

MEDYCINA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE



WARSZAWA 1985 – 1986

ISSN 0137-6543

Rok XVII nr 1-4, Rok XVIII nr 1-4

MEDYCINA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

Rok/tom XVII i XVIII

1,2,3,4/1985 i 1,2,3,4/1986

 *Od Redakcji*

Niniejszy numer Kwartalnika Akademii Medycznej „Medycyna, Dydaktyka, Wychowanie” ukazuje się po niemal 3-letniej przerwie spowodowanej trudnościami drukarskimi. Ostatni był zeszyt 4/1984.

Mimo niemożności znalezienia drukarni Redakcja gromadziła materiały z nadzieją, że kiedyś zaświeci słońce i uda się kontynuować wydawanie czasopisma. Czas taki nadszedł.

Celem utrzymania ciągłości wydawnictwa nadaliśmy temu zeszytowi numer 1, 2, 3, 4/1985 i 1, 2, 3, 4/1986. Stopniowo wrócimy do rytmicznego publikowania pisma i bieżącej numeracji.

Wszystkie wymienione sprawy spowodowały, że zeszyt ma stosunkowo niewiele informacji z kroniki Uczelni. Najważniejszym faktem z tego okresu jest objęcie godności Rektora przez Pana Profesora dr hab. Bogdana Pruszyńskiego w dniu 1 września 1986 r., po przejściu na emeryturę Pana Rektora Prof. hab. Jana Nielubowicza.

Materiały do zeszytu przygotowała Redakcja kierowana przez Pana Profesora Dr hab. Bogdana Kamińskiego. Nowy zespół redakcyjny wyraża na tym miejscu serdeczne podziękowanie naszym poprzednikom za cały wielki i owocny trud wieloletniego wydawania Kwartalnika.

Stefan Kruś

SPIS TREŚCI

| | |
|--|-----|
| Prof. dr Stefan Kruś – Od Redakcji | 1 |
| KONFERENCJA REDAKCYJNA nt. „KONTAKT LEKARZA Z PACJENTEM (Warszawa 1985.02.08) | |
| Prof. dr Bogdan Kamiński – Otwarcie konferencji | 3 |
| Prof. dr Magdalena Sokołowska – Stosunek lekarz–pacjent: spojrzenie socjologa | 5 |
| Prof. dr Halina Wardaszko–Łyskowska – Kontakt lekarz–pacjent i czynniki kształtujące go u studentów medycyny | 8 |
| Prof. dr Jan Tatoń, dr Gracjan Podgórski – Pedagogiczne sposoby oddziaływania na skuteczność leczenia cukrzycy | 13 |
| Prof. dr Romuald Wiesław Gutt – Kontakt lekarza z pacjentem | 17 |
| Dyskusja | 23 |
| ARTYKUŁY, SPRAWOZDANIA Z BADAŃ | |
| Bronisław Pokrzycki – Dydaktyczne przygotowanie nauczycieli akademickich a skuteczność kształcenia medycznego | 40 |
| Wiesław Tysarowski, Anna Olesińska–Serafin – Rozwój poznawczy podczas kształcenia medycznego w świetle badań własnych | 47 |
| Urszula Gołaszewska – Rozwój potrzeb psychicznych studentów medycyny w aspekcie procesu uczenia się | 69 |
| Halina Adamin–Zaczyńska – Wartość kompensacyjna punktów preferencyjnych | 74 |
| Bożena Szpruta – Badanie efektywności nauczania anatomii prawidłowej | 80 |
| Marek Hebanowski, Mirosław Koseda, Lidia Sasin, Wiesław Tysarowski – Problemy związane z ukierunkowaniem przeddyplomowego kształcenia lekarzy dla potrzeb podstawowej opieki zdrowotnej | 85 |
| Tadeusz Gałamon, Ewa Brzezińska – Zintegrowane nauczanie chemii ogólnej w Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie | 101 |
| Leszek Tomaszewski, Urszula Rolczyk – Praktyka wakacyjna studentów kierunku analityki klinicznej w ocenie samych studentów | 112 |
| Leszek Tomaszewski, Urszula Duda – Motywacje wyboru studiów farmaceutycznych. Cz. II | 116 |
| Marek Motyka, Zdzisław Pajor, Stanisława Stachura, Krystyna Grzesiek – Postawy interpersonalne magistrów pielęgniarstwa | 124 |
| Aleksander Drygas – W 40 rocznicę wyzwolenia Ziemi Gdańskiej | 128 |
| Józef Hornowski – O Polskim Towarzystwie Lekarskim | 141 |
| Zdzisław Witkowski – Nauka o polityce w procesie dydaktyczno–wychowawczym szkoły wyższej | 145 |
| KRONIKA | |
| Odznaczenia, nominacje profesorskie, wręczenie dyplomów (opr. I. Komasara) | 150 |
| Wykaz stopni naukowych | 153 |
| Stanowisko Senatu AM w Warszawie w sprawie oceny funkcjonowania ustawy o szkolnictwie wyższym z dnia 04.05.1982 r. dokonanej przez Komitet Społeczno–Polityczny RM PRL (opr. B. Gutkowska) | 162 |

KONFERENCJA REDAKCYJNA
nt. KONTAKT LEKARZA Z PACJENTEM
Warszawa.1985.02.08

Prof. dr Bogdan KAMIŃSKI – OTWARCIE KONFERENCJI

Jest mi niezwykle miło, że Państwo przyjechali na tę Konferencję. Chciałbym uspokoić Państwa obawy, które mogą wynikać z tego, że jest nas niewiele na tej sali. Liczyliśmy na to, że na sali będą głównie dyskutanci, którzy będą zabierali głos, ponieważ, jak Państwo wiedzą, przebieg tej Konferencji jest rejestrowany na taśmie, zostanie następnie przepisany i wydrukowany w Kwartalniku, który organizuje tę Konferencję. Sądzymy, że głos nasz tu wypowiedziany, mimo, że na sali jest niewiele osób, dotrze do kilkuset osób przynajmniej, a mam nadzieję, że i do większej liczby, ponieważ przed Konferencją zaproponowałem prof. Tatoniu, który jest redaktorem Polskiego Tygodnika Lekarskiego, że przygotujemy wspólnie sprawozdanie z tej Konferencji, które wydrukujemy w wielonakładowym PTL. Program Konferencji znajduje się przed Państwem, dokonujemy w nim tylko niewielkiej zmiany, która dotyczy referatu prof. Gutta. Profesor nie czuł się ostatnio dobrze, przysłał więc swój referat, który zostanie odczytany jako ostatni z tych wstępnych referatów, jakie Państwo mają w programie. Prosimy więc prof. J. Tatonia, żeby mówił jako trzeci.

Chciałbym kilka słów powiedzieć od siebie na otwarciu. Jest wiele przyczyn społecznego niezadowolenia z medycyny, bo w moim przekonaniu, tak to trzeba dzisiaj zdefiniować. Jest społeczne niezadowolenie, które – mam obawy – rozciąga się również na organ władzy, także niezadowolony z medycyny, naszej polskiej medycyny i wyraża to swoje niezadowolenie. Jakie są przyczyny tego faktu i co możemy w tej sprawie zrobić? Myślę, że przyczyny są trzy.

Po pierwsze – wygórowane oczekiwania społeczne i wygórowane oczekiwania władzy w stosunku do medycyny. Wygórowane oczekiwania są uwarunkowane psychologicznie. Przeciętny człowiek oczekuje od medycyny więcej, niż może ona dać dziś czy w ciągu najbliższych dziesięcioleci, oczekuje, że znikną ciężkie choroby, że znikną dolegliwości wieku podeszłego, które są, chociaż jest to paradoksalne, skutkiem działania medycyny, gdyż przedłużenie życia spowodowało ogromne epidemie chorób zwyrodnieniowych, które są związane z podeszłym wiekiem. Przeciętny człowiek uważa nawet, że nie powinno być ani chorób, ani śmierci skoro możemy latać na księżyc, wysyłać w kosmos rakiety i z powrotem je sprowadzać. Oczekiwania ze strony władzy są w moim przekonaniu wygórowane dlatego, że w medycynie upatruje się jednego z instrumentów przynoszącego szczęśliwość społeczną. Niemałą rolę „negatywną” odgrywa tu Światowa Organizacja Zdrowia, która ma wielkie ambicje i stawia sobie szczytne, ale nie do zrealizo-

wania zadania. Hasło – zdrowie dla wszystkich w roku 2000 – jest tylko pięknym sformułowaniem, które niczego nie kryje w sobie. Nie będzie ani zdrowia, ani zdrowia dla wszystkich, a już najmniej w roku 2000. Tego typu hasła muszą być stawiane, żeby wytyczały plan strategiczny wielkich organizacji, ale nie muszą być one zastosowane, nie trzymają się bowiem ziemi.

Druga przyczyna społecznego niezadowolenia, to zrujnowana baza polskiej medycyny i powolna jej rekonstrukcja. Siedzą Państwo, zwłaszcza ci po mojej prawej ręce, w miejscu wyjątkowo sprzyjającym, żeby widzieć ten niby najnowocześniejszy szpital w Warszawie, który jest już zrujnowany. Były głosy w Akademii, żeby po wybudowaniu drugiej części tego kompleksu przenieść tam funkcjonujące kliniki, a ten remontować, ponieważ ta część gmachu Akademii pracuje już 9 lat i jest wyeksploatowana. A przecież jest to, jak już wspomniałem, jeden z najnowocześniejszych naszych szpitali.

W jakich warunkach pracują szpitale terenowe, większość z nas wie. Niedawno miałem nieszczęście wizytować woj. ciechanowskie. I po powrocie z woj. ciechanowskiego rzeczywiście uzanałem ten szpital za oazę szczęśliwości, ale tylko przez trzy dni, potem mi to przeszło.

Medycyna polska pracuje na zrujnowanej bazie, na aparatach, które się po prostu zużywają, a odnowa tej bazy jest zbyt powolna.

Trzecia przyczyna społecznego niezadowolenia z medycyny jest przedmiotem naszych dzisiejszych obrad. Zmiana stosunku lekarza z opiekuńczo–patriarchalnego, takiego z przełomu XIX i XX wieku, na stosunek instrumentalno–urzędniczy. Wobec tego, że nic nie możemy zrobić w sprawie oczekiwań społecznych – przynajmniej dziś, nie możemy nic zrobić w sprawie bazy i jej rekonstrukcji, to chcemy się zastanowić nad stosunkiem lekarz – pacjent.

Przyczyny zmiany stosunku lekarza i pacjenta zależą, w moim przekonaniu, od paru elementów. Po pierwsze od wielkiego postępu technologicznego, który sprawia, że lekarz traktuje swój zawód jako zawód techniczny, jako zawód, który ma przywracać zdrowie, czy zwalczać chorobę. Po drugie – od złego nauczania, które jest wąkospecjalistyczne i instrumentalne, o czym wszyscy nauczyciele wiedzą. Po trzecie – od ogólnych zmian w stosunkach społecznych. Mówię o tym zupełnie skrótowo, bo będzie o tym mowa i w referatach wstępnych i w dyskusji. Wspomnę tylko, że są postawy roszczeniowe w społeczeństwie, postawy nieprzyjazne, a kontakt medycyna–pacjent–lekarz, to jest fragment tych postaw. Czwarta przyczyna tej zmiany stosunków lekarz–pacjent leży – może to moje prywatne odczucie w związku z moimi upodobaniami pozamedycznymi – w wadliwym sposobie porozumiewania się ludzi między sobą. Wykształca się i dominuje specjalny język fachowy, który uniemożliwia porozumienie. Lekarz mówi innym językiem niż pacjent, ale to lekarz musi się nagiąć do pacjenta, a nie pacjent do lekarza. Tymczasem jest to bardzo trudne, tego się nie uczy nigdzie na studiach. Student, młody lekarz, często starszy lekarz nie umieją w ogóle z pacjentem rozmawiać. Używają pewnego slangu, który ich zadowala, a pacjentowi pozostają jego przypuszczenia i to, co powie mu sąsiadka.

Co powinniśmy robić, jakie są kierunki działania, żeby zmienić tę niekorzystną sytuację. Po pierwsze – zmienić system nauczania, podkreślam, że myślę o systemie nauczania, ale myślę również o potrzebie zmian w programie nauczania, a to nie jest to samo. Po drugie, program nauczania jest zbyt rozbudowany, jest instrumentalny, wysokospecjalistyczny, a i metoda nauczania jest zła. Po trzecie, trzeba poprawić materialne warunki pracy służby zdrowia. Oczywiście nie mówię o pensjach, mówię o tzw. byto-

wych warunkach pacjentów. Żeby pacjent oczekując nie siedział w komórce, w obskurnej poczekalni, żeby pacjent nie siedział na złamanym krześle, żeby o pacjenta dbano; ale żeby o niego dbano, to służba zdrowia musi mieć realne materialne możliwości. Najczęściej, gdy się mówi „służba zdrowia domaga się poprawy materialnej”, to się myśli, że chodzi nam o pensje. Tymczasem chodzi o to, żeby warunki pracy przeciętnego lekarza, w przeciętnej przychodni były zbliżone do ludzkich, a tak nie jest. I wreszcie, czwarty kierunek działania, dla którego właściwie tu się zbieramy, to jest praca popularyzacyjna w społeczeństwie. Trzeba o tym pisać i mówić jak najszerzej, nie tylko wśród lekarzy, ale wśród pacjentów. Dlatego szczególnie się cieszę, że prof. Tatoń zgodził się mówić o bardzo konkretnej sprawie, jaką On się interesuje, a mianowicie o chorych na cukrzycę. Jak działać na pacjenta w tej konkretnej, jednej, wąskiej chorobie, żeby można było uzyskać maksymalny kontakt pacjenta z lekarzem. Każdy kontakt człowieka z człowiekiem zawiera te same elementy decydujące o tym kontakcie bez względu na to, czy jest to konduktor i pasażer, czy lekarz i pacjent.

Proszę teraz referentów głównych o zabranie głosu.

Prof. dr hab. Magdalena SOKOŁOWSKA

STOSUNEK LEKARZ – PACJENT – SPOJRZENIE SOCJOLOGA

Stosunek społeczny można określić jako system unormowanych wzajemnych oddziaływań między partnerami, na gruncie określonej platformy. Stosunki (interakcje) między lekarzem a pacjentem są istotą praktyki lekarskiej, bez względu na organizację służby zdrowia, aktualny stan nauki itp. Rozmaitość empirycznych form stosunku lekarza i pacjenta jest nieskończona, mają one jednak pewne cechy wspólne.

Szasz i Hollender opublikowali w r. 1956 klasyczną już pracę, w której przedstawili trzy podstawowe modele stosunku pacjenta i lekarza (tab. 1). Jak wiadomo, w medycynie współczesnej najczęstszy jest model 1, ewentualnie model 2, natomiast model 3 wciąż jeszcze należy do rzadkości, mimo rozpowszechnienia chorób przewlekłych, w odniesieniu do których jest (czy mógłby być) najbardziej przydatny i skuteczny.

Znaczenie stosunku lekarz–pacjent dla pacjenta

Najważniejszą, a przy tym uniwersalną, cechą stosunku lekarza i pacjenta jest ogromne znaczenie jakie na stan chorego wywiera interakcja z lekarzem. W tym kontekście można wspomnieć o „efekcie placebo”, gdyż mniej więcej 1/3 wszystkich skutecznych leków czy czynności lekarza ma swoje źródło w wierze pacjenta, że coś dla niego zrobiono. Bez względu na to, czy skuteczność placebo dotyczy umiejętności lekarza wzbudzenia zaufania i usunięcia niepokoju, czy wiary i nadziei, jakiej doznaje pacjent po przekroczeniu progu gabinetu lekarza, chodzi tu o niewymierną wartość, jaką są szczególne właściwości lekarza; jego osoba jest (czy może być) skutecznym lekiem. Współczesne rozczarowanie do lekarzy teraz, kiedy nauki medyczne mają na swoim koncie tak wiele zwycięstw i osiągnięć, odzwierciedla niezaspokojoną potrzebę otuchy, jaką powinna przynosić

cierpiącemu człowiekowi opieka lekarska, rozumiana jako przeciwstawienie instrumentalnej terapii. Wąski pogląd niektórych lekarzy na to, co jest „naukowe”, co „należy” do „prawdziwego lekarza”, spowodowały zlekceważenie interpersonalnych aspektów ich pracy i zapomnienie, że reakcje psychofizjologiczne na lekarza są nie mniej rzeczywiste niż reakcje na leki. Doceniają to przedstawiciele wszystkich systemów nienaukowej medycyny na kuli ziemskiej. Na tym przede wszystkim polega popularność i skuteczność szamanów, znachorów i uzdrowicieli.

Tabela 1. Trzy podstawowe modele stosunku pacjent–lekarz
(wg Szasza i Hollendra)

| Model | Rola lekarza | Rola pacjenta | Kliniczne zastosowanie modelu | Prototyp |
|----------------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------|
| 1. Aktywność – bierność | robi coś dla pacjenta | przyjmuje (niezdolny do zareagowania) | np. narkoza, śpiączka, ostry uraz, zamroczenie | ojciec – matka – niemowlę |
| 2. Kierowanie – współpraca | mówi pacjentowi, co robić | współpracuje (jest posłuszny) | np. zakażenia, choroby ostre | ojciec – matka – dziecko (podrostek) |
| 3. Obopólne uczestnictwo | pomaga pacjentowi, żeby sobie pomógł sam | uczestnik w „partnerstwie” | np. większość chorób przewlekłych | dorośli – dorośli |

Należy podkreślić doniosłość, jaką dla diagnozy i leczenia ma przekazywanie lekarzowi informacji przez pacjenta. Niedawno przeprowadzone badanie 800 pacjentów jednego ze szpitali amerykańskich wykazało, że tylko 1/4 pacjentów ujawniło lekarzowi główną przyczynę swego niepokoju. Powody tej sytuacji były następujące: 1) lekarz był oschły i zbywający, więc potrzeba pomocy została wyrażona jako prośba o przepisanie leku, 2) pacjenci chcieli się przypodobać lekarzowi, 3) pacjenci obawiali się potwierdzenia rozpoznania choroby. Wypływa z tego ogólny wniosek, że niezmiernie ważna są intuicja i wrażliwość lekarza, umożliwiające rozpoznanie obaw nie wypowiedzianych przez pacjenta. Ogromne znaczenie ma więc werbalne i niewerbalne zachowanie się lekarza.

Dla pacjenta podstawową wartość ma informacja jaką otrzymuje od lekarza. Niedostateczny rodzaj i zakres informacji, a także nieodpowiednie traktowanie pacjenta usiłującego „dowiedzieć się”, jest najczęstszym powodem niezadowolenia pacjentów z opieki lekarskiej. Interesujące, że to zjawisko jest uniwersalne w całym kręgu medycyny zachodniej. Trudno tu znaleźć racjonalne wyjaśnienie (należy się odwołać tab. 1) do przytoczonego schematu istniejących typów stosunku lekarz–pacjent, do najczęstszego modelu 1 lub 2).

W badaniu ludności Polski, tylko co piąty ankietowany miał poczucie właściwego

kontaktu z lekarzem i uzyskania od niego dostatecznej informacji; około 50% badanych osób stwierdziło, że „lekarz nie wyjaśnił” (ta sama proporcja w Anglii i Walii wynosiła 75%).

Komponent osobisty stosunku lekarz–pacjent

Komponent osobisty stosunku lekarz–pacjent ulega zmniejszeniu. Zjawisko to, zwane depersonalizacją, występuje powszechnie we wszystkich krajach rozwiniętych. Objawy są następujące:

- 1) zmniejszenie liczby wizyt domowych; większość współczesnych pacjentów nigdy nie oglądała lekarza w swoim domu;
- 2) zwiększenie liczby fachowych pracowników służby zdrowia; to co poprzednio dotyczyło tylko dwóch osób (lekarza i pacjenta) obecnie jest udziałem kilku lub kilkunastu osób, przy czym pacjent nigdy nie wie, kogo spotka, kiedy zobaczy jakąś nową twarz;
- 3) zwiększenie „roli” recepty w stosunku pacjent–lekarz: „społeczna funkcja przepisywania leku” polega na tym, że zastępuje kontakt personalny;
- 4) zależność praktyki lekarskiej od kolegów–lekarzy, a nie od pacjenta. Omówię nieco szerzej to zjawisko.

Istnieją dwa analityczne typy praktyki lekarskiej: jeden zależny „od klienta”, drugi – „od profesji”. Pierwszy reguluje normy pacjenta, drugi – normy obowiązujące w środowisku lekarskim. Skrajnym przykładem empirycznym pierwszego typu jest lekarz praktykujący prywatnie, w pojedynkę; ten typ praktyki lekarskiej odchodzi już w przeszłość. Coraz bardziej rozpowszechnia się natomiast typ drugi, którego skrajnym przykładem empirycznym jest lekarz pracujący w organizacji biurokratycznej – w nowoczesnym szpitalu. Jak wiadomo, organizacja biurokratyczna charakteryzuje się m.in. tym, że istnieje tam ścisły podział pracy, wraz z precyzyjnie ustaloną hierarchią zależności służbowych, wysoki poziom fachowy i kontrola zawodowa. W takim środowisku ważni dla lekarza są koledzy, a nie pacjent. Nie ma on możliwości wyboru lekarza. Obowiązują tam normy zawodowe i kontrola ze strony kolegów. Poziom świadczeń fachowych jest na ogół wysoki, ale kontakt między lekarzem i pacjentem staje się dorywczy i rwie się odpowiedzialność określonego lekarza za określonego pacjenta. Zmniejsza się również wpływ pacjenta na przebieg leczenia. Wielu lekarzy uważa, że taki stosunek lekarz–pacjent ułatwia im pracę, bowiem w warunkach istnienia norm i kontroli profesjonalnej, stosowania odpowiednich technik diagnostycznych oraz terapii, powierzchowność i dorywczność kontaktów z pacjentem nie ma większego znaczenia; niech sobie pacjent gdzie indziej zaspokaja swoje potrzeby emocjonalne; korzyści płynące z fachowego leczenia przewyższają pewne niedogodności; wpływ laika na leczenie jest dla niego niepożądany, w ostatecznym rachunku obraca się przeciw niemu.

Niewątpliwie jest tak, że niektóre ograniczenia są konieczne albo przymusowe, jeśli wynikają ze szczupłości personelu, stanu wyposażenia itd. Chodzi jednak o to, że z czasem, w miarę uniezależniania się praktyki lekarskiej od pacjentów, te funkcjonalne ograniczenia fachowe rozszerzają się na dziedziny, które nie mają wyraźnego związku z fachową stroną leczenia, chociaż nadal uchodzą za fachowe. W konsekwencji powstają nieformalne normy pracy, które nadają ton stosunkom lekarzy i pacjentów. Powstają etykiety dobrych i złych pracowników i pacjentów (również „za mądrych” pacjentów), właściwej treści pracy, rzeczywiście potrzebnych czynności. Normy te określają też postawę, jaką ma przyjąć pracownik wobec osób lub nacisków, które zaburzają ustalony

porządek i rutynę codziennej pracy. Te profesjonalne koncepcje warunków pracy są otaczane najwyższym poważaniem w organizacji szpitalnej.

Wynika z tego, że współczesna organizacja szpitalna stwarza bodźce do przerostu kontroli zawodowej nad leczeniem, a jednocześnie prowadzi do depersonalizacji stosunku lekarza do pacjenta. Szpital stwarza pewien wzór w tym zakresie, powielany następnie w innych organizacjach medycznych.

Omawiany problem nie jest specyficzny dla służby zdrowia. Dotyczy on wszystkich współczesnych organizacji biurokratycznych. Czy muszą one być zimne i bezduszne? O ile można to jakoś tolerować w innych dziedzinach życia społecznego, o tyle razi szczególnie w tak osobistej sferze jak choroba. Dotychczas nie znaleziono jeszcze skutecznego leku na tę dolegliwość.

Prof. dr Halina WARDASZKO-ŁYSKOWSKA

KONTAKT LEKARZ – PACJENT I CZYNNIKI KSZTAŁTUJĄCE GO U STUDENTÓW MEDYCYNY

Medycyna pierwotna miała w tym kontakcie swą wielką siłę, a Hipokrates w swych przepisach mówi „Niektórzy pacjenci, choć są świadomi niebezpieczeństwa swego stanu, uzyskują poprawę po prostu poprzez zadowolenie, płynące z boskości lekarza”. Hipokrates ma tu na myśli właściwości charyzmatyczne lekarza, jego szczególny dar ducha czy talent, wykraczające poza zwykłe zdolności i umiejętności wynikające z wykształcenia. Poza Hipokratesem, medycyna ma jeszcze drugi stary związek z autorytetem charyzmatycznym, a mianowicie przez Biblię, z ukazaną w niej udzieloną przez Boga, mocą uzdraviania i wypędzania złych duchów.

Wraz z rozwojem medycyny racjonalnej wykształcił się system wartości dotyczący tego, co powinien czynić lekarz, zanikła waga elementów charyzmatycznych. Biurokratyczny system preferuje raczej formalną rutynę związków lekarz – pacjent i broni tej rutyny od zaburzających skutków indywidualnych relacji charyzmatycznych.

Socjologowie zwracają uwagę na interesującą transformację, która następuje w zakresie charyzmy. Przeszła ona mianowicie z lekarza na instytucje służby zdrowia. To one wraz z wiedzą medyczną, wydają się obiecywać ludziom nieograniczone możliwości, aż do wymiarów magicznych. Ostatecznym autorytetem staje się wiedza, a jej poziom, „naukowość” lekarza, oceniane są wyżej niż walory osobowe. Jednocześnie daje się zaobserwować, że nawet lekarze o bardzo dużej wiedzy i umiejętności leczenia, stają bezradni wobec niemożności ustalenia współpracy z pacjentem.

Narastająca liczba pacjentów przewlekłe chorych, leczonych ambulatoryjnie ukazała w sposób przekonujący, iż dla odpowiedniej współpracy pacjenta w leczeniu, a co za tym idzie dla wyników tego leczenia, niezwykle znaczenie ma kontakt lekarz–pacjent.

Wyniki badań przeprowadzonych u chorych na gruźlicę, cukrzycę i nadciśnienie wykazały, że 15–93% pacjentów nie wykonuje zaleceń, a leki przyjmuje nieregularnie. Analizowano przyczyny tego stanu, badając zarówno cechy pacjentów jak i lekarzy, które

mogłyby być za to odpowiedzialne. Okazało się, że największe znaczenie miał rodzaj związków między dwoma stronami kontaktu. Stwierdzono 5 zasadniczych źródeł rozdźwięku. Związane one były z: 1) różnymi oczekiwaniami lekarza i pacjenta, płynącymi z tego kontaktu, 2) systemem komunikowania się, 3) sposobem rozumienia zaleceń, 4) różnym spostrzeganiem przez lekarza i pacjenta tego, co dzieje się w czasie ich spotkania, 5) różnym rozumieniem priorytetów i celów leczenia przez lekarza i pacjenta.

1. Obie strony kontaktu mają własne pojęcia choroby, ocenę tego, co właściwe i niewłaściwe w postępowaniu i zachowaniu własnym i partnera. Jedni pacjenci oczekują np., że lekarz wykaże swą wiedzę i moc, nawet bez pytania, inni – że będzie się dopytywał i słuchał sugestii. Również lekarze mają swe „oczekiwania”, dotyczące tego, jak powinien zachowywać się pacjent. Sztywność oczekiwań może doprowadzić do zachwiania się zarówno kontaktu, jak i procesu współpracy w leczeniu.

2. Styl komunikowania się lekarza z pacjentem może być różny. Zachowanie lekarza może być autorytarne, gdy zachowuje się jak „mocny ojciec” wydający polecenia; albo demokratyczne – dopuszczające dyskusję z pacjentem, doradzające i przekonujące. Przyjęcie przez lekarza jednego stylu dla wszystkich pacjentów, powodowało różne niepowodzenia we współpracy. Korzystne natomiast było dopasowanie stylu do potrzeb pacjenta. Z zasady pacjenci młodzi (szczególnie w okresie dojrzewania) źle znosili styl autorytarny, zaś starsi – takiego właśnie oczekiwali.

3. Trzecim źródłem rozdźwięku było niepełne lub niewłaściwe rozumienie zleceń. Dowodów na to dostarczają codzienna praktyka i przeprowadzone badania. W badaniach chorych na cukrzycę, prowadzonych za pomocą kwestionariusza, okazało się, że około połowa pacjentów leczonych ambulatoryjnie robiła błędy w dawkowaniu z powodu mało dokładnych wyjaśnień lekarza. Zdarzało się też złe rozumienie niektórych słów przez niego używanych. Badanie matek dzieci kalekich wykazało, że nawet te, które były dumne z wykonywania wszelkich zaleceń udzielonych im na piśmie, nie były aktywnymi partnerami w realizacji programu terapeutycznego, nie znając jasno celu swych działań. I tak np. zalecenie „nie pozwalać dziecku na zbytnią aktywność”, często powodowało nadmierną restryktywność, niekiedy działania wręcz niekorzystne.

4. Spostrzeganie tego, co dzieje się podczas kontaktu, może być zupełnie różne dla lekarza i dla pacjenta. Badanie 800 matek, przeprowadzone w Los Angeles, wykazało, że chociaż pediatrizy w znacznej większości byli przekonani, iż w czasie ich wizyt byli przyjacielscy, udzielali obszernych wyjaśnień i wsparcia emocjonalnego, to tylko połowa matek tak ich oceniała, a także zaledwie połowa wiedziała bezpośrednio po wizycie o rodzaju choroby dziecka i jej powodach. Nie było to związane ani z poziomem wykształcenia, ani czasem trwania wizyty, ale raczej tym, jak lekarz dostrzegał emocje matki. Jednocześnie stwierdzono wyraźną korelację dodatnią między stosowaniem się dzieci do zaleceń lekarskich i przyjaznym potraktowaniem matek przez lekarza.

5. Priorytety, cele leczenia, a także przekonanie o korzyściach płynących z zaleceń lekarza oceniane są różnie przez lekarza i pacjenta. Wiąże się to z ich różnymi doświadczeniami. Lekarz czerpie je z codziennej rutyny, przyszłość widzi jako tę rzeczywistość, do której stosują się jego rady a ich skutki (co widać szczególnie u przewlekle chorych) ocenia dalekodystansowo. Pacjent natomiast widzi przede wszystkim terażniejszość i argumenty dotyczące korzyści czy szkodliwości pewnych zachowań w odległym terminie, przemawiają do niego słabiej. Żyjąc od jednego załamania do drugiego, czasem w przekonaniu, że nie wiele mu z życia pozostało, pacjent może nie chcieć odmawiać sobie drobnych przyjemności, które są przeciwwskazane w zaleceniach lekarskich.

Niezależnie od tego, jakie jest źródło rozdźwięku w kontakcie lekarz–pacjent, zmniejsza on skuteczność leczenia.

Przytoczone wyżej uwagi nie obejmują oczywiście wszystkich elementów zakłócających stosunek lekarz–pacjent. Wybrano je jedynie jako przykład pokazujący, że skutki tego stosunku są realne, dające się badać.

W pojęciu wielu lekarzy tkwi przekonanie, że już sam fakt bycia lekarzem daje umiejętność kontaktu z pacjentem, a bycie dobrym człowiekiem i posiadanie dobrej woli w niesieniu pomocy pacjentowi zapewnia dobry kontakt. Jest to jakby pozostałość przekonania o posiadaniu charyzmy. Takie przekonanie nie jest korzystne, utrudnia samokrytykę, własny rozwój i otwarcie się na różnorodne potrzeby pacjenta.

Cechy osobowościowe – wrażliwość na problemy innego człowieka, zdolność wczuwania się w jego emocje, są niewątpliwie ważnymi elementami w kontakcie lekarz–pacjent, jednakże wiele jest jeszcze innych, które trzeba po prostu znać lub uczyć się ich nieustannie.

Spróbujmy zatrzymać się nad sprawą kształtowania się kontaktu lekarz–pacjent u naszych studentów medycyny

Można by dokonywać podziału czy porządkowania metod i sposobów tego kształtowania się, według różnych kryteriów. Podziałów tych ujmujących różne elementy kształcenia, byłoby wiele; np. działania zaplanowane i przypadkowe, działania spontaniczne, dostarczanie wiedzy i działania praktyczne, metodami werbalnymi i przykładem, przez działanie na intelekt i emocje, za pomocą działania świadomego i nieświadomego, za pomocą działania ukierunkowanego na kształtowanie kontaktu i kształtowanie się tegoż kontaktu, jako produktu ubocznego całej koncepcji studiów medycznych, z ich koncepcją człowieka i jego choroby.

Podziałów tych można by wymienić znacznie więcej, biorąc choćby pod uwagę takie kryteria, jak: sytuacja uczenia, spójność „dydaktyki” kontaktu lekarz–pacjent z całościem sposobów dydaktyki na studiach medycznych, możliwość stosowania wiedzy i umiejętności dotyczące kontaktu w praktyce i wiele innych. Choć poszczególne elementy wymienionych podziałów zająbiają się, czy nakładają na siebie, podziały te ukazują jednocześnie różne strony i złożoność procesu kształtowania się stosunku lekarza do pacjenta.

Biorąc to pod uwagę można stwierdzić, że czynników, metod i sposobów kształtowania kontaktu lekarz–pacjent w czasie studiów medycznych jest wiele. Wszystkie one wpływają na osobowość studenta, z jej określonymi cechami i na ewentualnie własne jego doświadczenia, jakie miewia będąc sam pacjentem i pozostając w kontakcie z lekarzem. Te ostatnie, niekiedy, są dla niego jedną z zasadniczych lekcji.

Czy można ocenić proces kształcenia studentów, czy kształtowania się ich kontaktu lekarz–pacjent?

Na pewno jest to zadanie trudne, ale wydaje się potrzebne jako punkt wyjścia do dyskusji i przede wszystkim próby uświadamienia sobie istnienia wielu czynników i wielu naszych działań, z których wagi dla kształtowania stosunku lekarz – pacjent u studentów medycyny nie zdajemy sobie sprawy.

Wydaje się, że zaprogramowaniu podlegają jedynie oddziaływania polegające na dostarczeniu pewnego zasobu wiedzy, preferowane są metody werbalne, oddziaływanie na intelekt. Nauczanie ma się odbyć głównie poprzez zajęcia z psychologii (30 godzin), które ograniczają się do wykładów i ćwiczeń, bez kontaktu z pacjentem. Zajęcia te, prowadzone na kursie III, pozostają w oderwaniu od działań i kontaktów lekarz–pacjent,

jakie mają miejsce w ramach ćwiczeń klinicznych i sprawiają wrażenie zawieszonych w próżni. Przez władze Akademii Medycznej i nauczycieli akademickich – lekarzy, zaliczone są one do paramedycznych, a program ich nie stanowi przedmiotu zainteresowań klinicystów, którzy nie dopatrują się tu związku ze swą praktyką.

Pozostaje to w związku ze znacznie poważniejszym zagadnieniem, które znajduje odzwierciedlenie w celach i całym procesie i programie studiów medycznych. Jest nim wybór określonej koncepcji człowieka i jego choroby. Przyjęty został biomedyczny model choroby. Według niego choroba (czy zdrowie) zależy od stanu fizykochemicznego organizmu. Zarówno przyczyny, jak mechanizmy patogenetyczne spostrzegane i oceniane są w tych terminach, co pociąga za sobą określone, na te mechanizmy nastawione, działania terapeutyczne. Ukierunkowanie na diagnozę objawów choroby jest istotne w postępowaniu lekarza. W kontakcie z pacjentem, lekarz, o takiej koncepcji choroby, nie uważa za istotne uwzględniania czynników psychospołecznych czy emocji pacjenta, które mogą mieć swój udział w powstawaniu objawów, przebiegu choroby, leczeniu. Choć taka koncepcja jest korzystna w przypadku chorób ciężkich, szczególnie na oddziałach intensywnej opieki, chorych z zaburzeniami świadomości (dla których pierwszy, ze wspomnianych przez prof. Sokołowską klasycznych modeli stosunku lekarz–pacjent, opisanych przez Szasza i Hollendra, a mianowicie „aktywność–bierność” jest adekwatny), zawodzi ona w prowadzeniu pacjentów, u których wielu objawów nie da się potwierdzić, nawet bardzo subtelnymi badaniami laboratoryjnymi i tych, których prowadzenie powinno opierać się na współdziałaniu i partnerstwie pacjenta (szczególnie w przypadku ambulatoryjnego prowadzenia pacjentów z chorobą przewlekłą).

Przyjęcie biomedycznego modelu choroby, nauczanie studentów na oddziałach klinicznych przede wszystkim (ćwiczenia w ambulatoriach na ogół nie są powierzane nauczycielom akademickim), preferowane przez klinicystów modelu zależności pacjenta od lekarza, mają ogromne znaczenie dla kształtowania się u studentów kontaktu lekarz–pacjent i na podstawie tych czynników widać wyraźnie niespójność programu psychologii z całościowym kształtem dydaktyki. Można powiedzieć, że kształtowanie stosunku lekarz–pacjent, które odbywa się w sposób nie zaprogramowany, nieświadomy, jako produkt uboczny przyjętej koncepcji choroby stanowi najpoważniejszy element kształtowania zarówno stosunku lekarza do pacjenta, jak w ogóle postaw.

Poza preferencją określonego modelu kontaktu, w którym pacjent pozostaje w sytuacji zależności od lekarza, co za tym idzie niedostatecznego przygotowania lekarza do pracy, w której dla skutecznego leczenia konieczne jest czynne uczestnictwo w procesie terapii, taki nie zaplanowany i nie uświadomiony proces uczenia niesie za sobą różne konsekwencje. Jest przypadkowy, spontaniczny, oparty na indywidualnych przekonaniach i doświadczeniach różnych ludzi, nie jest poddawany żadnej ocenie. Można powiedzieć, że stwarza to studentowi możliwość wyboru wzorców, jednakże ma cechy amatorszczyzny, czasem naiwności, czasem uczy postaw nie terapeutycznych lub wręcz jatrogennych. W każdym razie nie wyposaża przyszłego lekarza w określoną wiedzę ani o tym kontakcie, ani jego znaczeniu, jako składowej leczenia, o uwarunkowaniach tego kontaktu, elastyczności postaw lekarza w zależności od potrzeb pacjenta w tym kontakcie i wielu innych.

Dowodem niedoceniaenia kontaktu lekarz–pacjent jest sprawa nienagradzania go żadnym systemem ocen. Jednocześnie zachodzi wiele działań i procesów, które mają znaczenie „oduczające”, nawet naturalnego ludzkiego kontaktu człowieka z człowiekiem, zamianę go na kontakt schematyczny, ustrukturywany i wycelowany na określone

zagadnienia. Posłużę się tu przykładem. Mamy możliwość spotykania się ze studentami po I roku studiów, w czasie ich praktyk wakacyjnych i studentami VI roku, w czasie ich zajęć z psychiatrii. O ile ci pierwsi nawiązują z pacjentami łatwo rozmowę, kontakt ma charakter naturalny, przy czym często bywa terapeutyczny dzięki zaangażowaniu emocjonalnemu, słuchaniu, okazywanemu szacunkowi, traktowaniu partnerskiemu pacjenta, przyznawaniu się do niewiedzy w pewnych działaniach, o tyle studenci VI roku mają niekiedy duże trudności i opory. Zaplanowane ćwiczenie, polegające na swobodnej rozmowie z pacjentem, wywołuje bardzo często niepokój, żądanie schematu badania, z przytoczeniem różnych argumentów: dzięki schematowi badanie będzie uporządkowane i dostarczy więcej wiedzy o pacjencie, będzie korzystne dla pacjenta, bo nie dotknie się go niewłaściwym pytaniem, wreszcie – że taki jest nawyk z całego okresu studiów. Dopiero dalsze zajęcia i dyskusja ze studentami wykazują, że głównym argumentem jest niepokój związany z nieumiejętnością rozmowy i obawą okazania się niekompetentnym. Studenci przyznają się nie tylko do niewiedzy dotyczącej problematyki emocjonalnej czy psychicznej człowieka chorego, do faktu, że z zajęć z zakresu psychologii nie pamiętają prawie nic, a w każdym razie nie wzięli wiedzy tam nabytej z praktycznymi zajęciami z pacjentem, ale do trudności z rozmową z pacjentem. Omawianie emocji pacjenta, na podstawie obserwacji w czasie kontaktu z nim, jest dla studentów bardzo trudne, a jeszcze trudniejsze jest omawianie własnych emocji wobec problemów pacjenta. Zwykle występuje u nich skłonność do intelektualizacji (przekładania języka uczuć na język zjawisk intelektualnych) lub zaprzeczanie emocjom. W kontakcie z pacjentem przyjmują raczej postawę aktywną, zadawanie pytań raczej – niż słuchanie.

Interesujące są sposoby, jakie proponują stosować studenci wobec trudności emocjonalnych jakie ma pacjent, czy też wobec objawów somatycznych, które nie mają podłoża organicznego i są wtórne w stosunku do czynników psychologicznych czy psychospołecznych. Zazwyczaj deklarują, że pacjentowi potrzebna jest psychoterapia, przy czym przez pojęcie to rozumieją takie metody, jak: pocieszanie pacjenta, przekonywanie go, że choroba jest błaha, ponieważ nie przejawia się odchyleniami w badaniach obiektywnych, udzielanie rad, by nie przyjmował się, unikał stresów, prowadził uregulowany tryb życia i mobilizowanie przez przysłówiowe zalecenie „wzięcia się w garść” (co wyjątkowo rozdrażnia pacjentów). Inną propozycją, zgłaszaną przez studentów, jest zastosowanie środków uspokajających.

Problematyka kontaktu lekarz–pacjent ma swoje ogromne piśmiennictwo. Trudno byłoby nawet przytaczać tu zagadnienia i sposoby, które powinny być częścią nauczania studenta medycyny.

Jednocześnie to nauczanie nie będzie miało większego znaczenia, jeśli odbywać się będzie w próżni, w oderwaniu od pracy klinicznej i jeśli znaczenie tego kontaktu nie będzie doceniane, jako ważny element terapii. Ale na to, by taka sytuacja miała miejsce, konieczne jest holistyczne podejście do człowieka, z uwzględnieniem go w płaszczyźnie bio–psycho–społecznej, z ukierunkowaniem działań medycznych nie tylko na chorobę, ale na chorego, z rozpatrywaniem jego stanu nie tylko w kategoriach analizy czynnikowej, ale osoby jako całości – „Strzeżcie się, abyście nie zamienili prawdziwie medycznego podejścia do człowieka chorego, na zbieranie paszy dla komputera” powiedział M. Bleuler. Wydaje się, że powiedzenie to jest ważne i trzeba o nim pamiętać, by klasyfikacja, perforowana karta i analiza czynnikowa, nie były jedynym źródłem dla naszego obrazu pacjenta.

Prof. dr Jan TATOŃ

PEDAGOGICZNE SPOSOBY ODDZIAŁYWANIA NA SKUTECZNOŚĆ LECZENIA CUKRZYCY

Na temat metod pedagogicznych, jako sposobu umożliwiającego polepszenie wyników leczenia cukrzycy, istnieje już obszerne piśmiennictwo. Rolę pedagogiki zdrowotnej podkreśla się właściwie w leczeniu wszystkich chorób przewlekłych. Prof. Kamiński stwierdził, że szczególną cechą obecnych czasów i obecnej medycyny jest zwiększenie się liczby chorób i chorych przewlekle. Wystarczy dla przykładu podać kilka wskaźników chorobowości; choroba niedokrwienna serca – 8%, hiperlipoproteinemia – 10%, nadciśnienie tętnicze – 10%, padaczka – 1%, otyłość – 25% populacji, cukrzyca – 2% populacji. Liczby te niech uzmysłowią, że żaden system medycyny nie jest w stanie tych problemów rozwiązywać bez aktywnego współuczestnictwa samych chorych.

Powstaje więc w tym zakresie jakby system partnerski, lekarz działa jako nauczyciel tworzący zdrowotny styl życia przewlekle choremu. Daje w ten sposób w ręce chorego samodzielne możliwości i umiejętności dotyczące realizacji zaleceń leczniczych, prowadzenia samoobserwacji i samokontroli.

W cukrzycy, w związku z tym, od dawna wyróżnia się w metodach leczenia 4 rodzaje działalności: leczenie dietetyczne hipoglikemizujące, leczenie farmakologiczne, trening fizyczny z redukcją nadmiaru masy ciała w cukrzycy skojarzonej z otyłością i edukację zdrowotną. Zdrowotne wychowanie od dawna już uważa się za równorzędny i integralny składnik arsenału leczniczego. Wyrazem takiej postawy diabetologów jest między innymi to, że w ramach Europejskiego Towarzystwa Badań nad Cukrzycą od lat funkcjonuje „Zespół Badawczy w Zakresie Edukacji Chorych na Cukrzycę”. Jest to zespół, który spotyka się corocznie, pracując nad doskonaleniem metodyki pedagogicznej w stosunku do tej szczególnej populacji przewlekle chorych, jakimi są chorzy na cukrzycę.

Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że na świecie jest obecnie około 100 mln. osób chorych na cukrzycę, z tego 20 mln., to chorzy, którzy wstrzykują insulinę. W Polsce szacuje się, że wśród 37,1 mln naszej populacji, około 700 tys. osób choruje na różne postaci cukrzycy, wśród nich około 120 tys. to ci, którzy muszą stosować insulinę.

Różnorodność form choroby i jednostek składających się na dużą populację rodzi wiele problemów, w tym również odnoszących się do postępowania pedagogicznego. To, że pedagogika medyczna w stosunku do tej grupy jest potrzebna, konieczna i opłacalna, dokumentują obiektywne obserwacje. Wspomnę tutaj o badaniach z Kopenhagi, w których badano wymieralność chorych na cukrzycę w relacji do stopnia wyrównania metabolicznego. Okazało się, że można było wykreślić jak gdyby trzy linie obrazujące tempo wymierania populacji chorych na cukrzycę.

Te trzy różne nachylone (różne tempo wymierania) linie były ściśle związane ze stopniem leczniczego wyrównania cukrzycy. Okazuje się, że linia najwolniejsza to byli chorzy, u których wyniki leczenia były najlepsze, przez około 20 lat linia ta naśladowała swoim przebiegiem linię wymierania w ogólnej populacji. Później dopiero dochodziło do różnic na niekorzyść chorych na cukrzycę. Linia pośrednia i wreszcie linia najgorsza, która od początku, czyli od zachorowania szła bardziej w dół, wskazując na szybszą wymieralność, to byli chorzy, u których wyniki leczenia były najgorsze. Innym spostrzeżeniem na temat właśnie znaczenia skutecznego leczenia w kształtowaniu

długości życia chorych na cukrzycę są obserwacje Millera z Los Angeles, który zbadał kilkakrotnie częstość hospitalizacji chorych na cukrzycę w tym rejonie przed i po wprowadzeniu programów pedagogicznych. Okazało się, że częstość przyjęć do szpitali zmniejszyła się pięciokrotnie w tym regionie po wprowadzeniu nauczania chorych na cukrzycę. Znikła zupełnie zapadalność na śpiączkę ketonową. Metody pedagogiczne są więc ważną metodą leczenia chorych, która jest w stanie pomóc w uzyskiwaniu lepszych wyników leczenia. Mam tutaj na myśli, konieczność leczenia dietetycznego, prowadzenie samokontroli i pozostawienie pacjentowi pewnej możliwości samodzielnej adaptacji dawek insuliny.

Chory po przebyciu szkoły zdrowotnego wychowania umiejętnie reaguje w nie sprzyjających okolicznościach życiowych, jak np. obok cukrzycy dodatkowa choroba albo szczególne zadania związane z zawodem. Wchodzą w rachubę także inne sytuacje życiowe np. planowanie rodziny. Potrzebę nauczania chorych na cukrzycę uwidacznia się szczególnie podczas prowadzenia leczenia za pomocą bardziej skomplikowanego sprzętu, do którego należy zaliczyć, np. pompy infuzyjne do insuliny.

W naszej praktyce, już przy pierwszym spotkaniu lekarza i pacjenta, dochodzi do wypełnienia karty oceniającej poziom wiedzy pacjenta o chorobie. Dotyczy to wiedzy o cukrzycy, umiejętności chorego w zakresie samokontroli i także motywacji. Sporządzić wtedy można listę potencjalnych błędów. Pacjent przychodzi często już z preformowanymi pojęciami. Ujawnia się to w czasie wypełniania karty oceny edukacyjnej. Na tej zasadzie pacjent może być ukierunkowany, poddany indywidualnie zabiegom pedagogicznym w klinice, na oddziale, w poradni cukrzycowej. Pacjent może także mieć szansę pojechania do sanatorium dla chorych na cukrzycę, które pojmujemy jako szkołę zdrowotnego stylu życia dla chorych na cukrzycę. W związku z wykonywaniem zaleceń, które wynikają z oceny wiedzy chorego o chorobie, pojawiły się nowe funkcje dla pielęgniarki.

Niektóre pielęgniarki powinny specjalizować się w metodzie zdrowotnego kształcenia chorych na cukrzycę. Mamy w tym zakresie bardzo dobre doświadczenie. Przynajmniej kilka takich pielęgniarek pracuje w tej dziedzinie w sposób bardzo zadowalający. Jest to nowa specjalizacja dla pielęgniarki–pedagoga. Zajęcia dydaktyczne dla chorych prowadzi się albo indywidualnie, albo w systemie małych grup pacjentów. Jest to dyskusja, ciągłe formułowanie pytań i odpowiedzi. Szkolenie pacjenta kończy się egzaminem testowym, który oczywiście nie ma na celu tylko egzaminowanie, ale także uzmysławia pacjentowi, że wiele spraw już zrozumiał i wykonuje należycie.

Są kraje, w których wprowadzono formalnie zawód pedagoga medycznego. Produkuje się też odpowiedni sprzęt dydaktyczny, istnieje piśmiennictwo, programy, w tym także wspomagane przez osobiste komputery. Chory na cukrzycę znajduje się wtedy w korzystnych warunkach złożonego oddziaływania edukacyjnego ze strony lekarza, pielęgniarki, dietetyczki, pracowników specjalnych. Ich wpływ powinien być skoordynowany, służyć z góry założonym celom pedagogicznym. W związku z tym konieczne jest kształtowanie zasadniczych celów działalności dla takich właśnie zespołów leczniczych w zakresie funkcji pedagogicznej.

Jedną minutę jeśli można. Chciałem Państwu pokazać, jak chory powinien być „uzbrojony” do wprowadzania w życie edukacyjnych zasad. Po pierwsze, powinien samodzielnie oznaczać glukozę, u siebie w domu, używając suche (papierkowe) testy. Nie powinien więc chodzić do laboratorium częściej niż raz na kilka miesięcy. Przychodzi on do nas ze swoimi domowymi oznaczeniami. Jest to ważne, ponieważ taki pacjent nie

tylko wie, jak wysoką ma glikemię, ale także analizuje powody jej zwiększenia się tkwiące w jego codziennym życiu. Może je więc ograniczać.

Badanie glikemii wykonać można testami papierkowymi bez aparatu, konieczne jest sprawne urządzenie do nakłucia palca. Są to wszystko bardzo proste metody. Poza tym chory dysponuje sprawnymi strzykawkami, które nie wywołują lęku przed zastrzykiem. Igła nie powinna powodować urazu.

Chory dysponuje również podręcznikami, jest ich bardzo wiele. W języku polskim istnieją tego rodzaju wydawnictwa, każdy chory może je otrzymać. Prowadzi się „Dziennik”, w którym chory zapisuje wyniki. Po pewnym czasie pacjent, który prowadzi w domu kuchnię dietetyczną i podręczne domowe laboratorium jest człowiekiem względnie niezależnym od służby zdrowia, jest jej wartościowym partnerem.

Jest również pacjentem, który przyczynia się do polepszenia wyników leczenia. Jakość jego życia ulega polepszeniu.

Możliwe są tutaj także pewne nieprawidłowości. Do nich zaliczyć należy, np. fanatyzm ze strony nauczycieli i samych chorych, pojawianie się fanatyków zdrowia, którzy stają się bardziej ortodoksyjni niż trzeba. Jest to druga możliwość, a więc niedocenianie starań i zaleceń. Metoda powtarzania materiału dydaktycznego i umiejętnego motywowania jest na tyle skuteczna, że większość chorych uzyskuje właściwą ocenę. Nauczyciel ma być dobry, musi mieć zrozumiały język, przystosowany do poziomu pacjenta. Indywidualne i w małych grupach kształcenie jest z tego względu tak ważne. W takich warunkach łatwiej o sprzężenie zwrotne między grupą, którą się naucza, a nauczycielem.

Teraz oddam głos Kol. Podgórskiemu, który powie o zasadach „szkoły dla chorych na cukrzycę” już bardziej szczegółowo.

Dr Gracjan PODGÓRSKI

Minęło już ponad 60 lat od chwili odkrycia insuliny i wprowadzenia jej do lecznictwa. W erze przedinsulinowej właściwie wszyscy chorzy ginęli w okresie do 5 lat trwania choroby z powodu ostrych powikłań cukrzycy, kwasicy ketonowej lub zakażeń. Wprowadzenie tego hormonu do lecznictwa umożliwiło chorym przeżycie ostrej fazy choroby oraz prowadzenie w miarę normalnego życia. Pojawił się jednak nowy problem związany z cukrzycą, czyli jej późne powikłania. Uszkadzają one, po wielu latach trwania choroby, różne narządy i układy (układ krążenia, narząd wzroku, układ nerwowy), stają się główną przyczyną zgonów w tej grupie chorych.

W tym świetle niesłuchanie istotne znaczenie ma dla chorych i dla lekarzy ich prowadzących, coraz powszechniej spotykany w fachowym piśmiennictwie diabetologicznym, fakt, że pojawienie się późnych powikłań cukrzycy i związana z nimi śmiertelność są wyraźnie skorelowane ze stopniem rozchwiania metabolicznego cukrzycy. Pozwala to wierzyć, że z chwilą maksymalnego zbliżenia wszystkich parametrów metabolicznych (służących obecnie kontroli wyrównania cukrzycy) do wartości spotykanych u osób zdrowych, opóźni się w sposób istotny rozwój późnych powikłań cukrzycy, a może nawet uda się im zapobiec. Stwarza to nadzieję, że mimo wystąpienia schorzenia przewlekłego osoby nim dotknięte będą mogły pełnić, w sposób całkowicie je satysfakcjonujący, wszystkie role społeczne, cukrzyca nie zmniejszy ich radości życia. W fakcie, że późne powikłania cukrzycy rozwijają się w sposób powolny, podstępny tkwi zarazem olbrzymie niebezpieczeństwo dla chorego. Bardzo trudno jest uzyskać wysoką motywa-

cję pacjenta (konieczną do aktywnego prowadzenia leczenia wspólnie z lekarzem prowadzącym) w sytuacji, gdy nie ma żadnych ewidentnych i dokuczliwych zarazem objawów choroby, w sposób znaczący obniżających jakość życia pacjenta.

Około połowa chorych z cukrzycą insulinozależną umiera po 20 latach z powodu niewydolności nerek. Giną więc ludzie młodzi, dlatego tak bardzo ważne jest skłonienie osoby chorej na cukrzycę do podjęcia wszystkich działań prowadzących do uzyskania euglikemii. Wysoka motywacja pacjenta, będąca podstawowym warunkiem prowadzenia aktywnego leczenia, musi zostać odpowiednio rozbudzona. Temu celowi służy specjalny program edukacyjny stosowany w Warszawie przez prof. Tatonia w Klinice Chorób Wewnętrznych i Diabetologii.

W leczeniu chorób przewlekłych ołbrzymia (choć często jeszcze niedoceniana) jest rola pacjenta. W przypadku chorego na cukrzycę musi on, na podstawie informacji uzyskanych od różnych członków zespołu terapeutycznego (lekarzy, pielęgniarek, dietetyków itp.), poznać istotę swojego schorzenia, znać zasady działania różnych leków hipoglikemizujących, nauczyć się adaptować ich dawki, w zależności od różnych okoliczności życiowych (np. choroba gorączkowa, udział w proszonym obiedzie, mecz). Pacjent taki powinien w pewnym zakresie samodzielnie kierować przebiegiem swojego leczenia. Rola lekarza ograniczałaby się w zasadzie do roli konsultanta, który będąc łatwo uchwytany (telefonicznie, w poradni, w klinice) będzie służył radą w szczególnych sytuacjach, w których doświadczenie pacjenta jest zbyt skromne.

Rola nauczania chorych, jako jeden z elementów leczenia cukrzycy (obok diety, doustnych leków hipoglikemizujących i insuliny oraz programowanego wysiłku fizycznego) była doceniana już od dawna. W latach dwudziestych główne kliniki diabetologiczne (m.in. Joslin Clinic) skupiały grono klinicystów, którzy zajmowali się leczeniem cukrzycy w sposób tak wszechstronny. W Bostonie pracowała Priscilla White, kobieta, która całe swe życie poświęciła leczeniu i edukacji chorych na cukrzycę, zwłaszcza zaś pacjentek, które mimo swojej choroby chciały rodzić i wychowywać zdrowe dzieci. Ich wysiłki nie poszły na marne, dowodzą tego wszystkie zestawienia statystyczne dotyczące chorych na cukrzycę w okresie tych kilkudziesięciu lat insulinoterapii.

Rozpoczynając edukację chorego z cukrzycą zdajemy sobie sprawę z faktu, że jest to początek niestęchanie długiej drogi, pełnej pułapek i zaskakujących zwrotów. Ze względu na krótki okres pierwszej hospitalizacji, heterogenność (etiologiczna) cukrzycy i stan psychiczny pacjenta bardzo ważna jest selekcja informacji dostarczanych choremu. Powinny one z jednej strony uświadomić mu przewlekły charakter schorzenia, z innej zaś napełnić wiarą, że właściwe leczenie cukrzycy umożliwi przeżycie wielu lat bez żadnych powikłań. Ze względu na występowanie silnych mechanizmów obronnych, związanych z szokiem, którego chory doświadcza po rozpoznaniu choroby powinno się ograniczyć liczbę i zakres informacji do minimum – dieta i dawkowanie insuliny. Dopiero z chwilą ustąpienia emocji, gdy pacjent jest w stanie myśleć racjonalnie, należy rozszerzyć zakres informacji.

Początek edukacji chorych na cukrzycę w praktyce wygląda następująco.

Pierwsza grupa tematyczna, to zagadnienia dotyczące cukrzycy, np. rola poszczególnych czynników hormonalnych i nerwowych w zachowaniu homeostazy glikemii w ustroju, druga grupa zagadnień, to problemy związane z prowadzeniem samego leczenia – leki hipoglikemizujące, ich dawkowanie, działania uboczne, itp. Ze względu na dużą wartość praktyczną tych zagadnień dla chorych tematyka ta jest celowo rozbudowana, wzbogacona zajęciami praktycznymi, np. takimi jak wstrzyknięcie insuliny. Dążymy do

tego, aby pacjent antycypował pewne sytuacje życiowe, dostosowując odpowiednio dawki leków (np. margines kilku jednostek insuliny). Trzecia grupa problemów wiąże się z nauką samokontroli – badanie glukozy we krwi i w moczu, badanie ciał ketonowych i białka w moczu.

Na podstawie otrzymywanych wyników chory musi nauczyć się modyfikować dawki insuliny, dostosowywać dietę, plan wysiłków fizycznych itp.

Konieczne jest skłonienie chorych do aktywnego współdziałania w długotrwałym procesie leczenia. Nauczanie chorych staje się wtedy metodą kształtowania silnych mechanizmów motywacyjnych, dostarcza niezbędnych informacji i umiejętności pozwalających na względne uniezależnienie się od ograniczeń związanych z chorobą, uzyskanie możliwie największego komfortu życia.

