe i inne wcale nie sprzyjają nauce zawodu, mimo że początki pracy dość szybko ujawniają podstawowe braki w wiedzy praktycznej. W dodatku sama praca obciąża absolwenta w sposób nieoczekiwany. Środowisko rzadko wywiera presję na młodego lekarza, aby się uczył. Raczej wymaga od niego wykonawstwa. Dla niektórych idealistów pierwsze dwa lata po studiach są pasmem wstrząsów. Młodzi widzą także doskonale, że starsi koledzy wcale tak szybko nie podejmują specjalizacji, że z różnych powodów odkładają tę sprawę ad calendas Graecas.

Zatem w ciągu dwóch, trzech lat po dyplomie zainteresowanie doksztalcaniem wyraźnie maleje. Potem, po osiągnięciu pozorów pierwszej stabilizacji życiowej, pojawiają się ambicje. Środowisko i pracodawcy stają się obecnie bezwzględni. Dla nich człowiek bez zaświadczenia o dodatkowych kwalifikacjach jest mniej wartościowy zarówno w opinii towarzyskiej, jak i czysto zawodowej. Młody lekarz trochę okrzepł i zaczyna myśleć o doskonaleniu umiejętności. Częściej zagląda (wyrzykowo) do książek, myśli o prenumeracie czasopism fachowych, rozgląda się za takim miejscem pracy, w którym mógłby osiągnąć ostrogi specjalisty. Nieraz jest to główny motyw wyboru zakładu pracy. Zebrane doświadczenia z okresu stażu pozwalają już skryształizować zainteresowanie określoną specjalnością. Jest to czas najbardziej dogodny do nauki. Młody jeszcze lekarz przez okres średnio pięciu lat odczuwa potrzebę zdobycia pozycji w społeczności lekarskiej i ma wewnętrzny przymus samokształcenia. Można na wykresie przedstawić te dwa czynniki jako zbieżne, nauka do specjalizacji jest wymuszana i jednocześnie spontaniczna. Ale wszystko, co otacza kandydata na specjalistę, warunki pracy, przeciążenie zajęciami, niektóre niedobre nawyki, schematyzm zawodowy, złe przykłady środowiskowe — utrudniają kształcenie. Wydaje się nawet, że istnieją w zakładach służby zdrowia tendencje do lekceważenia lub powstrzymywania specjalizacyjnych zape-
dów młodych lekarzy. Nie czas na analizę tej sytuacji. Myślę, że powinna być dobrze zbadana metodami socjologicznymi. Dość powiedzieć, że młody lekarz po tych następnych pięciu latach często jest zagubiony i rezygnuje. Trzeba mieć ogromne samozaparcie do specjalizacji, przez którą rozumiem nie tylko przygotowanie do egzaminu, ale również rzetelną wiedzę nawet bez zaświadczenia. Nawyki uczenia się z czasów szkolnych i akademickich wygasają. Na ich miejsce pojawia się lęk przed systematycznym uczeniem się, nieuzasadnione przekonanie o gorszych możliwościach lekarza jako ucznia. Kobiety mają obowiązki domowe, które takie przekonanie podtrzymują, mężczyźni z różnych powodów odkładają dzień rozpoczęcia pracy z książką w rękę. Im dłużej to trwa, tym trudniejszy jest nawrót do niedawnych jeszcze ambicji.

Lekarze w tym okresie już zostali wciągnięci w maszynę wykonawstwa, już nie widzą możliwości oderwania się od rytmu codzienności, delegacji na kurs doszkala-
lający, przeznaczenia odpowiedniej liczby wieczorów na naukę własną. System naszej służby zdrowia i jej znane kłopoty paraliżują dobre chęci. Jest to zastanawia-
jące, gdyż lata dwudzieste i trzydzieste w życiu każdego inteligentnego lekarza są najbardziej twórcze, w każdym razie potencjalnie twórcze. Zamiast wykorzystać ten okres i umożliwić młodym działanie tego rodzaju, zmusza się ich do rezygnacji. W tym czasie powinny przecież powstawać odkrycia, wynalazki, pomysły organizacyjne itp., ale z nich właśnie nasz system medyczny rezygnuje.

Mija jeszcze kilka lat i dobrze zapowiadający się młodzi lekarze dowiadują się, że są w wieku średnim, a to oznacza koniec ambicji tych, którzy do tej pory nie osiągnęli sukcesu. Dopiero schyłkowy okres pracy zawodowej i emerytura wzbudza-
ją wewnętrzną potrzebę twórczości, ale już o zupełnie innym charakterze. Tu zaczyna-
ją się marzyć odkrycia, rodzą się uogólnienia, koncepcje z pogranicza medycyny i humanistyki, powstają dzienniki, artykuły z zakresu etyki, historii medycyny. Trochę za późno. Brakuje ostrości sądów, przejrzystości spojrzenia, odwagi — przy-
miotów właściwych młodości. Rzadko jest to praca twórcza, częściej odtwórcza. Jeszcze częściej tacy ludzie dopiero zaczynają się uczyć warsztatu naukowego i pi-
sarskiego. Nie twierdzą, że emeryci robią coś złego, przeciwnie — jest to godne wyłącznie pochwały, ale boleję nad tym, że ci właśnie lekarze nie robili tego wszyst-
kiego dwadzieścia lat wcześniej. Zapewne wszystko im wówczas stało na prze-
szkodzi. Jeśli to ma być zarzut, to nie kieruję go pod adresem lekarzy.

Dr hab. Marek DĄBROWSKI

Proszę Państwa, spotykamy się tutaj już któryś raz z rzędu. Należy organizato-
rom złożyć gorące podziękowania. Aby nie mieć przekonania, że spotykamy się
tylko po to, żeby sobie porozmawiać, żeby mieć choć odrobinę nadziei, że nasze
spotkania będą owocować w konkretach, należało by otwarcie i jednoznacznie do-

tknąć rzeczy istotnych. Roboczy charakter tej narady ma chyba to do siebie, że tutaj wolno dyskutować, wolno się mylić i wolno się wzajemnie poprawiać. Chcę zatem dotknąć sprawy, która w moim przekonaniu leży u podstawy całego szeregu niepowodzeń. Pan profesor Kamiński na początku zachęcał do poruszenia spraw uniwersalnie ujmujących cały problem.

Otóż chodzi mi o tego typu uniwersalia jak problem jakości i ilości. Wydaje się, że mamy do czynienia z sytuacją, która przypomina bajeczkę o rzeźce i o dziadku, i później o babci i o wnuczku, jeszcze kotku mruczku itd. Razem chcieli rzeźkę wyrwać i po prostu nie mogli. Wobec problemu wyrwania choroby z pacjenta, jeżeli to tak można nazwać obrazowo, często posługujemy się systemem wspomnianej kolejki, zwiększamy ilościowo nasze działania wobec danego problemu. Zwiększamy i multiplikujemy te rodzaje postępowań i możliwości, którymi dysponujemy, ale nie zwracamy wystarczającej uwagi na zmianę jakości naszych postępowań.

Do jednego pacjenta ustawia się kolejka lekarzy różnych specjalności, podobna do tamtej kolejki z bajeczki. W związku z tym zasadniczy nacisk należałoby położyć na reformę studiów, na nauczanie skutecznej medycyny, aby pacjent nie musiał wielokrotnie i bezskutecznie przychodzić do lekarza. Należałoby sobie zadać pytanie, czy dysponujemy takimi teoretycznymi możliwościami, które wplecione w program dałyby poprawę jakości świadczeń medycznych. Pierwsze jaskółki w tym zakresie istnieją, chciałyby się jednak powiedzieć, że należałoby odważniej wprowadzać nowe koncepcje postępowań przyczynowych i zastępować nimi postępowanie objawowe. Ale uprzednio należy sforsować bardzo trudne i mocno ustabilizowane przeszkody obecnego systemu. System w zasadzie ubezwłasnowolnia lekarzy. Jeżeli ktoś ma pomysł, napewno wydepcze wiele, wiele ścieżek, nabije sobie bardzo wiele guzów, ale rzadko z tym pomysłem dojdzie do możliwości obiektywnej konfrontacji z praktyką. Za lekarza myśli Wydział Zdrowia, myśli Ministerstwo Zdrowia, Uczelnia lub Centrum Kształcenia Podyplomowego, za tego lekarza myśli bardzo, bardzo wiele instytucji, bardzo wiele gremiów i bardzo wiele innych osób. On sam prawie może nie myśleć.

Powinien tylko wykonać dokładnie to co leży w zakresie przepisów i formalnych wymagań. Ten system zwalnia ludzi z odpowiedzialności w zakresie własnych koncepcji i pozostawia im tylko odpowiedzialność wywiązania się z realizacji przepisów poznanych w trakcie studiów. W ten sposób z człowieka twórczego, który powinien opierać swoje postępowanie na swojej koncepcji, robimy człowieka komputera, człowieka automatycznie działającego. W ten sposób ograniczamy możliwość wprowadzania do medycyny nowych koncepcji. Sprzyja tej sytuacji także masowość szkolenia. Przyjmując co roku w warszawskiej uczelni ponad 800 kandydatów, bez poprawy warunków kształcenia, wiemy z góry, że wykształcimy gorszych lekarzy a nie lepszych.

W planach do roku 1990 mamy kształcić nie mniejsze ale zwiększające się kadry lekarzy. Czterdziestolecie, które upłynęło do dnia dzisiejszego pokazało, że uzyskany wzrost kadry nie jest proporcjonalny do wzrostu skuteczności leczenia. Należałoby się więc zastanowić nad innym punktem nacisku działań i poszukać sposobu, który by dał lekarzowi możliwość skuteczniejszego leczenia.

Powracam do stwierdzenia, że droga od pomysłu, przez jego weryfikację, do wdrożenia w naszym kraju jest zbyt długa i trudna, najeżona masą różnego rodzaju kłopotów i formalności, często nawet niechęci. Bardzo wiele dobrych i sprawdzanych w innych krajach, w tej chwili już wdrażanych pomysłów, w naszym kraju czeka nadal na realizację właśnie w wymienionych przyczyn. Przykładem jest tu ponad 10-letnia historia narodzin polskiego leku TFX i jego wprowadzenia do klinik, historia doskonale znana mi z własnej praktyki.

Oдноśnie problemów, o których dzisiaj mówimy, jest moja wypowiedź zaledwie fragmentaryczna. Dołączona do innych wypowiedzi może przyczyni się do poprawy i pozwoli na konstruktywne wnioski z naszej narady.

Prof. dr Zdzisław ZAKRZEWSKI

Chciałbym zwrócić uwagę na fakt, że w działalności Akademii Medycznej od kilku lat pomijana milczeniem jest sprawa obowiązku prowadzenia zajęć w ramach szkolenia podyplomowego.

W dawnych latach bardzo mocno było akcentowane, że do obowiązków nauczycieli akademickich oprócz kształcenia studentów, działalności naukowej i wychowawczej należy kształcenie podyplomowe absolwentów Akademii Medycznych.

W wypowiedzi swej na temat kształcenia podyplomowego prof. dr Kobuszewska,

przedstawiając udział placówek naukowych i dydaktycznych w tym szkoleniu, pominięta udział naszej Uczelni; a przecież w Akademii Medycznej w Warszawie prowadzi się różnorodne formy szkolenia absolwentów, tj. szkolenie młodych asystentów przez Zakłady i Kliniki, kursy stacjonarne i nieciągłe, organizowane przez Wojewódzki Ośrodek Szkolenia Kadr Medycznych, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego oraz inne formy szkolenia.

Aktualnie obserwuje się dużą koncentrację przez CMKP usprawnień administracyjnych i organizacyjnych. Np. na terenie Wydziału farmaceutycznego prowadzone są kursy, konsultacje oraz staże specjalizacyjne dla osób ubiegających się o specjalizację II-go stopnia z zakresu nauk farmaceutycznych. Natomiast egzaminy na II stopień specjalizacji odbywają się wyłącznie w Studium Farmaceutycznym CMKP w Bydgoszczy. W latach ubiegłych egzaminy te odbywały się także w Ośrodku Warszawskim i sądzę, że byłoby bardziej właściwe, aby stażyści zdawali egzaminy w ośrodku, w którym odbywali staże.

Moim zdaniem, egzaminować powinny także ośrodki akademickie, które również gwarantować będą właściwy skład komisji egzaminacyjnych.

W dyskusji na temat szkolenia podyplomowego również pominięta została rola specjalistów wojewódzkich i ich wkład w programowanie i realizację tego szkolenia.

Nawiązując do wypowiedzi profesora Kamińskiego na temat ekonomiki leczenia, sądzę, że zagadnienia te są istotne dla wszystkich ośrodków, lecz są szczególnie uwzględniane w pracy małych ośrodków, jak to wynika z moich obserwacji na terenie województwa płockiego.

Mgr Irena KOMASARA (Biblioteka Główna AM w Warszawie)

Na podstawie obserwacji własnego podwórka, chciałam podzielić się uwagami, jak oceniam studentów i prowadzących zajęcia ze studentami. Student przychodzi do biblioteki najczęściej bezradny, bo nie ma podanego spisu lektur obowiązujących czy uzupełniających, nie umie sam szukać, zdany jest najczęściej na bibliotekarza. Jest on dobry albo zły, jeden bardzo dużo pomoże, doradzi, zachęci, inny odeśle do katalogu lub da mu jakiś skrypt. Ponieważ nie podaje się studentom wykazu lektur, podręczników, ważnych wydawnictw zjazdowych, to potem jako lekarz ma trudności w poszukiwaniu literatury niezbędnej do samodzielnego dokształcania się, bo go tego nie nauczono na uczelni. Student mając do wyboru obszerny podręcznik mówi często, „nie, niech mi pani da coś co ma 100 stron, a nie 400”. Myślę, że jest to też wina nauczających.

Poza tym nie poleca się studentom podręczników czy artykułów obcojęzycznych a potem mówi się, że polscy lekarze wyjeżdżają za granicę i nie potrafią sobie dobrze radzić. Gdyby w czasie studiów polecało się od czasu do czasu najnowszy artykuł obcojęzyczny na pewno byłoby to dużą zachętą. W tym względzie powinna być synchronizacja ze Studium Języków Obcych. Student, który w poszukiwaniach literatury nauczył się pokonywać trudności dobrze sobie radzi koncepcyjnie za granicą jako lekarz. Jednorazowe zajęcia z przysposobienia bibliotecznego prowadzone dla studentów pierwszego roku ograniczają się do nauczania umiejętnego ich korzystania z biblioteki i jest to za mało. Naukowa informacja medyczna, która potrzebna jest później nie interesuje aż tak dalece studentów rozpoczynających studia.

Prof. dr Henryk KIRSCHNER

Były tu głosy dotyczące mojego wystąpienia w sprawie niektórych części programu z medycyny społecznej, jeśli chodzi o organizację ochrony zdrowia. Zresztą ta sprawa jest dobrze Panu Rektorowi również znana, bo prawdopodobnie studenci też się w ostatnich latach zwracali w sprawie obniżenia liczby godzin. Obniżyliśmy trochę liczbę godzin, niemniej na likwidację tego przedmiotu nie można się zgodzić. Trzeba pewne minimum godzin przeznaczyć na organizację ochrony zdrowia. Inna rzecz, że mogłoby to być bardziej zintegrowane z nauczaniem praktycznym medycyny w terenie. W tej chwili częściowo robimy takie zajęcia terenowe z wyjazdem, tak żeby studenci widzieli pracujące instytucje służby zdrowia, żeby mogli trochę pogładowo te sprawy uchwycić, tak żeby nie widzieli tylko śrubek, ale cały pracujący system. Bardzo bym apelował, ażeby pewne minima z medycyny społecznej, uwzględniające nie tylko organizację ochrony zdrowia, ale również zagad-

nienia ekologii człowieka, utrzymać. Niektóre zagadnienia epidemiologii zresztą już mają prawo obywatelstwa w klinikach, które mają trochę zagadnień medycyny populacyjnej, więcej chorób społecznych, jak cukrzyca, choroba wieńcowa. Tam zagadnienia epidemiologii wchodzi bez konieczności jakiegoś wmuszania, niemniej takie sensownie pomyślane minimum z medycyny społecznej powinno być uwzględnione w programach szkolenia podyplomowego. Jak się zorientowałem, jest one częściowo realizowane, ale na pewno w daleko niedostatecznym zakresie i na pewno nie przez wszystkich.

Mgr Janusz HALIK

Trochę świadomie wyczekałem na koniec dyskusji, dlatego że jestem socjologiem i na tym co powiem musi zaciążyć w jakiś sposób moje wykształcenie. Od 8 lat obserwuję studentów medycyny i robimy z nimi pewne skromne próby badań.

Pierwsza sprawa to jest sytuacja nowych lekarzy. Otóż powiedzieliśmy tutaj, że jest ona trudna, tak trochę enigmatycznie. Wydaje mi się, że najzwyczajniej w świecie bardzo trudna, ponieważ młody lekarz zarabia niewystarczającą ilość pieniędzy, żeby utrzymać swoją młodą rodzinę. Dlatego w tym okresie, kiedy rodzą się postawy motywacji, on się rozprasza, kiedy po prostu musi reperować dziury budżetu domowego. To jest bardzo ważne. Szerzej mówiąc dotyczy to systemu nagród społecznych, który po prostu u nas nie działa. Dotyczy to nie tylko zawodów lekarskich, dotyczy to mnóstwa innych zawodów inteligentnych generalnie rzecz biorąc.

Gdy obserwuję studentów, gdy czytam ich wypowiedzi, kiedy jeden ze studentów twierdzi, że on nie po to 6 lat uczył się medycyny, żeby potem wystuchiwać starszej osoby, która nie ma problemów medycznych, a jakieś inne, widzę, że mamy do czynienia z załamaniem się etosu inteligentnego w niektórych zawodach, a w tym także. Uczenie studentów, żeby się orientowali gdzie należy pacjenta lokować, gdzie należy mu poradzić żeby się udał, byłoby niepotrzebne, gdyby studenci spełniali wszelkie cechy etosu inteligentnego. W tym etosie tkwi bardzo głęboko opieka nad osobami mniej zorientowanymi, nad osobami, które mają słabsze przebiecie się przez system.

Chciałem jeszcze powiedzieć o jednej rzeczy. Wszyscy tutaj bardzo często wracamy do motywacji do kształcenia. Jak wiadomo, socjologia jest dziedziną, która próbuje mierzyć owe motywacje i je w jakiś sposób badać. Chcę się podzielić pewną obserwacją, która wydaje mi się bardzo wymowna, jakkolwiek pewnie powtarzam to, co Państwo czujecie. Otóż obserwowałem w jednej z akademii medycznych zajęcia w sali mikroskopowej. Było tam zebranych wielu studentów i pewna liczba asystentów. Nikt nikogo nie pytał przez 2 godziny, asystenci bardzo mało pytali, ani studenci nie pytali asystentów. Jeden z asystentów potem im powiedział, że zajęcia z grupami polonijnymi odbiegają od tej rutyny, że tamci studenci bez przerwy pytają.

Otóż po prostu studia dla tamtych są okazją do inwestycji w siebie. Co by nie powiedzieć dobrego i złego o naszych studentach, oni chyba dość rzadko traktują studia jako okazję do inwestycji w siebie. Ta inwestycja widocznie przestała być opłacalna lub jest mało opłacalna.

Prof. B. KAMIŃSKI:

Dziękuję bardzo. To bardzo interesująca wypowiedź, z tym, że Pan na to patrzy z pozycji outsidera, zatem widzi Pan więcej.

Doc. dr hab. Andrzej STAPIŃSKI

W związku z wypowiedzią pana profesora Zakrzewskiego chciałem przypomnieć, że w § 8 Statutu Akademii Medycznej wymieniono wśród podstawowych zadań szkoły: „kształcenie wysoko kwalifikowanych specjalistów na potrzeby służby zdrowia, oraz rozwijanie w nich umiejętności samodzielnego myślenia, sprawnego i twórczego działania, a także wyrabianie w nich nawyku ustawicznego kształcenia”. By nie było wątpliwości, że idzie również o szkolenie podyplomowe, w innym punkcie tego paragrafu powiedziano wyraźnie „kształcenie podyplomowe i specjalistyczne kadr medycznych”. W części wstępnej naszego statutu te zadania zostały więc wyraźnie sformułowane i władze Akademii Medycznej z pewnością będą je realizować z pomocą całego grona nauczającego.

Mgr Halina ZACZYŃSKA

Chcę powiedzieć słowo w obronie studentów, do czego czuję się jakoś zobowiązana przez fakt codziennego z nimi wieloletniego kontaktu, szczególnie ze studentami I roku. Padło tu już dużo pod ich adresem gorzkich uwag, że są niezainteresowani, że niewiele obchodzą ich treści kształcenia, że na siłę są przepychani itd. Rzeczywiście pani z terenu przysposobienia bibliotecznego może mieć złe odczucia na temat ich zainteresowania i chęci nauczania się czegoś. Ale to przysposobienie biblioteczne pozbawione jest korzystnego kontekstu tak czasowo-organizacyjnego, jak i metodycznego. Przeposobienie jest — w subiektywnym odczuciu studentów I roku — tylko dodatkowym ich obciążaniem. Czas mają szczerze wypełniony przez Akademię. Nie ma marginesu czasu na to, żeby rzeczywiście rozwijać zainteresowania, żeby studiować, żeby się uczyć samodzielnie i czynić użytek praktyczny z przygotowania bibliotecznego. Właściwie zupełnie stracili kontakt z książką beletrystyczną, mogącą im pomóc w pomyśleniu o czymś innym..., przydać uroku życiu studenckiemu. Studenci I roku tracą kontakt nie tylko z książką beletrystyczną, ale i książką naukową inną niż anatomia, histologia czy biologia.

Otrzymują przecież obszerne lektury, całego Bochenka, to jest 7 wielkich tomów, olbrzymia liczba stron, daje im się ileś podręczników z histologii czy biofizyki i oni nie są w stanie przez to wszystko przebrnąć.

Taki jest program I roku studiów i takie są wymagania dydaktyczne uczelni. Tok metodyczny studiów, brak transferu między wykładanymi na I roku przedmiotami, sprawia, że student jest w sposób niewymierny dodatkowo obciążany.

Pragnę teraz przejść do sprawy pytań studenckich jako wskaźnika ich zainteresowań i aktywności poznawczych. Otóż stwierdzamy, że studenci polonijni pytają, a nasi nie. Z tego jednak nie wolno wnosić, że studenci polonijni są rzeczywiście bardziej od naszych zainteresowani i intelektualnie aktywni. Stawianie pytań przez studentów polonijnych jest między innymi wynikiem innego ich kształcenia w szkołach średnich, w których akceptuje się partnerskie stosunki między nauczycielem i uczniami, a których nie ma w naszych szkołach. Zresztą w naszej Akademii nie gratyfikuje się studenta za stawianie pytań. Sami studenci wnet dostrzegają, że stawianie pytań nie jest zachowaniem pożądanym. Można nawet zaryzykować twierdzenie, że uczy się naszych studentów nie stawiać pytań.

Trzecią z kolei sprawą, o której chcę powiedzieć parę zdań, jest problem integralnego ujęcia człowieka w studiach medycznych. Obowiązujący w Akademii program studiów akcentuje przede wszystkim podstawy biologiczne i anatomo-fizjologiczne człowieka. Według tej koncepcji programowo-metodycznej człowiek przestaje być jednością psychofizyczną, a psychika jest zawieszona, pozostawiona na boku, jako dziedzina niedostatecznie rozpoznana. Nie jest to oczywiście stanowisko słuszne, ale wyczuwa się jego (tego stanowiska) istnienie. Studenci wnet dostrzegają co jest w opinii kadry nauczającej ważne i za nauczycielami przyjmują określoną i w środowisku obowiązującą hierarchię wartości. W Akademii ważne są — mówiąc skrótowo — techniki, a nie całościowe podejście do człowieka.

Na podstawie własnych doświadczeń z kursów doskonalenia z zakresu medycyny szkolnej, a także nauczania studentów AM stwierdzić mogę, że absolwenci już po I stopniu specjalizacji z pediatrii właśnie na kursach specjalizacyjnych z medycyny szkolnej zgłaszają zapotrzebowanie na pozabiologiczną wiedzę o człowieku. Można przyjąć, że potrzeba na przykład wiedzy psychologicznej jest w pewnym sensie wymuszona przez życie, przez praktykę zawodową. Tak więc „praktykowanie” zawodu lekarza wprowadza korektę do programu studiów AM. Wprawdzie praktyka zawodowa nie wyposaża byłego studenta w wiedzę użyteczną z tego zakresu, ale silnie motywuje do uczenia się psychologii i jej medycznych aplikacji. Tych powiązań nie ukazuje się studentom stąd i słabsze ich zainteresowanie dla pozabiologicznych dyscyplin. Myślę, że zmiana metodyki kształcenia i przejście od werbalnego i pamięciowego opanowywania olbrzymich partii materiału do metod integralno-kazuistycznych (jako konkretne zadania lekarskie) przekazywania studentom wiedzy, stworzy warunki dla manifestacji bogatych i różnorodnych zainteresowań słuchaczy I roku.

Dr MÜLDNER-NIECKOWSKI

Dr Kapuścik, który jest dyrektorem Głównej Biblioteki Lekarskiej, zwraca uwagę — w luźnych co prawda rozmowach, ale ma na to dowody w postaci liczb — że w ciągu ostatnich lat systematycznie zmniejsza się liczba czytelników czasopism

i im trudniej zdobyć czasopisma, tym mniej jest osób odwiedzających czytelnie. Chciałem też powiedzieć, że w Państwowym Zakładzie Wydawnictw Lekarskich z bardzo ważną pomocą Rady Programowej została przygotowana kampania na rzecz tworzenia zupełnie nowego typu podręczników.

Jest to kampania oczywiście wieloletnia, ponieważ przyzwyczajenia jakie istnieją w tej materii są tak silne, że trzeba będzie przełamywać je kompletnie od podstaw.

Prof. dr Wiesław TYSAROWSKI

Pan rektor Nielubowicz powiedział w swoim przemówieniu wyborczym, nie wiem czy pan docent to zauważył, że w Warszawskiej Akademii Medycznej powinien powstać wydział kształcenia podyplomowego. Trzeba bowiem jednocześnie proponować mechanizmy działania wprowadzające w życie taką propozycję.

Również bardzo mnie niepokoi sprawa regionalizacji. We wszystkich krajach cała służba zdrowia ma nie tylko moralny, ale i fizyczny obowiązek kształcenia, to znaczy, że baza całej służby zdrowia jest do dyspozycji kształcenia i jest to związane z regionalizacją. Cała Polska nie może być bazą kształcenia dla Warszawskiej Akademii Medycznej, tylko musi być jakiś określony region kraju. W niektórych krajach lekarz wojewódzki jest jednocześnie rektorem. Tam integracja służby zdrowia z nauczaniem osiągnęła najwyższy stopień. W innych np. w Szwecji istnieje jeden system służby zdrowia, a w tym systemie, wyznaczone są miejsca gdzie się kształci. Nie ma podwójnego systemu szpitali klinicznych i miejskich. Sprawa regionalizacji ma głębsze podłoże i dlatego ja bronię tego stanowiska. Wydaje mi się, że nie jest właściwe, iż Centrum Kształcenia Podyplomowego zaczęło się zajmować stażem podyplomowym, a nie Akademia Medyczna. Akademia Medyczna mogłaby utrzymać silniejszy kontakt ze swoimi absolwentami. Brak tego kontaktu jest bardzo przykry.

Chciałbym tylko wyjaśnić, panie profesorze, że został zniesiony nadzór regionalny formalnie. Natomiast podział na regiony w sensie obsługi medycznej przez poszczególne Akademie Medyczne pewnych województw jest nadal zachowany. Konkretnych pacjentów poszczególne szpitale wojewódzkie kierują do określonych Akademii względnie do określonych wybranych Akademii Medycznych, bo nie wszystkie Akademie Medyczne zapewniają wszystkie usługi.

Prof. dr Bogdan KAMIŃSKI

Moje wrażenie jest takie, że mimo moich wysiłków Państwo powracają ciągle — i jest tego jakaś przyczyna — do szkolenia studentów. W wypowiedziach co drugiego dyskutanta właściwie była mowa o szkoleniu studentów, co we mnie wzbudza oczywiście przekonanie, że szkolenie podyplomowe to nie jest żadne inne szkolenie. To jest to samo kształcenie, które się zaczyna u studenta, a kończy, gdyż lekarz idzie na emeryturę, albo nawet jeszcze później. Wynika z tego również drugie moje wrażenie: mimo długiej historii, którą p. prof. Kobuszewska nakreśliła, jesteśmy dalecy od zgody na to, czym jest CMKP, a czym jest Akademia Medyczna. Ta dyskusja podskórnie trwa. Ja pamiętam też, tak jak Pani Profesor, te dyskusje wzajemne, te przekształcenia organizacyjne. Pewne jest z mojego punktu widzenia, pracownika Akademii Medycznej, że Centrum pokonuje kolejne szczeble w górę, że od dwóch lat trwają wysiłki w tym kierunku, żeby była to dwunasta uczelnia medyczna w kraju. Od małego instytutu, który nie spełniał swoich zadań, do Studium przy Akademii Medycznej w Warszawie, droga wiodła do Studium Doskonalenia Kadr Lekarskich, przez Instytut, aż do Centrum, które jest czymś więcej, a teraz mowa jest o uczelni. Otóż ta dyskusja nie jest zamknięta, ta długa historia nie dowodzi, że jesteśmy bliscy rozwiązania, ciągle są w Akademii podskórne niepokoje, które werbalizuje głównie profesor Tysarowski, bo ma najwięcej odwagi. Szkolenie podyplomowe to jest tak samo, albo nawet w większym stopniu, funkcja akademii medycznych, jak Centrum. Centrum w moim przekonaniu powinno być jednostką, która wydaje przepisy, która koordynuje, udoskonala, a robić powinniśmy my. Ja to mówię tylko w swoim imieniu. Centrum w wielu dziedzinach nie ma żadnych możliwości kształcenia, jedynie co do niedawna mogło zrobić np. w anestezjologii (obecnie jest zmiana na lepsze) to było wysłać do mnie zawiadomienie, że kieruje do mnie lekarza na szkolenie. Otóż tego lekarza na szkolenie ja mogłem przyjąć bez Centrum, bez potrzeby zatrudniania 84 pracowników administracyjnych, ale to jest złośliwość, nie pod Pani adresem broń Boże. Myślę, że staż podyplomowy jest i musi pozostać w rękach akademii medycznych.

Musi on być lepszy, tylko jeśli to będzie w Centrum, to nie zawsze będzie lepszy, tylko inny. My Pani Profesor jesteśmy obydwójce klinicystami i się zgadzamy, że szkolenie studentów jest złe. Mogłoby być lepsze, by ująć to bardziej elegancko.

W całej naszej dyskusji widać było, że nasze życie zawodowe jako studentów i jako lekarzy zależy od życia społecznego. Gdyby społeczeństwo żyło inaczej, gdyby było inne, byłiby inni studenci i lekarze. Jako grupa zawodowa jesteśmy tacy jakie jest społeczeństwo; ale oczywiście mamy prawie wszystkie te same wady; jest to 75 tys. ludzi i to nie mogą być same anioły i sami mędrcy. Są przeciwności, których już tutaj nie będę werbalizował, że użyję znowu tego zwrotu psychologicznego.

Moje osobiste wrażenie z dyskusji jest takie, że nie bardzo wiemy dlaczego szkolenie podyplomowe jest złe, mogło by być lepsze, przepraszam. Jest ono bardzo sformalizowane, w stopniu większym niż jego efektywność. Co gorsza, nikt nie wskazał, jak oceniać jego skuteczność? Nie w liczbie specjalizacji, jakie się nadaje, bo to jest bardzo zła ocena. Jeśli za wynik brać jakość leczenia, to szkolenie jest fatalne. Jakość leczenia jest zła. Nadawanie specjalizacji nie zwiększa zupełnie zadowolenia ze służby zdrowia, jakie ma społeczeństwo. Społeczeństwo jest niezadowolone z trybu leczenia z różnych przyczyn i fakt, że mamy tylu specjalistów w takich dziedzinach, a tylu w innych, nic nie poprawia. Niestety. Takie jest moje wrażenie, być może błędne, ale żeby powiedzieć, że jest błędne, trzeba by udowodnić to liczbami, których mogliby dostarczyć tylko psycholodzy i socjologowie. Wyczuwam, że nasza dyskusja była chybiona, to znaczy nie mogę uczciwie powiedzieć, że odpowiedzieliśmy na jakieś pytanie. Niestety jest tak z wieloma dyskusjami, w medycynie zwłaszcza. Stawia się dużo więcej pytań, niż dostarcza odpowiedzi. Moje wątpliwości raczej się pogłębiły niż rozwiały po tej dyskusji i jest to wynik niezbyt pocieszający. Dla mnie absolutnie pocieszający wynik w tej dyskusji to fakt, że wypełnimy następny numer Kwartalnika.

Ale oczywiście niech Państwo nie podejrzewają, że po to tę dyskusję robiliśmy. Myśmy próbowali wywołać burzę mózgów, okazał się tylko z dużej burzy mały deszcz, nie była to wielka burza, aczkolwiek mózgi były łęgic. Chcę zapewnić jednak, że tę dyskusję po przykróceniu wydrukujemy, wszyscy Państwo będą mogli skonfrontować to co powiedzieli z tym co będzie napisane, a nie zawsze bywa to miłe dla mówiącego.

Chciałbym bardzo zaprosić już na przyszłą dyskusję, którą chciałbym zorganizować w grudniu, o której terminie powiadomimy i która ma być poświęcona temu, jak wychowywać studenta i lekarza, aby nawiązywał on lepszy, czy w ogóle jakikolwiek kontakt psychiczny z pacjentem. Ponieważ nie możemy wychować pacjenta, to wychowujemy studenta i lekarza, żeby próbował zrozumieć pacjenta i żeby próbował zrobić wrażenie, że mu współczuje.

Serdecznie dziękuję wszystkim za przybycie i za udział w dyskusji.

Genadij I. CAREGORODCEW, Aleksander J. IWANISZIN *

STAN I PERSPEKTYWY ROZWOJU ETYKI MEDYCZNEJ W ZSRR

W ostatnim dziesięcioleciu poważnie wzrosło zainteresowanie filozoficznymi aspektami nauk biomedycznych. Dyskusje nad socjalnymi konsekwencjami współczesnej rewolucji naukowo-technicznej, nad problematyką ekologiczną, a zwłaszcza praca nad rozbudową teorii socjalistycznego sposobu życia wymagają podjęcia, w taki lub inny sposób, refleksji nad fenomenem „zdrowia”, a w pierwszym rzędzie analizy miejsca „zdrowia” w systemie wartości społecznych. We współczesnej literaturze zachodniej uzasadniana jest konieczność tworzenia filozofii helsizmu (od angielskiego health — zdrowie), zgodnie z którą problem zdrowego sposobu życia, kształtowania „zdrowych nawyków”, walki ze stresem itp. należą współcześnie do centralnych problemów światopoglądowych.