Prof. dr Romuald W. GUTT

KONTAKT LEKARZA Z PACJENTEM

(Z Katedry i Zakładu Historii Medycyny Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie.

Kierownik: prof. dr hab. med. R. W. Gutt)

„...nie powinno się także mówić wciąż o odrębnej etyce lekarskiej, takiej bowiem nie ma. My lekarze, jesteśmy tak samo dobrzy, czy też wolałbym rzec, tak samo źli, jak wszyscy pozostali ludzie”.

(H. Schulten)

Powyższe motto, zaczerpnięte z dzieła klinicysty wysokiej rangi, bynajmniej nie eliminuje szczególnych wymagań stawianych właśnie lekarzowi, od którego człowiek szukający pomocy oczekuje mimo wszystko bez porównania więcej, niż od przedstawicieli innych dyscyplin, czy od swych bliźnich w ogólności.

Tytuł zawęża jednak rozważania do problematyki dotyczącej pacjenta, a zatem człowieka cierpiącego, z tym załedwie zastrzeżeniem, że cierpienie owo zostaje zaakceptowane przez lekarza. Nie wszystkich mianowicie możemy opatrywać mianem pacjentów, tedy nie wszystkich ludzi zasiadających w poczekalniach będziemy mieli prawo zaliczać do tej właśnie grupy. Niechętnie jednak mówimy czy piszemy o „interesantach” czy „petentach”, nawet gdy lekarz jest im również potrzebny, skoro oczekują na przyjęcie. Na tym miejscu jednak, zgodnie z tytułem, uwagę naszą będą zaprzętać ludzie, którym, z punktu widzenia klinicznego, pomoc lekarska jest bezspornie potrzebna, czy nawet konieczna. Nie da się zresztą pominąć trudności zaszeregowania do poszczególnych grup, nie znamy bowiem dokładnej granicy między zdrowiem i chorobą. Dolegliwości subiektywne nie muszą rymować się ze znajduwanym stanem przedmiotowym i im więcej lat upływa w zawodzie, tym łatwiej pojąć, że właśnie tutaj niezmiernie łatwo o pomyłkę, wiadomo nadto, że właśnie tutaj nierzadko mają miejsce zjawiska paradoksalne.

Gdyby w programach zajęć przedklinicznych można było zmieścić więcej godzin przewidzianych na propedeutykę, w trakcie szkolenia klinicznego zaś więcej uwagi poświęcać nie „rzadkim przypadkom”, lecz codzienności zawodowej, ona to bowiem będzie stanowić istotę rzeczy, wówczas byłoby można orzec zwięźle: kontakt lekarza z

pacjentem winien być owocny dla obu zainteresowanych stron. Idzie o to, jedynie, aby chory mógł zyskać świadomość, że znalazł się pod opieką, lekarzowi z kolei ów kontakt winien pozostawiać zadowolenie z dobrze spełnionego obowiązku. Jest to oczywiście uwarunkowane poczuciem odpowiedzialności za wszystkie poczynania.

Człowiek szukający pomocy lekarza, jak w każdym cierpieniu, szuka przede wszystkim zrozumienia u innych (Szczepański), świadomość, że je znajduje wyraża się stopniem zaufania do tego, komu opowie o swych dolegliwościach; zaufanie to, nierzadko początkowo niewielkie, może i powinno rozrastać się w miarę upływu czasu. Wtedy będzie mowa o obopólnym sukcesie.

Należy wskazać na dwa zjawiska, charakterystyczne dla drugiej połowy naszego stulecia. Pierwsze, to konieczność bezwzględnego indywidualizowania. Choć pojmowano to już bardzo dawno temu, ciągle jeszcze byłoby trudno mówić o upowszechnieniu tego elementarnego kanonu. Zjawisko drugie – prawem kontrastu – sprowadza się do konieczności ściśle pojmowanej współpracy między specjalistami reprezentującymi poszczególne dyscypliny medyczne. „Doktor wszech nauk lekarskich”, to określenie dziś już tylko historyczne. Nieodzowny stał się za naszych czasów zespół współdziałający zgodnie, bazujący na najlepszej wiedzy połączonej z doświadczeniem.

Nie oznacza to bynajmniej konieczności zespołowego leczenia wszystkich chorych, inaczej w sprawach diagnostycznych: tu bez mała z reguły musi współdziałać zespół. Jeżeli współpraca będzie oparta na racjonalnych przesłankach, każdy z współdziałających będzie w pełni świadom tego, że diagnoza winna być ustalona, nigdy jednak nie sugerowana, czy wręcz dyktowana. Niestety, powszechnie dostrzega się od szeregu lat narastające zafascynowanie aparaturą, znajdującą się w ręku specjalistów, nawet tam, gdzie konsultacja ma jedynie zweryfikować rozpoznanie, bez konieczności wkraczania terapeutycznego.

Na ogół nie ma rozbieżności poglądów co do tego, że zasadniczą wadą obecnej medycyny stała się jej instytucjonalizacja, gdy jednocześnie wiadomo, zainteresowanym, że jest nieodzowna. Jeśli więc mamy prawo, czy nawet obowiązek, oceniania jej kategoriami pejoratywnymi – choćby w myśl zasady *qui tacet consentire videtur* – wypada uświadomić sobie, że wadę stanowi nie instytucjonalizacja jako taka, lecz jedynie przyjęcie wadliwych form organizacyjnych. W jaki sposób byłoby można wyeliminować błędy, powinni zdawać sobie sprawę lekarze stojący najbliżej tych zagadnień.

W r. 1936 mieliśmy w kraju 12.917 lekarzy, w r. 1946 zaledwie 7.732. Jednakże w Ubezpieczalni Społecznej na ogół nie znano pojęcia „książka zażeń”, tym samym organizacja ówego lecznictwa musiała być lepsza od wszelkich modyfikacji, od momentu powstania Wydziałów Zdrowia przy Radach Narodowych. W placówkach ZUS dyrektor naczelny i lekarz naczelny znali dobrze swój zakres kompetencji, nadto wtedy nie zachodziła potrzeba rozważania, kto jest dla kogo: administracja dla lekarzy, administracja mająca pod każdym względem usprawniać ich pracę, czy odwrotnie – lekarze są po to, aby Prawo Parkinsona mogło być dostrzegane w każdej placówce służby zdrowia. Pacjent, rzecz jasna, nie musi zdawać sobie sprawy z licznych mankamentów rodzących się z braku nieodzownego doświadczenia.

O wielu sprawach mówi polski kodeks deontologiczny. W myśl Zasady 21 (r. II) lekarz winien dostrzegać wszelkie braki i nieprawidłowości organizacyjne oraz omawiać je tam, gdzie stosowne po temu miejsce i pora, przy czym krytyka nie powinna umniejszać wartości społecznej służby zdrowia (Zasada 22). Nie sądzę jednak, aby treść obrad, toczących się, rzecz jasna, nie tylko pomiędzy lekarzami, nie przenikała na zewnątrz.

Posiadamy więc zbiór zasad etyczno—dentologicznych, gdy wiadomo, że nie obowiązują one pracowników administracyjnych służby zdrowia. Zgodziliśmy się wszyscy, że stosunek lekarza do członków, zawodów niemedycznych, pracujących w służbie zdrowia, winien opierać się na szacunku (Zasada 49), co nie oznacza, aby niejeden spośród lekarzy wyraźnie dostrzegających zło, bynajmniej nie wynikające z postępowania lekarzy, był skłonny poruszać te sprawy publicznie, sam szacunek bowiem nie wystarcza, by można było omawiać wszelkie drażliwe sprawy, nie obawiając się ich wadliwej interpretacji ze strony osób nie posiadających wykształcenia lekarskiego. O bezwzględnej konieczności ponownego utworzenia Izb Lekarskich, jako instytucji autorytatywnych i nadrzędnych, była mowa już nie jeden raz w ciągu trzydziestu z górą lat od ich skasowania. Można dodać to jedynie, że każdy rok zwłoki w tym względzie działa szkodliwie. Do dyskusji byłoby to jedynie, czy bardziej traci na tym lekarz, czy — w ocenie długofalowej — chory.

Oczywiście nie wszyscy lekarze zdołali pojąć, że stosunek ich do powierzających się im ludzi winna cechować życzliwość, wyrozumiałość, czy cierpliwość (Zasada 9). Prawdopodobnie kiedyś, w przyszłości zostanie poczytane za duże niedopatrzenie, że rekrutacja na studia medyczne nie miała warunków do chociażby przybliżonej oceny charakterologicznej przyszłych lekarzy. Niedopatrzeniem — czy może po prostu błędem — jest pomijanie w programach nauczania przedmiotów umożliwiających poznanie, czym właśnie jest wyrozumiałość bądź cierpliwość.

Lekarzowi nie wolno umniejszać praw chorego (Zasada 20), wszelako prawa chorego, to pojęcie bardzo szerokie, wystarczająco jednak ważne, aby pomyśleć o stworzeniu warunków do przyswojenia sobie wiadomości z zakresu psychologii, pojmowanej oczywiście w sposób wolny od jałowej scholastyki, jak i socjologii. Wspomniana przed chwilą zasada kodeksu wyraźnie określa lekarza jako dysponenta mienia społecznego (p.w.). Niechby tak jednak spytać absolwentów, co pojmują przez mienie społeczne i — idąc dalej — czym w ich pojęciu jest społeczeństwo?

Jest chyba dla wszystkich wystarczająco zrozumiałe, że jeśli choroba, bądź jej zapobieganie, czy zwalczanie stanowią zagadnienia społeczne, indywidualna porada i pomoc jednak są i będą przedmiotem uwagi chorego i lekarza. Obcowanie to rozgrywa się na gruncie zdecydowanie osobistym, jest nadto obwarowane przepisami o przestrzeganiu tajemnicy (Zasada 11).

Życzliwość — cecha skądinąd zdecydowanie osobnicza — tak jak wyrozumiałość czy cierpliwość same wystarczyć nie mogą. Lekarz musi być świadomy swoich braków, tu przede wszystkim z jednej strony luk w wykształceniu, z drugiej niebezpieczeństwa wtórnego analfabetyzmu. Nasz kodeks deontologiczny mówi o obowiązku bezustannego podnoszenia kwalifikacji zawodowych swoich (Zasada 26 nn.), jak i podległego personelu (Zasada 47).

Niejednokrotnie słyszy się od chorych, że odczuwając wyraźną po temu potrzebę, nie zgłaszają się do swych poradni, z tej prostej przyczyny, że choć czują się zdecydowanie źle, nie odczuwają podwyższonej temperatury. Na pytanie lekarza, wysłuchującego owych skarg na gruncie prywatnym, cóż to może mieć do rzeczy, niezmiernie często pada odpowiedź: — „Przecież u nas bez gorączki lekarz nie przyjmie, n a w e t nie zarejestrują...”

Pozwolę sobie na drobny ekskurs: bardzo długo nie dawałem wiary takim i podobnym pogłoskom. Długo, jednakże do zdobywanego w ciągu lat doświadczenia poza-pracowniczego, doszło i to, że istotnie placówki takie można tu i ówdzie spotkać.

Kryje się w tym, z jednej strony, duże niebezpieczeństwo, z drugiej – uzyskanie upewnienia rodzi wstyd. Czyżby istotnie niektórym lekarzom nie było wiadomo, że choroby przebiegające z wysoką temperaturą nie należą bynajmniej do najgroźniejszych, gdy odwrotnie, choroby poważne, wymagające wczesnego i starannego leczenia bardzo często cechuje przebieg bezgorączkowy? Bezsprzecznie, zdarza się i tak, że „zarządzenie” o nierejestrowaniu chorych niegorączkujących rodzi się jedynie w głowie rejestratorki i lekarz z danej placówki leczniczej nic o tym nie wie, bywa jednak i tak właśnie, jak brzmiały przytoczone krytyczne uwagi chorych.

Nie ma takiej kliniki propedeutycznej, w której nie podkreślano by bezwzględnej konieczności dokładnego zbadania pacjenta, nim zostanie wydane orzeczenie (wystawienie recepty jest następstwem uprzedniego poznania stanu przedmiotowego, może zatem zostać podciągnięte pod orzeczenie). Jeśli spotyka się bardzo wielu chorych zwracających się do nowego (zastępstwo?) lekarza z prośbą jedynie „o powtórzenie recepty”, musi to oznaczać, że prośba taka bywa wystarczająco często spełniana, by mogła niejako wejść w nałóg. Nie muszę tłumaczyć, że spełnienie owej prośby nietrudno będzie zaliczyć do błędu sztuki.

Wreszcie: co to znaczy porada i pomoc? Któregoś kwietniowego ranka, w dużym mieście, nie mogącym narzekać na niedobory kadrowe, zgłosiła się do szpitala uczennica szkoły średniej, podając lekarzowi z izby przyjęć, że choć do szkoły ma nie więcej niż pół kilometra, nie czuje się na siłach, aby tam dojść i zgłosić się do swej lekarki. Anamneza ujawniła, że młoda istota czuje się od pewnego czasu osłabiona, o czym poinformowała lekarkę i na dwa tygodnie przed Wielkanocą otrzymała od niej zwolnienie z gimnastyki. W ciągu tych dwóch tygodni odczuwała ból gardła oraz narastające osłabienie. Bardzo znaczne powiększenie śledziony, jej konsystencja, jak i powiększenie wątroby sprowokowały lekarza dyżurnego do przywołania hematologa. Rozmaz krwi, zabarwiony metodą Wrighta nadawał się do badania w tym samym mniej więcej czasie, kiedy obliczono krwinki białe. Było ich ponad 400 tysięcy w mm^3 , obraz cytologiczny ujawnił zdecydowaną przewagę komórek blastycznych. Ani śledziona, ani wątroba nie uległy zmianom białaczkowym w ciągu minionych dwóch tyhodzi. Zwolnienie z gimnastyki zostało więc wydane bez zbadania chorej. *Prognosis quoad vitam nulla* w niczym nie usprawiedliwia lekarki szkolnej, takim bowiem tytułem posługiwała się ta osoba. Nie jest to – wypada dodać – przykład odosobniony, choć nie zawsze rokowanie bywa tak przygnębiające. Określenia tego nie chcę traktować jako zwrot retoryczny: przecież to właśnie przygnębia, ilekroć zyskujemy przeświadczenie całkowitej bezradności.

Kremp z grupą kolegów ze szkoły Bernarda przedstawił przypadek złośliwej histiocytozy u noworodka, gdy jednocześnie u jego matki stwierdzono zespół preleukemiczny. Nie idzie w tej chwili o możliwość skutecznej pomocy, rozmyślam w tej chwili o spreycyzowaniu rozpoznania, jak i owej rzadko spotykanej koincydencji nozologicznej. Czy u nas, gdzie na ogół lekarz nie posługuje się mikroskopem, moglibyśmy postawić takie rozpoznanie? Wiedza nasza o białaczkach jest ciągle jeszcze bardzo skąpa. Wiadomo, że dzięki postępom immunologii, jak i dzięki kortykosteroidom, można tu i ówdzie uzyskać wyniki nie brane pod rozwagę ćwierć wieku temu. Uzyskiwane remisje nie stanowią już sensacji. Niejednokrotnie w okresie remisji zupełnie inną postać przyjmuje terapia. Kiedy należałoby ponownie wkroczyć z lekami bardziej radykalnymi? Oczywiście wtedy, gdy we krwi obwodowej zaczną ponownie występować komórki o cechach blastów. Ciekawym, czy obliczenie stu krwinek pozwoli na ich wczesne ujawnienie? Dlatego więc

nieodzwonne już dziś zróżnicowanie specjalistyczne medycyny powinno być konsekwentne. Pozostając przy tej problematyce sądzę, że należałoby postarać się o zorganizowanie poradni hematologicznych, w których obraz krwi obwodowej byłby zawsze oceniany okiem lekarza, i to lekarza od początku zajmującego się danym chorym. Podobnie w sprawach endokrynologii, nie wszędzie jeszcze postawionych na właściwym poziomie, to samo dotyczy chorób przemiany materii i wielu innych. Ostatecznie, wraz z postępem diagnostyki rośnie odsetek chorych przewlekle. Niejednokrotnie – często! – nie może być mowy o ich wyleczeniu; możemy ludziom tym zaledwie pomagać. Niechże byłoby im oszczędzone wielogodzinne oczekiwanie w poczekalniach, niechby mieli swoje poradnie, tam zaś, zarejestrowani jako stali pacjenci, zostaliby opatrzeni w specjalne książeczki z nanoszonymi datami, a nawet godzinami kolejnych wizyt kontrolnych.

Wielu lekarzom udzielenie porady lekarskiej kojarzy się nierozzerwalnie z absolutną koniecznością przepisywania leków. Czy zawsze pamięta się o tym, aby naprawdę nigdy nie szkodzić? Kanti Rai z grupą współpracowników, podzielił przewlekłą limfadenozę na pięć stadiów, określając najłagodniejsze z nich jako zerowe. Cechuje się ono jedynie podwyższoną limfocytosą absolutną, bez innych zmian hematologicznych czy somatycznych.

W stadium następnym (I) obok hiperlimfocytozy spotykamy powiększenie węzłów chłonnych. W obu stadiach podawanie leków jest nie tylko zbędne, lecz nawet może okazać się szkodliwe. W stadium „0” średnia przeżycia bez leczenia wynosi średnio ponad 12 lat, w stadium „I” około 8 i pół. Zastosowanie niektórych leków może spowodować wystąpienie anemii autohemolitycznej, co oczywiście skróci ów czas, czasem nawet bardzo znacznie. Sądzę, że trzeba dużej wiedzy i równie dużego taktu, bądź znajomości życia, aby chorych takich poinstruować w sposób zgodny z kanonami sztuki. Hamburski internista Jores wiele razy pisał o chorobach jatrogennych: nie byłoby ich, gdyby lekarz wiedział, co może i co powinien mówić choremu. Na wiedzę tę składa się wiele czynników, których próżno szukałby w podręcznikach klinicznych. Marginesowo dodam, że zadziwiająco duży odsetek lekarzy uważa w białaczkach leukocytozę i jej wahania za podstawowe kryterium rokownicze. Zapominamy o dużych zdolnościach adaptacyjnych organizmu, tak jak i nie staramy się uświadomić sobie, że podstawowym kryterium jest i może być poziom hemoglobiny czy liczba krwinek płytkowych. Jest to wiedza stosunkowo świeża, im więcej zaś dowiadujemy się o zdrowych i chorych, tym systematyczniejsza winna być lektura periodyków medycznych, owa konieczność bezustannego dokształcania się, wyszczególniona w kodeksie. Spyta ktoś w tym kontekście – być może – jak w takim razie przedstawia się czas przeżycia chorego na przewlekłą limfadenozę, gdy pojawiają się cechy anemii czy trombocytopenii? Otóż w tych stadiach (III i IV) czas przeżycia wynosi około półtora roku. Jeżeli podając przedwcześnie i zupełnie niepotrzebnie radykalnie działające środki skróciłibyśmy ów czas z dwunastu i pół roku do półtora roku, uświadomienie sobie tego mogłoby przyczynić się do wystąpienia braku zaufania w swe siły i możliwości lekarza nie śledzącego postępów nauki.

Białaczek, a także procesów nowotworowych wykrywamy coraz więcej, nie są to jednakże, mimo wszystko, choroby z grupy „codziennych”. Spośród tych chorób, do bardzo mało docenialnych i rozumianych przez lekarzy, należą coraz liczniejsze za naszych czasów stany depresyjne. Kto śledzi piśmiennictwo lekarskie, wykraczające poza reprezentowaną przez siebie wąską niejednokrotnie specjalność, zdołał już dość dawno temu dowiedzieć się, że „pocieszanie” chorych z zespołem depresyjnym nie jest postępo-

waniem godnym polecenia i może przynieść niejednokrotnie więcej szkody niż pożytku. Gdy więc Edmund Biernacki czy Władysław Biegański – zresztą słusznie – nazywają lekarzy pocieszycielami, wypada sobie uświadomić, że potrzeba indywidualizowania jest dziś bez porównania większa, a przynajmniej bardziej jaskrawa niż za ich czasów. Zresztą rozumiano to w gruncie rzeczy zawsze. Dla ilustracji chciałbym przytoczyć słowa Norwida. Na pokładzie „Cywilizacji” spotkał był wśród podróźnych lekarza. Był to

„człowiek wieku podeszłego, który przez lat trzydzieści lekarskie rzemiosło praktykując, tak wielką zyskał sobie wziętość, iż nareszcie musiał zaniedbywać powierzających się mu chorych, z powodu iż zbywało mu czasu na indywidualność ich mieć względy – wycofał się przeto jako mąż zacny z tak niebezpiecznego pola prac swych”.

W wypowiedzi tej jest mimo woli zawarta odpowiedź na pytanie, co w gruncie rzeczy są w stanie zdziałać modni dziś przedstawiciele kierunków paramedycznych. Zasadnicza różnica sprowadza się do tego, że największa nawet wziętość nie spowoduje uznania pola działalności za niebezpieczne i oczywiście nie nakaze wycofania się z owego pola.

Na innym miejscu Norwid pisze:

„każdemu wedle wiary jego – nawet uzdrowienie wedle stopnia wiary uzdrażnianych...”

To obejmuje wszystkich lekarzy. Warunkiem powodzenia było i jest zaufanie chorego do lekarza. Wiara, zaufanie do subtelności w większym stopniu natury semantycznej niż logicznej. Należałoby o tym chyba pamiętać na studiach i po ich ukończeniu.

Przed dwudziestu laty książka profesora Tadeusza Bilikiewicza otworzyła oczy niejednemu spośród „medycznych monoteistów”. Wznowiona następnie uczyniła wiele dobrego, czy jednak dziś przywiązujemy należną uwagę do wytycznych tam zawartych? Czy nowe zdobycze techniki, zdobycze sugestywne, lecz od medycyny dalekie, nie przestoniły wielkiej i cennej mądrości, wtedy, przed laty, przekazanych ogółowi lekarskiemu po długiej przerwie?

Nie sądzę, aby tak obszerny temat można było przedstawić w sposób wystarczający. Gdyby jednak zagadnienia tu poruszone mogły być przedyskutowane bądź przeanalizowane w cichości ducha, byłoby można uznać spotkanie dzisiejsze za udane.

Stosunek lekarza do chorego zakreślają, w pewnym przynajmniej stopniu, granice kodeksowe. Deontologię traktujemy jako część etyki normatywnej, zmiennej, uzależnionej od epoki. W etyce ogólnej zaś są i pozostaną niezienne chyba te wytyczne: – *honeste vive, neminem laede, suum cuique tribue, imo omnes quantum potes iuva*.

Wytyczne druga i czwarta to właśnie nasza domena. Jeśli zaś mowa o bezwzględnej potrzebie humanizacji medycyny, nie czekajmy na zmiany programów nauczania. Samouk nierzadko osiąga więcej niż mówią programy, osiąga przy tym szybciej.

P i ś m i e n n i c t w o

1. Bessis M.: Reinterpretazione degli strisci di sangue (Trad. F. Pinto). Piccin Ed., Padova 1978.
2. Bilikiewicz T.: Psychoterapia w praktyce ogólnolekarskiej. PZWL, Warszawa 1964.
3. Bleuler M.: Gefährdete Psychiatrie und gefährdete Berufung zum Arzt. Schweiz. Ärztezg. 1975, 56, 741–746, 791–794.
4. Fromm E.: Posiadać czy być? Profil 9 (1980) XI.
5. Gutt R. W.: Propedeutyka medycyny. PZWL, Warszawa 1982.
6. Heister L.: Chirurgie. Hoffmanns Erb. MDCCXIX. Reprint: Zentralantiquariat DDR, Leipzig 1981.
7. Jores A.: Der iatrogene Kranke. Med. Welt 1962, 13, 1800–1804.

8. Kern E.: Zum Selbst – und Fremdverständnis des heutigen Arztes. Ther. Gegenw. 1980, 119, 243–254.
9. Kremp L., M. Macart, C. Hopfner, G. Flandrin, J. Bernard: Decouverte simultanée d'une hemopathie maligne chez un nouveau-né et d'un syndrome preleucémique chez la mère. Nouv. Rev. Fr. D'Hemat. 1978, 20 s. 349–357.
10. Rai K.R., A. Sawitsky, E.P. Cronkite, A.D. Chanana, R.N. Levy, B.S. Pasternack: Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia. Blood 1975, 46, 219–234.
11. Rosemeier H.P.: Medizinische Psychologie. 2 A., Enke, Stuttgart 1978.
12. Schulten H.: Der Arzt. 3 A., Thieme, Stuttgart 1966.
13. Sutermeister H.: Medizin und Sensationsjournalismus. Fortschr. Med. 1963, 81, 801–802.
14. Szczepański J.: Sprawy ludzkie. 2 wyd., Czytelnik, Warszawa 1980.
15. Wolandt G.: Arzt und Patient. Med. Welt 1979, 30, 499–504.

DYSKUSJA

Prof. dr hab. med. Bolesław GÓRNICKI

Dziękuję za udzielenie mi głosu. Przyszedłem na dzisiejsze posiedzenie bez przygotowanego referatu, dlatego korzystam jedynie z inspiracji innych referentów, aby wypowiedzieć kilka myśli, które mnie stale nurtują. Powiedział dzisiaj prof. Gutt: „*Qui tacet consentire videtur*”. Ale istnieje inne przysłowie: „*Qui tacet, clamant*” – którzy milczą, krzyczą! Milczenie wyraża czasem dezaprobatę i lepiej nie bawić się w sofizmy.

Zastanawiałem się niejednokrotnie, jaka jest motywacja dla zwoływania tego typu posiedzeń i wydaje mi się, że jest nią przede wszystkim jądro niepewności i zwątpienia w stosunku do naszych własnych postaw, do naszych stanowisk w wielu, zdawałoby się, oczywistych sprawach. Zagadnienie stosunku wzajemnego pacjent–lekarz jest stare jak medycyna, a ciągle jeszcze nie jesteśmy pewni własnego stosunku do tego, co się nazywa skalą czy hierarchią humanistycznych wartości w medycynie praktycznej, w medycynie jako sztuce. Jest to jakaś prawda niewypowiedziana, której nikomu nie udało się precyzyjnie odtworzyć: być jednocześnie dobrym człowiekiem i dobrym lekarzem. Istnieje zapewne na ten temat pewne studia komparatystyczne, ale ciągle jeszcze mam wrażenie, że jesteśmy spowici mgłą niepewności semantycznych, co do istoty „dobra”. Czym ono jest warunkowane, w jakim sensie jest wartością relatywną, przybraną w kostiumy pewnych epok historycznych, a w jakim sensie jest własnością nie historyczną, ale własnością ogółu, czymś zbliżonym do humanistycznego absolutu, jako idei naczelnej.

Stosunek lekarza do pacjenta i *vice versa* nie są procesami mechanicznymi, ale dynamicznymi w sensie emocji (życzliwości) i autorytetu, tj. wzajemnego poszanowania i uznania cudzej osobowości za znaczącą w tym dialogu. Etyka pacjenta nie zawsze jest równoważna z tym, co się nazywa etyką lekarską, inna bowiem może być skala ocen, zwłaszcza kiedy nie udało się w tym dialogu uzyskać wspólnej postawy humanistycznej, wzajemnego szacunku i zrozumienia. Medycyna, to „*historia passionis*”, historia cierpienia, a pacjent jest zawsze w roli bytu zagrożonego, egzystencji, która przegrywa, dlatego należy mu wiele wybaczyć. Pacjent jest wymagający, czasem nie pobłażliwy w stosunku do lekarza, a jeśli obdarza go (czasem nadmiernym) zaufaniem, może stać to się dla lekarza sytuacją nawet krępującą: wiele się od niego oczekuje, a on czasem nie o wielu

rzeczach stanowi. W każdej jednak sytuacji lekarz winien wytworzyć atmosferę życzliwości w stosunku, jak powiedziałem, do osobowości pacjenta, który przeżywa kryzys własnej egzystencji. Ta życzliwość lekarza winna manifestować się raczej dyskretnie, nie w formie postawy apostołskiej, ale partnerstwa, bo współdziałanie pacjenta z lekarzem leży w jego własnym interesie. Dotyczy to nie tylko sfery emocjonalnej, ale samego przebiegu leczenia. Mimo stanowisk hierarchicznie nierównych pacjent w okresie leczenia współdziałać musi z lekarzem, nie tylko w sensie „dialogu opartego na zbliżeniu i zrozumieniu własnych postaw”, ale również posłuszeństwa ze strony pacjenta. Sprawa zaufania nie jest taka prosta, jak to bywało dawniej, kiedy lekarz posiadał jednego pacjenta, a pacjent jednego lekarza; były to dwa byty ilościowo równoważne, a zaufanie do lekarza nie musiało być dzielone, jak obecnie, pomiędzy tzw. lekarza domowego a zespół wielospecjalistyczny, gdzie to zaufanie do lekarza ulega pewnej dyspersji. Nadzieja jest niepodzielna i nie wiadomo z kim ją łączyć, zwłaszcza wówczas, gdy lekarze kierujący i specjaliści nie zawsze są wobec siebie lojalni.

Czynnikiem warunkującym zaufanie jest również postęp medycyny, ten ustawiczny strumień nowych faktów i uogólnień, który wynosi ją na coraz wyższy poziom. Pacjent interesujący się postępowaniem nauki, o którym jest informowany przez prasę periodyczną i inne „mass media”, jest tym bardziej podatny lekarzowi i jego planowi leczenia i ew. rehabilitacji, im ten postęp wyżej ocenia. Oczywiście, chodzi tu głównie o postęp medycyny krajowej, doskonalenie bazy diagnostyczno–terapeutycznej, dostępność do wyżej kwalifikowanych ośrodków lecznictwa, itp. Chciałem jeszcze na jedną rzecz zwrócić uwagę: stosunek lekarza do pacjenta jest tylko pewnym fragmentem jego stosunku do całej populacji, także w dziedzinie zapobiegania. Stanowi to podstawę do walki z chorobami cywilizacyjnymi i jatrogenicznymi. Nawiasem mówiąc, rozłaczanie przed społeczeństwem obrazu przerysowanych zagrożeń cywilizacyjnych, zachwiania równowagi środowiska na niekorzyść człowieka, wywoływać może (i wywołuje) efekty negatywne – stałego zagrożenia i strachu. Wprawdzie strach można uznać w pewnych okolicznościach za czynnik kulturotwórczy, ale podmiotem jego nie może być człowiek w okresie sytuacji stresowej.

Dzisiejsze posiedzenie można było zorganizować w sposób nieco odmienny (nie jest to wszelako zarzut), jako forum interdyscyplinarne, gdzie każdy ze specjalistów mógłby przedstawić swój punkt widzenia w sposób, w jaki to uczynił prof. Tatoń – diabetolog, a więc z udziałem pediatry, chirurga, internisty, psychiatry, neurologa itp. – bowiem w zakresie każdej specjalności sprawy nie są identycznie warunkowane. Można by wówczas dojść do podsumowujących wniosków, kiedy są one wspólne dla wszystkich, co mogłoby prowadzić do pewnych, zgoła ewangelicznych uogólnień, np. w zakresie modnego dzisiaj terminu – zdrowia rodziny, pacjent bowiem nie jest jednostką izolowaną, przebywa w pewnym określonym środowisku, które prezentuje różne postawy i różne kłopoty zdrowotne.

Chciałbym dziś jeszcze poruszyć kilka innych spraw, zdając sobie jednak sprawę z pewnej przypadkowości wyboru.

Otóż dostrzegam pewne niebezpieczeństwo w tzw. przeinstruowaniu pacjenta. Oczywiście istnieją takie schorzenia, zwykle o charakterze przewlekłym, gdzie pacjent, współuczestnik opieki nad własnym zdrowiem, bierze niejako czynny udział w zabezpieczeniu schematu terapeutycznego i ochronie własnego zdrowia przed czynnikami uszkażdżającymi. Dotyczy to zwykle takich chorób, jak: cukrzyca, choroby układu sercowo–naczyniowego, przewlekłe schorzenia płucne, stany alergiczne, stany wymagające

nieodzowne już dziś zróżnicowanie specjalistyczne medycyny powinno być konsekwentne. Pozostając przy tej problematyce sądzę, że należałoby postarać się o zorganizowanie poradni hematologicznych, w których obraz krwi obwodowej byłby zawsze oceniany okiem lekarza, i to lekarza od początku zajmującego się danym chorym. Podobnie w sprawach endokrynologii, nie wszędzie jeszcze postawionych na właściwym poziomie, to samo dotyczy chorób przemiany materii i wielu innych. Ostatecznie, wraz z postępem diagnostyki rośnie odsetek chorych przewlekle. Niejednokrotnie – często! – nie może być mowy o ich wyleczeniu; możemy ludziom tym zaledwie pomagać. Niechże byłoby im oszczędzone wielogodzinne oczekiwanie w poczekalniach, niechby mieli swoje poradnie, tam zaś, zarejestrowani jako stali pacjenci, zostaliby opatrzeni w specjalne książeczki z nanoszonymi datami, a nawet godzinami kolejnych wizyt kontrolnych.

Wielu lekarzom udzielenie porady lekarskiej kojarzy się nierozzerwalnie z absolutną koniecznością przepisywania leków. Czy zawsze pamięta się o tym, aby naprawdę nigdy nie szkodzić? Kanti Rai z grupą współpracowników, podzielił przewlekłą limfadenozę na pięć stadiów, określając najłagodniejsze z nich jako zerowe. Cechuje się ono jedynie podwyższoną limfocytozą absolutną, bez innych zmian hematologicznych czy somatycznych.

W stadium następnym (I) obok hiperlimfocytozy spotykamy powiększenie węzłów chłonnych. W obu stadiach podawanie leków jest nie tylko zbędne, lecz nawet może okazać się szkodliwe. W stadium „0” średnia przeżycia bez leczenia wynosi średnio ponad 12 lat, w stadium „I” około 8 i pół. Zastosowanie niektórych leków może spowodować wystąpienie anemii autohemolitycznej, co oczywiście skróci ów czas, czasem nawet bardzo znacznie. Sądzę, że trzeba dużej wiedzy i równie dużego taktu, bądź znajomości życia, aby chorych takich poinstruować w sposób zgodny z kanonami sztuki. Hamburski internista Jores wiele razy pisał o chorobach jatrogennych: nie byłoby ich, gdyby lekarz wiedział, co może i co powinien mówić choremu. Na wiedzę tę składa się wiele czynników, których próżno szukałby w podręcznikach klinicznych. Marginesowo dodam, że zadziwiająco duży odsetek lekarzy uważa w białaczkach leukocytozę i jej wahania za podstawowe kryterium rokownicze. Zapominamy o dużych zdolnościach adaptacyjnych organizmu, tak jak i nie staramy się uświadomić sobie, że podstawowym kryterium jest i może być poziom hemoglobiny czy liczba krwinek płytkowych. Jest to wiedza stosunkowo świeża, im więcej zaś dowiadujemy się o zdrowych i chorych, tym systematyczniejsza winna być lektura periodyków medycznych, owa konieczność bezustannego dokształcania się, wyszczególniona w kodeksie. Spyta ktoś w tym kontekście – być może – jak w takim razie przedstawia się czas przeżycia chorego na przewlekłą limfadenozę, gdy pojawiają się cechy anemii czy trombocytopenii? Otóż w tych stadiach (III i IV) czas przeżycia wynosi około półtora roku. Jeżeli podając przedwcześnie i zupełnie niepotrzebnie radykalnie działające środki skrócilibyśmy ów czas z dwunastu i pół roku do półtora roku, uświadomienie sobie tego mogłoby przyczynić się do wystąpienia braku zaufania w swe siły i możliwości lekarza nie śledzącego postępów nauki.

Białaczek, a także procesów nowotworowych wykrywamy coraz więcej, nie są to jednakże, mimo wszystko, choroby z grupy „codziennych”. Spośród tych chorób, do bardzo mało docenialnych i rozumianych przez lekarzy, należą coraz liczniejsze za naszych czasów stany depresyjne. Kto śledzi piśmiennictwo lekarskie, wykraczające poza reprezentowaną przez siebie wąską niejednokrotnie specjalność, zdołał już dość dawno temu dowiedzieć się, że „pocieszenie” chorych z zespołem depresyjnym nie jest postępo-

psychologiczne, tak jak chirurg nie może stosować jedynie skalpela, rezygnując z farmakoterapii czy fizjoterapii podając tylko jeden specyfik, zaniedbując leczenie skojarzone.

Najogólniej można powiedzieć, że kontakt lekarz–pacjent powinien mieć charakter osobowy, a więc lekarz traktuje chorego jak osobę. Kontakt osobowy zakłada „bycie z pacjentem”, bycie z nim, aż do końca. Pułapką jest tu model efektywności leczenia, a więc poczucie, że „nic tu już nie da się zrobić”. Tak często jest to istotne w odniesieniu do chorób przewlekłych, nowotworowych, a także pacjentów umierających. Tu właśnie sprawdza się morale lekarza i jego kontakt z pacjentem. I tu ważna pozostaje zasada. „Jeśli zrobiłeś już wszystko, możesz zrobić więcej – być z cierpiącą osobą do końca”.

W medycynie nie może być pojęcia fiaska, zawsze bowiem jeszcze można być z pacjentem. Można i trzeba go wysłuchać, przedrzeć się przez jego obawy, za którymi kryje się rozpacz, lęk, samotność.

Do tego często potrzebne jest pokonanie własnego lęku, poczucia bezradności, beznadziejności.

„Powołaniem lekarza – mówi Biegański – jest czasem wyleczyć, często pomóc, a zawsze pocieszyć”.

Chciałbym poruszyć tu kilka spraw.

Pierwsza – to zagadnienie autorytetu i autorytarności. Widzimy często, jak za postawą autorytarną kryje się lęk przed pacjentem, niepewność lekarza, brak wiary w siebie i swe kompetencje. Postawa autorytarna niewątpliwie może zagrażać kontaktowi z pacjentem. Jednocześnie może ona wcale nie być związana z autorytetem w danej dziedzinie. Może go natomiast reprezentować lekarz skromny, nie narzucający w sposób władczy swego zdania pacjentowi, wysłuchujący go.

Dla prawdziwego autorytetu nie są konieczne „emblematy władzy lekarskiej” – tytuł, ceremonialny sposób bycia, fartuch, obchody lekarskie i różne inne elementy, które służą podwyższaniu samooceny lekarza.

Druga sprawa – to sposób rozmowy i spotkania z pacjentem. Można wyróżnić dwa sposoby rozmowy. Taki, który ma na celu dowiedzenie się od pacjenta jak najwięcej, przez zadawanie mu pytań (Balint powiedział, że zadając pytania dowiadujemy się o tym, o co pytamy, niekoniecznie o tym, co najważniejsze dla pacjenta).

Drugi sposób ma na celu nie tylko zebranie jak największej liczby faktów, ale zawiera także elementy terapii. Celem jego jest zrozumieć pacjenta. Pierwszy sposób może powodować u pacjenta poczucie, że lekarz jest nim zainteresowany jedynie jako przypadkiem – nie osobą.

W rozmowie z pacjentem ważne jest zwracanie uwagi na zachowanie zarówno werbalne, jak i niewerbalne. Często te dwa rodzaje zachowań pozostają ze sobą w sprzeczności. Np. lekarz, który mówiąc „słucham, co panu dolega”, wypełnia jednocześnie formularze, prowadzi rozmowy telefoniczne, w istocie komunikuje pacjentowi swój brak zainteresowania. I pacjent przejawia również zachowania werbalne i niewerbalne, których lekarz powinien przestrzegać, przy czym często będzie on mógł przez to poznać własne postawy, reakcje, siebie.

Trzecia sprawa, którą chciałbym tu zasygnalizować – to emocje, jakie w kontakcie ze sobą przeżywają obie jego strony. Lekarz często jest nieświadomy swych emocji, takich jak: lęk, niepewność, poczucie braku kompetencji, obawa przed brakiem zaufania pacjenta, czasem jego odrzucenie, a nawet wrogość. Te nieświadome dla siebie odczucia zastępować może postawą władczą, okazywaniem omnipotencji. Nie jest to właściwy sposób dla zdobycia zaufania pacjenta, przy czym zazwyczaj łączy się to z nietoleran-

cyjnością.

Pacjent przychodzi do lekarza wrażliwy na wszelkie przejawy odrzucenia. Przywiązuje wielką wagę do wrażenia jakie robi na lekarzu. Oczekuje akceptacji, wysłuchania go z życzliwością i zrozumieniem. Tak długo, jak postrzega lekarza, jako źródło potencjalnej pomocy będzie współpracował w procesie leczenia, ale gdy podejrzewa, że ujawnienie niektórych faktów o sobie spowoduje odrzucenie go przez lekarza – zatai je, choćby były one istotne dla terapii.

Wreszcie ostatnia sprawa. Często nasze uczucia etyczne i estetyczne w relacji z pacjentem pozostają w związku. Łatwo jest być szlachetnym i życzliwym wobec pacjenta inteligentnego, eleganckiego, uśmiechniętego, znacznie trudniej akceptować zniecierpliwionego, cierpiącego, zaniedbanego, nie wierzącego w wyleczenie, leżącego w brudnej pościeli. A przecież, jak mówi Biegański „Dobrego lekarza, tak, jak dobrego żeglarza, poznasz tylko podczas burzy i niebezpieczeństwa. Nie jest lekarzem ten, kto leczy lekkie i ostre choroby, lecz kto w długotrwałych cierpieniach i rozpaczliwych przypadkach, nie tracąc cierpliwości i spokoju, potrafi natchnąć ufnością chorego i otoczenie”.

Dr Aleksander TULCZYŃSKI

KARTA PRAW PACJENTA

Proces powstawania szczegółowych norm deontologii lekarskiej w postaci kodeksów, zbiorów szczegółowych zasad rozpoczął się w XIX stuleciu. Normy te adresowane były do wszystkich w owym czasie praktyków, nie uwzględniając odrębności powstających specjalności. Najobszerniejszą liczebnie grupę norm stanowiły zasady koncentrujące się wokół relacji lekarz–pacjent, formułując podstawowe zasady sztuki lekarskiej. Znacznie później, bo dopiero w połowie naszego stulecia, powstają dokumenty obejmujące zasady stosowane w jednej lub kilku specjalnościach. Przykładem mogą być reguły dopuszczalności stosowania biopsji mózgu lub kryteria śmierci mózgowej. Uwagę zwraca fakt, iż tradycyjnie rola lekarza eksperta, doradcy pacjenta, polegała na ochronie trzech fundamentalnych wartości: życia, zdrowia oraz informacji o chorym (tej przekazywanej przez chorego i tej, którą lekarz tworzył na podstawie swej wiedzy i doświadczenia). Współcześnie, pomijając przyczyny, które spowodowały to zjawisko, zbiór chronionych wartości poszerzył się – są to życie, zdrowie – w rozumieniu zdrowia jednostki, jak i zdrowia zbiorowości – informacje o chorym, a także wolność, osobowość i godność pacjenta. Wartości te, leżące u podstawy norm postępowania zawodowego, nie stanowią harmonijnej, bezkonfliktowej całości. Problem ten spowodował konieczność formułowania szczegółowych norm określających prawidłą postępowania zawodowego. Jednym z celów działania Światowego Stowarzyszenia Lekarzy jest określenie międzynarodowego stanowiska wobec współczesnych problemów, z jakimi stykają się lekarze praktycy. Zasady postępowania zawodowego, czyli normy deontologiczne, są – bo można tak zinterpretować – sposobem realizacji wartości widzianych przez lekarzy przez pryzmat celów i zadań zawodowych. Historia dowiodła jednak, iż cele i zadania zawodowe opacznie rozumiane wykraczały niejednokrotnie poza sferę wartości chronionych lub jawnie były z nimi sprzeczne. Drastycznym, niechlubnym świadectwem jest proces lekarzy w Norymberdze w 1947 roku i w Chabarowsku w 1949 roku. Przykłady te można mnożyć. Otóż zbiór fundamentalnych wartości chronionych przez zawód, jedno-

częśnie będący zespołem oczekiwań społecznych, można ująć w formie opisowej, jako kartę praw pacjenta. W roku 1981 w Lizbonie Światowe Stowarzyszenie Lekarzy uchwaliło deklarację mającą właśnie taki charakter. Jest to bardzo krótki dokument – przytoczę go Państwu.

„Deklaracja przyjęta na 34 Zgromadzeniu Światowego Stowarzyszenia Lekarzy” Lizbona – wrzesień, październik 1981” – „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, które zawód lekarski powinien zapewnić pacjentom. Kiedykolwiek prawodawstwo zaprzecza lub działania rządu odmawiają tych praw pacjentom, lekarze winni starać się, poprzez 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”.

Proces tworzenia norm szczegółowych deontologii lekarskiej nadal będzie miał miejsce i wynika on z potrzeb środowiska, działań prewencyjnych, a nade wszystko dydaktyczno-wychowawczych. Można zaryzykować twierdzenie: „treść nowo powstających norm, dyspozycji postępowania nie może być sprzeczna z postanowieniami tej, tzw. karty praw pacjenta”. Ponieważ deklaracja z Lizbony jest dokumentem nieobowiązującym w naszym kraju, celowe jest zatem wyeksponowanie zbioru gwarancji i przywilejów, jakie realnie przyznawane powinny być pacjentom służby zdrowia w Polsce. Postaram się to przedstawić.

1. Każdy chory ma prawo do jednakowej opieki zdrowotnej, bez względu na narodowość, rasę, wiek, wyznanie, sytuację społeczną, przekonania polityczne, przy pełnym poszanowaniu jego godności osobistej.

2. Pacjent ma prawo do komunikatywnej informacji dotyczącej programu niezbędnych zabiegów diagnostycznych i leczniczych dokonywanych na nim. W imieniu pacjenta w kontaktach z lekarzem może występować osoba upoważniona przez pacjenta lub jego prawny opiekun.

3. Tajemnicą zawodową objęte są wszystkie informacje o pacjencie dotyczące jego osoby, jakimi dysponują fachowi pracownicy służby zdrowia.

4. Proponowane czynności diagnostyczne i zabiegi lecznicze mogą być stosowane tylko w przypadku uzyskania zgody pacjenta na powyższe działania. Brak zgody na zabieg operacyjny może być powodem do przeniesienia pacjenta na inny oddział niezabiegowy, ale odmowa zgody na zabieg operacyjny nie będzie powodem zaniechania leczenia zachowawczego. W przypadku, kiedy chory zagraża własnemu życiu lub zdrowiu społeczeństwa może być wobec niego stosowany przymus leczenia szpitalnego.

5. W uzasadnionych przypadkach trudności diagnostycznych lub leczniczych zwoływane są konsultacje, narady lekarskie. Pacjentowi przysługuje prawo przedstawienia kandydatury lekarza do udziału w naradzie lekarskiej, obdarzanego szczególnym zaufa-

niem. Bez ważnych powodów, kandydatura ta nie może być pominięta.

6. W przypadkach wprowadzenia w ośrodkach do tego upoważnionych eksperymentów terapeutycznych lub naukowo-badawczych pacjenci będą wyczerpująco informowani o celu, istocie oraz przewidywanych efektach badań przed uzyskaniem zgody na udział. Przeprowadzenie eksperymentu uzależnione jest od zgody osób, na których dokonuje się działań. Zgodę na eksperyment naukowo-badawczy może przyjąć tylko lekarz spoza zespołu bezpośrednio opiekującego się chorym.

7. Każdy chory ma prawo do praktyk religijnych i kontaktu z przedstawicielem swojej religii. Zapewnienie tej możliwości jest bezwzględnie gwarantowane, szczególnie w sytuacji choroby obłożnej.

8. W każdej instytucji leczniczej, w miarę możliwości organizacyjnych, powinien być zapewniony przebywającym tam dzieciom kontakt z rodzicami.

Formułowanie zbioru „Karty praw pacjenta” może się spotkać z zarzutem zbytniego formalizowania intuicyjnie oczywistych powinności.

Praktyka wskazuje, iż podstawową przyczyną konfliktów między lekarzami a pacjentami jest brak realizacji powyższych gwarancji.

Maria Jadwiga KUMANOWSKA

Tematem sesji jest kontakt lekarz-pacjent. Przysłuchującej się referatom i dyskusji pielęgniarce nasuwają się refleksje związane z tematem sesji odnoszącej się do mojego zawodu. Uważam i tak wychowuję pielęgniarki (od lat jestem przełożoną szpitala), że nawiązywanie kontaktu z pacjentem jest ich obowiązkiem, tak jak obowiązkiem pracownika służby zdrowia jest udzielanie pierwszej pomocy. Udzielamy pierwszej pomocy w każdych warunkach, stąd niezależnie od liczby pacjentów, którymi się opiekujemy, pielęgniarka ma obowiązek zapewnić im poczucie bezpieczeństwa. Poczucie bezpieczeństwa, osiągnięte przez kontakt słowny – poprzez rozmowę. Niestety, głównie w dużych aglomeracjach miejskich, liczba osób zatrudnionych przy łóżku chorego jest tak mała, że wytwarza się niezwykle trudna sytuacja dla pielęgniarek pracujących na oddziałach, duża liczba pacjentów, mała lub bardzo mała liczba pielęgniarek. W takich warunkach zaspokajanie potrzeb pacjentów wymaga stale napiętej uwagi, aby w lawinie zleceń mieć również na uwadze stan psychiczny chorych, tak ważny (co zostało tu zresztą potwierdzone) w procesie leczenia. Nie jest to niemożliwe. Natomiast wymaga nadania temu zagadnieniu wysokiej rangi. W tej chwili w szpitalach obserwujemy następujące zjawisko. Wszyscy zainteresowani są ratowaniem życia i leczeniem chorób, tak jakby te procesy istniały same w sobie, a nie dotyczyły człowieka. Leczymy mniej lub bardziej ciekawe przypadki, a nie człowieka chorego. Odbiciem tych zachowań jest określona sytuacja w moim zawodzie. Pielęgniarki chętnie pracują na oddziałach zabiegowych, na salach operacyjnych, w anestezjologii. Na oddziałach, przy łóżku chętnie wykonują tylko zlecenia. A przecież zawód pielęgniarki, to nie tylko uczestniczenie i wspomaganie lekarza w procesie leczenia, ale w równym stopniu jej obecność na sali chorych. Cóż to znaczy kontakt pielęgniarki z pacjentem? To zapewnienie chorym, na miarę ich potrzeb, poczucia bezpieczeństwa. Myślę o rzeczach prostych. Pielęgniarka ma mieć bezwzględne poczucie obowiązku bycia sam na sam, także z chorym umierającym. Musi mu zastąpić rodzinę, a nieraz najbliższą osobę. Odchodzimy od tej roli i nie tu jest miejsce aby

omówić wszystkie tego powody, ale jednym z nich, i moim zdaniem, podstawowym, jest to, że w samym środowisku służby zdrowia ta działalność pielęgniarki nie jest doceniana – wciąż jeszcze oczekiwana przez pacjentów, a niedoceniana przez lekarzy i same pielęgniarki. Jest to sprzężenie. Rola niedoceniana przez lekarzy nie jest spełniana przez pielęgniarki. Proszę wrócić uwagę na następujący fakt, poszczególne grupy lekarzy specjalistów wywalczyły sobie wskaźniki obsady pielęgniarek i tak: wskaźnik zatrudnienia na sali operacyjnej, w stacji dializ, anestezjologii, OIOM itd. Natomiast nie ma wskaźnika obsady przy łóżku pacjenta. W różnych szpitalach jest różnie, 30, 40 i więcej chorych na jedną pielęgniarkę. I tak się stało, że w ciągu ostatnich lat nastąpił w naszym pielęgniarskim świecie dramatyczny podział na tzw. lepsze stanowiska pracy, tam gdzie się działa dla bezpośredniego ratowania życia lub przy mniej, lub bardziej skomplikowanym zabiegu, i te gorsze stanowiska pracy – bezpośrednio przy łóżku chorego. I wszystko to, co może dać pielęgniarce najwięcej radości, satysfakcji i samodzielności – kontakt z cherym, to co może dać jej poczucie, że jest osobą nie zastąpioną, jest przez same pielęgniarki odrzucane jako mało ważne. Aby nastąpił wzrost ku dawnym dobrym obyczajom, gdy pielęgniarki chciały pielęgnować chorych, lekarze, jako ta najważniejsza grupa zawodowa, muszą zmienić swoje zachowania i chcieć słyszeć o samopoczuciu pacjenta przekazywanym przez pielęgniarkę. O wszystkim tym, co sama pielęgniarka zaobserwowała. Powinna, tak jak kiedyś, następować wymiana spostrzeżeń o pacjencie między lekarzem a pielęgniarką przy łóżku pacjenta. Niezbędna obecność pielęgniarki w czasie obchodów lekarskich i co najmniej zauważenie jej roli – to podniesienie prestiżu tej pracy w oczach całego środowiska i chorego. To pierwszy krok do poprawy. Nikt nie lubi, a często nie umie, pracować anonimowo. Jeżeli lekarza interesuje tylko wykonanie zleceń, to pielęgniarki będą wykonywały tylko zlecenia. Naturalnie mówię tylko o zjawiskach, a nie o ludziach, którzy pracują dobrze i nie o tych pielęgniarkach, które niezależnie od sytuacji godnie wypełniają wszystkie powinności tego szlachetnego zawodu. Niestety, jednak zbyt często chory jest osamotniony. A jeżeli uznajemy, że stan dobrego samopoczucia naszych pacjentów jest ważny i potrzebny w procesie leczenia dajmy temu wyraz: w normach obsady przy łóżku pacjenta, w wymaganiach stawianych pielęgniarkom dotyczących pełnych informacji o pacjencie.

Prof. dr Tadeusz BRZEZIŃSKI

W konferencji tej biorą na ogół udział uczestnicy, którzy zdają sobie sprawę z tego, jaka powinna być relacja lekarz–pacjent, i którzy uważają, że w praktyce nie wszystko w niej jest prawidłowe. Wobec tego myślę, że zasadniczym naszym kierunkiem rozważań powinno być, dlaczego tak jest i co z tym zrobić. Myślę, że to, co psychologowie mówią o kształtowaniu się psychiki człowieka, że pierwsze trzy lata życia determinują w jakiś sposób jego postawę w życiu dorosłym, odnosi się chyba także do lekarzy. Wprawdzie nie do pierwszych trzech lat ich życia, ale może do pierwszych sześciu lat kontaktu z zawodem – i chciałbym tu o tym powiedzieć. Przepraszam, że wrócę do skrytykowanego Biegańskiego, ale wydaje mi się, że on to powiedział bardzo ładnie: „Zreformujcie system nauczania medycyny. Nie o wiedzę wam tylko chodzić powinno, lecz i o serce. Rozwijajcie w uczniach współczucie, wszczepiając w nich poczucie obowiązku, uczcie, że

pacjent to nie tylko mniej lub więcej ciekawy przypadek patologiczny, lecz nieszczęśliwy nasz bliźni i nauczajcie przy tym nie słowami, lecz własnym przykładem, a sądy honorowe będą zbyteczne”. Myślę, że to nie straciło swojej aktualności, mimo, że od czasu kiedy zostało napisane upłynęło już 86 lat. Proszę Państwa, jak wygląda kształcenie i kształtowanie studenta? Kształcenie owszem, jesteśmy coraz doskonalsi, mamy coraz nowsze metody dydaktyczne i naukowe. Natomiast, jeśli idzie o kształtowanie przyszłego lekarza, wydaje mi się, że od czasów Biegańskiego, jeżeli posunęliśmy się, to nie do przodu. Mimo, że od tego czasu wprowadziliśmy cały szereg przedmiotów, które pozornie mają temu celowi służyć, przedmiotów, które ja określam humanistyką lekarską: socjologii lekarskiej, psychologii lekarskiej, etyki lekarskiej, historii medycyny. Jest to tylko część teoretyczna, bo i kształtowanie studentów składa się z części teoretycznej i części praktycznej. W części teoretycznej, w której moglibyśmy czasami nauczyć relacji między lekarzem a pacjentem, mówimy o rzeczach znów bardzo uczonych i np. w ciągu 30 godzin psychologii lekarskiej chcemy wtłoczyć podstawy wiedzy, która stanowi odrębny kierunek studiów, zamiast uczyć kandydata na lekarza, w jaki sposób ma korzystać z tego, co psychologia już wypracowała. Zamiast ukierunkować ją na umiejętność pracy z pacjentem. Myślę, że możliwości teoretycznego kształtowania istnieją, bo tych przedmiotów w ciągu studiów lekarskich jest stosunkowo dużo. Wydaje mi się, że tylko 4 i 5 rok nie ma kontaktu z tego rodzaju przedmiotami. Natomiast chciałbym bardziej tu zainteresować się stroną praktyczną. Tym, czego się uczy student praktycznie obserwując naszą pracę. Zacznę od studenta jako petenta. Petent – pacjent, brzmi podobnie. Kontakt młodego zagubionego człowieka, który przychodzi do dużego miasta i który poszukuje oparcia. W kim? W swoich nauczycielach, w lekarzach, nauczycielach – lekarzach. Czy zawsze to oparcie znajduje? Jeśli nie, to po latach, kiedy oparcia szuka w nim jego pacjent, również go nie znajduje. Jest to kwestia „praktycznego nauczania”, właściwego stosunku do człowieka. Wydaje mi się, że zasadniczą rolę ma tutaj kształtowanie środowiska uczelni. Środowiska, które przy wymaganiach, surowości wynikającej z procesu kształcenia, jednocześnie powinno być środowiskiem życzliwym, tak jak życzliwym środowiskiem dla pacjenta powinno być środowisko szpitalne. Student – jako pacjent. On uczy się niejednokrotnie jak postępować z pacjentem na przykładzie, jak postępuje się z nim samym. Znam wiele przypadków negatywnych, sądzę, że Państwo, którzy się tym interesowali wiedzą, że takich przypadków negatywnych jest mnóstwo. Znam przypadek, kiedy studenta z kolką nerkową nie miał kto „załatwić”, mimo że było to w szpitalu klinicznym. Kazano mu iść do poradni akademickiej, wzywać pogotowie, kiedy były możliwości załatwienia tego dobrze i na miejscu. To jest drugie zajęcie praktyczne. I trzecie zajęcie praktyczne – student jako nasz kolega. Obserwujący nas w kontakcie z pacjentem lub wówczas, gdy już wykonuje część zleceń przekazanych przez nas. Jeśli idzie o nasz kontakt z pacjentem przeważnie student tego nie widzi, gdyż obserwuje tylko fragment naszej pracy. W dydaktyce uczymy go na ogół rozmowy ukierunkowanej, wg schematu co bardziej przypomina przesłuchanie niż rozmowę. Jest to oczywiście potrzebne, ale absolutnie nie obejmuje całości. Chciałbym na marginesie pochwalić się naszą próbą, którą robimy w Pomorskiej Akademii Medycznej, prowadzimy tu zajęcia, które nazywają się „opieka nad chorym”, i których część jest przygotowaniem z podstaw pielęgniarstwa, desmurgii i ratownictwa, a na drugą część składa się dziewięciokrotny pobyt tych studentów w szpitalach, gdzie próbują tę wiedzę przenosić. Zasadniczym jednak zadaniem jakie im stawiamy, jest to, aby uczyli się być doskonałymi rozmówcami pacjenta. Co to znaczy w naszym pojęciu? Żeby nauczyli się

słuchać, jakie problemy mają i o czym mówią pacjenci wtedy, kiedy wiedzą, że nie rozmawiają z nimi jeszcze jako z lekarzami. O tym, o czym najczęściej chorzy rozmawiają z salową i współmieszkańcami sali. Proszę Państwa ja muszę powiedzieć, że to bardzo pomaga w kształtowaniu studentów. Jest jeszcze następny okres kształtowania, kiedy student trafia do nas jako nasz kolega, w czasie miesięcznych praktyk wakacyjnych. Niestety, są one często czasem straconym, zwłaszcza wtedy (przepraszam, ale jest to kamyczek także w moje własne podwórko), kiedy tę praktykę odbywa w szpitalu klinicznym. Tam niestety nie dostaje zbyt wielu zadań i nie ma okazji nauczyć się, jak powinien wyglądać jego kontakt z pacjentem. Jeden ze studentów w czasie zbierania opinii o zajęciach z etyki napisał mi tak: „Jeżeli ktoś w ciągu sześciu lat studiów nie nauczył się wrażliwości na ludzki ból i cierpienie, jeżeli nie nauczył się współczuć choremu, to nie znaczy, że pan profesor go źle nauczył etyki, ale znaczy, że on studiował nie medycynę, lecz przyrodę”. Obawiam się, że to nie tylko znaczy, że student studiował nie medycynę, lecz przyrodę, lecz także często, że my uczymy przyrody, a nie medycyny. I to jest jeszcze jeden problem, który wymaga moim zdaniem zwrócenia uwagi kolegów klinicystów na to, żeby i oni, obok ciekawych, potrzebnych i ważnych rzeczy, których uczą, znaleźli czas, żeby porozmawiać ze studentem o codziennych problemach lekarskich.