* O etyce lekarskiej

Materiały przygotowane przez:

Katedrę Filozofii Akademii Nauk Medycznych ZSRR

— Kierownik — prof. G. I. Caregorodcew

Zespół badawczy etyki Uniwersytetu im. Martina Luthera w Halle-Wittenberg

— Kierownik — prof. Ernst Luther

Katedrę Nauk Społecznych Akademii Medycznej w Warszawie

— Kierownik — doc. dr Halina Maślińska

Współpraca uczonych krajów wspólnoty socjalistycznej, wspólna praca nad ważnymi, naukowymi problemami wynikającymi z teorii marksistowsko-leninowskiej, stała się ważnym czynnikiem postępu społeczno-ekonomicznego i kulturowego naszych krajów. Postanowienia XXVI zjazdu KPZR, IX zjazdu PZPR i X zjazdu SED wskazują polityczną jedność stanowisk w kwestii wychowania zawodowego i moralnego wszystkich warstw społecznych naszych krajów, w tym także pracowników służby zdrowia. Ważną przesłanką efektywności działalności zawodowej medyków jest stopień rozwoju ich odpowiedzialności obywatelskiej wobec społeczeństwa, pacjentów, stopień polityczno-ideowego, moralnego i deontologicznego wychowania.

W etyce medyczne krajów socjalistycznych najważniejsza problematyka badawcza koncentruje się wokół ogólnych zasad i prawidłowości ich rozwoju z uwzględnieniem specyficznych właściwości uwarunkowanych narodowymi i kulturowymi tradycjami. Wszystko to tworzy dogodne przesłanki do połączenia wysiłków w opracowaniu problemów etyki medycznej przez uczonych ZSRR, PRL i NRD.

W niniejszych materiałach proponuje się czytelnikowi zapoznanie się z możliwościami, zadaniami i perspektywami rozwoju etyki medycznej w naszych krajach.

Aksjologiczne aspekty zdrowia coraz częściej stają się przedmiotem badań radzieckich medyków i filozofów¹. Fakt ten zasługuje na uwagę w związku z tym, że sama specyfika etyki lekarskiej (w odróżnieniu np. od etyki nauczycielskiej, etyki prawników, etyki uczonych itd. jest określana stosunkiem ludzi do takich fenomenów, jak „zdrowie”, „choroba”, „cierpienie”, „ból”, czy wreszcie „życie” i „śmierć”.

W literaturze funkcjonuje wiele wymiarów zdrowia, różni autorzy piszą o „zdrowiu osobnika”, „zdrowiu populacji”, „zdrowiu psychicznym”, „zdrowiu genetycznym”, „jakości, poziomie zdrowia”, „klinice zdrowego człowieka” itp., próbując określić kryteria oceny efektywności pracy poszczególnych pionów służby zdrowia. Wielu autorów próbuje zdefiniować zdrowie jako coś istniejącego realnie, jako zjawisko obiektywne. Jednocześnie wydaje się ważne prowadzenie badań nad zjawiskiem zdrowia w płaszczyźnie aksjologicznej. Weźmy dla przykładu pewne sposoby traktowania zdrowia w „kulturze masowej”. Jeśli przez „kulturę masową” pojmować pseudokulturę, która kusi użytkownika łatwą dostępnością i maskuje swoją rzeczywistą pustkę duchową magią nowości, wykorzystując prymitywne mechanizmy komunikowania się ludzi, to rzuca to światło na różne masowe mody w medycynie. W rzeczy samej, każda informacja o „nowym sposobie leczenia”, o modnym lekarstwie itp. rozpowszechnia się jako coś sensacyjnego, a łatwa sugestia i ślepe naśladownictwo są najważniejszymi psychosocjalnymi mechanizmami rozpowszechniania się takich żywiołowo powstających „konceptji zdrowia”. Do zjawisk „kultury masowej” należy między innymi zaliczyć także „konceptję zdrowia” alkoholików.

Szczególno rodzaju i nadzwyczaj ważnym zagadnieniem aksjologicznym w medycynie jest stosunek samych medyków do swojego zdrowia. Według danych D. N. Lorańskiego i L. W. Wodolejewej², tylko 11,6% ankietowanych pracowników służby zdrowia regularnie gimnastykuje się rano (wskaźnik ten dla pedagogów wynosi 4,5%, dla pracowników nauki — 12,5%). W przypadku choroby kontynuuje swoją pracę codzienną (a tym samym zbyt późno szuka pomocy lekarskiej) 29,4% robotników, 32,2% pracowników nauki, 35,5% pracowników służby zdrowia, 39,0% pedagogów. Innymi słowy, starożytny aforyzm — „medice cura te ipsum” jest nadal aktualny.

Jeden z autorów niniejszego artykułu (G. Caregorodcew) określa zdrowie jako stan harmonijnej samoregulacji organizmu i jego dynamicznego współdziałania ze środowiskim, jako ogół stanów psychosomatycznych organizmu, które stwarzają możliwość optymalnego funkcjonowania człowieka w różnorodnych sferach jego życia. Zdrowie to nie tylko brak choroby, to także zdolność organizmu i osobowości do odpowiednio szybkiego przystosowywania się do zmieniających się socjalno-psychologicznych i przyrodniczo-ekologicznych warunków, zdolność do wykonywania różnych socjalno-biologicznych funkcji z socjalno-produkcyj-

nymi włącznie. Tak, zdrowie to coś więcej, niż prosty brak choroby! Jest jednak nad wyraz wątpliwe, czy zdrowie rzeczywistego współczesnego człowieka odpowiada temu idyllicznemu wzorcowi, który zawarty jest w preambule Statutu WHO: stan pełnej fizycznej, psychicznej i socjalnej pomyślności. Takie pojmowanie zdrowia zaczerpnięte zostało z kontekstu teorii społeczeństwa dobrobytu, którego klasowo-burżuazyjna treść nie ulega wątpliwości. Z marksistowską koncepcją człowieka (jako istoty aktywnie przetwarzającej otaczający świat i jednocześnie własną naturę) — bardziej współbrzmi pojmowanie zdrowia jako miary zdolności do pracy, życiowej wytrwałości i miłości do życia. Z perspektywy światopoglądu marksistowskiego zdrowie ujmowane jest po prostu jako cecha przysługująca ludzkiej jednostce, ujmowane jest ono także w swoim socjalnym (socjalno-klasowym) wymiarze.

Współcześnie obserwujemy dalsze pogłębienie charakterystycznej dla socjalistycznej służby zdrowia profilaktycznej orientacji wszystkich jej działań. To okoliczność nadaje etyce medycznej konkretną socjalną orientację. Podejmując tę kwestię w swoim wystąpieniu na wszechzwiązkowej konferencji naukowo-metodologicznej, poświęconej „Aktualnym etyczno-deontologicznym zagadnieniom współczesnej medycyny” (z grudnia 1982 r.), I wiceminister Zdrowia ZSRR — O. Szczepin, wręcz mówił o potrzebie przebudowy aksjologicznej orientacji w postawie zawodowej współczesnego lekarza. Realizacja przedsięwzięć należących do pierwotnej profilaktyki chorób staje się dzisiaj zawodowym obowiązkiem lekarza. Realizacja przedsięwzięć należących do pierwotnej profilaktyki chorób staje się dzisiaj zawodowym obowiązkiem lekarza. Łączy się z tym konieczność rozwiązania wielopłaszczyznowych zadań w dziedzinie podnoszenia kultury medycznej i sanitarnej ludności. Jest rzeczą zrozumiałą, że w tej dziedzinie wiele konkretnych medycznych rozwiązań organizacyjnych trzeba będzie na nowo przemyśleć i sprawdzić w praktyce.

W warunkach współczesnych służba sanitarna przekształca się ze służby czysto kontrolnej w państwową służbę profilaktyczną. W ZSRR istnieje ogólnopństwowy system zbierania i opracowywania danych o zmianach w stanie zdrowia ludności, uwarunkowanych zanieczyszczeniem środowiska naturalnego. Do tego systemu, funkcjonującego poprzednio w 52 miastach radzieckich, włączono w 1983 roku obserwacje w kolejnych 50 miastach.

O potrzebie zwrotu w etycznej i deontologicznej postawie współczesnego lekarza w kierunku wykrycia „rezerw” zdrowia mówił w swoim referacie, wygłoszonym na wspomnianej wyżej Konferencji, pracujący w Nowosybirsku członek Akademii Nauk Medycznych ZSRR — W. Kaznaczejew. Wskazał on na to, że zwrot ten wyraża obiektywną tendencję w rozwoju współczesnej medycyny i służby zdrowia. Chodzi tu zwłaszcza o zadania w dziedzinie walki ze szkodliwymi dla zdrowia nawykami

mi (palenie i nadużywanie medykamentów oraz inne), o rosnącą rolę nauk medycznych przy wyborze zawodu i w sporcie, o rosnącą rolę konsultacji medyczno-genetycznej, o kompleksową ocenę zdrowotnych skutków postępu naukowo-technicznego (to jest medyczny aspekt ekspertyzy antropoekologicznej). Należy — czytamy w referacie W. Kaznaczejewa — podjąć opracowanie długoterminowych, naukowo zasadnych prognoz zdrowotności dla populacji (np. w rejonach budownictwa BAM-u, w których na stan zdrowia populacji silnie wpływa m.in intensywna migracja ludzi).

Należy sformułować zadania w zakresie międzynarodowej walki lekarzy przeciwko niebezpieczeństwu wojny termojądrowej. W przyszłości medycyna powinna w znacznie większym stopniu kierować sposobem życia ludzi i kontrolować je, opracowywać „marszrutę zdrowia” uwzględniając płeć, wiek, osobliwości psychofizjologiczne i socjalne ludzi, aby zagwarantować im zdrową i aktywną długowieczność. W warunkach społeczeństwa socjalistycznego, kultywującego humanitarne formy kolektywizmu, ważne znaczenie posiada kształtowanie zdrowych stereotypów zachowania na poziomie populacyjnym. Trzeba opracować przewodniki z zakresu deontologii zdrowia i antropologii do kształcenia pracowników administracji gospodarczej i aparatu partyjnego.

Od zagadnienia aksjologicznych aspektów problemu zdrowia przejdźmy do zagadnienia zakresu przedmiotu etyki medycznej w ujęciu autorów radzieckich — medyków i filozofów. Kwestią zasadniczą wydaje się przy tym wyjaśnienie stosunku „etyki lekarskiej” do „deontologii lekarskiej”. W ostatnim dziesięcioleciu w radzieckiej literaturze wyraźnie daje się zauważyć zwiększenie ilości publikacji z zakresu deontologii lekarskiej. Jednak zdecydowana ich większość informuje o rezultatach badań o charakterze empirycznych i, siłą rzeczy, nie mogą one wyręczać kompetentnej filozoficznej analizy pilnych problemów etyki lekarskiej. Warto tu odnotować, że w radzieckiej literaturze medycznej termin „deontologia” używany jest znacznie częściej niż w czasopiśmiennictwie zagranicznym z zakresu etyki lekarskiej. Jednak treść tego terminu, przy jego dużej popularności wśród lekarzy, mieni się różnymi znaczeniami, to znaczy, że jest ona nieokreślona.

Pojęcie „etyki medycznej” z reguły używane jest w naszej literaturze w dwóch znaczeniach:

1) jako ogół zawodowych norm moralnych w medycynie (co jest tożsame z pojęciem „zawodowa moralność medyczna”);

2) jako dyscyplina naukowa, która oparta na założeniach marksistowsko-leninowskiego światopoglądu uzasadnia i systematyzuje zawodowe normy moralne i oceny w medycynie. Sądzymy, że pierwsze z wyszczególnionych znaczeń dobrze oddaje moment „rękodzielnictwa” w kształtowaniu się zawodowych norm moralnych w ogóle, fakt ich przekazu „z ręki do ręki” — od nauczyciela do uczniów, co sprawia, iż normy

te stają się „etyką”). Podkreśla się tu też ważność refleksyjności etycznej podstawy w zawodowej świadomości moralnej. W drugim zaś z wyszczególnionych znaczeń etyka medyczna jest modyfikacją etyki zawodowej i jako taka jest rozdziałem w etyce marksistowsko-leninowskiej.

Jeśli chodzi o „deontologię”, to termin ten zaczął żyć w literaturze medycznej jak gdyby swoim „drugim życiem”, a sens jego nie zawsze jest spójny ze znaczeniem przypisywanym mu dawniej i teraz w literaturze filozoficzno-etycznej. W „Wielkiej Encyklopedii Radzieckiej” (tom 7, Moskwa, 1977 r.) określa się deontologię medyczną jako „ogół norm etycznych, obligujących pracowników służby zdrowia przy wykonywaniu ich zawodowych obowiązków”. W medycznych czasopismach jedni autorzy rozumieją „deontologię medyczną” jako naukę o obowiązku zawodowym medyków, to jest traktują ją jako część składową etyki medycznej. Inni zaś pojmują deontologię znacznie szerzej: jako całą sferę powinności w medycynie, włączając w nią etykę medyczną, prawo medyczne i ogół problemów aksjologicznych medycyny. Niektórzy wreszcie autorzy proponują zastąpić pojęcie etyki medycznej pojęciem deontologii, jako współcześnie bardziej rozpowszechnionym. Zwłaszcza ten ostatni pogląd warto poddać krytyce, przyjmując go bowiem traci się możliwość podejmowania badań nad moralnością zawodową medyków na gruncie zasad i kategorii etyki marksistowsko-leninowskiej.

W wyjaśnieniu tego zagadnienia pewnej pomocy może dostarczyć, jak sądzimy, sięgnięcie do tekstów autorów-lekarzy — cieszących się największym autorytetem: N. Pietrowa: Zagadnienia deontologii chirurgicznej, Leningrad 1956 r.; A. Bilibina: O postawie i zachowaniu leczącego lekarza (w książce: Pierwsza ogólnoradziecka konferencja poświęcona problemom deontologii medycznej, Moskwa 1970 r.); N. Błochin: Deontologia w onkologii, Moskwa 1977 r. i innych. W pracach tych, które stały się w istocie praktycznymi przewodnikami w dziedzinie deontologii medycznej, proponujemy zwrócić uwagę nie tylko na definicje, lecz także na całą przedstawioną w nich realną treść przedmiotu deontologii medycznej.

Ma się rozumieć, że wszystkie zawodowe normy moralne (np. „medyk powinien być wyjątkowo schludny”, „medyk powinien odnosić się cierpliwie do osobliwości w zachowaniu się chorych” itd.) wchodzi w zakres pojęcia deontologii medycznej. Tak pojęcia „deontologia medyczna” i „zawodowa moralność medyczna” są w znacznym stopniu tożsame. Ścisłej mówiąc, deontologia w medycynie to moralność zawodowa medyków „w działaniu”. Wybitny radziecki lekarz chorób zakaźnych, członek Akademii Nauk Medycznych ZSRR A. Bilibin określił deontologię medyczną w następujący sposób: „Jest to dusza medycyny i mądrość uprawiania zawodu lekarskiego”. Sądzimy, że ta maksyma wiernie odaje ukierunkowanie prawd deontologicznych ku sprzecznościom żywej praktyki medycznej. Zalecenia deontologiczne formułowane są albo przy

pomocy dobitnych pouczających przykładów zaczerpniętych z praktyki medycznej, albo przy pomocy ogólnych haseł-nakazów moralnych (np. „lekarstwo nie powinno być nigdy gorsze od choroby!”).

Deontologia medyczna — to projekcja wszystkich pojęć etyki lekarskiej na tę bądź inną sytuację w praktyce lekarskiej. Normy i oceny deontologiczne uogólniają w pierwszym rzędzie różne sytuacje kliniczne z punktu widzenia wypełniania przez medyków ich zawodowego obowiązku. Prawdy i zalecenia deontologii medycznej są konkretnymi artikulacjami obowiązku zawodowego na różnych etapach działalności lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników służby zdrowia. Są to zawsze konkretne „formuły”, w których wyrażane są rozstrzygnięcia określonych moralno-etycznych sprzeczności w sferze działalności pracowników służby zdrowia z punktu widzenia ich wierności obowiązkowi zawodowemu. Za takim pojmowaniem deontologii przemawia także etymologia samego terminu.

Normy deontologiczne są zawsze różnorodne, są one bowiem „prawdami stosowanymi”, konkretyzującymi takie nakazy etyczne, jak: „Nie szkódź”, „Strzeż tajemnicy lekarskiej”, „Nie łam zasad kolegalności”.

Nieprzypadkowo pod względem swojej treści deontologia medyczna „rozgałęzia się”, zgodnie z podziałem pracy w medycynie na deontologię onkologiczną, deontologię psychiatryczną itp., z drugiej zaś strony na deontologię organizatorów służby zdrowia, deontologię średniego personelu medycznego itp. Tak więc, deontologia w medycynie stanowi konkretyzację etyki medycznej dostosowaną do profilu różnych specjalności medycznych, do różnych etapów działalności medycznej, a także do różnych ogniw pracy medycznej.

O intensywności prac badawczych nad etycznymi i deontologicznymi problemami w medycznej i filozoficznej literaturze radzieckiej świadczy chociażby fakt, że w informatorze bibliograficznym z zakresu etyki i deontologii medycznej wydawanym przez Centralną Państwową Naukową Bibliotekę Medyczną ZSRR, liczba radzieckich publikacji w latach 1980—1981 wyniosła około 400 tytułów. Są to w pierwszym rzędzie prace uogólniające empiryczne deontologiczne doświadczenie lekarzy (znacznie rzadziej — pielęgniarek). Tym bardziej aktualne staje się zadanie opracowania całościowego podręcznika etyki medycznej, a zwłaszcza systematycznego przeanalizowania obecności zasad i kategorii etyki marksistowskiej w moralności zawodowej medyków.

Prawdziwym źródłem moralności zawodowej pracowników służby zdrowia jest pojęcie humanizmu, nie przypadkowo bowiem działalność medyków uważana jest za wzorzec służby ideałom humanizmu. Humanizm medyczny określał prawa zachowania się lekarzy na długo przed pojawieniem się samego terminu „humanizm”, który jak wiadomo pojawił się dopiero w epoce Odrodzenia. W analizie historii i różnych aspektów

humanizmu etycznego ważną heurystyczną rolę odgrywa metodologiczna zasada jedności klasowych i ogólnoludzkich podstaw moralności.

Humanizm medyczny stanowi wspólny fenomen w ludzkiej kulturze. Normy regulujące stosunek lekarzy do chorych i stosunki między samymi lekarzami, sformułowane w sławnej „Przysiędze Hipokratesa” prawie 2500 lat temu, w większej swojej części nie zestarzały się do tej pory. Świadczy to dobitnie właśnie o ogólnoludzkiej treści etyki medycznej i humanizmu medycznego. Błędny jednakże jest pogląd, wedle którego humanizm medyczny cechuje w zasadzie charakter ponadhistoryczny. Krytykując z pozycji marksistowskiego historyzmu elementy ograniczności klasowej w poglądach etycznych Hipokratesa, radzieccy badacze, J. Lisycyn i I. Kosariew, wskazują: „apelację do mitologii, odmowę wykonywania skomplikowanych operacji z powodu obawy utracenia dobrej reputacji, absolutyzację zasady „Nie szkódź”... nie akceptowanie sztucznych poronień, zbyt szerokie pojmowanie tajemnicy lekarskiej”.

Historia narodzin socjalistycznej służby zdrowia ostatecznie obaliła iluzję o ponadhistoryczności i ponadklasowości humanizmu medycznego. Kiedy po Rewolucji Październikowej kierownictwo „Towarzystwa lekarzy rosyjskich im. N. Pirogowa” zajęło reakcyjne, antyradzieckie stanowisko, wystąpiwszy przeciwko państwowym zasadom socjalistycznej służby zdrowia, konflikt dotyczył właśnie zasad humanizmu medycznego. Dotyczyło to nie tylko stosunku „lekarz — chory”, lecz także stosunku „lekarz — społeczeństwo”. Lekarze, którzy nie zaakceptowali rewolucji socjalistycznej, nie zrozumieli, że powstanie bezpłatnej, ogólnie dostępnej, opartej na państwowych zasadach organizacyjnych opieki lekarskiej, stanowi w socjaliźmie jakościową zmianę i poszerzenie społeczno-historycznych granic humanizmu medycznego.

Zatrzymajmy się na takich kategoriach etyki marksistowskiej jak „obowiązek”, „sumienie”, a także na pojęciu „tajemnicy lekarskiej” oraz etyczno-deontologicznych aspektach pojęcia „błędu lekarskiego”. Jak ujmuje ich sens radziecka literatura z zakresu etyki medycznej w ostatnich latach?

Wśród cech wyróżniających moralność pracowników służby zdrowia zawsze podkreślana była rola wierności obowiązkowi i poświęcenia. W tym świetle na uwagę zasługuje fakt zwiększonej zachorowalności pracowników służby zdrowia na poszczepienne zapalenie wątroby (przekazywane głównie przez krew i jej preparaty). Wirusowe zapalenie wątroby typu B wykrywane jest u medyków 5—6 razy częściej, niż u innych pacjentów. Świadczy to o masowym poświęceniu naszych lekarzy, pielęgniarek, laborantów i pracowników przemysłu farmaceutycznego.

Dobrze pamiętając o heroicznej stronie zawodu medycznego w przeszłości (doświadczenia z samozarażaniem się lekarzy chorobami zakaź-

nymi itd.), często niekiedy nie umiemy właściwie docenić pracy lekarzy, felczerów pogotowia ratunkowego (ich zmiana trwa całą dobę!), czy też wysiłku chirurgów (niektóre ich operacje trwają 10—12 godzin).

Musimy wreszcie ciągle pamiętać o tym, że życie i zdrowie pracowników służby zdrowia może być narażone na niebezpieczeństwa w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych, o czym dobitnie świadczy wyżej podana informacja o zachorowalności na poszczepienne zapalenie wątroby. Prawdopodobnie można doszukiwać się winy środków masowej komunikacji w tym, że medycy, pracując w tak wysokiej „strefie ryzyka”, nie zawsze otrzymują od społeczeństwa odpowiednią moralną satysfakcję. Autorytet medycyny opiera się na wielu czynnikach, ale ciągle przypomnienie o najważniejszym z nich (humanizm zawodu, głęboko szlachetny charakter pracy medyków) nie jest czymś zbędnym w warunkach dzisiejszego „umasowienia” zawodu medycznego i obstrzonych wymagań społeczeństwa wobec jakości pomocy medycznej.

Od czasów wielkiego chirurga rosyjskiego N. Pirogowa, za test sumienia lekarza uważa się jego stosunek do własnych zawodowych błędów. Za błąd lekarski w szerokim sensie tego słowa uważa się każdy przejaw niedopatrzenia zawodowego w pracy lekarzy. W wąskim zaś sensie, za błąd lekarski uważa się, wedle określenia członka ANM ZSRR I. Dawydowskiego, „błąd bona fide” lekarza, dlatego też błędy lekarskie nie są sądownie karalne.

Pojęcie błędu lekarskiego jest ciekawe także z gnoseologicznego punktu widzenia, ponieważ badanie przyczyn i rodzajów błędów lekarskich zajmuje centralne miejsce w analizie procesu diagnostycznego, traktowanego jako specyficznego rodzaju proces poznawczy. „Błąd lekarski” jest jednocześnie jedną z najważniejszych moralno-etycznych kategorii w myśleniu zawodowym lekarza. Morałny rygorizm i pryncypialność ujawnia się w postawie lekarza już w samym podejściu do określenia granic pojęcia „błąd lekarski” (w wąskim sensie); przecież od tego zależy, czy lekarz czuje się odpowiedzialny za niekorzystny wynik leczenia, czy też nie. Interpretując pojęcie „błąd lekarski” bardziej szeroko (często nie trudząc się o logicznie ścisłą definicję tego pojęcia), lekarz tym samym osłabia swoją postawę zawodowo-etyczną. „Za błędem lekarskim kryją się nieraz niedopatrzenia w rozpoznaniu choroby podstawowej i towarzyszących jej zachorowań, niedocnienie stopnia ryzyka chirurgicznego, czy też zbyt późna ingerencja chirurgiczna”.

Interesującą kwestią jest także stosunek do błędów lekarskich ze strony pozostałych grup ludności. Chorzy i ich krewni skłonni są wyolbrzymiać winę lekarzy w przypadkach niekorzystnego przebiegu choroby. W stosunku do medycyny ujawnia się ten sam paradoks, który Hegel odnotował w związku z filozofią: ludzie zbyt często uważają siebie za specjalistów w tych dziedzinach, nie mając do tego wystarczających podstaw.

Zależność przyczynowa między niekorzystnymi wynikami leczenia i działaniami lekarza absolutnie nie wystarcza do ustalenia winy lekarzy za to, co się zdarzyło. W szczególności, pośród niekorzystnych rezultatów leczenia trzeba wyodrębnić „nieszczęśliwe przypadki”, w których lekarz w żaden sposób nie może przewidzieć nieszczęścia.

Przykład: operując w trudnych warunkach, chirurg nie zauważa nietypowo zlokalizowanego pnia nerwowego i uszkadza go. Jest rzeczą zrozumiałą, że pracownicy zwykle uważają „sprawy lekarskie” (śledztwo i sądowe rozstrzygnięcie w sprawach o odpowiedzialności pracowników medycznych za niekorzystne wyniki leczenia) za wyjątkowo trudne.

Członek-korespondent ANM ZSRR A. Gromow przedstawia następujące dane statystyczne. W r. 1979 — 89% wszystkich „spraw lekarskich” w ZSRR zostało zakończonych na etapie wstępnego śledztwa i do wokandy sądowej nie dotarło, w 3,5% przypadków oskarżeni zostali uniewinnieni i tylko w 7,5% przypadków zapadły wyroki. Inaczej mówiąc, około 93% „spraw lekarskich” nie spełniło warunków „przestępstwa”. Fakt ten może stać się lekcją deontologiczną dla samych lekarzy, którzy w pracy z chorymi i ich rodzinami winni podchodzić bardziej odpowiedzialnie do informacji o rokowaniu i o przebiegu choroby.

W ostatnich latach w literaturze radzieckiej coraz większą uwagę poświęca się zagadnieniu tajemnicy lekarskiej. Ochrona tajemnicy medycznej jest obowiązkiem lekarzy, niezależnie od tego, czy chorzy proszą ich o nieujawnianie jakichś informacji, czy nie. Zachowanie tajemnicy lekarskiej rozciąga się także na zmarłych chorych. Głęboki, prawdziwie moralny sens nakazu zachowania tajemnicy lekarskiej polega na tym, że pracownik służby zdrowia dochowując wierności nakazom etyki zawodowej winien bronić czci i honoru, a także autonomii życia wewnętrznego chorego, który mu zaufa.

Z etycznego punktu widzenia szczególnie interesujące jest praktykowanie przez lekarzy tzw. „kłamstwa dla dobra chorego”, kiedy to lekarz ukrywa prawdę, albo nie mówi całej prawdy, lub mówi świadomie nieprawdę, kierując się pragnieniem zachowania spokoju, obrony psychiki chorego i jego życiowych potrzeb. „Kłamstwo dla dobra chorego” jest etycznie usprawiedliwione pod warunkiem, że nie wyrządza się tym samym szkody społeczeństwu lub osobom trzecim. W jakimś stopniu „kłamstwem dla dobra chorego” posługuje się wielu lekarzy — psychiatrzy, ginekolodzy, dermatolodzy i inni, np. wypisując w karcie chorego rozpoznanie mniej traumatyczne dla chorego. Do „kłamstwa dla dobra chorego” ucieka się także lekarz-urazowiec, nie mówiąc choremu znajdującemu się w ciężkim stanie w wyniku wypadku samochodowego o śmierci jego bliskich w tej katastrofie.

Najczęściej jednak „kłamstwo dla dobra chorego” stosowane jest wobec cierpiących na schorzenia onkologiczne. W takich wypadkach prawda

o rozpoznaniu (zgodnie z dawną, liczącą już tysiąclecia tradycją medyczną) nie jest choremu udostępniana.

W ostatnich latach, w związku z postępami onkologii zaznaczyła się tendencja do ujawniania treści niektórych onkologicznych diagnoz. Te nowe (warto zauważyć, że bardzo ostrożnie wprowadzane) etyczno-deontologiczne regulacje w obrębie onkologii, tzn. nawet tylko częściowa rezygnacja ze stosowania „kłamstwa dla dobra chorego” w przypadkach złośliwych nowotworów, które współcześnie leczy się pomyślnie, uzasadniane są przez lekarzy wyłącznie względami klinicznymi (chodzi o ułatwienie skłonienia chorych do regularnych kontroli profilaktycznych itp.).

Jednocześnie jednak lekarz i pacjent unikają konfliktów moralno-etycznych, które pojawiają się nieuchronnie przy stosowaniu „kłamstwa dla dobra chorego”. Taktyka jego stosowania wymaga od lekarza wyjątkowych umiejętności. Chorzy starają się często powtórnie sprawdzić otrzymywane informacje o chorobie, wypytujac innych lekarzy (konsultantów) lub pielęgniarki. Dlatego też taktyka stosowania „kłamstwa dla dobra chorego” wymaga zgrania w kolektywie medycznym, wymaga — można powiedzieć — jednolitej reżyserii. Jednak gdy w tym „systemie kłamstwa” pojawi się niedopatrzenie, „kłamstwo dla dobra chorego” staje się nierzadko w oczach chorego po prostu kłamstwem.

Chory czuje się wtedy nie tylko dotknięty moralnie (nadużyte bowiem zostało jego zaufanie), lecz naraz zostaje on w sytuacji „sam na sam” ze swoim straszliwym rozpoznaniem. Wiadomość uzyskana od lekarzy byłaby dla chorego bardziej do przyjęcia. Podrywa się w taki sposób zaufanie chorego do lekarza i do medycyny. Swoim sceptycyzmem w stosunku do medycyny taki chory może „zarazić” także innych chorych.

„Kłamstwo dla dobra chorego” w niektórych sytuacjach (zwłaszcza w onkologii) jest bez wątpienia usprawiedliwione i podyktowane względami humanistycznymi. Nie należy jednak zapominać, że posługiwanie się nim tworzy sytuacje, w których dobro blisko sąsiaduje ze złem. Analizując to pojęcie lekarze na plan pierwszy wysuwają szlachetny cel i kłamstwo określają mianem „świętego”. Nie należy jednak zapominać o środkach prowadzących do tego celu, tj. o „kłamstwie”.

Jak już wspomniano wyżej, szczególnie wiele publikacji poświęcono w literaturze radzieckiej etyczno-deontologicznym aspektom poszczególnych dyscyplin klinicznych. Do najciekawszych należą prace deontologiczne pediatrów, ftyzjatrów, chirurgów, specjalistów z zakresu chorób zawodowych i onkologów. Zatrzymamy się nad niektórymi aktualnymi etyczno-deontologicznymi zagadnieniami psychiatrii oraz reanimacji.

Przestrzeganie nakazu zachowania tajemnicy lekarskiej w psychiatrii zakłada nieraz rozstrzygnięcie wyjątkowo złożonych kwestii moralnych. Lekarz-psychiatra nierzadko staje się posiadaczem tajemnic, których chory nie ujawnia nawet swoim najbliższym. Lekarza winna w takich sytuacjach cechować „higiena moralna”, winien on umieć oprzeć się

zainteresowaniu otoczenia (lepiej powiedzieć: ciekawości otoczenia) „nie-normalnością”, „obłądem”, dlatego, że plotki i puste rozmowy nigdy nie liczą się z ludzką godnością.

Trudne do rozwiązania sytuacje moralno-etyczne powstają w psychiatrii, kiedy ujawnienie diagnozy wiąże się z naruszeniem dobra osób trzecich. Od tego, jak lekarz-psychiatra stosuje „kłamstwo dla dobra chorego”, na ile pełną informację o chorobie swego pacjenta udziela on narzeczonej lub żonie, częstokroć zależy los projektowanego małżeństwa lub rozwodu.

Wybór dokonany przez lekarza jest moralnie niełatwy w sytuacjach, w których od jego rady zależy planowanie dziecka w rodzinie, w której chociażby jeden z małżonków cierpi na chorobę umysłową. Rozstrzygając podobne problemy, a także kwestie, w których chodzi o wybór lub zmianę zawodu, psychiatra staje się naczelną instancją doradczą. Z punktu widzenia deontologa, psychiatra nie powinien kategorycznie dyktować radykalnych zmian w życiu socjalnym chorego.

Generalnie można stwierdzić, że w psychiatrii napotykamy cały splot moralnych i etycznych problemów, które — jak można wnioskować choćby na podstawie spuścizny S. Korsakowa — znajdowały się w polu widzenia klasyków tej klinicznej dyscypliny i które zachowują swoją aktualność do dzisiaj. Kiedy psychiatra podejmuje decyzje dotyczące obłąkanego bez jego zgody lub wbrew jego życzeniom, kiedy realizowana jest przymusowa hospitalizacja lub przymusowe leczenie obłąkanego, to w każdej takiej sytuacji lekarz staje wobec problemów etycznych i moralnych. S. Korsakow np. szczegółowo analizuje etyczne aspekty wymuszonego zastosowania przemocy przy hospitalizacji obłąkanego i dopuszczalności okłamywania chorego w takich sytuacjach.

Te stronicę jego „Kursu psychiatrii” są ciekawe dla lekarza nie jako bezdyskusyjne dyrektywy praktyczne, lecz jako wzorzec głębokiej, wszechstronnej i mądrej oceny fizycznego przymusu, ale także i kłamstwa i fałszu, jako zła moralnego. Ostateczna jego rada brzmi następująco: „Jeśli przy tym (tj. przy hospitalizacji — G. C. i A. I.) trzeba posługiwać się przemocą, jest to jednak coś lepszego niż oszustwo. Oszustwo jest bowiem bezwarunkowo szkodliwe, zwłaszcza w przypadkach chorych, którzy zachowali świadomość i krytycyzm”.

Etyce zawodowej lekarzy-psychiatrów nie są obce pewne specyficzne humanistyczne subtelności. Należy do nich w pierwszym rzędzie głęboka miłość do obłąkanych, oddanie ich sprawie, traktowanie ich — do pewnych granic — jako dzieci. Wiodącym motywem etycznym w postawie zawodowej prawdziwego lekarza-psychiatry jest szacunek dla godności ludzkiej obłąkanego.

Osobliwości problematyki etycznej w psychiatrii tłumaczą się tym, że w decyzjach i działaniach psychiatry (jak i każdego lekarza) obowiązko-

wo powinno uwzględniać się „dobrą wolę” (mówiąc językiem Kanta) chorego, która jednak z powodu choroby nie zawsze bywa rozumiana. Jeszcze bardziej wyraźnie zarysowały się etyczne (i prawnicze) zagadnienia w całkiem młodej dyscyplinie medycznej — reanimacji. Jest to zrozumiałe, ponieważ lekarz podejmuje tutaj decyzje i działa dosłownie w strefie granicznej między życiem i śmiercią. Pojęcia naukowe wprowadzone przez reanimację — śmierć kliniczna”, „śmierć mózgu” i inne są bardzo ciekawe z filozoficznego punktu widzenia.

gicznego statusu śmierci. Zrodził się jakgdyby medyczny wariant zagad-

W pojęciu śmierci klinicznej ujawnił się filozoficzny problem antologicznego statusu śmierci. Zrodził się jak gdyby medyczny wariant zagadnienia — „W jakim sensie można uznać śmierć za istniejącą”? Filozofia wyjaśnia fenomen śmierci w powiązaniu z całościowym obrazem budowy świata. Śmierć jako filozoficzna kategoria wyraża uniwersalny charakter postrzegania świata, charakterystyczny dla światopoglądu człowieka, jest szczegółową dyscypliną medyczną. Problem istotny śmierci jest w niej postawiony następująco: jaką treść przedmiotowo-skończoną zawiera zjawisko zwane śmiercią? Śmierć jest formą przejścia od żywego do martwego. Uzasadnienia naukowego i praktycznego potwierdzenia słuszności tej dialektyko-materialistycznej prawdy dostarcza właśnie reanimacja. Można powiedzieć, że jeśli śmierć w ścisłym sensie tego słowa istnieje, to właśnie jako śmierć kliniczna. Jest to ten rodzaj istnienia, który w języku marksistowskiej dialektyki nazywany bywa skokiem, to jest przejściem jednej jakości w drugą.

Przedsięwzięcia medyków w zakresie reanimacji chorego, znajdującego się w stanie śmierci klinicznej, nie są błyskawiczne. Przez jakiś czas przebieg czynności fizjologicznych w ustroju podtrzymywany jest działaniami anestezjologa. W niektórych przypadkach w wyniku długotrwałej reanimacji rozwija się jakgdyby stan pośredni, nazywany najczęściej „śmiercią mózgu”. Można powiedzieć, że zagadnienie śmierci mózgu stało się najdonioślejszym problemem filozoficznym i moralno-etycznym problemem w medycynie w ciągu dwudziestu lat. Rozstrzygając problem antologiczny (jakościowa określoność, istota przedmiotu, zwanego „śmiercią mózgu”) lekarze i prawnicy zmuszeni byli rozwiązywać zagadnienie aksjologiczne: uznając człowieka za żywego w tym stanie, należy kontynuować reanimację, uznając go za martwego, należy odłączyć aparaturę do sztucznego oddychania. Kryteria śmierci mózgu, określone w reanimacji jeszcze na przełomie lat 60 i 70, są ciągle precyzowane i pogłębiane. Złożoność zagadnienia śmierci mózgu polega na tym, że zastosowanie kryteriów śmierci mózgu do każdego przypadku winno wykluczać najmniejszą możliwość omyłki.

Ale nawet jeśli uznamy, że sam ten stan określany jest bezbłędnie, pozostanie nierozstrzygnięte zagadnienie równoznaczności (lub nierówno-

znaczności) śmierci osobnika ludzkiego i śmierci jego mózgu. Zagadnienie to związane jest z problemem stosunku tego, co biologiczne, do tego, co socjalne w człowieku. Niektórzy uzasadniają praktykę lekarską odłączania aparatury do sztucznego oddychania w przypadkach nastąpienia śmierci mózgu, odwołując się do faktu utracenia jakichkolwiek możliwości odtworzenia osobowości ludzkiej. Jest to słuszne, ale jest to argumentacja niewystarczająca. Mając na względzie nierozdzielną triadę „człowiek — osobowość — jednostka” zauważmy, że w przypadku śmierci mózgu proces letalnego rozpadu zaszedł głębiej, zniknęła bowiem sama biologiczna podstawa egzystencji człowieka jako osobowości. Stan śmierci mózgu, nawet w sensie biologicznym, to już nie samodzielne i suwerenne życie ludzkiego organizmu — jest to po prostu życie sztuczne.

Jeśli zgodzimy się z powyższą argumentacją, to do pracy oddziałów reanimacyjnych należy wprowadzić nowe kryterium śmierci biologicznej — „śmierć mózgu”. Jednakże w każdym przypadku rozpoznanie śmierci mózgu należy przeprowadzać *lege artis*, to znaczy tak samo bezbłędnie i z taką samą oczywistością, z jaką były sformułowane te kryteria w praktyce naukowej na całym świecie. Postęp naukowy nie ztraca tutaj swojej istoty humanistycznej, ponieważ właśnie nauka określa granicę, poza którą kontynuowanie reanimacji jest pozbawione perspektyw i tym samym bezsensowne. W taki więc sposób nauka pozwala lekarzowi nie wchodzić w kolizję z bezsporną na razie prawdą, że śmierć czeka nieuchronnie każdego człowieka.

W ostatnim okresie w literaturze radzieckiej znalazły swoje odbicie także problemy stosunku lekarza do eutanazji, deontologiczne aspekty jego zachowania się przy łóżku umierającego chorego, a także umierającego dziecka. Niektórzy autorzy zagraniczni uważają za rzecz możliwą mówić nieuleczalnie choremu dziecku prawdę o śmierci (całą lub częściową, zależnie od wieku). Zgodnie z tym stanowiskiem dzieciom w wieku od 6 do 14 lat można powiedzieć tyle — ile oni sami sobie zażyczą, młodociani zaś, jak i dorośli, mają prawo znać całą prawdę o swojej chorobie i o jej rokowaniu. Stosunek lekarzy radzieckich (S. Doleckij, Ł. Durnow) do tej kwestii jest następujący: dziecko jest takim samym chorym jak i inni i w żadnej grupie wiekowej nie należy informować dzieci o szybkim letalnym finale ich choroby. Nie należy w żadnym wypadku zmieniać stosunku do dziecka w przededniu śmierci (np. odwiedzać go rzadziej na sali itp.). Oddzielnym problemem etyczno-deontologicznym jest dla lekarza stosunek do matki umierającego dziecka. W wielu wypadkach do ostatniego momentu nie należy pozbawiać jej nadziei.

W ostatnich latach w literaturze zagranicznej coraz szerzej dyskutowane jest zagadnienie eutanazji, zagadnienie „prawa do śmierci”. Ankiety sondujące stosunek do eutanazji są przeprowadzane w różnych gru-

pach chorych, a także w różnych grupach społecznych. Zagraniczni autorzy odróżniają aktywną (pozytywną) eutanazję, która zakłada celowe działania medyka, przyspieszające śmierć nieuleczalnie chorego, oraz eutanazję bierną (negatywną), rozumianą jako zaniechanie aktywnych działań (często bardzo kosztownych) mających na celu przedłużenie życia umierającemu. W jednej z północnoamerykańskich klinik przestudiowano dokumentację 40 przypadków śmierci z powodu złośliwych nowotworów. Okazało się, że w 28 przypadkach stwierdzono praktyczne stosowanie negatywnej eutanazji.

Nie ulega wątpliwości, że problemy dotyczące umierających chorych są realne i ważne. Ich aktualność we współczesnej medycynie zwiększyła się. Ale czy eutanazja jest nadającym się do PRZYJĘCIA, DOPUSZCZALNYM I HUMANISTYCZNYM rozstrzygnięciem tych problemów?

Jeśli ograniczyć się tylko do eutanazji negatywnej, to od razu rzuca się w oczy sprzeczność: z jednej strony, tego typu praktyka jest praktycznie stosowana przez wielu zagranicznych lekarzy, z drugiej zaś — naukowo-teoretyczne uzasadnienie i moralno-etyczne usprawiedliwienie takiego postępowania jest nadal niedostateczne.

Odnosnie eutanazji aktywnej można zauważyć, że jej zwolenników w zagranicznej literaturze jest znacznie mniej. Wśród przesłanek filozoficznych tego stanowiska warto zwrócić uwagę na absolutyzację ludzkiej osobowości. Logika rozumiana jest tu przykładowo biorąc następująco: jeśli umierający w stanie pełnej świadomości człowiek decyduje się dobrowolnie przyspieszyć swoją śmierć, to eutanazja aktywna winna być usprawiedliwiona ze względu na szacunek do wolności wyboru, ze względu na wartość samej wolności ludzkiej. Takie stanowisko przedstawiane jest jako realistyczny pogląd na śmierć, który powinien wyprzeć „neurotyczny stosunek do śmierci”. Lekarze odrzucający eutanazję oskarżani są o bezsensowne okrucieństwo, o to, że w sposób zaślepieni i dogmatyczny wierzą w ideę świętości życia ludzkiego.

Wedle stanowiska radzieckich lekarzy i filozofów, eutanazja aktywna jest niemoralna i niedopuszczalna. Jest ona wprost zabroniona przez „Przysięgę Hipokratesa” („Nikomu nie dam wypraszanego u mnie środka śmiertelnego, ani też nie pokażę drogi do realizacji podobnego zamiaru”). Nie zatrzymując się szczegółowo na argumentacji czysto medycznej (nieokreśloność pojęcia „beznadziejnie chory, umierający” i związanych z tym niebezpieczeństw błędów diagnostycznych itp.), zwrócimy jedynie uwagę na to, że wprowadzenie eutanazji wpłynęłoby demoralizująco, jatrogennie na duże grupy chorych, demoralizowałoby też personel medyczny! zmniejszając przy tym jego potencjał moralno-wolitionalny.

Życie zawiera w sobie mnóstwo sprzeczności i nic dziwnego, że śmierć

człowieka okazuje się ich szczególnym splotem. Eutanazja nie może tych sprzeczności rozwiązać, jest jedynie **rozwiązaniem pozornym**. Nie jest to zgodne ani z dialektyką, ani z humanizmem lekarskim. Jeśli nawet doszukiwać się jakiegoś pozytywnego sensu w narastających w zagranicznej literaturze dyskusjach nad problematyką eutanazji, można jedynie powiedzieć, że dyskusje te sprzyjają wyostrzeniu uwagi medycyny naukowej i prawdziwie humanitarnych lekarzy wobec problemów umierającego człowieka. Eutanazja winna być traktowana jako kapitulacja medycyny. Jej alternatywą jest korzystanie z osiągnięć współczesnej medycyny naukowej i niesienie pomocy umierającemu człowiekowi.

Ernst LUTHER

ETYKA W MEDYCYNIE — WYNIKI, POGLĄDY I ZADANIA W NRD *

„III Kollokwium Sommerfeldzkie”, które odbyło się we wrześniu r. 1983 w Berlinie i podsumowało pracę w dziedzinie etyki w medycynie, jest wyrazem wysokiego zainteresowania tym tematem pośród dużej ilości znaczących imprez w Roku Karola Marksa 1983. Świadczy ono o dużym zainteresowaniu społecznym, wychodzącym naprzeciw ukształtowaniu socjalistycznego ethosu zawodowego w służbie zdrowia i w międzydyscyplinarnej pracy teoretycznej w dziedzinie etyki w medycynie.

Na konferencji naukowej „Znaczenie nauki Marksa dla rozwoju socjalistycznej ochrony zdrowia” minister zdrowia NRD, prof. dr Mecklinger powiedział: „Jako nierozdzielny element światopoglądu klasy robotniczej stanowi etyka marksistowsko-leninowska teoretyczny fundament wartości i norm pracy lekarskiej. Przyswojenie jej i stosowanie jest ważnym warunkiem dla zaistnienia jedności socjalistycznego myślenia i działania”.

Rozwój współpracy lekarzy i filozofów w zakresie rozwiązywania problemów etycznych w medycynie jest przekonywającym dowodem żywotności nauki Marksa. Historię tej współpracy od Marksa i Engelsa aż do naszych dni trzeba jeszcze napisać. Zwrócenie uwagi na tych, na których wynikach możemy się dzisiaj opierać, wydaje się nam nie tylko dlatego konieczne, że winni jesteśmy podziękowanie poprzednim generacjom, lecz także dlatego, że nie pozostajemy w tyle za osiągnięciami już pozycjami.

W okresie od 1945 r. do połowy lat sześćdziesiątych stworzono przez decydujące ekonomiczne i polityczne przemiany pod przewodnictwem partii marksistowsko-leninowskiej najważniejsze warunki dla ethosu pracowników służby zdrowia i służb specjalnych.

Likwidacja faszystów i jego korzeni, stworzenie silnej więzi klasy ro-

* Tekst tłumaczył S. Jończyk

botniczej z myślącą humanistycznie inteligencją medyczną oraz rozwój nowej inteligencji, wywodzącej się z klasy robotniczej, doprowadziły do zasadniczo nowego stosunku lekarz — społeczeństwo.

Dzięki tak znaczącym publikacjom, jak „Lekarz w społeczeństwie socjalistycznym”, wykładom z etyki na Uniwersytecie Karola Marksa, konferencji „Lekarz i filozofia”, jak też dzięki sympozjum Akademii Nauk na temat oświecenia i obowiązku dochowania tajemnicy lekarza, filozofowie i prawnicy mieli swój udział w objaśnianiu klasowego charakteru moralności, istoty socjalistycznego humanizmu oraz zalet socjalistycznej pracy zespołowej.

W okresie tym istniał bardzo duży sceptycyzm wobec ethosu zawodowego, z uwagi na doświadczenia z burżuazyjną ideologią stanową, ponieważ nie przestała ona jeszcze aktywnie oddziaływać. Nasze wyobrażenia o moralności socjalistycznej były nierzadko wyidealizowane.

W okresie do połowy lat siedemdziesiątych szczególną rolę zaczęły odgrywać problemy rewolucji naukowo-technicznej, które niezwykle ożywiły zainteresowanie moralnością i etyką. Wymieńmy tu tylko sympozjum „Socjalizm, rewolucja naukowo-techniczna i medycyny”, Konferencję Leninowską z r. 1970 i Kollokwia w Kuhlungsborn.

Dzięki opracowaniu i stosowaniu decydujących ustaw pogłębiono socjalistyczny charakter stosunków społecznych lekarz — społeczeństwo, lekarz — pacjent, lekarz — koledzy. Rozpoczęto opracowywać konkretne normy moralne (przysięgi) oraz włączać je w kształcenie studentów. W okresie tym specyfika socjalistycznego ethosu zawodowego nie ulegała już kwestii. Przez długi jednak czas przeważał iluzoryczny obraz wspólnoty ludzkiej oraz wiara w to, że 10 zasad moralności i etyki socjalistycznej zmieni świadomość.

Tendencje moralizujące zostały wyparte przez orientacje VIII i IX zjazdu partii (wspomnieć należy zwłaszcza o programowych dyskusjach na temat sposobu życia i moralności).

W międzyczasie marksizm-leninizm stał się w całym kraju wiodącą ideologią. Socjalistyczna praca, nauka i życie mają długą tradycję w socjalistycznym współzawodnictwie. Rozmyślanie nad zaletami i wartościami socjalizmu zmusza do krytycznej analizy osiągnięć poszczególnych jednostek. Wzmacnia ono zwracanie uwagi na czynnik subiektywny, na odpowiedzialność ponoszoną przez każdego za zapewnienie wysokiej jakości pracy medycznej.

Przez konkretną organizację pracy międzydyscyplinarnej wzrosła aktywność. Takie jednostki jak Rada Pomocnicza d/s Medycyny i Społeczeństwa, zespół roboczy d/s etyki przy Akademii Podyplomowego Kształcenia Lekarzy NRD, grupa robocza d/s etyki w badaniach medycznych przy Radzie Nauk Medycznych oraz grupa robocza d/s filozoficznych i naukowo-teoretycznych problemów medycyny przy Radzie Koordynacyjnej towarzystw medyczno-naukowych NRD, które istnieją do-

piero od stosunkowo krótkiego czasu, działają aktywnie przez publikacje, zalecenia dla kadry kierowniczej itp.

W kształceniu przed- i podyplomowym posiadamy ustalone plany tematyczne, cieszące się dużym zainteresowaniem.

A przecież nie ma żadnego powodu do samozadowolenia. Albowiem od r. 1966, od Sympozjum nt. obowiązku wyjaśnienia i dochowywania tajemnicy, nie odbyło się żadne posiedzenie Akademii Nauk poświęcone specyficznym obowiązkom lekarskim. Podczas gdy w ZSRR przeprowadzono już 3 ogólnokrajowe konferencje nt. problemów deontologii i etyki medycznej, my w NRD nie przeprowadziliśmy dotychczas ani jednej podobnej konferencji ogólnokrajowej. I nie ma właściwie materiałów szkoleniowych dla szkół wyższych i wyższych szkół zawodowych. W rozwoju kadrowym robimy dopiero pierwsze kroki i nie jesteśmy w stanie spełnić wielu jeszcze wymagań.

Ważnym warunkiem dla każdego dalszego postępu jest porozumienie co do zasadniczych pozycji treściowych. W tym celu uczestnikom 3 kolokwium w Sommerfeld przedstawiono tezy, o których opinie przedstawię poniżej.

Jeden z ważnych aktualnych problemów dyskusyjnych dotyczy dalszego kształtowania socjalistycznej treści zawodowego ethosu kadry medycznej. Ethos zawodowy zawiera oczywiście ogólnoludzkie i specyficznie zawodowe treści moralne. Dotyczy to np. reguł ludzkiego współżycia, ukształtowanych przez ludzi w tysiące lat liczącym moralnym rozwoju społeczeństwa i właściwym różnym klasom. W podręczniku „Etyka marksistowsko-leninowska”. A. Titarenko określa je mianem złotego funduszu kultury obyczajów, bez którego w ogóle nie do pomyślenia jest egzystencja społeczeństwa.

Rozwój takich cech moralnych jak współczucie, takt, szczerłość, skromność należy do zadań wychowania komunistycznego. Dotyczy to również wszystkich postępowych doświadczeń i ideałów, powstałych w rozwoju klasowym, jak np. wyobrażenie honoru człowieka bez względu na jego pochodzenie i pozycję społeczną. Również taka specyficzna dla tego zawodu norma jak „Nie powinienesz szkodzić!” jest nieodłączną częścią składową socjalistycznego ethosu zawodowego.

Moralność przyjmuje rolę aktywizującą nie wyłącznie jako przekazywanie norm i ideałów, lecz przez konkretny praktyczno-duchowy proces zawłaszczania światem przy pomocy poglądów obyczajowych, wartościowań i połączonych z nimi czynów. I tu obowiązuje ważne przeświadczenie F. Engelsa, „że ludzie, świadomie czy nie, czerpią swoje zapatrywania obyczajowe w ostatniej instancji z praktycznych stosunków, które stanowią podstawę ich sytuacji klasowej, w których produkują i wymieniają”.

Dla naszych rozważań powinny wynikać stąd trzy wnioski: **Po pierwsze**, punktem wyjścia realnej oceny rozwoju moralnego jest fakt, że rozwijające się obecnie poglądy obyczajowe z ich zaletami i słabościami

wynikają w końcu z historycznego stopnia dojrzałości socjalistycznych stosunków ekonomicznych, który osiągamy w latach osiemdziesiątych, a który z kolei jest źródłem nowych warunków stawianych moralnej świadomości i zachowaniu. Jest to istotne źródło stopnia zgodności interesów społecznych i osobistych, lecz także możliwych różnic i konfliktów. Nie biorąc pod uwagę znaczenia tego źródła dla rozwoju potrzeb, popada się w moralizowanie.

Problemy etyczne, które nie mogły jeszcze mieć takich obiektywnych rozmiarów w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych, dotyczą zadań służby zdrowia i służb socjalnych, łączących się ze strategią ekonomiczną, a wymagających nowych sposobów myślenia i działania. I tak intensyfikacja w dziedzinie służby zdrowia oraz zapewnienie efektywności funduszy wymagają nowych rozważań o stosunku nakładów do korzyści, środków i celu. Rozwinięcie porównań dokonań stanowi bodziec dla badania źródeł motywacji i wyników.

Aby osiągnąć oczekiwaną skuteczność, należy zalety socjalizmu w pełni wykorzystać celem zapewnienia jedności efektywności i humanitaryzmu.

Po drugie, wynika stąd duże znaczenie właściwej oceny i ustalenia wartości rzeczywiście osiągniętego stopnia dojrzałości. Dla wielu obywateli naszego kraju znaczące zdobycze i zalety socjalizmu, jak bezpieczeństwo socjalne, prawo do pracy, wypoczynku i ochrony zdrowia, stały się tak dalece oczywiste, że są przez nich niedoceniane, a oni sami zachowują się wobec nich obojętnie lub nawet antyspołecznie. Z uwagi na to, że poglądy obyczajowe są zawsze poglądami wartościującymi, decydujące znaczenie dla ukształtowania socjalistycznej treści ethosu zawodowego ma osobista identyfikacja z wartościami socjalizmu. Ze sformułowanego przez KC NSPJ w tezach na Rok Karola Marksa 1983 przeświadczenia, że wraz z realnym socjalizmem powstało społeczeństwo, którego polityka i praktyka społeczna, ideologia, kultura i moralność są najdojrzalszym wyrazem humanistycznych wyobrażeń i dążeń ludzkości w naszej epoce, wynika konieczność uformowania osobistej orientacji wartościowej i postawy prowadzącej do uczynienia wszystkiego dla tego realnego socjalizmu z własnej potrzeby i wewnętrznego przekonania. Dlatego też na nowym etapie występują na różny sposób pytania o stosunek polityki i moralności. Dla nas ethos nie jest dopasowaniem się do katalogu norm, lecz osobistym i przekonaniem i postawą, jest źródłem siły przy rozwiązywaniu zadań, a nie tylko przepisem. Socjalistyczny ethos zawodowy lekarzy i pielęgniarek jest nierozzerwalnie związany z wiodącymi problemami moralnymi naszych czasów, z możliwościami i chęcią zapewnienia pokoju, ochrony socjalistycznej ojczyzny, z myśleniem kategoriami gospodarki uspołecznionej, ze wszystkimi podstawowymi problemami naszego socjalistycznego sposobu życia.

Po trzecie, w kształtowaniu ethosu socjalistycznego w medycynie po-

maga wzmocnienie duchowej walki z burżuazyjnymi poglądami moralnymi i teoriami etycznymi.

W dotychczasowych dyskusjach dotyczących etyki w medycynie wskazuje się często na to, że badania i publikacje ciągle w niewystarczającym stopniu zajmują się tzw. „problemami dnia codziennego”. Właściwie nie da się temu zaprzeczyć.

Pojęcie „dzień powszedni” rozumiemy nie jako przypadki wyjątkowe lub „sytuacje graniczne”, lecz jako moralne wymogi i decyzje, występujące ciągle przede wszystkim w opiece podstawowej, lecz także w opiece specjalistycznej i obejmujące dużą liczbę pracowników oraz pacjentów.

W przypadku dnia powszedniego nie ma miejsca dla sensacyjności. Jednakże problemy dnia powszedniego w zawodzie lekarskim nie są dlatego wcale mniej palące w aspekcie ich moralnego znaczenia. Zasadniczym problemem dnia powszedniego jest stosunek lekarz-pacjent. Pojęcie „stosunek lekarz-pacjent” stosujemy tu jako model bezpośredniego stosunku opiekuńczego, w który włącza się również pielęgniarki oraz innych pracowników. Ten stosunek lekarz-pacjent zawiera zasadniczo nowe aspekty, zarówno ilościowe, jak też jakościowe.

Pierwszy z nich wynika z dużej liczby bezpośrednich, indywidualnych kontaktów społecznych, ze wszystkimi ich wymaganiami i trudnościami. Tylko w ambulatoryjnej medycznej opiece społecznej udziela się rocznie ok. 150 milionów porad (włącznie z wizytami domowymi). Do tego doliczyć trzeba prawie 30 mln konsultacji stomatologicznych. Opieką stacjonarną objętych jest wg statystyk ok. 2,3 mln pacjentów, leczonych w szpitalach.

Ten podstawowy problem został już sformułowany przez prof. Mecklingera: „Intensyfikacja w ochronie zdrowia nie oznacza zyskania na czasie dzięki opiece medycznej, lecz zyskanie czasu dla opieki nad pacjentem. Wynika stąd konieczność wszechstronnego zbadania źródeł lepszego stosunku lekarz-pacjent oraz przyczyn błędów. Jednocześnie jasne jest, że w centrum uwagi znajduje się jako wymóg moralny wyjście pacjentowi naprzeciw. Czy wymaganie to jest wyrazem obawy przed zaistniałym już powstaniem przepaści?”.

Dyskusja na ten temat ma zasięg międzynarodowy. U nas przedstawia się ona jako moralny problem odpowiedzialności, zaufania, prawdziwości, zadowolenia. W ostatnim okresie omawia się ten problem pod hasłem „compliance” lub „zachowanie terapeutyczne”.

Stan rzeczy jest taki, że postęp naukowo-techniczny zmienił istotne treści pracy w opiece medycznej. Zgodnie ze stosunkami społecznymi, z całym systemem opieki medycznej, zmieniają się możliwości i potrzeba informacji i komunikacji w stosunku lekarz — pacjent, potrzeba współdziałania i współodpowiedzialności w zachowywaniu i przywracaniu zdrowia. Po badaniach socjologicznych, które wykryły różnorodne sprzeczności w postawach i sposobach zachowań, istnieje teraz wiele modeli.

Zarówno badania socjologiczne, jak też analizy danych oraz eksperytyzy lekarskie wskazują, że mimo ekonomicznie, moralnie i prawnie korzystniejszych sytuacji wyjściowych w porównaniu z krajami kapitalistycznymi liczba konfliktów w stosunku lekarz — pacjent jest jeszcze dość duża. Żądanie silniejszego zwrotu w stronę pacjenta, wynikające z cech indywidualnych, ale nie zatrzymujące się na indywidualnych przemyśleniach etycznych, niesie ze sobą konieczność odtworzenia zmiany treści odpowiedzialności moralnej, dzisiejszej treści stanu poznania i stopnia oddziaływania informacji i prawdy, jak również istoty prawdziwości przy dzisiejszych możliwościach. Zajmijmy się tylko dwoma głównymi warunkami zaistnienia odpowiedzialności moralnej. Po pierwsze: wraz z wielkością wpływu na przedmiot odpowiedzialności rośnie lub maleje rozmiar odpowiedzialności, to znaczy, że im większa jest możliwość oddziaływania (np. metody inwazyjne), tym większy rozmiar odpowiedzialności. Po drugie: wraz ze zdolnością podmiotu rośnie lub maleje rozmiar odpowiedzialności, to znaczy, że im kto więcej posiada znajomości rzeczy, wglądu i zdolności, tym większych możliwości oddziaływania można się po nim spodziewać.

Lekarze nierzadko skłonni są redukować znajomość rzeczy, wgląd i zdolności w odniesieniu do siebie i do pacjentów, wyłącznie do wiedzy medycznej. Chodzi jednak o coś więcej. Chodzi o wartości priorytetowe, które nawet przy ustaleniu, co jest „właściwe” a co „niewłaściwe”, mogą określać dane działanie. Problem medyczny jest skomplikowany już choćby z powodu koniecznej znajomości rzeczy i doświadczenia, które musi mieć lekarz i pielęgniarka, aby doprowadzić pacjenta do właściwego zachowania terapeutycznego. Postawienie problemu z punktu widzenia etyki nie może się jednak właśnie dlatego ograniczyć do staranności, dokładności, surowości itd. To można byłoby nawet wytrenować.

W procesie wychowawczym nie można zrezygnować z wypracowania uzasadnionej naukowo, humanistycznej orientacji wartości, odpowiadającej zmienionym warunkom.

Sposób myślenia lekarza, skierowany wyłącznie na to, by powiedzieć pacjentów, co z punktu widzenia naukowej medycyny jest właściwe, a co nie, a nie skierowany na wyobrażenia wartościowe pacjenta o zdrowiu i chorobie, sensie życia itd., nie może spowodować u tego ostatniego przejęcia odpowiedzialności za jego własne zdrowie. Problem polega jednak właśnie na tym, że dojrzała możliwość i konieczność uzmysłowienia obywatelowi potrzeby przejęcia odpowiedzialności za jego własne zdrowie. Aby cel ten osiągnąć, musi on sobie zdać sprawę, że zmianie ulec muszą nie tylko wiadomości i zdolności, lecz także nastawienie i postawy, oczekiwania i oceny. Krótko mówiąc, chodzi tu o wszechstronny proces wychowania i samowychowania nie tylko pracowników służby zdrowia, lecz całego społeczeństwa. Ważnym aspektem jest tutaj wychowanie, które również nie może się ograniczać do informacji, co jest

„właściwe” a co nie, lecz musi połączyć odpowiedzialność z informacją fachową.

Zmieniona przez nowe wymagania i możliwości treść odpowiedzialności zdrowotnej społeczeństwa i każdego obywatela pociąga za sobą zasadnicze konsekwencje dla strategicznego miejsca na skali wartości, zajmowanego w społeczeństwie socjalistycznym przez profilaktykę. Ten kompleks problemów, który w żadne sposób nie może zostać objęty modelem stosunku lekarz — pacjent, nie był dotychczas prawie wcale badany przez etykę.

Znaczący wkład medyczno-filozoficzny Szczepina, Caregorodcewa i Erochina w metodologiczną analizę zasady profilaktyki wskazuje, że odnosi się to nie tylko do etyki. Autorzy polemizują z tendencją ujmowania profilaktyki tylko jako zasady biernie obronnej, a nie jako czynnie konstruktywnej, a więc z tendencją zainteresowania tylko obroną przed chorobami, a nie rezerwami dla kształtowania zdrowia, abstrahowanie w sposób romantyczno-iluzoryczny od istniejących obiektywnie warunków, a nie realnej oceny możliwości, lecz także niemożności społeczeństwa.

Na Konferencji Naukowej d/s Zdrowia w Roku Karola Marksa 1983 S. M. Raport określił „połączenie obiektywności ze zwrotem w stronę jednostki” mianem „węzłowego problemu dla efektywnie działających, humanistycznych lekarzy-naukowców”, który należy pogłębić mianem „odmówienia uspołecznionemu człowiekowi zdolności chronienia jakości życia i zdrowia oraz rozwiązywania problemów, z którymi styka się ludzkość”.

Nie ulega kwestii, że etyka marksistowsko-leninowska weźmie udział dzięki swoim specyficznym możliwościom w zadaniu kształtowania odpowiedzialności za zdrowie.

Gdy chodzi o poglądy dotyczące etyki w medycynie, to dyskutuje się przy tym również o kompetencjach medyków i filozofów oraz o ewentualnych zadaniach. Jednakże jest aż nazbyt zrozumiałe, że lekarze poszukiwać będą konkretnych rzeczowych rozwiązań, a filozofowie — orientacji umożliwiających uogólnienia. Wszak występujące od czasu do czasu poglądy, że tylko medyk lub tylko filozof mogą jako osoby kompetentne mówić o etyce w medycynie, są mało owocne, ponieważ praktyka wykazała, że coraz więcej lekarzy u nas znakomicie zna i umie zastosować światopogląd i filozofię klasy robotniczej oraz etykę marksistowsko-leninowską. Problem ten nie dotyczy wyłącznie osób — o ile przyswoiły sobie wiadomości naukowe — lecz również stanu rzeczy i jego teoretycznego odbicia.

Należałoby to może również zróżnicować pod względem pojęciowym. Praca medyczna wymaga światopoglądowych, etycznych podstaw. Konieczna jest do tego filozofia marksistowsko-leninowska, a zwłaszcza etyka. Przyswojenie jej i stosowanie jest zadaniem koniecznym dla całej

kadry medycznej. Dlatego mówimy o etyce w medycynie. W procesie współpracy medyków i filozofów rozwija się zasób wyników badań naukowych, metod, ocen, dotyczących rzeczowych decyzji. W tym miejscu należałoby raczej mówić o etyce medycznej. Wiedza ta nie ma wyłącznie charakteru filozoficznego i można ją porównać z takimi dyscyplinami jak psychologia medyczna lub historia medycyny. W dalszej dyskusji zwrócić należy uwagę również na doświadczenia płynące ze współpracy medycyny i socjologii.

W literaturze szeroko rozpowszechnione jest również pojęcie „etyka lekarska”. O ile chodzi o etykę jako teorię, a nie o ethos lekarski jako specyficzną świadomość i zachowanie moralne, uważamy pojęcie „etyka lekarska” za zbyt wąskie. Istotne jest tu nie zawężenie pojęcia tylko do grupy lekarzy (bo tu może być ono rozumiane jako modelowe), lecz fakt wyrażania przez nie wyłącznie normatywnego aspektu etyki, skierowanego na działania poszczególnych osób.

Analityczno-deskryptywny aspekt etyki, obejmujący tworzenie teorii w medycynie, który stał się bardzo aktualny w wyniku postępu naukowo-technicznego, nie znajduje odbicia w pojęciu „etyka lekarska”.

Podobnie krytycznie jesteśmy nastawieni do stosowanego w wielu krajach pojęcia „deontologia medyczna”. Rozpowszechnianie oraz przekazywanie (lub wychowywanie dla) decydujących obowiązków zawodowych jest bez wątpienia zadaniem ważnym i koniecznym. Jednakże również pojęcie „deontologii medycznej” skłania się ku niedopuszczalnemu zawężeniu moralności do norm.

A więc pojęcia „etyka w medycynie” i „etyka medyczna” lepiej odpowiadają nowo stawianym dojrzałym zadaniom.

Chociaż widzimy we współpracy filozofów i medyków wiele pozytywnych wyników, musimy przyznać, że w zakresie etyki w medycynie stawiamy dopiero pierwsze kroki. Bezsposornie istnieją możliwości wnieśienia przez pogłębioną współpracę odczuwalnego wkładu w rozwój osobowości oraz wyższą jakość pracy medycznej. Celem pełnego wykorzystania tych możliwości należy — moim zdaniem — rozwiązać w trybie pilnym przede wszystkim następujące zadania:

1. Zespołowa praca w dziedzinie etyki w medycynie wymaga solidnej i trwałej bazy. Warunkiem tego jest sensowna koordynacja całej zainteresowanej kadry, skoncentrowanie potencjału badawczego oraz ambitne postawienie zadań, sięgających lat dziewięćdziesiątych.
2. Należałoby poddać dokładnej analizie wyniki krytycznej dyskusji z 3 kollokwium w Sommerfeld na temat wyników, poglądów i zadań w zakresie etyki w medycynie, celem opracowania w NRD dobrej publikacji o etyce w medycynie.
3. W latach przyszłych należałoby przeprowadzić ambitne naukowe spotkanie dotyczące problemów etycznych w medycynie. Przy tym trze-

- ba rozszerzyć współpracę z ZRSR i innymi bratnimi krajami socjalistycznymi.
4. Podobnie jak w ZSRR, należałoby opracować w medycznych towarzystwach naukowych fachowe analizy dotyczące szczególnych obowiązków zawodowych.
 5. Należałoby przez Ministerstwo Szkolnictwa Wyższego i Wyższego Szkolnictwa Zawodowego oraz Ministerstwo Zdrowia zbadać, jakie materiały nauczania i studialne trzeba opracować na najbliższe lata dla kształcenia, kształcenia podyplomowego i permanentnego.

Halina MAŚLIŃSKA

PROBLEMATYKA ETHOSU I ETYKI ZAWODOWEJ SPOŁECZNOŚCI MEDYCZNEJ W PRL

Uwagi wstępne

Prezentację stanu i rozwoju myśli etycznej towarzyszącej procesowi przemian w ethosie społeczności medyków w niełatwych warunkach tworzenia po II wojnie światowej podstaw ustroju socjalistycznego w naszym kraju poprzedzić należy kilku uwagami wstępnymi:

Pierwsze — to odnotowanie, że podjętą problematykę przedstawiamy w roku, w którym mija 40 lat od czasu objęcia mecenatu nad ochroną takich wartości, jak ochrona zdrowia jednostki i społeczeństwa przez klasę robotniczą, jej partię i państwo, gdy — użyjmy tego zwrotu — nastąpiło spotkanie dwóch humanizmów: humanizmu lekarskiego i tradycji liczącej około 2 tysiące lat i humanizmu socjalistycznego, gdy powstały naturalne przesłanki do ich zespolenia i wzajemnego wzbogacenia. Sprzyja to niewątpliwie pogłębionej refleksji i syntetycznemu ujęciu głównych kierunków przemian świadomości zarówno poszczególnych członków, jak i całej grupy zawodowej.