W ankietach studenci pytali mnie, dlaczego o problemach pozazdrowotnych potrzeb chorego mówi się im dopiero na 6 roku. Dlaczego przez 6 lat studiów nikt z nimi o tych problemach nie rozmawiał. Być może gdzie indziej jest lepiej. Wydaje mi się jednak, że zwłaszcza z większych przedmiotów klinicznych, można by bez szkody wygospodarować jedno, dwa ćwiczenia na zwykłą ludzką rozmowę o problemach chorego. Ponieważ mówiła tu Pani z Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, chciałbym jeszcze o jednej rzeczy też powiedzieć. To nie jest kwestia tylko braku zrozumienia, braku właściwej relacji lekarz–pacjent, ale także braku właściwej relacji lekarz–pielęgniarka. Ponieważ my przygotowujemy pracę dotyczącą tego zagadnienia, chcieliśmy zebrać kilka nie wiążących opinii, żeby ukierunkować sposób badania. Charakterystyczne było, że znaczna liczba studentów pisze negatywnie o pracach pielęgniarek. Natomiast jedna studentka napisała tak: „Myślałam o pielęgniarkach źle, myślałam, że pracę wykonują z niechęcią, opieszale i że jest to źle ustawiony kierunek pracy. Zmieniłam swój pogląd dopiero wtedy, kiedy przez miesiąc, w czasie wakacji, pracowałam jako pielęgniarka. Zobaczyłam na czym naprawdę ta praca polega i jak ona jest ważna dla lekarza. Teraz będę mogła zupełnie inaczej, jako lekarz, patrzeć na pracę pielęgniarki”. Wydaje mi się, że powinniśmy starać się studentom od właściwej strony tę pracę pokazać. Myślę, że praktyki pielęgniarskie, tak jak one są w tej chwili ustawione, nie spełniają swego zadania. U nas w PAM nie są zmarnowane, ze względu na poprzedzające je zajęcia przygotowawcze. Ale student, który nie ma żadnych zajęć przygotowawczych, nie ma możliwości odbycia prawdziwej praktyki pielęgniarskiej, wobec tego nie widzi tego, co współpraca lekarza z pielęgniarką może mu dać w poprawie relacji lekarz–pacjent.

Przepraszam, że zdaje się troszkę przeciągnąłem czas dla mnie przeznaczony.

Dr Zdzisław MATYSIAK

Wiele tutaj zostało powiedziane na temat, jaki powinien być pacjent, a jaki lekarz. Ja bym powiedział, że najmniejsze wymagania należy stawiać pacjentowi, dlatego, że pacjent jest istotą cierpiącą i potrzebuje tylko pomocy od lekarza, a reszta go nie interesuje. Jednocześnie należy dodać, że jest to pacjent, generalnie biorąc, dość uświadomiony jeśli chodzi o osiągnięcia współczesnej nauki i jej możliwości. W związku z tym pacjent stawia wysokie wymagania lekarzowi ponieważ wie on, że lekarz może mu wiele pomóc. Trzeba się z tym zgodzić, że lekarz ma ogromne możliwości skutecznej pomocy pacjentowi. Jednocześnie jest tak ogromny rozwój medyczny, a w szczególności nauk podstawowych, w tym biologii molekularnej, biochemii, farmakologii i innych dziedzin pomocniczych medycyny, że lekarz musi nieustannie się kształcić. Ponieważ literatura naukowa jest głównie w obcych językach, dlatego musi znać co najmniej jeden język zachodni.

Dzięki naukom podstawowym i ich osiągnięciom lekarz znający najnowsze wyniki badań jest w stanie udzielać bardzo często pomocy etiotropowej, tj. leczyć przyczynę, a nie objawy. Aby dobrze rozumieć mechanizmy etiotropowe choroby lekarz współczesny musi doskonale orientować się w osiągnięciach nauk podstawowych. Sytuacja lekarza współczesnego jest niewątpliwie bardzo trudna, ale na to nie ma rady, wiedzę tę musi lekarz przyswoić sobie, gdyż taki jest światowy trend i to nie ulegnie zmianie. Wiek XXI, jak wszystko na to wskazuje, będzie wiekiem medycyny i biologii. Kształcenie więc lekarzy współczesnych musi zmierzać do tego, żeby mieli oni jak najlepsze rozeznanie w osiągnięciach tych nauk, bez tej wiedzy będą lekarzami nie budzącymi zaufania i szacunku u pacjenta. Powtarzam, pacjent współczesny jest bardzo uświadomiony i dość dobrze zorientowany w osiągnięciach nauki. Dlatego jedynym wyjściem dla lekarza jest ciągłe kształcenie się, od tego również zależy, jak będzie układała się relacja pacjent–lekarz. Gdy lekarz będzie reprezentował bardzo wysoki poziom, będzie to korzystne i dla niego i oczywiście dla pacjenta.

Dr nauk med. J. SIWCZYŃSKI

Sądzę, że jedną z najważniejszych kwestii wyłaniających się z przebiegu dzisiejszej konferencji jest sprawa optymalizacji kontaktu lekarz–pacjent. O optymalizacji można bliżej mówić dopiero wtedy, kiedy wprawdzie określi się bliżej obiekt lub czynność, którą należałoby optymalizować. W naszej sytuacji należy zastanowić się, co jest najbardziej istotne dla kontaktu lekarz–pacjent. Na podstawie literatury dotyczącej zagadnienia, jak też doświadczenia własnego twierdzę, że kontakt lekarza z jego pacjentem opiera się głównie na komunikacji werbalnej. I chociaż komunikacja ta jest centralnym zagadnieniem kontaktu, to nie jest wyodrębniona w nauczaniu studentów medycyny i rzadko właściwie bywa ujęta w programach doskonalenia lekarzy. W toku studiów lekarskich to zagadnienie, tj. komunikacja werbalna między lekarzem a pacjentem, pojawia się ale w sposób rozproszony, niepełny, okazjonalny. Z uwagi na poziom i wymagania współczesnej medycyny powinna być omawiana w sposób skłaniający studenta do zapoznania się z nią w sposób całościowy i zintegrowany. Absolwent medycyny, gdy przystąpi do swej samodzielnej pracy, rozwija swe interakcje z pacjentem na podstawie kontaktu werbalnego, do którego nie jest wystarczająco przygotowany, stąd skazany jest

na metodę prób i błędów. Samouctwo w kontakcie lekarz–pacjent nie sprzyja osiąganiu profesjonalnej biegłości w komunikowaniu się z chorym. Postawienie sprawy tak, jak to powyżej sformułowalem, nie jest sprzeczne z faktem, że kontakt lekarz–pacjent jest wielokanałowy, więc nie tylko werbalny. Istotne jest to, że rola komunikacji werbalnej jest w tym kontakcie główna, co wynika zarówno z biologiczno–społecznych właściwości człowieka, jak też struktury celów i zadań ochrony zdrowia. Kontakt werbalny inicjuje cykl interakcji lekarz–pacjent. Dane anamnestyczne okazują się nie zastąpione i wszelkie mankamenty tego, co zwykło nazywać się wywiadem, rzutują na całość postępowania lekarskiego i mogą prowadzić do zaniechania pozawerbalnych czynności diagnostycznych lub ich opóźnienia ze szkodą dla chorego. W zasadzie 5 – 10–minutowy kontakt werbalny z pacjentem (w warunkach ambulatoryjnych) może dostarczyć odpowiednio kompetentnemu lekarzowi wiadomości obejmujących większość z istotnych problemów zdrowotnych pacjenta, wyrobić pogląd dotyczący inteligencji chorego, pewnych rysów charakterologicznych i postaw, które mogą okazać się istotne dla dalszego postępowania. Oczywiście z istoty samego kontaktu werbalnego płyną wskazówki, czy sprawa chorobowa nie wiąże się z zaburzeniami wciągającymi w swą orbitę funkcje mowy, jak np. dyzartrie, afazje, niektóre zaburzenia psychiczne. A więc właściwie kontrolowana, przez odpowiednio kompetentnego lekarza, jego interakcja werbalna z pacjentem stanowi centralny obiekt domagający się optymalizacji. Zagadnienie kontaktu lekarz–pacjent jest wieloaspektowe i zarazem interdyscyplinarne (tzn. polikliniczne), ale analiza struktury tego kontaktu niezmiennie prowadzi do wniosku, że mamy do czynienia z pochodnymi kontaktu werbalnego.

Problemy wyłaniające się z kontaktu werbalnego można umownie podzielić na medyczne i paramedyczne, a umiejętność ich różnicowania przez lekarza ma niebagatelne znaczenie dla ochrony zdrowia pacjenta. Chyba dobrze uwypuklił tę kwestię następujący przypadek: Do izby przyjęć pewnego szpitala wojewódzkiego zgłosiła się (pod opieką męża) kobieta uskarżająca się na dotkliwy ból głowy. Dolegliwości rozpoczęły się poprzedniego dnia w trakcie gruntownego (przed nadchodzącym świętem) sprzątaniamieszkania. Pacjentka określiła początkowe nasilenie bólu, jako tak znaczne, że czas jakiś nie mogła mówić, ani też poruszyć prawą ręką. Po zbadaniu lekarz odesłał pacjentkę do domu ze słowami otuchy, że wszystko będzie dobrze, gdy sobie należycie wypocznie, i uspokoi się (otrzymała również relanium). Kobieta ta po upływie tygodnia, z nadal utrzymującym się bólem głowy, znalazła się ponownie w szpitalu i tym razem prawidłowo został rozpoznany u niej wylew krwawy podpajęczynówkowy. Tydzień wcześniej można już było domyślać się takiej sprawy, do tego jednak była potrzebna odpowiednia umiejętność wykorzystania komunikatu werbalnego chorej, sygnalizującego problem medyczny o znaczeniu życiowym i nagłym. Jednak na zasadzie pewnego stereotypu myślowego (kobieta zapracowana, zmęczona, i znerwicowana) problem został, w sposób nieuzasadniony, potraktowany wstępnie jako paramedyczny.

Sądzę, że optymalizacja kontaktu lekarz–pacjent wyłania się jako problem jeszcze w okresie studiów lekarskich, kiedy kontakt ten należałoby ze studentem omawiać i demonstrować jako zadanie operacyjne. Aspekt etyczny wynika z poprawnego lub niepoprawnego wykonania takiego zadania. Bez poprowadzenia we właściwy sposób interakcji werbalnej z pacjentem trudno mówić o poprawnym rozwiązywaniu problemów związanych ze zdrowiem pacjenta. Warto wspomnieć, że w niektórych krajach wdrażane są programy kształcenia i doskonalenia lekarzy w zakresie kontaktu werbalnego z pacjentem przy zastosowaniu aparatury video. Technika ta pozwala dowolną liczbę razy

prześledzić przebieg kontaktu werbalnego z pacjentem i uchwycić te usterki, które z powodzeniem można eliminować w następnych próbach. Nasuwa się wniosek, iż w naszym kraju również można przestawiać się na optymalizację kontaktu lekarz–pacjent w podobny sposób.

Prof. dr Bogdan KAMIŃSKI

Swoistego rodzaju solą dyskusji jest fakt, że dr Dawydzik, który będzie się wypowiadał ostatni, przez szereg lat odpowiadał w resorcie za dobór, za rekrutację, za przyjmowanie studentów. Z wielkim zainteresowaniem wysłuchamy tego, co Pan nam dzisiaj chciałby powiedzieć.

Dr med. Lech DAWYDZIK
(Instytut Medycyny Pracy w Łodzi)

Kiedy otrzymałem zaproszenie do wzięcia udziału w Konferencji, mającej na celu przedyskutowanie zagadnienia relacji pacjent–lekarz w naszej służbie zdrowia, zastanawiałem się, czy właściwa będzie moja wypowiedź w tej materii, skoro jestem lekarzem – organizatorem ochrony zdrowia, wykonującym swój zawód bez bezpośredniego kontaktu z pacjentem. Postawiłem sobie wszakże pytanie: jakie mogą być przyczyny, że mimo wielu różnych oddziaływań werbalnych, bogatej literatury klasyków etyki lekarskiej, w której znaczenie kontaktu pacjenta z lekarzem jest tak szeroko podkreślane i eksponowane, że właściwie powinno być od dawna czymś oczywistym, zrozumiałym i stosowanym, a mimo to stanowi ciągle problem poważnie rzutuujący na społeczne niezadowolenie z działania służby zdrowia? Jakie mechanizmy zatem powodują, że pozytywne relacje w tym względzie są niedostatecznie częste, co tego rodzaju działanie hamuje, czy też w jakimś sensie wręcz uniemożliwia?

Podzielić przy tym należy pogląd, wyrażony wcześniej przez prof. Bogdana Kamińskiego, że sytuacja w tym zakresie raczej pogarsza się. Potwierdzenie tego sądu znajduje się tylko w odniesieniu do tzw. powszechnego odczucia czy opinii prasowej, ale również w pewnych wynikach badań, które były w roku ubiegłym zakończone w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi. Badania te dotyczyły korzystania przez pacjentów z prywatnej praktyki lekarskiej i związanych z tym uwarunkowań. Wyniki tych badań, porównane z podobnymi, ale przeprowadzonymi ponad 15 lat wcześniej, wskazały, że nastąpiło prawie podwojenie odsetka korzystających właśnie z prywatnej praktyki. Jeżeli do tego dodamy prawie masowe ostatnio imprezy organizowane przez różnych „uzdrowicieli”, kolejki stojące przed spółdzielniami lekarskimi – to można stwierdzić, że nastąpiło pewne przesunięcie wyborów: od tego, co nasz system służby zdrowia miał dać, więc powszechnej, społecznej, bezpłatnej, kompleksowej, ciągłej, dostępnej, profilaktycznie ukierunkowanej opieki zdrowotnej, w stronę form alternatywnych. Muszą zatem występować istotne powody organizacyjne, które sytuację tę powodują.

Chciałbym z przytoczonych już badań nad korzystaniem z prywatnej praktyki lekarskiej, przytoczyć odpowiedzi na dwa pytania ankiety. Respondenci, którzy korzystali z usług lekarzy wolnopraktykujących, mieli w nich odpowiedzieć, jakie są ich motywy.

Czy uważają na przykład, że ten doktor, do którego idą, ma wyższe kwalifikacje zawodowe. Nie, pacjenci wiedzą, że nie jest on mądrzejszy od tego, który przyjmuje w przychodni. Czy wobec tego ma on może lepiej wyposażony gabinet? Nie, bardzo często odpowiadający nawet podkreślali, że wyposażenie jest skromniejsze. Dlaczego więc taki wybór? Otóż dlatego, że przede wszystkim łatwiej się do lekarza dostać, a także – co najbardziej akcentowano – lekarz prywatny ma więcej czasu i ciepła dla swojego pacjenta. Wypełnia on zatem funkcję ekspresyjną porady. Jest to zatem ważna społecznie sprawa.

Wcale przy tym nie jest prawdą, co potocznie zwykło się sądzić, że prywatna praktyka funkcjonuje dzięki wąskim specjalizacjom. Nie, okazało się bowiem, że najczęściej korzysta się z prywatnej praktyki pediatry, na drugim miejscu – stomatologa, na trzecim internisty i na czwartym miejscu z usług ginekologa. Jest to przecież wszystko podstawowa opieka zdrowotna, ten podsystem służby zdrowia, który w założeniu powinien być najbliższy pacjenta i najbardziej dostępny! Problem ten musi budzić sprzeciw i istotne zastrzeżenia.

Można z przekonaniem stwierdzić, że muszą istnieć istotne przeszkody w samym systemie społecznej służby zdrowia, z założenia powszechnym, adresowanym do wszystkich, że nie zaspokaja on w pełni potrzeb zdrowotnych swoich podopiecznych.

Chciałbym zatem na kilka takich przyczyn, jako organizator ochrony zdrowia, zwrócić uwagę. Pierwszą i myślę, że jedną z najistotniejszych przyczyn jest poruszone tu już dzisiaj zagadnienie, które można by nazwać „lekarzocentryzmem” czy – ogólniej biorąc – centryzmem służby zdrowia w stosunku do społeczności. Rozumiem przez to sytuację, w której pacjent zatracił w postępowaniu swoją podmiotowość. Spotykamy się nazbyt często z poglądem, że powinien być on podporządkowany wszystkim zaleceniom służby zdrowia, bez uwzględnienia jego udziału i własnych odczuć. Jest to w przybliżeniu to zjawisko, które pani prof. Sokołowska była uprzejma scharakteryzować na modelu szpitala, jako instytucji biurokratycznej i które przedstawiła pani dr Kujawa jako hipotezę.

Drugim elementem, który uważam za niezwykle istotny, jest zakodowane wewnętrznie ludzkie podejście, że „bezpłatnego nie ceni się”. Tego elementu psychiki nie należałoby lekceważyć. Nie chcę przy tym twierdzić, że idea bezpłatności społecznej służby zdrowia jest nietrafna, ale bliższy mi jest np. ciekawy zabieg socjotechniczny Finów. Mają oni również bezpłatną służbę zdrowia, ale pacjent idąc tam do doktora płaci sekretarce medycznej za poradę. Koszt ten jest zwracany przy pensji, za dwa czy trzy tygodnie, ale pacjent pozostaje w świadomości, że porada kosztuje, że ma określoną swoją wartość, również ekonomiczną.

Bezpłatność służby zdrowia wyzwoliła również sytuację co raz bardziej rozwierających się nożyc, między tym, co jesteśmy w stanie zaspokoić a rzeczywistymi potrzebami zdrowotnymi. Wyrażane potrzeby w tym względzie są zresztą znacznie rozbudzone, bo bezpłatność powoduje nacisk na maksymalne korzystanie z usług, bez względu na skalę rzeczywistej potrzeby. Sądzę, że błędy propagandowe w tym zakresie przyczyniły się do tej sytuacji w sposób niebagatelny.

Trzecim i czwartym elementem jest system zatrudnienia i płac. Była już o tym mowa na tej konferencji, że stworzony system – społecznej służby zdrowia – zamienił, przynajmniej po części, lekarza w urzędnika. Sądzę, że można to uogólnić także na innych pracowników medycznych. Należy ubolewać, że nasze środowisko dało sobie wydrzeć elementy samorządności lekarskiej, co spowodowało, że presja rozliczeniowa i kontrolna

została sprowadzona do funkcji formalno-administracyjnych takich, jakie w układzie urzędniczym są możliwe, a nie funkcji, które odbywają się w subtelnych warunkach intymności gabinetu lekarskiego. System zatrudnienia uniemożliwia ponadto koncentrację na własnej pracy. Badania przeprowadzone w naszym instytucie, przy okazji badania stanu zdrowia lekarzy, wykazały, że są oni nagminnie zatrudnieni na pracach dodatkowych. Stwierdzono na podstawie wyników badań, że średnie zatrudnienie lekarza, to etat podstawowy i dwie prace dodatkowe, byli jednak i tacy „rekordziści”, co mieli cztery prace dodatkowe. Dobrze wiemy, że aby nawiązać dobry kontakt z drugą osobą i pozyskać jej zaufanie, to potrzebny jest na to odpowiedni czas. W sytuacji gonienia za innymi sprawami, dodatkowymi ćwierć i półetatami – tego czasu nie ma.

Wynagrodzenie, jako motyw tego postępowania, jest więc też elementem, który negatywnie wpływa na relację pacjent–lekarz.

Niskie wynagrodzenia pracowników służby zdrowia powodują ponadto dodatkowe frustracje, wynikające z przekonania o niedocenianiu środowiska medycznego i poczucia kompleksu społecznego. Z drugiej strony wywołuje to też przejawy lekceważenia dla grupy, której się widocznie nie ceni, skoro tak nisko opłaca. Znajduje to swoje odzwierciedlenie zarówno w kategoriach makrospołecznych, jak i w sytuacjach indywidualnych.

Kolejny element niesprawności, to błąd w dystrybucji zasobów. Prawie 80% kontaktów pacjent–lekarz odbywa się w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, natomiast zatrudniają one zaledwie 25% lekarzy. Żaden kraj na świecie nie jest taki bogaty, aby sobie pozwolić na luksus zatrudnienia w szpitalach 25% lekarzy. Tak natomiast dzieje się w Polsce. To musi powodować i powoduje negatywne skutki w postaci złego funkcjonowania lecznictwa rejonowego. Ten mankament jest szczególnie odczuwalny wśród społeczeństwa.

Kolejnym czynnikiem stał się też system „napędzania” pacjentów do lekarzy przez nieprzemyślane decyzje administracyjne. Czymże bowiem innym jest zarządzenie o jednym opakowaniu leków, jakie lekarz może w czasie porady zapisać, czymże jest ograniczenie orzeczenia o absencji chorobowej na 3 czy 7 dni, jak nie mnożeniem pacjentów ze względów administracyjnych, pozamedycznych. Mamy średnio w Polsce, na jednego statystycznego obywatela, prawie 10 porad lekarskich rocznie. Finowie i Szwedzi mają tych porad cztery i poniżej czterech, a jeszcze twierdzą, że jest to zbyt dużo w stosunku do faktycznych potrzeb. Różnice są zbyt wielkie, by można je było uzasadnić jakimkolwiek zróżnicowaniem stanu zdrowia populacji. W ten sposób jakby dwukrotnie mnożymy kadry potrzebne do przyjęcia takiego natłoku pacjentów.

I na koniec kolejna przyczyna niezadowolenia z funkcjonowania służby zdrowia – brak innej możliwości dla podopiecznego lub pacjenta. Pod ładnymi hasłami kompleksowej opieki, związanych z tym rejonów profilaktyczno–lecniczych, skazaliśmy pacjenta na korzystanie z tej, a nie innej przychodni, a nawet konkretnego lekarza. Wiemy dobrze, że każdy czuje się lepiej w garniturze, który sam sobie wybierze, a nie w tym, w który zostanie umundurowany. Niestety, prawdy tej nie docenialiśmy przy zapewnieniu opieki medycznej i dlatego wolny wybór lekarza, dopiero po eksperymencie, toruje sobie żmudną drogę do praktyki.

Jest zatem, jak usiłowałem to wykazać, cały szereg przyczyn niesprawności służby zdrowia. Nie sądzę przy tym, że przedstawiony rejestr wyczerpał je do końca. Są one związane z określonymi strukturami organizacyjnymi i zasadami ich działania, dlatego też sądzę, i wręcz jestem przekonany, że do zmiany sytuacji nie wystarczą zabiegi typu

wdrożenia innego toku nauczania, podkreślenia ekspresyjnej roli lekarza itp. Aby rozwiązać problem relacji pacjent–lekarz, czy szerzej: pacjent – służba zdrowia, musimy sięgnąć przede wszystkim po nowe rozwiązania modelowe, które są zresztą niezmiernie trudne. Nie ma gotowych recept uzdrowicielskich, a i nie każde rozwiązanie „importowe” może w naszych warunkach się przyjąć i być skuteczne. Trzeba mozolnie, drogą prób i eksperymentów, szukać lepszych rozwiązań, słuchając przy tym jednak nie tylko własnego środowiska („co nam, służbie zdrowia, odpowiada”), ale i naszych pacjentów i podopiecznych („co im odpowiada i czego oczekują”). Relacja pacjent–lekarz jest bowiem dwukierunkowa, o czym zawsze warto pamiętać.

I na zakończenie odpowiedź Panu Przewodniczącemu na postulat doboru kandydatów na studia medyczne uwzględniającego pożądane ich postawy osobowe. Otóż uważam, że na etapie rekrutacyjnym nie jest możliwe uzyskanie żadnych informacji o predyspozycjach kandydatów do wykonywania przyszłego zawodu, z kilku względów. Po pierwsze, nowe nauki humanistyczne, nie dostarczyły nam dotąd takich instrumentów pomiaru cech osobowości, które mogłyby być stosowane w skali masowej (a taka jest nasza rekrutacja) i były na tyle obiektywne, aby nie podlegały wątpliwościom interpretacyjnym. Dotyczy to zarówno tych, którzy mieliby użyć tych metod do pomiaru, jak i tych, którzy byliby poddawani ocenom.

Poza tym, zawód lekarza jest zawodem o tak szerokim *spectrum* specjalności, że zdefiniowanie cech potrzebnych do wykonywania funkcji zawodowych, według jednego wspólnego modelu, jest w moim przekonaniu niemożliwe. Nie jest mi też znane z literatury przedmiotu, aby taki model był przez kogokolwiek zaproponowany.

Pozostanie nam raczej, jako rozwiązanie realne, takie prowadzenie procesu dydaktycznego i wychowania w uczelniach, aby kształtował on postawy „ku ludziom”, piętnował zachowania naganne, a w przypadkach krańcowych pozwalał oczyścić środowisko przed uroczystym momentem wręczenia dyplomu lekarskiego, stomatologicznego czy innego.

Prof. dr med. Bogdan KAMIŃSKI

Tylko jedna uwaga na temat, który dr Dawydzik na końcu podniósł, myślę, że jest to jednak kluczowa sprawa dzisiejszej konferencji. Jak przygotować lekarza do kontaktu z pacjentem. Są dwie możliwości, obydwie trudne. Pierwsza, to jest dobór kandydatów – to jest szalenie trudne. Jediną możliwością jest przyjęcie na pewien okres i obserwacja, a druga równie trudna, jak się okazuje, możliwość, choć powinna być łatwiejsza w realizacji, to jest ograniczenie czasu zajmowanego przez różne pod–, pod–, podspecjalności na rzecz wychowania młodego człowieka w duchu życzliwości dla chorego. Tutaj nie ma miejsca na specjalizację jaki powinien być chirurg, a jaki internista. Ta życzliwość dla pacjenta, skłonność do wysłuchiwania jego poglądów na chorobę, choćby i prymitywnych, jest tym, co powinno cechować lekarza. Okazuje się to bardzo trudne. Państwo, którzy są między nami, a którzy byli rektorami, widzą, jak trudne jest jakiegokolwiek ograniczenie pazerności ze strony poszczególnych dyscyplin. Myślę, że to jest błąd, nie wiem nawet czy samorządność uczelni sprzyja wyrównaniu tej wady.

Ja nie zamierzam podsumowywać tej dyskusji. Mam wrażenie, że będzie ona jeszcze

ciekawsza w druku, niż była w słuchaniu. Słuchanie, zwłaszcza w chłodnej sali, jest nieprzyjemne fizycznie. Jednak myślę, że było tu bardzo wiele cennych, ważnych elementów. Chciałbym jeszcze prosić na zakończenie naszych referentów głównych, żeby zechcieli wypowiedzieć jeszcze słowo zamykające w druku. Chciałbym, żeby były takie klamry spinające tę dyskusję, jeśli zechcą i prof. Sokołowska i prof. Wardaszkowski i prof. Tatoń i prof. Gutt wypowiedzieć się na zakończenie w druku. Wydrukujemy to wszystko, choć na dziś mam informację bardzo pesymistyczną, jeśli chodzi o druk kwartalnika. Znowu mamy kłopoty. Myślę jednak, że na nas kończy się pokolenie, ale nie kończy się wychowanie. Będziemy nadal pracować, żeby ujawniać te rzeczy, o których może i wszyscy wiedzą, ale które rzadko oglądają światło dzienne, te problemy i te sprawy, o których dzisiaj mówiliśmy.

Uważam, że spełniłem dobrze swoje zadanie, ponieważ przeciągnęliśmy nasze obrady tylko o 9 minut. Bardzo serdecznie dziękuję za wytrwanie w tej chłodnej sali i życzyłbym sobie, żeby następna konferencja, którą zorganizujemy jesienią, była równie owocna jak ta.

ARTYKUŁY, SPRAWOZDANIA Z BADAŃ

Dr Bronisław POKRZYCKI

DYDAKTYCZNE PRZYGOTOWANIE NAUCZYCIELI AKADEMICKICH
A SKUTECZNOŚĆ KSZTAŁCENIA MEDYCZNEGO

(Z doświadczeń Warszawskiej Akademii Medycznej)

Celem niniejszego opracowania jest syntetyczne ujęcie problemu zależności zachodzącej między dydaktycznym (pedagogicznym) przygotowaniem nauczycieli akademickich a skutecznością kształcenia medycznego. Innymi słowy, jest to poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, jaki jest wpływ przygotowania medyczno–dydaktycznego nauczycieli uczelni wyższej na efektywność kształcenia akademickiego.

Przygotowanie dydaktyczne, zwłaszcza młodych pracowników naukowo–dydaktycznych, to ogólnie rzecz biorąc zasób wiedzy z psychologii ogólnej wychowawczej (głównie z psychologii uczenia się), dydaktyki szkoły wyższej, socjologii i psychologii społecznej. To umiejętność operowania głównymi zasadami z wyżej wymienionych dyscyplin naukowych, a także stopień rozumienia mechanizmów funkcjonujących w procesie dydaktyczno–wychowawczym studiów. To także wykształcone motywy działania nauczycieli na rzecz zmiany wychowywanych studentów w dziedzinie poznania, emocji i działania przez ukazywanie im coraz to wyższych wartości w tych zakresach. Pozostaje ono w ścisłym związku z przygotowaniem merytorycznym nauczanej dyscypliny medycznej.

Określenie skuteczności kształcenia i efektywności kształcenia w opracowaniu niniejszym używać będziemy zamiennie. Skuteczność kształcenia jest stosunkiem między osiągniętymi wynikami a zamierzonymi celami (2). Można twierdzenie to ująć w następującym wzorze:

$$S = \frac{w}{c}$$

gdzie:

S – skuteczność kształcenia

w – wyniki kształcenia

c – cele kształcenia

W metrologii dydaktycznej, która ma głównie na celu sprawdzać zgodność celów założonych z celami osiągniętymi, efektywność kształcenia określa się jako „zbieżność wskaźników wyznaczonych przez cele nauczania z rzeczywiście otrzymanymi” (11).

A więc, to: zakres, trwałość zdobytej wiedzy przez studentów, jej rozumienie, umiejętność stosowania w warunkach działalności uczelnianej i zawodowej, rozwój samodzielnego myślenia i zainteresowań.

Szczegółowe i obszernie rozważania, a także klasyfikacje obszarów i aspektów efektywności kształcenia znaleźć można w załączonej bibliografii (2,3,10,11).

Każdy efekt, jako zmienna zależna, jest funkcją zmiennych niezależnych, a efekt uczenia się też jest funkcją – i tylko w tym ujęciu trzeba go analizować. Jest to funkcja złożona. Stąd uwarunkowania efektywności tworzą układ predyktorów współdziałających ze sobą. Można to przedstawić za pomocą wzoru:

$$E = f(N, S, n, u, c, t, z, m, o, i, w, s)$$

gdzie:

- E – oznacza efektywność kształcenia
- N – nauczyciel akademicki
- S – studenci
- n – procesy nauczania
- u – procesy uczenia się
- c – cele kształcenia
- t – treści programowe
- z – zasady
- m – metody
- o – formy organizacyjne
- i – infrastruktura dydaktyczna
- w – współdziałanie nauczycieli akademickich ze studenckimi kołami naukowymi i ZSP w zakresie wyników studiów
- s – sztuka studiowania (technologia pracy umysłowej)

Dokonując powiązań takich zmiennych, jak: metody nauczania i metody oceny studentów, znajomość zasad dydaktycznych, współdziałanie ze studentami, w których wyraża się stosunek do nich w postaci szerokiej gamy postaw interpersonalnych z osobą nauczyciela, dajemy twierdzącą odpowiedź na pytanie, czy uzasadnione jest kształcenie i doskonalenie dydaktyczno–psychologiczne (kadry) nauczycieli pracujących w edukacji medycznej.

Ukazując rolę i znaczenie jakie pełnią kwalifikacje dydaktyczne w uzyskiwaniu efektywności studiów medycznych, wydaje się za wskazane ze wszech miar podkreślenia w tej zależności, na miejscu czołowym, znajomości i umiejętności formułowania przez nauczycieli, a przyjętych przez uczelnię, celów kształcenia. Współczesna szkoła polska, zarówno na szczeblu podstawowym, jak i na średnim, a także wyższym, nie dysponuje szczegółowymi i precyzyjnie sformułowanymi systematykami celów kształcenia. Ma to swoje ujemne następstwa nie tylko dla skuteczności kształcenia, lecz także dla pomiaru efektów pracy uczelni, co szczególnie utrudnia próby konstruowania testów osiągnięć. Trudno precyzyjnie mierzyć osiągnięcia studentów, jeśli brak jest określonego „układu odniesienia”, którym może być tylko system ściśle określonych celów, realizowanych na określonym przedmiocie nauczania (...) w określonym typie szkoły (6).

Koncepcja celów kształcenia medycznego sformułowana przez W. Tysarowskiego w 1975 roku wyróżnia trzy poziomy celów:

1. Cele ogólnowzrostowe (określenie sylwetki absolwenta)

2. Efekty kolejnych faz studiów przeddyplomowych:

- poznanie struktury i funkcji człowieka,
- poznanie metod badania człowieka i społeczeństwa,
- diagnoza leczenia i rehabilitacja w odniesieniu do jednostki rodziny i społeczeństwa,

3. Cele szczegółowe – efekty w nauczaniu dyscyplin lub zintegrowanych bloków dydaktycznych na studiach (12).

Inne podejście do celów kształcenia prezentuje B.S. Bloom (1).

Czynnikiem mającym duże znaczenie w osiągnięciu dobrych wyników w kształceniu medycznym jest znajomość metod przekazywania wiedzy studentom. Często podkreśla się, że jest to czynnik podstawowy, i że dobrze dobrana przez nauczyciela metoda jest najważniejszym elementem w nauczaniu. Oprócz tradycyjnych metod nauczania opartych na słowie (wykład, dyskusja, pogadanka, opis, referat), oglądzie (pokaz, hospitacja) i praktyce (metoda laboratoryjna, metoda zajęć praktycznych), dydaktyka kształcenia medycznego podkreśla możliwość stosowania metod aktywizujących, mających duży wpływ na efekty kształcenia. Do metod tych zaliczamy: metodę przypadków, metodę sytuacyjną, metodę symulacyjną. Wysoki stopień aktywności i studentów uzyskuje się przez nauczanie problemowe, nazywane niekiedy nauczaniem zagadnieniowym. (Por. w tej sprawie prace W. Okonia, Cz. Kupisiewicza, J. Kulpy, J. Zborowskiego).

W procesie nauczania – uczenia się problemowego – nauczyciel akademicki stwarza takie sytuacje problemowe, które wymagają dużej aktywności poznawczej studentów, a ta determinuje rozwój takich właściwości psychicznych, jak: myślenie, spostrzegawczość, wyobraźnia, zainteresowania. Metody aktywizujące pozwalają studentom na zdobywanie wiedzy operatywnej, czynnej, w przeciwieństwie do wiedzy biernej; wiedzy typu „wiedzieć jak” i wiedzy typu „wiedzieć dlaczego”.

Doprowadzając studentów do rozumienia treści poznawczych, nauczyciel akademicki kształtuje kulturę logiczną studentów przez: a) logiczną poprawność wypowiedzi, b) przez logiczną poprawność rozumowania. W zakresie tych rozumowań wymienić należy:

- wnioskowanie (przewidywanie),
- uzasadnianie (dowodzenie),
- sprawdzanie (w doświadczeniu),
- wyjaśnianie (tłumaczenie).

Procedura wyjaśniania może mieć następujące formy:

- 1) wyjaśnianie za pomocą opisu (deskrypcyjne),
- 2) wyjaśnianie przez podanie genezy (genetyczne),
- 3) wyjaśnianie przez podanie miejsca w strukturze (strukturalne),
- 4) wyjaśnianie przez podanie definicji (definicyjne),
- 5) wyjaśnianie przez podanie przyczyn (kazualne).

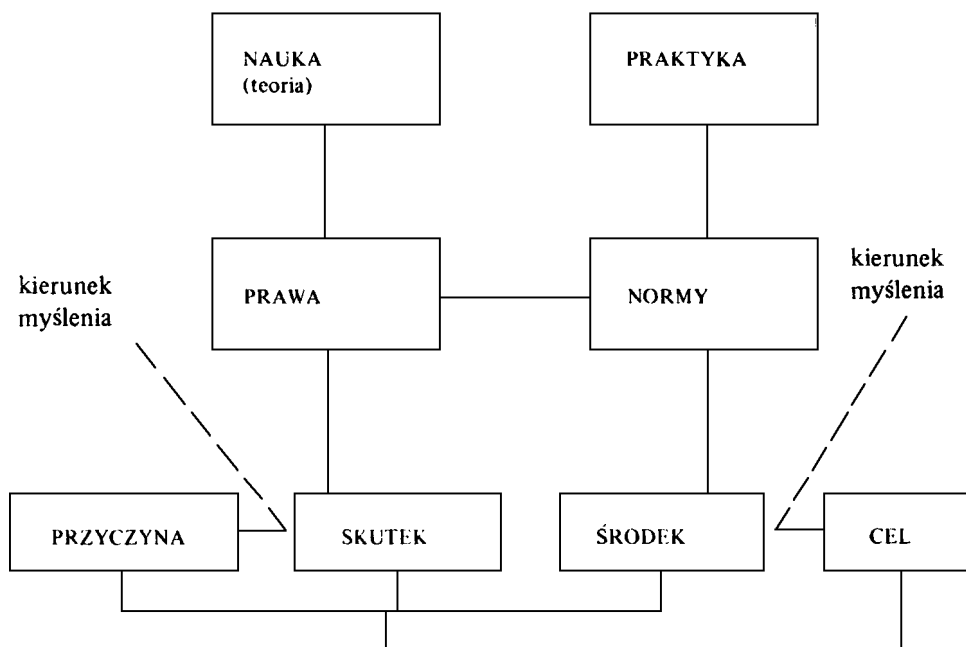
W bliskim związku z metodami nauczania, jako sposobami postępowania nauczyciela w procesie dydaktyczno–wychowawczym, pozostają zasady kształcenia. Ich znajomość i konsekwentne przestrzeganie przez nauczyciela akademickiego w pracy z młodzieżą bez wątplenia wpływa pozytywnie na skuteczność pracy uczelni.

Precyzowanie zasad, przez które należy, zgodnie z Szewczukiem rozumieć twierdzenia oparte na prawach naukowych rządzących jakimiś procesami, a o których w ostatnich latach w piśmiennictwie dydaktycznym mówi się dość dużo, pozwala – moim zdaniem – zarysować trzy ich grupy:

Pierwsza grupa – to zasady wyprowadzane z analizy procesu nauczania – uczenia się.

Są to:

- zasada pogłębłości, czyli respektowane drogi między konkretem a abstrakcją,
- zasada samodzielności, czyli ograniczonej zależności uczenia od nauczyciela (w tej samodzielności poznawczej wyróżniamy działania polegające na planowaniu, ich realizacji oraz sprawdzaniu ich efektów),
- zasada związku teorii z praktyką – zajmująca się związkiem między poznaniem rzeczywistości, czego efektem jest teoria, a jej zmienianiem, czyli praktyką. Kierunek myślenia w nauce i praktyce przedstawia rysunek (podaję za K. Sońnickim: *Dydaktyka ogólna*, Ossolineum, Wrocław 1959,



– zasada efektywności (dotychczas nie sformułowana), czyli związku między celami a wynikami kształcenia. To zasada wydajności pracy dydaktycznej. „Obszar na jakim funkcjonuje zasada efektywności zawiera się między celami kształcenia i osiągnięciami szkolnymi. Cele określają kierunek zmian, jakie pod względem kształcenia mają się dokonać w uczelniach, osiągnięcia zaś, zwłaszcza te, które poddają się pomiarowi, mówią o tym, jakie zmiany pod wpływem kształcenia rzeczywiście się w nich dokonały” (5),

– zasada przystępności, czyli pokonywanie trudności studentów w poznawaniu i przekształcaniu rzeczywistości. „Pełniejsze pojmowanie zasady przystępności opiera się na występujących w procesie kształcenia prawidłowościach psychologicznych, które dotyczą faz rozwoju psychicznego dzieci, młodzieży i dorosłych, jak również różnic indywidualnych, które występują w każdej fazie rozwojowej, w znacznej mierze warunkują efekty kształcenia, a tym bardziej wychowania” (5),

– zasada socjalizacji, czyli związku interesów jednostki i zbiorowości; (to także wiązanie procesów intelektualnych ze społeczno–emocjonalnymi).

Druga grupa zasad, to zasady wyprowadzone z naukowej organizacji pracy. Są one następujące:

– zasada humanizacji (personalizacji), czyli stwarzanie takich warunków, aby wszelka praca studenta stawała się dla niego osobistym zadaniem wynikającym z jego postawy i motywów działania, budziła jego zainteresowania, wywoływała poczucie sensu i społecznej doniosłości, stwarzała perspektywy sukcesu, a jednocześnie poczucie odpowiedzialności za wyniki,

– zasada kooperacji i harmonii, czyli zespołowego wykonywania zadań, racjonalnego podziału pracy, współdziałania, odpowiedzialności każdego za całość pracy, harmonii w czynnościach oraz uznawania zadań wspólnych za własne,

– zasada karności oraz ładu i porządku, czyli dotrzymywanie zobowiązań i terminów, rzetelności i dokładności; przygotowanie, właściwe rozmieszczenie potrzebnych przedmiotów w miejscu pracy, sprawne informowanie i korzystanie z informacji, posługiwanie się cyklem organizacyjnym obejmującym:

- uświadomienie sobie celu pracy,
- analiza zadania oraz warunków i sposobów wykonania,
- sporządzenie planu pracy,
- przygotowanie miejsca, narzędzi i materiałów,
- wykonanie pracy i kontrola wykonania,
- porównanie wykonania z planem, ocena i wnioski,

– zasada ekonomii (gospodarności), czyli uzyskanie optymalnego stosunku wyników do nakładów, a także oszczędności, tj. właściwego i pełnego wykorzystania zasobów, czasu, sił, możliwości itp.,

– zasada racjonalizacji, czyli sprawdzania ustalonej organizacji w doświadczeniu i jej doskonalenie w wyniku tego doświadczenia. Wymaga ona krytycznego myślenia podczas wykonywania wszelkiej pracy. To ciągłe ulepszenie organizacji działania (4).

Trzecia grupa zasad, to zasady odczytane z metodologicznych podestów nauczania współczesnego przyrodoznawstwa (9). Są to:

– zasada upodobnienia procesu nauczania – uczenia się do procesu badania (naukowego),

- zasada transferu wiedzy i postaw w nauczaniu,
- zasada integracji wiedzy i działania,
- zasada humanizacji.

Bez trudu uważny czytelnik może dostrzec wiele wspólnych elementów występujących w omówionych wyżej grupach zasad (norm) postępowania dydaktycznego, a także sensu przestrzegania ich, dla podnoszenia efektywności kształcenia akademickiego.

W bliskim związku z omówionymi wyżej zagadnieniami z zakresu wpływu przygotowania dydaktycznego nauczycieli na efektywność kształcenia pozostają, jak sądzę, zasadnicze pytania: w jakich formach organizacyjnych i metodycznych wskazane jest podnoszenie kwalifikacji dydaktycznych młodych nauczycieli w uczelni medycznej? Jaką przyjąć koncepcję kształcenia i doskonalenia pedagogicznego kadry naukowo–dydaktycznej?

Odpowiadając na pytania te, należy na wstępie zaznaczyć (zgodnie z zasadami psychologii społecznej), iż zawód nauczyciela w ogóle, to zawód interpersonalny. Nauczanie–uczenie się przebiega w procesie stałych interakcji z nauczonymi, a efekty dydaktyczne i wychowawcze zależą w dużej mierze od tego, jakie relacje łączą nauczyciela i studentów. Czy potrafi on zredukować ich lęk (zwłaszcza na początku studiów), czy komunikuje się z nimi w sposób partnerski, czy pobudza w nich wiarę w siebie? Jeśli coś rewolucjonizuje współczesną szkołę i system dydaktyczno–wychowawczy – stwierdza

Z. Zaborowski – to chyba głównie traktowanie nauczania i wychowania, jako procesu interpersonalnego opartego na pogłębionej, życzliwej, autentycznej komunikacji dwustronnej, procesu pobudzającego aktywność i twórczość uczniów, integrującego elementy poznawcze z emocjonalnymi. Nie ulega wątpliwości, że u źródeł tych dynamicznych przemian w szkole musi znaleźć się głęboko zreformowane kształcenie i doskonalenie pedagogiczne i psychologiczne nauczycieli (13).

Dlatego też nowa koncepcja doskonalenia nauczycieli, którą Zakład Dydaktyki Warszawskiej Akademii Medycznej realizował w latach 1978–81 w formie Podyplomowego Studium Doskonalenia Dydaktycznego (PSDD) zakładała, że dopiero w ramach określonego stosunku społecznego można mówić o efektywności metody. W ramach silnego lęku, zagrożenia, nawet najlepiej zaprogramowane treści kształcenia i zróżnicowane metody mogą okazać się zawodne.

Z uwagi na to, że praca nauczyciela jest pracą twórczą i wymaga rozwiązywania problemów wychowawczych na podstawie rzetelnej wiedzy teoretycznej, jesteśmy za doskonaleniem kompetencji dydaktycznych nauczycieli, ale nie tym „powierzchnowym”, fragmentarycznym – typu szkoleniowo–kursowego, lecz za doskonaleniem autentycznym, bazującym na realnym kształtowaniu jego motywów, postaw, (rzetelnej informacji, życzliwości, poszanowania cudzej godności, poszanowania życia i zdrowia, tolerancji, współodczuwania, innowacyjności, racjonalizmu) i rzetelnej wiedzy, pozwalającej rozumieć psychospołeczne mechanizmy warunkujące jego efektywność.

Jak już wspomniano wyżej, w latach poprzedzających powstanie Studium w Akademii Medycznej w Warszawie stosowano w kształceniu nauczycieli formy doskonalenia. Nie prowadziło to jednak do wypracowania trwałej, zwartej koncepcji, opartej na miarę wszechstronnym programie pozwalającym na doskonalenie dydaktycznych właściwości, które powinny cechować również i wychowawców przyszłych kadr medycznych.

Celem dwusemestralnego Podyplomowego Studium Doskonalenia Dydaktycznego, które określić można jako formę innowacyjnego działania w uczelni medycznej, było:

– zaznajomienie asystentów i starszych asystentów z wybranymi zagadnieniami naukowymi podstaw procesu dydaktyczno–wychowawczego,

– kształtowanie twórczego stosunku do działalności dydaktyczno–wychowawczej tak w sensie wprowadzenia innowacji, jak i eksperymentowania w zakresie działań modernizacyjnych. Założenia programowe Studium obejmowały dwa bloki zagadnień:

a) teoretyczne – wykłady, seminaria z zakresu tematyki filozoficznej, psychologicznej, socjologicznej i pedagogicznej,

b) praktyczne – uwzględniające kierunki pracy pedagogiczno–metodycznej uczestników.

W bloku zagadnień praktycznych założenia programowe przewidywały:

– udział uczestników Studium w zajęciach prowadzonych przez doświadczonych nauczycieli akademickich,

– samodzielne prowadzenie zajęć dydaktycznych w obecności opiekuna naukowego,

– opracowanie wybranego przez siebie i ważnego dla reprezentowanej dyscypliny naukowej zagadnienia z zakresu dydaktyki kształcenia medycznego.

Kierownictwo naukowe Studium powierzono, zgodnie z zarządzeniem rektora uczelni – Radzie Naukowo–Metodycznej, czyniąc ją odpowiedzialną za dobór, układ i realizację treści programowych.

Pisemne opracowania wybranego zagadnienia – o których wspomniano wyżej – były przedmiotem obrady (dyskusji) w obecności członków Rady Naukowo–Metodycznej Studium. Warto wspomnieć też, iż z opracowań złożonych przez uczestników Studium

powstał pierwszy rocznik (tom) prac asystentów pt. „Problemy dydaktyczno–wychowawcze”, wydany przez Warszawską Akademię Medyczną w 1980 r. pod redakcją autora niniejszego opracowania (7). Ponadto kilkanaście opracowań opublikowano jako artykuły na łamach kwartalników: „Problemy Szkolnictwa i Nauk Medycznych” oraz „Medycyna – Dydaktyka – Wychowanie”.

Po dwuletniej realizacji koncepcji pedagogizacji asystentów w formie Studium Dydaktycznego, Zakład Dydaktyki Akademii Medycznej w Warszawie przeprowadził badania ankietowe nad jego 150 absolwentami.

Wyniki badań wskazują, że zdecydowana większość (ponad 75%) osób badanych jest ogólnie zadowolona z ukończenia Studium. 22% było niezadowolonych, a 3% nie wypowiedziało się w tej sprawie.

W jego dotychczasowej formie organizacyjnej podnoszenia kwalifikacji dydaktycznych w pełni odpowiada 65% respondentów.

Jedną z form podnoszenia kwalifikacji dydaktycznych, realizowanych w ramach naszego Studium, było przygotowywanie prac pisemnych przez jego uczestników i ich obrona. Stosunek do tej formy kształcenia uczestnicy Studium wyrazili odpowiadając na pytanie: Jak ocenia Pan(i) pomysł składania i obrony wypracowań z wybranego przez siebie tematu, jako jednego z warunków zaliczenia Studium? Odpowiedzi na powyższe pytanie były następujące: dla 38% badanych pomysł składania i obrony wypracowań jest pomysłem bardzo dobrym, dla 18% – dobrym, dla 4% respondentów – dostateczny. W sumie więc 60% osób badanych oceniło opracowania pozytywnie.

Zdania są podzielone w kwestii, czy ukończenie Studium powinno stanowić jeden z warunków awansu w uczelni. 55% badanych dało odpowiedź twierdzącą, 45% badanych – przeczącą.

Z pytaniem, czy ukończenie Studium powinno być warunkiem awansu w uczelni, bardzo mocno (dobrze) koresponduje ostatnie Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 24 stycznia 1984 r. w sprawie dodatkowych wymagań niezbędnych do zajmowania stanowisk pracowników naukowo–dydaktycznych w akademiach medycznych. W paragrafie pierwszym tego Zarządzenia czytamy: „Warunkiem mianowania na stanowisko starszego asystenta jest posiadania znajomości specyfiki kształcenia medycznego i świadectwa ukończenia Studium Doskonalenia Dydaktyczno–Pedagogicznego utworzonego w trybie Zarządzenia Ministra Nauki, Szkolnictwa Wyższego i Techniki z dnia 19 lipca 1983 r. w sprawie dodatkowych wymagań niezbędnych do zajmowania stanowisk pracowników naukowo–dydaktycznych w szkołach wyższych podległych Ministrowi Nauki Szkolnictwa Wyższego i Techniki, a w zakresie dyscyplin klinicznych i paraklinicznych również posiadanie co najmniej I stopnia specjalizacji w odpowiedniej specjalności medycznej” (14).

Nie omawiam dalej szczegółowo wyników badań nad absolwentami Studium. Zainteresowanych zaś informuję, iż znajdują się one w pracy pt. „Potrzeby i ocena doskonalenia dydaktycznego nauczycieli akademickich w wypowiedziach własnych”.

Z zagadnieniem dydaktycznego przygotowania nauczycieli w akademiach medycznych wiąże się następujący problem: Jaką przyjąć koncepcję „rekrutacji” absolwentów uczelni na przyszłych nauczycieli akademickich w akademiach medycznych? Na którym roku studiów (ostatni czy wcześniej) należałoby rozpocząć ich kształcenie w aspekcie psycho–dydaktycznym? Jakimi kryteriami się przy tym kierować? Jak oceniać pracę dydaktyczno–wychowawczą młodej kadry naukowo–dydaktycznej? Kwestie te, jako otwarte w tej chwili, będą przedmiotem innego opracowania w najbliższej przyszłości.

Sumując powyższe rozważania, należy stwierdzić raz jeszcze jednoznaczność zależność między kwalifikacjami dydaktycznymi nauczycieli akademickich a skutecznością kształcenia, jako efektem świadomego i celowego działania nauczycieli i studentów.

P i ś m i e n n i c t w o

1. Bloom B.S.: *Taxonomy of Educational Objectives*. Wyd. 9, New York 1965, DavComp.
2. Denek K.: Efektywność kształcenia w szkole wyższej i jej określenie. *Życie Szkoły Wyższej* 1983, nr 11.
3. Kupisiewicz Cz.: *O efektywności nauczania problemowego*. Wyd. 5, Warszawa 1976, PWN.
4. Lech K.: *Zasady organizacji pracy uczniów w nowym systemie nauczania*. Rocznik Instytutu Pedagogiki, 1971, t. VIII.
5. Okoń W.: *O zasadach kształcenia*. *Kwartalnik Pedagogiczny* 1982, nr 1.
6. Palka S.: *Warunki efektywności nauczania w szkole średniej*. Warszawa 1977, WSiP.
7. Pokrzycki B. (red.): *Problemy dydaktyczno-wychowawcze (Zbiór prac asystentów)*. Warszawska Akademia Medyczna 1980.
8. Pokrzycki B., Tysarowski W.: *Potrzeby i ocena doskonalenia dydaktycznego nauczycieli akademickich w wypowiedziach własnych*. *Problemy Szkolnictwa i Nauk Medycznych* 1981, nr 3–4.
9. Sawicki M.: *Metodologiczne podstawy nauczania przyrodznawstwa*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1981.
10. Szczepański J.: *Pojęcie efektywności wyższego wykształcenia*. *Życie Szkoły Wyższej* 1963, nr 1.
11. Tałyżina N.F.: *O teorii nauczania programowanego*. *Dydaktyka Szkoły Wyższej* 1969, nr 4.
12. Tysarowski W.: *Cele i treść kształcenia medycznego podstawą oceny postępów studentów*. *Problemy Uczelni i Instytutów Medycznych* 1975, nr 3–4.
13. Zaborowski Z.: *Stosunki międzyludzkie a wychowanie*. Nasza Księgarnia, Warszawa 1974.
14. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 24.I.1984 r. w sprawie dodatkowych wymagań niezbędnych do zajmowania stanowisk pracowników naukowo-dydaktycznych w akademiach medycznych. D.U. MZiOS nr 2 z dnia 24 lutego 1984 poz. 8.

Wiesław TYSAROWSKI, Anna OLESIŃSKA–SERAFIN

ROZWÓJ POZNAWCZY PODCZAS KSZTAŁCENIA MEDYCZNEGO W ŚWIETLE BADAŃ WŁASNYCH

Działalność zawodowa lekarzy, a zatem jakość świadczonych przez nich usług w zakresie ochrony zdrowia społeczeństwa, zależą w głównej mierze od sposobów myślenia nabytych przez nich podczas uczenia się. Odpowiedź, jak myśli lekarz i jak dochodzi do rozwoju poznawczego w trakcie studiów medycznych, jest więc kluczem w stosowaniu efektywnych metod kształcenia medycznego na wszystkich jego etapach.

Zgodnie z poznawczą koncepcją człowieka, myślenie polega na przetwarzaniu informacji, a w nim największa rola przypada pojęciom. Funkcjonowanie więc pojęć poznawczych, będących wytworem myślenia w umyśle studenta czy lekarza, w danej sytuacji problemowej (w czasie trwania egzaminu) może być wskaźnikiem poziomu jego wiedzy i jego operatywności. Jeśli badana cecha – stopień organizacji określonych pojęć w umyśle

uczącego się – ma pełnić rolę w praktycznej jego ocenie, należy przyporządkować jej odpowiednie liczby. Uzyskanie tych liczb możliwe jest przy zastosowaniu dydaktycznych testów, opartych na pojęciowej strukturze wiedzy.

Na podstawie powyższej teorii przygotowano i przeprowadzono prezentowane niżej badania dotyczące rozwoju poznawczego w trakcie kształcenia medycznego. Pomiaru dokonano dla dwóch wybranych przykładów: funkcjonowania pojęć „oddychanie” oraz „cukrzyca”.

1. Fazy myślenia lekarskiego (przyjęte w badaniach)

W przygotowaniu, przeprowadzeniu i analizie badań nastawionych na określenie, na podstawie wybranych przykładów rozwoju poznawczego w trakcie kształcenia lekarzy, przyjęto następujące hipotetyczne fazy myślenia:

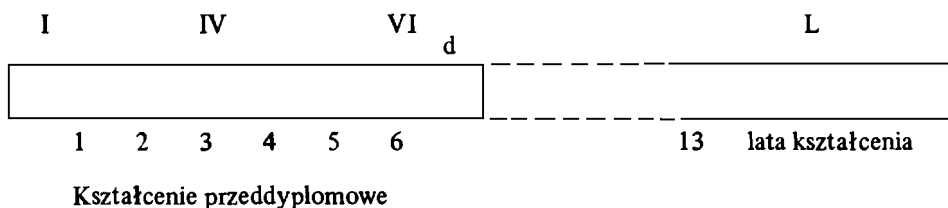
- Faza I – Struktura i funkcja fizjologiczna – człowiek, rodzina i społeczeństwo w środowisku biologicznym, społecznym i kulturowym.
- Faza II – Struktura i funkcja patologiczna – stan zachwiania zdrowia.
- Faza III – Objawy – każda informacja, która wskazuje na prawdopodobieństwo wystąpienia stanu patologicznego.
- Faza IV – Leczenie – wszelkie postępowanie lekarskie, którego celem jest unikanie stanu patologicznego oraz przywracanie zdrowia.

Rozwój poznawczy studentów polega na nabywaniu pojęć medycznych, będących materiałem myślenia lekarskiego i funkcjonujących na podstawie przedstawionych wyżej etapów rozumowania.

Wynikające, z konieczności w badaniach uproszczeń, wnioski nastawione są na możliwości uniwersyteckiego nauczania medycyny.

2. Charakterystyka próbek populacji

Badaniem objęto łącznie 371 osób, w tym 307 studentów (oznaczonych na schemacie: I, IV, VI) oraz 64 lekarzy (oznaczonych literą L). Wszystkie badania zostały przeprowadzone w 2–3 miesiące po rozpoczęciu roku akademickiego 1983/84 i uczestniczyli w nich studenci i absolwenci dwóch wybranych uczelni medycznych w kraju. Charakterystyka ilościowa czterech badanych próbek populacji przedstawiona jest w następującej tabeli oraz schemacie.



Ryc. 1. Schemat przebiegu badań.