Druga — dotyczy konstatacji ewidentnego faktu, że społeczność ta nie jest bynajmniej jednolita, nie tylko dlatego, że grupuje coraz liczniejsze specjalności, np. lekarza-terapeuty, lekarza-profilaktyka, lekarza-diagnostyka, lekarza-organizatora służby zdrowia i nie tylko dlatego, że humanitarne zadania swego zawodu — jak to celnie określa profesor Bogusz — zawodu „szczególnego społecznego zaufania” realizuje, kierując się różnymi inspiracjami światopoglądowymi (etyka marksistowska, etyka religijna, etyka niezależna racjonalisty Tadeusza Kotarbińskiego itp.), ale i dlatego, że do tej licznej grupy zawodowej stanowiącej integralną część całego społeczeństwa, docierają nie tylko idee socjalizmu, ale i kultury mieszczańskiej, mentalności drobnomieszczańskiej. Wszystkie problemy, z jakimi borykamy się w ciągu ostatnich lat w makroskali, załamują się swoiście w środowisku medyków. Tak np. sygnalizowane przez kierownika Zakładu Teorii Medycyny Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego dr Ewę Kujawę zjawisko niepokojące, że wśród uczestników kursów (kierowników terenowych i zakładów ośrodków zdrowia) powstały nastroje demobilizacji i całkowitej bierności wobec występu-

jących trudności, jest odpowiednikiem występującego w całym społeczeństwie, podtrzymywanego przez przeciwników politycznych, odsuwania się od zaangażowania w przezwyciężaniu aktualnych trudności społeczno-gospodarczych. Zaistniało — słowami dr Ewy Kujawy — swoiste „totalne” rozgrzeszenie a priori swoich postaw obiektywnymi, faktycznie istniejącymi trudnościami, niedostatkami, niedoinwestowaniem służby zdrowia. Wszelkie próby pobudzenia krytycznej samooceny etycznej przyjmowane są nazbyt często jako „bezpłodne moralizowanie”. Ten sam problem sygnalizuje Tadeusz Brzeziński w niedawno wydanej pracy, poświęconej zawodowej etyce i deontologii lekarskiej, pisząc: „Wiele ze spostrzeganych niedostatków służby zdrowia można by uniknąć, gdyby zamiast biernego utyskiwania społeczność lekarska wzięła się do ich poprawy”¹.

Trzecia wstępna uwaga — poprzedzająca zasygnalizowanie głównych problemów, dotyczących ethosu i etyki lekarskiej — to przypomnienie we wrześniu 1980 r. przez ministra Szlachowskiego, że „prawo człowieka do życia w zdrowiu” znalazło wyraz w gwarancjach konstytucyjnych naszego socjalistycznego państwa, że tematyka ochrony zdrowia znalazła się w rozważaniach i uchwałach IX Nadzwyczajnego Zjazdu PZPR, Kongresów ZSL i SD i centralnych ogniw PRON-u; nawet w sytuacji szczególnie dramatycznej dla naszego państwa, kiedy chodziło o ratowanie bytu narodowego, prezes Rady Ministrów, gen. Wojciech Jaruzelski, w swoim exposé w lutym 1981 r. podniósł sprawy zdrowia, nadając im w pracach rządu najwyższą rangę. Wśród 10 najważniejszych problemów do rozwiązania znalazły się też zagadnienia ochrony zdrowia, ochrony tej wartości, o realizację której walczyły postępowe ruchy społeczne, w tym socjaliści i komuniści.

Podstawowe pojęcia

Zawarte w tytule i występujące w opracowaniu terminy bynajmniej nie są przez wszystkich autorów jednoznacznie określone.

1. Zaczniemy od pojęcia **ethosu**. Dominuje tendencja do używania tego terminu jako pewnego stylu życia społeczności, jako orientacji pewnej kultury, przyjętej przez nią hierarchii wartości. „Ethos” jest terminem, który — jak podaje Maria Ossowska² „stосуje się do grup, a nie do indywidualuów”. Tak też rozumiany jest u nas ethos lekarski.

2. Pojęcie **deontologii lekarskiej** najogólniej oznacza zbiór nakazów i zakazów powstałych w środowisku lekarskim, których przestrzeganie reguluje — w odróżnieniu od prawa — indywidualne sumienie lekarza. Łączy się z tym odpowiedzialność indywidualna medyków. Na ogół do sfery deontologii zalicza się przysięgi lekarskie, kodeksy deontologiczne i dokumenty określające stanowiska, czyli zbiory ogólnych norm postępowania oraz oceny formułowane na podstawie tych norm.

¹ Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej, pod red. Tadeusza Kiełanowskiego, PZWL 1980, s. 19.

² Por. M. Ossowska, Ethos rycerski i jego odmiany, PWN, Warszawa 1973, s. 7.

Obecnie, u nas w Polsce termin ten znacznie poszerzył zakres, co widoczne jest w zasadach etyczno-deontologicznych zawierających obok zasad postępowania lekarza wobec chorego zasady postępowania lekarza w służbie zdrowia (jako instytucji i organizacji), stosunek lekarza wobec nauk medycznych, zasady postępowania lekarza wobec innych lekarzy oraz zasady postępowania lekarza wobec innych pracowników służby zdrowia.

Etyka zawodowa medyków — stanowi jak gdyby podbudowanie filozoficzne i aksjologiczne powinności lekarza zawartych zarówno w kodeksach i innych dokumentach deontologicznych, jak i w funkcjonujących i propagowanych wzorach osobowych. Słusznie podkreśla się zależność tej etyki profesjonalnej od etyki ogólnej. Nie jest to jednak — wydaje się — zależność jednostronna, jak sądzą niektórzy, bowiem etyka lekarska nie jest tylko przełożeniem na język profesjonalny etyki ogólnej. Sprzeciw wobec takiego jednostronnego ujęcia relacji między etyką ogólną a zawodową, naszym, zdaniem, jest szczególnie zasadny właśnie w zawodzie lekarskim. Mają rację ci, którzy podkreślają, iż humanitarne zasady ujęte w kodeksy poprzedzała humanitarna praktyka pomocy cierpiącym. Podobnie zasada egalitaryzmu wysuwana w późniejszych programach medyków społecznie postępowych, wywodzi się przeciw z hipokratejskiego nakazu równego traktowania chorych. Do etyki profesjonalnej zalicza się również propagowane wzory osobowe, chociaż niektórzy, jak np. A. Tulczyński, włączają je do przedmiotu **deontologii**, widząc w tym różnicę między deontologią a prawem, które „formuluje dyspozycje postępowania, a nie wzory”.

Poza wymienionymi w tytule i zawartymi w opracowaniu terminami *ethos*, deontologia, etyka zawodowa warto zasygnalizować najbardziej rozpowszechnione stosowanie pojęcia „etyka”. Przez etykę mianowicie rozumie się dyscyplinę teoretyczną z dwoma podstawowymi działami: etyki normatywnej (często wyodrębnia się w niej trzy wątki: felicytologia, perfekcjonizm i etyka społeczna) i etyki opisowej z jej poddziałami: socjologii moralności, psychologii moralności i metaetyki. Wyjaśnianie i rozwiązywanie problemów związanych z tymi terminami jest u nas znacznie zróżnicowane w zależności od zaplecza światopoglądowego. Podejmując tę samą problematykę uzyskuje się inną odpowiedź, jeśli autorem wysuniętego zagadnienia jest pozytywista, człowiek religijny, inaczej zgoła marksista.

Można stwierdzić, że w ciągu 40 lat mimo okresowych perturbacji, wiodącą myślą czerpaną z inspiracji marksistowskiej filozofii i humanizmu socjalistycznego było utrzymanie partnerskiego dialogu przy wspólnej trosce i działaniu w ochronie istniejących i tworzeniu nowych wartości w naszej kulturze. Widoczne to jest w interesujących nas zjawiskach *ethosu* medyków i etyki zawodowej. Wykażmy to na jednym przykładzie. Niezmiernie ważne jest wyrobienie poczucia odpowiedzialności

za to, by sprawy drugorzędne (co nie znaczy, że mało ważne) wynikające z różnych inspiracji światopoglądowych nie dominowały nad podstawowym problemem medycyny — walki z cierpieniem, zapewnienia zdrowia jednostki i całego społeczeństwa, ochrony środowiska, stwarzania warunków rozwoju fizycznego i psychicznego człowieka.

To poczucie konieczności integracji działań w makro- i mikroskali nie jest przecież utopijną mrzonką, lecz jest silnie zakorzenione w naszej historii.

Odwołajmy się chociażby do francuskiego myśliciela Diderota, który w Wielkiej Encyklopedii pisał:

„Naród polski brał bardzo mały udział we wszystkich wojnach religijnych, nękających Europę w XVI i XVII wieku. Nie wyhodował w swym łonie ani spisku prochowego, ani Nocy św. Bartłomieja, ani mordu senatorów, ani królobójstwa; nie zbroił braci przeciw braciom; jest to kraj, gdzie spalono najmniej ludzi za to, że się pomylili w dogmacie”.

Oдноśnie samej medycyny marksiści u nas przy poszukiwaniach narodzin postawy nowożytnego lekarza słusznie wskazują światopoglądową emancypację medycyny i kształtowanie się sylwetki moralnej lekarza XVIII i XIX wieku, którym towarzyszyła filozoficzna krytyka światopoglądu religijnego. Stopniowa laicyzacja medycyny (o którą obecnie zabiegają marksiści i ogólnie racjoniści) nie wprowadziła perturbacji wewnątrz społeczności medycznej. Ważne to oparcie i optymistyczne prognozowanie dla nas. Zagrożenie ogólnocywilizacyjne, technicyzacja medycyny, coraz bardziej niebezpieczne zagrożenie ekologiczne rozszerzają płaszczyznę wspólnego naszego działania z ludźmi wierzącymi, co nie oznacza, powtórzmy to raz jeszcze, że nie nurtują marksistów wątpliwości w sprawie stanowiska etyki chrześcijańskiej w różnych kwestiach (np. przeciwstawianie konieczności indywidualnego podejścia do chorego w uspołecznionej medycynie lub przerywania ciąży)³.

Omówienie wszystkich problemów absorbujących teoretyków i pedagogów zajmujących się etyką i deontologią lekarską przekracza możliwości skrótowego szkicu. Zaznaczymy, że i ilość ośrodków obcujących na co dzień z problematyką deontologiczną jest wcale niemała. Są to wszystkie akademie medyczne, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Polskie Towarzystwo Lekarskie i inne profesjonalne towarzystwa naukowe. Podejmowana przez nie problematyka nie zrodziła się również dopiero dziś: pierwszą rozprawę na temat etyki i deontologii lekarskiej mamy na przełomie XVIII i XIX wieku. Była to rozprawa Rafała Józefa Czerwiakowskiego (1743—1816): „Dysertacja o szlachetności, potrzebie i użyciu chirurgii w pożytku ludzkim, w wojsku, przy pługach i nauce lekarskiej”, wydana w Krakowie w r. 1791. Wśród dalszych znaczących

³ Patrz szerzej na ten temat: St. Kalman „Etyka lekarska w klamrach teologii dogmatycznej”, Wyd. COM SNP, 1984.

pozycji warto wymienić rozprawę Ludwika Bierkowskiego „O ważności stanowiska umiejętności i sztuki lekarskiej w społeczeństwie, tudzież o powołaniu lekarza” z r. 1851, pracę Władysława Biegańskiego (1857—1917): „Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej” z r. 1899.

Kontynuowali ich myśl etyczną tacy znawcy i twórcy etyki i deontologii lekarskiej, jak: Władysław Szenajch, Marcin Kacprzak, Tadeusz Kielanowski, Tadeusz Koszarowski, Edward Drescher, Aleksander Tulczyński, Józef Bogusz, autor skryptu dla lekarzy: „Zasady etyki zawodowej lekarza”.

Z nazwiskiem ostatnio wymienionego prof. Józefa Bogusza wiąże się będące zasadnie przedmiotem satysfakcji i dumy polskiego świata lekarskiego wydanie obowiązującego od r. 1978 dokumentu „Zbiór Zasad Etyczno-Deontologicznych polskiego lekarza”, którego pierwsza wersja zatwierdzona była już w 1967 r. i wydana w 1968 r. również w języku angielskim i rosyjskim (był to pierwszy tego rodzaju dokument w krajach demokracji ludowej)⁴ — o czym mowa była wyżej.

Należy szczególnie podkreślić, że zasady te, których znajomość i zobowiązanie ich przestrzegania przez lekarzy jest postulowane przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nie stanowią zestawu sztywnych, zamkniętych zasad, lecz tworzą punkt wyjścia dla właściwej pracy nad podnoszeniem moralnej postawy pracowników służby zdrowia, oraz dla dyskusji w gronie reprezentantów zawodu nad najbardziej aktualnymi problemami etycznymi wynikającymi z postępu nauk medycznych. Przykładowo przy omawianiu obowiązków lekarza wobec najcięższych przypadków prof. Bogusz tak interpretuje właściwe stanowisko naszego lekarza:

„...Czy istnieją takie okoliczności, w których mógłby dla lekarza odpaść obowiązek utrzymywania życia? Czy w obliczu prawa obowiązek utrzymywania życia przez lekarza może ulec zmianie w oparciu o eutanazję pomyślaną jako dobrodziejstwo?

Naprzód należy jasno ustalić, czy wolno lekarzowi skrócić życie człowiekowi zbliżającemu się do śmierci przez czynne działanie, np. przez podanie nadmiernej dawki morfiny, jeśli miałyby to choremu oszczędzić cierpień?

Należy temu zdecydowanie zaprzeczyć. Skrócenie życia umierającemu jest z punktu widzenia prawnego — zabójstwem. Można sobie tutaj oczywiście łatwo wyobrazić, że odmówienie zastosowania ostatecznej iniekcji kojącej może stać się dla lekarza trudniejsze, aniżeli dopomożenie umierającemu w przejściu na drugą stronę. Prawo nie może jednak tym się kierować. Bo gdyby ustawodawca lege constituta przyznał lekarzowi prawo skracania życia, a więc prawo zabijania chorego, choćby nawet tylko w krańcowych przypadkach, wówczas musiałoby niechybnie ulec zniwe-

⁴ Patrz Józef Bogusz, „Zasady Etyki Zawodu Lekarza”, Warszawa 1983 r., s. 4 — przewodniczący komisji deontologicznej PTL.

czeniu zaufanie do lekarzy. Albowiem nie mógłby chory na poważną chorobę spokojnie i z ufnością spoglądać na zbliżającego się do jego łóżka lekarza bez budzącego się niepokojącego pytania, czy lekarz zbliża się jako ten, kto ratuje, czy jako ten, kto zabija? Zbyt wielkie byłyby nadto obawy błędnych ocen, nadużyć, czy nawet zachwiania podstawowych pojęć etycznych. Nigdy zatem nie powinna i nie może chyba nastąpić legalizacja czynnej eutanazji.

Nasz kodeks karny w artykule 150 stanowi: „Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 5”. W tym sformułowaniu zawarta jest jednocześnie definicja śmierci eutanatycznej. Eutanazja jest więc karalna, choć jest to tzw. przestępstwo uprzywilejowane, *delictum sui generis*, zagrożone mniejszą karą.

Podobne zasady prawne muszą dotyczyć eutanazji przez zaniechanie stosowania sposobów przedłużających życie, czyli tzw. eutanazji biernej. Tam, gdzie zaniechanie, a więc nieprzeciwdziałanie śmierci równałoby się śmierci przez czynne działanie, a więc tam, gdzie zaniechana czynność mogła być odwrócić niepomysłny wynik, tam musiałyby się zaniechanie osądzać wedle tych samych zasad, co czynne działanie. Twierdzenie, że nie należy ratować chorego, bo i tak umrze, byłoby równoznaczne z kwestionowaniem w ogólności sensowności leczenia. Umrzeć musi każdy, więc zrezygnować z leczenia w ogólności?

Zadaniem lekarza jest leczyć i utrzymywać człowieka przy życiu. Nie może być celem i zadaniem lekarza skracanie życia i zadawanie śmierci. W przypadkach nieuleczalnie chorych, którzy bardzo cierpią — chodzi tu głównie o chorych na raka z przerzutami, choć i tu zaznacza się w ostatnich latach postęp — jest obowiązkiem lekarza stosować środki kojące, uśmierzające ból. U niektórych chorych zachodzi konieczność stosowania coraz wyższych dawek środków narkotycznych. A gdy nadejdzie agonia, może nie być celowe przedłużanie aktu umierania. I to jest jedyny wyjątek, i to należy pozostawić sumieniu świątłych, doświadczonych lekarzy. Nie ma to jednak nic wspólnego ani z eutanazją czynną, ani z eutanazją bierną”.

Problemy dyskutowane

W podobny sposób na licznych konferencjach, dyskusjach panelowych i seminariach dyskutowane są problemy absorbujące ogólnoswiatową opinię medyków i nie tylko medyków, jak np. problemy eugeniki (pozytywnej i negatywnej), podejmowane przez czołowych etyków marksistów (np. prof. Fritzhand) i lekarzy (prof. Wald).

Podejmowane problemy etyczne związane z zagrożeniem ekologicznym daleko wykraczają poza teoretyczne rozważania wiążąc się z konkretnymi działaniami naszych naukowców w ratowaniu naturalnego środowiska. Czołową postacią jest znany naukowiec prof. Julian Aleksandrowicz.

Mimo naturalnej fascynacji postępem nauk medycznych umożliwiającymi ratowanie dawniej nieuchronnie skazanych na śmierć i podejmowania w związku z tym problemów etycznych (np. związanych z wyborem wśród wielu oczekujących np. na sztuczną nerkę), istnieje zdrowy naszym zdaniem nurt doskonalenia medycyny „dnia codziennego”. Słusznie bowiem nieżyjący już prof. A. Kępiński pisał, iż medycyna wzbudzając podziw swymi osiągnięciami „jednocześnie rozczarowuje swoją niemocą wobec błahych, ale nieraz bardzo przykrych dolegliwości”.

Innym zgoła problemem jest naturalny proces wykraczania podejmowanych problemów poza środowisko medyczne i szukanie wspólnych rozwiązań przez medyków i humanistów.

Próby takiego współdziałania podejmowali skutecznie filozofowie i etycy oraz medycy PAN-u z inicjatywy czasopisma „Etyka”. Tematem tych konferencji były np.: „Etyczne aspekty transplantacji serca” (Etyka nr 4/1969), „Etyka a problemy zdrowia i rehabilitacji (Etyka nr 14/1975).

Na szczególną uwagę zasługują organizowane przez Towarzystwo Krzewienia Kultury Świeckiej przy współdziałaniu Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej pod kierownictwem prof. Tadeusza Kielanowskiego — począwszy od maja r. 1976 — krajowe konferencje lekarzy różnych specjalności i humanistów: filozofów, etyków, socjologów, psychologów, prawników i pedagogów. Materiały tych sesji wyszły w wydaniu książkowym. Tytuły tych książek informują o tematyce kolejnych sesji. Pierwsza z nich „Człowiek w obliczu śmierci, z uwzględnieniem etyki marksistowskiej, granic i praw reanimacji”, druga — „Człowiek, jego ból, cierpienie i prawo do szczęścia”, trzecia — „Człowiek zabija siebie sam” i czwarta, dotąd ostatnia — „Człowiek stwarza siebie sam”.

Ta współpraca humanistów i lekarzy nie zawsze przebiega harmonijnie, zapewne nie bez winy humanistów. Odczucia lekarzy w tym względzie uzasadniane tym, o czym pisaliśmy poprzednio, wyraził w posłowniu do cennej pracy „Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej”, pod red. Tadeusza Kielanowskiego, prof. Bogdan Kamiński:

„Nie może być przypadkiem, że spośród wielu wybranych zawodów... istnieje w medycynie tak silny i tak ożywczy prąd moralistyki. Nie jest przecież tak, że to prawnicy, filozofowie czy etycy stanowią przepisy dla stanu lekarskiego. W istocie, w całej historii medycyny pojawiają się jednostki, które postępowanie medyczne kodyfikują, mając na celu jego ulepszenie, upowszechnianie najlepszych wzorów i wewnętrzne, środowiskowe zwalczanie postaw niewłaściwych”⁵.

Ważne stąd niewątpliwie wypływają wnioski szczególnie dla marksistów-pedagogów współodpowiedzialnych z nauczycielami medykami za integrację humanizmu lekarskiego z humanizmem socjalistycznym.

⁵ B. Kamiński: Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej, pod red. prof. T. Kielanowskiego, Warszawa 1980, PZWL, s. 168.

A n e k s n r 1

Problematyka etyczno-deontologiczna wykładów i konwersatoriów w systemie kształcenia lekarzy w Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

A. Dla klinicystów (internistów, pediatrów) organizowane przez Studium Medycyny Klinicznej

1. Aktualna treść pojęcia „etyka lekarska”.
2. Podstawy prawno-deontologiczne zawodu lekarskiego.
3. Problemy moralne współczesnej medycyny.

B. Dla szkolonych przez Studium Medycyny Społecznej — dla całej kadry kierowniczej systemu ochrony zdrowia w Polsce: zakres problematyki szerszy uzupełniony problematyką odpowiedzialności zawodowej kadry kierowniczej oraz odpowiedzialności za pracę w zespole.

Przykładowo wymieniona problematyka podejmowana przez coroczny kurs doskonalący „Podstawy prawno-deontologiczne zawodu lekarskiego” — głównie dla rzeczników dobra służby zdrowia i członków Komisji Kontroli Zawodowej z całego kraju:

- Działalność PTL w zakresie kształtowania i popularyzacji zasad etyki zawodowej
- Zadania prawa w kształtowaniu postaw etycznych
- Problemy prawne, związane z przestępstwami wobec życia i zdrowia
- Kodeks deontologiczny a realia pracy lekarza
- Formalno-prawne aspekty udzielania pomocy osobom uzależnionym od środków odurzających
- Ocena istniejącego stanu prawnego w zakresie odpowiedzialności zawodowej
- Konflikt wartości w medycynie
- Odpowiedzialność karna personelu medycznego działającego w zespole
- Stosowanie nowych metod i środków farmakologicznych jako problem etyczny i prawny
- Dobro pacjenta i dobro służby zdrowia w działalności mass-mediów

A n e k s n r 2

Przykładowo wymieniona tematyka konferencji naukowo-dydaktycznych oraz zajęć z deontologii lekarskiej organizowanych przez poszczególne akademie.

1. Akademia Medyczna w Warszawie:

A. Konferencje organizowane przez Zakład Filozofii:

1. Hipokrates wczoraj, dziś, jutro (ogólnokrajowe sympozjum studentów AM) — 1972 r.
2. O socjalistyczny model lekarza i farmaceuty (ogólnokrajowa konferencja pracowników naukowych AM, z udziałem gości zagranicznych). Sympozjum odbyło się w dniach 24—25.XI.1975 w ramach jubileuszowych obchodów XXV-lecia AM w Warszawie.

Trzy podstawowe działy tematyczne:

- światopoglądowy,
- socjalistyczno-deontologiczny,
- pedagogiczny.

B. Tematyka zajęć z deontologii lekarskiej:

- Współczesne akta i dokumenty deontologiczne: „Przyrzeczenie lekarskie”, „Zasady etyczno-deontologiczne polskiego lekarza”, „Stanowisko mieszanej komisji anestezyjologiczno-neurologicznej w sprawie śmierci mózgu i kryteriów śmierci mózgu”, „Deklaracja deontologiczna pracowników zawodów medycznych”.
- Współczesne problemy deontologii lekarskiej. Tanatologia, transplantologia, badania prenatalne, eksperyment w medycynie i jego kategorie. Leczenie terminalne, problematyka bólu przewlekłego.
- Problemy działań na rzecz zdrowia metodami niekonwencjonalnymi, bio-energoterapia itp.

2. Akademia Medyczna w Poznaniu (uczelniane konferencje naukowo-dydaktyczne):

- wrażliwość moralna i osąd etyczny w praktyce lekarskiej i farmaceutycznej
- społeczne determinanty moralnych zachowań i postaw w medycynie
- człowiek jako przedmiot i podmiot medycyny.

3. Akademia Medyczna we Wrocławiu (wykłady):

- postępowanie lekarza a wiedza i sumienie,
- współżycie koleżeńskie,
- stosunek donowoczesnych nauk medycznych.

4. Akademia Medyczna w Białymstoku (konferencje):
- Aspekty humanitarne i etyczne w sprawowaniu opieki nad dzieckiem chorym i w prowadzeniu badań poznawczych.
 - Etyka lekarska a moralność socjalistyczna.

*
* *
*

Ponadto 25.II.84 r. odbyła się konferencja zorganizowana przez Kierownictwo Akademii Medycznej w Warszawie przy współudziale Instytutu Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego, poświęcona etyce lekarskiej.

Referaty:

- Etyka lekarska — prof. St. Kruś (Instytut Biostruktury AM w Warszawie)
- Kodeksy deontologiczne we współczesnym świecie — dr A. Tulczyński (AM w Warszawie, Katedra Nauk Społecznych)

Aneks nr 3

W ramach problemu węzłowego koordynowanego przez IFiS PAN (prof. T. Jaroszewski) przygotowano w Katedrze Nauk Społecznych AM pracę zbiorową pod red. doc. H. Maślińskiej pt. „Ethos lekarski”, w której w dziale poświęconym wzorom osobowym lekarzy w literaturze pięknej i specjalistycznej znajdują się m.in. opracowania przygotowane przez A. Iwaniuskina (Katedra Filozofii Akademii Nauk Medycznych ZSRR kierowana przez prof. G. Caregorodcewa) i A. Schunke (Centrum Doskonalenia Lekarzy w Berlinie NRD).

Znajdują się tu m.in. następujące rozdziały:

- Wartości chronione przez zawód lekarza a uniwersalne wartości w aksjologii marksistowskiej (Zarys problematyki).
- Etyka lekarska w kłamrach teologii dogmatycznej.
- O pojęciu godności w etyce lekarskiej.
- O problematyce medycznej w spuściźnie Lwa Tołstoja,
- Dialektyka ethosu lekarskiego we współczesnej literaturze radzieckiej.
- Wartościujące problemy medycyny w pisarstwie L. Tołstoja;
- Społeczno-kulturowe uwarunkowania wzorów osobowych lekarzy amerykańskich.
- Lekarze o sobie i swoim zawodzie w pamiętnikach i powieściach wydawanych w NRD.

Publikacja ukaże się w r. 1984 nakładem Centralnego Ośrodka Metodycznego Studium Nauk Politycznych.

Aleksander TULCZYŃSKI

WSPÓŁCZESNE PROBLEMY DEONTOLOGII LEKARSKIEJ W ŚWIETLE MIĘDZYNARODOWYCH DOKUMENTÓW WMA

Pierwsze w dziejach ujednoczenie norm deontologii lekarskiej nastąpiło w średniowiecznej Europie. We wszystkich liczących się ośrodkach akademickich, gdzie utworzono fakultet lekarski, obowiązywała modyfikacja przysięgi, zwanej przysięgą Hipokratesa z wprowadzoną inkantacją religijną. Treść norm była prawie dosłownym powtórzeniem tekstu greckiego.

Jako ciekawostkę należy podać wynik ostatnio poczynionych badań dowodzących, iż tekst przysięgi znanej nam pod nazwą hipokratejskiej jest znacznie starszy, pochodzi z Egiptu i według wszelkiego prawdopodobieństwa autorem jego jest Imhotep. Pierwotny przysięg lekarskich ma w świetle przedstawianych faktów blisko 5000 lat.

Współczesnym przełomowym działaniem na skalę międzynarodową jest podjęcie unifikacji norm deontologii lekarskiej przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (WMA) oraz międzynarodowe federacje lub kongresy towarzystw specjalistycznych.

W r. 1948 zostaje wydany pierwszy akt „Deklaracja Genewska”, czyli wzór przysięgi lekarskiej sformułowanej z myślą o krajach podejmujących modyfikację przysięgi obowiązującej lekarzy, jak również z myślą o tych krajach, które po raz pierwszy otwierają mury wyższej uczelni medycznej i nie posiadając rodzimej tradycji mogą się na tym wzorze oprzeć.

W rok później, w r. 1949 w Londynie zostaje zatwierdzony drugi podstawowy akt „Kodeks etyki lekarskiej”, grupujący w sobie najistotniejsze normy elementarne i sytuacyjno-szczegółowe niezbędne przy wykonywaniu zawodu. Jedną z ważniejszych zasad, warunkujących możliwość realizacji postanowień kodeksu jest następująca norma: „Lekarzowi nie wolno zgodzić się na takie warunki pracy, któreby nie respektowały jego zawodowej niezależności”.

Z inicjatywy trzech międzynarodowych organizacji: „Światowego Stowarzyszenia Lekarzy, Międzynarodowego Czerwonego Krzyża oraz Mię-

dzynarodowego Komitetu Lekarzy i Farmaceutów Wojskowych w r. 1957 zostaje ogłoszony „Kodeks etyki medycznej czasu wojny”.

Treść kodeksu jest następująca:

1. Etyka medyczna w czasie wojny jest identyczna jak etyka medyczna w czasie pokoju, sformułowana w Międzynarodowym Kodeksie Etycznym (WMA). Podstawowe obowiązki lekarza są jego powinnością zawodową; wypełnianie tych obowiązków uzależnione jest od własnej świadomości jako najwyższego czynnika przewodniego.
2. Głównym obowiązkiem zawodu lekarza jest ochrona zdrowia i ratowanie życia ludzkiego. Z tego powodu uznany za nieetyczne dla lekarzy jest:
 - a) udzielanie porady lub zastosowanie metody profilaktycznej, diagnostycznej, leczniczej, która nie jest zgodna z interesem pacjenta,
 - b) osłabienie siły fizycznej lub psychicznej istoty ludzkiej bez usprawiedliwienia leczniczego,
 - c) wykonywanie badań naukowych bez zgody pacjenta, łączące się z zagrożeniem zdrowia lub życia ludzkiego.
3. Doświadczenia na ludziach w czasie wojny regulowane są przez te same zasady co w czasie pokoju: bezwzględnie zabronione jest wykonywanie doświadczeń na wszystkich osobach pozbawionych wolności, szczególnie osobach cywilnych, jeńcach wojennych i ludności terytoriów okupowanych.
4. Zakazy działań medycznych wymienione w punkcie 2 i 3 są ważne w każdej okoliczności bez uwzględniania decyzji przeciwnych, podawanych przez autorytety jako prawo obowiązujące (de jure et de facto).
5. W nagłym wypadku lekarz musi udzielić pomocy w pełnym zakresie niezależnie od płci, rasy, narodowości, religii, przynależności politycznej i innych względów, tak samo pielęgniarka powinna być do dyspozycji tak długo, jak sytuacja tego wymaga.
6. Tajemnica zawodowa musi być przestrzegana w wykonywaniu zawodu.
7. Przywileje i udogodnienia przyznane lekarzom nie powinny być nigdy wykorzystywane w innych celach jak tylko zawodowych.

W r. 1964 zostaje uchwalona „Deklaracja z Helsinek”, czyli zalecenia dotyczące badań naukowych wykonywanych na człowieku. Jest to pierwszy międzynarodowy akt definiujący i rozróżniający eksperymenty lekarskie na dwie kategorie: eksperyment terapeutyczny, czyli leczniczy i naukowo-badawczy, czyli eksploracyjny. Dziesięciopunktowy zestaw, obecnie w literaturze zwany „Kodeksem norymberskim”, sformułowany podczas trwania procesu norymberskiego lekarzy hitlerowskich w r. 1947, był pierwszym tego rodzaju wzorem na świecie, ale nie mającym charakteru międzynarodowego.

„Deklaracja z Helsinek” została uzupełniona w Tokio w r. 1975. Ko-

lejnny dokument WMA zostaje ogłoszony w r. 1968; jest to „**Deklaracja z Sydney**”, nazwana komunikatem na temat śmierci. Jest to tekst najuboższy w treść normatywną z wymienionych zestawów. Deklaracja kwestionowała próbę zastąpienia decyzji lekarskich przez użycie aparatury jaką jest elektroencefalograf. Izoelektryczna linia EEG nie jest jednoznaczny dowodem śmierci osobniczej — stwierdzał dokument. W przypadkach następczących trudności w podjęciu decyzji wskazane jest powoływanie trzyosobowej komisji (bez udziału członków zespołu transplantologicznego), orzekającej o śmierci osobniczej i możliwości pobrania narządów do przeszczepu lub zaprzestania niecelowego, z punktu widzenia terapeutycznego, stosowania nadzwyczajnych środków pomocy.

W wielu krajach powstały i obowiązują dokumenty deontologiczne, określające stanowisko wobec tych problemów. Przykładem mogą być „Dyrektywy dotyczące rozpoznawania śmierci ustalone przez Szwajcarską Akademię Nauk Medycznych” lub polski dokument „Stanowisko Mięszanej Komisji Anestezjologiczno-Neurologicznej dotyczące śmierci mózgu i kryteriów śmierci mózgu”.

Jednym z najbardziej kontrowersyjnych problemów światopoglądowych w działaniu lekarskim jest problem przerywania ciąży. Jednym modelem sytuacyjnym, niemożliwym do zaakceptowania, jest niewykonywanie zabiegów przerwań ciąży ze wskazań terapeutycznych przez lekarza z powodów światopoglądowych, w konsekwencji prowadzące do nieuchronnej śmierci kobiety ciężarnej. Jednocześnie należy brać pod uwagę zasadę, iż lekarz nie może być karany za niewykonywanie zabiegów niezgodnych z własnym przekonaniem. Następczące rozwiązanie pozytywne zostało przyjęte w „**Deklaracji z Oslo**” r. 1970. Lekarz niewykonyjący zabiegów przerwań ciąży ze wskazań terapeutycznych (lekarskich) powinien przekazać kobietę, wymagającą zabiegu i wyrażającą zgodę, w ręce kolegi, o którym wie, że wykonuje takie zabiegi. Tylko w takim przypadku nie będzie karany za zaniechanie pomocy.

W r. 1973 w Monachium zostają ogłoszone dwa dokumenty: „**Wniosek potępiający dyskryminację**” w każdej jej formie i postaci, powołujący się na aktualność „Deklaracji Genewskiej” oraz rezolucja „**Komputery w medycynie**” potwierdzająca konieczność zachowania tajemnicy informacji o pacjencie, również przy użyciu nowych technik gromadzenia i przetwarzania danych medycznych. Bank danych powinien być wyłącznie w gestii fachowych pracowników medycznych.

„**Deklaracja z Tokio**” uchwalona w r. 1975 jest zbiorem zasad postępowania personelu służby zdrowia w stosunku do osób pozbawionych wolności prawomocnymi wyrokami. Problem ten jest również przedmiotem rezolucji ONZ uchwalonej w r. 1983.

W r. 1976 zostaje ogłoszona „**Deklaracja z San Paulo**”, czyli oświadczenie o zanieczyszczeniu środowiska. Podkreśla ona rolę lekarzy w och-

ronie jednostek, społeczeństw i ludzkości przed klęską skażeń i zanieczyszczeń środowiska naturalnego.

„...Patologia chorób zawodowych wskazuje wagę fizycznych, chemicznych i innych rodzajów skażeń środowiska w związku z pojawieniem się i zwiększoną zapadalnością na szereg chorób.

Lekarzom przypada główna rola i odpowiedzialność w zapobieganiu chorobom spowodowanym przez zanieczyszczone środowisko, która wynika z możliwości uświadomienia pacjenta — co jest częścią składową relacji lekarz—pacjent.

Ponieważ jakość środowiska warunkuje samą jakość życia, musi ona być główną troską wszystkich, którzy mają obowiązek zachowywać i chronić zdrowie.

Światowy i doniosły charakter tego problemu, i potrzeba oparcia się na rezultatach naukowej konferencji, zachęca Światowe Stowarzyszenie Lekarzy do przyjęcia powyższych zasad i powołania stałej komisji do badania problemu i osiągniętych praktycznych rezultatów”.

W obradach kongresu w Brazylii brali również udział przedstawiciele FAO.

W r. 1981 zostają ogłoszone dwa dokumenty: „**Deklaracja o zasadach opieki lekarskiej w medycynie sportowej**” oraz „**Deklaracja z Lizbony**”, mająca charakter karty praw pacjenta. Atrybuty roli lekarza sportowego zostały zawarte w punkcie ósmym pierwszego wymienionego dokumentu. „Ażeby umożliwić lekarzowi sportowemu wypełnianie jego etycznych obowiązków, jego autorytet musi być w pełni uznany i respektowany, w szczególności, kiedy dotyczy to zdrowia, bezpieczeństwa i uprawnionych interesów sportowca. Żadna z tych wartości nie może być naruszona dla korzyści osób trzecich”.

Sformułowania „Deklaracji z Lizbony” w wielu punktach zbieżne są z „Patient’s Bill of Rights” (Kartą praw pacjenta) proklamowaną przez Amerykańskie Towarzystwo Szpitalnictwa (AHA) i przyjętą od r. 1976 w całych Stanach Zjednoczonych.

Treść „Deklaracji z Lizbony” przyjętej podczas XXXIV sesji Zgromadzenia WMA (wrzesień—październik r. 1981) jest następująca: „Uznając, że mogą być trudności praktyczne, etyczne lub prawne, lekarz powinien zawsze działać zgodnie ze swym sumieniem i zawsze w najlepiej rozumianym interesie pacjenta. Następująca Deklaracja przedstawia niektóre z głównych praw, jakie zawód lekarski powinien zapewnić pacjentom.

Kiedykolwiek prawodawstwo zaprzecza lub działania rządu odmawiają tych praw pacjentom, lekarze powinni starać się przez odpowiednie działania zapewnić je lub przywrócić.

1. Pacjent ma prawo do swobodnego wyboru swojego lekarza.
2. Pacjent ma prawo do opieki lekarza, który musi mieć możliwość swobodnego podejmowania decyzji klinicznych i etycznych, bez jakiegokolwiek zewnętrznego wpływu.

3. Pacjent ma prawo przyjąć lub odmówić leczenia po otrzymaniu stosownej informacji.
4. Pacjent ma prawo oczekiwać, że jego lekarz uszanuje poufny charakter wszystkich jego medycznych i osobistych tajemnic.
5. Pacjent ma prawo umierać w godności.
6. Pacjent ma prawo przyjąć lub odmówić psychicznego i moralnego wsparcia także od duchownego wyznawanej religii”.

Aczkolwiek omawiane dokumenty nie są formalnie obowiązujące w żadnym z krajów demokracji ludowej, to znajomość stanowiska międzynarodowego grupy zawodowej może być cenną pomocą w formułowaniu lub modyfikacjach zasad zawodu lekarskiego w każdym kraju.

Międzynarodowy proces unifikacji norm jest pierwszym w dziejach zawodu lekarskiego działaniem mającym na celu wprowadzenie zasad deontologii lekarskiej chroniących wartości: życia, zdrowia, informacji o chorym, wolności, osobowości i godności, ponad systemami światopoglądowymi i dążący do wprowadzenia tych reguł w życie we wszystkich krajach członkowskich.

Tadeusz BRZEZIŃSKI, Irena SZYMANOWSKA
Zakład Etyki i Propedeutyki Lekarskiej PAM

OPIEKA NAD CHORYM — WYNIKI EKSPERYMENTU DYDAKTYCZNEGO W PAM W SZCZECINIE

Pomorska Akademia Medyczna była jedyną uczelnią w Polsce, w której od roku 1976 realizowano odmienny system praktyk robotniczych, powiązanych z procesem dydaktycznym. Miał on na celu obok wdrożenia studentów do pracy przy łóżku chorego, także nauczenie ich podstaw pielęgniarstwa, ratownictwa i desmurgii. Mała, bo zaledwie 12-godzinna liczba zajęć dydaktycznych oraz określony obowiązującymi programami czas praktyki robotniczej studentów sprawiały, że cel dydaktyczny zajmował drugie dopiero miejsce po pracy fizycznej. Mimo to system ten, zgodnie z opinią nauczycieli akademickich i studentów, utrzymano także wtedy, kiedy obowiązek praktyk robotniczych został zniesiony. Postanowiono jednak, na podstawie dokonanych obserwacji, zwiększyć liczbę zajęć dydaktycznych, natomiast zmniejszyć, do rozmiarów uzasadnionych potrzebą, czas pracy na salach chorych. Tak powstał nowy przedmiot, opieka nad chorym, który został wprowadzony eksperymentalnie w roku akademickim 1982/83. Na przedmiot ten przeznaczono 92 godziny, z czego 20 — kosztem zajęć z propedeutyki lekarskiej.

46 godzin zajęć realizowano w przystosowanych do tego salach ćwiczeń (gabinecie techniki zabiegów pielęgniarских oraz gabinecie ratownictwa i desmurgii), wg następującego programu:

Podstawowe problemy etyki (wzór osobowy lekarza, prawo i obowiązek udzielania pomocy, tajemnica zawodowa)	— 6 godz.
Podstawowe czynności i zabiegi pielęgniarские	— 18 godz.
Podstawy ratownictwa i udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej	— 10 godz.
Desmurgia	— 12 godz.

Zajęcia były realizowane w grupach po 16—19 osób przez dwóch nauczycieli akademickich, będących magistrami pielęgniarstwa z dużym doświadczeniem dydaktycznym w szkołach pielęgniarских, lub lekarzami. Pojedyncze tematy realizowano jednoosobowo.

Pozostałe 46 godzin zajęć realizowano w klinikach Akademii pod nad-

zorem pielęgniarek oddziałowych. Zakres czynności studentów obejmował podstawowe prace pielęgnacyjne przy chorych oraz utrzymanie w czystości bezpośredniego otoczenia pacjenta. W niektórych oddziałach, w miarę nabywania przez studentów wiedzy i umiejętności, rozszerzono zakres czynności pielęgniarzkich do objętych programem dydaktycznym. Zajęcia te były okresowo kontrolowane przez magister pielęgniarstwa, odpowiedzialną za nauczanie podstaw pielęgniarstwa.

Każdy student raz w tygodniu odbywał zajęcia w wymiarze 4 godzin (przez 24 tygodnie roku), w godzinach między 7,00 a 10,15, na które składały się 2 godziny zajęć w gabinecie metodycznym i 2 godz. przy łóżku chorego.

Podstawą zaliczenia zajęć była pełna frekwencja na wszystkich zajęciach i wykazanie się umiejętnościami przewidzianymi programem z poszczególnych działów. Ocena końcowa zaliczenia wystawiana była ze średniej ocen cząstkowych i oceny za pracę w klinice. Należy stwierdzić, że zajęcia cieszyły się dużym zainteresowaniem studentów i dużą starannością w przygotowaniu, o czym świadczą wyniki, przedstawione w tab. 1:

Tabela 1

Cykl: Ocena:	Pielęgn.	Desmurgia	Ratownictwo	Ocena ogólna
b. dobra	80	108	96	98
dobra	222	161	144	193
dostateczna	20	53	81	24
nie zaliczono	5	5	6	12

Warto zaznaczyć, że osoby, które nie zaliczyły zajęć, były to te osoby, które bądź to zrezygnowały ze studiów w czasie trwania roku, bądź też nie zaliczyły także innych przedmiotów.

Dla zobiektywizowania oceny zajęć przeprowadzono badania ankietowe wśród pielęgniarek oddziałów, na których praktykowali studenci i wśród studentów. W badaniach wzięło udział 30 pielęgniarek, głównie oddziałowych i 275 studentów.

Ocena pracy studentów przez pielęgniarki.

Pytania ankiety dla pielęgniarek zawierały ocenę dyscypliny studentów, ich zaangażowanie, stosunku do chorych i przygotowania do zajęć oraz ocenę samych zajęć jako formy wychowawczo-adaptacyjnej.

Z przebadanej grupy pielęgniarek 6 ocenia dyscyplinę studentów jako bardzo dobrą (20%), 13 jako dobrą (43,3%), a 11 (36,6%) jako dostateczną. W stosunku do wykonywanej pracy studenci wykazywali duże zaangażowanie — stwierdza 13,3% badanych (4) i taka sama ilość respondentek ocenia ten stosunek jako opieszale, 22 pielęgniarki (73,3% badanych) określa, iż studenci wykonywali pracę poprawnie, lecz bez zaangażowa-

nia. Stosunek studentów do chorych 23,3% badanych określa jako bardzo dobry, 6,6% jako obojętny, a 70% klasyfikuje go jako poprawny.

Przygotowanie studentów do wykonywania zajęć praktycznych wzrastało w miarę postępu zajęć dydaktycznych — stwierdza 8 badanych (26,6%), wzrastało w miarę wdrażania do pracy — odpowiada 22 (73,3%) prowadzących zajęcia, 2 osoby kojarzą zajęcia dydaktyczne i przystosowanie do pracy, jako motywy lepszego jej wykonywania. Badane nie zauważają większej różnicy w pracy dziewcząt i chłopców, ani też nie widzą różnicy między studentami medycyny i stomatologii.

Ogół badanych stwierdza, że praca studentów była pomocą dla oddziału (12 osób — 40%: dużą pomocą; 18 osób — 60%: nieznaczną), nikt z badanych nie określił tej pomocy jako zbędnej czy przeszkadzającej w prawidłowej pracy, 40% badanych stwierdza też, że w miarę postępu zajęć studenci wdrażani byli do pracy pielęgniarstwie; 26,6% odpowiada, że wykonywali zarówno pracę fizyczną, jak i pielęgniarstwą, 16,6% (5 osób) wykorzystywało studentów głównie do pracy fizycznej, 80% respondentek uważa, że w czasie zajęć studenci mieli możliwości wykazania się wiedzą i umiejętnościami wyniesionymi z zajęć dydaktycznych; a na pytanie, czy studenci mogliby podjąć się opieki nad chorym w domu, odpowiedzi twierdzące uzyskano od 66,6% badanych.

Uwaga ogólna większości badanych pielęgniarek oddziałowych (83,3%) odnosi się do krótkiego okresu zajęć, zbyt małej możliwości nauczania pracy pielęgniarstwie studentów w tak krótkim czasie, trudności w nauce kontaktu z chorym i wdrażeniu do odpowiedzialności za pracę.

Z tego też zapewne powodu aż 73,3% respondentek odpowiedziało, że nie zatrudniłoby studentów w roku przyszłym na dotychczasowych zasadach, choć 53,3% jednocześnie stwierdziło, że chętnie zatrudniłoby studentów jako pomoce pielęgniarstwie w podległych oddziałach, oczywiście na warunkach wynikających z potrzeb oddziału.

Analiza przedstawionych wyników ankiety nasuwa wniosek, iż oddziały szpitalne prowadzące zajęcia kliniczne bardziej oczekują od studentów pomocy (często w wyniku przetrwałych jeszcze przyzwyczajzeń, że student I roku — to praktyka robotnicza) niż nastawione są na świadczenie pracy dydaktycznej. Połączenie tych dwóch aspektów zajęć miało miejsce w oddziałach bardziej wdrożonych do dydaktyki, przy większym zrozumieniu potrzeb i celów stawianych zajęciom.

Warto zauważyć, że w odróżnieniu od ankiet studentów, w odniesieniu do ankietowanych pielęgniarek wyniki wymagają dość ostrożnej oceny. Przez cały czas praktyk miało możliwość obserwowania studentów zaledwie 43,3% ankietowanych. Pozostałe obserwowały studentów tylko przez pierwsze tygodnie zajęć, gdyż ze względów organizacyjnych trzeba było dokonać przeniesienia studentów. W rezultacie ta grupa pielęgniarek odpowiadała prawie jednakowo, dość stereotypowo, często

opierając się na doświadczeniach wyniesionych z dawnej formy zajęć. Odpowiedzi te były niekiedy wyraźnie zbieżne z odpowiedziami, jakie uzyskaliśmy w badaniach z 1978 roku.

Wyniki badania ankietowego studentów

Ankieta studentów składała się z dwóch części: część pierwsza poza metryczką (płeć, wiek studenta) zawierała pytania pozwalające wnioskować o preorientacji zawodowej studentów przed rozpoczęciem nauki w uczelni medycznej oraz potwierdzenie (bądź zaprzeczenie) trafności wyboru kierunku studiów. W części drugiej zawarte zostały pytania o zajęcia z opieki nad chorym. Ogółem przebadano 275 studentów łącznie z Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii spośród 327 osób uczestniczących w zajęciach.

Wiek i płeć studentów przedstawia poniższa tab. 2.

Tabela 2
WIEK I PŁEĆ STUDENTÓW PRZEDSTAWIA PONIŻSZA TAB. 2

	Płeć		Wiek — lat			
	m	k	19	20	21	22 i więcej
Liczba osób	121	154	81	105	39	50
%	46,6	55,8	28,4	38,2	14,2	18,2

Na pytanie, czy wiedza o zawodzie była wystarczająca do podjęcia decyzji o wyborze kierunku studiów 179 studentów (65,0%) odpowiada twierdząco, 94 badanych (34,2%) uważa, że nie, 56,4% badanych (155) podjęło studia w PAM bezpośrednio po maturze, 38 studentów (13,8%) po nauce w szkole medycznej, 13 (4,7%) po nauce w innej szkole, 64 (23,3%) po pracy w służbie zdrowia, 12 (4,4%) po innej pracy i 9 osób (3,3%) po przerwie w zatrudnieniu i nauce. Wynik przekracza 100%, ponieważ 16 studentów miało za sobą zarówno naukę w szkole po zdaniu matury, jak i pracę.

Różne są motywacje wyboru zawodu lekarza. Zdecydowana większość, bo 65,8% (181) badanych podaje jako motyw zainteresowanie kierunkiem studiów, również znaczna część — 40,3% (111) kierowała się chęcią niesienia pomocy ludziom. Tylko 6,9% (19) spośród badanych wybrało jako motyw kontynuację tradycji rodzinnych. 13 osób (4,7%) przekonanych jest o dobrej sytuacji materialnej lekarzy, czym uzasadniają swój wybór. Namowa ze strony rodziców czy przyjaciół stanowi motywację w pojedynczych przypadkach (1 i 2), natomiast 24 badanych (8,1%) podaje inne motywacje, jak np. zainteresowanie kierunkiem studiów powstało w wyniku choroby własnej lub kogoś bliskiego.

I tutaj wynik przekracza 100% badanych, ponieważ znaczna część respondentów (około 25%) wybiera kilka równorzędnych motywów. Na pytanie: czy wybrałbyś medycynę jako kierunek studiów, gdybyś jeszcze raz mógł wybierać, 259 badanych (97,8%) odpowiada twierdząco. Tylko 6 osób (2,2%) nie wybrałoby ponownie medycyny. 215 (80%) studentów z badanej liczby 275 odpowiada, że zajęcia z opieki nad chorym dały im lepszą wiedzę o zawodzie, natomiast 56 osób takiej roli zajęć nie odczuło. Jeśli wziąć pod uwagę, że 38 osób ukończyło szkoły medyczne różnego typu, a 64 pracowało już w służbie zdrowia, jest to w pełni uzasadnione, a nawet wskazuje, że także niektóre osoby z tych grup wyniosły z zajęć korzyści poznawcze.

Odpowiedzi studentów na pytania związane z nauczaniem opieki nad chorym przedstawia kolejna tabela:

Pytanie	Odpow.	Ratownictwo		Pielęgniarstwo		Desmurgia	
		tak	nie	tak	nie	tak	nie
Czy uczyłeś się już kiedyś zagadnień zawartych w programie nauczania?	Ilość	210	65	85	183	204	71
	%	76,3	23,7	30,9	66,5	74,2	25,8
Czy to, co było przedmiotem nauczania, potrafiłbyś zastosować w praktyce?	Ilość	217	48	248	22	215	52
	%	78,9	17,4	90,1	8,0	78,2	18,9
Czy to, co potrafisz w chwili obecnej, jest zasługą zajęć?	Ilość	217	51	240	33	208	62
	%	78,9	18,5	87,2	12,0	75,6	22,5

Z analizy powyższej tabeli wynika, że większość młodzieży przed rozpoczęciem studiów uczyła się zagadnień zawartych w programie ratownictwa i desmurgii (76,3% i 74,2%). Z pielęgniarstwem spotkała się znacznie mniejsza część młodzieży (30,9%). Mimo to przeważająca liczba studentów (od 75,6% do 87,2%) uważa, że to co potrafi jest zasługą zajęć przeprowadzonych w Akademii. Osoby, które na te pytania odpowiedziały — nie, to w odniesieniu do pielęgniarstwa, absolwenci szkół medycznych (było ich łącznie 13,8%, a więc więcej niż odpowiadających negatywnie na to pytanie — 12,0%), a w odniesieniu do zajęć z ratownictwa i desmurgii dodatkowe osoby, które pracowały już w służbie zdrowia (23,3% przy 18,5 — 22,5% negatywnych odpowiedzi).

Umiejętność praktycznego zastosowania wiadomości wyniesionych z zajęć zadeklarowało 90% osób z zakresu pielęgniarstwa i 78—79% z ratownictwa i desmurgii. Wykazuje to zbieżność z ocenami wykładowców, którzy na oceny niedostateczne lub dostateczne ocenili z pielęgniarstwa 10% uczestników zajęć, z desmurgii 23% i z ratownictwa aż 31,6%. Nie bez znaczenia jest tu fakt, że umiejętności z pielęgniarstwa były wyko-

rzystywane i utrwalane w czasie zajęć klinicznych, podczas gdy pozostałe ograniczały się głównie do zajęć w gabinetach metodycznych. Przypuszczalnie znaczna część studentów wydoskonaliła swoje umiejętności z pielęgniarstwa i desmurgii w czasie miesięcznych praktyk wakacyjnych. Przemawia za tym bardzo wysoka ocena tegorocznych praktyk, jaką otrzymaliśmy ze szpitali.

Za dalszym utrzymaniem zajęć z opieki nad chorym wypowiada się 244 badanych (88,7⁰/₀), a 24 (8,12⁰/₀) wolałoby czas ten przeznaczyć na czas wolny.

Następne pytania ankiety dotyczyły zajęć klinicznych. Stosunek personelu do chorych studenci oceniają w większości jako poprawny (229 badanych, co stanowi 83,2⁰/₀), 13 (4,7⁰/₀) jako bardzo troskliwy i 55 (20⁰/₀) jako naganny. Wobec faktu, że niektórzy studenci oceniają różnie dwa kolejne miejsca odbywania ćwiczeń, suma przekracza 100⁰/₀.

Jako wyłącznie pracę fizyczną oceniło pracę w szpitalu 53,4⁰/₀ (147) respondentów, natomiast 65,4⁰/₀ (180) oceniło mimo to, że była to praca dająca możliwość poznania problemów chorego i szpitala.

Wśród uwag, jakie studenci wyrażali na temat zajęć, w części opisowej ankiety przeważały uwagi dotyczące:

- zbyt dużej ilości prac fizycznych w szpitalu, co nie korespondowało z nazwą przedmiotu,
- zbyt małej możliwości korelacji wiedzy i umiejętności nabywanych na zajęciach dydaktycznych z działaniem praktycznym w czasie zajęć klinicznych;
- zbyt krótkiego czasu zajęć,
- braku pełniejszego kontaktu z chorym.

Zainteresowani, czy zajęcia potrafiły zachęcić studentów do podejmowania w czasie studiów pracy przy chorych, zadaliśmy następujące pytanie: Czy jeśli jako student będziesz chciał zapracować dodatkową kwotę pieniędzy, wybierzesz pracę nie związaną z zawodem, ale wyżej płatną, czy też nawet niżej płatną, ale związaną z zawodem? Na 261 osób, odpowiadających na to pytanie 131 osób wybrało pracę w służbie zdrowia, ta sama mniej więcej liczba osób wybrała drugą możliwość.

W porozumieniu z Zarządem Wojewódzkim PCK stworzono studentom możliwość złożenia po zakończeniu zajęć egzaminu siostry PCK, upoważniejszego do sprawowania opieki nad chorym w domu. Chęć przystąpienia do takiego egzaminu zadeklarowało 94 badanych, jednak przystąpiło doń zaledwie 17 osób. Niska frekwencja na egzaminie była spowodowana m.in. zbieżnością w czasie z letnią sesją egzaminacyjną.

Wnioski

Doświadczenie ubiegłych lat pracy studentów w szpitalach, a zwłaszcza obecna forma zajęć z opieki nad chorym, przekonały nas o celowości

prowadzenia takiego szkolenia w czasie pierwszego roku studiów. Ma to poważne znaczenie wychowawcze, pozwala na sprawdzenie motywacji i wychodzi naprzeciw postulatom studentów. Utrwała nas w tym poglądzie pozytywna opinia studentów, mimo że jest to obciążenie, którego nie mają studenci innych uczelni.

Dalsze doskonalenie tych zajęć winno przebiegać w kierunku:

- lepszego skoordynowania zajęć w gabinetach metodycznych z pracą w oddziałach klinicznych;
- ograniczenia zajęć klinicznych do tych wybranych oddziałów, które swoją organizacją, postawą pracowników, stosunkiem do studentów i chorych gwarantują właściwe oddziaływanie wychowawcze;
- połączenie zajęć z opieki nad chorym z propedeutyką lekarską w jeden przedmiot.

Wnioski dotyczące organizacji zajęć, a zwłaszcza zwiększenia czasu ich trwania w klinice z 2 do 4 godzin, zrealizowano w bieżącym roku akademickim bez zwiększenia ogólnej liczby godzin zajęć przez naprzemienne realizowanie dla każdej grupy co 2 tygodnie 4 godzin zajęć w gabinetach metodycznych i przy łóżku chorego.

PIŚMIENNICTWO

1. T. Brzeziński: Próby powiązania praktyk robotniczych z procesem dydaktycznym, *Probl. Szkoln. Med. i Nauk. Med.* 1978 nr 1 str. 61—65.

Jerzy SZEWCZYŃSKI

WYNIKI REKRUTACJI NA STUDIA W WARSZAWSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ W 1984 ROKU

Rokrocznie lipiec jest dla uczelni okresem wyjątkowym i żmudnych prac związanych z przyjęciem nowych studentów I roku. Niniejsze opracowanie jest wstępną analizą wyników rekrutacji w Warszawskiej Akademii Medycznej w 1984 r.

Szczegółowe zasady doboru kandydatów na I rok studiów w uczelniach medycznych zostały określone w zarządzeniach Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 27.12.1982 r. i 6.05.1983 r. z późniejszymi zmianami zawartymi w piśmie z dn. 30.04.1984 r. Podobnie jak w ubiegłym roku o przyjęciu na studia decydowała liczba punktów uzyskanych przez kandydatów w postępowaniu kwalifikacyjnym i konkursowym egzaminie wstępnym. Zgodnie z ustalonym przez MZIOS limitem miejsc, nasza Uczelnia mogła przyjąć w bieżącym roku ogółem 660 studentów, w tym na Wydziały Lekarskie — 430, Oddział Stomatologiczny — 70 i Wydział Farmaceutyczny — 160. W dalszym ciągu obowiązywała zasada podziału miejsc na Wydziale Lekarskim po 50% dla mężczyzn i kobiet.

W stosunku do ubiegłego roku wprowadzono korekty, które w znacznym stopniu uściśliły zasady przyznawania punktów dodatkowych oraz wyeliminowały dowolność interpretacji zarządzenia w tym zakresie. Ubiegającym się o przyjęcie na I rok studiów w Akademii Medycznej przysługiwały następujące punkty dodatkowe:

1. kandydaci przystępujący do egzaminów po raz pierwszy, którzy na świadectwie maturalnym mieli oceny bardzo dobre z biologii, fizyki, chemii i języka obcego mogli uzyskać dodatkowo po jednym punkcie za każdy przedmiot (maksymalnie 4 punkty),
2. kandydaci będący maturzystami z lat ubiegłych, którzy udokumentowali zatrudnienie w pełnym wymiarze godzin w zakładach społecznej służby zdrowia na stanowiskach salowych i sanitariuszy (noszowych) oraz dodatkowo pomocy dentystrycznych (na kierunku stomatologicznym), faszowaczki bądź pomocy aptecznej czy laboratoryjnej

* Sekretarz Uczelnianej Komisji Rekrutacyjnej.

(na kierunku farmaceutycznym) byli uprawnieni do uzyskania punktów z tego tytułu.

Nieprzerwane zatrudnienie w ostatnim okresie międzyrekrutacyjnym uprawniało do otrzymania 7 punktów za siedem miesięcy pracy i 8 punktów za osiem miesięcy. Za co najmniej 6-miesięczne okresy pracy w latach poprzednich przysługiwały natomiast 4 punkty (maksymalnie 12 punktów),

3. kandydatom pochodzenia robotniczego lub chłopskiego przysługiwały dodatkowe punkty w wysokości 10⁰% od liczby uzyskanych punktów z egzaminu wstępnego. Preferencja ta dotyczyła wyłącznie osób, które nie były dotychczas studentami, a ich rodzice pracowali przez okres co najmniej ostatnich pięciu lat w charakterze robotników bądź prowadzili gospodarstwo rolne i nie byli płatnikami podatku wyrównawczego. Punkty te przysługiwały również sierotom i wychowankom Domów Dziecka.

Zintegrowany testowy egzamin wstępny na wszystkie wydziały uczelni odbył się w dniach 3 i 4 lipca br. W każdym dniu zdający odpowiadali na 75 pytań z zakresu biologii, chemii i fizyki. Innowacją tegorocznego egzaminu było wprowadzenie 10 pytań testowych z języka obcego (do wyboru język angielski, francuski, niemiecki lub rosyjski). Maksymalna więc liczba punktów, którą mógł uzyskać zdający wynosiła 160. Po każdym dniu egzaminu karty z odpowiedziami były przekazywane do ośrodka komputerowego, gdzie w obecności członków Uczelnianej Komisji Rekrutacyjnej dokonywano opracowań danych.

Kandydaci. Studia medyczne cieszyły się w bieżącym roku dużym zainteresowaniem młodzieży, o czym mogą świadczyć dane liczbowe przedstawione w tab. 1. Najbardziej popularnym kierunkiem była stomatologia, gdzie na jedno miejsce przypadało blisko 6 kandydatów. Na Wydziale Lekarskim wskaźnik ten wynosił odpowiednio dla kobiet 5 i mężczyzn 3 i był najwyższy w okresie ostatnich lat. Od dłuższego również czasu nie notowano tak dużej liczby zgłoszeń na Wydział Farmaceutyczny, gdzie w poprzednich latach istniała konieczność wypełniania wolnych miejsc osobami, które nie zostały przyjęte na inne wydziały.

Tabela 1
ZGŁOSZENIA KANDYDATÓW NA STUDIA W WARSZAWSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ
ORAZ LICZBA OSÓB PRZYPADAJĄCA NA JEDNO MIEJSCE W LATACH 1981—1984

Rok akademicki	Liczba zgłoszonych kandydatów (A) oraz liczba osób przypadająca na jedno miejsce (B) na Wydziale-Oddziale							
	Lekarskim		Stomatologicznym		Farmaceutycznym		Ogółem	
	A	B	A	B	A	B	A	B
1981/1982	1318	3,6	325	6,5	124	1,0	1764	3,3
1982/1983	1343	3,5	235	3,4	128	1,1	1706	3,0
1983/1984	1634	3,8	414	5,2	197	1,2	2245	3,4
1984/1985	1702	4,0	409	5,8	210	1,3	2321	3,5

W tab. 2 przedstawiono dane charakteryzujące skład socjalny zgłoszonej młodzieży z uwzględnieniem płci, wieku, miejsca zamieszkania, pochodzenia społecznego itp. Analizując te dane należy stwierdzić, że dominującą część kandydatów (średnio 67,2⁰%) stanowiły na wszystkich wydziałach kobiety oraz absolwenci liceów ogólnokształcących (średnio 96,5⁰%). Absolwenci innych typów szkół (głównie medycznych) stanowili jedynie 3,5⁰% ogółu. Przeszło połowa ze zgłoszonych to maturzyści z lat ubiegłych, z których znaczna część ubiegała się o indeks już kilkakrotnie. Stosunkowo wysoki był również odsetek młodzieży (średnio 51,3⁰%) będącej stałymi mieszkańcami Warszawy, następną część zgłoszonych (ponad 25⁰%) stanowili mieszkańcy innych większych miast.

Tabela 2.
CHARAKTERYSTYKA OSOBOWA KANDYDATÓW UBIEGAJĄCYCH SIĘ O PRZYJĘCIE
NA I ROK STUDIÓW W 1984 R.

Kandydaci	Odestki osób na Wydziale-Oddziale			
	Lekarskim n = 1702	Stomatologi- cznym n = 409	Farmaceuty- cznym n = 210	Ogółem n = 2321
Kobiety	61,0	84,4	85,2	67,3
Mężczyźni	39,0	15,6	14,8	32,7
Wiek: 18—19 lat	44,7	42,2	36,7	43,5
20—21 lat	39,0	40,5	38,1	39,2
22—23 lata	10,0	10,9	22,9	11,4
24 i więcej lat	6,3	6,3	2,3	5,9
Pochodzenie inteligenckie	75,0	79,7	72,9	75,6
robotnicze	9,5	8,6	16,2	9,9
chłopskie	3,3	6,1	9,1	4,2
inne	12,2	5,6	3,8	10,3
Tegoroczni maturzyści	49,8	42,5	36,7	47,4
Maturzyści z lat ubiegłych	50,2	57,5	63,3	52,6
Absolwenci LO	96,2	96,8	98,6	96,5
— w tym tegoroczni	50,3	43,2	36,7	47,8
Absolwenci innych szkół	3,8	3,2	1,4	3,5
Mieszkańcy Warszawy	52,4	46,9	51,0	51,3
Mieszkańcy innych miejscowości	47,6	53,1	49,0	48,7

Analizując pochodzenie społeczne kandydatów należy podkreślić, że od kilku już lat nie zmienia się dość zresztą niski odsetek udziału młodzieży robotniczo-chłopskiej. Odsetek ten w bieżącym roku wynosił średnio 14,1⁰% i był najwyższy na Wydziale Farmaceutycznym (25,3⁰%).

Zgodnie z podanymi uprzednio kryteriami osobom, które w wymaganym terminie złożyły odpowiednie dokumenty komisje rekrutacyjne przyznały punkty dodatkowe z tytułu ocen na świadectwie maturalnym, pracy w służbie zdrowia oraz pochodzenia społecznego (tab. 3).

Z danych przedstawionych w tab. 3 wynika, że znaczny odsetek młodzieży uzyskało w postępowaniu kwalifikacyjnym punkty dodatkowe. Około 1/3 osób za bardzo dobre oceny na świadectwie maturalnym, przeszło 30⁰% z tytułu pracy w służbie zdrowia i ponad 10⁰% za pocho-

dzenie. W tym ostatnim przypadku około 2% młodzieży nie uzyskało omawianych punktów ze względu na to, że byli już studentami. Należy w tym miejscu podkreślić, że jedynie 1/3 ogółu zgłoszonych nie uzyskała żadnych punktów dodatkowych. Takich osób było na Oddziale Stomatologicznym zaledwie 8,7%, a na Wydziale Farmaceutycznym aż 51,9%.

Tabela 3
ODSETKI OSÓB, KTÓRYM PRZYZNANO PUNKTY DODATKOWE Z TYTUŁU BARDZO DOBRYCH OCEN NA ŚWIADECTWIE MATURALNYM, PRACY W SŁUŻBIE ZDROWIA, POCHODZENIA SPOŁECZNEGO.

Punkty dodatkowe z tytułu:	Odsetki ocen na Wydziale-Oddziale			
	Lekarskim n = 1702	Stomatologicznym n = 409	Farmaceutycznym n = 210	Ogółem n = 2321
Bardzo dobrych ocen na świadectwie maturalnym				
— 1—2 punkty	14,5	22,0	13,8	15,7
— 3—4 punkty	13,6	13,0	5,7	12,7
Pracy w służbie zdrowia				
— 4 punkty	5,2	7,8	8,1	6,0
— 7—8 punktów	21,0	23,5	5,7	20,0
— 11—12 punktów	4,4	5,9	1,9	4,4
Pochodzenia społecznego				
— 10% od 1. punktów z testu	9,8	13,0	16,2	10,9
Odsetki osób bez punktów dodatkowych	31,0	8,7	51,9	33,8

W omówieniu zasady przyznawania punktów dodatkowych wymaga podkreślenia fakt, że tę część rekrutacji należy zaliczyć do najbardziej pracochłonnych i niewdzięcznych czynności. Rokrocznie bowiem szereg kontrowersji i zastrzeżeń budzą punkty za tzw. pochodzenie społeczne. Najczęściej zastrzeżenia te nie dotyczą może samej idei, a głównie strony wykonawczej. Po blisko 16 latach stosowania tej preferencji nie wiadomo nadal kogo określa się mianem robotnika i chłopca. Zresztą od 1968 r. zmieniły się realia życia i robotnik z tamtego okresu nie odpowiada już w pełni robotnikowi z 1984 r. Szereg bowiem osób z wyższym wykształceniem pracuje obecnie w charakterze robotników. W związku z czym rodzi się pytanie, czy ich dzieci miały gorsze warunki rozwoju intelektualnego niż np. dziecko pielęgniarki, która pomimo ciężkiej pracy fizycznej nie jest zaliczana do robotników. W odczuciu osób zajmujących się sprawami rekrutacji istnieje ponadto przekonanie, że znaczny odsetek składanych zaświadczeń jest w tym przypadku niezgodny z rzeczywistością i wręcz kłamliwy.

Wyniki egzaminu. Egzamin wstępny ukończyło na Wydziale Lekarskim 1668 osób, Oddziale Stomatologicznym 397 i 203 na Wydziale Farmaceutycznym. Pozostali kandydaci nie przystąpili do egzaminu bądź

zrezygnowali już po pierwszym dniu. Zgodnie z opiniami samej młodzieży oraz porównaniami wyników z lat ubiegłych, tegoroczny egzamin był o wyższym stopniu trudności, czego najlepszym dowodem są liczby punktów uzyskanych z testu przez zdających (tab. 4). Najlepszy wynik egzaminu osiągnięty przez kandydata z wydziału lekarskiego wynosił 137 punktów (co stanowiło 87% maksymalnej ich liczby). Wstępna analiza wyników wskazuje dość słabe wyniki, jakie osiągnęli kandydaci z biologii i języka obcego. Świadczyć to może o słabszym przygotowaniu młodzieży z tych przedmiotów bądź o jakości samych pytań testowych, które mogły wykraczać poza program szkoły średniej.