Tabela 1. Charakterystyka ilościowa badanych próbek populacji

| próbka populacji | I | IV | VI | L |
|------------------|----|----|-----|----|
| liczba osób | 92 | 97 | 118 | 64 |

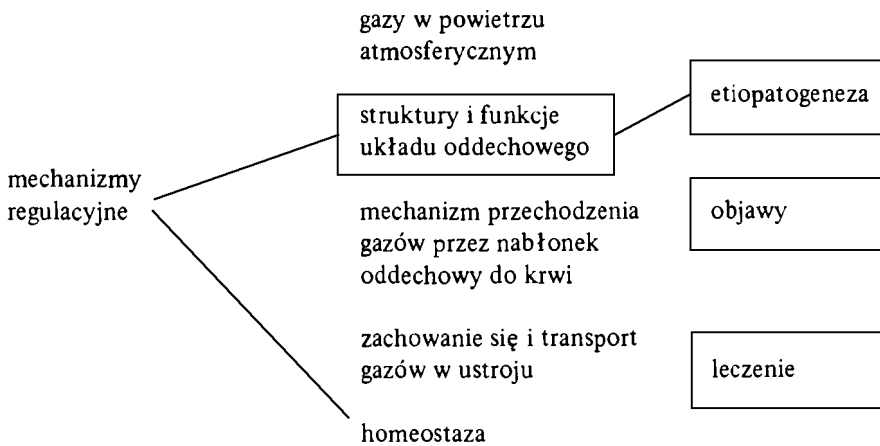
W tych poprzecznych badaniach zmienną były populacje, natomiast czas pozostał dla wszystkich badanych próbek ten sam.

3. Narzędzia badawcze*

Dla celów tej pracy zastosowano dwa testy dydaktyczne dotyczące wiedzy medycznej: test T₁ oraz test T₂ i ankietę T. Test T₁ dotyczy pojęcia „oddychanie”, test T₂ – „cukrzyca”. Ankieta bada opinie respondentów na temat medycznych pojęć poznawczych w kształceniu przeddyplomowym lekarzy.

Test T₁ dotyczący pojęcia „oddychanie”

Zgodnie z wymogami współczesnej teorii testów dydaktycznych test ten został oparty na opracowanej dla naszych celów koncepcji pojęcia „oddychanie”.



Ryc. 2. Koncepcja pojęcia „oddychanie”.

W teście tym zastosowano 35 zadań dotyczących wszystkich faz myślenia lekarskiego. Wszystkie zastosowane zadania są pytaniami wielokrotnego wyboru, które składają się z trzonu i trzech dystraktorów, z czego jeden jest prawdziwy.

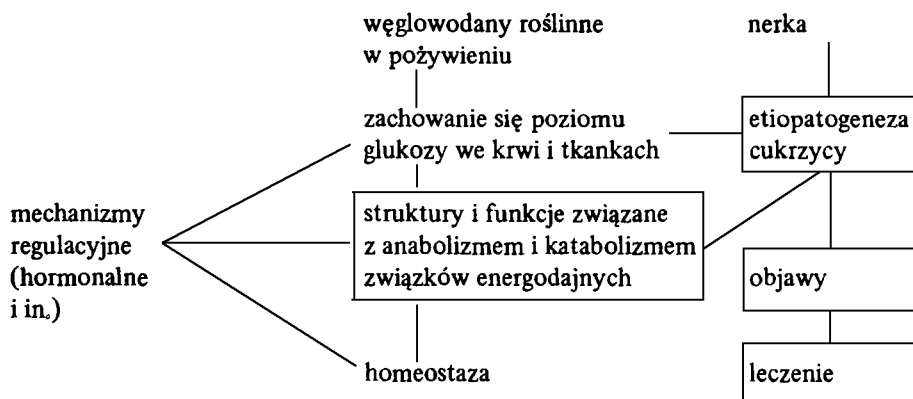
* Testy oraz ankieta dostępne są w Zakładzie Dydaktyki Akademii Medycznej w Warszawie.

Tabela 2. Plan testu T₁

| Faza myślenia lekarskiego | Liczba pytań | % testu |
|-----------------------------------|--------------|---------|
| Struktura i funkcje fizjologiczne | 9 | 26 |
| Struktura i funkcje patologiczne | 11 | 31 |
| Objawy | 11 | 31 |
| Leczenie | 4 | 12 |

Test T₂ dotyczący pojęcia „cukrzyca”

Test T₂ dotyczy 35 zadań z zakresu pojęcia „cukrzyca”. Został on opracowany na podstawie naszej koncepcji tego pojęcia.



Ryc. 3. Koncepcja pojęcia „cukrzyca”.

Wszystkie zastosowane zadania, są to pytania wielokrotnego wyboru typu zadań zastosowanych w teście T₁.

Poniżej przedstawiono plan testu T₂ oparty na fazach myślenia lekarskiego.

Tabela 3. Plan testu T₂

| Faza myślenia lekarskiego | Liczba pytań* | % testu |
|-----------------------------------|---------------|---------|
| Struktura i funkcje fizjologiczne | 12 | 34 |
| Struktura i funkcje patologiczne | 10 | 28 |
| Objawy | 9 | 26 |
| Leczenie | 7 | 20 |

Testem T₂ objęto, łącznie z testem T₁, grupę I, grupę IV, grupę VI oraz lekarzy – L. Oba testy łącznie w dalszej części pracy określone są jako „test T₁ + T₂”.

* Suma zadań 35 wynika z wykorzystania tych samych zadań w różnych fazach myślenia lekarskiego.

Ankieta T odnosząca się do obu pojęć

Ankieta T dotyczy roli pojęć poznawczych w kształceniu przeddyplomowym lekarzy. Została ona przeprowadzona wśród 371 badanych przez dołączenie jej do testu $T_1 + T_2$. Taka metoda przeprowadzania ankiety warunkuje wysoki procent udzielanych przez respondentów odpowiedzi – dla ankiety T_1 wynosi on 100%. W ankiecie tej, za pomocą pytań zamkniętych, badano ocenę programów dydaktycznych w szkołach medycznych dotyczących dwóch medycznych pojęć – „oddychania” i „cukrzyca”, samoocenę posiadanej przez badanych wiedzy z zakresu każdego z tych pojęć oraz ogólną, własną opinię na temat pojęciowego nauczania treści medycznych.

Ujęcie ankiety w formie pytań zamkniętych pozwala na łatwe obliczanie wyników za pomocą komputera.

Poniżej przedstawiono ankietę – T.

Uprzejmie prosimy o szacunkową odpowiedź na pięć pytań ankietowych, zakreślając odpowiednie pola w kolumnach (1, 2, 3, 4, 5), jak w odpowiedziach na pytania testowe.

Moje dotychczasowe programy nauczania uwzględniały zakres wiedzy dotyczącej pojęcia „oddychania” i „cukrzyca” w stopniu:

Nr 1. Dla pojęcia oddychanie:

- 1) w całości
- 2) w 75%
- 3) w 50%
- 4) w 25%
- 5) prawie nie uwzględniały

Nr 2. Dla pojęcia cukrzyca:

- 1) w całości
- 2) w 75%
- 3) w 50%
- 4) w 25%
- 5) prawie nie uwzględniały

Treść zawarta w pytaniach testowych znana mi jest w przybliżeniu.

Nr 3. Dla pojęcia oddychanie:

- 1) w całości
- 2) w 75%
- 3) w 50%
- 4) w 25%
- 5) prawie nie znana

Nr 4. Dla pojęcia cukrzyca:

- 1) w całości
- 2) w 75%
- 3) w 50%
- 4) w 25%
- 5) prawie nie znana

Wyniki i dyskusje*

Metoda badania umiejętności poznawczych człowieka za pomocą testów jest metodą pośrednią, eksperymentalną, w której z pewnych, dających się liczbowo ująć i określić

* Obliczenia statystyczne zostały wykonane w Zakładzie Dydaktyki Medycznej w Warszawie.

nych w pojedynczym zadaniu, cech czynności umysłowych badanego, lub nawet jego postawach wnioskować można o tych właściwościach intelektualnych, które będą determinować wykonywanie przyszłych czynności lekarskich.

W badanych pojęciach „oddychanie” i „cukrzyca” grupą 35 zadań sprawdza się stopień zintegrowania wiedzy w pamięci trwałej oraz jej dostępność sytuacyjną i operacyjność w rozwiązywaniu określonego problemu. Stąd, z uzyskanych wyników wnioskować można o ogólnym stopniu nabycia umiejętności odbioru, transformowania i nadawania informacji w odniesieniu do całego badanego pojęcia poznawczego.

Zastosowane w badaniach testy dydaktyczne przebiegały zgodnie z zasadami ogólnopolskich egzaminów wstępnych i końcowych oraz innych egzaminów testowych w akademiach medycznych obliczanych w Zakładzie Dydaktyki AM w Warszawie. Przed rozpoczęciem odpowiadania na pytania studenci byli zaznajamiani z instrukcją dotyczącą sposobu zaznaczania wybranych odpowiedzi. Następnie studenci otrzymywali książeczki testowe zawierające zestawy zadań, komplet specjalnie perforowanych kart odpowiedzi, ołówki 5-B lub 6-B oraz gumki. Odpowiedzi nanoszono na karty miękkim ołówkiem, zakreślając pole wewnątrz elipsy w danej kolumnie. Pierwszy etap uzyskiwania wyników – przygotowanie danych do komputera – przebiegał w Zakładzie Dydaktyki AM w Warszawie. Tutaj karty odpowiedzi były automatycznie perforowane na dziurkarce grafitowej PS-80, a następnie sortowane na sorterze. Wyniki przeprowadzonych testów liczono na komputerze ODRA 1305. Wyniki uzyskano na podstawie programów standardowo stosowanych dla egzaminów kursowych oraz na podstawie specjalnych programów napisanych dla celów tej pracy. Uzyskane wyniki poddano dalszej analizie jakościowej.

4.1. Pojęcie „oddychanie”

Opierając się na uzyskanych wynikach dotyczących roli pojęć w egzaminach wstępnych na studia medyczne opracowano 35-zadaniowy test dotyczący pojęcia „oddychanie”. Testem tym przeprowadzono przekrojowe badania studentów grup: I, IV, VI oraz lekarzy – L (p. ryc. 1).

Tabela 4. Wyniki ogólne dla pojęcia „oddychanie”*

| Rodzaje próbki populacji | I | IV | VI | L |
|-----------------------------------|-------------|-------|-------|----|
| Liczba osób | 92 | 97 | 118 | 64 |
| Średnia arytmetyczna | 15 | 19 | 25 | 22 |
| Odchylenie standardowe | 4 | 4 | 3 | 4 |
| Współczynnik $K-R_{20}$ | 0,624 | 0,686 | 0,654 | |
| | Łatwość w % | | | |
| Test T_1 | 42 | 55 | 71 | 63 |
| Struktura i funkcje fizjologiczne | 72 | 62 | 70 | 49 |
| Struktura i funkcje patologiczne | 35 | 41 | 63 | 53 |
| Objawy | 28 | 58 | 74 | 76 |
| Leczenie | 29 | 66 | 86 | 84 |

* Tabelę 4 sporządzono na podstawie wydruków komputerowych.

Z tabeli 4 wynika, że zachodzące w czasie studiów różnice pomiędzy średnimi łatwości przedstawiają się następująco:

Tabela 5. Różnice łatwości pomiędzy poszczególnymi próbkami populacji (w procentach)

| Różnice między próbkami | IV–I | VI–IV | VI–I | L–VI |
|-----------------------------------|------|-------|------|------|
| Cały test | +13 | +16 | +29 | – 8 |
| Struktura i funkcje fizjologiczne | –10 | + 8 | – 2 | –21 |
| Struktura i funkcje patologiczne | + 6 | +22 | +28 | –10 |
| Objawy | +30 | +16 | +36 | + 2 |
| Leczenie | +37 | +20 | +57 | – 2 |

znak + oznacza przyrost wiedzy

znak – oznacza jej ubytek

Z danych przedstawionych w tabeli 5 wynika, że w ciągu sześciu lat studiów znajomość całego pojęcia „oddychanie” wzrasta o 29%, czyli prawie o 1/3. Osiągnięcia na teście studentów VI roku są niższe o 1/3 od całkowitego opanowania badanej wiedzy (czyli udzieleniu poprawnych odpowiedzi na wszystkie 35 zadań testu T₁).

Przyrost roczny wiedzy wynosi średnio około 6%. Cztery elementy badanego pojęcia zachowują się różnie. Znajomość fizjologicznych problemów struktury i funkcji jest znacznie niższa na IV roku niż na I i utrzymuje się na roku VI nieznacznie poniżej poziomu studentów rozpoczynających studia. Przyrost wiedzy dotyczy trzech pozostałych działów pojęcia „oddychanie”. Zaznacza się więc rozbieżność pomiędzy wiadomościami teoretycznymi a praktycznymi. Stwierdzenie to potwierdza porównanie opanowania czterech dziedzin pojęcia „oddychanie” przez studentów VI roku oraz lekarzy, pomiędzy którymi luka ta jest jeszcze większa. Opanowanie podstaw teoretyczno–fizjologicznych przez lekarzy maleje o 21%, natomiast aspektów patologicznych o 10%. Nie stwierdza się natomiast różnic w zakresie wiadomości praktycznych „objawy i leczenie”.

(Wyniki łatwości wszystkich pytań, należących do pojęcia „oddychanie” umieszczono w Załączniku nr 2 znajdującym się w Zakładzie Dyd. AM).

Analizując trudności tych zadań można stwierdzić, że ich kolejność (uszeregowanie od najtrudniejszych do najłatwiejszych), dla poszczególnych działów pojęcia, wykazuje na wszystkich badanych etapach kształcenia interesującą regularność.

Dla działu struktura i funkcje fizjologiczne otrzymuje się następującą sekwencję, zaczynając od najtrudniejszego zadania.

Nr zadania

| | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I rok | 1 | 9 | 3 | 4 | 2 | 5 | 8 | 6 | 7 |
| IV rok | 1 | 3 | 9 | 4 | 2 | 5 | 6 | 7 | 6 |
| VI rok | 9 | 1 | 4 | 2 | 3 | 7 | 8 | 5 | 6 |
| lekarze | 9 | 2 | 3 | 4 | 1 | 5 | 8 | 7 | 6 |

Zwraca uwagę w zasadzie taka sama kolejność trudności zadań dla tak różnych populacji.

Biorąc pod uwagę wszystkie badane próbki populacji można ustalić wspólną, następującą ogólną w tym dziale, kolejność trudności zadań:

1 9 3 4 2 5 8 7 6

Przypisując odpowiednią treść testu T₁ opanowanie wiedzy w dziale: struktura i funkcja fizjologiczna pojęcia „oddychanie” przedstawia się następująco, rozpoczynając od treści najtrudniejszych, a kończąc na najłatwiejszych:

- stosunek wagowy tlenu i azotu w powietrzu,
- mechanizm wentylacji płuc,
- zawartość CO₂ w powietrzu zdatnym do oddychania,
- krzywa dysocjacji oksyhemoglobiny,
- zawartość tlenu w powietrzu wydechowym,
- wpływ CO₂ na częstość oddechów,
- prawo Henry’ego,
- rodzaj nabłonka pęcherzyków płucnych,
- lokalizacja ośrodka oddechowego.

Analogicznie do przedstawionej analizy kolejność trudności zadań w dziale: struktura i funkcja patologiczna przedstawia się następująco:

| | | | | | | | | | | | |
|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| I rok | 15 | 19 | 23 | 32 | 20 | 21 | 11 | 16 | 13 | 12 | 10 |
| IV rok | 19 | 11 | 21 | 32 | 23 | 16 | 13 | 20 | 15 | 12 | 10 |
| VI rok | 11 | 21 | 19 | 32 | 13 | 12 | 15 | 16 | 23 | 20 | 10 |
| L | 16 | 12 | 13 | 19 | 11 | 15 | 32 | 21 | 20 | 23 | 10 |

Ogólna kolejność trudności zadań w tym dziale jest więc:

19 11 21 32 13 16 15 20 23 12 10

Poniżej przedstawiono kolejność opanowanej wiedzy (treść zadań) dotyczącej struktury i funkcji patologicznej w „oddychaniu”, zgodnie z uprzednio przyjętym kryterium trudności:

- patofizjologia śródmiąższowego zapalenia płuc,
- zawartość tlenu w powietrzu powodująca śmierć,
- mechanizm niewydolności oddechowej w astmie,
- interpretacja badań diagnostycznych w guzowatym poszerzeniu obu węnek,
- patomechanizm zatrucia siarkowodorem,
- epidemiologia wewnątrzszpitalnego zapalenia płuc u dzieci,
- przyczyny ostrego przekrwienia biernego płuc,
- patofizjologia odmy samoistnej,
- powstawanie obrazu radiologicznego niedodmy płuc,
- wpływ różnych mieszanin gazów na trwałość hemoglobiny tlenkowej in vivo
- mechanizm choroby kesonowej.

Kolejność trudności zadań w dziale – objawy pojęcia „oddychanie” jest następująca:

| | | | | | | | | | | | |
|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| I rok | 30 | 26 | 29 | 22 | 27 | 28 | 25 | 17 | 18 | 24 | 14 |
| IV rok | 27 | 17 | 30 | 29 | 18 | 14 | 24 | 25 | 28 | 22 | 26 |
| VI rok | 18 | 17 | 27 | 24 | 25 | 30 | 29 | 14 | 26 | 22 | 28 |
| L | 18 | 14 | 27 | 17 | 29 | 30 | 26 | 25 | 24 | 22 | 28 |

Odpowiada jej poniższa ogólna kolejność trudności zadań:

18 17 27 29 14 30 25 24 26 22 28

Wiedza w dziale – objawy – przedstawia się więc:

- występowanie zmian włóknistych płuc pod wpływem pyłów,

- powikłania wirusowego zapalenia dróg oddechowych,
- objawy ropnia płuc,
- objawy odoskrzelowego zapalenia płuc,
- methemoglobinemia, jako efekt wpływu azotynów,
- objawy mukowiscydozy,
- objawy początkowego okresu raka oskrzeli,
- objawy wczesnej zmiany nowotworowej fałdu nalewkowo–nagłośniowego,
- występowanie oddechu typu Kussmaula,
- objawy odmy opłucnej,
- objawy gruźlicy płuc.

Poniżej przedstawiono kolejność zadań w dziale – leczenie pojęcia „oddychanie”:

| | | | | |
|--------|----|----|----|----|
| I rok | 31 | 35 | 33 | 34 |
| IV rok | 31 | 34 | 35 | 33 |
| VI rok | 31 | 35 | 34 | 33 |
| L | 35 | 31 | 34 | 33 |

Ogólna kolejność trudności zadań w tym dziale przedstawia się następująco:

31 35 34 33

Znajomość leczenia odpowiadająca przedstawionej wyżej kolejności jest następująca:

- postępowanie w nowotworach płuc,
- znaczenie palenia papierosów w *carcinoma bronchi*,
- pierwsza pomoc w otwartej odmie opłucnej.

Szczególna, taka sama regularność poznanej wiedzy przez studentów i lekarzy, na tak różnych od siebie etapach kształcenia lekarskiego, jest wielce zastanawiająca. Próba modelowej analizy uzyskanych tu danych przedstawiona będzie na zakończenie całego rozdziału dotyczącego badania – 1.

Wszyscy badani testem T₁ studenci i lekarze wyrazili w ankiecie T swoją opinię na temat zawartości treści z zakresu pojęcia „oddychanie” w swoich dotychczasowych programach oraz samooceny dotyczącej znajomości tego pojęcia w momencie rozwiązywania testu T₁.

Jak wynika z tabeli 6 studenci I roku najniżej ocenili uwzględnienie w swych programach treści z zakresu pojęcia „oddychanie”. Wynik ten jest zgodny ze stanem faktycznym, gdyż są oni u progu studiów medycznych, dopiero w przyszłości będą poznawali wiele elementów tego pojęcia, a dotychczasowa ich wiedza będzie systematycznie roz-

Tabela 6. Zestawienie wyników ankiety – T dotyczących pojęcia „oddychanie”

| | Rozkład odpowiedzi w % | | | |
|---|------------------------|----|----|----|
| | I | IV | VI | L |
| Stopień uwzględniania treści $\geq 50\%$ | 37 | 76 | 90 | 49 |
| Pojęcia w dotychczasowych programach $< 50\%$ | 63 | 23 | 10 | 45 |
| Znajomość pojęcia $\geq 50\%$ | 44 | 72 | 87 | 56 |
| $< 50\%$ | 50 | 25 | 13 | 37 |

szerzana. Najwyżej uwzględnienie pojęcia „oddychanie” ocenili studenci szóstego roku (90% badanych). Taki wynik ankiety świadczy o poprawnym sformułowaniu testu. Spadek zawartości treści oddychania u lekarzy (tylko 49% lekarzy oceniło je na 50%) ma swe źródło prawdopodobnie – z jednej strony – w rzeczywistej odmienności ich programów dydaktycznych, w porównaniu z dziś obowiązującymi (najstarszy badany lekarz ukończył studia medyczne przed ponad 20 laty), z innej – z deformacją oceny związanej z odległością studiów. Podobnie układają się odpowiedzi dotyczące znajomości pojęcia „oddychanie”. Znajomość co najmniej 50% treści zawartych w tym pojęciu w najniższym procencie oceniono na I roku (44% studentów) przez IV (72%), najwyższym na szóstym (87%). Lekarze w 56% uważają, że znają przynajmniej połowę treści zawartych w pojęciu „oddychanie”.

Taka samoocena odpowiada uzyskanym przez badanych własnym wynikom testu T_1 , tzn. łatwości tego testu dla różnych grup: najniższej dla studentów I roku (42%) i najwyższej dla VI roku (71%). Test T_1 był więc najtrudniejszy dla pierwszego roku zarówno w opinii badanych, jak i w uzyskanych rezultatach, najłatwiejszy – pod obydwoma względami – dla studentów roku szóstego.

4.2. Pojęcie „cukrzyca”

Jednocześnie z testem T_1 przeprowadzono test T_2 , będący innym przykładem holistycznego myślenia lekarskiego – wszystkie jego zadania dotyczą pojęcia „cukrzyca”. Pojęcie to, jako ważne teoretycznie i praktycznie zagadnienie współczesnej medycyny, w pełni odpowiada przyjętej w tej pracy definicji medycznego pojęcia poznawczego. Warunki tego badania opisane są w części metodologicznej pracy. Otrzymane wyniki dla testu T_2 , w ujęciu analogicznym do wyników testu T_1 przedstawiono w tabeli nr 7.

Tabela 7. Wyniki ogólne dla pojęcia „cukrzyca”

| Rodzaje próbki populacji | I | IV | VI | L |
|-----------------------------------|-------|-------------|-------|----|
| Liczba osób | 92 | 97 | 118 | 64 |
| Średnia arytmetyczna | 12 | 17 | 22 | 18 |
| Odchylenia standardowe | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Współczynnik $K-R_{20}$ | 0,662 | 0,492 | 0,682 | |
| | | Łatwość w % | | |
| Cały test | 38 | 50 | 62 | 52 |
| Struktura i funkcje fizjologiczne | 64 | 64 | 68 | 48 |
| Struktura i funkcje patologiczne | 20 | 47 | 62 | 57 |
| Objawy | 10 | 37 | 55 | 59 |
| Leczenie | 21 | 56 | 75 | 69 |

Na podstawie tabeli 8 obliczono różnice pomiędzy średnimi łatwości dla całego testu T_2 w badanych próbkach populacji.

Tabela 8. Różnice łatwości pomiędzy poszczególnymi próbkami populacji (w procentach)

| Różnice między próbkami | IV–I | VI–IV | VI–I | L–VI |
|-----------------------------------|------|-------|------|------|
| Cały test | +12 | +12 | +24 | –10 |
| Struktura i funkcje fizjologiczne | 0 | + 4 | + 4 | –20 |
| Struktura i funkcje patologiczne | +27 | +15 | +42 | – 5 |
| Objawy | +27 | +18 | +45 | + 4 |
| Leczenie | +35 | +19 | +54 | – 6 |

znak + oznacza przyrost wiedzy

znak – oznacza ubytek wiedzy

Znajomość pojęcia „cukrzyca”, w ciągu przeddyplomowego kształcenia medycznego, wzrasta o 24%, czyli prawie o 1/4, tak więc roczny przyrost wiedzy dotyczącej cukrzycy wynosi zaledwie 4%. Osiągnięcia studentów VI roku są o 38% mniejsze od całkowitego opanowania badanej wiedzy (przyjmując za 100 odpowiedzi na 35 zadań). Dla „cukrzycy”, podobnie jak w pojęciu oddychanie przedstawia się stopień opanowania wiedzy studentów w wyróżnionych czterech działach opartych na fazach myślenia lekarskiego. Najniższy tu przyrost wiedzy w stosunku do wiedzy posiadanej przez studentów I roku następuje w dziale struktura i funkcje fizjologiczne – zaledwie o 4%. Zrozumienie tego działu wyraźnie obniża się (o 20%) u badanych lekarzy. Pozostałe działy pojęcia „cukrzyca” lekarze rozumieją na poziomie zbliżonym do VI roku.

Analogicznie do dyskusji wyników dla pojęcia „oddychanie”, zadania dotyczące „cukrzycy” uszeregowano wg malejącej ich trudności i treści odpowiadającej tej sekwencji. Dla działu struktura i funkcje fizjologiczne otrzymuje się następującą sekwencję zadań:

Nr zadania

I rok 59 47 45 39 41 40 44 37 43 42 36 38

IV rok 59 39 41 47 40 36 37 44 45 43 42 38

VI rok 59 41 39 44 36 40 47 37 43 45 42 38

L 59 41 36 40 44 39 43 47 37 45 42 38

Ogólna kolejność zadań dla tego działu jest więc taka:

59 41 39 47 36 40 44 37 43 45 42 38

Wiedza zawarta w tym dziale przedstawia się, po przyporządkowaniu każdemu z numerów zadań odpowiadającej mu treści, następująco:

- zawartość insuliny w osoczu,
- rola ATP w przemianach metabolicznych,
- zrozumienie przemian energetycznych ustroju,
- topografia trzustki,
- fotoliza wody w fazie świetlnej fotosyntezy,
- zrozumienie wpływu enzymu na obniżenie energii aktywacji reakcji chemicznej,
- różnice biochemiczne między glukozą a fruktozą,
- reakcje enzymatyczne w anabolizmie i katabolizmie organizmu,

- rozumienie wzoru sumarycznego cukrów prostych,
- rola insuliny w homeostazie glikemii,
- optymalne pH dla procesu trawienia,
- powstawanie ATP w fosforylacji oksydatywnej.

Kolejność trudności zadań w dziale: struktura i funkcje patologiczne dla pojęcia cukrzyca przedstawia poniższe zestawienie:

| | Nr zadania | | | | | | | | | |
|--------|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| I rok | 54 | 67 | 53 | 55 | 68 | 56 | 46 | 52 | 49 | 57 |
| IV rok | 53 | 52 | 54 | 46 | 55 | 68 | 49 | 67 | 57 | 56 |
| VI rok | 53 | 46 | 54 | 52 | 55 | 68 | 49 | 67 | 57 | 56 |
| L | 53 | 52 | 54 | 46 | 55 | 49 | 68 | 67 | 57 | 56 |

Ogólna kolejność trudności zadań w tym dziale przedstawia się następująco:

| | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 53 | 52 | 54 | 46 | 55 | 68 | 49 | 67 | 57 | 56 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|

Przedstawić można następująco wzrastający stopień opanowania wiedzy w dziale: struktura i funkcje patologiczne pojęcia cukrzyca:

- patofizjologia *diabetes manifesta*,
- interpretacje próby obciążenia glukozą,
- wskazania do wykonania krzywej glikemii w ciąży,
- etymologia *diabetes*,
- zrozumienie działania różnych preparatów insuliny,
- mechanizm działania preparatu Diabetol,
- patofizjologia cukrzycy insulinozależnej,
- patomechanizm cukrzycy typu I,
- dobowy krzywa poziomu glukozy we krwi, jako kontrola leczenia insuliną,
- badania laboratoryjne w cukrzycy powikłanej.

Kolejny dział – objawy w pojęciu „cukrzyca” przedstawiono poniżej:

| | | | | | | | | | |
|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| I rok | 63 | 62 | 70 | 65 | 61 | 64 | 67 | 66 | 50 |
| IV rok | 63 | 50 | 64 | 61 | 62 | 70 | 65 | 67 | 66 |
| VI rok | 50 | 63 | 64 | 61 | 62 | 70 | 65 | 67 | 66 |
| L | 50 | 64 | 63 | 61 | 70 | 62 | 65 | 66 | 67 |

Ogólnie dział ten uszeregowano wg malejącej trudności w sposób następujący:

| | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 50 | 63 | 64 | 61 | 62 | 70 | 65 | 67 | 66 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|

Wiedza zawarta w tym dziale jest więc następująca:

- wczesne objawy cukrzycy,
- objawy śpiączki cukrzycowej,
- objawy śpiączki hipoglikemicznej,
- cukrzyca jako objaw towarzyszący hemochromatozie,
- cukrzyca jako objaw towarzyszący w guzie z komórek kwasochłonnych przysadki,
- epidemiologia późnych objawów cukrzycy,
- powikłania cukrzycy regulacyjnej,
- nieskuteczność doustnych leków hipoglikemizujących w cukrzycy typu I,
- ostre objawy śpiączki hipoglikemicznej.

W kolejnym, czwartym dziale pojęcie „cukrzyca w leczeniu”, uszeregowano zadania wg uprzednio przyjętej zasady:

| | | | | | | | |
|--------|----|----|----|----|----|----|----|
| I rok | 67 | 60 | 68 | 55 | 56 | 58 | 51 |
| IV rok | 58 | 60 | 55 | 68 | 67 | 56 | 51 |
| VI rok | 58 | 60 | 55 | 68 | 67 | 51 | 56 |

L 58 60 55 68 67 56 51

Ogólną kolejność podaje zestaw:

58 60 55 68 67 56 51

Treść zawarta w tym dziale jest przedstawiona poniżej:

- dawkowanie insuliny zależnie od pracy fizycznej,
- mieszanie w jednej strzykawce różnych preparatów insuliny,
- kontrola dawkowania insuliny,
- własności farmakodynamiczne preparatu Diabetol,
- leki doustne a patomechanizm cukrzycy,
- postępowanie w cukrzycy powikłanej,
- właściwe relacje lekarz–pacjent w przebiegu cukrzycy.

Wszyscy badani testem T₂ studenci odpowiedzieli na pytanie ankiety T dotyczące pojęcia cukrzyca.

Tabela 9. Zestawienie wyników części ankiety T, dotyczącej pojęcia „cukrzyca”

| Treść pojęcia | Rozkład odpowiedzi w % | | | |
|---|------------------------|----|----|----|
| | I | IV | VI | L |
| Uwzględnienie treści pojęcia w dotychczasowych programach $\geq 50\%$ | 22 | 45 | 91 | 68 |
| $< 50\%$ | 74 | 53 | 9 | 25 |
| Znajomość pojęcia $\geq 50\%$ | 21 | 49 | 90 | 80 |
| $< 50\%$ | 75 | 27 | 10 | 14 |

Tak, jak dla pojęcia „oddychanie”, poniżej szacunkowo ocenili zawartość w programach swych studiów treści dotyczące cukrzycy – studenci I roku. Tylko 22% studentów tej grupy oceniło tę zawartość jako co najmniej równą 50%, podczas gdy na szóstym roku 91% studentów ocenia programy jako zawierające 50% z pojęcia „cukrzyca”. Tutaj, podobnie jak w pierwszej części ankiety (por. tab. 6), lekarze ocenili tę zawartość w mniejszym stopniu niż studenci VI roku (68%). Również ocena znajomości przez siebie tego pojęcia najniższa jest na I roku. 21% studentów I roku uważa, że zna to zagadnienie w przynajmniej 50%. Taką też opinię wyraziło 49% studentów IV roku, 90% na szóstym i 80% lekarzy.

Wyniki przeprowadzonej ankiety na temat pojęcia „oddychanie” są zgodne z uzyskanymi przez badanych wynikami testu T₂ (p. tab. 7).

4.3. Przyrost wiedzy zawartej w każdym z badanych pojęć

Jeśli przyjąć poziom wiedzy studentów rozpoczynających studia za 1, to obliczyć można wskaźnik wzrostu wiedzy w różnym czasie. W poniższej tabeli przedstawiono obliczone dla studentów IV i VI roku wskaźniki nabywania pojęć z uwzględnieniem jego poszczególnych faz.

Tabela 10. Wskaźniki nabywania pojęć:
a) dla pojęcia „oddychania”, b) dla pojęcia „cukrzyca”

| a) | IV | VI | b) | IV | VI |
|-----------------------------------|------|------|-----------------------------------|------|------|
| Całe pojęcie „oddychanie” | 1,31 | 1,69 | Całe pojęcie „cukrzyca” | 1,32 | 1,63 |
| Struktura i funkcje fizjologiczne | 0,86 | 0,97 | Struktura i funkcje fizjologiczne | 1,00 | 1,07 |
| Struktura i funkcje patologiczne | 1,17 | 1,80 | Struktura i funkcje patologiczne | 2,66 | 3,57 |
| Objawy | 2,07 | 2,65 | Objawy | 3,70 | 5,50 |
| Leczenie | 2,27 | 2,95 | Leczenie | 2,67 | 3,57 |

Jak wynika z tabeli 10 a i b zaznacza się ogólny większy przyrost wiedzy z zakresu „cukrzyca” niż z zakresu „oddychanie” – wynika to z, jak wykazano, ich „stanu wyjściowego”, tj. poziomu posiadanej wiedzy przez studentów I roku, który jest niższy dla „cukrzycy”. Najniższy wskaźnik nabywania badanej wiedzy dla obu pojęć dotyczy ich struktury i funkcji – dla „oddychania” wynosi on na szóstym roku 0,97, a dla cukrzycy 1,07. Najwyższy wskaźnik dla „oddychania” dotyczy zagadnień związanych z terapią (2,95), a dla „cukrzycy” z objawami (aż 5,5).

4.4. Porównanie obu pojęć oraz ich przebieg łączny

W tabeli 11 przedstawiono zestawienie wyników uzyskanych przez wszystkie dane

Tabela 11. Wyniki testu dotyczącego dwóch medycznych pojęć:
„oddychanie” i „cukrzyca” w wybranych próbkach populacji

| Próbka populacji | I | IV | VI | L |
|---------------------|------------------------|--------|--------|--------|
| Liczba osób | 92 | 97 | 118 | 64 |
| | Oba pojęcia (70 zadań) | | | |
| X ± | 26 ± 7 | 37 ± 7 | 46 ± 7 | 40 ± 8 |
| średnia łatwość | 38 | 52 | 62 | 57 |
| K – R ₂₀ | 0,753 | 0,724 | 0,760 | 0,810 |
| | Pojęcie „oddychanie” | | | |
| X ± | 15 ± 4 | 19 ± 4 | 25 ± 3 | 22 ± 4 |
| średnia łatwość % | 42 | 55 | 71 | 63 |
| | Pojęcie „cukrzyca” | | | |
| X ± | 12 ± 4 | 17 ± 4 | 22 ± 4 | 18 ± 4 |
| średnia łatwość % | 38 | 50 | 62 | 52 |
| KR ₂₀ | 0,662 | 0,492 | 0,682 | |

populacje (I, IV, VI rok oraz lekarze) łącznie, dla wspólnie przeprowadzanych testów T₁ i T₂ oraz oddzielnie dla całego pojęcia „oddychanie” i „cukrzyca”.

Testem T – Studenta stwierdzono, że wszystkie podane w tabeli średnie arytmetyczne różnią się statystycznie na poziomie p 0,05.

Na podstawie uzyskanych łącznie, w testach T₁ i T₂, danych stwierdza się, że globalny przyrost badanej wiedzy jest statystycznie znamieny między średnimi arytmetycznymi studentów pierwszego, czwartego i szóstego roku. Średnia łatwość testów T₁ i T₂ dla lekarzy jest niższa niż dla studentów roku czwartego. Podobne wyniki badani uzyskali dla oddzielnych pojęć.

Różnice średnich łatwości dla obu pojęć przedstawiono w tabeli 12, z której wynika, że szczególnie u lekarzy (o 11%) dużo większa jest znajomość „oddychania” w porównaniu z „cukrzycą”.

Tabela 12. Różnice (w %) łatwości między pojęciami „oddychanie” a „cukrzyca”

| Próbka populacji | I | IV | VI | L |
|---|----|----|----|-----|
| Średnia łatwość dla oddychania minus dla cukrzycy (w %) | +4 | +5 | +9 | +11 |

Dane przedstawione w tabeli 12 wskazują, że rozumienie i operowanie pojęciem „oddychanie” jest łatwiejsze niż pojęcie „cukrzyca” dla wszystkich badanych grup o 4–11%. Wynik taki uzasadniony jest strukturą obu pojęć, z których „cukrzyca” jest pojęciem dotyczącym różnych narządów, podczas gdy „oddychanie” dotyczy przede wszystkim układu oddechowego. Również bardziej interdyscyplinarny charakter „cukrzycy” wyjaśnia gorsze przyswajanie sobie tego pojęcia w umysłach studentów.

W tabeli 13 zestawiono raz jeszcze oddzielenie łatwości dla pojęć: „oddychanie” i „cukrzyca” oraz łączne wartości zadań dotyczących czterech faz myślenia lekarskiego, w których te pojęcia kształtują się.

Tabela 13. Łatwość (w %) dla pojęć „oddychanie” i „cukrzyca” oraz łączne wartości zadań dotyczących czterech faz myślenia lekarskiego w poszczególnym pojęciu

| Próbki populacji | I | IV | VI | L |
|-----------------------------------|----------------------|----|----|----|
| | Pojęcie „oddychanie” | | | |
| Całe pojęcie | 42 | 55 | 71 | 63 |
| Struktura i funkcje fizjologiczne | 72 | 62 | 70 | 49 |
| Struktura i funkcje patologiczne | 35 | 41 | 63 | |
| Objawy | 28 | 58 | 74 | 76 |

| | | | | |
|-----------------------------------|----|----|----|----|
| Leczenie | 29 | 66 | 86 | 84 |
| Pojęcie „cukrzyca” | | | | |
| Całe pojęcie | 38 | 50 | 62 | 52 |
| Struktura i funkcje fizjologiczne | 64 | 64 | 68 | 48 |
| Struktura i funkcje patologiczne | 20 | 47 | 62 | |
| Objawy | 10 | 37 | 55 | 59 |
| Leczenie | 21 | 56 | 75 | 69 |

Na podstawie zmian łącznej łatwości zadań w tym zestawieniu przedstawiono nabywanie pojęcia „oddychanie” w czasie przeddyplomowego kształcenia medycznego, wraz z rozwojem tego pojęcia w czterech fazach myślenia lekarskiego.

| | I | IV | VI | Zmiana ogółem |
|-----------------------------------|-----|----|-----|---------------|
| Całe pojęcie „oddychanie” | +13 | | +16 | +29 |
| Struktura i funkcje fizjologiczne | -10 | | + 8 | - 2 |
| Struktura i funkcje patologiczne | + 6 | | +22 | +28 |
| Objawy | +30 | | +16 | +46 |
| Leczenie | +37 | | +20 | +57 |

Z uzyskanych danych wynika, że w porównaniu ze studentami rozpoczynającymi studia medyczne, studenci VI roku (po całym nauczaniu z interny) operują pojęciem „oddychanie” lepiej w 29%. Również wzrasta wiedza z zakresu struktury i funkcji patologicznej (o 28%), objawów (o 46%) oraz leczenia (o 57%). Obniżenie poziomu wiedzy w pojęciu „oddychanie” dotyczy jedynie struktury i funkcji fizjologicznej (o 2%).

Podobne wyniki, jak widać w tym zestawieniu, uzyskano dla pojęcia „cukrzyca”.

| | I | IV | VI | Zmiana ogółem |
|-----------------------------------|-----|----|-----|---------------|
| Całe pojęcie „cukrzyca” | +12 | | +12 | +24 |
| Struktura i funkcje fizjologiczne | 0 | | + 4 | + 4 |
| Struktura i funkcje patologiczne | +27 | | +15 | +42 |
| Objawy | +27 | | +18 | +45 |
| Leczenie | +35 | | +19 | +54 |

Również dla pojęcia „cukrzyca” nastąpiło w czasie kształcenia uniwersyteckiego nabywanie wiedzy (ogółem o 24%), przy czym największy przyrost dotyczy leczenia (o 54%), a najmniejszy – struktury i funkcji fizjologicznej (o 4%).

W celu wyciągnięcia wniosków prognostycznych w tabeli 14 zestawiono łatwości (w %) dla pojęć „oddychanie” i „cukrzyca” uzyskane w testach T₁ oraz T₂ przez lekarzy – L₃ z najdłuższym stażem pracy (ponad 15 lat po dyplomie).

Tabela 14. Łatwość (w %) dla pojęć „oddychanie” oraz „cukrzyca” dla lekarzy – L₃

| | Oddychanie | Cukrzyca |
|-----------------------------------|------------|----------|
| Całe pojęcie | 59 | 50 |
| Struktura i funkcje fizjologiczne | 45 | 41 |
| Struktura i funkcje patologiczne | | |
| Objawy | 74 | 58 |
| Leczenie | 80 | 70 |

Po zestawieniu wyników uzyskanych przez grupę lekarzy L₃ z poziomem wiedzy studentów w czasie kształcenia przeddyplomowego okazuje się, że lekarze ci o 11% słabiej rozumieją „oddychanie” niż studenci na VI roku. Na ten ogólny wynik wpływa dalsze zmniejszenie zasobu wiedzy z zakresu struktury i funkcji fizjologicznej (o 25%), podczas gdy rozumienie pozostałych faz jest na poziomie VI roku lub lepsze.

Dla „cukrzyca” uzyskuje się również obniżenie zrozumienia całego pojęcia (o 12%). Na ten ogólny wynik wpływa, tak jak w przypadku pojęcia „oddychanie”, głównie zapominanie wiadomości z zakresu struktury i funkcji fizjologicznej (o 27% w stosunku do roku VI).

Z zestawienia opinii badanych na temat ich własnej oceny nauczania i opanowania pojęć „cukrzyca” i „oddychanie” (ankieta – T) wynika, że (tab. 6 i 9):

Oddychanie, w ocenie badanych, jest szerzej omawiane niż cukrzyca, aż do szóstego roku. Na szóstym roku, wg studentów, uwzględnienie obu pojęć w ich całych programach jest tak bardzo do siebie zbliżone, że na co najmniej 50% ocenia je 90% studentów szóstego roku dla „oddychania” i 91% dla „cukrzyca”. Lekarze natomiast uważają, że treści dotyczące „cukrzyca” są w nieznacznie większym stopniu w programie kształcenia niż „oddychanie” (odpowiednio 68% badanych lekarzy ocenia zawartość 50% dla „cukrzyca”, a 49% dla „oddychanie”). Również znajomość zagadnień cukrzyca jest, w opinii badanych studentów I i IV roku, niższa niż oddychanie. Na roku szóstym już nieco więcej studentów (o 3%) ocenia wyżej swą znajomość „cukrzyca”, na co najmniej 50%, niż znajomość „oddychania”. Natomiast 24% lekarzy oceniło wyżej swą znajomość cukrzyca.

Na taki wynik wpływa zapewne traktowanie w czasie studiów przeddyplomowych „oddychanie” jako pojęcia dotyczącego jednego tylko systemu – układu oddechowego,

ewentualnie jednej dyscypliny – interny, a więc w sumie prostszego niż „cukrzyca”, która jest problemem międzyukładowym (układy: wewnętrznego wydzielania, naczyniowy, nerwowy, trawienny itd.) i międzydyscyplinarnym (biochemia, interna, chirurgia, okulistyka, neurologia itd.).

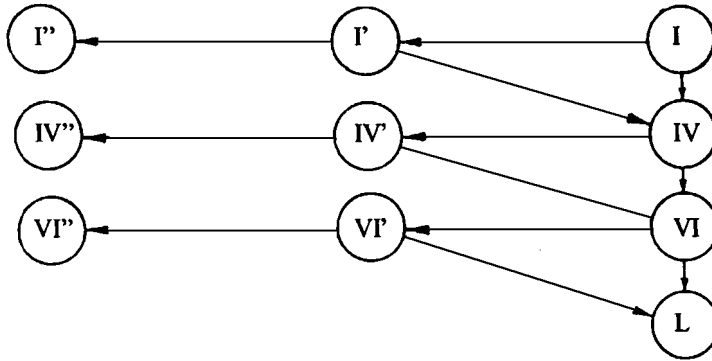
Lekarze w czasie zawodowej pracy rozszerzają swoją wiedzę przez praktykę – dla „oddychania” zawartość 50% w programach wyraziło 49% lekarzy, ale 56% z nich ocenia własną znajomość tego pojęcia na co najmniej 50%. Dla cukrzycy wyniki te wynoszą odpowiednio – 68% i 80%. Interesujący jest, w opiniach badanych, zbliżony charakter nabywania pojęć w trakcie kształcenia lekarzy. Jak już wspomniano opinie badanych dotyczących nabywania pojęć są zbliżone z uzyskanymi danymi.

5. Propozycje modelu nabywania pojęć medycznych w toku studiów

W rozdziale tym przedstawiono kształtowanie się dwóch pojęć „oddychanie” i „cukrzyca” w toku studiów lekarskich. Wykazano, że nabywana wiedza jest podobna dla badanych będących na różnym etapie kształcenia studentów i lekarzy. Uzyskane wyniki uzasadniają konieczność szczegółowej analizy procesu dydaktycznego dla wyjaśnienia tego zjawiska – z uwzględnieniem zarówno procesów nauczania, jak i uczenia się. Problematyka ta jest jednak wyjątkowo trudna i prześledzenie ogólnych sytuacji dydaktycznych oraz indywidualnych dla każdego studenta jest w praktyce niemożliwe. Jednocześnie, by wnioskowanie oprzeć na obliczeniach statystycznych, potrzebne są badania stosunkowo dużych próbek populacji studentów. Powyższa autonomia powoduje ograniczanie stosowanych przez dydaktyków metod badania procesu nauczania. Z tych względów zaproponowanie i opracowanie pełnego modelu procesu kształcenia jest na obecnym etapie rozwoju metodologii badań dydaktycznych nie do zrealizowania. Próba konstruowania modelu, na podstawie niepełnych wyników empirycznych, jest jednak bardzo pożądana, gdyż wyznacza drogę rozwoju dalszych badań. Istotny jest więc fakt, że w pracy tej dysponuje się liczbowymi danymi dotyczącymi wyników nauczania. Uzasadnia to próbę przedstawienia ogólnego modelu.

Procesy nauczania i uczenia się mają charakter probabilistyczny. Taki też charakter przedstawia rozkład normalny. Krzywe Gaussa dla wszystkich badanych osób, dla obu testów łącznie i rozdzielnie, wskazują wyraźnie różne prawdopodobieństwa odpowiedzi dla studentów roku I, IV, VI oraz lekarzy. Jednak te różnice, z jednoczesnym podobieństwem sekwencji trudności, sugerują określoną prawidłowość procesu rozwoju poznawczego w trakcie kształcenia medycznego oraz skłaniają do przyjęcia modelu procesu dydaktycznego. Został on tutaj zaadaptowany z badań B. Mazur i rozpatrzony na podstawie dwóch badanych pojęć „oddychanie” i „cukrzyca”.

Zastrzec się należy, że jest to opracowanie przykładowe, przedstawiające ogólny charakter całego procesu kształcenia. Nie pozwala ono jednak na uzyskiwanie danych ilościowych, dotyczących kształtowania pojęć w procesie dydaktycznym.



Ryc. 4. Model nabywania pojęć w kształceniu medycznym.

Na ryc. 4 przedstawiono cztery probabilistyczne stany studentów w czterech fazach kształcenia. Stan I – jest stanem początkowym, powstającym jako rezultat uczenia się w szkole średniej oraz uzyskania informacji wstępnych na studiach medycznych.

Stan IV kształtuje się u studentów w oparciu o stan I oraz wiedzę zdobytą w dyscyplinach podstawowych pierwszych trzech lat studiów. Dotyczy on umiejętności analizowania, różnicowania, uogólniania i syntetyzowania dotychczas poznanych treści.

Stan IV dotyczy tych samych procesów myślowych, co stan I, lecz do materiału myślenia zostają włączone aspekty patologiczne struktury i funkcji człowieka. Powyżej opisana zmiana jest w przedstawionym modelu pierwszym przejściem między wyodrębnionymi stanami.

Stan VI jest drugim przejściem w opisywanym łańcuchu i dotyczy myślenia opartego na zintegrowaniu wiedzy z zakresu objawów i leczenia. Stan kolejny, średniego prawdopodobieństwa znajdowania się w nim lekarzy, dotyczy ukształtowania już całego medycznego pojęcia poznawczego. Pojęcie to jako całość pewnej wiedzy powinno być wykorzystywane w sytuacjach zawodowych lekarzy.

Stany „prim” na ryc. 4 oznaczają wszelkie działania uzupełniające proces dydaktyczny, które dodatkowo umożliwiają przejście bezpośrednio do następnego stanu (np. z I do IV czy z VI do lekarzy). Tymi „działaniami uzupełniającymi” może być dodatkowa nauka samodzielna, mogą być nimi również podręczniki i inni studenci itp.

Stany „bis” wykazują, że uczący się nie umieli, mimo dostępu do informacji dodatkowych, przejść do następnego pożądanego stanu i np. zamiast ze stanu P przejść do stanu IV, przechodzą oni do stanu P”. Studenci ci pozostają w trakcie uczenia się w danym stanie „bis”.

Przedstawiony model jest uproszczonym modelem Markowa. Brak jednak dodatkowych danych uniemożliwia obliczenie współczynników przejść studentów ze stanu danego do następnego. W badaniu naszym, uzyskane średnie prawdopodobieństwa znajdowania badanej próbki populacji w stanie VI (0,71 dla znajomości pojęcia „oddychanie” i 0,62 dla „cukrzycy”) nie odpowiadają przyjętemu założeniu, że powinny być bliskie 1,0. Oznacza to, że studenci szóstego roku studiów medycznych powinni całkowicie opanować te pojęcia. Na szacunkowo słabe integrowanie nabywanej wiedzy w pojęcia, będące substratem myślenia, wskazuje dynamika przyrostu wiedzy. Jest ona

proporcjonalna do czasu studiów, a nie ma charakteru zależności podobnej do litery „S” lub zależności eksponentyjnej. Te dwa ostatnie charaktery zależności szybkości nabywania wiedzy w czasie mogłyby wskazywać na istotne wartości transferu zdobywanej wiedzy, dla łatwiejszego jej nabywania w dalszych etapach kształcenia.

W naszym badaniu uzyskano jednak wyniki nie potwierdzające dla studiów lekarskich wyżej opisane „zjawisko zarażania”. Przeciwnie, podstawy struktury i funkcji fizjologicznych są tym działem obu pojęć, który ma tendencję do obniżania się w stosunku do pojęcia jako całości i jego trzech innych działów.

P i ś m i e n n i c t w o

1. A Bulletin of Case Western Reserve University School of Medicine, Ohio, 1969, 2, nr 8.
2. Assessment in Medical Education and Effective Teaching Materials of the course. Centre for Medical Education The University, Dundee, Scotland, March 1983.
3. Baddeley A. Implications of neuropsychological evidence for theories of normal memory. *Philos Trans R Soc Lond Biol.* 1982, 198 (1089), s. 59–72.
4. Bahn A. Some basic concepts and methods in statistical inference for biomedical students. A reference document. Women's Medical College, Pennsylvania 1968.
5. Bhaskar R. Problem solving in semantically rich domains. PhD thesis. Carnegie-Mellon Univ. Pittsburgh 1978.
6. Barański St., Ostrowski K., Testowa ocena zapamiętywania wiadomości z cytofizjologii w zależności od czasu. *Kwart. A.M. w W-wie* 1971, 2, s. 113–117.
7. Barański St., Ostrowski K., Testowe sprawdziany wiadomości z histologii i cytofizjologii w świetle doświadczeń własnych. *Biul. A.M. w W-wie* 1969, 1, s. 28–38.
8. Berezowski E. (red.) *Problemy modelowania procesów dydaktycznych*, PWN Warszawa 1974.
9. Biegański W., *Logika medycyny czyli krytyka poznania lekarskiego*. Księgarnia E. Wende i ska, Warszawa 1908.
10. Bower G., Brabasso T., *Concept formation studies in Mathematical Psychology*, ed Atkinson R pp 32–94 Stanford, Stanford Univ. Press. 1964.
11. Coleman J.S., *Introduction to Mathematical Sociology*. The Free Press of Glencoe, a Division of the Macmillan Company, London, 1964.
12. Coombs C.H., Daves R.M., Tversky A., *Wprowadzenie do psychologii matematycznej*. PWN, Warszawa, 1977.
13. Denek K., Meller R., *Strukturalizacja treści kształcenia jako składnik procesu tworzenia konwencjonalnych testów dydaktycznych*. *Życie Szkoły Wyższej*, 1979, 3.
14. d'Ivernois J.F., Chabot J.M., *Etude de raisonnement clinique chez les futurs medecins*, *Rev. Assoc. intern. pedag. univers.* 1, nr 3, s. 15–16.
15. Eddy D., Chanton C., *The art of diagnosis: solving the clinicopathological exercise*. *W Engl. J. Med.* 1982, 306 (21), s. 1263–1268.
16. Ericson J.R., Jones M.R., *Thinking*. *Ann. Rev. Psychol.* 1978, 2.
17. Friberg K., Hubbard J.P., Smart G.A., Waniewski E., *Konsultacja w sprawie oceny wyników nauczania medycznego. Propozycja utworzenia Centralnego Ośrodka Egzaminacyjnego – tłumaczenie z jęz. ang.* WHO Geneva, 1969 (do użytku wewnętrznego).
18. Gange R.M., *The Conditions of Learning*. Holt-Saunders International Editions, London, 1977.
19. Gale J., Marsden P., *Clinical problem solving: the beginning of the process*. *Med. Educ.*, 1982, 16 (1), s. 22–26.
20. Gierde C., *The Domains and Cognitive Processes in Medical School Objectives*. *J. Med. Ed., USA*, 1978, 4, s. 352–855.
21. Gilbert J.J., *Zarys pedagogiki medycznej*, PZWL, W-wa, 1983.
22. Ginsburg H., Koslowski B., *Cognitive Development*. *Ann. Rev. Psychol.*, 1976, 26, s. 30–60.
23. Głowacka-Ruszczak M., *Zintegrowany egzamin testowy*. *Medycyna, Dydaktyka, Wychowanie*, 1978, 1.

24. Greep J.M. Education at the Medical Faculty in Maastricht. KNMG Members Congress at Maastricht – October 5 and 6, 1979.
25. Gregg L., Simon H., Process models and stochastic theories of simple concept formation. *J. Math Psychol.*, 1967, 4, s. 246–76.
26. Guilford J.P., *Natura inteligencji człowieka*. PWN, Warszawa 1978.
27. Hebanowski M., Koseda M., Koncepcja testowego sprawdzianu wiedzy w nauczaniu chorób wewnętrznych w Podstawowej Opiece Zdrowotnej. *Probl. Dyd. Med. i Wych.*, 1983, 14, s. 157–170.
28. Hupp S., Mervis C., Acquisition of basic object categories by severely handicapped children. *Child., Dev.*, 1982, 53/3, s. 760–67.
29. Kaliszuk–Makles T. Egzamin końcowy z medycyny – jako próba oceny efektywności studiów na Wydziale Lekarskim. Praca doktorska, AM Warszawa 1982.
30. Katz K.M., Fülöp T. (red.): *Personel for Health Care: Case Studies of Educational Programmes*. Health Papers WHO, Geneva, 1978, nr 10, and 1980 nr 71.
31. Klonowicz S., *Praca umysłowa*. PZWL Warszawa 1976.
32. Konorski J., *Integrative Activity of the Brain. An. Interdisciplinary Approach*. The University of Chicago Press, USA, 1967.
33. Koseda M., Hebanowski M. Egzamin testowe w dydaktyce medycznej. *Polski Tygodnik Lekarski* 1982. TXXXVII nr 2, s. 837–840.
34. Kraszewski Zb. *Logika – nauka rozumowania*. PWN Warszawa, 1977.
35. Kupisiewicz Cz. *Podstawy dydaktyki ogólnej*. PWN Warszawa 1973.
36. Książek M. Zastosowanie elektronicznej techniki obliczeniowej do analizy egzaminów testowych w akademiach medycznych. Praca doktorska, AM Warszawa, 1983.
37. Lumsden J. *Test Theory*. *Ann. Rev. Psychol.* 1976, 26, s. 251–280.
38. Magnusson D., *Wprowadzenie do teorii testów*. PWN Warszawa 1981.
39. Majovski L., Jacques S., *Cognitive information processing and learning mechanisms of the brain*. *Neurosurgery*, 1982, 10(5), s. 663–77.
40. Metz J.C., Mell J., Walton H. (edited/by) *Examination in Medical Education. A necessary evil? – Proceedings of the 1980 Annual Conference of the AMEE, Vetenschappelijka Uitgeverij Bunge, Utrecht, 1981*.
41. Miller G., *Information i pamięć*. w R. Held i w Richards (red.) *Wospitanje*, Moskwa 1974.
42. Newell A., Simon H. *Human problem solving* Englewood Cliffs, NJ: Prentice–Hall, 1972.
43. Nosal Cz. *Mechanizmy funkcjonowania intelektu zdolności, styki poznawcze, przetwarzanie informacji*. Wyd. Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 1979.
44. Nosal Cz., Obara M., *Organizacja systemu kontroli i oceny nauczania medycyny*. PZWL Warszawa, 1978.
45. Nowicki W., *Charakterystyka systemów pojęciowych. Artykuł dyskusyjny. Zagadnienia Naukoznawstwa. Tom XIX. Zeszyt 1–2*, Warszawa, 1983.
46. Obara M., *O potrzebie i roli integracji w nauczaniu medycyny klinicznej*, *Neodigmata*, 1970 2.
47. Obara M., *Podstawy kształcenia medycznego*. Instytut Polityki Naukowej, Postępu Technicznego i Szkolnictwa Wyższego, PWN, Warszawa, 1983.
48. Obara M., *Procesy umysłowe warunkujące odpowiedź w standaryzowanych testach dydaktycznych i egzaminie tradycyjnym*. *Problemy Uczelni i Instytutów Medycznych*, 1973, 1.
49. Okoń W., *Słownik Pedagogiczny*, PWN, Warszawa, 1975.
50. Olesińska–Serafin A., Tysarowski W., *Kierunki modernizacji programów kształcenia medycznego*. Przyjęto do Kwartalnika *Medycyna, Dydaktyka, Wychowanie*, 1984.
51. Olesińska–Serafin A., Tysarowski W., *Nowe poglądy na temat procesów uczenia się i myślenia – zastosowanie w medycynie*. *Polski Tygodnik Lekarski*, 1983, 6, s. 199–201.
52. Olesińska–Serafin A., Tysarowski W., *O konieczności sprawdzania wiedzy przed udzieleniem prawa wykonywania zawodu*. Przyjęto do druku: *Kwartalnik Medycyny, Dydaktyka, Wychowanie*, 1984.
53. Olesińska–Serafin A., Tysarowski W., *Rola pojęć poznawczych we wstępnym egzaminie na studia medyczne*. *Dydaktyka Szkoły Wyższej*, 1983, 3(63), s. 125–129.
54. Olesińska–Serafin A., Tatoń J., Tysarowski W., Czech A., *Studiowanie medycyny w oparciu o pojęciową strukturę wiedzy na przykładzie diabetologii*. Przyjęto do druku *Polski Tygodnik Lekarski*, 1984.
55. Olesiński W. *Memory, its oscillating nature and perception*. Accepted by the Organizing

Committee of the World VII AILA Congress, University of Brussels 1984 (to be published for the Congress).

56. Olesiński W. What type of equilibrium (in medicine) between natural and programme-like artificial languages. CIREEL, Paris 1979 (VOLUME PREPARATOIRE), for the Congress—Languages and Cooperation in Europe – Strasbourg 1979.