Tabela 4
LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH PRZEZ KANDYDATÓW UBIEGAJĄCYCH SIĘ
O PRZYJĘCIE NA I ROK STUDIÓW

	Liczba kandydatów na Wydziale-Oddziale							
	Lekarskim				Stomatologicznym		Farmaceutycznym	
	Kobiety		Mężczyźni		z testu	ogółem	z testu	ogółem
	z testu	ogółem	z testu	ogółem				
140-143		1		1				
135-139		3	2	2			1	1
130-134		4	2	3				
125-129	5	5	6	9				4
120-124	7	17	8	15		1	3	2
115-119	12	29	18	17		1	6	9
110-114	23	37	20	31	2	6	10	8
105-109	40	56	28	34	5	17	11	16
100-104	62	68	30	38	9	16	8	7
95-99	63	74	36	36	13	19	21	24
90-94	74	84	48	50	21	24	28	25
85-89	74	81	50	58	20	18	26	30
80-84	91	83	72	71	37	35	22	22
75-79	106	90	57	48	34	39	29	25
70-74	93	85	57	41	48	47	18	11
65-69	84	94	39	40	35	35	7	7
60-64	90	53	42	43	42	39	8	7
55-59	75	73	42	42	46	36	2	2
50-54	60	43	23	23	41	32	1	1
50	71	50	58	36	44	32	1	1

Punkty ogółem = test + punkty dodatkowe

Analizując dane przedstawione w tab. 4 można wnioskować, że zdecydowanie najlepsze wyniki osiągnęli kandydaci zdający na Wydział Lekarski (z pewną przewagą kobiet). Wart jest chyba podkreślenia również fakt, że około 19% młodzieży zdającej na Wydział Farmaceutyczny uzyskało z testu 100 i więcej punktów (wyniku takiego nie osiągnięto od kilku już lat). Przedstawione wyniki przemawiają zatem na korzyść tegorocznych kandydatów ubiegających się o przyjęcie na studia lekarskie i farmaceutyczne. Największa natomiast liczba zgłoszeń na stomatologię nie pokryła się jednocześnie z wysokim ich poziomem. Na tym kierunku była w br. najniższa liczba osób, które z egzaminu otrzymały

100 i więcej punktów (16 osób — 4% ogółu). W tab. 4 przedstawiono także ogólną liczbę punktów uzyskanych przez kandydatów w postępowaniu kwalifikacyjnym i egzaminie wstępnym. Przy porównaniu wyników samego testu z ogólną liczbą punktów nasuwa się wniosek, że punkty dodatkowe w znacznym stopniu wpłynęły na ostateczny wynik rekrutacji (szczególnie na stomatologii).

Przyjęci na studia (według stanu na dzień 13.07.1984 r.). Zgodnie z cytowanymi już uprzednio zarządzeniami MZiOS o przyjęciu na I rok decydował konkurs, który wygrywali kandydaci z największą liczbą punktów. W wyniku tegorocznych egzaminów przyjęto na studia lekarskie 437 osób (219 kobiet i 218 mężczyzn), stomatologiczne 72 osoby (61 kobiet i 11 mężczyzn) i farmaceutyczne 165 osób (136 kobiet i 29 mężczyzn). Uczelnia przekroczyła więc limit przyjęć o 14 osób.

Minimalna liczba punktów uprawniająca do otrzymania indeksu na kierunku lekarskim wynosiła dla kobiet 100 i 92 dla mężczyzn, kierunku stomatologicznym 93 i farmaceutycznym 78. Znaczna zatem różnica w liczbie punktów zarysowała się między kobietami i mężczyznami z wydziału lekarskiego. Należy również podkreślić, że w Warszawskiej Akademii Medycznej kobietom było najtrudniej dostać się na Wydział Lekarski w porównaniu z innymi uczelniami w kraju, a tak znaczna różnica w punktacji nie notowana była od kilku lat.

Tabela 5
CHARAKTERYSTYKA OSÓB PRZYJĘTYCH NA I ROK STUDIÓW w r. akad. 1984/85.

Osoby przyjęte na I rok studiów	Odsetki osób na Wydziale-Oddziale			
	Lekarskim n = 437	Stomatologicznym n = 72	Farmaceutycznym n = 165	Ogółem n = 674
Kobiety	50,1	84,7	82,4	61,7
Mężczyźni	49,9	15,3	17,6	38,3
Wiek: 18—19 lat	58,9	29,2	40,6	51,6
20—21 lat	33,9	59,7	37,6	37,8
22—23 lata	5,5	5,6	20,0	9,1
24 i więcej lat	1,7	5,5	1,8	1,5
Młodzież pochodzenia:				
— inteligentnego	84,9	80,6	74,5	81,9
— robotniczego	8,0	8,3	17,0	10,2
— chłopskiego	2,5	8,3	7,3	4,3
— innego	4,6	2,8	1,2	3,6
Tegoroczni maturzyści	51,5	23,6	41,8	46,1
Maturzyści z lat ubiegłych	48,5	76,4	58,2	53,9
Absolwenci LO	99,5	100,0	98,3	99,4
— w tym tegoroczni	51,7	23,6	41,7	46,3
Mieszkańcy Warszawy	51,3	41,7	58,2	51,9

W tab. 5 podano charakterystykę młodzieży przyjętej na I rok studiów wszystkich wydziałów Uczelni. Z danych tych wynika, że dominującą część studentów stanowią kobiety (z wyjątkiem Wydziału Lekarskiego), absolwenci liceów ogólnokształcących (średnio 99,4%) oraz maturzyści z lat ubiegłych (głównie na stomatologii). Mieszkańcy Warszawy stanowi-

li blisko 50% przyjętych. Udział młodzieży pochodzenia robotniczo-chłopskiego w ogólnej liczbie przyjętych na I rok studiów wyniósł 14,5% i jest bardzo zbliżony do odsetka młodzieży przystępującej do egzaminu wstępnego (15,1%).

Tabela 6
ODSETKI OSÓB PRZYJĘTYCH NA I ROK STUDIÓW Z PUNKTAMI DODATKOWYMI ZA OCENY NA ŚWIADECTWIE MATURALNYM, PRACĘ W SŁUŻBIE ZDROWIA I POCHODZENIE SPOŁECZNE.

Punkty dodatkowe z tytułu:	Odsetki osób na Wydziale-Oddziale			
	Lekarskim n = 437	Stomatologi- cznym n = 72	Farmaceuty- cznym n = 165	Ogółem n = 674
Bardzo dobrych ocen na świadectwie maturalnym				
— 1—2 punkty	19,5	16,6	18,8	19,2
— 3—4 punkty	29,5	6,9	6,7	22,0
Pracy w służbie zdrowia				
— 4 punkty	2,1	6,9	7,9	4,0
— 7—8 punktów	32,0	48,6	7,2	28,2
— 11—12 punktów	4,3	12,5	1,8	4,7
Pochodzenia społecznego	10,0	15,0	18,0	13,5*
Bez punktów dodatkowych	13,5	6,9	44,2	20,6

*) Około 1% osób punktów dodatkowych z tytułu pochodzenia nie otrzymało — byli już słuchaczami szkół wyższych

Oceniając wpływ punktów dodatkowych na ostateczny wynik tegorocznej rekrutacji (tab. 6) należy podkreślić, że zdecydowały one w znacznym stopniu o przyjęciu na I rok studiów lekarskich i stomatologicznych. Na Wydziale Lekarskim przyjęto 49% osób z punktami za świadectwo maturalne i 38% z punktami za pracę w służbie zdrowia. Bez punktów dodatkowych wygrało konkurs jedynie 13,5% osób. Wśród nowoprzyjętych studentów na I rok stomatologii: 23,5% uzyskało punkty za świadectwo, 68% za pracę w służbie zdrowia i symboliczne 6,9% bez żadnych punktów. Wyniki te wskazują, że kandydaci bez punktów dodatkowych mieli ograniczone możliwości stania się studentami stomatologii. Dość ciekawie przedstawia się również analiza wpływu punktów z tytułu pochodzenia na przyjęcie na studia. Otóż 70% osób korzystających z tego przywileju i bez tych punktów byłaby studentami, u pozostałych 30% decydowała najczęściej suma punktów za pochodzenie i pracę, która dość często wynosiła 1/4 tego co zdobył kandydat z egzaminu testowego. Tych parę osób należy uznać raczej za słabych uczniów i ciekawe będą ich dalsze losy w Uczelni.

Ustosunkowując się do bardzo ostatnio dyskutowanego problemu zbyt małego odsetka przyjmowanej na studia młodzieży robotniczo-chłopskiej chciałbym podkreślić, że nie da się go podwyższyć sztucznie punktami dodatkowymi oraz krótkotrwałymi kursami. Doświadczenia zdobyte w ostatnich kilku latach wyraźnie wskazują, że jest to błędna decyzja. Jeżeli na uczelnię zgłasza się jedynie 14% młodzieży z tego środowiska

to trudno oczekiwać, że wśród przyjętych odsetek ten będzie wynosił np. 40%. W celu udostępnienia tej młodzieży wstępu na wyższe uczelnie należałoby chyba spojrzeć na bazę skąd wywodzą się przyszli studenci, a więc licea ogólnokształcące. Szkoły dotychczas zdominowane przez kobiety i młodzież pochodzenia inteligenckiego powinny stać się również atrakcyjne i dla tego drugiego środowiska. Wyrównywanie poziomu i startu powinno odbywać się właśnie na tym szczeblu, przenoszenie natomiast tego problemu na barki szkół wyższych wydaje się być znacznie spóźnionym posunięciem.

W dniu 23 lipca br., po wnikliwej ocenie wyników tegorocznej rekrutacji oraz możliwości dydaktycznych szkoły, Senat Warszawskiej Akademii Medycznej podjął decyzję o zwiększeniu limitu miejsc na II Wydziale Lekarskim i przyjęciu dodatkowych 13 kobiet, które uzyskały 99 punktów. Decyzja ta w nieznacznym chociaż stopniu zmniejszyła różnicę dysproporcję punktową między kobietami i mężczyznami. Wystarczy w tym miejscu wspomnieć, że z zakresu 92,99 punktów otrzymało indeks aż 1/3 przyjętych mężczyzn.

Bolesław KUZAKA

**NAUCZANIE STUDENTÓW UROLOGII NA WYDZIALE LEKARSKIM
UNIWERSYTETU COMPLUENSE W MADRYCIE**

Dyrektor Kliniki: prof. dr med. Aurelio Uson Calvo

Podczas pobytu naukowego w Klinice Urologicznej Uniwersytetu im. Ludwika Maksymiliana w Monachium w okresie 1.7.1983—31.10.1983 r. miałem możliwość spotkać kolegów-urologów z różnych krajów. Jednym z tematów mnie interesujących były zagadnienia dotyczące nauczania studentów medycyny urologii. Dzięki życzliwości dr med. Ruiz de Burgos Moreno Juan Evangelista, asystenta prof. A. U. Calvo, otrzymałem zatwierdzony przez tamtejszą uczelnię „Program szkolenia studentów” w zakresie urologii, obowiązujący wszystkich studentów. Ze względu na jego wartość przedstawiam go w całości.

Studia medyczne w tamtejszej uczelni trwają 6 lat. Zajęcia z urologii odbywają się na 5 roku studiów i obejmują 30 godzin wykładów i 1 tydzień ćwiczeń. W zakres wykładanego przedmiotu wchodzi następujące tematy:

1. Powtórzenie anatomii oraz fizjopatologii narządu moczopłciowego.
2. Mianownictwo urologiczne i andrologiczne (krwiomocz, ropomocz, bezmocz, zatrzymanie moczu i inne).
3. Badanie fizykalne narządu moczowego oraz płciowego u mężczyzny.
4. Badanie instrumentalne wraz z zapoznaniem słuchaczy z rodzajami cewników, rozszerzadeł, instrumentów diagnostycznych i operacyjnych, a także omówienie wszystkich istotnych badań wykonywanych dla ustalenia rozpoznania.
5. Wady rozwojowe narządu moczopłciowego z opisem symptomatologii, sposobów ich rozpoznawania oraz leczenia z szerszym omówieniem najczęściej występujących.
6. Interseksualizm z punktu widzenia urologa oraz inne schorzenia gruczołów wydzielania wewnętrznego, z którymi spotyka się urolog w swojej pracy.
7. Urazy narządu moczopłciowego z omówieniem mechanizmów ich powstawania, sposoby rozpoznawania i postępowania leczniczego.
8. Uropatia zastoinowa z omówieniem powikłań nerkowych wywołanych zastojem moczu.
9. Wodonercze z omówieniem etiologii, klasyfikacji, patogenezы, rozpoznawania, powikłań oraz sposobów postępowania leczniczego.
10. Odpływy pęcherzowo-moczowodowe z omówieniem anatomii połączenia pęcherzowo-moczowodowego, przyczynami, sposobami rozpoznawania oraz postępowania leczniczego.
11. Uchylki kielichów nerkowych, miedniczki, moczowodów, pęcherza, cewki moczowej z omówieniem symptomatologii, rozpoznawania i leczenia.
12. Zaburzenia neurogenne pęcherza moczowego. Cystometria i inne badania urodynamiczne. Rodzaje pęcherza neurogennego, rozpoznawanie, leczenie.
13. Ostre i przewlekłe stany zapalne nerek, rozpoznawanie i leczenie.
14. Gruźlica narządu moczowego, etiopatogeneza, anatomia patologiczna, klasyfikacje, rozpoznawanie, zasady leczenia, postacie atypowe.
15. Parazytologia urologiczna: schistosomiasis, filariasis, echinococcosis, trichomoniasis z podaniem sposobów rozpoznawania i leczenia.
16. Zapalenie pęcherza moczowego, gruczołu krokowego, cewki, jąder i najądrzy, ropień okołocewkowy, stwardnienie plastyczne prącia. Rozpoznawanie, zasady leczenia.

17. Schorzenia skórne narządu moczopłciowego: Kila, ziarniniak pachwinowy, opryszczka prosta, zapalenie napletka i żołądzi, blenorrhagia. Rozpoznawanie i leczenie.
18. Wstrząs septyczny pochodzenia urologicznego.
19. Kamica moczowa: Etiologia, biochemia, rodzaje kamieni, kamica poszczególnych odcinków narządu moczowego. Zasady rozpoznawania i leczenia. Metafilaktyka kamicy.
20. Zwyrodnienie torbielowate nerek, torbiele pojedyncze, nerka gąbczasta. Zasady rozpoznawania i leczenia.
21. Guzy nerek, miedniczki nerkowej i moczowodu, symptomatologia, rozpoznawanie i leczenie.
22. Guz Wilmsa, jego rozpoznawanie i leczenie.
23. Guzy złośliwe pęcherza moczowego, rozpoznawanie i leczenie.
24. Gruczolak stercza, rozpoznawanie i leczenie.
25. Rak stercza, rozpoznawanie i leczenie.
26. Guzy jąder, rozpoznawanie i leczenie.
27. Nadciśnienie tętnicze nerkowopochodne, postępowanie lecznicze.
28. Zawał nerki, krwiak okołonerkowy, żyłaki powrózka nasiennego.
29. Ostra i przewlekła niewydolność nerek z przyczyn urologicznych, postępowanie lecznicze.
30. Dializa otrzewnowa i hemodializa.
31. Przeszczepianie nerek.
32. Powikłania urologiczne schorzeń pozaotrzewnowych oraz powikłania urologiczne schorzeń i zabiegów ginekologicznych. Rozpoznawanie i zasady postępowania leczniczego.

Po zakończeniu wykładów student obowiązany jest do odbycia 1-tygodniowej praktyki w klinice, przy łóżku chorego, na sali opatrunkowej, w ambulatorium kliniki, na sali operacyjnej, cystoskopowej oraz w pracowni rentgenowskiej kliniki. Na końcu szkolenia obowiązuje kolokwium z wpisem stopnia do indeksu. W porównaniu z przedstawionym programem szkolenia studentów urologii w Akademiiach Medycznych naszego kraju jest bardzo skromne.

Krajowy Nadzór Specjalistyczny d/s Urologii czyni starania poprawienia tej sytuacji. Możliwe to będzie jedynie przez zwiększenie liczby godzin przyznanych dla nauczania urologii oraz zmniejszenie liczby studentów odbywających ćwiczenia.

Anna OLESIŃSKA-SERAFIN
Wiesław TYSAROWSKI
Zakład Dydaktyki AM w Warszawie

O KONIECZNOŚCI SPRAWDZANIA WIEDZY PRZED UDZIELENIEM PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

Oczywiste jest, że jednym z podstawowych warunków zaspokajania zdrowotnych potrzeb społeczeństwa jest dobre przygotowanie kadry medycznej do pracy zawodowej. Społeczeństwo, ponosząc całkowicie koszty funkcjonowania ochrony zdrowia ma prawo do kontroli jakości usług medycznych. Ustanowienie (i organizacja) takiej kontroli winna być więc obowiązkiem instytucji działających w imieniu społeczeństwa.

Poziom świadczonej usług medycznych zależy bezpośrednio od ośrodków kształcących personel medyczny. Szczególna rola przypada tu Akademii Medycznej. To jak student medycyny będzie funkcjonował w przyszłej swej roli, zależy od jego wiedzy, umiejętności i nawyków nabytych podczas 6-letniego kształcenia przeddyplomowego oraz od wytworzonego przez siebie modelu osobowości lekarza.

Efektywne kształcenie medyczne, zgodnie z założeniami dydaktyki ogólnej, opierać należy na celach kształcenia, które z kolei wiążą się z wymaganiami zdrowotnymi. Cele kształcenia opisują pożądany rezultat końcowy, nie są zaś streszczeniem poszczególnych programów. Dotychczas w wielu zakładach i klinikach sformułowano cele szczegółowe i pośrednie realizowane na przeddyplomowych etapach kształcenia lekarzy, jednak brak jest formalnie przyjętych celów ogólnych kształcenia medycznego. Nie można pogodzić się z tym, że kwalifikacje absolwentów uczelni medycznych nie są ani określone, ale sprawdzane.

Długotrwały wkład pracy nauczycieli akademickich i ogromne nakłady społeczne nie są u nas uwidocznione w takiej postaci, która określałaby lekarza mającego rozpocząć działalność zawodową. Świadczyć to może o braku odpowiedzialności za przygotowanie studenta do wykonywania zawodu lekarza. W świetle powyższego wydaje się konieczne dokładne rozpatrzenie celów kształcenia medycznego.

Propozycję takich celów opracowano w roku 1976 w Zakładzie Dydaktyki AM w Warszawie. Dopiero przez realizację przyjętych celów ogólnych może nastąpić integracja procesu dydaktycznego w akademiach

medycznych. Z kolei kształcenie zgodne z zakładanymi celami jest możliwe dopiero wtedy, kiedy istnieją egzaminy, które zapewniają pomiar stopnia osiągnięcia tych celów. Jeżeli uznaje się pewne treści za wystarczająco ważne, by ich nauczać, są one wystarczająco ważne, by ich oprowadzanie przez studiującego później oceniać. Egzamin oparty na celach ogólnych kształcenia medycznego pełni zresztą wieloraką funkcję. Poprawnie przeprowadzona ocena absolwenta, oparta na jego sposobie myślenia i działania, dostarcza społeczeństwu informacji, czy cele kształcenia są rzeczywiście zgodne z jego potrzebami, a szkołom medycznym, czy osiągnęły zamierzone w swych działaniach dydaktycznych rezultaty. Jest to również źródło informacji zwrotnych dla samego studenta. Ocenić absolwentów można w sposób różny — odpowiednio dobrana kontrola jest jednym z ważnych elementów procesu dydaktycznego. Potrzeba oceniania absolwentów i związane z tym egzaminowanie sięgają w Polsce daleko w przeszłość. Przypomnieć warto, rozważając problem wybrania właściwego sposobu dopuszczania do wykonywania zawodu lekarza, przepisy obowiązujące w Królestwie Polskim przed prawie 150-cioma laty. Prawo egzaminowania miała wtedy Rada Lekarska i obowiązywały ją „Przepisy examinowania na stopnie naukowe lekarskie, weterynaryjne i farmaceutyczne, w ogólności osób, mających trudnić się praktyką lekarską”. Kandydat na stopień lekarza zdawał egzaminy z następujących przedmiotów: „mineralogia, botanika, zoologia, fizyka, chemia, anatomia ciała ludzkiego, fizjologia, patologia, farmacja, farmakologia i nauka pisania recept, terapia ogólna i szczegółowa, chirurgia ogólna, szczegółowa i operacyjna, łącznie z okulistyką, akuszerya łącznie z nauką o chorobach niewiast brzemiennych, rodzących i nowonarodzonych dzieci, policja lekarska i dyetetyka, medycyna sądowa, nauka o chorobach epizodycznych”.

Po złożeniu powyższych egzaminów kandydat był zgodnie z „Przepisami” obowiązany:

- a) Odbywać anatomiczno-fizyologiczną demonstracją jakiego bądź organu, albo części ciała.
- b) Zrobić sekcya na trupie, podług zasad Medycyny sądowej.
- c) Wykonać chirurgiczną operacją na trupie, z opisaniem części, na których się operacja uskutecznia.
- d) Udowodnić, że umie wykonywać tak nazwane operacje z Chirurgii niższej.

Examina te odbywają się w obecności właściwych Profesorów.

Dodatkowo dla oceny zdolności praktycznych kandydata na lekarza: „przeznacza się mu najmniej po trzech chorych w klinikach: lekarskiej i chirurgicznej, których on obowiązany jest leczyć przynajmniej przez dwa tygodnie. Poczem składa pod rozwagę grona egzaminujących, spisane przez siebie historye chorób, z własnymi uwagami (epicrisis)...”.

Przepisy powyższe zatwierdzone były przez „Radę Państwa w połącze-

niu z Departamentem Praw i Interesów Królestwa Polskiego” w roku 1839.

W Polsce po I Wojnie Światowej kształcenie medyczne i związane z tym ocenianie absolwentów przebiegało w/g koncepcji przedstawionych w poniższym zestawieniu.

Tabela 1
Kształcenie Lekarskie w Polsce po I wojnie światowej

Data	Okres trwania studiów	Staż podyplomowy	Egzaminy
do 1950	5 lat i 1 sem.	1 rok	zintegrowane w czasie
1950—1964	6 lat w tym rok ostatni staż pod.	1 rok	rozłożone w czasie
1964	6 lat	2 lata w szpitalu terenowym	zintegr. w czasie
1968 do dzisiaj w tym 1976—1980	6 lat	1 rok	rozłożone w czasie
	zintegrowany egzamin końcowy z dydakt. wiedzy medycznej		

Z powyższej tabeli wynika, że jedynie w latach 1976—80 przeprowadzano kontrolę zintegrowanej wiedzy absolwenta. Egzaminy te były m.in. próbą nadania wyższej międzynarodowej rangi naszym lekarskim dyplomom oraz stwarzaniem podstaw porównania naszych ośrodków kształcenia medycznego z innymi. Przygotowywane były one przez Zakład Dydaktyki Akademii Medycznej w Warszawie przy udziale Akademii Medycznych i Konsultantów Krajowych z różnych dyscyplin.

Zintegrowanym egzaminem końcowym objęci byli wszyscy studenci ostatniego roku. Przez pierwsze dwa lata test ten miał charakter diagnostyczny — określał poziom wiedzy studentów, nie miał natomiast charakteru selekcyjnego. W miarę doskonalenia koncepcji egzaminu narzucano pewne, zresztą bardzo niskie, kryteria zaliczające test. Wszystkie przeprowadzone egzaminy końcowe składały się z 150-pytaniowego testu wielokrotnego wyboru.

W poszczególnych latach przyjmowano różne koncepcje tego egzaminu. I tak, np. w 1976 r. przyjęto koncepcję struktury wiedzy medycznej opartej na funkcjonowaniu organizmu ludzkiego jako systemu, złożonego ze wzajemnie ze sobą powiązanych podsystemów i wchodzącego w skład dynamicznego nadsystemu — środowiska społeczno-przyrodniczego. W następnych latach koncentrowano się przy przygotowywaniu egzaminu na kilku wybranych zagadnieniach (pojęciach), np. zdrowie kobiet ciężarnych, patofizjologia ciąży, pierwsza pomoc w nagłych przypadkach, wykorzystywanie wywiadu lekarskiego w postępowaniu diagnostycznym oraz rozumienie podstawowych pojęć medycznych. W 1981 r. w przygotowaniu egzaminu oparto się na analizie przyczyn zgłaszania się pacjentów do lekarza pierwszego kontaktu (zachorowalność) i na analizie przyczyn zgonów (śmiertelność).

Końcowy skład każdego z zintegrowanych egzaminów testowych był wynikiem starannej, trzyetapowej selekcji. Wszystkie te egzaminy miały określać rzeczywistą efektywność całokształtu studiów medycznych na poziomie największej ogólności. Użyte były jako narzędzie pomiaru efektu finalnego kształcenia medycznego. Wyniki (przy pomocy komputera) zostały więc poddane szczegółowej analizie.

Zgromadzone dane posłużyły jako materiał badawczy nad kształceniem medycznym w Polsce. Stwierdzono, że egzamin końcowy jest instrumentem, który może z jednej strony, zapobiec dalszej dezintegracji i zróżnicowaniu przygotowania do zawodu lekarzy w poszczególnych uczelniach, z drugiej zaś jest stymulatorem doskonalenia procesu kształcenia i podnoszenia efektywności studiów. Mimo corocznego doskonalenia „Zintegrowany egzamin z medycyny” nie przybrał u nas formy ostatecznej. Wymaga on dalszych badań i opracowań. Odejście w Polsce od egzaminu końcowego ma prawo niepokoić zarówno środowiska bezpośrednio związane z kształceniem lekarzy, jak i całe społeczeństwo, które przez to nie posiada kontroli nad kształceniem przeddyplomowym lekarzy.

Obecnie w większości krajów przeprowadza się kontrolę całościową kształcenia medycznego.

EGZAMIN KOŃCOWY Z MEDYCYNY W 20 WYBRANYCH KRAJACH
(na podstawie World Directory of Medical Schools, WHO, Genewa 1979)

Kraj	Czas trwania studiów	Kontrola całościowa kształcenia medycznego	Forma całościowej kontroli
Austria	5	+	Pierwsza część w ciągu studiów i dwie po uzyskaniu absolutorium
Czechosłowacja	6	+	egzamin państwowy
Kanada	3—5	+	końcowy egzamin po roku stażu
Francja	7	+	obrona pracy dyplomowej
NRD	6	+	końcowy egzamin z chirurgii, interny, filozofii przed stażem, obrona pracy dyplomowej w czasie stażu, kolokwium kończące staż
RFN	6	+	3-częściowy egzamin lekarski (z czego 2 części w czasie studiów)
Węgry	5	+	egzamin państwowy
Japonia	6	—	
Włochy	6	+	egzamin kliniczny, dwa kolokwia, obrona pracy
Norwegia	6	+	egzamin końcowy po 1,5 rocznym stażu
Polska	6	—	
Hiszpania	6	—	
Szwecja	5,5	—	
ZSRR	6	+	państwowy egzamin końcowy
Wielka Brytania	5	+	egzamin końcowy
USA	3—4	+	3 częściowy egzamin kwalif.
Jugosławia	5	—	
Indie	5,5	+	egzamin końcowy
Izrael	7	+	obrona pracy
Szwajcaria	6	+	końcowy egzamin zawodowy

Jak wynika z powyższej tabeli, kontrola całościowa kształcenia w różnych szkołach medycznych przybiera różne formy. Przebiega ona bezpośrednio po odbyciu studiów medycznych (np. ZSRR, Anglia) lub po rocznym stażu (np. Kanada, Norwegia). Zaliczenie jej jest warunkiem rozpoczęcia wykonywania zawodu. Na ogół odbywają się ogólnokrajowe egzaminy przeprowadzane w jednym czasie dla wszystkich uczelni. Są to egzaminy testowe, prezentacja przygotowanych przez studentów rozpraw, egzaminy ustne oraz, w niektórych krajach (np. Anglia, Włochy) egzaminy badające praktyczne kompetencje kliniczne absolwentów. Egzaminy te organizowane są przez specjalne pozauczelniane komisje (np. National Board of Medical Examination w USA). Opisuje się je jako egzamin końcowy — final examination, egzamin kwalifikujący — qualifying examination, państwowy egzamin końcowy — state final examination, egzamin lekarski — Ärztliche Prüfung, końcowy zawodowy egzamin — final professional examination.

Obecnie w Polsce, jak już wyżej wspomniano oraz jak to wynika z przedstawionej tabeli nr 2, nie przeprowadza się egzaminu końcowego i absolwent po odbyciu rocznego stażu uzyskuje prawo wykonywania zawodu. Jako że cele ogólne kształcenia medycznego nie są po prostu określoną funkcją celów szczegółowych, wgląd w oceny kursowe studenta nie charakteryzuje w żaden sposób absolwenta.

Mając podstawowe dane prognostyczne z egzaminu końcowego można nałożyć odpowiedzialność odpowiednich instytucji za funkcjonowanie młodego lekarza.

Dla całościowego obrazu absolwenta należałoby również przywrócić kontrolę nabytych przez niego kompetencji klinicznych (praktycznych).

Postępy nauk, mających wpływ na rozwój medycyny, są ostatnio coraz szybsze i ich spektrum ciągle się rozszerza. Pociąga to za sobą coraz to większą specjalizację i fragmentaryzację nie tylko medycyny jako nauki i praktyki, ale również wpływa w ten sam sposób na nauczanie studentów wydziałów lekarskich. Obecnie już nie jest możliwe przyswojenie sobie przez studenta w ciągu sześciu lat studiów wszystkich informacji potrzebnych mu do efektywnego wykonywania zawodu lekarza. Coraz bardziej ważne staje się takie kształcenie, które pozwala absolwentowi na ukształtowanie myślenia tak, aby potrafił on korzystać z dostępnych, w różnych formach, bieżących i stale gromadzonych nowych informacji.

Zetknięcie się więc studenta w czasie studiów z problematyką naukową, nabycie praktycznych umiejętności korzystania z czasopism lekarskich krajowych i zagranicznych staje się również ważne jak nabycie umiejętności zintegrowanego, holistycznego myślenia. Jest to możliwe tylko drogą pisania indywidualnych prac dyplomowych, typu magisterskiego — tak, jak to się praktykuje w wielu krajach.

Jakiegokolwiek są optymalne warunki studiowania dla osiągnięcia mak-

symalnej efektywności, ta ostatnia może być określona wyłącznie przez ocenienie ostatecznych konsekwencji procesu kształcenia. Służy temu ocena końcowa absolwentów wydziałów lekarskich. Pozwala ona na porównanie rzeczywiście osiągniętych wyników z tymi, które są założone w celach kształcenia. Ocena końcowa powinna więc określić wiedzę i scharakteryzować umiejętności studenta.

Żaden, najlepiej nawet opracowany test, nie określa umiejętności i nawyków studenta, a stosowane u nas tzw. kursowe egzaminy praktyczne są mało obiektywne z jednej strony, z drugiej bardzo uciążliwe w przeprowadzaniu dla poszczególnych katedr. Ciekawą formą oceniania praktycznych kompetencji absolwenta jest stosowany na świecie, szczególnie w ośrodkach angielskich — Obiektywny Kliniczny Egzamin Praktyczny OSCE (Objective Structured Clinical Examination).

Egzamin ten wiąże swą nazwę z większą obiektywnością i rzetelnością niż egzaminy tradycyjne. Treść i określenie wymaganego od studentów poziomu zaprogramowane są w formie stacji (station), które student zalicza i oceniana na podstawie wystandaryzowanego arkusza oceny dla egzaminatora. Każda ze stacji bada różne kliniczne kompetencje studenta, np. zbieranie wywiadu, badanie fizykalne, badanie laboratoryjne, podejmowanie decyzji, pisanie historii choroby, analiza wyników laboratoryjnych i zdjęć Rtg itd. Egzaminatorzy obecni przy wykonywaniu przez studenta danych czynności oceniają wiedzę, umiejętności i postawy studentów. Egzamin odbywa się jednocześnie dla grupy studentów zaliczających w sposób rotacyjny poszczególne stacje. Organizacja tego egzaminu w różnych ośrodkach przeprowadzana jest różnie. Egzamin ten składa się z kilku do ponad 20 stacji, a na każdą z nich przeznaczają się od 3 do 7 minut. Uzyskane tak dane w formie mogącej podlegać opracowaniu komputerowemu wnoszą bardzo dużo trafnych i rzetelnych informacji na temat kompetencji klinicznych absolwentów, a tym samym na temat efektywności kształcenia przeddyplomowego. Ma on również dużą wartość prognostyczną.

Przedstawione uwagi sygnalizują konieczność rewizji stanowiska polskiej szkoły kształcenia medycznego w sprawie egzaminu końcowego. Zarówno aspekt społeczny, historyczny jak i międzynarodowy przemawiają za potrzebą takiej kontroli w kształceniu medycznym,¹ na konieczność oceny jego „produktu końcowego” — lekarza przygotowanego do pracy w zawodzie.

Ocena taka pozwala na udzielenie odpowiedzi na następujące pytania:

- 1) jaki jest przyrost wiedzy całej grupy studentów oraz różnych podgrup,
- 2) jaka jest charakterystyka umiejętności intelektualnych, emocjonalnych i praktycznych studentów najlepszych (i najgorszych),
- 3) jakie są obszary wiedzy (pojęć, umiejętności praktycznych, działań zawodowych), w których wzrost jest największy?

4) jakie błędy popełniane są najczęściej w momencie kończenia studiów?

W świetle przedstawionych w tym artykule danych wydaje się uzasadniona konieczność przeprowadzania oceny absolwentów akademii medycznych przed wydaniem im prawa wykonywania zawodu.

Wnioski:

1. Trudności metodologiczne związane z uzyskaniem oceny końcowej absolwenta nie mogą wpłynąć na zaniechanie dokonywania takiej oceny w studiach medycznych.
2. Proponujemy rozważenie przeprowadzania 3-częściowego egzaminu końcowego z medycyny:
 - A) końcowy zintegrowany egzamin testowy
 - B) końcowy zintegrowany egzamin kliniczny
 - C) obrona pracy dyplomowej (w czasie trwania studiów).