57. Parchimowicz T. Egzamin końcowy z medycyny jako metoda oceny efektywności procesu dydaktycznego. *Problemy Uczelni i Szkolnictwa Medycznego*, 1979, 4.

58. Petrides P. Weiss L., Loffler G., Wieland O. Diabetes Mellitus. Theory and Management. Translated by Williamson D.H. Urban and Schwarzenberg, Baltimore–Munich, 1978.

59. Pokrzycki B., Tysarowski W., Osiągnięcia kandydatów w testowym egzaminie wstępnym na studia medyczne. *Problemy Szkolnictwa i Nauk Medycznych*, 1982, 3 i 4.

60. Quilian M., Semantic memory. *Semantic Information Processing* ed. Minsky M., s. 227–70. Cambridge, Mass MIT Press, 1968.

61. Rieger C., An organization of knowledge for problem solving and language comprehension. *Artif. Intell.*, 1976, 7, s. 89–127.

62. Sawicka S., Tysarowski W., Wartość pytań trudnych w egzaminie wstępnym. *Dydaktyka Szkoły Wyższej*, 1983, 2(62).

63. Shortliffe E., MYCIN: Computer-Based Medical Consultation, New York, American Elsevier 1976.

64. Simon H. Information processing models of cognition. *Ann. Rev. Psych.* 1976, 30, s. 363–96.

65. Simon H. The information – storage system called „human memory”. *Neural Mechanisms of Learning and Memory* ed Rosenzweig M., Bennett E. s. 76–96, Cambridge, Mass: MIT Press 637 pp.

66. Szewczuk W., Słownik Psychologiczny, Wiedza Powszechna, Warszawa, 1979.

67. Tałyżina N.F., Kierowanie procesem przyswajania wiedzy. W Sz. i P. Warszawa, 1980.

68. Tatoń J., Diabetologia kliniczna. PZWL, Warszawa, 1979.

69. Jak uczyć medycyny, jak kształcić lekarza? *Polski Tygodnik Lekarski* 1983, T. XXVIII, nr 37, s. 1125–1130.

70. Tatoń J., Czech A., Kowalik–Borówka E., Patofizjologiczne podstawy leczenia cukrzycy. Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne „Polfa”, Wyd. Akcydensowe, Warszawa 1980.

71. Tichonow I.I., Organizacja eksperymentalnych programowanych zaniat, *Sowietskaja Pedagogika* 1965, 6.

72. Tomaszewski T. (red.): *Psychologia*. Wyd. 4 PWN, Warszawa, 1978.

73. Trąbka J., Dydaktyka medyczna w świetle wymagań teorii informacji. *Problemy Dydaktyki Medycznej i Wychowania*, 1978, 7, s. 30–42.

74. Trąbka J., Mózg a świadomość. Wydawnictwo Literackie. Kraków–Wrocław 1983.

75. Trzebski A., Bogdański W., Jeske M., Korelacja wyników nauczania dyscyplin przedkliniknych u studentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie. *Probl. Szkol. Nauk Med.*, 1978, 3, nr 4, s. 63–68.

76. Turski W., Nie samą informatyką. PIW, Warszawa, 1980.

77. Tysarowski W., Cele kształcenia medycznego w kontekście współczesnej wiedzy o organizmach żywych. *Problemy Dydaktyki Medycznej i Wychowania* 1976, 4.

78. Tysarowski W., Current Trends in European Medical Education. *The Journal Medical Education* 1968, 43, nr 5, s. 538–546.

79. Tysarowski W., The Teaching of the Basic Medical Science in Europe. WHO. Euro–385/1 Copenhagen, 1967.

80. Tysarowski W., Kozłowski J., Własna komputerowa metoda zapisywania i odczytywania odpowiedzi studentów oraz kandydatów na studia w egzaminach testowych. *Problemy Szkolnictwa i Nauk Medycznych*, Warszawa 1976, 3.

81. Tysarowski W., Olesińska–Serafin A., Theoretical Concerns in Medical Education Research. Proceeding of the 1st AMEE Pre-conference workshop on Educational Research, Prague, 1983.

82. Tysarowski W., Orłowska K., Karwowski A., Próba oceny efektywności nauczania medycyny w Warszawskiej Akademii Medycznej. *Problemy Szkolnictwa i Nauk Medycznych*, 1984, 4.

83. Wasyluk J., Świątkowska K., Ekert Ruth., Planowanie i prowadzenie badań naukowych w medycynie. *Polski Tygodnik Lekarski*, 1976, T XXXI, nr 3, 2. 123–125.

84. Wiczeorek M., Podejście systemowe do opracowywania planów studiów i programów kształcenia. *Dydaktyka Szkoły Wyższej*, Warszawa, 1981, 2(54), s. 63–76.

85. Wittrock M., Lumsdaine A., *Instructional Psychology. Annual Rev. Psychol.* 1977, 28, s. 417–459.
86. Whorf B.L., *Język, myśl i rzeczywistość*. PIW Warszawa 1982.
87. Włodarczyk U. Diagnostyczne i prognostyczne funkcje efektywności kształcenia. *Dydaktyka Medyczna i Wychowanie*, 1978, 1.
88. Wojtczak A. (red.), *Choroby wewnętrzne*. PZWL, Warszawa 1982.
89. *World Directory of Medical Schools* (fifth edition). WHO, Geneva, 1979.
90. Wyka J., Czteroletnie doświadczenie w zakresie zastosowania testowej reformy sprawdzianów nauczania chirurgii. *Problemy Szkolnictwa i Nauk Medycznych* 1978, 3.
91. Vernon P.E. Analysis of cognitive ability. *Brit. Med. Bull.* 1971, 27, s. 222–226.
92. Zaczyński W. *Dydaktyka w: Pedagogika pod red. Godlewskiego i wsp.* PWN, Warszawa, 1975, s. 253–464.
93. Zaczyński W. *Praca badawcza nauczyciela*. W Sz. i P. Warszawa 1976.
94. Zawistowski St., *Egzamin testowy z histologii. Dydaktyka w Medycynie i Farmacji*, 1978, 1.
95. Zieliński P., *Uwagi i wnioski z testowego sprawdzianu przeddyplomowego nauczania onkologii. Dydaktyka w Medycynie i Farmacji*, 1978, 1.

Urszula GOŁASZEWSKA

ROZWÓJ POTRZEB PSYCHICZNYCH STUDENTÓW MEDYCyny W ASPEKTCIE PROCESU UCZENIA SIĘ

1. W poszukiwaniu znaczących właściwości uczenia się i nauczania

Człowiek ma naturalny potencjał do uczenia się. Jest ciekawy otaczającego świata, dopóki ta ciekawość nie zostanie przytłumiona doświadczeniem, jakie przynosi nasz system edukacji. Pragnie rozwijać się i uczyć, choć jest to uczucie ambiwalentne, gdyż każdy proces istotnego uczenia się pociąga za sobą doznanie jakiegoś „ból” związanego z samym uczeniem się, albo też płynącego ze stresu, jaki powoduje odrzucenie wcześniej nabytej wiedzy.

Możliwości i chęci dotyczące uczenia się, odkrywania, powiększania wiedzy i wzbogacania doświadczeń mogą ujawnić się w sprzyjających okolicznościach.

Gdy student postrzega, że przedmiot nauki powiązany jest z jego własnymi celami, wtedy uczenie się zajmuje miejsce znaczące. Formalnie można by wyrazić to tak: człowiek uczy się w sposób znaczący tylko tych rzeczy, które w jego rozumieniu utrzymują lub wzmacniają jego „ja”. Jako przykład można rozważyć przypadek dwu studentów uczęszczających na wykłady z biofizyki. Pierwszy z nich jest zainteresowany tym tematem i poruszana na wykładach problematyka jest mu potrzebna do zakończenia pracy, a przez to – zapoczątkowania obiecującej kariery. Drugi student chodzi na wykłady, ponieważ są one obowiązkowe. Wiąże się to z jego własnymi celami, czy z własnym rozwojem tylko dlatego, że brak zaliczenia w indeksie może oznaczać koniec studiów. Te dwa przypadki różnią się w sposób oczywisty, jeśli chodzi o sposób uczenia się. Student pierwszy uczy się zdobywać wiedzę w sposób funkcjonalny, dla drugiego nauka – to tylko kwestia przetrwania.

Innym, związanym z tym elementem jest szybkość uczenia się. Student, przed którym stoi wyraźny i pożądany cel zdaje sobie sprawę, że materiał jaki ma sobie przyswoić

zbliży go do celu, uczy się bardzo szybko. Istnieją przekonujące dane, że czas potrzebny na opanowanie jakiejś porcji materiału mógłby być znacznie skrócony, gdyby tylko studenci dostrzegali, że ma on istotny związek z ich własnymi celami. Prawdopodobnie obecnie obowiązujący czas nauki mógłby być skrócony do 1/3, a nawet 1/5.

Uczenie się i wpływająca na zmianę struktury własnego „ja” zmiana w postrzeganiu samego siebie – są odbierane jako zagrożenie; występuje więc tendencja do przeciwstawienia. Jeśli zaś zewnętrzne zagrożenie jest minimalne wówczas treści nauczania zagrażające własnemu „ja” są łatwiej przyswajalne.

Każdy rodzaj uczenia się polega m.in. na wzrastającym różnicowaniu pola doświadczenia i asymilacji znaczeń tego różnicowania. Takie różnicowanie najefektywniej zachodzi w pewnych ściśle określonych okolicznościach. Może ono mieć miejsce podczas silnego zagrożenia organizmu, ale zagrożenie to ma zupełnie inny charakter niż zagrożenie własnego „ja”.

W zwykłej sytuacji wychowawczej i dydaktycznej, tak realne zagrożenia występują niezwykle rzadko, i gdy tylko się pojawiają, studenci reagują na nie właściwie. Natomiast poniżenie, ośmieszenie, wyszydzenie, pogarda, wszystko to, co zagraża strukturze samej osobowości, obrazowi własnego „ja”, wpływa zdecydowanie ujemnie na proces uczenia się. Z innej zaś strony, gdy własne „ego” jest w minimalnym stopniu zagrożone, student wykorzystuje okoliczności sprzyjające uczeniu się, aby podnieść swą wartość.

Uczenie się następuje głównie przez działanie. Postawienie studenta w sytuacji bezpośredniej konfrontacji z problemami natury praktycznej, społecznej, etycznej czy filozoficznej, zetknięcie go z problemami osobistymi czy zagadnieniami naukowymi – to jedna z najbardziej skutecznych metod sprzyjających uczeniu się.

Proces uczenia się przebiega sprawniej, gdy student w sposób odpowiedzialny bierze w nim udział. Kiedy pozostawia mu się wybór, umożliwia sięgnięcie po własne zasoby, pozwala na sformułowanie problematyki, podjęcie decyzji co do sposobu działania, zostawia się go wreszcie ze skutkami własnych wyborów, wtedy uczenie się zachodzi w maksymalnym stopniu.

Inicjowane przez samego siebie uczenie się, w które zaangażowana jest cała osoba studenta zarówno jego uczucia, jak i intelekt – pozostawia najbardziej długotrwałe ślady. Takie twórcze uczenie się bez reszty angażuje całą istotę człowieka.

Bardzo ważne jest to, aby student wiedział, iż uczy się dla siebie i na swój sposób, a zatem, że może odwołać się do swej wiedzy w czasie zetknięcia się z problemem o większej złożoności, a nie odwoływać do pomocy autorytetów, które mogłyby zweryfikować jego opinię.

Niezależna i twórcza postawa, poleganie na sobie samym – to wszystko ma największe znaczenie, gdyż oceny dokonywane przez innych są drugorzędną sprawą, najważniejsze stają się samoocena i samokrytyka. Jeśli celem jest praca twórcza, oceny dokonywane przez ludzi z zewnątrz nie wnoszą nic.

Najbardziej użyteczny społecznie typ uczenia się we współczesnym świecie, to uczenie się procesu uczenia, ciągła otwartość na doświadczenia i wbudowywanie w siebie procesu zmian. Statyczny typ przyswajania sobie informacji obecnie nie wystarcza.

Zdaniem Carla Rogersa, jeśli nasza kultura w ogóle przeżyje, to stanie się tak za sprawą ludzi, dla których z m i a n a jest osią całego życia. Mówiąc inaczej, nie będą oni zaniepokojeni tym, że to czego się nauczyli dawniej nie wystarcza już, aby sobie dać radę z sytuacją bieżącą. Zamiast tego żywić będą głębokie przekonanie, że niezbędne jest ciągłe przyswajanie nowej wiedzy, o ciągłe zmieniających się sytuacjach.

2. Definicje potrzeby psychicznej i wyrażen pokrewnych

Najprostszym określeniem potrzeby psychicznej, z jakim spotykamy się na gruncie psychologii, jest definiowanie tej zmiennej jako stanu napięcia domagającego się rozładowania. W taki sposób definiuje potrzebę psychiczną Cameron, jako stan nie ustabilizowanej lub zaburzonej równowagi w zachowaniu organizmu, przejawiający się zwykle jako wzmagająca się lub przedłużająca aktywność i napięcie.

Ponieważ potrzeba psychiczna jest cechą osobowości, najwygodniej jest definiować ją jako hipotetyczną siłę organizującą określone schematy reagowania. Taką koncepcję potrzeby wypracował Murray. Określa on potrzebę psychiczną jako „hipotetyczną fizykochemiczną siłę działającą w mózgu, która organizuje percepcję, napęd do działania oraz określone grupy reakcji autonomicznych, słownych, motorycznych, wyobrażeniowych napięć jednostki”.

Wyrażeniami, które są pokrewne wyrażeniu – potrzeba psychiczna – i często używane są: popęd, motyw, instykt.

Wyrażenie *popęd* oznacza dla psychologów każdy silny bodziec, który zmusza do działania, bądź energetyczny aspekt motywacji. W tym pierwszym znaczeniu używają terminu *popęd* psychologowie zajmujący się problematyką szeroko rozumianego uczenia się zwierząt i ludzi. Tak np. definiuje *popęd* Miller:

„popędem jest każdy silny bodziec zmuszający jednostkę do działania”.

Zwolennikami koncepcji *popędu*, jako czynnika nadającego napęd działaniu zwierzęcia i człowieka, są Konorski i Murray.

Konorski nazywa *popędy* napędami i określa je jako procesy nerwowe, które skierowują organizm ku bodźcom wywołującym zachowawcze odruchy lub chronią organizm przed działaniem czynników szkodliwych.

Według określenia Murraya *popęd* jest motorem działania. Przez *popęd* rozumie Murray energetyczny aspekt potrzeby psychicznej.

Wyrażenie *motyw* ma chyba najszerszy zakres z wyrażen pokrewnych potrzeby psychicznej. W ogólniejszym sensie motyw oznacza każdy czynnik nadający zachowaniu energię i kierunek. W znaczeniu największym określa się motyw jako świadomą reakcję działania.

Wyrażenie *instykt* jest współcześnie używane na oznaczenie potencjalnej siły organizującej reakcje zachowania, która jest wrodzona, sztywna, mało podatna na zmiany pod wpływem działania nacisków środowiska.

3. Wybrane koncepcje potrzeb psychicznych

Wszelkie procesy życiowe człowieka, a także i jego zachowanie zależą od układu środowiska i aktualnej sytuacji, w jakiej znajduje się podmiot. Różne rodzaje tej zależności określa się mianem *potrzeby*. Liczba potrzeb człowieka jest nieograniczona, ponieważ nieograniczona jest liczba różnorodnych zależności, jakie mogą zachodzić zarówno między nim a otoczeniem, a także wzajemnych zależności pomiędzy procesami zachodzącymi w nim samym.

Prawidłowy rozwój i funkcjonowanie psychiki ludzkiej jest możliwe tylko wówczas, gdy zostaną spełnione pewne określone warunki. Tymi warunkami może być uzyskanie czegoś, usunięcie czegoś, wykonanie określonych czynności, zaistnienie określonych okoliczności. Niespełnienie owych warunków powoduje napięcie, a subiektywnym komponentem tego napięcia jest uczucie przykrości. W dotychczasowej literaturze

psychologicznej zainteresowanie badaczy skupia się głównie na potrzebach o znacznej stałości, wynikających przede wszystkim ze stałości struktury organicznej człowieka i związanych z nią zależności wewnątrznych i zewnętrznych.

To, jakie aspekty rozwoju i przystosowania jednostki determinują potrzeby psychiczne, zależy od przyjętej koncepcji potrzeb. Istnieją różne koncepcje potrzeb określające iloma i jakimi potrzebami kieruje się człowiek, jakie są objawy tych potrzeb, jakie zadania życiowe spełniają i jakie czynniki determinują ich rozwój.

Najbardziej znanymi i najczęściej spotykanymi we współczesnej literaturze psychologicznej teoriami potrzeb są: koncepcja psychoanalityczna, koncepcja potrzeb H.W. Maslowa oraz teoria potrzeb H.A. Murraya.

Według koncepcji psychoanalitycznej i jej przedstawiciela Z. Freuda istnieją dwa rodzaje potrzeb popędów: popęd seksualny (Eros) oraz popęd śmierci (Thanatos). Obydwie grupy popędów – a więc tendencja do rozbudowy życia i tendencja do jego rozpadu – współwystępują w człowieku w nierównych proporcjach; jedna z nich przeważa – zwykle jest to Eros. Charakterystyczną cechą związku tych dwóch tendencji jest fakt, że mogą się one wyrażać przez te same zespoły zachowań (np. odczuwanie miłości i nienawiści do tej samej osoby), a „przemieszanie” to jest wyrazem walki popędu życia i śmierci o możliwość ekspresji. Z kolei walka ta sterowana jest, zdaniem Freuda, zasadami równowagi.

Koncepcja potrzeb Maslowa opiera się na założeniu, że istnieje nieskończenie wiele motywów ludzkiego postępowania i nie należy podejmować prób ich klasyfikacji. Jego zdaniem można mówić jedynie o grupach potrzeb czy zbiorach pragnień. Maslow pojmuje potrzebę jako dążenie do równowagi i wyróżnia pięć grup potrzeb:

- 1) potrzeby fizjologiczne,
- 2) potrzeby bezpieczeństwa,
- 3) przynależności i miłości,
- 4) prestiżu i uznania oraz
- 5) potrzeby samorealizacji i samoaktualizacji.

Maslow wysunął hipotezę dotyczącą funkcjonowania potrzeb człowieka, w myśl której jednostka najpierw dąży do zaspokojenia potrzeb najniższych w hierarchii, a więc fizjologicznych. Kiedy te są zaspokojone, dąży do zaspokojenia potrzeb bezpieczeństwa. Po zaspokojeniu tej grupy przychodzi kolej na następną, itd.

Przedstawienie koncepcji potrzeb Murraya ma szczególnie istotne znaczenie dla niniejszego opracowania. Najważniejszym argumentem przemawiającym za dokładnym opisem tej teorii jest to, iż w badaniach stanowiących podstawę tego opracowania zastosowano test przymiotników, którego 15 skal opiera się właśnie na tej koncepcji. Ponadto koncepcja Murraya jest jedną z najobszerniejszych i najdokładniejszych z dotychczas istniejących klasyfikacji potrzeb. Badacz ten charakteryzuje każdą potrzebę oddzielnie, podaje objawy występujące w codziennym życiu. Jego koncepcja powstała na podstawie wnikliwych rozważań teoretycznych oraz licznych badań empirycznych.

Charakterystyka koncepcji potrzeb psychicznych Murraya

Murray określa potrzebę psychiczną jako hipotetyczną fizykochemiczną siłę działającą w mózgu, która organizuje percepcję, napęd do działania oraz określone grupy reakcji autonomicznych, motorycznych, słownych, wyobrażeniowych w celu zmiany sytuacji niezadowolającej, wyzwalającej napięcie jednostki.

Zdaniem Murraya każda potrzeba psychiczna charakteryzuje się:

- 1) typowym trendem, tendencją aktywności jednostki,
- 2) typowymi zespołami reakcji motorycznych, werbalnych, autonomicznych, wyobraźniowych,
- 3) specyficznym kierunkiem uwagi i zainteresowań jednostki,
- 4) specyficznym dla siebie uczuciem lub emocją,
- 5) specyficznymi reakcjami zadowolenia lub niezadowolenia, ujawnionymi przez jednostkę, kiedy potrzeba jest zaspokojona i kiedy nie jest zaspokojona.

Murray wyróżnia i charakteryzuje 27 potrzeb psychicznych. Są to:

Potrzeby: 1) bezpieczeństwa, jako tendencji do unikania fizycznego urazu, 2) bezpieczeństwa, jako tendencji do unikania psychicznego urazu ze strony innych, 3) bezpieczeństwa, jako tendencji do unikania urazu psychicznego we własnych oczach, 4) poniżania się, 5) wyczynu, 6) stowarzyszania się, afiliacji, 7) agresywności, 8) autonomii, 9) kompensacji, 10) uległości, 11) usprawiedliwiania siebie, 12) dominowania, 13) uzewnętrzniania swojej osobowości i ekshibicjonizmu, 14) żywienia i opiekowania się, 15) porządku, 16) zabawy, 17) odrzucania i izolacji, 18) przyjemnych doznań zmysłowych, 19) seksualna, 20) rozumienia, 21) nabywania, 22) doznawania opieki i oparcia, 23) poznawcza, 24) tworzenia, 25) informowania innych, 26) zatrzymywania, 27) doznawania aprobaty i uznania ze strony innych.

Murray dzieli potrzeby na pierwotne – wiscerogenne i wtórne – psychologiczne. Kryterium podziału są bodźce wywołujące potrzeby.

Potrzeby pierwotne są wyzwalane przez okresowo pojawiające się procesy cielesne organiczne; celem potrzeb są zaspokojenia fizyczne.

Potrzeby psychogenne nie mają zlokalizowanych cielesnych regionów pobudzania stąd ich nazwa – psychogenne. Zmierzają one do zaspokojenia psychicznego lub emocjonalnego.

Innym kryterium, według którego Murray dzieli potrzeby psychiczne, jest ich jawność w zewnętrznym zachowaniu czy działanie potrzeby w ukryciu. Zdaniem Murraya niektóre potrzeby psychiczne nie pojawiają się w zewnętrznym zachowaniu człowieka – w jawnym zachowaniu, ale wyrażają się głównie i zaspokajają w procesach myślenia i wyobraźni.

Piśmiennictwo

1. Budohoska W., Włodarski Z.: Psychologia uczenia się. PWN, Warszawa 1977.
2. Dolard J., Miller N.E.: Osobowość i psychoterapia. PWN, Warszawa 1967.
3. Hilgard E.R.: Wprowadzenie do psychologii. PWN, Warszawa 1968.
4. Konorski J.: Integracyjna działalność mózgu. PWN, Warszawa 1969.
5. Siek S.: Osobowość a higiena psychiczna. ATK, Warszawa 1980.

Halina ADAMIN-ŻACZYŃSKA

WARTOŚĆ KOMPENSACYJNA PUNKTÓW PREFERENCYJNYCH (Raport z badań zrealizowanych w AM w Warszawie)

Uwagi wstępne

Niniejszy raport jest opisem wyników badań przeprowadzonych na I i II Wydziałach Lekarskich AM w Warszawie. Badaniom poddano trzy pełne cykle dydaktyczne – od I do VI roku studiów, to jest osoby studiujące w latach 1977–1983, 1976–1982 i 1975–1981.

Podstawową grupę badanych stanowią wszystkie osoby, które zostały przyjęte na studia w wymienionych latach (1975/76, 1976/77 i 1977/78) i otrzymały, zgodnie z obowiązującymi przepisami, punkty preferencyjne. W opracowaniu tym grupę tę nazywać będziemy „Grupa Pp” lub „Studenci Pp”. Ich wyniki są porównywane z odpowiednimi rezultatami równoległych grup kontrolnych (w raporcie oznaczana jest jako „Grupa K” lub „Studenci K”), którą tworzą słuchacze przyjęci na uczelnię na podstawie wyniku samego egzaminu wstępnego. Dla uniknięcia preferowania grupy kontrolnej dobrano do niej osoby, których wyniki z egzaminu wstępnego były niskie, ale mieściły się powyżej ustalonego progu przyjęć.

Z grupy osób z punktami preferencyjnymi wydzielono podgrupę tych, których wyniki egzaminu wstępnego były równe lub wyższe od progu przyjęć w danym roku. W ten sposób mamy wyodrębnione osoby z punktami preferencyjnymi i osoby, które otrzymały indeks AM dzięki punktom preferencyjnym (oznaczani są dalej jako „Grupa dzięki Pp” lub „Studenci dzięki Pp”).

Ustalenia terminologiczne, problem badany i sposób gromadzenia danych

Wiemy, że punkty preferencyjne stały się przedmiotem burzliwych sporów i sprzecznych opinii. W dyskusjach przeważają argumenty bardziej emocjonalne, może i społeczne, nie ma natomiast argumentacji rzeczowej, popartej wynikami chociażby wstępnych badań nad rzeczywistym „funkcjonowaniem” punktów preferencyjnych.

Punkty preferencyjne przydzielane młodzieży pochodzenia robotniczego i chłopskiego mają – według założeń – kompensować deficyty edukacyjne środowisk, z których pochodzą¹. Założono, że po przełamaniu, dzięki owym punktom, progów trudności egzaminacyjnych Studenci Pp funkcjonować będą w szkole wyższej nie gorzej od tych, którzy zostali przyjęci na studia na podstawie wyniku „czystego” z egzaminu wstępnego.

Problemem podstawowym i istotnym dla orzekania o wartości kompensacyjnej punktów preferencyjnych jest pytanie, jak przebiegają studia tych, którzy otrzymali punkty preferencyjne, ze szczególnym uwzględnieniem tych, którzy tym punktom zawdzięczają indeksy, w porównaniu z tymi, którzy bez owych punktów stali się studentami, choć od tych pierwszych różnią się nieznacznie.

O „funkcjonowaniu” na studiach tych osób, które zostały przyjęte na AM w Warsza-

¹ Oznaczenie środowisk edukacyjnie upośledzonych, jako robotnicze i chłopskie jest mylące.

wie dzięki Pp orzekać będziemy na podstawie kilku komplementarnych parametrów, na przykład takich jak: średnia ocen z wybranych egzaminów, – częstość otrzymywania ocen powyżej średniej grupowej, w tym także ocen wyższych lub równych ocenie dobrej (4), terminowość zaliczania poszczególnych lat studiów i innych, których dokładne określenie jest, przy zastanej dokumentacji, trudne.

Źródłem danych były dostępne dokumenty studiów I i II Wydziałów Lekarskich AM w Warszawie. Poddaliśmy analizie wyniki egzaminów z wybranych przedmiotów: z lat przedklinicznych – z anatomii, biologii, biochemii i fizjologii; z lat klinicznych – z interny, pediatrii, ginekologii i chirurgii.

Pewne różnice występujące w programach i przebiegu studiów na I i II Wydziałach nie pozwalają łączyć danych, i dlatego wyniki każdego z wydziałów zestawiane będą w oddzielnych tabelach.

Liczyby osób przyjętych z punktami preferencyjnymi na studia w AM w latach: 1975/76, 1976/77 i 1977/78

Liczba osób z punktami preferencyjnymi nie jest równa liczbie osób przyjętych dzięki tym punktom. Są bowiem osoby, które zdały z sukcesem egzamin wstępny, a doliczone im punkty preferencyjne nie zmieniły stanu faktycznego (przyjęcia na studia), choć podnosiły pozycję na listach przyjętych na studia.

Stosunki liczbowe wymienionych podgrup słuchaczy z Pp przedstawiają tabele 1 i 1a.

Tabela 1. Liczby osób z Pp przyjętych na I Wydział w poszczególnych latach przyjęć

| Rok egzaminu wstępnego | Liczba przyjętych ogółem | Liczba przyjętych z Pp | Liczba przyjętych dzięki Pp | Liczba kończących* |
|------------------------|--------------------------|------------------------|-----------------------------|--------------------|
| 1975 | 453 | 57 (12,6%) | 46 (10,1%) | 31 (54,4%) |
| 1976 | 440 | 35 (8,0%) | 28 (6,4%) | 24 (68,6%) |
| 1977 | 404 | 25 (6,2%) | 24 (5,9%) | 15 (60,0%) |
| Razem: | 1297 | 117 (9,02%) | 98 (7,6%) | 70 (60,0%) |

* % obliczano w stosunku do liczby osób z Pp

Tabela 1a. Liczba osób przyjętych z Pp na II Wydział Lekarski w kolejnych latach

| Rok egzaminu wstępnego | Liczba przyjętych ogółem | Liczba przyjętych z Pp | Liczba przyjętych dzięki Pp | Liczba kończących* |
|------------------------|--------------------------|------------------------|-----------------------------|--------------------|
| 1975 | 79 | 15 (19,0%) | 13 (16,5%) | 12 (80,0%) |
| 1976 | 65 | 10 (15,4%) | 9 (13,8%) | 4 (60,0%) |
| 1977 | 73 | 13 (17,8%) | 8 (11,0%) | 13 (100,0%) |
| Razem: | 217 | 38 (17,5%) | 30 (13,8%) | 31 (81,6%) |

* % obliczono w stosunku do liczby przyjętych z Pp

Z układu liczb dla I Wydziału wynika, że liczba przyjętych na studia z Pp jest stosunkowo mała i nie przekracza 10,0% ogólnej liczby przyjętych studentów, a jeszcze mniejsza liczba osób zawdzięcza tym punktom indeksy (7,6%). Układ liczb dla Wydziału II jest, przy wyższych wartościach, analogiczny, to znaczy, że i na tym wydziale są osoby ze środowisk edukacyjnie deficytowych, które zdały egzamin wstępny z sukcesem.

Drugim charakterystycznym rysem, wspólnym dla obu Wydziałów, jest zmniejszenie liczby osób, które dzięki Pp zawdzięczają przyjęcie na AM; widać to wyraźnie na przykładzie (tab. 1), w której odpowiednie wartości układają się następująco: 10,1%, 6,4%, 5,9%. Liczby dla Wydziału II układają się analogicznie, choć nie tak wyraźnie – 16,5%, 13,8%, 11,0%. W przypadku Wydziału I występuje zjawisko zmniejszenia liczby osób przyjmowanych na studia z punktami preferencyjnymi. Zjawisko to można bardzo różnie wyjaśniać, ale dla uzyskania zadowalającej odpowiedzi konieczne są oddzielne badania. Ograniczymy się zatem do odnotowania faktu zmniejszenia liczby osób przyjmowanych na studia z Pp – może być to objaw niekorzystnego obniżenia aspiracji edukacyjnej młodzieży z tych środowisk. Natomiast obserwowane zmniejszenie liczby osób zawdzięczających przyjęcie na studia Pp (szczególnie wyraźny na Wydziale II – por. tabela 1a) może wskazywać na brak zależności powodzenia kandydata w egzaminie wstępnym od wyznaczników środowiska? !

Osiągane wyniki w studiach

1. Osiągnięcia słuchaczy na studiach mierzy się zwykle średnią ocen z egzaminów. Według tej miary badane przez nas grupy studentów różnią się między sobą, ale w sposób nieistotny. W obu badanych Wydziałach słuchacze z grupy K uzyskują średnie ocen wyższe od ocen swoich kolegów z „grupy Pp” (p. tab. 2).

Tabela 2. Średnie ocen z egzaminów dla obu badanych Wydziałów

| Rok egzaminu | Różnice między średnimi ocen grup K i Pp | |
|--------------|--|------------|
| | Wydział I | Wydział II |
| 1975/81 | 0,17 | 0,39 |
| 1976/82 | 0,24 | 0,29 |
| 1977/83 | 0,23 | 0,26 |

Bliższa i zarazem dokładniejsza analiza średnich ocen z egzaminów wykazuje pewne zależności, i to statystycznie istotne. Przede wszystkim uwagę zwraca fakt, że studenci Pp uzyskują średnio oceny poniżej średniej grupowej, podczas gdy studenci z grupy K zawsze od tej średniej wyższe. Uwidocznione jest to w tabeli 3.

Tabela 3. Wartości średnie ocen dla badanej populacji i grup porównawczych

| Wydział | Grupa K | Populacja | Grupa Pp |
|---------|---------|-----------|----------|
| I | 3,82 | 3,72 | 3,63 |
| II | 3,84 | 3,68 | 3,52 |

Tabela 4. Częstość ocen powyżej i poniżej średniej w grupach porównawczych dla Wydziału I

| Grupy | Średnia ocen | | Razem |
|-------|--------------|---------|-------|
| | powyżej | poniżej | |
| K | 59 | 41 | 100 |
| Pp | 26 | 44 | 70 |
| Razem | 85 | 85 | 170 |

Chi–kw. = 7,86; $p < 0,01$ przy $df = 1$

Tabela 4a. Częstość ocen powyżej i poniżej średniej w grupach porównawczych dla Wydziału II

| Grupy | Średnia ocen | | Razem |
|-------|--------------|---------|-------|
| | powyżej | poniżej | |
| K | 32 | 13 | 45 |
| Pp | 19 | 19 | 38 |
| Razem | 51 | 32 | 83 |

Chi–kw. = 3,87; $p < 0,05$ przy $df = 1$.

Zależność między średnią ocen uzyskiwanych na egzaminach a przynależnością do wydzielonych przez nas grup jest wyraźna, i dla obu badanych Wydziałów statystycznie istotna. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że studenci Pp są rzeczywiście słabsi od swoich kolegów, którym punkty preferencyjne nie przysługiwały.

Grupy Pp w obu badanych Wydziałach nie są jednolite. W tych bowiem grupach są studenci, którzy na egzaminie wstępnym zdobyli ponadlimitową liczbę punktów, o czym była już mowa w uwagach wstępnych. I ci właśnie słuchacze w toku dalszych studiów, z pewnymi oczywiście wyjątkami, uzyskują wyniki nie tylko powyżej średniej dla wszystkich badanych, ale górują w tym względzie, nawet nad studentami z grupy K. Jeden ze studentów Pp z I Wydziału Lekarskiego nawet otrzymał dyplom z wyróżnieniem, ale uzyskał indeks nie dzięki punktom preferencyjnym, a dzięki temu, że zdał pomyślnie egzamin wstępny.

Podczas analizy danych z II Wydziału udało się zaobserwować ciekawą zależność (współzmiennosc) między stopniem uzależnienia od punktów preferencyjnych a wielkością różnic między średnimi ocen. Przedstawiono tę zależność w tabeli 5.

Tabela 5. Zbieżność wielkości różnic średnich ocen a stosunkową liczbą osób przyjętych na studia dzięki Pp

| Kategorie | Kolejne lata egzaminów | | |
|------------------------|------------------------|------|------|
| | 1975 | 1976 | 1977 |
| % przyjętych dzięki Pp | 16,5 | 13,8 | 11,0 |
| Różnice średnich ocen | 0,39 | 0,29 | 0,26 |

Obie wyliczone w tabeli wielkości zgodnie maleją, im mniej osób skorzystało z Pp, tym mniejsze są różnice między średnimi ocen dla porównywanych grup. Dowodzi to, że powodzenie w studiach towarzyszy tym, którzy zdali pomyślnie egzamin wstępny, a należne im punkty preferencyjne spowodowały jedynie zmianę pozycji na liście kandydatów przyjętych na studia.

2. Powodzenie w studiach szacujemy również na podstawie terminowości zaliczania poszczególnych lat studiów i terminowości ich kończenia. Z powodu trudności w skompletowaniu wszystkich koniecznych danych dla potrzebnych analiz ograniczymy się do jednego tylko stwierdzenia: dla obu badanych Wydziałów charakterystyczna jest zależność między liczbą przyjętych na studia dzięki Pp a liczbą osób z niepowodzeniami w nauce. Stwierdzenie to poparte jest faktem zgodnego co do kierunku zmniejszania się odpowiadających sobie szeregów liczb.

Tabela 6. Liczba osób z niepowodzeniami z grupy Pp

| Rok egzaminu | Liczba osób przyjętych z Pp | Liczba osób z niepowodzeniami |
|--------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1975 | 57 | 61,4% |
| 1976 | 35 | 31,4% |
| 1977 | 25 | 28,0% |

Brak danych porównywarczych zmusza nas do prostego stwierdzenia wymienionej tendencji. Z różnych powodów nie udało się ustalić obrazu ogólnego niepowodzeń w studiach lekarskich, stąd ustalone dla studentów Pp 19,0% skreślenia z list studentów nie jest poznawczo ważne.

Zamiast wniosków

1. Liczba osób przyjętych na studia dzięki punktom preferencyjnym jest mniejsza od liczby osób do tych punktów uprawnionych i waha się w granicach 10,0 – 12,0%.

2. Na podstawie zebranego materiału możemy stwierdzić, że różnice uzyskiwanych przez badanych studentów ocen (średnie ocen) zależą od przynależności do grup „K” lub „Pp”. Uszczegółowiona analiza danych ujawnia, że oceny z egzaminów, mierzone wartościami średnimi, wyznaczone są nie tyle pochodzeniem społecznym studenta, co

jego powodzeniem na egzaminie wstępnym. Ci, którzy zdali z powodzeniem egzamin wstępny, a jednocześnie należały się im punkty preferencyjne są lepsi od słuchaczy z grupy kontrolnej. O trafności poczynionego spostrzeżenia świadczy poniższe proste zestawienie liczb zaczerpniętych z I Wydziału Lekarskiego i przedstawiających średnie ocen dla trzech wydzielonych podgrup, to jest grupy studentów przyjętych do AM dzięki Pp, grupy K i wreszcie grupy słuchaczy pochodzenia robotniczego i chłopskiego, którzy zdali z sukcesem egzamin wstępny. Studenci przyjęci dzięki Pp uzyskali średnią ocen – 3,52, studenci z grupy kontrolnej – 3,83, a studenci z Pp i sukcesem na egzaminie wstępnym aż 4.

Z przytoczonego układu liczb wyprowadzić można wniosek, że studenci pochodzenia robotniczego i chłopskiego dobrze przygotowani w momencie wstępowania do szkoły wyższej są lepsi od swoich rówieśników z grup kontrolnych przypuszczalnie dzięki silniejszej pozytywnej motywacji do nauki i korzystnym aspiracjom edukacyjnym. Natomiast studenci, którzy otrzymali indeks AM dzięki Pp są rzeczywiście słabsi od wszystkich pozostałych, co potwierdza dodatkowo liczba otrzymywanych ocen równych lub wyższych od dobrych (4 i więcej). W grupie K aż 36,0% studentów Wydziału I otrzymało ocenę średnią powyżej 4, natomiast w grupie zawdzięczających przyjęcie na studia Pp tylko 5,1% studentów uzyskało średnią 4. Różnica jest wielokrotnością, nie jest więc przypadkowa.

3. Brak danych porównawczych nie pozwala orzekać o wartości Pp na podstawie poziomu niepowodzeń studentów poszczególnych grup.

Wniosek końcowy: studenci z Pp są wewnętrznie zróżnicowani i wartość kompensacyjną Pp należy oszacowywać w odniesieniu do tych z Pp, którzy zawdzięczają tym punktom przyjęcie na studia. Studenci z Pp są różni z punktu widzenia badanej cechy od pozostałych studentów, nawet im bliskich poziomem przygotowania wejściowego. Zdecydowanie różnią się od pozostałych ci, którzy zostali przyjęci do AM dzięki Pp. Oni właśnie uzyskują najniższe oceny, oni doznają w największej liczbie przypadków niepowodzeń dydaktycznych.

Jeżeli więc o wartości kompensacyjnych punktów preferencyjnych orzekać mamy na podstawie „normalności” powodzeń w studiach słuchaczy zawdzięczających przyjęcie do szkoły Pp, to stwierdzić musimy, że punkty te założonej funkcji właściwie nie spełniają. Ten wniosek wzmocnić można faktem, że dobrze przygotowani kandydaci na AM z tych preferowanych środowisk społecznych odnoszą w AM „sukcesy” i zawdzięczają je prawdopodobnie autentycznym aspiracjom edukacyjnym, dzięki którym byli dobrze przygotowani do egzaminu wstępnego i osiągają powodzenie w toku dalszych studiów.

Mały procent studentów przyjmowanych na AM z Pp – obniżający się z roku na rok – sprawia, że nie mamy do czynienia z problemem ani społecznym, ani organizacyjnym. Z badań wynika wniosek o pilnej potrzebie rozbudzania „aspiracji edukacyjnych” u młodzieży pochodzenia robotniczego i chłopskiego. Wszystko inne jest pochodną optymalnej motywacji do nauki w szkole średniej i późniejszych studiów w szkole wyższej.

Bożena SZPRUTA

BADANIE EFEKTYWNOŚCI NAUCZANIA ANATOMII PRAWIDŁOWEJ

W ostatnim okresie szeroko dyskutuje się w środowisku medycznym, a szczególnie wśród nauczycieli akademickich, konieczność reformy studiów medycznych. Najczęściej dyskusje te dotyczą zmian, jakie powinny nastąpić w nauczaniu przedmiotów klinicznych, aby studenci mogli zdobyć wiedzę nowoczesną, możliwie uniwersalną, gwarantującą im dobre funkcjonowanie w zawodzie i podstawy dalszego kształcenia. Zanim jednak rozpoczną oni kształcenie kliniczne muszą zgłębić wiedzę wielu nauk przedklinicznych, które stanowią podstawę rozumienia zjawisk biologicznych w ogóle, a zachodzących w organizmie ludzkim w szczególności, co z kolei gwarantuje trwałe zapamiętywanie przyswajanych wiadomości klinicznych. Okazuje się jednak, że zdobywana z ogromnym nakładem wysiłku i czasu wiedza podstawowa bardzo szybko przestaje funkcjonować i zostaje w ogromnym procencie zapominana już w końcu studiów, a więc dopiero na progu działalności zawodowej, niewiele pozostaje w pamięci absolwenta z zakresu anatomii prawidłowej, histologii czy biochemii (25).

Rodzi się pytanie: jak uczyć efektywnie? Jakie działania mogą doprowadzić do tego, aby podstawy rozumienia zjawisk medycznych trwale zapisały się w pamięci absolwentów?

Aby podjąć próbę sformułowania odpowiedzi na to pytanie należy zdać sobie sprawę z tego, jak obecnie wygląda nauczanie przedmiotów przedklinicznych w akademiach medycznych w Polsce.

Jednym z podstawowych przedmiotów nauczanych na studiach medycznych jest anatomia prawidłowa – uważana od wieków za matkę nauk medycznych. Jest to przedmiot obszerny, trudny, nauczany w ciągu pierwszego roku studiów i powszechnie uważany na tymże roku za najważniejszy.

W pracy niniejszej dokonam przeglądu celów, programów, form i metod nauczania anatomii prawidłowej oraz kontroli tego nauczania w akademiach medycznych w Polsce.

Opracowania dokonano na podstawie danych z ankiet uzyskanych od kierowników i pracowników zakładów anatomii prawidłowej 8 akademii medycznych (Gdańsk, Łódź, Kraków, Poznań, Szczecin, Wrocław, Warszawa, Wojskowa Akademia Medyczna) oraz na podstawie literatury.

W końcowej części pracy (opinie własne) przedstawiono opinie środowiska anatomów polskich na temat koniecznych zmian, jakie powinny nastąpić w procesie dydaktycznym, dla poprawienia efektywności nauczania anatomii prawidłowej.

Cele

Najczęściej formułuje się je jako konieczność opracowania podstawowych wiadomości anatomicznych umożliwiających rozumienie i orientację w innych dyscyplinach teoretycznych i klinicznych. Tylko w dwóch ośrodkach (Szczecin i Gdańsk) zaliczono do celów dyscypliny wyrobienie umiejętności tzw. myślenia lekarskiego, tzn. spostrzegania, łączenia (integrowanie) wiadomości i wyciągania wniosków.

Prof. Woźniak z Poznania, jako jedyny, zwrócił uwagę na aspekt humanitarny zajęć (zwłoki – pierwszy pacjent przyszłego lekarza).

Programy

Wśród ankietowanych panuje powszechna opinia, że nie ma w Polsce podręcznika anatomii, który zawierałby, choćby w formie kompendialnej, program tego przedmiotu. Podręcznikiem, który zawiera minimum wiedzy „czysto” anatomicznej jest „Anatomia” Sylwanowicza (obecnie pod redakcją Sokołowskiej–Pituchowej). Podręcznik ten wymieniano najczęściej, choć z reguły z zastrzeżeniem, że wymaga on uzupełnienia innymi pozycjami, takimi jak podręczniki: Marciniaka, Bochenka–Raychera, Krechowickiego, Łasińskiego.

Interesujące jest, że przestał być obowiązujący, jako główny, podręcznik Bochenka–Raychera (przez wiele lat jedyny i najważniejszy podręcznik anatomii w Polsce). Obecnie, na pierwszym miejscu wymienił tę pozycję tylko ośrodek wrocławski.

Wszystkie te podręczniki nie wyczerpują jednak problemu programu. Różne ośrodki w różnym stopniu wprowadziły do swych zajęć anatomię radiologiczną oraz anatomię tomografii komputerowej.

Zróżnicowanie tej części programu jest bardzo duże, od środków, które uczą głównie anatomii klinicznej i czynnościowej, przez takie, które poświęcają jej kilka ćwiczeń pod koniec II semestru, aż do takich, które traktują ten zakres wiedzy marginalnie.

Ośrodki, w których anatomia kliniczna stanowi dużą część programu usiłują uzupełnić braki podręcznikowe we własnym zakresie, wydając skrypty. Często podstawowym źródłem wiedzy pozapodręcznikowej są jedynie wykłady, np. wykłady klinicystów lub ćwiczenia prowadzone przez lekarzy na osobniku żywym.

Ośrodek krakowski – jako jedyny – w swoim programie zawiera bardzo szeroki zakres organogenezy. Realizacja tego programu opiera się w dużej mierze na wykładach i skryptach opracowanych przez prof. Sokołowską–Pituchową.

Tylko jeden Zakład Anatomii (AM w Łodzi) podaje studentom na początku zajęć dokładny program, wydany w postaci skryptu pt. „Przewodnik do ćwiczeń prosektorjnych”, w którym zawarte są wymagania, polecane pozycje literatury. Jest on zarazem swoiście podanym zbiorem pytań egzaminacyjnych. W programie tym zwraca się szczególną uwagę na anatomie czynnościową i kliniczną. Wybór podręczników powiększają skrypty opracowane w zakładzie. Wybór źródeł zależy od studenta, wie on jednak bardzo dokładnie czego się od niego wymaga.

Inne zakłady anatomii ogłaszają mniej lub bardziej ramowy program w „Przewodniku Dydaktycznym” lub podają studentom, w trakcie roku akademickiego, programy poszczególnych ćwiczeń. Tak jak różnorodne są programy anatomii, tak różnorodnie przedstawia się sprawa integracji tego przedmiotu z innymi. Część ankietowanych stwierdza jednoznacznie, że taka integracja w praktyce nie istnieje. Część mówi o integracji częściowej, tzn. istnieje integracja z jakimś fragmentem programu innego przedmiotu – najczęściej histologii. Bardzo rzadko wspomina się o próbach integracji z przedmiotami klinicznymi, stwierdzając najczęściej, że „jest to bardzo trudne i wymagałoby zmian programu”.

W Łodzi istnieje integracja z fizjologią, w Krakowie z biologią i histologią.

Formy i metody

Na wszystkich uczelniach medycznych w Polsce program anatomii realizowany jest w ciągu 300 godzin dydaktycznych. Na wykłady poświęca się od 30 do 60 godzin

(w niektórych ośrodkach uważa się za konieczne rozszerzenie godzin wykładów do 90). W większości uczelni nauka anatomii trwa przez dwa semestry, w Poznaniu przez 3 semestry, w Gdańsku planuje się przedłużenie z dwóch semestrów do trzech. Wiele innych ośrodków postuluje przedłużenie czasu realizacji programu (najczęściej właśnie do trzech semestrów) bez zwiększania liczby godzin, czyli tzw. rozgęszczenie.

Różnorodność form i metod stosowanych w dydaktyce tego przedmiotu w poszczególnych ośrodkach jest znana. Jedne akademie uczą tego przedmiotu w sposób systemowy, inne topograficznie. Są uczelnie, w których studenci nie przygotowują zwłok w ogóle (np. Kraków), ćwiczenia opierają się na demonstracjach, są takie, gdzie przygotowują wybrane elementy lub preparaty i takie, gdzie podstawą całej nauki jest preparowanie zwłok i stanowi ono główny program ćwiczeń (np. Warszawa). Liczba studentów przygotowujących jeden preparat w różnych ośrodkach jest też różna: od 6 osób do 3 grup (każda grupa 12–15 osób). Oczywiście każda grupa przygotowuje w innym czasie.

Coraz więcej zakładów anatomii stara się urozmaicić formy i metody dydaktyczne tak, aby efektywność nauczania była większa. Trzeba przyznać, że największą różnorodność pod tym względem prezentują ośrodki nauczające anatomii w ciągu 3 semestrów. Naucza się tam i systemowo i topograficznie, stosuje zarówno samodzielne preparowanie, jak i demonstracje, prowadzi ćwiczenia z anatomii rentgenowskiej i tomokomputerowej, wprowadza telewizję w układzie zamkniętym (Poznań), gdzie nagrane taśmy mogą być odtwarzane w dowolnym czasie. Bardzo urozmaicone formy i metody wprowadza Akademia Medyczna w Łodzi. Wykłady są zintegrowane z ćwiczeniami, poparte demonstracjami, filmami, modelami, badaniem żywego człowieka, wykorzystuje się bogate zasoby muzeum, w tym muzeum rentgenowskie.

Generalnie rzecz biorąc, wszystkie formy i metody dydaktyczne opierają się na różnorodnym doborze i łączeniu ze sobą wykładów, prelekcji, demonstracji na zwłokach lub żywym człowieku, preparowaniu, a niekiedy projekcjach filmowych. Tylko jeden ośrodek (Poznań) dysponuje telewizją, a o żadnych innych środkach nie ma mowy. Wszędzie jest wielu studentów, za to mało miejsca, mało preparatów, mało możliwości kadrowych i technicznych.

Kontrola wyników

We wszystkich zakładach anatomii obowiązują sprawdziany cząstkowe. Ich liczba zależy od podziału materiału i wynosi od 4 do 14. W większości uczelni są to *colloquia* ustne przy preparacie, zdawane u asystenta prowadzącego ćwiczenia. Tylko w nielicznych uczelniach mają charakter sprawdzianu praktycznego i teoretycznego pisemnego. Tak więc w większości uczelni nie prowadzi się zobiektywizowanych form sprawdzianów cząstkowych.

Egzamin końcowy zawsze składa się z części praktycznej, zdawanej przy preparacie (w formie odpytywania przez kierownika zakładu lub osób przez niego upoważnionych, bądź w postaci jednakowego dla wszystkich studentów sprawdzianu „szpileczkowego”)* oraz z części teoretycznej – w większości uczelni – w postaci odpowiedzi ustnych udzielanych szefowi zakładu. Niektóre zakłady anatomii przeprowadzają egzamin teoretyczny pisemny testowy lub nietestowy. W Krakowie egzamin testowy jest pierwszą eliminacyjną częścią przed egzaminem praktycznym – ustnym.

Sprawdzian polega na udzieleniu odpowiedzi na piśmie (podanie nazwy), jaki element anatomiczny został oznaczony za pomocą wbitych w preparat szpilek z kolejnymi numerami porządkowymi.

Generalnie rzecz biorąc, studenci nie znają pytań, jakie mogą być zadane na egzaminie, a o zakresie wymaganej wiedzy orientują się na podstawie przebytych ćwiczeń. Nie ma zwyczaju wywieszania pytań przed egzaminem ani udostępniania ich w jakikolwiek inny sposób. Jedynie Zakład Anatomii w Łodzi zaopatruje swych studentów w „Przewodnik do ćwiczeń prosektoryjnych”, który jest, jak już wspomniałam, również zbiorem pytań egzaminacyjnych.

Opinie własne

Ostatnia część ankiety zawiera opinie własne respondentów na temat problemów dydaktyki anatomii.

Na podstawie tych wypowiedzi, oraz wypowiedzi publikowanych w krajowym piśmiennictwie medycznym, można wyodrębnić następujące grupy spraw wymagających, wg środowiska anatomów polskich, zmian lub modyfikacji:

1. B a z a m a t e r i a ł o w a

W przeważającej części zakładów istnieje zasadnicza dysproporcja między warunkami lokalowymi, kadrowymi i technicznymi a liczbą studentów i ich oczekiwaniami w stosunku do zakładów. W niewielkich pomieszczeniach, małej liczby zwłok do preparowania, braku nowoczesnego wyposażenia dydaktycznego u równoczesnym braku dobrych podręczników i tragicznym braku jakichkolwiek atlasów anatomicznych trudno unowocześniać i usprawniać proces dydaktyczny (2, 16).

2. N a u c z y c i e l e a k a d e m i c y

Znaczna część zakładów boryka się z dużą płynnością kadry dydaktycznej. Lekarze coraz częściej rezygnują z pracy w zakładach anatomii, najczęściej odchodząc do specjalności klinicznych. Wiąże się to w dużej mierze z uciążliwością pracy (działanie formaliny), trudnym rozwojem naukowym (mało prowadzonych prac naukowych) i coraz mniejszym prestiżem zawodu anatoma (3, 19).

3. P r o c e s d y d a k t y c z n y

Ogromna większość ankietowanych postuluje wydłużenie czasu nauczania anatomii, przynajmniej do trzech semestrów, z równoczesnym zachowaniem wymiaru godzinowego zajęć. Według respondentów, tylko takie ustawienie anatomii umożliwi przeprowadzenie innych koniecznych zmian i modyfikacji (2). Większość wypowiadających się anatomów proponuje rozwiązania, które, oprócz nieznaczących różnic, mają podobną wymowę.

Wszyscy uznają konieczność integracji anatomii z innymi dyscyplinami podstawowymi, głównie z histologią, fizjologią i częściowo biologią (4, 5, 6, 11, 15, 17, 18), a także z dyscyplinami klinicznymi. Aby to osiągnąć proponowany jest tzw. wielostopniowy proces nauczania anatomii (Wrocław, Łódź, Szczecin).

Nauczanie podstawowe zintegrowane z innymi naukami teoretycznymi mogłoby odbywać się w ciągu początkowych semestrów, nauczanie szczegółowe byłoby zintegrowane z naukami klinicznymi i stanowiło wstęp do kolejnych przedmiotów klinicznych, a kolejnym stopniem „wtajemniczenia” byłyby specjalistyczny zakres wiedzy w kształceniu podyplomowym (element programu specjalizacyjnego).

Tak rozłożona nauka anatomii dałaby możliwość zdobycia wiedzy pogłębionej, utrwalonej i przydatnej w praktyce lekarskiej.

Propozycje edukacji wielostopniowej łączą się z reguły z postulatem zwiększenia zakresu anatomii czynnościowo–klinicznej.

Piśmiennictwo

1. Czerkwiński J.: Metody pracy asystenta ze studentami I roku medycyny podczas ćwiczeń z anatomii prawidłowej. *Probl. Szkol. i Nauk Med.* 1981, T. VI, nr 1.
2. Gabryel P., Wojtowicz M. i wsp.: Integracja nauczania anatomii, biologii i histologii w Akademii Medycznej w Poznaniu. *Probl. Uczelni i Inst. Med.* t. IX, nr 1, 1974.
3. Gołąb B.: Możliwości poprawy nauczania anatomii w Polsce. *Problemy Uczelni i Inst. Med.* nr 4, 1970.
4. Gołąb B.: Nauczanie anatomii prawidłowej w Polsce. *Medycyna, Dydaktyka, Wychowanie*, t. XI, nr 2, 1979.
5. Gołąb B., Jędrzejewska K.: Współczesne problemy nauczania anatomii. *Problemy Szkolnictwa i Nauk Medycznych*, 1979, nr 4, t. I.
6. Gwóźdź B.: Elementy integracji w nauczaniu nauk podstawowych w akademiach medycznych. *Problemy Uczel. i Inst. Med.* t. IX, nr 1, 1974.
7. Kaliszuk-Makles T.: Egzamin końcowy z medycyny – jako próba oceny efektywności studiów na wydziale lekarskim. Praca doktorska AM Warszawa, 1982.
8. Kleinork Z.: Elementy integracyjne nauczania nauk podstawowych z naukami klinicznymi. *Problemy Uczelni i Inst. Med.* t. IX, nr 1, 1974.
9. Kołaczkowski Z., Morecki B.: Zakład Anatomii Funkcjonalnej w 60-lecie akademickiego nauczania wych. fiz. 1919–1979, Poznań AWF.

10. Małkowski P.: Kształtowanie postaw i potrzeb zdrowotnych w procesie nauczania anatomii studentów I roku medycyny. *Probl. Szkol. i Nauk Med.* t. II, nr 4, 1979.
11. Mozołowski W.: Znaczenie nauk teoretycznych w wykształceniu lekarza. *Polski Tygodnik Lekarski*, nr 42, 1947.
12. Normy minimum S.O.Z. nr 239, Genewa 1962.
13. Obara M.: Znaczenie dyscyplin podstawowych w nauczaniu medycyny klinicznej. *Probl. Ucz. i Inst. Med.* t. IX, nr 1, 1974.
14. *Pedagogika*. Praca zbiorowa pod red. Godlewskiego M., Kawiewicza St., Wyki T., PWN Warszawa, 1978.
15. Radecki A.: Integracja nauk podstawowych. *Probl. Uczelni i Inst. Med.* t. IX, nr 1, 1974.
16. Sokołowska-Pietuchowa M.: W sprawie nauczania anatomii. *Probl. Ucz. i Inst. Med.* 1971, nr 3.
17. Sokołowski T.: W sprawie nauczania anatomii na wydziałach lekarskich szkół akademickich. *Pol. Tyg. Lek.*, 1949, nr 22.
18. Staszyc J.: Realizacja procesu integracji nauk morfologicznych na Wydziale Lekarskim AM Lublin. *Probl. Ucz. i Inst. Med.*, 1979, t. IX, nr 1.
19. Szpruta B.: Warunki efektywnego nauczania anatomii. *Probl. Szkol. i Nauk Med.* 1981, t. V, nr 4.
20. Szuba Z.: Walory pedagogiczne preparacji anatomicznej. *Folia Morphologia*, 1970, t. XXIX, nr 4.
21. Traczyk W., Gołąb B., Torzecki Z.: Elementy integracji nauczania nauk podstawowych na Wydziale Lekarskim AM Łódź. *Probl. Uczelni i Inst. Med.* 1974, t. IX, nr 1.
22. Tysarowski W.: Rola podstawowych nauk przedklinicznych w procesie kształcenia lekarzy (stan obecny i zarysowujące się przeobrażenia). Międzynarodowe Sympozjum 600-lecia Wydziału Lekarskiego AM Kraków (Materiały Sympozjum) 1964.
23. Tysarowski W.: *The Teaching of the Basic Medical Science in Europe*. WHO. EURO-385/1, Copenhagen 1967.
24. Woźniak W.: Zintegrowany sposób sprawdzania wiadomości w naukach podstawowych. *Probl. Uczelni i Inst. Med.* 1974, t. IX, nr 1.
25. Ziółkowski M.: Problemy związane z nauczaniem anatomii na studiach lekarskich. *Probl. Szkol. i Nauk Med.* t. VIII, nr 3–4.

Marek HEBANOWSKI, Mirosława KOSEDA, Lidia SASIN, Wiesław TYSAROWSKI

PROBLEMY ZWIĄZANE Z UKIERUNKOWANIEM
PRZEDDYPLOMOWEGO KSZTAŁCENIA LEKARZY
DLA POTRZEB PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W AM
W GDAŃSKU

Z Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej Instytutu Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Gdańsku

Kierownik Zakładu: doc. dr hab. med. M. Hebanowski
oraz z Zakładu Dydaktyki Akademii Medycznej w Warszawie
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. W. Tysarowski

Zaspokajanie potrzeb zdrowotnych jednostek i społeczeństwa, mimo postępu w wielu dziedzinach wiedzy i działalności ludzkiej, natrafia na całym świecie na znaczne trudności. Do zjawisk, które stanowią główne przeszkody w zaspokajaniu tych potrzeb należą z jednej strony kierunek rozwoju współczesnej medycyny, którą charakteryzuje technizacja i często anonimowość działań diagnostycznych, terapeutycznych oraz dezintegracja wiedzy, a przede wszystkim dehumanizacja, z innej zaś strony przeszkodę stanowią wzrastające i zmieniające się potrzeby fizyczne i psychiczne człowieka. W „poszerzającej się luce” między rozwojem współczesnej medycyny a potrzebami i oczekiwaniami społeczeństwa znajduje się podstawowa opieka zdrowotna (p.o.z.). Wymaga ona zmian, nowych koncepcji poszerzenia zakresu działania (1, 15, 20, 21, 27).

O właściwym rozwoju p.o.z. decydować będzie przede wszystkim kształcenie pracowników ochrony zdrowia, w tym przed- i podyplomowe kształcenie lekarzy (3, 7, 23, 29, 37).

Problem odpowiedzialności kształcenia, tzn. zgodności kierunku kształcenia z potrzebami ochrony zdrowia obecnymi i przyszłymi, staje się na świecie istotnym problemem, który próbują rozwiązywać wyższe szkoły medyczne (4, 11, 20, 35).

Mała efektywność, niedomagania organizacyjne, stosunkowo niewielka ranga lekarza p.o.z. zarówno w hierarchii zawodowej, jak i w ocenie pacjentów, zwłaszcza w naszym kraju, w znacznym stopniu zależą od niewłaściwego przygotowania studentów medycyny przez nasze uczelnie do pełnienia funkcji lekarza p.o.z., a także od sytuacji w permanentnym kształceniu podyplomowym lekarzy pracujących w p.o.z. (10, 18, 32, 33).

W uczelniach naszych nabywana przez studentów wiedza jest zbyt specjalistyczna, zdeintegrowana i nieodpowiednia, jeżeli zakłada się, że większość absolwentów będzie pracować w pierwszej linii ochrony zdrowia. Absolwenci nasi opuszczają uczelnie bez umiejętności, które powinny mieścić się w kompetencjach lekarza p.o.z. (2, 24, 28, 31). Muszą je często zdobywać „na własną rękę”, „po omacku” w czasie pracy z pacjentami. Kształcenie na bazie szpitalnej czy klinicznej przygotowuje lekarzy szpitalnych. Ponadto ich postawy nabyte w czasie trwania studiów są sprzeczne z oczekiwaniami pacjentów w p.o.z., a także i motywacje negatywne w stosunku do pracy w p.o.z. (1, 25).

Przy znacznym postępie w opracowaniach, przez różne szkoły medyczne na świecie, programów kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy z ukierunkowaniem na p.o.z. (3, 19) uczelnie nasze, pomimo istniejących potrzeb, nie przygotowują absolwentów do czekających ich zadań zawodowych w p.o.z. (7, 10). Wyniki badań opublikowane

w 1980 r., dotyczące oceny akceptacji wydziałowych celów kształcenia, które były sformułowane w reformie studiów lekarskich w Polsce z roku 1964, wykazały, że nauczyciele akademicy kierujący dydaktyką w uczelniach akceptują cel – wykształcenie ogólnolekarskie – w tym też lekarzy p.o.z. (13). Jednak ci sami nauczyciele wypowiadają się, że cel ten nie jest realizowany (14).

W latach 1980–83, wobec narastających ocen krytycznych dotyczących sytuacji w p.o.z. w Polsce oraz ogólnoswiatowych działań mających na celu podniesienie poziomu p.o.z. (5, 7, 10, 21), obserwujemy w naszym kraju poszukiwanie dróg poprawy w p.o.z. Wyrazem czego może być: eksperyment wolnego wyboru lekarza, zmiany siatki płac, z preferencjami p.o.z., dyskusje dotyczące modernizacji programów i metod kształcenia lekarzy p.o.z. oraz zmian w ich kształceniu podyplomowym (7, 10, 22).

Wśród działań resortu zdrowia, zmierzających do podniesienia jakości świadczeń p.o.z., znalazła się inicjatywa inspirowania akademii medycznych do tworzenia nowych jednostek organizacyjnych dydaktyczno–naukowych – zakładów podstawowej opieki zdrowotnej (ZPOZ). W r. 1978 powstał pierwszy Zakład w Akademii Medycznej w Łodzi, w 1979 w Akademii Medycznej w Gdańsku (6), w 1981 w uczelni poznańskiej (22). Powoływanie ZPOZ–ów może zapoczątkuje zmiany w ukierunkowaniu studiów lekarskich na rosnące potrzeby naszego systemu ochrony zdrowia. Wyrażnych zmian można jednak oczekiwać dopiero wówczas, gdy większość nauczycieli akademickich uzna konieczność priorytetu w kształceniu dla potrzeb p.o.z., co będzie też wymagało akceptowanych przez dydaktyków zmian w programach, metodach i bazie szkoleniowej. Pewne nadzieje można również wiązać z planowanym wprowadzeniem końcowych zintegrowanych państwowych egzaminów, sprawdzających odpowiedność procesu dydaktyczno–wychowawczego.

W przedstawionym przez nas opracowaniu chcielibyśmy przekazać nasze pierwsze doświadczenia dotyczące działalności ZPOZ w kształceniu przeddyplomowym lekarzy. Zadania tego zakładu wiążą się z trzema wymienionymi kierunkami działań:

- a) kształcenie przeddyplomowe z ukierunkowaniem na kompetencje lekarzy p.o.z.,
- b) podnoszenie kwalifikacji i rangi lekarzy już pracujących w p.o.z. za pomocą programowania i organizowania kształcenia podyplomowego. Uaktywnienie lekarzy poradni ogólnych przez włączenie ich do działalności dydaktycznej w szkoleniu studentów (na bazie poradni),
- c) działalność naukowo–badawcza obejmująca problematykę związaną z doskonaleniem dydaktyki medycznej i optymalizację p.o.z.

W pracy tej przedstawione zostaną jedynie problemy kształcenia przeddyplomowego. Wstępnie, planując działalność dydaktyczną, starano się program i metody zajęć podporządkować celom wymaganych kompetencji lekarzy p.o.z.

I. Studenci, baza dydaktyczna, kadra szkoląca

Pierwszym rokiem działalności ZPOZ był rok akademicki 1979/1980, od tego czasu model organizacji zajęć uległ niewielkim zmianom. W niniejszym opracowaniu omówiono schemat organizacji z roku 1984/85 (schemat do wglądu w ZD w AM w Warszawie).

Procesem kształcenia objęci byli wszyscy studenci VI roku wydziału lekarskiego w wymiarze 144 godzin. Każdy student odbywał 120 godzin ćwiczeń i 24 godziny

seminariów. Ćwiczenia odbywali studenci w grupach 2- lub 3-osobowych, seminaRIA w 15-osobowych. Ćwiczenia i seminaRIA odbywały się przez trzy tygodnie w wybranych poradniach ogólnych 8 przychodni rejonowych, w trzech dzielnicach Gdańska, które są jednostkami organizacyjnymi p.o.z., sprawującymi opiekę zdrowotną nad pacjentami w miejscu ich zamieszkania.

Przychodnie musiały odpowiadać warunkom zapewniającym właściwą realizację zajęć. Kierowano się następującymi kryteriami:

a) rejony zapobiegawczo–lecnicze obejmować musiały nie więcej niż 400 mieszkańców,

b) musiały być właściwie zorganizowane zespoły zapobiegawczo–lecnicze (lekarz – pielęgniarka środowiskowa – pracownik socjalny),

c) lekarze poradni ogólnych reprezentować musieli właściwy poziom wiedzy fachowej, odpowiednie postawy zawodowe oraz wyrazić chęć do brania udziału w szkoleniu studentów,

d) musiały być optymalne warunki lokalowe (odpowiednia wielkość gabinetów lekarskich, sale seminaryjne).

Kadrę szkolącą w przychodniach rejonowych stanowiło:

a) 34 lekarzy zatrudnionych na pełnym etacie (7 godzin zatrudnienia) w poradniach ogólnych. W większości byli to lekarze ze specjalizacją lub w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych,

b) 5 lekarzy – konsultantów – ordynatorów p.o.z. ze specjalizacją z chorób wewnętrznych II^o. Zatrudnieni na etatach ochrony zdrowia w zespole opieki zdrowotnej (ZOZ). Byli to doświadczeni lekarze z długim stażem w klinikach czy oddziałach szpitalnych oraz pracy w ambulatorium.

Drugą część bazy dydaktycznej stanowiły niektóre Poradnie Specjalistyczne Przychodni Przyklinicznej Państwowego Szpitala Klinicznego, których profil odpowiada chorobom częstym i stwarzającym dla młodych lekarzy p.o.z. problemy diagnostyczne i terapeutyczne. Były to poradnie: nadciśnieniowa, cukrzycowa, gastrologiczna, pulmonologiczna i onkologiczna. Do tej bazy włączono również poradnie reumatologiczne. Kadrę szkolącą w ww. poradniach stanowili: pracownicy naukowo–dydaktyczni zakładu oraz lekarze poszczególnych poradni z dużym doświadczeniem w pracy ambulatoryjnej.

II. Treść i formy zajęć

1. Ć w i c z e n i a

Ćwiczenia w poradniach ogólnych prowadzone są przez lekarzy w czasie ich normalnej działalności leczniczo–profilaktycznej. Dwóch studentów przydzielonych jest do jednego lekarza na trzy tygodnie. W ciągu czterech dni tygodnia studenci przyjmują pacjentów w godzinach od 8.00 do 13.30, lub w tym samym wymiarze godzin po południu, w zależności od planu ordynacji lekarza. Studenci odbywają też z lekarzem wizyty domowe na wezwanie chorego, jak i wizyty patronażowe, w czasie których odwiedzają przewlekłe i obłożnie chorych, niedołączonych lub znajdujących się w stanach agonalnych. Część czasu przeznaczanego na ćwiczenia lekarze prowadzący zajęcia poświęcają na samodzielne przyjmowanie pacjentów przez studentów, którzy muszą się wykazać umiejętnościami diagnozowania i leczenia. Studenci również odbywają samodzielne wizyty patronażowe w domu pacjenta, po czym składają sprawozdanie z wykonywanych zadań lekarzowi poradni ogólnej.

Ponadto studenci w przychodniach rejonowych zapoznawani są z działalnością zespołu profilaktyczno–lecniczego, z zakresu obowiązków członków tego zespołu. W tematyce ćwiczeń w poradniach ogólnych uwzględniane są praktyczne aspekty dokumentacji, zasady orzekania o niezdolności do pracy, różne formy pomocy społecznej. Tak więc studenci poszerzają swoją wiedzę i umiejętności nabyte w dotychczasowych studiach o problemy epidemiologiczne p.o.z., poznają inny profil zachorowań, metody rozpoznawania i leczenia pacjentów ambulatoryjnych oraz problemy socjologiczne i psychologiczne, które rozwiązywać musi lekarz pierwszego kontaktu. W ciągu jednego tygodnia studenci w grupach trzyosobowych odbywają ćwiczenia w poradniach specjalistycznych, w których są zapoznawani ze specyfiką postępowania w przypadkach określonych grup chorób w warunkach ambulatoryjnych (schematy diagnostyczne i lecznicze). Mają też możliwość poznania kontaktu poradni ogólnej z poradnią specjalistyczną, ważnego w aspekcie właściwego kierowania chorych oraz wstępnego opracowania diagnostycznego.

Szczegółowy program ćwiczeń jest corocznie opracowywany przez ZPOZ. Lekarze poradni ogólnych i specjalistycznych otrzymują odpowiednie informacje przed rozpoczęciem szkolenia. Zajęcia są kontrolowane w ramach konsultacji z pracownikami ZPOZ i ordynatorami p.o.z., którzy są łącznikami między uczelnią a placówkami ochrony zdrowia prowadzącymi szkolenie.

2. S e m i n a r i a

Seminaria (24 godziny) prowadzone są przez pracowników dydaktycznych ZPOZ, ordynatorów p.o.z., dyrekcję współpracującego z zakładem ZOZ–u, zaproszonych nauczycieli akademickich – profesorów i docentów. Tematyka seminariów w ciągu 5 lat działalności ZPOZ–u była zmieniana. W ciągu ostatnich trzech lat obejmuje ona następujące zagadnienia:

2.1. Problemy z zakresu reumatologii (seminaria ogólne):

- a) choroby zwyrodnieniowe stawów (epidemiologia, rozpoznawanie, leczenie i zapobieganie),
- b) interpretacja badań dodatkowych wykonywanych w grupie chorób reumatycznych,
- c) farmakoterapia w najczęstszych chorobach z grupy chorób reumatologicznych.

2.2. Przychodnie przykliniczne:

- a) postępowanie z chorym na cukrzycę w praktyce ambulatoryjnej,
- b) wybrane aspekty diagnostyczne i terapeutyczne w nadciśnieniu tętniczym,
- c) najczęstsze choroby układu moczowego (schematy postępowania diagnostycznego i terapeutycznego),
- d) badania przesiewowe w p.o.z.

2.3. Przychodnie rejonowe:

- a) najczęstsze zaburzenia rytmu serca – postępowanie terapeutyczne,
- b) wybrane problemy z zakresu choroby niedokrwiennej serca,
- c) problemy współpracy lekarz – pielęgniarka środowiskowa – pracownik socjalny.

III. Metoda ciągłej oceny jakości zajęć dydaktycznych prowadzonych przez Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Całościowy system kształcenia, obejmujący określenie jego celów, opracowania treści i metod, zawiera istotny element ewaluacji jego wyników. Dlatego też wiele uwagi poświęcono opracowaniu metody oceny realizowanego programu kształcenia.

1. Opracowanie testowej metody sprawdzania wiedzy

Ułożenie zadań testowych i całego testu wymaga określenia jego koncepcji. Przez koncepcję testu rozumiemy jego budowę podporządkowaną określönemu celowi, któremu ma służyć. Dzięki takiej budowie można uzyskać taką wewnętrzną strukturę i wiedzę, która odpowiada celowi pomiaru. Ponieważ liczba zadań testowych jest ograniczona, koncepcja testu pozwala na dobranie odpowiednich pytań, na które suma poprawnych odpowiedzi pozwala na uzyskanie oceny – czy dany student, a także cała grupa studentów są wystarczająco przygotowani? Ważność problemów zawartych w teście można opisać cechami ilościowymi i jakościowymi. Wartości ilościowe dostarczają dane epidemiologiczne, np. chorobowość, zachorowalność, zgłaszalność, wartości ilościowo–jakościowe wyrażają, np.: umieralność, częstość powikłań w określonej chorobie, częstość występowania trwałych niekorzystnych następstw. Innym wskaźnikiem jakościowym mogą być – interwencyjność i skutki społeczno–ekonomiczne problemów zdrowotnych.

Dla szczegółowego opracowania sprawdzianu, który mógłby ocenić kompetencje przyszłych lekarzy p.o.z., poszukiwano źródeł danych.

W opracowaniach amerykańskich z roku 1968 (36) posłużono się takimi danymi jak: liczba dni hospitalizacji, umieralność w szpitalu, częstość występowania powikłań, wiek pacjentów zapadających na określoną chorobę. Idealnym źródłem informacji dla zbudowania koncepcji naszego testu byłyby pochodzące z Polski dane dotyczące przyczyn zgłaszalności do lekarzy p.o.z., zebrane wg rozpoznania, określonych objawów oraz przyczyn innych niż zdrowotne. Wobec braku takich danych oparliśmy się na „chorobowości” na określone choroby podawane przez lekarzy lecznictwa otwartego, zebrane i opracowane przez Kostrzewskiego (17). (Graficzne koncepcje testu do wglądu w ZD AM w Warszawie).

Wymiar „1” testu tworzą dane dotyczące chorobowości (17) wg jednostek i stanów chorobowych w terminologii Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób z Modyfikacją III (16). Wymiar „2” stanowią dane opisujące skutki medyczne, społeczne i ekonomiczne w poszczególnych jednostkach i stanach chorobowych, ze szczególnym uwzględnieniem umieralności. Na podstawie dwu wymiarów – 1, 2 – obliczono wskaźnik ważności, który pozwalał na ilościowe i jakościowe wybranie problemów, o które należało pytać.

Sposób obliczania współczynnika przedstawiają niżej podane wzory:

$$W_w = \frac{Ch_i}{Ch} + \frac{U_i}{U}$$

W_w współczynnik ważności,

Ch_i chorobowość w jednostce chorobowej i ,

u umieralność w jednostce chorobowej i ,

Ch suma chorobowości w danej grupie chorób,

U suma umieralności w danej grupie chorób,

$$Ch = \frac{\text{liczba chorych na daną chorobę}}{100\ 000 \text{ mieszkańców}}$$

$$U = \frac{\text{liczba zgonów na daną chorobę}}{100\ 000 \text{ mieszkańców}}$$

Współczynnik ważności określał rodzaj i liczbę problemów, o które należało pytać w poszczególnych poddyscyplinach interny. Liczby te odpowiadają liczbie pytań w poszczególnych poddyscyplinach podanych w tabeli 9.

Trzecim, bardzo ważnym, wymiarem koncepcji testu był wymiar „3”, dotyczył on kompetencji lekarzy p.o.z., wśród których wyróżniono:

- a) umiejętność rozpoznawania,
- b) umiejętność postępowania terapeutycznego,
- c) farmakoterapię,
- d) selekcję,
- e) rozwiązywanie złożonych problemów przedstawionych w postaci opisu przypadków.

W odniesieniu do problemów diagnostycznych zwracano uwagę, podczas tworzenia zadań testowych, na umiejętność posługiwania się danymi uzyskiwanymi w czasie użycia najważniejszych i dostępnych dla lekarza p.o.z. metod: badania podmiotowego i przedmiotowego oraz posługiwanie się podstawowymi badaniami dodatkowymi, z uwzględnieniem ekonomiczności i dostępności tych badań w warunkach p.o.z.

W zakresie terapii uwzględniano zasady ogólnego postępowania terapeutycznego, dietetycznego, farmakologicznego. W niektórych pytaniach zawarta była konieczność dokonania wyboru między aktywnym leczeniem a obserwacją.

W farmakoterapii problemy dotyczyły znajomości współcześnie używanych i dostępnych leków, ich działania, objawów ubocznych po ich stosowaniu, interakcji, umiejętności wyboru bardziej ekonomicznych metod leczenia, modyfikacji rodzaju i dawki leku, w zależności od takich stanów, jak ciąża i starość.

Selekcja, obok diagnozowania, stanowi jedną z najważniejszych i często podejmowanych czynności lekarza p.o.z. Niewłaściwe skierowanie pacjenta, a także niekompetentne leczenie pacjenta przez lekarza p.o.z. niesie ze sobą wiele niebezpieczeństw dla zdrowia i życia pacjenta. Przedłużanie czasu rozpoznania, kierowanie na niepotrzebne badania dodatkowe i specjalistyczne naraża służbę zdrowia i społeczeństwo na duże i niepotrzebne koszty. Niewłaściwe kierowanie i „rutynowe” odsyłanie pacjenta przez lekarzy p.o.z. do specjalistów są jedną z przyczyn stale narastającej pejoratywnej oceny naszej służby zdrowia (7, 10, 18).

W zadaniach testowych, w których problem przedstawiony jest w postaci opisu przypadku symulowanej sytuacji, wymaga właściwego myślenia lekarskiego opartego na wiedzy z zakresu kilku dyscyplin i szybkiej decyzji.

W układaniu lub wyborze zadań testowych kierowano się często doświadczeniami nabytymi w sytuacjach krytycznych (5, 8). Starano się zawsze przestrzegać specyfiki pracy lekarza w warunkach p.o.z.

Uwzględniając wszystkie wymiary zawarte w koncepcji sprawdzianu, a przede wszystkim chorobowości epidemiologicznej i kompetencji, otrzymaliśmy listę złożoną z 128 pytań odpowiadających koncepcji, znaczy to, że większość pytań była trafna.

Zadania testowe wielokrotnego wyboru, z jedną właściwą odpowiedzią i czterema dystraktorami, tworzyła grupa złożona: z pracowników ZPOZ—u, samodzielnych pracowników nauki, adiunktów klinik, ordynatorów p.o.z. i lekarzy poradni ogólnych.

Pośród 402 zadań testowych, z zachowaniem kryteriów wynikających z koncepcji testu, po wielokrotnych i żmudnych konsultacjach i zmianach w treści i formie poszczególnych zadań testowych, wybrano 128, w miarę trafnych, pytań.

2. Sposób przeprowadzania sprawdzianu testowego

Testowi podano 237 studentów rozpoczynających zajęcia na VI roku w ZPOZ w r. 1981. Studenci ci mieli już złożony egzamin z chorób wewnętrznych na V roku. Odbyli 355 godzin ćwiczeń, 50 godzin seminariów i 90 godzin wykładów z chorób wewnętrznych. Należy tu jednak pokreślić, że w trakcie trzyletniego nauczania chorób wewnętrznych nie były prowadzone żadne zajęcia na bazie przychodni, które zbliżyłyby studentów do problematyki interny ambulatoryjnej.

Studenci na pierwszych zajęciach w ZPOZ, z zachowaniem warunków uniemożliwiających porozumiewanie się i korzystanie z jakichkolwiek pomocy, zakreślali jedną z pięciu odpowiedzi na specjalne przygotowanych kartkach. Na każde pytanie były przeznaczone 2 minuty. Trwanie sprawdzianu stanowiło sumę czasu przeznaczanego na odpowiedź na jedno zadanie. Po zakończeniu sprawdzianu karty odpowiedzi przesyłane były do Zakładu Dydaktyki Medycznej Akademii Medycznej w Warszawie, gdzie były opracowywane, wg przygotowanego programu, z wykorzystaniem elektronicznych maszyn cyfrowych.

3. Ocena wiedzy z chorób wewnętrznych i umiejętności posługiwania się nią studentów wydziału lekarskiego rozpoczynających zajęcia na VI roku studiów

Studenci, którzy rozpoczynają zajęcia z chorób wewnętrznych na VI roku mają zaliczone egzaminy z chorób wewnętrznych na V roku. Tak więc ich wiedza i umiejętności w zakresie chorób wewnętrznych są nabywane w ciągu trzech lat studiów na III, IV i V roku. Wspomniano już o reformie studiów na wydziałach lekarskich w Polsce w 1964 r. Przyjętym wówczas celem kształcenia było ogólnolekarskie przygotowanie absolwenta, w tym i do pracy w p.o.z. Należało w związku z tym oczekiwać, że studenci, którzy złożyli egzamin dyplomowy z chorób wewnętrznych, powinni posiadać wiedzę i umieć nią się posługiwać w zakresie odpowiadającym wykształceniu lekarza ogólnego. Jednak oceny własne studentów, dotyczące ich przygotowania do pracy w p.o.z., jak i opinie ordynatorów, czy starszych lekarzy opiekunów stażystów (2, 6, 22, 24) wskazują, że przygotowanie absolwenta nie odpowiada wymaganiom, jakie im stawia p.o.z. Wobec braku w Polsce badań, które by w sposób obiektywny i trafny pozwoliły na ocenę przygotowania absolwentów do pracy w p.o.z., podjęto próbę opracowania narzędzia pomiarowego do tego typu badań oraz przeprowadzania badania nad prawidłowością kształcenia.

Oceniając wynik tego testu, jako całości stanowiącej miarę nabytej przez studentów wiedzy w okresie trzyletniego nauczania chorób wewnętrznych, można stwierdzić, że jest ona nieodpowiednia.

Na podstawie wyników uzyskanych w ocenie ogólnej, żaden student nie odpowiedział prawidłowo na 60% zadań testowych. Wobec tak niskiego poziomu wyników sprawdzianu przyjęto, że z uzyskanego rozkładu kryterium, zaliczenie od 47 pytań, co stanowi tylko 37% całej puli pytań.

Ocenę wiedzy studentów w poszczególnych poddyscyplinach, jednostkach i stanach chorobowych charakteryzują wyniki zawarte w tabeli 1.

Tabela 1. Ocena wiedzy studentów w zakresie poszczególnych poddyscyplin interny, jednostek i stanów chorobowych

| Poddyscypliny interny, stany i jednostki chorobowe | Liczba pytań w grupie | Średnie łatwości pytań w grupie |
|--|-----------------------|---------------------------------|
| Układ krążenia | 31 | 35,1 |
| nadciśnienie tętnicze | 7 | 32,5 |
| choroba wieńcowa | 20 | 39,5 |
| choroby naczyń | 4 | 33,5 |
| Układ oddechowy | 29 | 41,7 |
| ostre choroby | 19 | 45,0 |
| przewlekłe choroby | 10 | 39,0 |
| Układ pokarmowy | 23 | 44,0 |
| choroby wątroby i dróg żółciowych | 11 | 41,0 |
| inne choroby układu pokarmowego | 12 | 46,7 |
| Układ moczowy | 7 | 36,0 |
| Reumatologia | 8 | 37,0 |
| Układ nerwowy | 9 | 43,0 |
| Nowotwory | 14 | 48,5 |
| Przemiana materii i choroby krwi | 7 | 41,5 |

W tabeli tej podana jest również liczba pytań dotyczących poddyscyplin oraz chorób i stanów chorobowych. Wyniki są przedstawione w postaci średniej łatwości pytań w określonej grupie wyrażające się odsetkiem studentów, którzy prawidłowo odpowiedzieli na tę grupę pytań.

Średnie łatwości w grupach pytań, z określonych poddyscyplin i jednostek chorobowych, są najniższe w pytaniach dotyczących układu krążenia – wynoszą bowiem 35. Podkreślić należy, że najniższe wartości w tej poddyscyplinie uzyskali studenci w pytaniach z nadciśnienia tętniczego (średnia łatwość: 32,5). Również wiedza studentów w zakresie chorób reumatycznych, które zajmują 4 miejsce co do częstości przyczyn zgłaszalności do lekarzy p.o.z. jest niska – odpowiada 38. Nieco lepiej odpowiadali studenci na pytania dotyczące chorób układu pokarmowego i chorób nowotworowych. Wartości średniej łatwości pytań wynosiły odpowiednio: 44 i 43.

Interesujący wgląd w zakres posiadanej wiedzy, a zwłaszcza w umiejętności posługiwania się nią, daje rozkład wyników w grupach pytań podporządkowanych kompetencjom lekarza p.o.z.

Tabela 2. Rozkład wyników w grupach pytań oceniających kompetencje lekarza p.o.z.

| Oceniana kompetencja | Średnia łatwość grupy pytań |
|---|-----------------------------|
| Rozpoznanie | 41,0 |
| Postępowanie lecznicze | 40,0 |
| Farmakoterapia | 40,0 |
| Selekcja | 37,0 |
| Złożone kompetencje oceniane za pomocą pytania w formie przypadku klinicznego | 36,5 |

Spośród ocenianych kompetencji stosunkowo lepsze wyniki uzyskali studenci w diagnozowaniu (średnia łatwość – 42). Nieco gorzej przedstawia się zasób wiedzy dotyczącej terapii (średnia łatwość – 41). Niższe wartości odpowiadający uzyskiwali w takich kompetencjach, jak selekcja i rozwiązywanie przypadków, w których średnia łatwość pytań wyniosła odpowiednio – 37 i 36. Uzyskane w sprawozdaniu wyniki potwierdzają dane z badań pośrednich (2, 12, 14, 30, 34) wskazujące na niewłaściwe kształcenie przeddyplomowe lekarzy, jeżeli zakładamy, że kształcenie to ma być ukierunkowane na potrzeby lekarzy p.o.z.

4. Ocena zajęć prowadzonych przez zakład

Do oceny efektywności zajęć p.o.z. wykorzystane zostały wyniki badań przeprowadzonych przez nas w latach 1979/80, 1980/81 oraz 1981/82 (6, 9, 25).

Obejmują one:

- a) ocenę zajęć odbywanych w zakładzie wyrażaną przez studentów,
- b) badania nad motywacjami studentów i ich zmianami do podjęcia pracy lekarzy pierwszego kontaktu przed i po zajęciach w poradniach p.o.z.
- c) ocenę efektywności procesu dydaktycznego na podstawie wyników badania panelowego – sprawdzianu testowego przeprowadzonego przed i po zajęciach odbytych na bazie p.o.z.

A. Ocena w opinii studentów

Celem podjętych badań było uzyskanie oceny odbytych ćwiczeń i seminariów przez studentów z wymieniem korzyści, jakie wynieśli z zajęć odbytych w ZPOZie oraz uzyskanie ewentualnych propozycji dotyczących zmian organizacyjnych i programowych. Informacje te pozwoliły często na bieżące korekty w organizacji procesu dydaktycznego i wprowadzenie nowych elementów do treści programu. Równocześnie umożliwiły ocenę zajęć i kontrolę stosunkowo dużej liczby lekarzy w przychodniach (28–45), którzy nie byli pracownikami naukowo-dydaktycznymi uczelni.

W ostatnim dniu, 4–tygodniowego bloku zajęć, przeprowadzono badanie opinii studentów przy użyciu ankiet anonimowych, w których zawarte były pytania dotyczące oceny odbytych zajęć, korzyści z nich wyniesionych oraz prośba o propozycje dotyczące zmian w programie dydaktycznym zakładu.

W tabeli 3 przedstawiono wyniki dotyczące korzyści jakie wynosili studenci w ZPOZie.

Tabela 3. Korzyści wyniesione z zajęć na VI roku prowadzonych przez ZPOZ wymieniane przez studentów w roku 1980 (N = 163)

| Rodzaj korzyści | Wypowiedzi | |
|---|------------|------|
| | n | % |
| Poznanie pracy lekarza p.o.z. | 59 | 42,3 |
| Utrwalenie wiedzy teoretycznej, zdobycie umiejętności | 56 | 34,4 |
| Samodzielność pracy | 54 | 33,1 |
| Bezpośredni kontakt z chorym | 49 | 30,1 |
| Poznanie dokumentacji w p.o.z. | 43 | 26,4 |
| Poznanie dostępnego asortymentu leków oraz nowych leków | 35 | 21,5 |
| Poznanie postaw pacjentów | 33 | 20,2 |
| Próby kształtowania własnej postawy wobec pacjentów | 28 | 17,2 |
| Poznanie postawy własnej wobec pacjentów | 23 | 14,1 |

Z korzyści wynoszonych z zajęć, spośród 163 studentów, którzy odpowiadali w ankietach, 69 studentów (42,3%) wymieniło poznanie pracy lekarzy p.o.z., 56 (34,4%) utrwalenie wiedzy teoretycznej i umiejętności nabytych w czasie studiów. W następnej kolejności ankietowani wymieniają takie korzyści, jak: zdobywanie samodzielności w pracy i bezpośredni kontakt z chorym: 54 (33,1%) i 49 (30,1%).

Bardzo interesujące i świadczące o właściwym kierunku zajęć są wypowiedzi 35 (21,5%) studentów dotyczące poznania postaw pacjentów oraz poznanie własnych postaw wobec chorego i próby ich kształtowania, co podaje 28 (17,7%) ankietowanych, np.: pozbywanie się lęku w samodzielnym działaniu, ocena swego stanu emocjonalnego wobec chorych i osób zgłaszających się do lekarza p.o.z. z problemami osobistymi nie tylko zdrowotnymi. Studenci wypowiadali się w ankietach, że w dotychczasowym toku studiów nie stykali się z tak szerokim zakresem problemów medycznych i pozamedycznym pacjentów, z jakimi mieli okazję spotkać się w pracy z pacjentami p.o.z. w ambulatorium.

Spośród 211 studentów, którzy odpowiadali na pytania dotyczące oceny ćwiczeń i seminariów odbytych w ZPOZie 77,3% oceniało dobrze i bardzo dobrze organizację i formę ćwiczeń, seminariów – 68,8%. Pod względem merytorycznym, jako dobre i bardzo dobre ćwiczenia – 57,8%, a seminaria – 64,9%.

B. Badania nad motywacjami do podjęcia pracy lekarza pierwszego kontaktu prezentowanymi przez studentów

Przedstawione tu wyniki pochodzą z dwóch cykli badań przeprowadzonych w r. 1980 i 1981. Studenci odpowiadali w anonimowych ankietach na pytania dotyczące decyzji podjęcia pracy w ZPOZ z prośbą o wymienienie powodów wyrażonej decyzji pozytywnej lub odrzucenie perspektywy pracy na stanowisku lekarza p.o.z. W tabeli 4 przedstawiono decyzje co do wyboru pracy w p.o.z. wyrażone przez 210 studentów kończących zajęcia w ZPOZ.

Tabela 4. Dane dotyczące decyzji odnośnie do podjęcia pracy w p.o.z. przez studentów po ukończeniu studiów (rok 1980 N – 201)

| Liczba ankietowanych | Zdecydowanie tak | | Zdecydowanie nie | | Decyzja warunkowa | |
|----------------------|------------------|------|------------------|------|-------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| 201 | 42 | 20,9 | 111 | 55,2 | 48 | 23,9 |

Na podkreślenie zasługuje fakt, że aż ponad 20% ankietowanych zdecydowanie chce pracować w p.o.z., co stanowi znaczny odsetek w stosunku do wyniku badań innych ośrodków (1). Odsetek byłby wyższy, gdyby praca w p.o.z. była połączona z pracą w szpitalu. Taki warunek podaje około 24% studentów. Zdecydowanie nie chce pracować w p.o.z. 111 (52,2%) badanych.

Studenci, którzy wyrażali chęć podjęcia pracy w p.o.z. (tab. 5) uzasadniają swoje stanowisko przede wszystkim większą możliwością samodzielnej pracy – 26 (61,9%) 18 (42,9%) widzi w p.o.z. bliższy kontakt z chorym niż w szpitalu czy klinice.

Tabela 5. Przyczyny, dla których studenci wyrażają chęć podjęcia pracy w p.o.z. (rok 1980 N = 48)

| Motywacje | Ankietowani | |
|--------------------------------------|-------------|------|
| | n | % |
| Samodzielność pracy | 26 | 61,9 |
| Bliższy kontakt z chorym | 18 | 42,9 |
| Możliwość działania profilaktycznego | 9 | 21,4 |
| Wyższe wynagrodzenie | 6 | 21,4 |
| Praca mniej obciążająca zawodowo | 6 | 14,1 |

Zjawiskiem korzystnym, przemawiającym przeciw obiegowym opiniom o naszych absolwentach wydziałów lekarskich, jest fakt, że tylko 6 (14,2%) studentów decyzje podjęcia pracy w opiece podstawowej motywuje wyższym wynagrodzeniem.

Podczas analizy przyczyn, dla których 111 studentów nie chce podjąć pracy w p.o.z. wyraźnie daje się zauważyć wpływ panujących poglądów i przekonań, że o karierze zawodowej i prestiżu przesądza specjalizacja w wąskich dyscyplinach klinicznych.

Tabela 6. Przyczyny, dla których ankietowani studenci VI roku nie decydują się na podjęcie pracy w p.o.z. (rok 1980 N = 111)

| Przyczyny | Ankietowani | |
|--|-------------|------|
| | n | % |
| Mała możliwość specjalizacji | 47 | 42,3 |
| Duża odpowiedzialność | 32 | 28,8 |
| Mała wiedza praktyczna po skończeniu studiów | 30 | 27,0 |
| Duża liczba pacjentów | 30 | 27,0 |
| Monotonność pracy | 19 | 17,1 |
| Zła organizacja pracy w p.o.z. | 9 | 8,1 |

Jako przyczynę odrzucenia perspektyw pracy w p.o.z. 42,3% studentów podaje małą możliwość specjalizacji z chwilą podjęcia pracy w p.o.z. Następne, dwie kolejne przyczyny wpływające na decyzję to: duża odpowiedzialność i mała wiedza praktyczna po ukończeniu studiów (28,8% i 27,0%). Mogą one świadczyć o niewłaściwych programach i metodach kształcenia lekarzy, o czym wspominaliśmy we wstępie opracowania.

Interesująco przedstawiają się dane dotyczące przyczyn negatywnej postawy absolwentów wobec perspektywy pracy w p.o.z., które uzyskaliśmy od studentów VI roku w badaniach przeprowadzonych w roku 1981.

Spośród 235 ankietowanych studentów 117 odrzuca perspektywę pracy w p.o.z. i jako przyczyny wymienia: nieodpowiednie przygotowanie w toku kształcenia przed-dyplomowego (63% ankietowanych) oraz brak realnych możliwości dalszego kształcenia się w warunkach pracy w p.o.z. (53% ankietowanych).

Wyniki badań z r. 1980 przedstawione w tabeli 6, jak i badań z roku 1981, rzucają światło na bardzo ważny problem kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy i mogą być przyczynkiem wskazującym właściwą drogę działania w kierunku podnoszenia motywacji absolwentów w wyborze kariery zawodowej lekarza p.o.z. Problem ten nie jest doceniany przez nauczycieli akademickich i osoby odpowiedzialne za planowanie i programowanie kształcenia podyplomowego lekarzy pracujących w p.o.z.

Obok podstawowego celu kształcenia studentów, na bazie odpowiednio zorganizowanych przychodni rejonowych, poszerzenia ich wiedzy i umiejętności z ukierunkowaniem na p.o.z., jest również zamierzonym działaniem w kierunku podnoszenia ich motywacji do podejmowania pracy w p.o.z. Czy motywacje studentów w wyborze przyszłej pracy ulegają zmianom w toku pierwszego zetknięcia w uczelni ze specyfiką pracy w p.o.z.?

Pozwolimy tu sobie przedstawić fragment naszych badań opublikowanych w r. 1982 (25). 214 studentów odpowiadało w ankietowych badaniach przed i po rozpoczęciu zajęć na bazie przychodni rejonowych. W ankiecie znalazło się pytanie: czy mając swobodny wybór chciałbyś pracować w p.o.z.? Wyniki badań zestawiono w tabeli 7.

Istotnie wzrosła, po odbytych zajęciach, liczba postaw pozytywnych wobec pracy w p.o.z. z 7,6% do 16,4%, a spadła liczba postaw negatywnych z 58,4% do 41,1%. Wzrost i spadek jest zbyt znaczny, żeby tłumaczyć to czynnikami przypadkowymi.

Tabela 7. Teoretyczna postawa studentów wobec przyszłej pracy w p.o.z. (czy mając swobodny wybór chciałby pracować w p.o.z.?)

| Rodzaj odpowiedzi | Częstość z jaką podawano poszczególne rodzaje odpowiedzi | | | |
|--------------------------------|--|-------|--------------|-------|
| | przed zajęciami | | po zajęciach | |
| | n | % | n | % |
| Tak | 16 | 7,6 | 32 | 16,4 |
| Nie | 128 | 58,6 | 82 | 42,1 |
| Nie wiem | 31 | 14,7 | 37 | 19,0 |
| Tak, ale pod pewnymi warunkami | 41 | 19,1 | 44 | 22,5 |
| Razem | 214 | 100,0 | 195 | 100,0 |
| Brak danych | 4 | — | — | — |

C. Ocena nabytej wiedzy z chorób wewnętrznych z ukierunkowaniem na p.o.z. w trakcie zajęć prowadzonych przez ZPOZ

Dla oceny efektywności zajęć, które odbywali studenci VI roku w ZPOZ, wg organizacji i programu już przedstawionego, postanowiono dokonać pomiaru ewentualnego przyrostu wiedzy i umiejętności posługiwania się nią przez studentów, którzy odbyli blok „ćwiczenia i seminaria na bazie p.o.z.”. Do tego celu wykorzystano ten sam sprawdzian, który oceniał wiedzę przed zajęciami.

Sposób przeprowadzania badania był identyczny jak zastosowany przed zajęciami, i który został już opisany.

Za miarę efektywności odbytych zajęć w ZPOZ przyjęto pytania średniej łatwości w grupach pytań podzielonych wg kompetencji (tabela 8) oraz wg poddyscyplin, jednostek i stanów chorobowych (tabela 9).

W zakresie kompetencji uzyskano po zajęciach zwiększenie wiedzy od 6,0 do 15,0% – największe w farmakoterapii. Wynosiła ona 15%. Studenci wykazali się większą wiedzą w zakresie stosowanych najczęściej leków, ich działania ubocznego, doboru, w zależności od takich stanów, jak np. starość czy ciąża.

Po odbytych zajęciach obserwowano również u studentów zwiększenie umiejętności rozpoznawania (11%) oraz umiejętności terapeutycznych (13%). Wyraźnie mniejszy

Tabela 8. Wyniki pre- i post-testu oraz efektywności wyrażonych przez % średniej łatwości pytań w grupach reprezentujących kompetencje lekarza p.o.z. (1981 N = 237)

| Badana kompetencja | Średnia łatwość w % | | Efektywność 1-2 |
|---|---------------------|---------------|--------------------|
| | w pre-teście | w post-teście | |
| Rozpoznawanie | 41,0 | 52,0 | 11,0 |
| Leczenie | 40,0 | 53,5 | 13,0 |
| Farmakoterapia | 40,0 | 55,0 | 15,0 |
| Selekcja | 37,0 | 43,0 | 6,0 |
| Rozwiązywanie problemów w postaci przypadków | 36,5 | 45,5 | 9,5 |

przyrost wiedzy wykazano w grupach pytań dotyczących takich kompetencji, jak rozwiązywanie problemów klinicznych w przedstawionych w formie „przypadków” (średni przyrost łatwości pytań wynosił tu 9,5%) oraz selekcji – 6%. Selekcja i rozwiązywanie problemów klinicznych poszczególnych przypadków na pewno są dla studentów trudniejsze. Wymagają one większego doświadczenia, wiedzy zintegrowanej oraz bardziej złożonego myślenia lekarskiego.

Uzyskany przez studentów przyrost wiedzy w poszczególnych poddyscyplinach, jednostkach lub grupach jednostek chorobowych przedstawiono w tabeli 9.

Przyrost wiedzy wahał się w granicach od 18,5% do 4,5%. Najwyższy dotyczył: problematyki nadciśnienia tętniczego oraz chorób układu moczowego. W obu grupach pytań przyrost średniej łatwości pytań wyniósł 18,5%.

W zakresie grupy chorób reumatycznych przyrost wynosił 16,5%, ostrych chorób układu oddechowego, chorób przemiany materii i krwi po 13%. Należy sądzić, że różnice w przyroście wiedzy spowodowane są ukierunkowanymi seminariami i ćwiczeniami w poradniach ogólnych i specjalistycznych, w których studenci częściej stykali się z problemem nadciśnienia tętniczego, ostrych chorób układu oddechowego i chorób reumatologicznych.

Średnia całkowita efektywność bloku zajęć, odbytych na bazie w p.o.z., wyniosła 10,7% przyrostu wiedzy, co stanowi pewien sukces, zwłaszcza, gdy bierze się pod uwagę stosunkowo krótki okres trwania zajęć.

Przedstawione wyniki wskazują na następujące ważne problemy:

- potrzebę ukierunkowania nauczania w podstawowej opiece zdrowotnej w przed-dyplomowym kształceniu lekarzy, w celu zapewnienia temu kształceniu zgodności z dynamicznie wzrastającymi potrzebami współczesnej medycyny,

- wyższą efektywność kształcenia w warunkach zbliżonych do warunków przyszłej pracy absolwenta. Zrealizowane to zostało dzięki nauczaniu w lecznictwie otwartym i udziałowi pracujących tam lekarzy poradni ogólnych,

- implikacje naszych wyników prowadzą do konieczności zmiany całości systemu nauczania. Elementy nauczania dla p.o.z. powinny już od pierwszego roku studiów być ich ważną nicią przewodnią, tak aby utrzymać i wzmacniać motywację do pracy w p.o.z. po ukończeniu studiów.

Tabela 9. Wyniki pre- i post-testu oraz efektywność odbytych zajęć w ZPOZ wyrażone w średnich łatwości pytań (1981 r. N = 237)

| | Liczba pytań | Średnia łatwość pytań % | | Efektywność 1-2 |
|--|--------------|-------------------------|--------|-----------------|
| | | 1 pre | 2 post | |
| Układ krążenia | 31 | 35,1 | 47,8 | 12,7 |
| w tym: nadciśnienie tętnicze | 7 | 32,5 | 51,0 | 18,5 |
| choroba wieńcowa | | | | |
| i inne choroby serca | 20 | 39,5 | 50,5 | 11,0 |
| choroby naczyń | 4 | 33,5 | 42,0 | 8,5 |
| Układ oddechowy | 29 | 41,7 | 53,5 | 11,8 |
| w tym: ostre choroby układu oddechowego | 19 | 45,0 | 58,0 | 13,0 |
| przewlekłe choroby układu oddechowego | 10 | 39,0 | 49,5 | 10,5 |
| Układ trawienny | 23 | 44,0 | 49,0 | 5,0 |
| w tym: choroby wątroby i układu żółciowego | 11 | 41,0 | 46,5 | 5,5 |
| inne choroby układu pokarmowego | 12 | 46,7 | 51,5 | 4,5 |
| Choroby układu moczowego | 7 | 36,0 | 54,5 | 18,5 |
| Choroby reumatoidalne | 8 | 37,0 | 53,5 | 16,0 |
| Choroby układu nerwowego | 9 | 43,0 | 55,5 | 12,5 |
| Nowotwory | 14 | 48,5 | 58,5 | 10,0 |
| Choroby przemiany materii i krwi | 7 | 41,5 | 54,0 | 13,0 |
| | 128 | | | |

Praca ta została zrealizowana dzięki pomocy finansowej funduszu Marii Skłodowskiej-Curie z projektu Nr 05-177-R współpracy polsko-amerykańskiej koordynowanego przez Zakład Dydaktyki AM w Warszawie.

Piśmiennictwo

1. Baranowicz K.: Postawy absolwentów studiów medycznych wobec prac w różnych instytucjach służby zdrowia. *Probl. Szkoln. i Nauk Med.* 1980, 5, 3.
2. Bejnarowicz J.: Młodzi lekarze o swoim przygotowaniu do zawodu. PWN, Warszawa 1970.
3. Giacalone J.J., Hudson J.J.: Primary Care Education Trends in U.S. Medical Schools and Teaching Hospitals. *J.M. Educ.*, 1977, 52, 971.
4. Górnicki B., Tatoń J.: Określenie celów nauczania w studiach medycznych. *Biul. AM w Warszawie* 1971, 1, 75.
5. Guilbert J.J.: Cele kształcenia. *Zarys pedagogiki medycznej.* PZWL, Warszawa 1983.
6. Hebanowski M. i wsp.: Wstępna ocena działalności dydaktyczno-wychowawczej ZPOZ Instytutu Chorób Wewnętrznych AMG. *Probl. Szkoln. Nauk Med.* 1980, 3, 39.
7. Hebanowski M.: Wybrane problemy podstawowej opieki zdrowotnej. *Psychoterapia* 1982, 43, 9.
8. Hebanowski M., Koseda M.: Koncepcja testowego sprawdzianu wiedzy w nauczaniu chorób wewnętrznych w podstawowej opiece zdrowotnej. *Problemy Dydaktyki Medycznej i Wychowania*, Poznań 1983, 14, 157.
9. Hebanowski M. i wsp.: Ordynatorzy podstawowej opieki zdrowotnej i ich rola w kształceniu lekarzy. *Probl. Szkoln. Nauk Med.* 1984, 2, 15.
10. Indulski J. i wsp.: Opieka zdrowotna w Polsce, próba oceny kierunków usprawnienia. *Zdr. Publ.* 1981, 92, 11.
11. Janek J.J., Gruszecka B.: *Medycyna przyszłości.* *Probl. Szkoln. Nauk Med.*, 1980, 1, 9.
12. Kaliszuk-Makles T.: Egzamin końcowy z medycyny jako próba oceny efektywności studiów na wydziale lekarskim. *Praca doktorska.* Warszawa 1982.
13. Kamionkowska A.: Opinie kierowników dydaktycznych o złożonym celu studiów lekarskich. *Probl. Szkoln. Nauk Med.* 1978, 1, 1.
14. Kamionkowska A.: Realizacja założonych treści nauczania w opiniach kierowników dydaktycznych przedmiotów wykładanych na wydziałach lekarskich. *Probl. Szkoln. Nauk Med.* 1978, 1, 7.
15. Kielanowski T.: O potrzebie wykształcenia ogólnolekarskiego i humanistycznego studentów medycyny. *Kwart. AM w Warszawie* 1975, 1, 21.
16. Klasyfikacja chorób, urazów i przyczyn zgonów. *Orzecznictwo o czasowej niezdolności do pracy.* PZWL Warszawa 1959.
17. Kostrzewski J., Branowitzer Z.: Zgłoszenia do lekarza i zachorowania w Polsce (VII 1967 – VI 1968). *Przegl. Epid.*, 1973, 27, 4.
18. Nejno-Borkowska U.: Wykorzystanie ambulatoryjnej opieki lekarskiej na tle ewolucji potrzeb zdrowotnych mieszkańców Warszawy w latach 1970–79. *Praca doktorska.* Warszawa 1982.
19. Pittman J.G., Barr D.M.: Undergraduate Education in Primary Care – The Rockford Experience. *J.M. Educ.* 1977, 52, 982.
20. Primary Health Care – from Theory to Action. Report on a WHO Symposium, Kuopio (Finland) 30 XI – 3 XII 1981, wyd. Regional Office for Europe WHO, Copenhagen 1982.
21. Primary Health Care. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6–12 IX 1978.
22. Przybył L. i wsp.: Działalność dydaktyczna i organizacja Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej Instytutu Chorób Wewnętrznych AM w Poznaniu. *Probl. Szkoln. Nauk Med.*, 1984, 1, 35.
23. Role of Medical Schools in Delivery of Health Care System. *Proceeding of Symposium*, 1–10 XI 1977, North Carolina Medical Schools, Warsaw 1978.
24. Rzepecka-Koniarek G. i wsp.: Opinie absolwentów wydziałów lekarskich akademii medycznych o wybranych aspektach swego przygotowania do zawodu lekarza. *Probl. Szkoln. Nauk Med.*, 1979, 1, 1.
25. Sieliwończyk P., Olszewska K., Hebanowski M.: Perspektywa pracy w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej w ocenie studiów ostatniego roku Wydziału Lekarskiego AM w Gdańsku. *Probl. Szkoln. Nauk Med.*, 1982, 1–2, 17.
26. Stefanowski M., Indulski J., Wojciechowska Z.: Wyniki badań ankietowych na temat przed-dyplomowego przygotowania do zawodu lekarskiego. *Pol. Tyg. Lek.* 1971, 26, 6 690.
27. Stuart K.: Health for All. Its Challenge for Medical Schools. *Lancet*, February 1984, 1, 441.
28. Sułkowski H.: Diagnostyka kliniczna a diagnozowanie w lecznictwie podstawowym. *Pol. Tyg. Lek* 1980, 35, 16, 595.

29. Sułkowski H.: Podstawowa opieka zdrowotna jako dziedzina medycyny. Zdr. Publ. 1982, 9, 387.
30. Świątkowska K.: Staż podyplomowy w wypowiedziach ankietowanych lekarzy stażystów. Probl. Szkoln. Nauk Med. 1977, 2, 73.
31. Świątkowska K., Wasyluk J.: Kształcenie na stanowisko lekarza środowiskowego – zespół wymaganych kompetencji. CMKP Warszawa 1979.
32. Tysarowski W.: Tendencje rozwojowe szkolenia lekarzy ze szczególnym uwzględnieniem roli samokształcenia. Pol. Tyg. Lek. 1971, 31, 1207.
33. Tysarowski W.: Rola pedagogiki medycznej w procesie kształcenia. Probl. Szkoln. Nauk Med., 1977, 3, 3, 19.
34. Tysarowski W.: Nie ma śladu reformy (wywiad). Nowy Medyk, 1983, 30, 5, 3.
35. Vuletić A.: Undergraduate Teaching by General Practitioners. Medical Education Bulletin Regional Office for Europe. Copenhagen WHO 1966.
36. Williamson J.W., Marshall A., Miller G.E.: Priorities in Patient Care Research and Continuing Medical Education. J.A.M.A., 1968, 204, 303.
37. Wojtczak A.: Aktualne zadania w zakresie kształcenia przeddyplomowego kadr lekarskich w świetle potrzeb ochrony zdrowia. Probl. Szkoln. Nauk Med. 1977, 3, 11.

Tadeusz GAŁAMON, Ewa BRZEZIŃSKA

ZINTEGROWANE NAUCZANIE CHEMII OGÓLNEJ W POMORSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ W SZCZECINIE*

Zakład Chemii Ogólnej Katedry Biochemii Pomorskiej Akademii Medycznej

Chemia ogólna, w ramach przedmiotu biochemia z elementami chemii, na wydziałach lekarskich akademii medycznych jest nauczana, z nielicznymi wyjątkami, w ciągu I i II semestru I roku studiów.

Wymiar czasowy nie jest ściśle ustalony. W Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie zestawienie godzinowe zajęć z chemii ogólnej przedstawiono w tabeli 1.

| Kierunek studiów | Liczba godzin wykładów | Liczba godzin ćwiczeń | Razem |
|------------------|------------------------|-----------------------|-------|
| Medycyna | 34 | 75 | 109 |
| Stomatologia | 34 | 60 | 94 |

Od 1981 r. program nauczania chemii ogólnej w Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie jest ściśle zintegrowany z biologią (I rok), histologią z embriologią (I–II rok) i z biochemią (II rok studiów), co z jednej strony wyklucza powtarzanie, a z innej strony

* Wykład wygłoszony w dn. 7 marca 1985 r. podczas kursu nt. „Rola nauk podstawowych w kształceniu medycznym. Sposoby oceniania działalności dydaktyczno-wychowawczej nauczycieli w kształceniu medycznym” w Zakładzie Dydaktyki Medycznej Akademii Medycznej w Warszawie.

uzupełnia luki w wykładanym materiale z tych czterech przedmiotów. Program zdał, jak się wydaje, praktyczny egzamin (1).

Biorąc pod uwagę przygotowanie z chemii w zakresie szkoły średniej, na podstawie ostatnio wydanych podręczników dla klas o profilu biologiczno–chemicznym, z których rekrutują się w głównej mierze studenci medycyny i stomatologii (2), zrezygnowano z wykładania elementarnego materiału, który zalecano do powtórzenia raz jeszcze we własnym zakresie.

Natomiast unowocześniono, „umedyczniono” i rozszerzono bądź opracowano rozdziały nigdy dotychczas nie wykładane w ramach chemii ogólnej, co wynika ze wspomnianej integracji. Odpowiada to również nowoczesnym trendom nowo przygotowanego programu studiów medycznych w Polsce.

Zagadnienie nauczania chemii ogólnej na wydziale lekarskim i oddziale stomatologicznym akademii medycznej budzi wiele wątpliwości zarówno wśród nauczających, jak i nauczanych, powodując narastanie potrzeby dyskusji na ten temat.

Zdecydowana większość studentów medycyny i stomatologii uważa, że chemia ogólna stanowi naukę pomocniczą, a nawet zbędną. Nie można, ich zdaniem, przeładowywać programu studiów zbyt wielką ilością materiału.

Gdyby jednak ograniczyć się do wiadomości z chemii ogólnej, które wykorzystuje lekarz w swojej codziennej praktyce, to zakres potrzebnej mu wiedzy mieściłby się w niewielu godzinach nauczania. Takie uproszczone podejście do zagadnienia nie uwzględnia jednak faktu, że student medycyny i stomatologii potrzebuje także pewnych ogólnych wiadomości zarówno dla zrozumienia innych przedmiotów, takich jak: biochemia, fizjologia, biologia, histologia z embriologią, a także biochemia kliniczna, diagnostyka laboratoryjna, jak też i dla zrozumienia przedmiotów klinicznych.

Z drugiej jednak strony, należy uwzględnić zakres wiadomości, jakie student wynosi ze szkoły średniej. Doświadczenia akademii medycznych wykazują, że zakres znajomości chemii, mimo niezłych, wydanych ostatnio podręczników, u absolwentów szkół średnich jest, z nielicznymi wyjątkami, bardzo skromny (3). Ale nie można nauczania chemii ogólnej prowadzić jako rozwinięcia i kontynuacji programu szkół średnich.

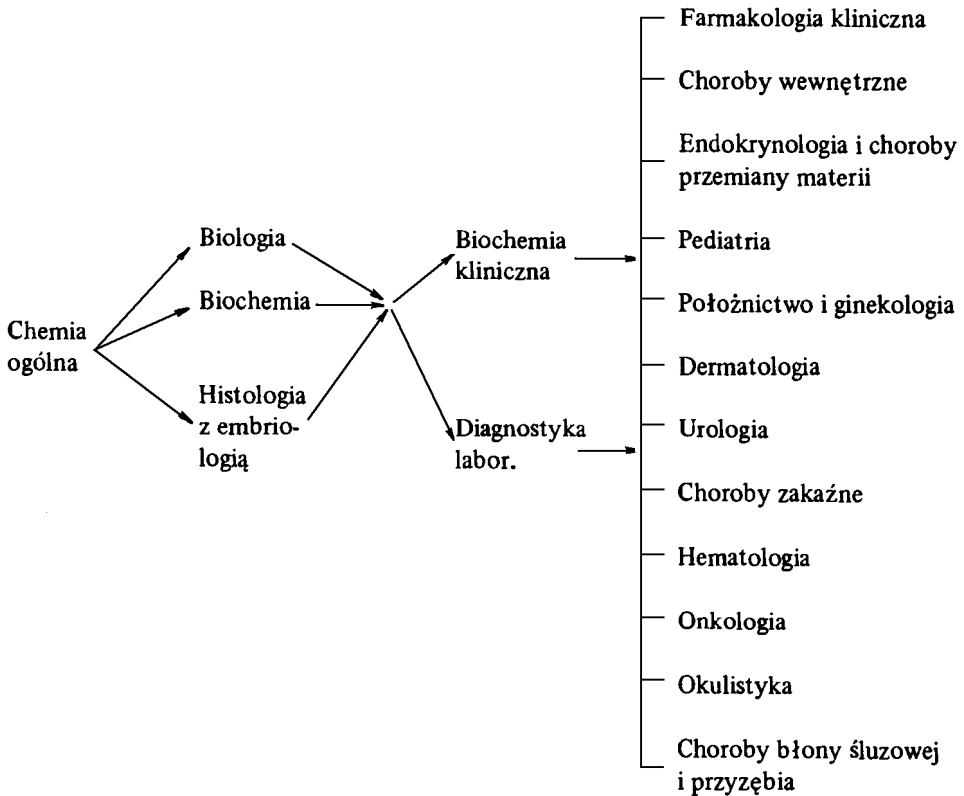
Autor, będąc długoletnim nauczycielem akademickim w Katedrze Chemii Ogólnej i Fizjologicznej, a następnie w Zakładzie Biochemii Akademii Medycznej w Łodzi, realizuje z powodzeniem nauczanie chemii ogólnej na I roku studiów, wykładając podstawy nowoczesnej chemii (zamiast tradycyjnie pojmowanej chemii nieorganicznej i fizycznej) i biochemii statycznej (zamiast tradycyjnej chemii organicznej), zintegrowane z biochemią, biologią i histologią z embriologią.

Znajomość tych zasad powinna umożliwić i ułatwić zrozumienie aktywności biologicznej, a także przygotować studentów do zrozumienia poszczególnych zjawisk biochemicznych, z którymi spotykają się w czasie nauki przedmiotów klinicznych.

Problematyka chemiczna odgrywa dużą rolę w medycynie, ponieważ dostarcza wiadomości o sposobie i skutkach działania leków i ich metabolitów w organizmie człowieka. Posiadanie obszerniejszej wiedzy chemicznej pozwala prawidłowo interpretować i zrozumieć zjawiska nowe, paradoksalne lub niepożądane.