PIŚMIENNICTWO

1. Faure E. (red.): *Uczyć się aby być. Raport Międzynarodowej Komisji Rozwoju Edukacji UNESCO*. PWN, Warszawa 1975.
2. Friberg K., Hubbard J. P., Smart G. A., Waniewski E.: *Konsultacje w sprawie oceny wyników nauczania medycznego. Propozycja utworzenia Centralnego Ośrodka Egzaminacyjnego*. Tłumaczenie z jęz. ang., WHO, Genewa, 1969 (do użytku wewnętrznego).
3. Gilbert J. J.: *Zarys pedagogiki medycznej*. PZWL, Warszawa 1980.
4. Harden R. M., Gleeson F. A.: *Assessment of Clinical Competence Using an Objective Structured Clinical Examination (OSCE)*. ASME Booklet 8. Association for the Study of Medical Education Dundee 1979.
5. Hebanowski M., Koseda M.: *Koncepcja testowego sprawdzianu wiedzy w nauczaniu chorób wewnętrznych w Podstawowej Opiece Zdrowotnej*. Probl. Dydak. Med. i Wychow., Poznań 1983.
6. Kaliszuk-Makles T.: *Egzamin końcowy z medycyny — jako próba oceny efektywności studiów na wydziale lekarskim*. Praca doktorska, AM, Warszawa 1982.
7. Katz K. M., Fulop T. (red.): *Personnel for Health Care; Case Studies of Educational Programmes*. Health Papers WHO, Genewa 1978, 70 and 1978, 71.
8. Kupisiewicz Cz.: *Podstawy dydaktyki ogólnej*. PWN, Warszawa 1973.
9. Metz J. C., Mell J., Walton J. H. (edited by). *Examination in Medical Education. A Necessary Evil?* — Proceedings of the 1980 Annual Conference of the AMEE, *Vetenschappelijk Uitgeverij Bunge, Utrecht, 1981*.
10. Nosal Cz., Obara M.: *Organizacja systemu kontroli i oceny nauczania medycyny*, PZWL, Warszawa 1978.
11. Obara M.: *Podstawy kształcenia medycznego*. Instytut Polityki Naukowej, Postępu Technicznego i Szkolnictwa Wyższego, PWN, Warszawa 1983.
12. Olesińska-Serafin A., Tysarowski W.: *Kierunki modernizacji programów kształcenia medycznego*. Warszawa 1984 (w druku).
13. Parchimowicz T.: *Egzamin końcowy z medycyny jako metoda oceny efektywności procesu dydaktycznego*. Probl. Uczel. i Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1979.
14. *Przepisy egzaminowania na stopnie naukowe lekarskie, weterynaryjne i farmaceutyczne, w ogólności osób, mających trudnić się praktyką lekarską*.
15. Tysarowski W.: *Current trends in European Medical Education*. *The Journal Medical Education*, 43(5), 1968.
16. Tysarowski W., Orłowska K., Karwowski A.: *Próba oceny efektywności nauczania medycyny w Warszawskiej Akademii Medycznej*. Probl. Szkol. i Nauk Medyczn. Warszawa 1984 (4).
17. Włodarczyk U.: *Diagnostyczne i prognostyczne funkcje efektywności kształcenia*. *Kwartalnik Dydaktyka — Medycyna — Wychowanie*, 1, 1978.
18. *World Directory of Medical Schools (fifth edition)*, WHO, Genewa, 1979.
19. *Wstępna propozycja reformy studiów medycznych w Polsce*. Zespół MZiOS d/s opracowania reformy studiów na wydziałach lekarskich, Warszawa 1983.

Józef Jan KUŹMIŃSKI

UDZIAŁ PERSONELU MEDYCZNEGO BIAŁOSTOCCZYZNY W KAMPANII WRZEŚNIOWEJ 1939 R.

Województwo białostockie po dokonanych nowym podziale administracyjnym kraju od 1.IV.1939 r. składało się z 10 powiatów w tym Białystok Miasto. Na obszarze wynoszącym 26.036 km² zamieszkiwało 1.263.300 ludzi, dając przeciętną gęstość zaludnienia 48 osób na km².

Według danych Ministerstwa Opieki Społecznej na dzień 31.XII.1938 r., w woj. białostockim zarejestrowanych było 1108 pracowników służby zdrowia, wśród których było: 309 lekarzy, 169 dentystów, 116 farmaceutów i prowizorów farmacji, 74 felczerów, 440 położnych i pielęgniarek. Czynnych było 28 szpitali: państwowych, samorządowych, prywatnych, instytucji charytatywnych i jeden szpital wojewódzki.

Spośród 2164 łóżek jakie znajdowały się w szpitalach, 50% stanowiły łóżka dla psychicznie i nerwowo chorych. Lecznictwo otwarte dysponowało 47 przychodniami i ośrodkami zdrowia. Funkcjonowało 116 aptek i punktów aptecznych. Na czele Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego stał dr Andrzej Kosiński, który zginął w wyniku działań wojennych. Grodno było siedzibą DOK III, a także i Szpitala Okręgowego (komendant ppłk dr D. Krechowicz).

Wyjątek na terenie województwa białostockiego stanowił powiat Białsko-Podlaski, który podlegał administracji wojskowej DOK IX w Brześciu n/Bugiem. W Sokółce mieściła się kadra zapasowa 3 WSO (szef ppłk dr Leon Szczepanowicz) zaś w Białymstoku (szef mjr dr T. Czarnecki), Suwałkach (szef mjr dr J. Roszkowicz) — istniały Garnizonowe Izby Chorych. Zarówno wojskowa jak i cywilna służba zdrowia ściśle współpracowały z PCK. Przedstawiciele administracji służby zdrowia i sił zbrojnych wchodzili w skład władz PCK.

W Białymstoku wiceprezesem ZO PCK był gen. Ludwik Kmicic-Skrzyński dowódca Podlaskiej Brygady Kawalerii, który jednocześnie pełnił funkcję przedstawiciela szefa sanitarnego DOK III płk dr Henocha przy ZOZ PCK. Generał Skrzyński był jednym z organizatorów i inicjatorów powołania w 1938 r. przy szpitalu PCK pogotowia ratunkowego.

Samochody sanitarne pogotowia były konserwowane przez 7 baon broni pancernej z Grodna. Tabor samochodowy PCK w sierpniu 1939 r. liczył ponad 20 pojazdów, z których stworzono 1 kolumnę samochodów sanitarnych kierując ją do dyspozycji DOK III, inne skierowano do 9 p.s.k. w Grajewie, część zostawiając w Białymstoku. Szczególnie intensywna współpraca między PCK, wojskiem i administracją służby zdrowia rozpoczęła się w obliczu zagrożenia militarnego kraju tj. na przełomie 1938/39.

W tym czasie praktycznie w każdym większym zakładzie pracy i skupisku ludzkim rozpoczęto szybkie szkolenie grup ratowniczo-sanitarnych. Latem 1939 r. drużyny PCK i LOPP wyposażono w opatrunki osobiste (niektóre jeszcze z I wojny światowej) i prowizoryczne maski przeciwgazowe sporządzone z kilku warstw flaneli. W szpitalach, ośrodkach zdrowia i aptekach poczyniono zapasy niezbędnych leków i materiałów opatrunkowych.

Spółceństwo przystąpiło do organizacji Obywatelskich Komitetów Pomocy Wojsku, a PCK już w sierpniu 1939 r. począł gromadzić, przez sieć punktów w większych miastach, zapasy krwi na potrzeby wojska. Zakład Farmakognozji USB w Wilnie zaproponował przetwarzanie na materiał opatrunkowy mchu białego. Rozpoczęto skup. Z inspiracji PCK w Hajnówce przy „Terpentyniarni” i „Tartaku” powstały punkty sanitarne pod egidą dr Antoniego Jędruszka, tamtejszego lekarza-społecznika. Pomocą służyły pielęgniarki PCK — M. Żuchowska i W. Hryniewicka. Podobny punkt powstał przy stacji PKP Łapy na czele z felczerem W. Radziukiem. Stacja Łapy była miejscem postoju pociągów sanitarnych DOK III. W sierpniu DOK III rozpoczęło organizację szpitali wojennych — 502 w Białowieży (Komendantem 502 szpitala wojennego był mjr lekarz, obywatel polski holenderskiego pochodzenia, z którym przybyło około 38 żołnierzy sanitariatu przeważnie z Poznania i liczny personel pomocniczy) zajmując na jego potrzeby budynek schroniska turystycznego, Szkoły Leśnej i części budynków byłego pałacu carskiego (około 300 łóżek) oraz analogicznego 303 w Białymstoku, lokując go w budynkach Seminarium Nauczycielskiego. Komendantem 303 szpitala był ppłk Stanisław Garniewicz. Obsadę stanowiło 11 lekarzy (nazwiska znane) i 60 pielęgniarek PCK (21 znanych nazwisk) i sanitariuszy.

Na potrzeby wojska zajęto również szkołę powszechną nr 7 przy ul. Wiatrakowej, gdzie na parterze umieszczono punkt ratowniczo-sanitarny, zaś na piętrze wszystkie sale przygotowano na przyjęcie rannych. Komendantem punktu była dr Irena Białówna — działacz PCK. Załogę stanowiło 3 lekarzy i pewna ilość pielęgniarek PCK. W 3 WSO w Grodnie poza w/w komendantem szpitala płk dr D. Krechowiczem służbę wojskową pełnili:

1. mjr dr Adam Kiełbiński — z-ca komendanta

2. ppłk dr Marian Pióro — ordynator oddz. chirurgicznego
3. mjr dr Henryk Truszkowski — ordynator oddz. zakaźnego
4. kpt. dr A-der Higer — ordynator oddz. dermatologicznego (rozstrzelany w VII 1943 w Grodnie)
5. mjr dr Kazimierz Majewski — ordynator oddz. okulistycznego
6. mjr dr Waclaw Panczerzyński — ordynator oddz. wewnętrznego (rozstrzelany z rodziną w VII.1943 w Grodnie)
7. por. dr Jan Waszczuk — prowadził poradnię laryngologiczną (rozstrzelany z rodziną w VII.1943 w Grodnie)
8. mjr dr Ossowski — prowadził pracownię rentgenowską
9. mjr dr Truskolaski — prowadził pracownię laboratoryjną
10. piel. dypl. Zofia Zapolska — przełożona personelu średniego
11. piel. dypl. H. Korbutowska — oddział wewnętrzny
12. sierż. fel. Czekanski — oddział dermatologii
13. szwaczka Józefa Jankowska —

Pewna część personelu 3 WSO na czele z komendantem została skierowana w trakcie mobilizacji do innych zadań w wojskowej służbie zdrowia. Miejsce komendanta 3 WSO objął powołany z rezerwy kpt. dr Jerzy Krzywiec. W Sokółce kadra zapasowa 3 WSO organizowała między innymi 133 kompanię sanitarną, na czele której stanął radiolog 3 WSO z Grodna mjr dr Ossowski (zginął w trakcie kampanii). Szefem kompanii był sierż. Alfons Kaczanowski. Kompania liczyła 258 szeregowych i 8 oficerów w tym 1 farmaceutę i 7 lekarzy i posiadała transport konny.

Kompania została skierowana do 33 DP i tuż przed wybuchem wojny osiągnęła rejon Sniadowa. Stan zmotoryzowania transportu sanitarnego województwa był nikły. Kuriozum stanowiło w województwie posiadanie np. przez ambulatorium fabryczne w Hajnówce samochodu sanitarnego, który zmobilizowany do WP wziął udział w kampanii wraz ze swym kierowcą Janem Bzomowskim — pracownikiem Dyrekcji Lasów Państwowych w Białowieży. 1.IX.1939 w niecałe 1,5 godziny od chwili wybuchu wojny Szpital Miejski w Białymstoku przyjął pierwsze ofiary agresji — pułkownika rannego w brzuch i dwóch kaprali. Pułkownik i ranny w głowę kapral zmarli tegoż dnia. Personalia ani miejsce pochowania ich nie są znane. Od 3 września rannych i chorych umieszczano na korytarzach i hallach. Skąpa załoga szpitala, w skład której wchodził między innymi: chirurg dr Konrad Fiedorowicz, dermatolog Jan Walewski, felczer Statkiewicz, pielęgniarki Janina Cudowska, Małgorzata Nieć, Zofia Romanowska, Józefa Zięczyk, Dziurzyńska, sanitariusz Michał Koniecko — uzupełniona personelem PCK dokonywała nadludzkich wysiłków by sprostać obowiązkom. Trudno ustalić nawet orientacyjnie ilu żołnierzy rannych i chorych hospitalizowano w Szpitalu Miejskim, ale jeżeli około 11 września w 60 łózkowym szpitalu w Bielsku Podlaskim przebywało 72 rannych żołnierzy, to dwukrotna ich ilość nie będzie

chyba przesadą. 3 września w godzinach rannych 303 szpital wojenny przyjął 4 sanitarki wypełnione rannymi żołnierzami dowiezionymi z kierunku Ossowiec—Grajewo. Obsadę jednej z sanitarek stanowili białostocczanie: pielęgniarka PCK Nadzieja Biruk i kierowca PCK Marciniak. Pozostałe 3 sanitarki obsadzone były personelem wojskowym.

5 września następuje silny nalot bombowców na stację PKP Łapy. Punkt ratowniczo-sanitarny na dworcu PKP udziela pomocy 19 osobom w tym żołnierzom WP, cywilom i 5 kolejarzom. Do pracy w punkcie zgłasza się miejscowy proboszcz Daniłowicz. 8 września punkt sanitarny w szkole powszechnej nr 7 zostaje pozbawiony personelu lekarskiego. 3 lekarze Żydzi — opuścili Białystok, zaś dr Białówna zostaje wezwana przez dr Fiedorowicza do pomocy w Szpitalu Miejskim. W szkole pozostaje tylko personel średni.

W szpitalu powiatowym w Bielsku Podlaskim rannymi żołnierzami opiekuje się dr Machońko (absolwent USB w Wilnie), 11 września 72 żołnierzy z Bielska Podlaskiego zostaje przetransportowanych do szpitala wojennego 303 w Białymstoku będącego w toku ewakuacji. Do 14 września przez punkty sanitarne w Hajnówce przechodzi 104 rannych i chorych żołnierzy polskich i pacjentów spośród ludności cywilnej. Nasilenie przybywających do w/w punktów żołnierzy WP następuje od 5 września, tj. od czasu kiedy w rejonie Bielsk Podlaski—Hajnówka grupują się oddziały 35 DP oraz spływające jednostki z rejonów frontowych. Rannych i chorych z tych punktów kieruje się do szpitala wojennego 503 w Białowieży i powiatowego szpitala w Bielsku Podlaskim. 10 września wskutek postępów wojsk niemieckich na odcinku białostockim ewakuuje się z Białegostoku w kierunku wschodnim 303 szpital wojenny. Opiekę nad pozostałymi w szpitalu 200 ciężko rannymi i chorymi żołnierzami WP przejmuje personel cywilny Szpitala Miejskiego, członkowie Obywatelskiego Komitetu Pomocy Wojsku, LOPP i PCK.

Cofające się od granicy z Prusami Wschodnimi oddziały SGO „Narew” stacują w rejonie Czyżew—Zambrów w dniach 12—14 września kolejną walkę z otaczającymi je wojskami niemieckimi, ponosząc dotkliwe straty w ludziach. Po bitwie w osadzie Andrzejewo, w miejscowej szkole i kościele grupuje się kilkuset rannych żołnierzy polskich. Wśród niosących pomoc ofiarom wojny jest miejscowy właściciel apteki Marian Kostecki z rodziną. Jedną z jego córek Lucyna (żołnierz ochotnik 9 DP w 1944 r. emerytowany pracownik białostockiego Zarządu Aptek) sprawowała systematyczną opiekę nad rannymi do chwili ewakuowania ich z Andrzejewa przez wojskowe władze radzieckie do Białegostoku. W swej relacji wspomina o dwóch polskich lekarzach wojskowych opiekujących się rannymi. Jednym z nich mógł być doc. dr Władysław Pręgowski obecny Kierownik Kliniki Gruźlicy Płuc AMB — ówczesnie lekarz 3 baonu 71 pp — uczestnik tej bitwy. Po objęciu przez personel cywilnej służby zdrowia budynku byłego 303 szpitala wojennego (Seminarium Nauczycy-

cielskiego), sanitariat ujawnia w podziemiach niepogrzebanych 30 żołnierzy WP. Grzebaniem zmarłych zajmuje się kapelan wojskowy ksiądz Teofil Wdzięczny (zmarł na emigracji) wraz z grupą harcerzy. Trumny przygotowują stolarze białostoccy ze spółdzielni „Styl”. Duży wkład pracy na rzecz pozostawionych w szpitalu rannych żołnierzy WP dają z siebie nauczyciele szkół białostockich: Rybarczykowa, Zubolewicz, Moczydłowska oraz harcerki i uczennice szkoły odzieżowej, a także rodzina p. Ireny Lelusz, która stwarza w swym domu możliwości pobytu 15 rannym żołnierzom WP, innych przenosi się do szpitala żydowskiego i Czerwonego Krzyża. Po wejściu wojsk niemieckich 15 września do Białegostoku w Szpitalu Miejskim hospitalizuje się rannych żołnierzy niemieckich, zaś po 16 września także chorych zakaźnie. Ewakuowany po 17 września 502 szpital wojenny z Białowieży wchodzi następnie w skład Centrum Szpitalnego Zamość, którego komendantem był płk dr Adam Szelest. W początkowej fazie kampanii ujawniono w 3 WSO w Grodnie fakty dywersji na rzecz Niemiec. Dywersantami zajęły się władze wojskowe. Po wejściu wojsk radzieckich do Grodna 20 września — 3 WSO zostaje ewakuowany do Wilna i tam 29 września 1939 r. rozwiązany.

Z zebranych dotychczas materiałów wynika, że do WP w 1939 r. zostało powołanych z białostoczczyzny 24 lekarzy różnych specjalności, 2 farmaceutów, 24 pielęgniarki i 2 kierowców samochodów sanitarnych.

Z kampanii wrześniowej i po zakończeniu działań II Wojny Światowej do rodzin nie powrócili: dr Czesław Morozewicz z Supraśla, dr Stefan Salomonowicz z Białegostoku, dr Stanisław Emilianowicz z Białegostoku, dr Romuald Sztajer z Białegostoku, dr Antoni Łatacz z Suchowoli, dr Stefan Tarasiuk-Tarasiewicz z Sokółki, dr Jerzy Terlecki z Sokółki, mgr Zbigniew Stępniewski z Grodna, mgr Stanisław Sleszyński z Grodna, dr Stanisław Deresz z Białegostoku.

Mgr Stanisław Sleszyński znalazł się w 1940 r. w okolicach Jasła i usiłował przekroczyć granicę. Został schwytyany przez Niemców i w lipcu 1940 r. w Jaśle rozstrzelany. Spośród cywilnego personelu medycznego w wyniku kampanii wrześniowej zginęli: dr Stanisław Gogolewski z Białegostoku i dr Włodzimierz Bernasiewicz z Choroszcy.

Z personelu wojskowej zawodowej służby zdrowia znajdującej się na terenie białostoczczyzny z drugiej wojny światowej nie powrócili: Kpt. dr Kacper Latała z Łomży, Ppor. lek. z 9 p.s.k. Grajewo (nazwisko i imię nie znane), Mjr lek. Truskolaski (imię nie znane) z 3 WSO — Grodno, Kpt. podof. san. Bieńkowski (imię nie znane) 133 Kompanii Sanit. 33 DP Sierż. podof. san. Kuliński Jan 133 Kompanii Sanit. 33 DP.

Przytoczone tu straty nie obejmują całości możliwych ofiar wśród personelu medycznego tak cywilnej jak i wojskowej służby zdrowia białostoczczyzny w Kampanii Wrześniowej. Zdając sobie sprawę z tego, że całość obrazu nigdy nie będzie odtworzona z różnych przyczyn, dlatego

też nawet tak skromny materiał, jaki udało się zdobyć, jest bezcenną cząstką całości jej udziału w tragicznym wrześniu 1939 r.

Bibliografia

1. Z. Koszyła: Wrzesień 1939 r. na Białostocczyźnie Wyd. BTN Białystok 1967 r.
2. W. Iwanowski: Kampania wrześniowa 1939 r. Wyd. Pax. Warszawa 1961
3. Ministerstwo Opieki Społecznej — Urzędowy Spis Pracowników Służby Zdrowia, Warszawa 1939
4. J. Kaja: Klasa robotnicza białostocczyzny 1929—1939 PWN Warszawa 1974
5. Działanie II Korpusu we Włoszech, Londyn 1963
6. Instytut Historyczny im. Gen. Sikorskiego PSZ w II wojnie światowej, I cz. Z-a Londyn 1959
7. Z. W. PCK — Protokoły posiedzeń Zarządu Okręgu PCK z lat 1935—1939, Białystok
8. Spis fachowych pracowników służby zdrowia PZWL. Warszawa 1961
9. R. Jasiński: Wrzesień pod Alpami, ŁSW Warszawa 1965
10. S. Wojtkowiak: Lancet i Karabin, Wyd. MON Warszawa 1973
11. J. Kuźmiński: Zbiory własne.

KRONIKA

Władze Akademii Medycznej w Warszawie

Uczelniana Komisja Wyborcza informuje, że na kadencję w latach 1984—1987

Rektor

Prorektorzy

wybrane zostały Władze uczelni w następującym składzie:

- prof. dr med. Jan Nielubowicz
- prof. dr hab. med. Bogdań Pruszyński
- prof. dr hab. med. Tadeusz Tołłoczko
- doc. dr hab. med. Andrzej Stapiński

I Wydział Lekarski

Dziekan

Prodziekani

- prof. dr hab. med. Zbigniew Szreniawski
- prof. dr hab. med. Jadwiga Kuczyńska-Sicińska
- prof. dr hab. med. Janusz Cianciara
- doc. dr hab. med. Andrzej Karwowski
- doc. dr hab. med. Maria Wierzbicka

II Wydział Lekarski

Dziekan

Prodziekani

- prof. dr hab. med. Jerzy Kuch
- prof. dr hab. med. Longin Marianowski
- doc. dr hab. med. Aleksander Wasutyński

Wydział Farmaceutyczny

Dziekan

Prodziekani

- prof. dr hab. n. farm. Mirosława Goleniewska-Furman
- doc. dr hab. n. farm. Jacek Brzeziński
- dr hab. n. farm. Jan Pachecka

BIOGRAMY REKTORÓW AKADEMII MEDYCZNYCH OBECNEJ KADENCJI

1. Akademia Medyczna im. Juliana Marchlewskiego w Białymstoku

Prof. dr hab. Jerzy **LEBKOWSKI** ur. 16 stycznia 1922 r. w Warszawie, uzyskał Dyplom Lekarza w 1950 r. na Wydziale Lekarskim w Warszawie. Specjalizację w zakresie neurochirurgii rozpoczął w 1946 r. w Klinice Ne-

urochirurgii w Warszawie, gdzie pracował do 1950 r. następnie przez 4 lata pracował w Oddziale Neurochirurgii Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi i wreszcie w latach 1955—1961 w Klinice Neurochirurgii AM w Pozna-

niu. We wrześniu 1961 r. został przeniesiony służbowo na stanowisko kierownika Oddziału Neurochirurgii AM w Białymstoku. Od 1970 r. jest kierownikiem Kliniki Neurochirurgii i Dyrektorem Instytutu Chorób Nerwowych i Narządów Zmysłowych AM w Białymstoku, a od 1981 r. Rektorem tejże Uczelni.

W 1961 r. uzyskał stopień Doktora Medycyny, w 1966 r. stopień docenta, a w 1973 r. tytuł profesora nadzwyczajnego.

Prof. dr hab. Jerzy Łebkowski jest autorem 133 prac naukowych, które dotyczą najważniejszych zagadnień neurochirurgicznych. W prowadzonej przez niego klinice wykonywane są nie tylko wszystkie klasyczne zabiegi neurochirurgiczne, lecz również operacje stereotaktyczne i mikrochirurgiczne. Klinika posiada pracownię neurochirurgii doświadczalnej, w której prowadzone są kompleksowe badania nad ciśnieniem wewnątrzczaszkowym oparte na unikalnej aparaturze opracowanej wspólnie z elektronikami polskimi (COTM). Pod jego kierunkiem przygotowano 16 prac doktorskich oraz 5 rozpraw habilitacyjnych.

Prof. dr hab. Jerzy Łebkowski jest członkiem 3 Komisji PAN, Krajowego Nadzoru Specjalistycznego, Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia, członkiem Światowej Federacji Towarzystw Neurochirurgicznych. W latach 1976—1983 był Prezesem Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów. Obecnie pełni funkcję Wiceprezydenta Europejskiej Federacji Towarzystw Neurochirurgicznych (EANS).

Otrzymał wiele nagród za działalność dydaktyczną i naukową, m.in. nagrodę zespołową I stopnia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Jest odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi (1973 r.), Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski (1974) oraz „Zasłużony Nauczyciel PRL” (1983).

Prof. dr hab. J. Łebkowski utrzymuje ścisłe kontakty naukowe z ośrodkami neurochirurgicznymi ZSRR, Francji, USA, Belgii, Anglii, Włoch, Holandii, Hiszpanii, Danii, Czechosłowacji, Szwecji.

W chwilach wolnych uprawia malarstwo i rzeźbę.

2. Śląska Akademia Medyczna im. L. Waryńskiego w Katowicach

Prof. nadzw. dr hab. n. med. **Mieczysław LUCIAK** urodził się 23 grudnia 1928 r. w Sosnowcu. Studia medyczne ukończył na Wydziale Lekarskim Śląskiej Akademii Medycznej w

Katowicach w 1953 r. Jeszcze w czasie studiów w 1950 r. rozpoczął pracę zawodową w Zakładzie Anatomii Patologicznej jako asystent bez dyplomu, przechodząc następnie wszystkie kolejne szczeble awansu pracownika naukowo-dydaktycznego, do obecnie zajmowanego stanowiska profesora.

W 1962 r. uzyskał stopień doktora nauk medycznych, a w 1969 r. stopień doktora habilitowanego. W 1970 r. został mianowany docentem, a w 1976 r. uzyskał tytuł naukowy profesora nadzwyczajnego.

Dorobek naukowy prof. Mieczysława Luciaka obejmuje ponad 100 prac ogłoszonych drukiem, w tym kilkadziesiąt prac opublikowanych w czasopiśmie o zasięgu międzynarodowym. Jest współautorem podręcznika „Onkologia urologiczna”.

Głównymi kierunkami działalności naukowej prof. Mieczysława Luciaka są badania w zakresie:

1. Etiopatogenezy, histopatologii i cytologii nowotworów, zwłaszcza gruczolu krokowego.
2. Wpływu środowiska na ustroje żywe, a głównie zanieczyszczenie powietrza, pestycydów oraz działania niektórych leków.
3. Zmian patologicznych przyzębia, miążgi zęba i błony śluzowej jamy ustnej oraz etiopatogenezy tych zmian.

W tej dziedzinie prof. Mieczysław Luciak jest czołowym specjalistą w kraju.

Prof. Luciak przedstawiał swoje osiągnięcia naukowe na licznych krajowych i międzynarodowych zjazdach i sympozjach. W 1980 r. otrzymał nagrodę za pracę „Badania nad wczesnym rakiem żołądka” przyznaną przez Europejskie Śródziemnomorskie Towarzystwo Gastroenterologii.

Bierze aktywny udział w rozwoju kadry naukowej. Jest promotorem 8 rozpraw doktorskich, opiekunem 1 dysertacji habilitacyjnej. Pomagał w opracowaniu części morfologicznej 5 prac habilitacyjnych kolegów klinicystów. Był recenzentem 12 rozpraw doktorskich i 4 prac habilitacyjnych. Ponadto na zlecenie Centralnej Komisji d/s Kadry Naukowej opracował 24 recenzje prac doktorskich, habilitacyjnych i profesorskich. Pod Jego kierunkiem 6 pracowników uzyskało I lub II stopień specjalizacji w dziedzinie patomorfologii.

Od 1975 r. jest kierownikiem Zakładu Anatomii Patologicznej, obecnie kierownikiem II Katedry i Zakładu Patomorfologii. Pełnił również funkcję Dyrektora Instytutu Patologii.

Od wielu lat uczestniczy w pracach kolegialnych organów Śląskiej Akademii Medycznej. Od 1.XII.1980 r. pełni funkcję Prorektora d/s Nauki. Jest członkiem Senatu, a także przez wiele lat był członkiem licznych komisji uczelnianych.

Od 1977 r. do 1984 r. był członkiem Centralnej Komisji Kwalifikacyjnej przy Prezese Rady Ministrów.

Prof. Mieczysław Luciak rozwija żywą działalność w Polskim Towarzystwie Anatomopatologów, Towarzystwie Onkologicznym, Polskim Towarzystwie Lekarskim.

Swoją bardzo aktywną działalność naukową, dydaktyczno-wychowawczą i pracę w towarzystwach naukowych łączy z wybitną działalnością społeczno-polityczną. Jako uczeń liceum wstąpił do PPR, a następnie został członkiem PZPR. Pełnił bardzo odpowiedzialne funkcje partyjne w Śl.A.M w latach 1971—1972 i 1975 r., pełnił funkcję I Sekretarza KU PZPR. Był delegatem na IX Zjazd PZPR oraz Krajową Konferencję Partyjną w 1983 r.

Prof. Mieczysław Luciak jest odznaczony: Srebrnym Krzyżem Zasługi, Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Orderem Sztandaru Pracy II Klasy, Medalem 30-lecia Polski Ludowej, Medalem Komisji Edukacji Narodowej, tytułem honorowym „Zasłużony Nauczyciel PRL” oraz wyróżniony: odznaką Za wzorową pracę w służbie zdrowia, złotą odznaką Zasłużonemu w rozwoju województwa katowickiego, odznaką honorową ZSP, odznaką 1000-lat Państwa Polskiego. Brązowym Medalem Za Zasługi dla Obronności Kraju, złotą odznaką ZHP, honorową odznaką XXX-lecia PPR, Srebrną odznaką im. J. Krasickiego, odznaką zasłużonego działacza FJN, odznaką TPPER, złotą odznaką ZNP, złotą odznaką Zasłużonego w rozwoju Śl.A.M, złotą odznaką LOK, Medalem 30-lecia Śl.A.M.

3. Akademia Medyczna w Lublinie

Prof. dr hab. n. med. **Zdzisław KLEINROK** urodził się 4 października 1928 roku w Kozłowie k/Tarnopola w rodzinie chłopskiej. W roku 1945 w ramach repatriacji został wraz z całą rodziną przesiedlony do Gliwic, gdzie w 1947 r. uzyskał świadectwo dojrzałości, a następnie przez okres jednego roku pracował w Centrali Zbytu Węgla w Katowicach. W latach 1948—1953 studiował w Śląskiej Akademii Medycznej uzyskując dyplom lekarza medycyny. Po ukończeniu I roku studiów

rozpoczął pracę w Uczelni. W wymiarze 1/2 etatu początkowo w Zakładzie Farmakologii w charakterze laboranta oraz p.o. asystenta.

W roku 1953 bezpośrednio po ukończeniu studiów medycznych kontynuował pracę w charakterze nauczyciela akademickiego na stanowisku asystenta w Zakładzie Farmakologii Śląskiej Akademii Medycznej łącząc pracę w przemysłowej służbie zdrowia, w której uzyskał specjalizację I i II stopnia w dziedzinie medycyny przemysłowej. W roku 1959 uzyskał stopień naukowy doktora medycyny i w tymże roku mianowany został adiunktem. W roku 1966 otrzymał stopień naukowy docenta nauk medycznych w zakresie farmakologii, a w rok później mianowany został docentem w Katedrze Farmakologii Śląskiej Akademii Medycznej.

Z dniem 1 grudnia 1967 r. w wyniku konkursu został służbowo przeniesiony ze Śląskiej Akademii Medycznej do Akademii Medycznej w Lublinie na stanowisko kierownika Katedry i Zakładu Farmakologii, które zajmuje do chwili obecnej. Niezależnie od tego w latach 1967—1974 pełni obowiązki kierownika Zakładu Farmakodynamiki Wydziału Farmaceutycznego. W roku 1974 otrzymał tytuł naukowy profesora nadzwyczajnego, a w roku 1980 profesora zwyczajnego.

Prof. dr hab. Zdzisław Kleinrok stażem naukowym odbywał w Szwajcarii (1959) oraz w ZSRR (1963). Jest specjalistą II stopnia w dziedzinie medycyny przemysłowej oraz z zakresu farmakodynamiki i farmakologii klinicznej.

Prof. dr hab. Zdzisław Kleinrok jest autorem lub współautorem 193 opublikowanych prac naukowych, z których 104 opublikował po uzyskaniu tytułu profesora nadzwyczajnego, jak też promotorem 25 prac doktorskich i recenzentem ponad 100 prac doktorskich. Pod jego kierunkiem wykonano 6 prac habilitacyjnych. Nadto jest współredaktorem podręcznika pt. „Farmakometria” oraz autorem m.in. 4 rozdziałów skryptu i współautorem 4 rozdziałów podręcznika farmakologii dla studentów stomatologii (cztery wydania), autorem 6 rozdziałów podręcznika farmakologii dla studentów medycyny (dwa wydania) oraz autorem rozdziałów w książkach pt. „Wirusologia kliniczna” i „Psychofarmakologia doświadczalna i kliniczna”.

Prof. dr hab. Zdzisław Kleinrok jest członkiem założycielem Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego, Polskiego Towarzystwa Fizjologicznego, Polskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz

International Society of Biochemical Pharmacology i Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie. W towarzystwach tych pełnił wiele odpowiedzialnych funkcji, a m.in. w latach 1975—1977 był przewodniczącym Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego, a w latach 1977—1979 pełnił funkcję wiceprzewodniczącego tego Towarzystwa. Od roku 1974 jest członkiem Komitetu Nauk Fizjologicznych, gdzie sprawuje aktualnie funkcję wiceprzewodniczącego oraz Komisji Farmakologii PAN, w której w latach 1975—1980 piastował funkcję wiceprzewodniczącego. Jest członkiem Sekcji Badań nad Lekiem Komitetu Terapii Doświadczalnej PAN, Komisji Farmakologii Klinicznej PAN oraz Komisji Przemiany Materii PAN. Ponadto prof. dr hab. Z. Kleinrok jest członkiem Prezydium Komisji Leków MZiOS, Rady Naukowej przy MZiOS oraz Rady Konsultacyjnej d/s wyrobów farmaceutycznych przy Ministrze Przemysłu Chemicznego i Lekkiego.

W Akademii Medycznej w Lublinie pełnił funkcję prodziekana Wydziału Lekarskiego (1969—1971), dziekana Wydziału Lekarskiego (1972—1974) oraz zastępcy dyrektora Instytutu Patologii Klinicznej (1976—1984).

Prof. dr hab. Zdzisław Kleinrok w latach 1973, 1974 i 1975 otrzymał nagrody I stopnia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej za szczególnie ważne i twórcze osiągnięcia dydaktyczno-wychowawcze i organizacyjne, w roku 1977 nagrodę I stopnia za kształcenie kadry naukowej, a w roku 1983 zespołową nagrodę naukową I stopnia.

Prof. dr hab. Zdzisław Kleinrok jest członkiem Partii od 1948 roku pełniąc w tym czasie wiele odpowiedzialnych funkcji. Już w okresie studiów dał się poznać jako pryncypialny i aktywny działacz organizacji młodzieżowych. W okresie studiów aktywnie działał w Zrzeszeniu Studentów Polskich, gdzie pełnił funkcję kierownika Uczelnianego Wydziału Nauki oraz w ZMP, był przewodnikiem nauki i pracy społecznej.

Prof. dr hab. Zdzisław Kleinrok posiada następujące odznaczenia i ordery: „Zasłużony dla województwa katowickiego” (1963), „Za wzorową pracę w służbie zdrowia” (1964), Medal 30-lecia PRL (1974), Srebrne odznaczenia im. Janka Krasickiego (1972), Złoty Krzyż Zasługi (1971), Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski (1977), Medal Komisji Edukacji Narodowej (1977), odznaka „Za zasługi dla Lubel-

szczyzny” (1979) oraz tytuł „Zasłużony Nauczyciel PRL” (1982).

Zainteresowania naukowe prof. Z. Kleinroka skupiają się wokół farmakologii ośrodkowego układu nerwowego oraz farmakologii krążenia i badań właściwości farmakologicznych nowosyntetyzowanych związków chemicznych o potencjalnym zastosowaniu leczniczym.