Zarówno chemia, jak i biochemia są naukami przyrodniczymi, które zajmują się badaniem i wyjaśnianiem całości kształtu procesów chemicznych dokonujących się w organizmach żywych.

Szybki rozwój biochemii, datujący się od lat dwudziestych obecnego stulecia, sprawił, że wiele dyscyplin naukowych, jak np.: biologia, genetyka, cytologia, histologia, nauka



o ewolucji, mikrobiologia, fizjologia, żywienie człowieka, farmakodynamika, a przede wszystkim nauki kliniczne, zyskało nowe, biochemiczne metody badań. Pozwalają one na bardziej precyzyjne formułowanie zagadnień badawczych i ściślejszą integrację wyników poszukiwań naukowych.

Nauczanie biochemii bez podstaw chemii ogólnej natrafia na pewne trudności natury dydaktycznej. Zrozumienie procesów biochemicznych wymaga znajomości budowy cząsteczkowej i właściwości chemicznych substratów ulegających przemianie oraz biokatalizatorów wpływających na szybkość i kierunek reakcji. Dalej konieczna jest znajomość fizycznych i chemicznych warunków środowisk komórkowych i tkankowych, a także znajomość wpływów różnych aktywatorów i inhibitorów na przebieg procesu biochemicznego. Zagadnienie jest tym bardziej złożone, że każdy proces biochemiczny powiązany jest z wieloma innymi procesami ustroju.

Zgodnie z założeniami ramowego programu „zadaniem chemii ogólnej jest wyrobienie u słuchaczy umiejętności potrzebnych do realizowania programu nauczania biochemii”. Ta zaś odgrywa zasadniczą rolę w medycynie, umożliwiając zrozumienie zjawisk zachodzących w organizmie człowieka i odróżnianie – za pomocą analiz biochemicznych – stanów fizjologicznych od stanów patologicznych; stanowi podstawę lekarskiej diagnostyki, stwarza możliwości korygowania wad rozwojowych i leczenia chorób związanych z przemianą materii i energii.

Chemia ogólna bowiem, jako przedmiot nauczania, nie jest zbiorem wiadomości, lecz metodą zdobywania wiedzy. Dlatego też autor proponuje następujący program wykładów z chemii ogólnej na I roku studiów, w zasadzie w ramach godzin wyznaczonych programem ściśle zintegrowanym, jak już wspomniano, z biochemią, biologią i histologią z embriologią. Należy tu z naciskiem podkreślić, że nawet najlepszy podręcznik lub skrypt nie zastąpi żywego słowa wykładu i bezpośredniego kontaktu studentów z wykładowcą. Co roku bowiem wykłady z chemii ogólnej są uzupełniane nowymi danymi źródłowymi, których studenci nie znajdują w żadnych dostępnych podręcznikach. Z tym ramowym programem zsynchronizowane są, w ramach możliwości, ćwiczenia laboratoryjne i seminaria, na których studenci są oceniani.

Końcowe zaliczenie chemii ogólnej odbywa się na podstawie odpowiedzi pisemnych („esejowych”) na 10 pytań, różnych dla medycyny i stomatologii; obecnie, z przyczyn technicznych, zrezygnowano z testów.

W końcowym zaliczeniu chemii ogólnej bierze się także pod uwagę całoroczne postępy studentów. Średnia ocena z chemii ogólnej po I roku ma istotny wpływ na końcowy stopień z biochemii z elementami chemii po II roku studiów.

CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA KONSPEKTU WYKŁADÓW Z CHEMII OGÓLNEJ

Wykład I

1. Wprowadzenie do chemii ogólnej

- 1.1. Powtórzenie wiadomości z chemii elementarnej.
 - 1.2. Przydatność chemii ogólnej w medycynie i stomatologii
 - 1.3. Międzynarodowy układ jednostek miar SI
 - 1.4. Nowa definicja mola
 - 1.5. Masa cząsteczkowa (względna masa cząsteczkowa)
 - 1.6. Najważniejsze cząsteczki
 - 1.7. Nowa definicja równoważnika chemicznego
 - 1.8. Nowe zapisy dawnych równoważników chemicznych
- Pytania i zadania kontrolne do wykładu I

Wykład II

2. Wiązania chemiczne

- 2.1. Podział pierwiastków na elektro–ujemne i elektro–dodatnie
- 2.2. Trwałość wiązań – energia wiązań
- 2.3. Teoria elektronowa wiązania chemicznego
- 2.4. Wiązania jonowe (elektrowalencyjne)
- 2.5. Wiązania atomowe (kwalencyjne)
- 2.6. Wiązania atomowe spolaryzowane (kwalencyjne spolaryzowane)
- 2.7. Wiązania koordynacyjne
- 2.8. Wiązania wodorowe (protonowe)
- 2.9. Wiązania międzycząsteczkowe (van der Waalsa)

Wykład III**3. Wiązania chemiczne c. d.**

- 3.1. Wiązania niezlokalizowane
- 3.2. Wiązania metaliczne
- 3.3. Wiązania hydrofobowe
- 3.4. Wiązania klatratowe (klatkowe)
- 3.5. Kierunki wiązań chemicznych w przestrzeni
- 3.6. Stany wzbudzone
- 3.7. Hybrydyzacja typu sp
- 3.8. Hybrydyzacja typu sp^2
- 3.9. Hybrydyzacja typu sp^3

Pytania i zadania kontrolne do wykładu II i III

Wykład IV**4. Procesy utleniania i redukcji**

- 4.1. Tradycyjne i nowe zapisy reakcji red–ox
- 4.2. Równoważnik chemiczny w reakcjach red–ox
- 4.3. Biochemiczne znaczenie procesów red–ox
- 4.4. Zarys utleniania biologicznego

Pytania i zadania kontrolne do wykładu IV

Wykład V**5. Kinetyka chemiczna i kataliza**

- 5.1. Szybkość reakcji chemicznych
- 5.2. Częsteczkowość i rzędowość reakcji
- 5.3. Odwracalność reakcji i równowaga chemiczna
- 5.4. Wpływ warunków zewnętrznych na stan równowagi chemicznej
 - 5.4.1. Wpływ temperatury
 - 5.4.2. Wpływ stężenia
 - 5.4.3. Wpływ środowiska
 - 5.4.4. Wpływ katalizatora
- 5.5. Kataliza
- 5.6. Reakcje autokatalityczne
- 5.7. Aktywatory enzymatyczne
- 5.8. Inhibitory enzymatyczne

Pytania i zadania kontrolne do wykładu V

Wykład VI**6. Roztwory**

- 6.1. Roztwory koloidowe
 - 6.1.1. Właściwości roztworów koloidowych
 - 6.1.2. Przykłady roztworów koloidowych
- 6.2. Protonowe teorie kwasów i zasad

- 6.2.1. Autoprotoliza
 - 6.3. Wzmianka o koncepcji Lewisa
 - 6.4. Iloczyn jonowy wody
 - 6.5. Pojęcie pH
 - 6.6. Roztwory buforowe
 - 6.7. Pojemność buforowa
 - 6.8. Siła jonowa
 - 6.9. Iloczyn rozpuszczalności
 - 6.10. Efekt wspólnego jonu
- Pytania i zadania kontrolne do wykładu VI

Wykład VII

7. Związki organiczne z grupą funkcyjną – OH
- 7.1. Alkohole
 - 7.1.1. Właściwości fizyczne alkoholi
 - 7.2.1. Właściwości chemiczne alkoholi
 - 7.1.3. Metody otrzymywania alkoholi
 - 7.1.4. Alkohole dwu, trój- i wielowodorotlenowe
 - 7.2. Fenole
 - 7.2.1. Fenol
 - 7.2.2. Fenole wielowodorowe
 - 7.3. Enole
 - 7.4. Etery
- Pytania i zadania kontrolne do wykładu VII

Wykład VIII

8. Związki z grupą funkcyjną C = O
- 8.1. Aldehydy i ketony
 - 8.1.1. Aldehydy
 - 8.1.2. Najważniejsze metody otrzymywania aldehydów
 - 8.1.3. Właściwości fizyczne aldehydów
 - 8.1.4. Właściwości chemiczne aldehydów
 - 8.1.5. Ketony
 - 8.1.6. Najważniejsze metody otrzymywania ketonów
 - 8.1.7. Właściwości fizyczne ketonów
 - 8.1.8. Właściwości chemiczne ketonów
 - 8.1.9. Odróżnianie aldehydów od ketonów
 - 8.2. Tworzywa sztuczne stosowane w medycynie i stomatologii
- Pytania i zadania kontrolne do wykładu VIII

Wykład IX

9. Kwasy karboksylowe i niektóre ich pochodne
- 9.1. Właściwości fizyczne
 - 9.2. Właściwości chemiczne

- 9.3. Kwasy alifatyczne monokarboksylowe
 - 9.3.1. Niektóre kwasy aromatyczne monokarboksylowe
 - 9.4. Kwasy alifatyczne polikarboksylowe
 - 9.4.1. Niektóre kwasy aromatyczne polikarboksylowe
 - 9.5. Estry kwasów karboksylowych
 - 9.6. Feromony
- Pytania i zadania kontrolne do wykładu IX

Wykład X

10. Związki heterocykliczne

- 10.1. Pierścienie pięciocząonowe z jednym heteroatomem
 - 10.2. Pierścienie pięciocząonowe z dwoma heteroatomami
 - 10.3. Pierścienie sześciocząonowe z jednym heteroatomem
 - 10.4. Pierścienie sześciocząonowe z dwoma heteroatomami
 - 10.4.1. Zasady pirymidynowe i pochodne
 - 10.5. Pierścienie skondensowane z heteroatomami
 - 10.6. Zasady purynowe i pochodne
 - 10.7. Energia swobodna
- Pytania i zadania kontrolne do wykładu X

Wykład XI

11. Aminokwasy

- 11.1. Właściwości fizyczne aminokwasów
 - 11.2. Podział aminokwasów
 - 11.3. Właściwości chemiczne aminokwasów
 - 11.3.1. Tworzenie wiązania peptydowego
 - 11.3.2. Dekarboksylacja aminokwasów
 - 11.3.3. Dezaminacja aminokwasów
 - 11.4. Stężenia aminokwasów w surowicy krwi
 - 11.5. Aminokwasy egzo- i endogenne
 - 11.6. Aminokwasy gliko- i ketogenne
- Pytania i zadania kontrolne do wykładu XI

Wykład XII

12. Oligo- polipeptydy, białka

- 12.1. Oligopeptydy
- 12.1.1. Glutation
- 12.1.2. Endorfiny i enkefaliny
- 12.1.3. Angiotensyna II
- 12.1.4. Bradykinina
- 12.1.5. Oksytocyna
- 12.1.6. Wazopresyna
- 12.2. Polipeptydy
- 12.2.1. Gramicydyna S

12.2.2. Substancja P

12.2.3. Glukagon

12.2.4. Hormon adrenokortykotropowy

12.2.5. Insulina

12.3. Białka

12.3.1. Podział białek w oparciu o charakterystykę strukturalną

12.3.2. Podział białek w oparciu o funkcje biologiczne

12.3.3. Właściwości fizyczne białek

12.3.4. Właściwości chemiczne białek

12.3.5. Masa cząsteczkowa białek

12.3.6. Struktura przestrzenna białek

12.3.7. Białka pełno- i niepełnowartościowe, zapotrzebowanie dietetyczne

12.3.8. Punkt izoelektryczny, właściwości amfoteryczne, rozpuszczalność białek

12.3.9. Denaturacja, hydroliza białka

12.3.10. Ciśnienie osmotyczne i koloidoosmotyczne

12.3.11. Białka osocza krwi i metody ich rozdziału

Pytania i zadania kontrolne do wykładu XII

Wykład XIII

13. Kwasy nukleinowe

13.1. Kwasy rybonukleinowe

13.1.1. Odmiany kwasów rybonukleinowych

13.2. Kwasy dezoksyrybonukleinowe

13.3. Struktura i biologiczne znaczenie lewoskrętnych sekwencji kwasu dezoksyrybonukleinowego

13.4. Kwas dezoksyrybonukleinowy jako składnik chromosomów – chromatyna

13.5. Możliwe struktury kwasów dezoksyrybonukleinowych

13.6. Katabolizm kwasów nukleinowych

13.7. Informacja genetyczna

13.8. Kod genetyczny

13.9. Genetyczne cechy niektórych chorób

Pytania i zadania kontrolne do wykładu XIII

Wykład XIV

14. Biosynteza białka

14.1. Mechanizm biosyntezy białka

14.2. Regulacja biosyntezy białka

14.3. Wpływ antybiotyków na biosyntezę białka

14.4. Mutacje genowe i mechanizmy naprawcze

14.5. Elementy inżynierii genetycznej

14.6. Cele inżynierii genetycznej

Pytania i zadania kontrolne do wykładu XIV

Wykład XV**15. Sacharydy – cukrowce**

- 15.1. Monosacharydy
 - 15.1.1. Właściwości fizyczne
 - 15.1.2. Właściwości chemiczne
- 15.2. Triozy
- 15.3. Tetrozy
- 15.4. Pentozy
- 15.5. Heksozy
- 15.6. Skręcalność właściwa
- 15.7. Mutarotacja
- 15.8. Cukier inwertowany
- 15.9. Utlenianie monosacharydów
- 15.10. Redukcja monosacharydów
- 15.11. Bisacharydy
- 15.12. Polisacharydy

Pytania i zadania kontrolne do wykładu XV

Wykład XVI**16. Lipidy – tłuszczowce**

- 16.1. Tłuszcze właściwe
 - 16.1.1. Właściwości fizyczne
 - 16.1.2. Właściwości chemiczne
- 16.2. Ważniejsze wielonienasycone kwasy tłuszczowe
- 16.3. Prostaglandyny
- 16.4. Mydła i detergenty
- 16.5. Woski
- 16.6. Fosfolipidy

Pytania i zadania kontrolne do wykładu XVI

Wykład XVII**17. Zakończenie**

- 17.1. Podsumowanie
- 17.2. Uwagi końcowe
- 17.3. Informacja o zaliczaniu biochemii z elementami chemii.

Literatura obowiązkowa

1. Tadeusz Gałamon: Wykłady z chemii ogólnej dla studentów medycyny i stomatologii. PAM Szczecin 1984.
2. Lech Pajdowski: Chemia ogólna. PWN Warszawa 1981.
3. Bronisław Filipowicz i Władysław Więckowski: Biochemia, t. I, PWN Łódź, Warszawa 1983 (od str. 13 do str. 331).
4. Praca zbiorowa: Ćwiczenia z chemii ogólnej i fizjologicznej pod red. Włodzimierza Ostrowskiego i Bronisława Filipowicza, PZWL, Warszawa 1980.

Literatura zalecana

1. Stefan Kotkowski i Konstanty Chmielewski: Ćwiczenia i seminaria z chemii ogólnej. Skrypt dla studentów PAM, Szczecin 1977.

2. Klaus Beyermann: Chemia dla studentów medycyny. PZWL. Warszawa 1978.

3. Tadeusz Lipiec, Zdzisław S. Szmal: Chemia analityczna z elementami analizy instrumentalnej. PZWL. Warszawa 1980.

4. Wacław Minakowski: Biochemia kręgowców. PWN. Warszawa 1981 (od str. 42 do str. 112 i od str. 277 do str. 292).

Przykład zestawu pytań opisowych na zaliczenie chemii ogólnej (biochemia z elementami chemii) dla studentów I roku studiów I Wydziału Lekarskiego Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie.

1. Co to jest wiązanie wodorowe i jak ono powstaje? Podać 2 przykłady.

2. Uzupełnić poniższe równanie:



Napisać równanie połówkowe, wskazać utleniacz i reduktor oraz wskaźnik(i) miareczkowania.

3. Co to są bufony? W oparciu o odpowiednie równanie reakcji objaśnić mechanizm działania buforu fosforanowego w organizmie człowieka.

4. Narysować wzór strukturalny dGTP. Jakie związki chemiczne otrzyma się w wyniku totalnej hydrolizy dGTP? Podać pełną nazwę dGTP i jego funkcję biologiczną.

5. W procesie transkrypcji powstał łańcuch mRNA, którego fragment ma postać:
5' - A - A - G - U - C - A - U - U - C - 3'.

Narysować sekwencję nukleotydów odpowiadającego dwuniciowego fragmentu DNA.

6. Narysować wzór strukturalny trójpeptydu:

γ - glutamyl - cysteinyl - glicyny (glutationu)

Zaznaczyć wiązania peptydowe, podać skrócony zapis tego trójpeptydu i jego znaczenie biologiczne.

7. Co to jest struktura drugo- i trzeciorzędowa białka? Jakie siły utrzymują tę strukturę?

8. Naszkicować i objaśnić schemat biosyntezy białka u eukariontów.

9. Narysować wzór strukturalny β -D-galaktopiranozy. W jakim bisacharydzie występuje ten związek i dlaczego bisacharyd ten jest redukujący (nieredukujący?).

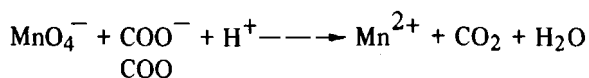
10. Narysować wzór strukturalny α -lecytyny. Jakie związki chemiczne otrzyma się w wyniku totalnej hydrolizy α -lecytyny?

Podać jej znaczenie biologiczne.

Przykład zestawu pytań opisowych na zaliczenie chemii ogólnej (biochemia z elementami chemii) dla studentów I roku studiów II Wydziału Lekarskiego Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie.

1. Wyjaśnić na dwóch przykładach istotę wiązania atomowego spolaryzowanego.

2. Uzupełnić poniższe równanie:



Napisać równanie połówkowe, wskazać utleniacz i reduktor oraz wskaźnik(i) miareczkowania.

3. Wyjaśnić, dlaczego nie stosuje się koron zębów w jamie ustnej równocześnie ze złota i platyny?

4. Napisać wzory strukturalne wszystkich izomerów estrów o wzorze ogólnym: $C_5H_{10}O_2$. Podać nazwy tych estrów i ich zastosowanie.

5. Narysować wzór strukturalny dATP. Jakie związki chemiczne otrzyma się w wyniku totalnej hydrolizy dATP? Podać pełną nazwę tego związku oraz jego funkcję biologiczną.

6. W procesie transkrypcji powstał łańcuch mRNA, którego fragment ma postać: 3'-U-G-U-C-A-C-U-U-5'. Narysować sekwencję nukleotydów odpowiadającego dwuniciowego fragmentu DNA.

7. Narysować wzór strukturalny β -D-fruktofuranozy. W jakim bisacharydzie występuje ten związek i dlaczego bisacharyd ten jest redukujący (nieredukujący)?

8. Narysować wzór strukturalny α -kefaliny. Jakie związki chemiczne otrzyma się w wyniku totalnej hydrolizy α -kefaliny?

Podać jej znaczenie biologiczne.

9. Narysować wzór strukturalny trójpeptydu: serylo-asparagylotryptofanu. Zaznaczyć wiązania peptydowe i podać skrócony zapis tego trójpeptydu.

10. Wymienić frakcje białek osocza człowieka. Podać metody ich rozdziału i funkcje biologiczne poszczególnych frakcji.

Piśmiennictwo

1. Gałamon T.: Nauczanie chemii ogólnej na wydziale lekarskim i oddziale stomatologicznym akademii medycznej. Probl. Szkoln. Nauk Med. 1983, 8,2,61.

2. Brzezińska E., Gałamon T.: Analiza wyników egzaminu wstępnego w roku 1982 w Pomorskiej Akademii Medycznej. Probl. Szkoln. Nauk Med. 1983, 8,2,45.

3. Brzezińska E., Gałamon T.: Profil i oceny klasy jako czynnik prognostyczny przy przyjęciu na studia lekarskie. Probl. Szkol. Nauk Med. – w druku.

Leszek TOMASZEWSKI, Urszula ROLCZYK

PRAKTYKA WAKACYJNA STUDENTÓW KIERUNKU ANALITYKI KLINICZNEJ W OCENIE SAMYCH STUDENTÓW

Z Zakładu Analityki Klinicznej Instytutu Biofarmacji Akademii Medycznej w Warszawie

Ostatnie dwa lata studiów farmaceutycznych są latami specjalistycznymi. Po ukończeniu trzeciego roku studenci wydziałów farmacji akademii medycznych, w których podział na kierunki został utrzymany (tj. w Warszawie, Gdańsku i w Lublinie) wybierają dowolnie jedną z następujących specjalizacji: kierunek apteczny, analityki klinicznej,

przemysłowy, analizy farmaceutycznej. Amatorzy zielarstwa studiują w Akademii Poznańskiej mającej, jako jedyna w Polsce, ten specjalistyczny kierunek.

Po czwartym roku studiów, czyli po pierwszym roku specjalizacyjnym, studenci odbywają praktyki wakacyjne. Słuchacze kierunku analityki klinicznej odbywają praktyki w laboratoriach klinicznych, szpitalnych, instytutowych w Warszawie oraz w dużych szpitalach terenowych.

Praktyka wakacyjna jest pierwszym kontaktem studentów z miejscem ich przyszłej pracy. Wrażenia z tego okresu są trwałe i w określony sposób determinują stosunek do samej pracy. Moment ten poddany został w Zakładzie Analityki Klinicznej Instytutu Biofarmacji szczególnej obserwacji. Czym się wyraża „szczególna” obserwacja? Początkowo polegała ona na indywidualnych rozmowach ze studentami, w których podawali oni swoje wrażenia i uwagi dotyczące odbytej praktyki. Wypowiedzi studentów miały bardzo różnorodny charakter – impresje ogólne i ogólnikowe. Otrzymany materiał sondażowy był niejednorodny, nie nadający się do sumarycznego opracowania. W związku z tym wybrana została forma ankietyzacji z konkretnymi, w miarę obiektywizującymi, zamkniętymi i otwartymi pytaniami. Starano się jednocześnie stworzyć możliwość umieszczenia „wolnych” uwag i propozycji, poddających się interpretacji.

Ze względu na stosunkowo niewielką liczbę studentów kierunku analityki klinicznej odbywających praktyki (10–14 osób rocznie) – materiał porównawczy zbierano przez trzy lata. Uzyskana w ten sposób liczba wypowiedzi pozwoliła na analizę i miarodajne wnioskowanie.

Cel praktyk wakacyjnych studentów kierunku analityki klinicznej odbiega znacznie od celu analogicznych praktyk studentów medycyny. Uświadomiliśmy to sobie dopiero w toku bliższej ich analizy. Praktyka wakacyjna jest jednym z istotnych elementów szkolenia i wychowania. Dotychczas cel jej traktowany był bardzo ogólnikowo – zapoznanie się z ogólną organizacją laboratorium, ze stosowanymi metodami, ale pod względem czysto technicznym. Wyrażając to innymi słowami – cel praktyk nie wykraczał poza poziom laborancki.

Dotychczasową zasadą była praktyka „przywarsztatowa”, rzemieślnicza. Polegała ona na „wpuszczeniu” praktykanta do laboratorium i włączeniu go do bieżącej pracy. W taki sposób charakteryzowali w ustnych wypowiedziach swoje praktyki wakacyjne sami studenci.

Organizacja praktyk

Praktyki studenckie odbywają się w miesiącach letnich – lipiec, sierpień, wrzesień. Czas ten jest w gruncie rzeczy niekorzystny. Przypada on na okres urlopów stałych pracowników laboratoriów; ubywają potencjalni kierownicy praktyk, a wytwarzające się luki personalne chętnie „zapycha się” praktykantami.

Wytypowane miejsca praktyk podane są do wiadomości studentów już wczesną wiosną, po uprzednim uzgodnieniu między adiunktem zakładu analityki klinicznej, odpowiedzialnym za sprawy studenckie, a kierownikami poszczególnych laboratoriów szpitali warszawskich.

Informacje o wybranych przez studentów miejsc oraz miesiącach odbycia praktyki przekazuje się do dziekanatu, który finalizuje oficjalne porozumienia.

Motywacje wyboru miejsca praktyk są różne: bliskość miejsca zamieszkania, perspektywiczne plany zatrudnienia, dobra opinia o poprzednich praktykach. W wyjątkowych przypadkach jest możliwość pracy w szpitalach w miejscu zamieszkania studentów (poza Warszawą).

Wyniki ankiety

Ankieta, którą otrzymali studenci do wypełnienia zawierała 14 punktów. Respondenci (34 osoby) informowali, z jakimi pracownikami zapoznali się podczas praktyk wakacyjnych, jak również podawali ile czasu (dni) spędzili w danej pracowni.

Pytanie 1. Czy zapoznałeś się ze strukturą laboratorium? Na 34 praktykantów tylko dwóch odpowiedziało przecząco. Praktyka jednego z nich ograniczyła się do poznania dwóch pracowni: analityki klinicznej i bakteriologicznej, w których spędził po 14 dni. Drugi z praktykantów poznał trzy pracownie: pracownię analityki klinicznej (w ciągu 11 dni), pracownię hematologiczną (przez 6 dni), pracownię elektrolitów (przez 8 dni).

Pytanie 2. Czy zapoznałeś się z pracownią analityki klinicznej i jakie badania wykonywałeś? Z pracownią tą zapoznało się 27 studentów (na ogólną liczbę 34). Wszyscy wykonywali badania ogólne moczu, dwudziestu z nich oglądało osad moczu. 5 praktykantów badało kał na krew utajoną, a trzech – w kierunku pasożytów. 4 praktykantów oznaczało liczbę leukocytów w płynie mózgowo-rdzeniowym, 1 osoba badała żółć (w kierunku pasożytów) i 1 osoba badała zawartość sondy żołądkowej.

Pytanie 3. Czy zapoznałeś się z pracownią bakteriologiczną i jakie badania wykonywałeś? Do pracy w bakteriologii studenci są już przygotowani, po specjalnym przeszkoleniu. Jedynie 7 osób, na 34, zostało tam skierowanych. Wykonywały one preparaty z badanego materiału, posiewy i próby biochemiczne różnicujące bakterie. Trzy z nich wykonywały również antybiogramy.

Pytanie 4. Czy zapoznałeś się z pracownią hematologiczną i jakie badania wykonywałeś? Z pracownią tą zapoznało się 24 studentów, mimo braku przygotowania w dziedzinie hematologii. Wykonywali oni proste oznaczenia, jak: hematokryt, zawartość hemoglobiny, liczenie elementów morfotycznych krwi; 18 praktykantów oglądało rozmazy krwi, a pięciu – oznaczało opad krwinek.

Pytanie 5. Czy zapoznałeś się z pracownią serologiczną i jakie badania wykonywałeś? Studenci nie są jeszcze przygotowani z serologii. Tylko siedmiu zapoznało się z tą pracownią. Wszyscy wykonywali oznaczenia grup krwi, czynnika Rh, jak również próby krzyżowe.

Pytanie 6. Czy zapoznałeś się z pracownią chemiczną i jakie badania wykonywałeś? Z pracownią tą zapoznało się 20 praktykantów. Najczęściej wykonywali oznaczenia stężenia białka (6 osób), bilirubiny całkowitej i związanej (5 osób), glukozy (5 osób), kwasu moczowego (4 osoby), cholesterolu (4 osoby), kreatyniny (3 osoby). Rzadziej wykonywane oznaczenia to: pomiar stężenia mocznika, azotu nie-aminowego, związków ketonowych, krzywe cukrowe.

Pytanie 7. Czy poznałeś specjalistyczne pracownie i jakie badania wykonywałeś? Studenci mieli możliwość poznania pracy w pracowni enzymologicznej (9 osób), lipidowej (4 osoby), hormonalnej (1 osoba), spektrometrii masowej (1 osoba), koagulologii (11 osób), elektrolitów (9 osób), równowagi kwasowo-zasadowej (2 osoby).

Pytanie 8. Czy zapoznałeś się z pożywkarnią? Na to pytanie tylko 2 osoby odpowiedziały twierdząco (obserwowały pracę laboranta).

Pytanie 9. Czy zapoznałeś się z sekretariatem? Odpowiedzi twierdzącej udzieliły tylko trzy osoby, na ogólną liczbę 34.

Pytanie 10. Czy otrzymałeś temat do samodzielnego opracowania i jaki? W ciągu trzech lat na 34 osoby tylko jedna otrzymała temat do samodzielnego opracowania. Miała za zadanie dopracowanie metody oznaczania lipidów (metodą ekstrakcyjną).

Pytanie 11. Czy chodziłeś na oddziały kliniczne i w jakim charakterze? Twierdząco odpowiedziało 29 osób. Chodziły na oddziały w celu pobierania materiału, jak również w celu zapoznania się z oddziałem.

Dalsze pytania były otwarte, sondujące opinię studentów o wartości praktyk, ich wadach i o ogólnej ocenie.

Niezadowolonych było 6 praktykantów. Jako wadę organizacyjną uznawali fakt, że za długo przebywają w danej pracowni. Czas przebywania praktykantów w poszczególnych pracowniach ustalany przez kierownika laboratorium był różny: od 1 do 18 dni. Poza tym, studenci uskarżali się na zbyt monotonną pracę. Chcieli poznać jak najwięcej, ale nie brali pod uwagę braku własnego przygotowania do bieżącej pracy w laboratorium. Studenci mieli zbyt wysokie mniemanie o swoich kwalifikacjach zawodowych. Domagali się większej samodzielności w oznaczeniach. Skarżyli się na brak możliwości „sprawdzenia się”. Zapominali jednak, że są przygotowani do pracy tylko w pracowni chemii klinicznej i bakteriologicznej. Słusznie jednak domagają się wprowadzenia w tajniki pracy nie tylko fachowej, ale zapoznania ich z dokumentacją prowadzoną przez laboratorium, rodzajem badań wykonywanych na dyżurach.

Omówienie

Analiza przebiegu praktyk wakacyjnych studentów farmacji – kierunku analityki klinicznej, kontrolowanych ankietowo, wskazuje, że ta złożona okazja dydaktyczno–wychowawcza jest nie tylko wykorzystana, ale prawie całkowicie marnowana. Nasza ankieta, w jej obecnej formie, świadczy o tym dobitnie.

Nad przebiegiem dotychczasowych praktyk ciąży formalistyka i ograniczanie się tylko do technicznej organizacji zajęć. Ten pierwszy kontakt z miejscem przyszłej pracy wprowadza przedwczesne rozczarowanie w stosunku do dotychczasowych wyobrażeń o wykonawstwie analityki klinicznej. Konfrontacja z rzeczywistością jest dość brutalna. Stąd też wypływają gorzkie zapytania na V roku po odbyciu praktyki: czym się różni nasza praca od pracy laborantów? Różni się ona wybitnie, ale studenci nie byli przygotowani do wychycenia tych różnic w poprzednim, formalistycznym „odrabianiu” praktyk.

Praktyka wakacyjna powinna być prowadzona z podejściem systemowym, a nie techniczno–metodycznym. Studenci przed rozpoczęciem praktyki powinni być odpowiednio ukierunkowani, a w szczególności powinni obserwować: rolę asystenta – kierownika pracowni, jak pracuje on z technikami, jaka jest mentalność techników, jak kontroluje się wykonawstwo, jak przebiega i jak wykonuje się kontrolę jakości badań itd.

Dotychczasowe ustawienie techniczno–metodyczne zawęża znaczenie praktyk. Za mało się mówi studentom farmacji o ich dowódczej roli w pionie obsługi laboratoryjnej. Należy – poza oczywiście nabywaniem wprawy w samych technicznych manipulacjach i pomiarach – zwrócić uwagę na zagadnienia organizacyjne.

Po zakończeniu praktyki wakacyjnej te zagadnienia powinny być przypomniane i wzmocnione odpowiednimi, konkretnymi pytaniami w zmodyfikowanej ankiecie. Ankieta powinna przybrać charakter ankiety zwrotnej i zagadnienia powinny być odpowiednio skomentowane przez doświadczonego pracownika zakładu. Np. od laboranta wymaga się przede wszystkim wiernego powtarzania metod, dużej biegłości technicznej, podczas gdy asystenci mają obowiązek samokształcenia i samoszkolenia, jak również muszą znać języki obce. Mają oni obowiązek wprowadzać modyfikacje, ulepszenia, metody kontroli, ekonomizację technik itd.

Osobnego skomentowania wymaga fakt, że na 34 praktykantów przez trzy lata tylko jeden otrzymał indywidualne zadanie do opracowania. Jest to fatalne zjawisko, świadczące źle o poziomie laboratoriów i o bardzo niedobrym, antywychowawczym wpływie na studentów odrabiających praktyki. Słaba wewnątrzlaboratoryjna tendencja do rozwoju jest faktem znanym i opisanym (L. Tomaszewski – „Równanie w górę, równanie w dół...?” – *Diagnostyka Laboratoryjna* 1984 20(5–6 237–249). Ale studenci powinni być potraktowani inaczej. Praktyka wakacyjna to nie przerwa w ich szkoleniu, lecz jego dalszy ciąg – w miejscu przyszłej pracy. W dotychczasowym stylu praktyk uprawiana jest rutynowo zasada biernego szkolenia w miejsce czynnej, samodzielnej pracy. Dlaczego? Czy może bez żadnego powodu? Powodem jest brak koncepcji szkolenia wakacyjnego, niedbałość, lenistwo lub po prostu brak pokazywania stylu takiego, jaki jest właściwy laboratorium. Studentów powinno się, szczególnie poza uczelnią, przyzwyczajać do samorozwoju w czasie rutynowej pracy. Ta cecha powinna być pokazana i egzekwowana w czasie praktyk wakacyjnych.

Sprawa zadawania studentom tematów do opracowań była dotychczas szczególnie utrudniona, gdyż od organizatora ćwiczeń w laboratorium nie wymagano niczego poza przyjęciem studentów na praktykę. Pewną dyspozycyjność i podstawę do wymagań stwarza Dziennik Ustaw PRL Nr 44 z dnia 1.08.1983, Rozporz. Rady Ministrów z dnia 27.06.1983 Nr 205, rozdział 2, pkt 2, przewidujący dodatek 10%–30% wynagrodzenia miesięcznego dla osób prowadzących praktyki wakacyjne. A więc, będzie można – przy generalnej zgodzie kierownika placówki na prowadzenie zajęć wakacyjnych – domagać się od bezpośrednio prowadzących zajęcia realizacji narzuconego z góry planu. Co wchodziłoby w plan tych ćwiczeń? Do rozważenia jest kilka zadań:

- opracowanie planu rotacji w pracowniach,
- zadanie indywidualnego tematu do opracowania – wykonanie albo opracowanie z piśmiennictwa (najlepiej z literatury obcej),
- przyjęcie i dyskusja opracowanego tematu,
- sporządzenie opinii o podopiecznym, z wpisaniem jej do dziennika praktyk,
- weryfikacja listy obecności i dołączenie jej do swej opinii oraz przesłanie dokumentacji do Zakładu Analityki Klinicznej.

Studenci po ukończeniu praktyk, do których uprzednio byłoby odpowiednio przygotowani, wypełnialiby w Zakładzie Analityki Klinicznej zmodyfikowaną ankietę pytającą o ww. zagadnienia.

Wydaje się, że tego rodzaju przygotowanie praktyk, kontrolowany przebieg, zmodyfikowanie ankiety, byłoby pełnym wykorzystaniem sytuacji dydaktyczno–wychowawczej, jaką jest praktyka wakacyjna. Niezbędnym etapem dojścia do takiego wniosku było niezadowolenie z dotychczasowego prowadzenia praktyk, jak i sposobu ich ankietyzacji.

Wnioski

1. Dotychczasowy przebieg praktyk wakacyjnych był niezadowolający – formalistyczny, z ustawieniem czysto technicznym. Również forma ankietyzacji o charakterze tylko sondażowo–informacyjnym była niewłaściwa.

2. Studenci przed rozpoczęciem praktyki wakacyjnej powinni być zespołowo przygotowani do jej odbycia. Mają być nastawieni na to, co należy obserwować.

3. Przyszłe praktyki powinny być prowadzone z podejściem systemowym. Studenci powinni być szkoleni na przyszłych kierowników laboratoriów, a praktyka wakacyjna ma być dla nich też miejscem obserwacji „dowódczej”.

4. Przed rozpoczęciem praktyki pracownicy laboratoriów, odpowiedzialni bezpośrednio za studentów, powinni być odpowiednio przygotowani, tzn. poinstruowani o celu praktyk i sposobach jego realizacji.

5. Do obowiązków bezpośredniego opiekuna studentów należałoby: ogólne kierowanie studentami, obserwacja praktykanta, danie tematu do samodzielnego rozwiązania, przyjęcie opracowanego tematu, weryfikowanie obecności w pracy, napisanie opinii o studencie z wnioskiem: zaliczyć, czy też nie zaliczyć praktyki.

6. Po ukończeniu praktyki studenci powinni wypełnić zmodyfikowaną ankietę o jej przebiegu.

7. Wyniki ankiety powinny być omówione ze studentami.

Prof. Leszek TOMASZEWSKI, mgr Urszula DUDA

MOTYWACJE WYBORU STUDIÓW FARMACEUTYCZNYCH

Część II. Zestawienie danych 4-letnich

Zakład Analityki Klinicznej Instytutu Biofarmacji AM w Warszawie

Praca niniejsza jest kontynuacją badań ankietowych rozpoczętych przez Zakład Analityki Klinicznej AM w Warszawie w 1981 r., nad zagadnieniem motywacji podejmowania studiów farmaceutycznych. Punktem wyjściowym badań było stwierdzenie niepokojącego zjawiska obniżenia zainteresowania farmacją, jako kierunkiem studiów. Przyjmowanie na studia osób z mniejszą liczbą punktów na skutek braku kandydatów, traktowanie tego kierunku jako drugiego lub trzeciego wyboru skłaniało do głębszej refleksji i do podjęcia odpowiednich badań.

Wyniki pierwszej ankiety zostały opublikowane w 1981 r. (Med. Dyd. Wych. XIII, 3, 231–238). Ankietę przeprowadzono rokrocznie, przez kolejne cztery lata. Zamiarem naszym było uzyskanie informacji dotyczących kilku zagadnień:

1. Zjawisko depopularyzacji farmacji, czy jest to zjawisko stałe, czy też podlega fluktuacjom?

2. Rola kierunku analityki klinicznej jako kierunku atrakcyjnego w wyborze studiów farmaceutycznych.

3. Ocena stałości lub zmienności środowisk, z których rekrutują się kandydaci na farmację.

Praktycznym celem tak tej, jak i poprzedniej pracy była próba kontroli wyników dotychczasowych akcji popularyzacji studiów farmaceutycznych.

Organizacja badań. Dane o respondentach

Nowo przyjęci studenci pierwszego roku farmacji wypełniali ankietę po pierwszym inauguracyjnym wykładzie w latach 1982–1984. Łącznie z 85 odpowiedziami studentów z 1981 r. (już opublikowane) ankietę wypełniło 456 osób, w tym 385 kobiet (średnio 85%) i 69 mężczyzn (średnio 15%). Średnia wieku respondentów wynosiła 19 lat. Naj-

liczniejszą grupę stanowili studenci w przedziale wieku od 18 do 20 lat. Żaden z respondentów nie przekroczył wieku 25 lat.

Dane osobowe respondentów ankiet w latach 1981–1984 przedstawiono w tabeli 1. Zwraca uwagę kilka faktów wynikających z analizy tej tabeli. Zaznacza się stałe, konsekwentne obniżenie procentowe liczby osób, które bezpośrednio po ukończeniu szkoły średniej kandydowały na farmację, od 70% w 1981 r. do 44% w 1984 r. Proporcjonalnie do tego obniżenia zwiększa się procent kandydatów starających się o przyjęcie na

Tabela 1. Dane osobowe respondentów ankiety w latach 1981–1984

| Rok | 1981 | | 1982 | | 1983 | | 1984 | |
|--|------------------------|--------|------------------------|------------------|------------------------|------------------|------------------------|------------------|
| | Liczba odpowiadających | % n=85 | Liczba odpowiadających | % n=109 | Liczba odpowiadających | % n=126 | Liczba odpowiadających | % n=136 |
| Liczba osób ankietowanych | 85 | | 109 | | 126 | | 136 | |
| Kobiety | 80 | 94 | 87 | 79 | 108 | 86 | 112 | 82 |
| Mężczyźni | 5 | 7 | 22 | 21 | 18 | 14 | 24 | 18 |
| Liczba osób, które ukończyły szkołę średnią w roku przyjęcia na studia | 58 | 70 | 54 | 51 | 63 | 50 | 60 | 44 |
| Liczba osób zdających na studia po upływie 1 roku | 11 | 13 | 15 | 13 | 19 | 15 | 26 | 19 |
| Liczba osób zdających na studia po upływie 2 lat | 6 ²¹ | 8 | 19 | 17 ³⁰ | 22 | 17 ³² | 21 | 15 ³⁴ |
| Liczba osób zdających na studia po więcej niż 2 latach | 10 | 9 | 21 | 19 | 32 | 18 | 29 | 22 |
| Sposób spędzania czasu między szkołą średnią a studiami | | | | | | | | |
| praca | 10 | | 32 | | 28 | | 33 | |
| nauka | 15 | | 26 | | 38 | | 45 | |
| Liczba osób dla których studia farm. były pierwszym wyborem | brak danych | | 56 | 51 | 72 | 57 | 74 | 56 |

farmację po 2–letniej i dłuższej przerwie od ukończenia szkoły, od 21% w 1981 do 32% w 1984 r. Wydaje się jakby była to opóźniona druga fala napływu kandydatów. Liczba tych, którzy, *a principe*, zdecydowani byli na farmację utrzymuje się na jednym poziomie, przekraczając nieco połowę. Nieco mniej niż połowa to ci, dla których wybór farmacji był wyborem co najmniej drugim wyborem taktycznym, zwykle z powodu nieudanego egzaminu na inne wydziały, w większości na wydział lekarski.

Zwiększa się nieznacznie, ale stale i systematycznie, liczba kandydatów drugiej fali, od 30% do 56% (suma oczekujących rok, dwa lata i dłużej). Interesujący jest wynik analizy, w jaki sposób ta przerwa była przez kandydatów wykorzystana; albo praca, albo nauka, głównie w szkołach pomaturalnych o profilu medycznym lub farmaceutycznym, albo bezczynne oczekiwanie na następne podejście. Ta trzecia ewentualność właściwie nie miała miejsca. Fakt ten może świadczyć o wpływie nacisku administracyjnego na zarabianie „punktów preferencyjnych” poprzez pracę.

Tabela 2. Stałe miejsce zamieszkania

| Rok | 1981 | | 1982 | | 1983 | | 1984 | |
|----------------------|-------------|--------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|---------|
| | liczba odp. | % n=85 | liczba odp. | % n=109 | liczba odp. | % n=126 | liczba odp. | % n=136 |
| Wieś | 7 | 8,1 | 6 | 5,5 | 12 | 9,5 | 15 | 11 |
| Miasto do 10 tys. | 7 | 8,1 | 8 | 7,3 | 15 | 11,9 | 15 | 11 |
| Miasto do 100 tys. | 16 | 18,8 | 24 | 22,0 | 33 | 26,2 | 27 | 19,8 |
| Miasto pow. 100 tys. | 55 | 63,5 | 21 | 19,2 | 14 | 11,0 | 11 | 8,0 |
| Warszawa | — | — | 56 | 51,0 | 52 | 41,0 | 64 | 47,0 |

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania kandydatów okazuje się (p. tab. 2), że w okresie 4 lat nie zaszły żadne zmiany. Znacznie więcej niż połowa kandydatów pochodzi z dużych miast, ponad 100 tys. Rośnie coraz bardziej udział kandydatów z Warszawy od 74% w 1981 do 90% w 1984. Tylko 20% ogólnej liczby kandydatów to mieszkańcy wsi i miasteczek; 10% i 20% mieszka w miastach średnich – odpowiednio do 10 tys. i 100 tys.

W tabeli 3 przedstawiono informacje o stratyfikacji edukacyjnej środowiska kandydatów. W środowisku, z którego wywodzili się studenci I roku farmacji, przeważali ludzie z wykształceniem średnim lub wyższym, odpowiednio z każdego powyżej 40% (w sumie ponad 90% odpowiedzi), zatrudnieni głównie na różnych szczeblach administracji państwowej (tab. 4). Najszerze warstwy społeczne – z wykształceniem podstawowym są „najsłabszymi dostarczycielami” kandydatów na farmację. W najbliższym otoczeniu – średnio 18% respondentów – znajdowali się ludzie pracujący w dziedzinie wiedzy; 17% respondentów miało bliski kontakt z przedstawicielami wolnych zawodów. Tylko ok. 6% studentów wymienia rolników i niewiele ponad 6% rzemieślników, jako zawody przeważające w ich środowisku.

Tabela 3. Poziom wykształcenia osób z najbliższego otoczenia

| Rok | 1981 | | 1982 | | 1983 | | 1984 | |
|------------|-------------|--------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|---------|
| | liczba odp. | % n=89 | liczba odp. | % n=131 | liczba odp. | % n=140 | liczba odp. | % n=152 |
| Podstawowe | 7 | 8,1 | 2 | 1,5 | 2 | 1,4 | 4 | 2,6 |
| Zawodowe | 2 | 2,4 | 8 | 6,1 | 6 | 4,2 | 14 | 99,2 |
| Średnie | 47 | 55,3 | 63 | 48,0 | 82 | 58,6 | 68 | 44,7 |
| Wyższe | 33 | 38,5 | 58 | 44,2 | 50 | 35,7 | 66 | 43,4 |

Tabela 4. Charakterystyka profesjonalna środowiska

| Rok | 1981 | | 1982 | | 1983 | | 1984 | |
|-----------------------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|---------|
| | liczba odp. | % n=127 | liczba odp. | % n=162 | liczba odp. | % n=207 | liczba odp. | % n=211 |
| Rolnicy | 9 | 10,1 | 5 | 3,1 | 12 | 5,7 | 12 | 5,6 |
| Rzemieślnicy | 5 | 6,0 | 10 | 6,2 | 13 | 6,3 | 11 | 5,2 |
| Urzędnicy (n. szcz.) | 4 | 4,7 | 6 | 2,3 | 12 | 5,7 | 12 | 5,6 |
| Urzędnicy (śr. szcz.) | 38 | 44,7 | 48 | 29,6 | 48 | 23,2 | 49 | 23,2 |
| Urzędnicy (w. szcz.) | 35 | 41,2 | 41 | 25,3 | 42 | 20,3 | 44 | 20,1 |
| Pracownicy wiedzy | 16 | 18,8 | 36 | 22,2 | 34 | 16,4 | 39 | 18,5 |
| Pracownicy kultury | 5 | 6,0 | 13 | 8,0 | 9 | 4,3 | 15 | 7,1 |
| „Wolne zawody” | 15 | 17,6 | 33 | 20,3 | 37 | 17,8 | 29 | 13,7 |

W każdym roku średnio około 63% ankietowanych studentów podaje, że w ich najbliższym otoczeniu znajduje się co najmniej jedna osoba związana ze służbą zdrowia. W większości (w około 70%) są to ludzie z wykształceniem lekarskim, farmaceutycznym lub innym równorzędnym (tab. 5).

Tabela 5. Pracownicy służby zdrowia w środowisku

| Rok | 1981 | | 1982 | | 1983 | | 1984 | |
|--|-------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|
| | liczba odp. | % n=49 | liczba odp. | % n=72 | liczba odp. | % n=93 | liczba odp. | % n=73 |
| Pion administracyjny | 4 | 9,3 | 4 | 6,0 | 6 | 6,0 | 4 | 6,0 |
| Pion techniczno- pielęgniarski | 15 | 34,9 | 15 | 21,0 | 26 | 28,0 | 20 | 27,0 |
| Pion lekarski, farmaceutyczny i inn. | 30 | 69,8 | 53 | 73,0 | 61 | 66,0 | 49 | 67,0 |

Tabela 6. Źródła informacji o studiach farmaceutycznych

| Grupa | Źródła informacji | 1981 | | 1982 | | 1983 | | 1984 | |
|-----------------------------------|---|-------------|---------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|---------|
| | | liczba odp. | % n=268 | liczba odp. | % n=273 | liczba odp. | % n=456 | liczba odp. | % n=361 |
| Własne zainteresowania | zainteresowanie wpływem różnych środków na organizm | 36 | 13,4 | 45 | 16,5 | 66 | 14,5 | 54 | 14,9 |
| | zainteresowanie zagadnieniami leku | 26 | 9,7 | 36 | 13,2 | 41 | 8,9 | 54 | 14,9 |
| | zainteresowanie apteką | 6 | 2,2 | 17 | 6,2 | 30 | 6,5 | 20 | 5,5 |
| | brak zainteresowania | 2 | 0,7 | 7 | 2,5 | 82 | 18,0 | 3 | 0,8 |
| | \bar{X} | | 26,0 | | 38,4 | | 47,9 | | 36,1 |
| Środowisko jako źródło informacji | rodzice | 18 | 6,5 | 26 | 9,5 | 29 | 6,4 | 34 | 9,4 |
| | nauczyciele | 13 | 4,8 | 9 | 3,2 | 16 | 3,5 | 32 | 8,9 |
| | znajomi | 62 | 23,1 | 38 | 13,9 | 56 | 12,3 | 41 | 11,0 |
| | koledzy | 24 | 8,9 | 23 | 8,4 | 32 | 7,0 | 34 | 9,4 |
| \bar{X} | | 43,5 | | 35,0 | | 29,2 | | 38,7 | |
| Informacje zdobywane czynnie | spotkania organizowane przez wydz. farm. | 25 | 9,3 | 2 | 0,7 | 3 | 0,7 | 7 | 1,9 |
| | korzystanie z informatora | 24 | 8,9 | 24 | 8,7 | 31 | 6,8 | 27 | 7,5 |
| | kontakt z farmaceutami | 22 | 8,2 | 18 | 6,5 | 30 | 6,6 | 23 | 6,4 |
| | placówki farmaceutyczne | 10 | 3,7 | 28 | 10,3 | 42 | 9,2 | 32 | 8,9 |
| | \bar{X} | | 36,1 | | 26,2 | | 23,2 | | 24,7 |

Drogi uzyskiwania informacji o studiach

W ankiecie uwzględniono 12 możliwości uzyskiwania informacji o studiach farmaceutycznych. W trakcie opracowywania danych, 12 uprzednio wyodrębnionych sposobów uzyskiwania informacji, zostało zakwalifikowane do trzech grup. Pierwsza z nich, chyba najbardziej interesująca ze względu na zagadnienie motywacji wyboru studiów, uwzględnia własne zainteresowania studiów; druga grupa zawiera źródła informacji pochodzące bezpośrednio ze środowiska – dom, szkoła, znajomi i wreszcie grupa trzecia, w której to

studenci wykazywali czynne zainteresowanie i zdobywali informacje z własnej inicjatywy. Liczba odpowiedzi, znacznie przekraczająca liczbę ankietowanych studentów, wskazuje, że przeciętnie studenci korzystali z więcej niż dwóch źródeł informacji o wybieranym kierunku studiów (współcz. X_n średnio za 4 lata wynosi – 3). Analiza danych (tab. 6) wskazuje, że z wyjątkiem pierwszego roku 1981 prowadzenia ankiety, w którym najważniejszym źródłem uzyskiwania informacji o przyszłych studiach było środowisko, a zwłaszcza znajomi studentów, we wszystkich pozostałych latach (82–84) ważnym elementem motywującym do zbierania informacji o studiach farmaceutycznych były własne zainteresowania, dotyczące zwłaszcza zainteresowania wpływem różnych substancji na organizm. Niewielka liczba respondentów wiąże swoje zainteresowanie studiami farmaceutycznymi z informacjami uzyskanymi od nauczycieli (średnio w okresie 4 lat ok. 5% odpowiedzi). Najmniejszy procent odpowiedzi w całym okresie przeprowadzania ankiety przypada na czynne zdobywanie informacji o studiach. Zastanawiający jest fakt, że tylko niewiele ponad 3% odpowiedzi, za 4 lata, potwierdza uczestnictwo w akcji informacyjnej prowadzonej przez wydział farmacji.

Większy procent odpowiedzi (średnio ok. 17%) przypada na aktywne kontakty studentów z farmaceutami lub placówkami farmaceutycznymi.

Podsumowując dane zamieszczone w tabeli 6 można stwierdzić, że dla większości studentów własne zainteresowania były głównym czynnikiem powodującym zbierania informacji o studiach farmaceutycznych.

Podstawowe informacje o studiach i atrakcyjność poszczególnych kierunków

Dane uzyskane w latach 81–84, dotyczące zagadnienia ogólnej orientacji nowo przyjętych studentów o czekających ich studiach, wyrażającej się choćby znajomością istniejących na wydziale kierunków, informują o ogromnych brakach w tym zakresie. W roku 1981 tylko jedna osoba była w stanie wymienić wszystkie 6 kierunków

Tabela 7. Atrakcyjność poszczególnych kierunków

| Kierunek | 1981 | | 1982 | | 1983 | | 1984 | |
|------------------------|-------------|--------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|---------|
| | liczba odp. | % n=85 | liczba odp. | % n=109 | liczba odp. | % n=126 | liczba odp. | % n=136 |
| Analityka kliniczna | 35 | 41 | 35 | 32,1 | 46 | 36,4 | 54 | 39,7 |
| Ochrona środowiska | 11 | 13 | 6 | 5,5 | 2 | 1,6 | 1 | 0,7 |
| Zielarski | 11 | 13 | 17 | 15,6 | 23 | 18,3 | 15 | 18,4 |
| Analiza farmaceutyczna | 10 | 12 | 5 | 4,6 | 5 | 4,0 | 2 | 1,5 |
| Apteczny | 7 | 8 | 18 | 16,5 | 33 | 26,1 | 23 | 16,9 |
| Technologiczny | 3 | 4 | 5 | 4,6 | 10 | 7,9 | 6 | 4,4 |
| Niezdeterminowani | 8 | 9 | 25 | 22,9 | 7 | 5,5 | 25 | 18,4 |

istniejących na wydziale farmacji. W latach następnych liczba ta wzrosła, w 1982 do 56, w 1983 do 61, a w 1984 do 21 osób, w dalszym ciągu jest jednak niewielka.

W odpowiedzi na pytanie, o jakim kierunku myślałeś wybierając studia farmaceutyczne najwięcej osób (średnio 37%, czyli ponad 1/3 przyjętych kandydatów) wymieniło kierunek analityki klinicznej. W przeciągu 4 lat zaznacza się wyraźne zmniejszenie zainteresowania kierunkiem ochrony środowiska i technologicznym, natomiast zwiększa liczba osób deklarujących wybór kierunku zielarskiego. Zmienność zainteresowania w okresie 4 lat obserwuje się w kierunku aptecznym. Uderzające jest, że co szósty kandydat na farmację nie jest zdecydowany co do dalszego kierunku nauki.

Motywacje wyboru farmacji jako kierunku studiów

Liczba odpowiedzi udzielanych na pytania o motywy wyboru studiów w każdym roku znacznie przekracza liczbę ankietowanych studentów (wielokrotny wybór $X_n = 1,7$ średnio za 4 lata), co oznacza, że większość z nich kierowała się więcej niż jednym motywem przed podjęciem decyzji o przyszłym kierunku. Uogólniając wynik ankiety z 4 lat można powiedzieć (p. tab. 8), że z wymienianych przez respondentów motywów przeważają te o charakterze poznawczym, takie jak: możliwość pracy naukowcy w zakresie badań nad lekiem (średnio 31,6% odpowiedzi), czy też rozwijanie zainteresowań klinicznych (średnio 21% odpowiedzi). Dla wielu respondentów ważnym motywem była również możliwość pracy bliżej chorego (10,7%, czyli co dziesiąty kandydat). W zaledwie kilku przypadkach był to jednak jedyny motyw. Wymieniane przez respondentów takie motywy jak: mniejsza rywalizacja o indeks lub małe szanse dostania się na medycynę bardzo rzadko były jedynymi elementami decydującymi o wyborze studiów.

Podsumowanie wyników ankiety prowadzonej w latach 1981–1984

Wnioski

1. Średnio ponad 80% studentów farmacji to kobiety. Studia te, a w konsekwencji zawód farmaceuty, są niepopularne wśród mężczyzn.

2. Ponad 60% studentów I roku farmacji rekrutuje się z tegorocznych absolwentów szkół średnich. Obserwuje się tendencję do zmniejszania się udziału osób zdających na farmację bezpośrednio po maturze.

3. Studenci pochodzą głównie z dużych ośrodków miejskich (średnio ponad 70%).

4. Środowisko studentów I roku to głównie ludzie z wykształceniem średnim lub wyższym (średnio ponad 90%).

5. Najczęściej spotykane zawody w środowisku studentów to: urzędnicy średniego i wyższego szczebla, pracownicy różnych dziedzin wiedzy i tzw. wolne zawody.

6. Średnio połowa studentów farmacji ma w swym środowisku stały kontakt ze służbą zdrowia, głównie pionu lekarsko-farmaceutycznego lub innych równorzędnych.

7. Informacje o studiach farmaceutycznych docierały do respondentów głównie z racji ich własnych zainteresowań. Ogromna jest też rola środowiska, zwłaszcza znajomych (przypuszczalnie przez związki ze służbą zdrowia). Wymagającym głębszego zastanowienia ze strony uczelni jest fakt, że bardzo niewielu studentów (średnia za 4 lata ok. 3%) korzystała z akcji informacyjnej prowadzonej na wydziale. Zwraca również uwagę bardzo mały udział szkoły, jako źródła informacji o wybieranych studiach.

8. Dane z 4 lat wskazują, że kierunkiem o największej, stałej popularności jest

Tabela 8. Motywacje wyboru farmacji jako kierunku studiów

| Motywacje | 1981 | | 1982 | | 1983 | | 1984 | |
|------------------------------------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|---------|
| | liczba odp. | % n=150 | liczba odp. | % n=187 | liczba odp. | % n=249 | liczba odp. | % n=225 |
| Atrakcyjność pracy w aptece | 16 | 10,4 | 18 | 9,6 | 38 | 15,3 | 28 | 12,4 |
| Zainteresowania kliniczne | 30 | 19,6 | 38 | 20,3 | 43 | 17,3 | 59 | 26,2 |
| Praca naukowa nad lekiem | 42 | 27,4 | 27 | 14,4 | 49 | 19,7 | 53 | 23,5 |
| Zainteresowanie ochroną środowiska | 17 | 11,1 | 18 | 8,0 | 15 | 6,9 | 24 | 10,7 |
| Małe szanse na medycynę | 9 | 5,8 | 15 | 8,0 | 26 | 10,4 | 12 | 5,3 |
| Mała rywalizacja o indeks | 10 | 0,1 | 15 | 8,0 | 21 | 8,4 | 9 | 4,0 |
| Praca bliżej chorego | 9 | 5,8 | 24 | 12,8 | 30 | 12,0 | 17 | 12,0 |
| Wysokie zarobki | 2 | 1,3 | 8 | 4,3 | 2 | 0,8 | 1 | 0,4 |
| Namowa rodziców | 7 | 4,5 | 5 | 2,7 | 7 | 2,8 | 6 | 2,7 |
| Inne | 7 | 4,5 | 22 | 11,8 | 18 | 7,2 | 6 | 2,7 |

kierunek analityki klinicznej. Obserwuje się spadek zainteresowania kierunkami ochrony środowiska i technologicznym, wzrost natomiast atrakcyjności kierunku zielarskiego, co może być spowodowane ogólnym w ostatnich latach zwiększeniem zainteresowania ziołolecznictwem.

9. Motywacje wyboru studiów farmaceutycznych podawane w ankietach, to przede wszystkim własne zainteresowania studentów, głównie praca naukowa w dziedzinie badań nad lekiem lub rozwijanie zainteresowań klinicznych.