4. Akademia Medyczna w Łodzi

Kolegium Elektorów Akademii Medycznej w Łodzi w dniu 17.V.84 r. wybrało na stanowisko Rektora w latach 1984/1985—1986/87 prof. dra hab. med. Leszka Woźniaka.

Prof. Leszek WOŹNIAK urodził się 30.01.1925 r. w Łodzi, okres okupacji spędzał częściowo w Warszawie, kontynuując szkołę średnią w ramach tajnego nauczania, a częściowo pracując w fabryce maszyn rolniczych pod Warszawą. W 1945 r. pełnił czynną służbę w Ludowym Wojsku Polskim i po demobilizacji rozpoczął w 1946 r. studia na Wydziale Lekarskim UŁ. Studia lekarskie zakończył w 1951 r., doktorat uzyskał w 1956 r. a stopień doktora habilitowanego (dawniej docenta) w 1964 r. Prof. Leszek Woźniak kieruje obecnie Katedrą Onkologii AM w Łodzi prowadząc bezpośrednio Zakład Nowotworów. Jest także koordynatorem badań z zakresu diagnostyki nowotworów w ramach PR—6. Był także przez 4 lata przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.

Jest uczniem wybitnego anatomo-patologa polskiego, zmarłego już prof. Aleksandra Pruszczyńskiego, twórcy łódzkiej szkoły patomorfologicznej. Studia uzupełniające w zakresie diagnostyki onkologicznej odbywał w Warszawie u prof. J. Laskowskiego, w Zurychu u prof. A. von Albertiniego i w Lejdzie u prof. von Rijssela i Willighagena, zaś studia z zakresu dermatologii u prof. J. Lutowickiego. Prof. Leszek Woźniak jest członkiem władz AM w Łodzi od 1972 r.; początkowo jako prodziekan, później jako prorektor, a od 1981 r. jako rektor.

W 1979 r. Rada Państwa nadała mu tytuł Profesora Zwyczajnego.

Prof. Leszek Woźniak jest odznaczony wieloma orderami państwowymi i wojskowymi.

5. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Prof. dr Jerzy S. WÓJTOWICZ ur. 9 grudnia 1932 r. w Poznaniu.

Wykształcenie
 1944 szkoła powszechna
 1950 Gimn. i Lic. im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
 1951—1957 Wydz. Lekarski, Akademia Medyczna w Poznaniu
 1962 doktorat medycyny
 1964 specjalizacja II^o w radiologii
 1966 habilitacja
 1975 profesor nadzwyczajny
 1983 profesor zwyczajny
 Praca zawodowa
 1957—1966 asystent, st. asystent i adiunkt, w Zakładzie Radiologii AM w Poznaniu
 1967 docent, kierownik Zakładu Radiologii
 1975—1981 dyrektor Instytutu Radiologii AM w Poznaniu
 1981 kierownik Zakładu Radiologii Ogólnej Instytutu Radiologii
 Badania naukowe
 1958—1984 ponad 150 prac oryginalnych i książek. Główne zainteresowania: angiografia, farmalizacja rozpoznania, tomografia komputerowa choroby serca i naczyń. Liczne pobyty naukowe w ośrodkach radiologicznych w kraju i za granicą (m.in. Oxford, Stockholm, Tübingen)
 Nauczanie
 1958—1984 nauczanie studentów wydziału lekarskiego, ponad 20 specjalizacji lekarzy w radiologii,
 1970—1984 promowanie 14 dr med., opiekun 5 przewodów habilitacyjnych, 1 profesora w radiologii. Kilkadziesiąt recenzji prac promocyjnych i wniosków o tytuł naukowy
 Organizacja
 1972—1984 Pracownia Angiokardiografii, Mammografii, Termografii Lekarskiej, Pracownia Tomografii Komputerowej, Pracownia Ultrasonografii
 Inne
 1966—1984 członek wielu krajowych i zagranicznych komisji, komitetów i towarzystw
 1970—1974 vice a w 1974—1977 przewodniczący ZG Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego
 1978 redaktor naczelny Polskiego Przeglądu Radiologii i Medycyny Nuklearnej, członek zespołu redakcyjnego Investigative Radiology 1966 oraz European J. of Radiology 1982
 1979—1984 ekspert Światowej Organizacji Zdrowia
 1970—1981 członek nadzoru krajowego w radiologii, konsultant regionalny

1979—1981 członek CKK
 1962 członek PZPR
 1981—1984 rektor Akademii Medycznej w Poznaniu
 1984 ponowny wybór na stanowisko rektora AM.

6. Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie

Prof. dr hab. **Sylwester KOWALIK** urodził się 9 grudnia 1931 roku w rodzinie robotniczej w Radomyślu nad Sanem w województwie tarnobrzeskim. W czasie okupacji w ramach tajnego nauczania ukończył gimnazjum, a po wyzwoleniu w Stalowej Woli uzyskał w 1949 roku świadectwo dojrzałości. W tym samym roku rozpoczął studia w Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, gdzie uzyskał dyplom lekarza i lekarza dentysty. W uczelni tej rozpoczął pracę w 1953 roku w ówczesnej Klinice Chirurgii Stomatologicznej pod kierownictwem prof. dr Ireny Semadeni. W latach 1959—1966 pracował w Klinice Otolaryngologicznej, gdzie uzyskał specjalizację w zakresie otolaryngologii oraz zdobył stopień doktora nauk medycznych. Promotorem rozprawy doktorskiej był prof. dr Józef Taniewski. Odbił staże szkoleniowe w Brnie, Thollwitz i Lipsku. W latach 1967—1969 pełni funkcję ordynatora w Szpitalu Miejskim w Brzegu. W 1971 roku uzyskał stopień doktora habilitowanego medycyny i objął kierownictwo Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej w Pomorskiej Akademii Medycznej, na którym to stanowisku pracuje do chwili obecnej. W 1983 roku został mianowany profesorem nadzwyczajnym. Głównymi kierunkami działalności jest leczenie chorych ze zniekształceniami i nowotworami twarzy i szczęk. Jest autorem 60 publikacji, 1 książki i 5 filmów w zakresie wymienionej problematyki. Jest promotorem 6 doktorów nauk medycznych oraz opiekunem 1 doktora habilitowanego. Uczestniczy w konferencjach międzynarodowych oraz jest członkiem International Association for Maxillo-Facial — Surgery i European Association for Maxillo-Facial — Surgery. W czasie studiów i pracy w Pomorskiej Akademii Medycznej czynnie uczestniczy w życiu publicznym. Jest członkiem PZPR.

Nominacje profesorskie

W dniu 31 stycznia 1984 r. w siedzibie przewodniczącego Rady Państwa PRL — Belwederze odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów no-

minacyjnych nowo mianowanym profesorom:

Tytuł profesora zwyczajnego nauk farmaceutycznych otrzymał **Bolesław JANIK** prof. nadzw. AM w Krakowie.

Tytuł profesora zwyczajnego nauk medycznych otrzymali: **Stanisław Edmund KLEJMAN** prof. nadz. WAM w Łodzi, **Stefan KRUSZ** prof. nadzw. w AM w Warszawie, **Lech MARKIEWICZ** prof. nadzw. w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej w Warszawie, **Aleksander MICHAJLIK** prof. nadzw. w Centrum Kształcenia Podyplomowego WAM w Warszawie.

Tytuł profesora nadzwyczajnego nauk farmaceutycznych otrzymali: **Jerzy JARZEBIŃSKI** doc. AM w Warszawie, **Jerzy LUBA** doc. w Tarchomińskich Zakładach Farmaceutycznych „Polfar”, **Wanda WOŹNIAK-PARNOŃSKA** doc. w Instytucie Leków w Warszawie.

Tytuł profesora nadzwyczajnego nauk medycznych otrzymali: **Ludomir BIENIAS** doc. WAM w Łodzi, **Jerzy BOWSZYK** doc. AM w Poznaniu, **Wacław DROSZCZ** doc. AM w Warszawie, **Eugeniusz DZIUK** doc. w Centrum Kształcenia Podyplomowego WAM w Warszawie, **Michał GÓRSKI** doc. UMCS w Lublinie, **Stanisław KALUŻEWSKI** doc. w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie, **Romuald KRECZKO** doc. AM w Warszawie, **Henryka Langauer-LEWOWICKA** doc. w Instytucie Medycyny Pracy w Przemysle Węglowym i Hutniczym w Sosnowcu, **Stanisław ŁOPACIUK** doc. w Instytucie Hematologii w Warszawie, **Tadeusz TOŁŁOCZKO** doc. AM w Warszawie, **Zbigniew TOTH** doc. w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, **Ignacy WOŚKO** doc. AM w Lublinie, **Zbigniew ZAPĘDOWSKI** doc. WAM w Łodzi, **Lech ZDUNKIEWICZ** doc. w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie.

Nominacje profesorskie

W dniu 27 kwietnia 1984 r. w siedzibie przewodniczącego Rady Państwa PRL — Belwederze zostały wręczone dyplomy nominacyjne grupie nowo mianowanych profesorów:

Tytuł profesora zwyczajnego nauk farmaceutycznych otrzymali: **Stanisław GILL** prof. nadzw. AM w Gdańsku, **Andrzej OLEŚ**, prof. nadzw. w AGH w Krakowie, **Bronisław ROZEFELD** prof. nadzw. na Uniwersytecie Wrocławskim.

Tytuł profesora zwyczajnego nauk medycznych otrzymali: **Mieczysław**

BIELECKI prof. nadzw. AM w Gdańsku, **Janusz BIELSKI** prof. nadzw. AR w Poznaniu, **Tadeusz BOGDANIK** prof. nadzw. w Instytucie Medycyny Pracy w Przemysle Włókienniczym w Łodzi, **Ludwik Jerzy MAZUREK** prof. nadzw. w Instytucie Gruźlicy w Warszawie, **Eugeniusz SPIECHOWICZ** prof. nadzw. AM w Warszawie, **Zygmunt SZMEJA** prof. nadzw. AM w Poznaniu, **Halina SZWARC** prof. nadzw. AWF w Warszawie.

Tytuł profesora nadzwyczajnego nauk farmaceutycznych otrzymali: **Romuald BULIŃSKI** doc. AM w Lublinie, **Witold WIENIAWSKI** doc. w Instytucie Leków w Warszawie.

Tytuł profesora nadzwyczajnego nauk medycznych otrzymali: **Zofia BYCZKOWSKA** doc. w Instytucie Medycyny Pracy w Przemysle Węglowym i Hutniczym w Sosnowcu, **Stanisław FILIPECKI** doc. w Instytucie Gruźlicy w Warszawie, **Leszek Ilewicz** doc. Śląskiej AM w Katowicach, **Waldemar JANIEC** doc. Śląskiej AM w Katowicach, **Romualda KOMARNICKA** doc. AM w Gdańsku, **Krzyszyna KOZŁOWSKA** doc. AM w Gdańsku, **Janusz KRETOWICZ** doc. w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, **Zdzisław KRYSIŃSKI** doc. AM w Poznaniu, **Jadwiga KUCZYŃSKA-SUCIŃSKA** doc. AM w Warszawie, **Józef KUCZYŃSKI** doc. AM w Poznaniu, **Longin MARIANOWSKI** doc. AM w Warszawie, **Kazimiera MILANOWSKA** doc. AM w Poznaniu, **Olga MIODUSZEWSKA** doc. w Instytucie Onkologii w Warszawie, **Maria OCHOCKA** doc. AM w Warszawie, **Janusz PALUSZEK** doc. AM w Poznaniu, **Eduard ROGALA** doc. Śląskiej AM w Katowicach, **Jan SKOŁYSZEWSKI** doc. w Instytucie Onkologii — Oddział w Krakowie, **Jan SKRZYPEK** doc. Śląskiej AM w Katowicach, **Ludwik SMAJKIEWICZ** doc. AM w Lublinie, **Mieczysława TROJANOWSKA** doc. AM w Lublinie, **Juliusz WOCJAN** doc. w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, **Leszek ZABORSKI** doc. w Instytucie Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni.

Docentury

W roku akademickim 1983/84 w Akademii Medycznej w Warszawie na stanowiska docentów zostali mianowani: dr hab. med. **Krzyszyna Ceglecka-Tomaszewska**

dr hab. med. Krzysztof Czubański
 dr hab. med. Janusz Kowalski
 dr hab. med. Bogusław Maliński
 dr. hab. med. Ewa Mayzner-Zawadzka

dr hab. med. Janusz Piekarczyk
 dr hab. med. Janina Wójcicka-Jagodzińska
 (Opracowała: I: Komasa)

Z życia Kół Naukowych Wydz. Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Warszawie

W dniach 8—14 kwietnia 1984 r. odbyło się w Turowie k/Opola kolejne VII Ogólnopolskie Seminarium Studentckich Kół Naukowych zorganizowane przez Koło Chemików Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Opolu. Impreza ta, odbywająca się już od szeregu lat, jest organizowana pod ogólnym hasłem: „Chemia leków” i jej głównym propagatorem i organizatorem jest Pani prof. dr hab. Barbara Rzeszotarska, dyrektor Instytutu Chemii WSP w Opolu. Ukierunkowanie tematyczne odbywających się seminariów ściśle wiąże się z zainteresowaniami i wieloletnimi pracami badawczymi prowadzonymi przez Panią Profesor w dziedzinie syntezy peptydów i aminokwasów.

Ogólnopolski, studencki obóz naukowy „Chemia Leków 84” zgromadził 50 studentów z różnych uniwersytetów, politechnik i akademii medycznych z całej Polski oraz kilkunastu pracowników naukowo-dydaktycznych. Program obozu obejmował:

- 1) Poniedziałek (8.V.84 r.)
— Omówienie różnych metod fizykochemicznych oraz syntezy organicznej.
- 2) Wtorek (9.V.84 r.)
— Synteza i działanie biologiczne peptydów.
- 3) Środa (10.V.84 r.)
— Zagadnienia analityczne oraz syntezy związków optycznie czynnych.
- 4) Czwartek (11.V.84 r.)
— Zagadnienia immunologii nowotworów.
- 5) Piątek (12.V.84 r.)
— Molekularne mechanizmy metabolizmu leków.
- 6) Sobota (13.V.84 r.)
— Sztuczna krew oraz tematy różne (np. syntezy leków nasercowych, leki przeciwbólowe, morfina i jej pochodne, itp.).

Posiedzenia naukowe dotyczące poszczególnych grup tematycznych otwierane były zawsze referatami wprowadzającymi, wygłaszanymi przez zapraszanych samodzielnych pracowników naukowych, a następnie prezentowane były prace studenckie na przemian z referatami pozostałych pracowników naukowo-dydaktycznych.

Do zeszłego roku seminaria te odbywały się bez udziału studentów i pracowników Akademii Medycznej w Warszawie. Dopiero w roku 1983 dwaj pracownicy Wydziału Farmaceutycznego AM w Warszawie (doc. Lech SKULSKI i dr Piotr WROCZYŃSKI) wzięli czynny udział w VI seminarium, wygłaszając na nim dwa referaty. W roku bieżącym (1984) uczelnię naszą reprezentowali: prof. dr hab. Włodzimierz BICZ, prof. dr hab. Lech SKULSKI, dr hab. Jan PACHECKA, dr Jerzy KLEPS, dr Piotr WROCZYŃSKI oraz siedmiu naszych studentów członków **Wydziałowego Studenckiego Koła Naukowego**; którzy wygłosili następujące referaty i komunikaty:

Nauczyciele Akademiccy:

- 1) Prof. dr hab. Włodzimierz BICZ, dr hab. Jan PACHECKA — Zakład Metabolizmu Leku „Molekularne mechanizmy metabolizmu i genotoksycznego działania związków chemicznych”.
- 2) Prof. dr hab. Lech SKULSKI — Zakład Chemii Fizycznej — „Nietypowe zastosowanie barwników ze szczególnym uwzględnieniem farmacji i medycyny”.
- 3) Dr inż. Jerzy KLEPS — Zakład Chemii Fizycznej — „Zastosowanie magnetycznego rezonansu jądrowego do badania zjawisk dynamicznych w molekułach związków organicznych”.
- 4) Dr Piotr WROCZYŃSKI — Zakład Chemii Fizycznej — „Rtęciowanie związków heterocyklicznych”.

Studenci:

- 1) Agata CISZEWSKA — (IV rok kierunku apteczny): „Rola reakcji biotransformacji w farmakologicznym działaniu leków”.
- 2) Jarosław FILIPEK — (IV rok kierunku technologiczny): „Narkotyczne leki przeciwbólowe”.
- 3) Małgorzata KLONOWSKA — (IV rok kierunku technologiczny): „Badanie zjawiska zahamowania rotacji w molekułach pochodnych N-benzyl-o-tosylo o-toluidyny”.
- 4) Jacek KURZATKOWSKI — (IV rok kierunku technologiczny): „Poszukiwanie nowych leków w grupie wysoce selektywnych inhibitorów enzymatycznych”.

- 5) Magdalena SZCZYPKA — (IV rok kierunku apteczny): „Czynniki modyfikujące metabolizm leków”.
- 6) Jan SZYMAŃSKI — (II rok): „Ręciowanie niektórych pochodnych diazyn”.
- 7) Michał ŻOŁKIEWSKI — (V rok Wydział Fizyki U.W. (zatrudniony już w Zakładzie Chemii Fizycznej Wydz. Farm.): „Termodynamiczne metody badań oddziaływań międzycząsteczkowych w wodnych roztworach zasad pirymidynowych i purynowych”.

W celu podniesienia poziomu i uatrakcyjnienia spotkań na obozie „Chemia Leków 84” ogłoszono konkurs na najlepszy referat studencki.

Jury pod przewodnictwem prof. dr hab. Lecha SKULSKIEGO (Wydz. Farmaceutyczny AM w Warszawie) kierowało się następującymi kryteriami: — spójność tematyczna referatu z hasłem obozu,

— ważność, nowość i zakres tematyki,

— sposób przygotowania i wygłoszenia.

Z przyjemnością należy zawiadomić, że pierwszą nagrodę uzyskał Michał ŻOŁKIEWSKI, student V roku Biofizyki UW, zatrudniony w Zakładzie Chemii Fizycznej Wydz. Farmaceutycznego AM w Warszawie. Nasz student Jacek KURZATKOWSKI (IV rok, kierunek technologiczny) zdobył ex aequo II/III nagrodę wraz ze studentką Uniwersytetu Gdańskiego, a Agata CISZEWSKA (IV rok, kierunek apteczny) otrzymała specjalną nagrodę Polskiego Towarzystwa Immunologicznego.

Oprócz bogatego programu naukowego przygotowany został atrakcyjny program rozrywkowo-towarzyski, który sprzyjał wytworzeniu przyjemnej, serdecznej i przyjacielskiej atmosfery.

Należy również podkreślić, że prowadzonym obradom towarzyszyło rzetelne i spontaniczne zainteresowanie słuchaczy, a prowadzone dyskusje cechowała daleko idąca życzliwość i rzeczowość. Dla wielu prelegentów była to pierwsza możliwość publicznego zaprezentowania swoich osiągnięć i prowadzenia otwartej dyskusji, która stała się zwykle na wysokim poziomie, ze względu na wspólny udział w niej

wraz ze studentami pracowników naukowo-dydaktycznych. Uczestnictwo w obradach Pani prof. dr hab. Janiny JANIKOWEJ (UJ) przewodniczącej Sekcji Młodych Polskiego Towarzystwa Chemicznego oraz Pana prof. dr hab. Henryka MATEJA, dyrektora Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN, czyniło je naprawdę atrakcyjnymi i umożliwiała zetknięcie się z najnowszymi osiągnięciami naukowymi.

Przedstawione na obozie naukowym „Chemia Leków 84” prace studenckie o charakterze doświadczalnym, jak również referaty przeglądowe zostaną, wzorem lat ubiegłych, wydrukowane w postaci materiałów zjazdowych. Zezyszyty z lat 1982 i 1983 mogą być udostępnione do wglądu w Zakładzie Chemii Fizycznej Wydziału Farmaceutycznego AM w Warszawie (ul. Banach 1).

Jestem głęboko przekonany, że ta udana i bardzo potrzebna w dzisiejszych czasach impreza naukowa nie tylko przyczyni się do dalszej aktywizacji studentów pracujących w kołach naukowych Wydziału Farmaceutycznego, ale również odbije się szerszym echem wśród całej społeczności studenckiej naszej Uczelni. Sądzę również, że dobre wrażenie i wielka satysfakcja, jaką wynieśliśmy z obozu naukowego „Chemia Leków 84”, przyczyni się również do zaktywizowania pracowników naukowo-dydaktycznych do podejmowania wspólnych prac wraz ze studentami. Już dziś wiemy, że studenci naszego Wydziału zrzeszeni w kołach naukowych wyrazili gotowość i chęć wspólnej pracy, nie tylko w poszczególnych zakładach, gdzie wykonują swoje prace, ale również w postaci seminariów, uczestnictwa w przyszłych obozach organizowanych przez WSP w Opolu, w imprezach organizowanych przez Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne czy Polskie Towarzystwo Chemiczne.

Sądzę, że należy wszystkim, którzy pracują i mają zamiar uczestniczyć w pracach kół naukowych, życzyć powodzenia i satysfakcji z tej pozytywnej i przyjemnej pracy.

(Opracował: Piotr Wroczyński)

Koło Naukowe Filozofów przy Katedrze Nauk Społecznych Akademii Medycznej w Warszawie *

Filozoficzne Koło Naukowe poświęcone problematyce „Nauka a filozofia” powstało w końcu roku akademickiego 1982/83. Na pierwszym spotkaniu ze studentami zainteresowanymi filozofią dał się odczuć niedostatek wiedzy aks-

jologicznej i ogólno-metodologicznej. Dlatego na kolejnych zebraniach zajęliśmy się zagadnieniami wzajemnych związków pomiędzy naukami szczegółowymi a filozofią.

Medycyna jest właśnie nauką szcze-

gółową i kształcenie studentów w tym zakresie ukierunkowuje się przede wszystkim na przyswojenie pewnego quantum wiedzy empirycznej, mającej bezpośrednie praktyczne zastosowanie. Ten praktyczno-lekarski punkt widzenia, cenny w medycynie, często przesłania jej stronę poznawczą, która stanowi fundament nauk medycznych. Uprawnianie refleksji ogólnometodologicznej, sensu stricto poznawczej, jest więc pożyteczne szczególnie dla tej dyscypliny naukowej.

Praktycyzm nie jest cechą wyłącznie medycyny. Jest „chorobą”, na którą cierpią i inne nauki. Nadto jest przyczyną powstawania pseudonauk, których istotą jest eskapistyczna użyteczność, polegająca na całkowitym odejściu od empirii, zaniku myślenia krytycznego w imię magicznej „praktyki naukowej”. Np. parapsychologia: „naukowe” badanie postrzegania i oddziaływania pozazmysłowego, bioenergoterapia: leczenie bez oddziaływania zmysłowego na pacjenta, astrologia: „nauka” zajmująca się tajemniczym wpływem ciał niebieskich na psychikę człowieka. Powszechność scjentyzno-użytkowej postawy zagraża nie tylko nauce — godzi w moralność, instrumen-

talizując jej wartości, np. etyka altruizmu egotycznego: „nie czyn drugiemu źle, by cię nie skrzywdził” etyka adaptacyjna: „dobre jest to, co służy przystosowaniu”.

W pierwszej kolejności zajęliśmy się więc demaskowaniem pseudonauk i pseudonaukowości w nauce, chcąc wyrobić u studentów postawę racjonalno-krytyczną i zdolność do refleksji ogólnometodologicznej. Omawiając pseudoetyki, chcieliśmy uwrażliwić członków Koła na szkodliwość powszechnej instrumentalizacji wartości moralnych i uczulić na rozpoznawanie autentycznych wartości humanistycznych.

Opracowali:

A. Guranowska-Poczobut
Z. Wójcikiewicz

* Koło Filozoficzne przy Katedrze Nauk Społecznych powstało w 1969 r. — zajmując się problematyką etyki lekarskiej (organizując krajowe sympozjum „Hippokrates, wczoraj, dziś i jutro” w roku 1972 oraz konferencję z udziałem gości z krajów socjalistycznych w roku 1975) — obecnie zostało reaktywowane podejmując zawartą w tytule tematykę.

XIII Ogólnopolski Quiz Chemiczny studentów farmacji

Organizatorem XIII Ogólnopolskiego Quizu Chemicznego studentów pierwszego roku studiów Wydziałów Farmaceutycznych była Śląska Akademia Medyczna. Wyłonione w eliminacjach wydziałowych, reprezentacje wszystkich wydziałów farmaceutycznych spotkały się w dniach 22—23 maja 1984 r. Półfinały zorganizowane zostały w Szczyrku, a w dniu następnym w Sosnowcu odbyły się rozgrywki finałowe. Protektorat nad imprezą objął Rektor Śląskiej AM prof. dr Franciszek Kokot.

Zgromadzonych uczestników przywitał przewodniczący komitetu organizacyjnego i przewodniczący jury doc. dr hab. Władysław Wardas, stojący na czele Katedry Chemii Ogólnej i Nieorganicznej Śląskiej AM. Oceny piśmennego półfinału i ustnego finału oceniało jury złożone z opiekunów z wszystkich wydziałów farmaceutycznych w składzie: dr Tadeusz Chreptowicz, dr Emil Kundys, dr Jadwiga Mielcarek, dr Maria Rojowska, dr Marian Strawiak i dr Jacek Teodorczyk.

Zwycięczynią quizu została Grażyna Biąła z Lublina. Drugie miejsce zajął Andrzej Bugaj z Poznania, a trzecie — Małgorzata Zielińska z Gdańska. Dalsze miejsca zajęli: Melania Brzozowska (Łódź), Andrzej Sadaj (Poznań) i Małgorzata Płonka (Sosnowiec). Zespołowo wygrał zespół z Poznania przed Lublinem i Gdańskiem. Uczestnicy quizu otrzymali cenne nagrody rzeczowe a zespół z Poznania puchar przechodni, przekazany przez ubiegłorocznych laureatów z Lublina.

Program naukowy quizu uzupełniły wycieczki pozwalające poznać okolice Wisły, Koniakowa i Szczyrku oraz spotkanie towarzyskie w Sali Kominkowej DW „Klimczok”. Sprawny przebieg imprezy, wskazującej znaczenie nauk chemicznych w procesie kształcenia farmaceutycznego, jest zasługą organizatorów — Zakładu Chemii Ogólnej i Nieorganicznej Śląskiej AM i ZU ZSMP.

Opracował: Eugeniusz Kucharz

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej dotyczące pracowników naukowo-dydaktycznych i dydaktycznych

W numerze drugim „Dziennika Urzędowego Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej” z dnia 24 lutego 1984 r. (poz. 8 i 9) ukazały się dwa nowe Zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej dotyczące pracowników naukowo-dydaktycznych i dydaktycznych w akademiach medycznych.

Zarządzenie w sprawie dodatkowych wymagań niezbędnych do zajmowania stanowisk pracowników naukowo-dydaktycznych w akademiach medycznych określa warunki mianowania na stanowisko starszego asystenta i adiunta:

Kandydat ubiegający się o stanowisko starszego asystenta oprócz dyplomu ukończenia szkoły wyższej musi posiadać znajomość specyfiki kształcenia medycznego i świadectwo ukończenia Studium Doskonalenia Dydaktyczno-Pedagogicznego. Studium to utworzone zostało w trybie zarządzenia Ministra Nauki, Szkolnictwa Wyższego i Techniki z dnia 19 lipca 1983 r. Ponadto kandydat ten powinien posiadać w zakresie dyscyplin klinicznych i z paraklinicznych co najmniej I stopnia specjalizację w odpowiedniej specjalności medycznej.

Warunkiem dodatkowym mianowania na stanowisko adiunkta oprócz ukończenia Studium Doskonalenia Dydaktyczno-Pedagogicznego lub Studium Kształcenia i Doskonalenia Ideologiczno-Pedagogicznego jest złożenie egzaminu z czynnej znajomości jednego z następujących języków: angielski, francuski, hiszpański, niemiecki, rosyjski lub włoski. W zakresie dyscyplin klinicznych i paraklinicznych kandydat powinien posiadać II stopnia specjalizację w odpowiedniej specjalności medycznej. Osoby, które uzyskały tytuł magistra w zakresie filologii z jednego z wyżej wymienionych języków, składają egzamin z czynnej znajomości innego języka. Egzaminy ze znajomości języka przeprowadzają komisje powołane przez rektora na okres jego kadencji.

Zarządzenie w sprawie określenia kwalifikacji wymaganych przy zatrudnianiu na stanowiska pracowników dydaktycznych w akademiach medycznych oraz zasad ich awansowania podaje warunki, jakim powinni odpowiadać kandydaci na stanowiska pracowników dydaktycznych:

Na stanowisku lektora-stażysty oraz instruktora-stażysty może być zatrudniona osoba, która oprócz posiadania

dyplomu szkoły wyższej z tytułem magistra (z filologii obcej na stanowisku lektora-stażysty, a wychowania fizycznego — na stanowisku instruktora-stażysty) wykazuje wysoki poziom etyczny i postawę obywatelską oraz posiada kwalifikacje dydaktyczne i umiejętności wymagane na danym stanowisku. Ponadto osoba ta powinna w czasie studiów w szkole wyższej wyróżniać się co najmniej dobrymi wynikami w nauce.

W celu szybszego przysposobienia się do wykonywania obowiązków lektorzy obowiązani są do systematycznego podnoszenia i rozszerzania kwalifikacji pedagogicznych i zawodowych oraz ukończenia Studium Doskonalenia Dydaktyczno-Pedagogicznego. Osoby te powinny prowadzić zajęcia dydaktyczne pod kierunkiem i w obecności doświadczonego pracownika dydaktycznego.

Na stanowisku lektora oraz instruktora może być zatrudniona osoba, która oprócz warunków wymienionych przy zatrudnieniu lektora-stażysty oraz instruktora-stażysty pracowała na stanowisku stażysty i uzyskała pozytywną ocenę stażu oraz wykazała uzdolnienia do pracy pedagogicznej, albo przepracowała co najmniej 4 lata w szkole średniej lub w innych jednostkach oświatowych. Instruktorom wychowania fizycznego zalicza się również zajęcia w klubie sportowym, jeżeli zostały ocenione pozytywnie.

Na stanowisku młodszego wykładowcy może być zatrudniona osoba, która posiada dyplom ukończenia szkoły wyższej z tytułem magistra lub innym równorzędnym tytułem i przepracowała co najmniej 2 lata w innych niż szkoła wyższa zakładach pracy w zakresie specjalności bezpośrednio związanej z przedmiotem powierzonych zajęć dydaktycznych. Ponadto osoba ta powinna wykazać się wysokim poziomem etycznym i postawą obywatelską oraz posiadać kwalifikacje dydaktyczne i umiejętności wymagane na danym stanowisku.

Osobie zatrudnionej na stanowisku młodszego wykładowcy, dla której jest to pierwsza praca w szkole wyższej, należy zapewnić niezbędną opiekę i pomoc doświadczonego pracownika dydaktycznego oraz możliwość ukończenia Studium Doskonalenia Dydaktyczno-Pedagogicznego.

Na stanowisku nauczyciela przedmiotów obronnych i pomocniczych może być zatrudniona osoba, która po-

siada dyplom ukończenia szkoły wyższej z tytułem magistra, lub równorzędnym tytułem w zakresie odpowiadającym wykładanemu przedmiotowi.

Na stanowisku nauczyciela przedmiotów zawodowych i praktycznej nauki zawodu może być zatrudniona osoba, która posiada dyplom ukończenia szkoły wyższej, albo posiada średnie wykształcenie pedagogiczne, zawodowe bądź ogólnokształcące i odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu, którego ma nauczać.

W Zarządzeniu podano tylko warunki awansowania lektora-stażysty oraz instruktora-stażysty na stanowiska lektorów i instruktorów. Awansowanie to może nastąpić po spełnieniu warunków stawianych przy zatrudnieniu lektora oraz instruktora. Natomiast wymogi stawiane przy awansowaniu na stanowiska wykładowców i starszych wykładowców podane zostaną w odrębnych przepisach.

(Opracowała I. Komasa)

CONTENTS

Professor Jan Nielubowicz, Rector, Medical Academy Warsaw Inaugural address 1984/85	2
Professor Miroslawa Furmanowa	
Advances in the pharmacological and medical research on curative plants .	11
Research and teaching activities of the 1 st Medical Faculty, Medical Academy, Warsaw	18
Research and teaching activities of the 2 nd Medical Faculty, Medical Academy, Warsaw	34
Activity of the Pharmaceutical Faculty, Medical Academy, Warsaw	38

EDITORIAL SYMPOSIUM

POSTGRADNATE TEACHING — PRESENT STATUS, FUTURE

Professor Bogdan Kamiński	
Opening address — aim of the Symposium	45
Dr Bronisław Pokrzycki	
Targets of the postgraduate medical education	46
Professor Halina Strzelecka, Professor Zdzisław Zakrzewski	
Methods of postgraduate education at the Pharmaceutical Faculty	49
Professor Henryk Kirschner	
Social medicine in the postgraduate education	54
Professor Wiesław Tysarowski	
Responsability of the medical school for the shape of postgraduate education	61
DISCUSSION	64
Genadij J. Caregorodcew, Aleksander J. Iwanuszkin	
Situation and perspectives of the medical ethics in the Soviet Union	79
Ernst Luther	
Ethics in medicine — results, views and aims in DDR	94
Halina Maślińska	
Ethos and professional ethics in the Polish medical society	103
Aleksander Tulczyński	
On the medical deontology in connection with the international documents of WMA	112
Tadeusz Brzeziński, Irena Szymanowska	
Patient care — results of a teaching experiment in the Pomeranian Medical Academy, Szczecin	117
Jerzy Szewczyński	
Recruitment of new students in the Warsaw Medical Academy in 1984	124
Bolesław Kuzaka	
Undergraduate teaching of urology at the Medical Faculty Compluense University, Madrid	132
Anna Olesińska-Serafin, Wiesław Tysarowski	
Examination of students before thier graduation	134
Józef Jan Kuźmiński	
Role of the medical staff in the September 1939 war in the Białystok region of Poland	141

CHRONICLE

Collegial organs, Medical Academy, Warsaw	147
Curricula vitae of new Rectors in Polish Medical Academies	147
Nominations of new professorial staff	151
Students' Scientific Societies, Pharmaceutical Faculty, Medical Academy, Warsaw	153
Students' Philosophical Society in the Chair of Social Sciences Medixal Academy, Warsaw	154
XIIIth Polish Chemical Quiz for the pharmacy students	155

LEGAL PROBLEMS

Directive of the Minister of Health and Social Welfare, concerning scientific and teaching medical staff	156
--	-----

KOLEGIUM REDAKCYJNE

Redaktor naczelny:

prof. dr Bogdan Kamiński

Sekretarz redakcji

dr Bronisław Pokrzycki

Redaktorzy działów:

doc. dr hab. Bożena Gutkowska, mgr Irena Komasa, prof. dr Teresa Szymczyk

Członkowie:

prof. dr Krzysztof Boczkowski, doc. dr hab. Andrzej Stapiński, prof. dr Jerzy Szczerbań,
prof. dr Leszek Tomaszewski, dr Aleksander Tulczyński, prof. dr Wiesław Tysarowski

Adres redakcji i administracji:

00-238 Warszawa, ul. Długa 18

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 terenach wiejskich 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 zezwoleniem 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.

Termin 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 półroczurukubieżącego.
- 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