O m ó w i e n i e

Impulsem do podjęcia czterech lat temu badań nad motywacjami wyboru studiów farmaceutycznych było zmniejszenie popularności tego kierunku. Ankieta z 1981 r. (Medycyna Dydaktyka i Wychowanie XIII, 3, 231–238) była „próbą zerową”, zdjęciem ówczesnej rzeczywistości, do której można było odnosić wyniki późniejszych badań.

Trzyletni, co roku kontrolowany, okres pozwala na pewne ostrożne wnioski. Tendencja depopularyzacji farmacji istnieje nadal. Kilka faktów uzasadnia tę tezę: zmniejszenie liczby kandydatów na farmację zdających bezpośrednio po studiach z 70% w 1981 r. do 44% w 1984; wzrost drugiej fali kandydatów po 1, 2 i więcej latach od ukończenia

szkoły, prawie dwukrotny z 30% w 1981 r. do 56% w 1984 r. Są to ci, którzy się w tym czasie albo uczyli, albo pracowali. Naszym zdaniem jest to dodatni wpływ nacisków administracyjnych skłaniających młodzież do gromadzenia punktów preferencyjnych. Nie ma takich, którzy by się przyznawali, że okres przed przyjęciem na studia przesiedzieli w domu, nic nie robiąc.

Jako naturalną, uwarunkowaną społecznie, tendencję można uważać utrzymującą się, znaczną (50%) liczbę osób, które od razu decydują się na wybór farmacji, z tzw. pierwszego wyboru. A więc połowa spośród przyjętych na farmację to są ci, którzy wybierali ten kierunek z bezpośredniego zainteresowania. Notuje się ciekawe zjawisko. Otóż, duży wpływ (63%) na wybór farmacji może mieć kontakt z pracownikiem służby zdrowia, w większości o wykształceniu lekarskim lub farmaceutycznym (ok. 70%). Jest to zjawisko dość typowe dla stałych grup profesjonalnych, które posiadają cechę samoregeneracji, „odtworzenia się we własnych ramach”. Podobne zjawisko jest np.: w wojsku, u górników, marynarzy itd. Zgodne jest to także z prawem Parkinsona.

Stratyfikacja społeczno—profesjonalna i wykształceniowa kandydatów, w ciągu 4 lat prowadzenia ankiety, nie zmienia się zasadniczo. W niewielkim stopniu wydaje się wzrastać udział warstwy „wykształcenie zawodowe” z 2% do 9%.

Podkreślenia wymaga fakt, że atrakcyjność analityki klinicznej decyduje w wyborze farmacji jako kierunku studiów. 37,3% studentów wybrało farmację dla analityki klinicznej. Mamy podstawę sądzić, że bez kierunku analityki klinicznej liczba kandydatów na farmację byłaby mniejsza niż liczba miejsc.

W pełni potwierdziły się wnioski wysunięte w poprzedniej pracy (Medycyna, Dydaktyka, Wychowanie. XIII, 3, 231—238). Z analizy wszystkich czterech ankiet wypływają jeszcze dwa krytyczne wnioski. Niewłaściwie dobrane są, podsunięte studentom, motywacje wyboru farmacji jako kierunku studiów (p. tab. 6 i 8). O ile fachowiec może wybrać między zainteresowaniem dotyczącym wpływu różnych środków na organizm a zagadnieniem leku, o tyle student, dopiero rozpoczynający studia, nie jest w stanie tego odróżnić. Jest to podział sztuczny i powinien być w przyszłych ankietach zmieniony. Powstaje też pytanie, czy przeprowadzać ankietę co roku? Wydaje się, że taka częstotliwość jest zbędna. Te same wnioski można wysnuć na podstawie danych obejmujących dłuższy czas, np. dwa lata.

Marek MOTYKA, Zdzisław PAJOR, Stanisława STACHURA, Krystyna GRZESIEK

POSTAWY INTERPERSONALNE MAGISTRÓW PIELEŃNIARSTWA

Wydział Pielęgniarski Akademii Medycznej w Krakowie

1. Problem

Prawidłowa pielęgnacja wymaga umiejętnego łączenia opieki medyczno—instrumentalnej z opieką psychiczną. Od pielęgniarki oczekuje się między innymi znajomości podstaw psychologii i pewnych umiejętności interpersonalnych potrzebnych w kontakcie

z pacjentem, takich jak np. spostrzegawczość, umiejętność uważnego słuchania, udzielanie budzących zaufanie wyjaśnień, panowanie nad swoimi emocjami. Ponadto, powszechnie oczekuje się od niej życzliwej postawy wobec innych ludzi, gdyż tylko taka postawa warunkuje psychoterapeutyczne wykorzystanie posiadanych umiejętności. Trudno bowiem oczekiwać wydatnej pomocy psychicznej od osoby, która boi się ludzi, albo też jest niechętnie do nich nastawiona.

Kształtowanie pożądanych postaw nie jest sprawą łatwą. Na ogólne nastawienie do innych ludzi wpływa cała osobowość człowieka wraz z sumą jego indywidualnych, życziwych doświadczeń. Dlatego o wiele łatwiej jest zdobyć wiedzę i umiejętności wymagane na egzaminie dyplomowym niż odpowiednie kwalifikacje psychiczne i moralne. Wypada podkreślić, że proces przeobrażeń jakim ulega osobowość, a wraz z nią i postawy danego człowieka, nie kończy się z okresem dojrzewania, lecz trwa przez całe jego aktywne życie. Stąd też tak ważna rola wychowawcza szkoły, wyższej uczelni oraz miejsca pracy. W tym ostatnim przypadku wiele zależy od charakteru, warunków i systemu organizacyjnego pracy. Poza stwierdzeniami podkreślającymi znaczenie tego problemu w literaturze niestety brak jest empirycznych opracowań pozwalających ocenić wpływ pracy w zawodzie pielęgniarstwie na osobowość i postawy interpersonalne pielęgniarek. Znacznie częściej spotkać można opracowania poświęcone analizie przeobrażeń osobowości studentów pod wpływem studiów lekarskich i pielęgniarstkich, a więc przygotowujących do pełnienia zawodów medycznych (por. Gray i in., 1965, Indisow, 1971, Łapińska, 1974, 1975, Motyka i in., 1983, 1984, Rezler, 1974, Szałański, Szymańska, 1976, 1977).

Na podstawie badań dotyczących studiów lekarskich sygnalizowano pojawienie się wśród studentów pewnych niekorzystnych zjawisk, a zwłaszcza nasilanie się postaw egocentrycznych, z równoczesnym zmniejszeniem wrażliwości oraz tendencji do bezkonfliktowego współżycia z ludźmi. Zjawiska te były interpretowane jako próby emocjonalnej samoobrony przed stresem, jakim jest częsty kontakt z chorobą i ludzkim cierpieniem, bądź jako negatywny skutek niezamierzonych oddziaływań środowiska uczelni medycznych. W badaniach wykonanych przez nasz zespół na studiach pielęgniarstkich, takich zdecydowanie negatywnych zjawisk nie zaobserwowano, choć i tu kierunek pojawiających się zmian w małym stopniu korespondował z postulowanymi celami wychowania. W trakcie studiów pielęgniarstkich zwiększał się nieco dystans, z jakim studentki traktowały innych ludzi, aczkolwiek w zdecydowanej większości ich przeważające postawy wobec innych pozostawały bez zmian (Motyka i in., 1984).

W niniejszym opracowaniu postanowiliśmy prześledzić i przeanalizować proces przekształceń postaw interpersonalnych osób, które ukończyły studia pielęgniarstkie i pracują zawodowo. Interesowało nas zwłaszcza pytanie, czy praca zawodowa wykonywana przez magistrów pielęgniarstwa wpływa na modyfikację prezentowanych przez nich wcześniej postaw wobec innych ludzi, a jeśli tak, to w jakim kierunku?

2. Osoby badane i metoda

Badaniem objęto absolwentki dwóch kolejnych roczników Wydziału Pielęgniarskiego AM w Krakowie, kończących studia w latach 1979 i 1980. Badanie to zostało powtórzone na przełomie roku 1983/84, a więc po okresie ponad trzech lat ich pracy zawodowej. Powtórne badanie przeprowadzono w formie pisemnej. Rozsyłano do byłych studentek (obecnie magistrów pielęgniarstwa) kwestionariusze tego samego testu

psychologicznego wraz z odpowiednią instrukcją. Rozesłano 60 kwestionariuszy testowych, a otrzymano z powrotem 33 odpowiedzi. Osoby badane były zatrudnione w różnych miejscach pracy, najczęściej jako nauczyciele i oddziałowe, a także jako pracownicy różnych instytucji służby zdrowia.

Metodą badań był kwestionariusz osobowości H.G. Gougha (CPI—California Personality Inventory). Jest to jeden ze względnie popularnych testów psychologicznych służących do oceny poziomu przystosowania społecznego. Pozwala on na pomiar 18 cech osobowości wyznaczających zachowanie jednostki w sytuacjach społecznych (Kottas, Markowska, 1968, Zuber, 1977). Test ten zawiera następujące skale: Zdolności przywódcze. Ambicja. Towarzyskość. Swoboda towarzyska. Pewność siebie. Dobre samopoczucie. Odpowiedzialność. Uspołecznienie. Opanowanie. Tolerancja. Wzbudzenie sympatii. Typowość. Powodzenie osiągnięte dzięki dostosowaniu się. Powodzenie osiągnięte dzięki niezależności. Wydajność umysłowa. Rozumienie innych. Elastyczność. Łagodność.

Przyjmując za podstawę wyniki analizy czynnikowej tego testu, wykonanej w Polsce przez A. Kottas i B. Markowską (1971), wyodrębniliśmy trzy ogólne postawy wobec innych ludzi dające się mierzyć tym testem, a mianowicie:

- 1) postawę egocentryczną (zdolności przywódcze, ambicja, pewność siebie, towarzyskość, swoboda towarzyska),
- 2) postawę prospołeczną (odpowiedzialność, uspołecznienie, opanowanie, powodzenie osiągnięte dzięki dostosowaniu się, wzbudzenie sympatii),
- 3) postawę dystansu (powodzenie osiągnięte dzięki niezależności, elastyczność).

W opracowaniu cytowanych autorek, nawiązujących do typologii postaw zaproponowanej przez K. Horney, postawy te określane są jako przeciw ludziom, do ludzi i od ludzi. Wydaje się jednak, że określenia — postawa egocentryczna, prospołeczna i postawa dystansu są w tym przypadku bardziej adekwatne. Porównując średnie natężenie cech składających się na każdą z trzech wymienionych tu postaw określono przeważający u danej osoby styl funkcjonowania społecznego.

3. Wyniki

Uzyskane w badaniach wyniki liczbowe przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Postawy interpersonalne pielęgniarek badane
Kwestionariuszem Osobowości H.G. Gougha

| Postawy | IV rok studiów pielęgniarskich (rok 1979 i 1980) | | 3 lub 4 rok pracy zawodowej po studiach (rok 1983/4) | |
|---------------|--|-----|--|-----|
| | Liczba osób | % | Liczba osób | % |
| Egocentryczne | 19 | 31 | 8 | 24 |
| Dystansu | 31 | 53 | 20 | 61 |
| Prospołeczna | 10 | 16 | 5 | 15 |
| Razem | 60 | 100 | 33 | 100 |

Analiza statystyczna danych zawartych w tabeli, przeprowadzona za pomocą testu χ^2 , wskazuje na brak statystycznie istotnych różnic pomiędzy oboma badaniami. $\chi^2 = 0,76$ $p < 0,05$. Oznacza to, że postawy interpersonalne osób badanych nie uległy większym modyfikacjom od czasu ukończenia przez nie studiów pielęgniarzkich. U większości osób, określić można jako postawę dystansu. Przewaga postawy prospołecznej występowała stosunkowo rzadko. Podobny rezultat uzyskaliśmy obecnie, po trzy- i czteroletnim okresie pracy zawodowej badanych. Niewielkie, i jak się okazało statystycznie nieistotne, różnice dotyczyły częstości występowania postawy dystansu wobec innych ludzi (wzrost z 53% do 61%) oraz postawy egocentrycznej (obniżenie z 31% do 24%). Te nieznaczne różnice są warte odnotowania, gdyż odpowiadają silniejszej tendencji obserwowanej na studiach – porzucenia postaw skrajnych (egocentrycznej lub prospołecznej) na rzecz postawy dystansu (Motyka i in. 1983, 1984).

Charakterystycznymi cechami funkcjonowania interpersonalnego większości badanych (ocenianymi na podstawie zastosowanego testu) jest ostrożność w kontaktach z ludźmi i dystans emocjonalny związany z dążeniem do niezależności oraz względna łatwość powierzchownego przystosowywania się do zmieniających się sytuacji. Wart podkreślenia jest stosunkowo mały odsetek osób reprezentujących postawy zdecydowanie prospołeczne, czyli kierujących się w swym postępowaniu przede wszystkim interesem i potrzebami innych ludzi. Odsetek ten nie powiększa się w trakcie pracy zawodowej, a jak wynika z naszych wcześniejszych prac, nie rośnie on również w toku studiów. Brak odpowiednich badań porównawczych nie pozwala stwierdzić, czy obserwowane zjawisko jest charakterystyczne wyłącznie dla studiów pielęgniarzkich. Biorąc pod uwagę całość uzyskanych wyników zauważyć można, że w okresie pracy zawodowej magistrów pielęgniarstwa dochodzi raczej do konsolidacji i utrwalania się prezentowanych przez nich wcześniej postaw interpersonalnych, a nie do ich znaczących przeobrażeń. Nie neguje to wcale roli, jaką środowisko zawodowe może i powinno odgrywać w kształtowaniu prawidłowych relacji typu pielęgniarka – pacjent, przełożony – podwładny, nauczyciel – uczeń. Uwarunkowana osobowościowo ogólna postawa do ludzi wyznacza bowiem jedynie pewną skłonność do określonych zachowań, przy czym to, czy zachowania te się ujawnią zależy w dużym stopniu od sytuacji w miejscu pracy.

4. Podsumowanie

Uzyskane wyniki świadczą o dużym rozpowszechnieniu w badanej populacji postaw związanych z dystansem emocjonalnym w stosunku do innych ludzi i nastawieniem na obronę własnej niezależności. Postawy zdecydowanie egocentryczne, związane z podkreśleniem swego znaczenia i dążeniem do podporządkowania sobie otoczenia oraz postawy zdecydowanie prospołeczne związane z tendencją do działań altruistycznych, występują w badanej populacji stosunkowo rzadko.

Przeprowadzone badania stanowią poparcie dla tezy, zgodnie z którą kształtowanie się zasadniczych nastawień do innych ludzi zachodzi stosunkowo wcześniej, czyli w okresie dzieciństwa i wczesnej młodości. Praca zawodowa na ogół utwierdza i stabilizuje te nastawienia. Tym bardziej więc podkreślenia wymaga sprawa właściwego naboru do zawodu pielęgniarzkiego oraz rola oddziaływań wychowawczych szkół pielęgniarzkich i uczelni medycznych.

Piśmiennictwo

1. Gray R.M., Moody T.M., Newman W.R.: An analysis of physicians attitudes of cynism and humanitarianism before and after entering medical practice. „Journal of Medical Education”, 1965, vol. 40, 760–766.
2. Indisow L.: Socjologiczne aspekty kształtowania się osobowości przyszłych oficerów lekarzy w ramach grupy zamkniętej. Biuletyn Wojskowej Akademii Medycznej, 1971, Z. 2, 327–334.
3. Kottas A., Markowska B.: Inwentarz Psychologiczny H.G. Gougha. Opracowanie monograficzne. Pracownia Psychologiczna PAN. W–wa, 1968.
4. Kottas A., Markowska B.: Studia nad czynnikiem trafnością Inwentarza Psychologicznego H.G. Gougha. Przegląd Psychologiczny, 1971, 21, 225–236.
5. Łapińska E.: Rozwój osobowości studentów medycyny w trakcie nauki. Kwartalnik Akademii Medycznej w Warszawie, 1974, 4, 313–320.
6. Łapińska E.: Ocena zmian osobowości studentów medycyny w trakcie pierwszych lat nauki. Kwartalnik Akademii Medycznej w Warszawie, 1975, 2, 131–140.
7. Motyka M., Pajor Z., Kabat Z., Stachura S.: Changements des attitudes interpersonnelles observés au cours de la formation universitaire des infirmiers. Referat na Międzynarodowej Konferencji Pielęgniarskiej – Lizbona, maj, 1983. Druk powielany.
8. Motyka M., Pajor Z., Kabat Z.: Przeobrażenia osobowości studentek Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej obserwowane w toku studiów. Problemy Szkolnictwa i Nauk Medycznych, 1984, 1, 7–13.
9. Rezler A.G.: Attitude changes during medical school: a review of the literature. „Journal of Medical Education”, 1974, vol. 49, 1023–1030.
10. Szałański J., Szymańska I.: Osobowość studentów medycyny i jej przeobrażenia w toku studiów przedklinicznych, w świetle wyników badań empirycznych. Problemy Szkolnictwa i Nauk Medycznych, 1976, 3, 15–24.
11. Szałański J., Szymańska I.: Cechy osobowości studentek psychologii oraz studentek i studentów medycyny w świetle wyników pomiaru CPI na III roku studiów. Przegląd Psychologiczny, 1977, 4, 757–770.
12. Zuber L.: Inwentarz Psychologiczny H.G. Gougha (California Personality Inventory). W: Stanik J.M. (red.); Wybrane techniki diagnostyczne w psychologii klinicznej. Wyd. Uniwersytetu Śląskiego. Katowice, 1977.

Dr n. farm. Aleksander DRYGAS

W 40 ROCZNICĘ WYZWOLENIA ZIEMI GDAŃSKIEJ

Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia
Akademii Medycznej w Gdańsku
Kierownik doc. dr hab. med. Cz. Baran

W hołdzie Zmarłym, Potomnym ku pamięci

Początek trudnej drogi służby zdrowia w Gdańsku, Gdyni i Elblągu

We wspólnym dziele odbudowy kraju ze zniszczeń po drugiej wojnie światowej nie zabrakło też ludzi spod znaku Eskulapa – pracowników służby zdrowia.

Gdańsk. Już 6 kwietnia 1945 r., a więc zaledwie w kilka dni po wyzwoleniu Gdańska przybyli doń dr Stefan Michalak, dr Teisseyre i dr Przyborowski. W ówczesnym szpitalu miejskim (obecnie Państwowy Szpital Kliniczny nr 1) zastali radzieckiego majora gwardii Kaczana, lekarza pełniącego obowiązki komendanta szpitala. On to właśnie przekazał szpital polskim lekarzom na doraznie sporządzonym akcie.

A tymczasem miasto Gdańsk jeszcze płonęło. Na ulicach i w stertach gruzu znajdowało się wiele zwłok ludzkich i zwierzęcych. Brak było wody, elektryczności i gazu. Na ocalałych ulicach nie często spotykało się już żołnierzy radzieckich czy polskich, natomiast od czasu do czasu pierwszych funkcjonariuszy Milicji Obywatelskiej przybyłych z Poznania, a częściej kobiety niemieckie z dziećmi, starców pozostawionych bez opieki i bardzo nieliczną ludność pochodzenia polskiego z opaskami biało-czerwonymi na rękawie.

W barakach na terenie tak zwanego Narwiku (dzielnica Gdańska – A.D) przebywali ciężko chorzy i ranni robotnicy – Francuzi, Polacy, Włosi – przywiezieni tu na przymusowe roboty. Byli zdani na własne siły, nie mając zapewnionej żadnej opieki, z lekarską włącznie. Nieco lepsza sytuacja panowała w podobnym obozie, tzw. Schickaulager (obecnie teren Stoczni Północnej – A.D.), gdzie urzędował lekarz Włoch.

Ze wszystkich szpitali istniejących do niedawna w Gdańsku ocalał tylko Oddział Dziecięcy Szpitala przy ul. Kartuskiej oraz wspomniany już wyżej Szpital Miejski. Natomiast Szpital Sióstr Diakonisek (obecnie Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika) był ograbiony, częściowo zburzony, a budynek główny i prawe skrzydło wypalone. Spalony był również Szpital ss. Boromeuszek na Dolnym Mieście (dziś Państwowy Szpital Kliniczny Nr 2), obecnie przy ul. Prof. Kieturakisa.

Dyrektorem Szpitala Miejskiego został dr Stefan Michalak, jego zastępcą dr Walenty Maniszewski. Intendentką natomiast została Maria Sadowska. Do pracy zgłosiło się również kilku Polaków, którzy znaleźli się na terenie szpitala: Józef Szlosowski, Albin Sielewicz, Stanisław Konieczny i Marta Grab. Józef Szlosowski odpowiadał za transport, Albin Sielewicz pracował w dziale zaopatrzenia, natomiast szefem kuchni został Stanisław Konieczny.

Wkrótce miejsce dotychczasowego komendanta szpitala, majora Kaczana, zajął kolejny major wojsk radzieckich – Agielski z grupą 6 ludzi, którzy objęli nadzór i opiekę nad niemieckimi jeńcami wojennymi i repatriantami. Należy w tym miejscu podkreślić, że bez majora Agielskiego nie istniałaby żadna możliwość wykarmienia wielkiej liczby chorych i samego już zabezpieczenia ocalałego mienia przed rozkradzeniem (czy – jak wówczas mówiono – „rozzabrowaniem”). Liczba chorych wynosiła w owym czasie 2011 osób, w tym 760 jeńców niemieckich. Poza tym wśród chorych znajdowało się około 300 Polaków, nadto wielu Rosjan, Francuzów, Włochów i osób innych narodowości. Sam szpital zatrudniał już około 600 ludzi, którzy znaleźli zakwaterowanie w bunkrach i suterenach. Liczba lekarzy niemieckich wynosiła 31 osób, pośród których było 4 profesorów i 1 docent. Wykarmienie zaś tak znacznej grupy ludzi w pierwszych dniach po wyzwoleniu musiało stanowić problem nie lada.

W dniu 11 maja 1945 r. podpisano drugi akt przekazania szpitala władzom polskim, po czym żołnierze radzieccy wycofali się ostatecznie z terenu szpitala. Z tą chwilą cały trud zaopatrzenia szpitala w żywność oraz ochrony mienia szpitalnego spadł na barki załogi polskiej. Warto dodać, że w chwili rozpoczęcia pracy w Szpitalu Miejskim przez grupę polską – teren szpitala robił wrażenie wręcz jarmarczne: poza bowiem wielką liczbą kręcących się żołnierzy i osób cywilnych, na jego obszarze znajdowały się różne

pojazdy, przeważnie z rannymi cywilami, których chciano ulokować w szpitalu, lub też przywiezionych tylko na zmianę opatrunków.

Jakkolwiek Szpital Miejski nie uległ całkowitemu zniszczeniu, to jednak wszystkie budynki były zdewastowane, wiele uszkodzonych przez pociski artyleryjskie i bomby lotnicze. Wybite były wszystkie szyby, a drzwi powyrywane razem z futrynami.

Wyjątkowo trudnym, a nawet niebezpiecznym problemem, była liczna grupa jeńców wojennych, spośród których znaczny procent stanowili SS--mani. Jak się nieco później okazało, na terenie szpitala znajdowało się sporo ukrytej broni; z uwagi zaś na to, że do chwili kapitulacji Niemiec front utrzymywał się w niewielkiej odległości od Gdańska, Niemcy ciągle liczyli na odsiecz, ukryta zaś broń mogłaby odwrócić istniejącą sytuację militarną.

Nierzadkie natomiast były sabotaże, na przykład podpalenia budynków. W jednym z takich podpalonych budynków mieściły się, jak się później okazało, laboratoria doświadczalne fabryki mydła wyrabianego ze zwłok ludzkich. Podpalenie więc było jednoznaczną próbą zatarcia śladów masowej zbrodni.

Już w czerwcu 1945 r. Międzynarodowa Komisja Polskich i Radzieckich lekarzy przeprowadziła oględziny zwłok pozostawionych w basenach i przeznaczonych do doświadczeń związanych z produkcją mydła. W większości były to zwłoki zgilotynowanych więźniów. Do prac tej komisji została oddelegowana, w charakterze protokolantki, pielęgniarka Maria Dębska.

To wstrząsające odkrycie zrelacjonował też w późniejszych swoich wspomnieniach Stanisław Byczkowski, profesor zwyczajny Akademii Medycznej w Gdańsku. Z uwagi na znaczenie tego wspomnienia, przytaczam je niemal w całości:

„Byłem jednym z pierwszych, którzy w połowie kwietnia 1945 r. przybyli do Gdańska. Jak do tego doszło? Przed wojną pracowałem w filii Państwowego Zakładu Higieny w Gdyni. Wybrzeże znałem i lubiłem. Z chwilą wyzwolenia terenów Kieleczyzny, gdzie przebywałem w czasie okupacji, już w pierwszych dniach lutego 1945 r. zgłosiłem się do centrali Państwowego Zakładu Higieny w Łodzi. Po kilku tygodniach wraz z niewielką ekipą zostałem delegowany do Gdyni i Gdańska. Po wielu ciężkich perypetiach 17 kwietnia 1945 r. przybyliśmy małym wojskowym samochodem już z Bydgoszczy do Gdyni. Wzdłuż całej drogi obraz wielkiego zniszczenia. Miasto Gdańsk dymiło nie ugaszonymi jeszcze pożarami, Niemcy zaś bronili się nadal na Helu i na terenie części Żuław nie zalanych wodą. Każdy krok naprzód ukazywał nowe zniszczenia.

Były niemiecki zakład higieny mieścił się w budynku obecnego Anatomicum (dziś już znajdującego się w nowym budynku – A.D.), w skrzydle, które zajmuje obecnie Zakład Chemii Fizjologicznej prof. Mozołowskiego. Tam skierowałem moje kroki. Po ziemi walały się trupy, rozbite aparaty i ich części oraz mnóstwo podartych i wybrudzonych książek naukowych.

Rozpocząłem oględziny terenu. Jedyne dwa baraki były w stanie możliwym do użytku, pozostałe były rozbite lub spalone. W piwnicach budynku anatomii znajdowało się kilkanaście trupów, głównie kobiet, oraz całe stosy materaców, sienników i słomy. W sali prosektorium wszystkie wanny były wypełnione zwłokami, w tym wiele bez głów, obok zaś stały kamionkowe wanienki wypełnione po brzegi równo uciętymi na gilotynie głowami. Cały teren był pusty, nigdzie żywej duszy.

Po krótkim zastanowieniu zdecydowałem się zostać i zacząć porządkowanie terenu. Uzbrojony w kij i siekiere zamieszkałem w jednym z pokoików na drugim piętrze

Anatomicum.

Do prac porządkowych początkowo zatrudniałem przygodnie zwerbowanych ludzi, ale już po kilku dniach miałem stały zespół kobiet, które same zgłosiły się do pracy za cenę zaświadczenia pracy, dającego wówczas pewne przywileje.

Po zabezpieczeniu okien w kilku salach i piwnicach umieszczałem w nich zbierane części aparatów oraz książki uprzednio myte i suszone. W międzyczasie nieznanymi osobnikami próbowano trzykrotnie podpalić główny budynek, każdorazowo jednak udało się w porę ugasić. Widocznie bardzo zależało komuś na zniszczeniu kompromitujących śladów i dowodów.

W trakcie uprzątnięcia terenu natknąłem się na istniejące do chwili obecnej maceratorium. W pierwszym pomieszczeniu tego budynku stała duża kamionkowa wanna pełna płatów odpreparowanej skóry ludzkiej. Pod oknem na małym stole leżało kilka kawałków surowego mydła oraz emaliowane wianki fotograficzne używane jako formy. Na półce pod ścianą stały szklane słoje wypełnione sodą kaustyczną. Obok z dużego kotła wystawał częściowo już obgotowany, będący w stanie pełnego rozkładu tors człowieka. W następnym pomieszczeniu znajdowały się dwa autoklawy z kośćmi ludzkimi, dalej zaś stał żelazny piecyk, a obok niego mała kamionkowa wanna pełna resztek tkanek. Na stryżku maceratorium znalazłem dużą ilość czaszek ludzkich i różnych kości dokładnie już oczyszczonych.

To wszystko wydało mi się podejrzane. Odniosłem wrażenie, że obok innych prac dokonywano tu prób wyrobu mydła z resztek ludzkich. Moje podejrzania szybko się potwierdziły. W tym czasie zgłosił się do pracy były pomocnik laboranta zakładu fizjologii, Aleksy Opieński. Był to Polak wywieziony na roboty do Niemiec, a następnie zatrudniony w Gdańsku.

Spodziewałem się uzyskać od niego wiele cennych informacji. I rzeczywiście dowiedziałem się, że maceratorium należało do zakładu anatomii, kierowanego przez prof. Spannera. Wstęp do maceratorium komukolwiek z zewnątrz był wzbroniony. Ale na terenie reszty zakładów mówiło się między sobą, że prof. Spanner robi próby mydła z odpreparowanych przez studentów tkanek tłuszczowych ludzi. Zdawałem sobie sprawę z wagi uzyskanego odkrycia i konieczności zabezpieczenia, co udało mi się dopiero po dłuższym czasie dzięki pomocy redaktora Stanisława Strąbskiego. Szczegółowy opis tego znajduje się w książce Stanisława Strąbskiego pt. „Mydło z ludzkiego tłuszczu”.

Po zabezpieczeniu terenu rozpoczął się okres szczegółowych badań przez liczne komisje łącznie z międzynarodową komisją Czerwonego Krzyża z Genewy. Po zakończeniu badań z wykonaniem sekcji wszystkich zwłok i zabezpieczeniem protokółarnym wszystkich materiałów ochronę zdjęto, a część zwłok pochowano.

Ta krótka relacja wymaga jednak dodatkowego naświetlenia. Nie sposób jest przejść do porządku dziennego nad faktem „naukowego” opracowywania praktycznego użytkowania zwłok ofiar eksterminacji. Czyżby na tym miała polegać podkreślona w nazwie szkoły – „praktische Medizin”? Czy profesor Spanner był jedynym „naukowcem” tego pokroju? Jak wyglądał poziom etyczny niemieckich lekarzy? Na wszystkie te pytania i inne nie postawione – jest odpowiedź w pracy prof. dr T. Bilikiewicza pt. „Polityka sanitarna okupanta na Pomorzu”. Jest to opinia biegłego wydana na zlecenie Głównej Komisji Badania Zbrodni Niemieckich w Polsce, drukowana przez Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy w Warszawie 1948 r.

Oto w skrócie zasadnicze stwierdzenie prof. T. Bilikiewicza – zgodnie ze sprawozdaniem Gauamtsleiters dra Grossmanna, redaktora „Staatliche Akademie für praktische

Medizin”, działalność niemieckiej służby zdrowia leżała na płaszczyźnie rasistowsko—politycznej, a nie sanitarnej. Już w jesieni 1939 r. prof. dr Grossmann w asyście lekarzy próbował na chorych trucizny.

Przykładem najściślejszej współpracy między gestapo i lekarzami niemieckimi jest dokument przechowywany w zbiorach Zakładu Historii Medycyny AMG. Dokument ten wyjaśnia, dlaczego świadectwa zgonu Polaków pomordowanych w Bydgoszczy wystawiane były w Gdańsku. Te fałszywe świadectwa wystawiał właśnie prof. Spanner.

Kogo mogli wychowywać tacy mistrzowie zbrodni z tytułami i godnościami naukowymi jak rektor Grossmann, prof. Spanner i najbliżsi ich współpracownicy? Na to pytanie odpowiedziało „praktycznie” wielu niemieckich lekarzy: akcje eutanazji, masowe mordy w obozach, wszelkiego rodzaju praktyki i eksperymenty na ludziach, to godne uzupełnienie prób wyrobu mydła i galanterii skórzanej z ludzi. Oto do czego prowadzi obłęd praktycyzmu i rasizmu...” (zob.: Stanisław Byczkowski, Wspomnienia sprzed lat), w: („Dziennik Bałtycki nr 235/6610, s. 4).

Jak więc z relacji prof. Stanisława Byczkowskiego wynika, w pierwszych dniach i tygodniach po wyzwoleniu i natychmiast podjętej działalności organizowania się życia trudno wręcz mówić o pełnym bezpieczeństwie grupy Polaków, którzy podjęli pracę w Szpitalu Miejskim w Gdańsku. Zresztą nie tylko to było problemem. Spraw trudnych było ponad miarę ludzkich możliwości. Na przykład stan sanitarny Szpitala Miejskiego był więcej niż zły: rury kanalizacyjne były pozatykane, wodę do szpitala sprowadzano w beczkach z betonowego basenu przeciwpożarowego z odległości około 400 metrów.

Obok Zakładu Radiologii natrafiono na masowy grób 150 osób przysypanych cienką tylko warstwą piasku. Były to zwłoki ludzi zabitych i zmarłych w czasie działań wojennych, których pogrzebanie w tym miejscu nakazała niemiecka administracja szpitala. Na całym zaś terenie szpitalnym znajdowało się wiele, od tygodni nie sprzątanym, śmieci.

Brakowało leków, środków opatrunkowych, zapasów żywności. Pieniądze nie przedstawiały żadnej wartości, gdyż nic nie można było za nie kupić. Pierwsze zresztą pobory wypłacono zatrudnionym w szpitalu ludziom dopiero pod koniec czerwca 1945 r. Mimo tak ciężkich warunków grupa polskich pracowników służby zdrowia powiększała się z dnia na dzień. Przybyli m.in. dr Kazimierz Bandych, dr Sabina Kochańska, dr Grzegorz Zwykielski i inż. Tadeusz Cetnarowski.

Gdzieś w połowie kwietnia 1945 r. zgłosiła się do dyrektora Szpitala Miejskiego, dra Michałaka, pielęgniarka Maria Dębska z prośbą o przyjęcie na leczenie kilkudziesięciosobowej grupy chorych i rannych Polaków, Włochów, Francuzów z przez siebie zorganizowanego pseudoszpitala w „Narwiku” i byłego obozu „Schickaulager”. Wraz z chorymi i rannymi przeszedł także lekarz Włoch, intendent Władysław Rybicki oraz kilku, pełniących funkcję sanitariuszy, Włochów i Francuzów. Zebrano również cały „majątek” pseudoszpitala, składający się z dwóch koni, wozu, dużej liczby koców i naczyń, których dotkliwy brak tak bardzo odczuwał Szpital Miejski.

Na każdego, kto się tylko zgłosił, czekała praca. Każda para rąk była na wagę złota. Ci zaś, którzy nie wierzyli w odbudowę szpitala lub nie wytrzymywali ciężkich warunków, odchodzili. Praca trwała od 6 rano do późnych godzin nocnych. Od pierwszych dni przystąpiono do sprzątanym nadających się do użytku sal i organizacji poszczególnych oddziałów. Dzięki temu stosunkowo szybko można było przenieść ok. 2 tysiące chorych z bunkrów i suterren. Do oddziałów, które jako pierwsze rozpoczęły swą działalność należały oddziały: chirurgii, dermatologii, laryngologii i pediatrii. Doktor Maniszewski załatwiał interesantów, doktor Bandych, z pomocą trzech lekarzy Niemców, prowadził

oddział skórno-wenerologiczny i ambulatorium, do którego po porady i zabiegi zgłaszało się dziennie do 1000 osób. Doktor Kochańska prowadziła oddział pediatrii, na którym od pierwszego dnia znalazło się 115 chorych dzieci, poza tym prowadziła ambulatorium dziecięce.

W tym czasie dr Wasilewski organizował już klinikę laryngologiczną, oczną i neuro-psychiatryczną oraz bibliotekę. Równocześnie magister farmacji Hieronim Bieńkowski organizował aptekę szpitalną, sprawując jednocześnie nadzór nad zabezpieczeniem, z wielkim trudem, zdobywanych leków (jak mi opowiadał – jemu tylko wiadomymi drogami).

Pod koniec kwietnia liczba personelu polskiego wynosiła już 69 osób, w tym 13 lekarzy i 1 farmaceuta. W szpitalu natomiast znajdowało się około 1600 chorych. Pracę pielęgniarską wykonywały siostry niemieckie oraz nieliczne jeszcze grupa Polek, zatrudniona w szpitalu jako personel sanitarny bez przygotowania zawodowego. Podjęto więc podstawowe szkolenie z zakresu pielęgnacji chorych.

W tym też czasie grupa lekarzy i pielęgniarek niemieckich została skierowana, pod przewodnictwem dra Natkańskiego (późniejszego lekarza portowego), do sprzątania nie pogrzebanych jeszcze na terenie miasta trupów ludzkich i padłych koni. Wiele zwłok ludzkich wyciągano z piwnic wypalonych i zagrożonych zawaleniem domów.

Dnia 10 maja 1945 r. nastąpiła ewakuacja jeńców niemieckich i repatriantów. Do transportów tych dołączono zgłaszający się ochotniczo personel niemiecki zarówno lekarski, jak i sanitarny. W dniu następnym – jak już wiemy – podpisany został drugi akt przekazania szpitala władzom polskim.

Również w tym czasie sytuacja Szpitala Miejskiego – miał się poprawić – uległa znacznemu pogorszeniu. Poza stałymi, codziennymi kłopotami (i związanymi nie tylko z gaszeniem pożarów), do głosu doszedł najbardziej tragiczny problem: brak żywności. W szpitalu zapanował głód. Nie było też czym karmić koni.

W tej krytycznej chwili ochotnicy w osobach: Maria Sadowska, Maria Dębska, Władysław Rybicki oraz dwóch przydzielonych przez dra Komornickiego kierowców, wyruszyli w teren w poszukiwaniu żywności. Wyjazd w teren był już o tyle możliwy, że w wyniku bezwarunkowej kapitulacji Niemiec zlikwidowaniu uległ ostatni kocioł armii niemieckiej na Siankach (dzielnica Gdańska – A.D.). Jednak na Żuławy można się było dostać jedynie drogą okrężną przez Pruszcz Gdański, Cedry Wielkie i Świbno. Z narażeniem życia grupa ochotników penetrowała zaminowane tereny, poszukując w byłych okopach i bunkrach ewentualnych zapasów żywności i leków. Ryzykancka działalność grupy ochotników zdeterminowana była zwykłym głodem. U wielu chorych w Szpitalu Miejskim zaczęły występować już obrzęki głodowe. Wzrosły też zachorowania na ostry nieżyt żołądka i jelit, spowodowane niedostatecznym i nieodpowiednim żywieniem i złą wodą.

Usilne poszukiwania przyniosły wszakże wcale pokaźny efekt: znaleziono worki z ziemniakami, grochem, suszoną koniną, a nawet inwentarz żywy – jedno jagnię, parę kur oraz wozy z końmi i samochód. Trudno wprost opisać radość całej ekipy z każdego znalezionej worka z żywnością w ciągu półtorej doby trwających poszukiwaniach i to w obliczu grozy ziejącej z licznych pól minowych.

Zdobycza żywność nie wystarczyła jednak na długo. Już wkrótce, poza i tak niedostatecznym zapasem ziemniaków, szpital nie dysponował żadnymi produktami. Na ziemniaki, dowożone zresztą sporadycznie z miejscowości odległych od Gdańska do 25 km, czekano z niepokojem, gdyż nie należały do rzadkości ich rekwizycje po drodze.

Dnie, w których nie podano kolacji czy śniadania, nie były w tym czasie przypadkowym zdarzeniem.

W dalszym ciągu brakowało wody. W basenach szpitalnych pozostały resztki, które czerpano garnkami. Cuchnącą wodę wożono w beczkach i przelewano przez sito, a następnie gotowano. Szklanka czystej, dobrej wody była nieosiągalnym rarytasem. W tej sytuacji dyrektor szpitala zarządził kopanie studni – niestety – bez widocznych rezultatów. Mimo osiągnięcia głębokości 37 metrów, wody nie było.

Do szpitala zaczęto przywozić pierwszych chorych na dur plamisty z obozów z okolic Pruszcza i Nowego Portu. Wkrótce też zaczął chorować personel szpitalny. Jak powiada przysłowie: nieszczęścia lubią chodzić parami. W tym samym czasie na terenie Gdańska pojawiły się pierwsze przypadki duru brzuszego. Bardzo prędko epidemia objęła nie tylko miasto, ale i okolice. A leków, bielizny, wody i światła w dalszym ciągu nie było.

Jak niespożyta siłę fizyczną, energię i hart ducha musieli mieć ludzie, którzy trwali na beznadziejnych pozycjach, nie uciekając i nie porzucając rozpoczętej pracy, licząc na poprawę sytuacji. Oczywiście nie wszystkim starczyło odporności psychicznej i po prostu... uciekali. Rzecz ciekawa, o wiele łatwiej wszelkie przeciwności losu, trudności, choroby i głód znosili ludzie, którzy przeżyli piekło powstania warszawskiego, a których losy rzuciły potem do Gdańska.

Momentem przełomowym w czasie tej trudnej wiosny 1945 roku był czerwiec, a dokładnie 13 czerwca – to prawie historyczna data; tego dnia wodociągi przekazały pierwszą wodę do domów przy ul. Smoluchowskiego, a następnie do kotłowni szpitala. Również w połowie tego miesiąca do Szpitala Miejskiego przywieziono kilka ton kaszy z Bydgoszczy, samochodem wyremontowanym już we własnym zakresie.

Dnia 26 czerwca szpital otrzymał światło elektryczne, ruszyła pralnia szpitalna. Był to już luksus, prawie cud, o jakim trudno było marzyć kilka tygodni wcześniej. Nie znaczy to jednak, że już uporano się ze wszystkimi trudnościami i problemami. W dalszym ciągu za mało było żywności. Chleba przydzielano 100 gramów na osobę; często nie nadawał się do spożycia. Brakowało też tłuszczu, a mięso obiecywano na razie w ilości 80 gramów na osobę.

Pod koniec czerwca 1945 r. Szpital Miejski przy ulicy Dębinki zatrudnił już 175 osób personelu polskiego i jeszcze 470 niemieckiego.

Dnia 15 lipca tegoż roku Szpital Miejski został przejęty przez powołaną wcześniej 21 kwietnia 1945 r.) przez Radę Ministrów Akademię Lekarską, której rektorem mianowano profesora Edwarda Grzegorzewskiego. Na razie – oczywiście – teoretycznie, gdyż praktycznie przejęcie szpitala, jako bazy klinicznej przyszłej Akademii nastąpiło dopiero w sierpniu 1945 r. Zarząd administracyjny szpitala pozostał nie zmieniony, a dyrektor szpitala – dr Stefan Michalak, został mianowany dyrektorem zarządzającym klinik.

Od tego momentu życie i praca w nowo powołanej placówce zaczęły się normalizować. Przybywały też nowe ekipy pracowników służby zdrowia delegowanych przez Ministra Zdrowia dra Franciszka Litwina. W miarę zaś przybywania ich i mianowania profesorów, poszczególne oddziały szpitalne stawały się klinikami Akademii.

Z konieczności, w olbrzymim skrócie przedstawiono pierwsze dni i tygodnie – jakże pionierskiej – działalności polskiej służby zdrowia w Szpitalu Miejskim w Gdańsku. Była to zresztą jedyna placówka służby zdrowia, jaką można było uruchomić prawie natychmiast pośród morza ruin.

Oczywiście w opisie pierwszych, trudnych początków – zaraz po wyzwoleniu – w organizowaniu placówek służby zdrowia nie można pominąć zespołu miejskiego Gdyni.

Gdynia. Wyzwolenie Gdyni spod okupacji hitlerowskiej odbywało się etapami: śródmieście Gdyni z dzielnicą Orłowo i Małym Kackiem zostało wyzwolone w dniu 28 marca 1945 r. Z kolei Grabówek, Chylonia–Cisowa w dniu następnym (29 marca 1945 r.), natomiast Oksywie dopiero 5 kwietnia 1945 r.

Kilku lekarzy gdyńskich z okresu przedwojennego, którzy przetrwali w tym mieście okupację, a wśród nich dr Janusz Wiktor, dr Augustyn Dolatkowski oraz dr Franciszek Neuman, przystąpili aktywnie do tworzenia punktów opatrunkowych dla udzielania pierwszej pomocy rannym i chorym. Były to jeszcze warunki wojenne: miasto było ostrzeliwane przez niemiecką artylerię okrętową i okresowo bombardowane przez niemieckie lotnictwo. Gdynia była pozbawiona światła elektrycznego i wody. Jednak trzeba stwierdzić, że w porównaniu z Gdańskiem czy Elblągiem – Gdynia, mimo szalejącej jeszcze wojny, ze wszystkich tych opresji wyszła w miarę obronną ręką. Oczywiście – zdewastowane były urządzenia portowe, wejście zaś do kanału portowego było zablokowane wrakiem pancernika „Gneisenau”, ale miasto bardzo szybko mogło rozpocząć normalną działalność.

Właściwie już w dniu wyzwolenia dr Janusz Wiktor wraz z dr. Augustynem Dolatkowskim zajęli się organizacją szpitala, który opuszczony przez niemiecki personel, przepełniony był rannymi i chorymi.

W dniu 3 kwietnia 1945 r. dr Dolatkowski został zatwierdzony przez Pełnomocnika Rządu Polskiego jako lekarz miejski dla Gdyni. W nowym już charakterze dr Dolatkowski podjął starania o zabezpieczenie gabinetów lekarskich, opuszczonych aptek, tworząc w dalszym ciągu, w różnych punktach miasta, kolejne punkty opatrunkowe. Wymagała tego istniejąca sytuacja. Powiększały się bowiem zastępy rannych, gdyż miasto znajdowało się jeszcze w strefie działań wojennych. Bliskość linii frontowej i ostrzał artyleryjski powodowały dość liczne jeszcze straty pośród ludności cywilnej. Zaistniała więc pilna konieczność utworzenia specjalnej kolumny dla grzebania zabitych, którzy zalegali ulice, place i domy. W samym tylko szpitalu miejskim znajdowało się około 100 trupów.

Na Oksywiu dr Jerzy Gerlee (przesiedlony w czasie okupacji przez Niemców z Wileńszczyzny) zorganizował szpital na 30 łóżek w baraku przy ul. Dikmana. Nie trzeba chyba specjalnie podkreślać roli, jaką ten mały szpitalik odegrał w leczeniu rannych i chorych, zwłaszcza przy sporej odległości od centrum Gdyni i jej szpitala.

Od pierwszych dni wyzwolenia Gdyni zaczęli przybywać tu następni lekarze z głębi kraju. Dnia 2 kwietnia 1945 r. przyjechał do Gdyni, skierowany przez Pełnomocnika Rządu Polskiego, znany już dr Stefan Michalak, który natychmiast został oddelegowany do Gdańska, w celu zabezpieczenia Szpitala Miejskiego.

Trzeciego kwietnia powrócili: dr Zdzisław Teisseyre, dr Tadeusz Przyborowski wraz z żoną Heleną (również lekarzem), dr Marian Krzyżanowski, dr.dr. Bolesław i Włodzimierz Hryniewieccy, dr Jerzy Neuman, dr Mieczysław Mielżyński, dr Wanda Szpakowska oraz dr Leonard Jarociński. Lekarze ci wykazali olbrzymią aktywność, poświęcenie i ofiarność w dziele przywracania do życia placówek służby zdrowia. Była to trudna praca z powodu poważnych dewastacji przedwojennych placówek, a także dużych braków kadrowych pośród samych lekarzy i średniego personelu medycznego.

Najistotniejszym zagadnieniem zdrowotnym stała się walka z chorobami zakaźnymi. Dzięki aktywności działających już pracowników służby zdrowia, izolacji chorych i

prowadzeniu masowych szczepień zapobiegawczych, nie doszło do wybuchu większych epidemii. Jednak liczba chorych na dur plamisty i brzuszny oraz dyfteryt była znaczna.

Dużą rolę w zwalczaniu świerzb, wszawicy i duru plamistego odegrał Zakład Dezynsekcyjno—Kąpielowy przy ulicy Śląskiej, który uruchomiono zaraz po wyzwoleniu. Zakład ten mógł obsłużyć 500 osób dziennie. Oprócz kąpeli można w nim było przeprowadzić dezynsekcję ubrań w jednej z trzech komór dezynfekcyjno—dezynsekcyjnych.

Poważny problem stanowiły również choroby weneryczne. Notowano masową wręcz liczbę zachorowań na kiłę i rzeżączkę. W walce z chorobami wenerycznymi nieocenione usługi oddał dr Marian Krzyżanowski.

On to właśnie, dzięki swej niespożytej energii, przyczynił się do ich opanowania. Działalność dra Krzyżanowskiego wyprzedziła o dwa lata słynną potem „Akcję W”. Również z inicjatywy dra Krzyżanowskiego zorganizowany został Ośrodek Zdrowia przy ul. 10 Lutego, w którym uruchomiono poradnię opieki nad matką i dzieckiem wraz z kuchnią mleczną, a poza tym poradnię przeciwweneryczną, przeciwgruźliczą, przeciwjagliczną i poradnię ogólną dla chorych. Dużym ułatwieniem w pracy poradni „W” było uruchomienie przedwojennej filii Państwowego Zakładu Higieny (PZH) przy ulicy Starowiejskiej 50. Natomiast filię z pracownią serobakteriologiczną i pracownią badania żywności i wody zorganizował już w kwietniu 1945 r. — dr Jachowicz.

Od pierwszego dni wyzwolenia zaczęła też działać w Gdyni placówka Polskiego Czerwonego Krzyża. Poza działalnością związaną z identyfikacją i grzebaniem zwłok Polski Czerwony Krzyż w Gdyni prowadził ambulatorium dla chorych przychodzących oraz dwa domy noclegowe. Poza tym placówka ta posiadała jeden samochód — karetkę do przewozu chorych. Był to więc niejako początek późniejszego pogotowia ratunkowego (dziś tzw. Pomoc Dorączna — A.D.).

A oto kilka danych statystycznych z dnia 1 listopada 1945 r. obrazujących sytuację zdrowotną Gdyni i stanu służby zdrowia: liczba mieszkańców Gdyni wynosiła w tym dniu 85.091.

W czasie od 28 marca do 1 listopada 1945 zarejestrowano następujące choroby zakaźne, jakie pojawiły się w Gdyni:

| | | |
|-------------------------|-----------------|-----------------|
| 1. Dur brzuszny | 231 przypadków, | w tym 21 zgonów |
| 2. Dur plamisty | 147 przypadków, | w tym 11 zgonów |
| 3. Błonica | 83 przypadki, | w tym 11 zgonów |
| 4. Inne choroby zakaźne | 77 przypadków, | w tym 18 zgonów |
| razem | 538 przypadków, | w tym 61 zgonów |

W tym samym okresie zarejestrowano w przychodniach 782 osoby chore na gruźlicę. Przebadano łącznie 11.414 dzieci, spośród których u około 2 tysiące stwierdzono świerzb, a u ok. 3 tysiące wszawicę głowową i ubraniową. Do szpitala miejskiego w Gdyni przyjęto 3307 chorych. Szpital ten posiadał już 400 łóżek, zatrudniał 18 lekarzy, 36 pielęgniarki (siostry zakonne) oraz 108 osób personelu pomocniczego.

Na terenie miasta natomiast zarejestrowanych już było 56 lekarzy, 19 dentystów, 29 położnych, 42 pielęgniarki (w tym i siostry zakonne).

Po Gdańsku i Gdyni kolejnym miastem, któremu choć kilka słów należy poświęcić — jest Elbląg.

Elbląg – miasto o wielowiekowych dziejach, od początku swego istnienia związany był z Polską. Pierwszy rozbiór Polski w r. 1772 odrywa miasto od Macierzy na 173 lata. Dopiero w wyniku drugiej wojny światowej Elbląg został wyzwolony i w dniu 10 lutego 1945 r. na zawsze wrócił do Polski.

Kiedy 19 maja 1945 r. administracja polska przejmowała od komendantury radzieckiej władzę w mieście, Elbląg był jednym wielkim, martwym rumowiskiem: 65% budynków leżało w gruzach. Nie było wody, światła i gazu. Sieć telekomunikacyjna była zerwana, koleje i drogi zniszczone, wszystkie mosty wysadzone. Depresyjne zaś tereny Żuław wycofujący się nieprzyjaciel zalał wodą. Tak więc Elbląg odcięty został od reszty kraju.

Takie były okoliczności i sytuacja, kiedy garstka Polaków – zapaleńców zabrała się do – pozornie beznadziejnej roboty – odbudowy miasta. Jednym z pierwszych i bardzo ważnych, a jednocześnie trudnych zadań, była organizacja ochrony zdrowotnej i sanitarnej miasta. Należy tu podkreślić bardzo znaczący moment, że służba zdrowia w Elblągu rozpoczęła swoją działalność zaraz po kapitulacji wojsk niemieckich. Dzięki temu uruchomienie szpitala miejskiego mogło nastąpić w dwa miesiące po wyzwoleniu miasta – w kwietniu 1945 r.

Poszczególne oddziały szpitala rozmieszczano w nielicznych, ocalałych budynkach mieszkalnych rozrzuconych w różnych częściach miasta i prowizorycznie tylko zabezpieczonych. Z braku szyb okna zastraszano dyktą. Nie można w tym miejscu nie wspomnieć, że sami pracownicy szpitala znosili do swego miejsca pracy znalezione szkło okienne, co umożliwiło oszklenie w pierwszej fazie sal zabiegowych. Podobnie wyposażenie sal chorych i gabinetów lekarskich w podstawowe meble zbierano z całego miasta. Nieliczny zaś sprzęt medyczny wydobywano z ruin ponemieckich szpitali wojskowych. W ten sposób uzyskano ok. 380 łóżek dla chorych, co było wyczynem nie lada. Materiał opatrunkowy otrzymywano częściowo od radzieckich lekarzy wojskowych, a wyżywienie w większości z kuchni polowych.

Bardzo źle przedstawiała się sprawa z personelem medycznym. Brakowało lekarzy, pielęgniarek, położnych. Podobnie jak w Gdańsku, tak i w Elblągu pomagali częściowo nieliczni już lekarze niemieccy i niemieckie pielęgniarki. Należy dodać, że ciężkie warunki pracy utrzymywały się w Elblągu dłużej aniżeli w Gdańsku. Widoczna poprawa nastąpiła dopiero w latach pięćdziesiątych, kiedy do użytku oddano dalsze szpitale, przychodnie obwodowe, rejonowe i przemysłowe.

Wielu z tych, którzy w trudnych i prawie beznadziejnych warunkach ofiarnie kładli kamień węgielny pod placówki służby zdrowia odeszło już na zawsze, jak na przykład dr Brunon Geszke, jeden z pierwszych obywateli i lekarzy w Elblągu, pionier i organizator lecznictwa otwartego i zamkniętego. Doktor Brunon Geszke zmarł w r. 1954 na postępującej chorobie.

Początki służby farmaceutycznej w powojennym Gdańsku i Gdyni

Relacjonując fakty z pierwszych dni organizowania się placówek służby zdrowia na Wybrzeżu Gdańskim, nie można pominąć informacji dotyczących służb zaopatrujących w leki, a więc farmacji. I w tej dziedzinie ogrom zniszczeń spowodowanych wojną sprawił, że w zasadzie prawie wszystko trzeba było tworzyć od podstaw. Podobnie jak w innych pionach służby zdrowia – tu również brakowało ludzi, sprzętu, a przede wszystkim leków.

W dźwigającym się z ruin kraju każde właściwie zagadnienie mogło uchodzić za priorytetowe: przemysł, budownictwo, oświata, zdrowie. Każda działalność wymagała maksymalnego wysiłku, a także pośpiechu, aby zapewnić – w miarę już sprawne – funkcjonowanie organizmu, jakim było odradzające się państwo polskie z jego liczącą wówczas 24–milionową ludnością.

Eksterminacyjna polityka władców Trzeciej Rzeszy, mająca na celu biologiczne wyniszczenie narodu polskiego poczyniła w ciągu bez mała 6 lat panowania ogromne spustoszenia. Dziesiątki tysięcy byłych więźniów obozów koncentracyjnych potrzebowały natychmiastowej pomocy lekarskiej i leków! Ażeby sprostać tym zadaniom, potrzebna była natychmiastowa restytucja specjalistycznych placówek służby zdrowia. O przychodniach lekarskich i szpitalach już mówiliśmy.

Natomiast prawidłowe zaopatrzenie w leki mogło być zapewnione dzięki intensywnemu uruchamianiu aptek – w pierwszym rzędzie tych, które ocalały z pożogi wojennej. W następnej kolejności miały się znaleźć apteki, które – jakkolwiek zdewastowane – nie wymagały zbyt wielkich nakładów pracy i środków potrzebnych do ich uruchomienia. W działalności tej nie mogło zabraknąć ludzi najbardziej ku temu powołanych, farmaceutów polskich. I nie zabrakło.

Podobnie jak w okresie walk wyzwolenicznych farmacja polska dała ludzi do służby sanitarnej w wojsku polskim, tak też od pierwszych chwil po odzyskaniu niepodległości farmaceuci zajęli postawę czynną i pozytywną. Dał temu wyraz prezes Naczelnej Izby Aptekarskiej mgr Edmund Szyszko na III Walnym Zjeździe w dniach 5 i 6 maja 1947 r. w Sopocie, mówiąc:

„...Farmaceuci polscy, mocno zespoleni z Państwem, zajmują też jak najbardziej pozytywne stanowisko w stosunku do Jego poczyńań, żywo i czynnie reagują we wszystkich momentach, zmierzających do zjednoczenia myśli, woli i serc ogółu obywateli. W wysiłkach dążących do realizacji idei godnych wielkiego Narodu – stanowisku temu zawód farmaceutyczny dawał i daje nadal wielokrotne dowody.

W chwilach najcięższych dla Narodu w okresie wojny i okupacji hitlerowskiej, farmaceuci polscy wykazali wiele odwagi i często bohaterstwa oraz wielkiej ofiarności. Tak np. wzniesione wysiłkiem zawodu, jeszcze przed wojną, piękne gmachy uniwersyteckie, później spalone, zrujnowane lub ograbione przez niemieckich barbarzyńców – dziś są odbudowywane i urządzone wspólnymi siłami ogółu farmaceutów...”

W pierwszej fazie organizacyjnej przystąpiono więc do zabezpieczenia tego, co jeszcze było do uratowania. Członek grupy operacyjnej przybyłej na Wybrzeże, mgr Zygmunt Trocha, tak wspominał ten okres:

„Przybyliśmy tu w trójkę, tzn. dr Jan Bader, mgr Czesław Fink–Finowicki i ja – już 4 kwietnia 1945 r. z pełnomocnictwami Przedstawiciela Rządu R.P. Pełnomocnictwa otrzymaliśmy w Warszawie. Do Bydgoszczy dotarliśmy poprzez Łódź pociągami towarowymi, od Bydgoszczy zaś do Tczewa przy pomocy transportów wojskowych. Ostatni, 32–kilometrowy odcinek z Tczewa do Gdańska czym się dało. Mieliliśmy wtedy możliwość oglądania absolutnie na świeżo krajobrazu po bitwie. Cały ten odcinek zawałony był zniszczonym – a i dobrym także – sprzętem niemieckim.

Po przybyciu do Trójmiasta podzieliliśmy się na trzy jednoosobowe grupy. Dysponując starymi niemieckimi książkami adresowymi, obchodziliśmy wszystkie ulice, dzielnica za dzielnicą, szukając ewentualnych aptek, czy chociaż ich resztek. Przeprowadzone rozpoznanie nie napawało optymizmem. W samy Gdańsku nie ocalała żadna z niemieckich aptek, ani ta jedyna polska (do końca sierpnia 1939 r.) mgr Teofila Kopczyńskiego.

Do jako takiego zagospodarowania nadawała się apteka w Oruni, dwie we Wrzeszczu, jedna w Oliwie i obie w Sopocie. O wiele więcej szczęścia miała w tym względzie Gdynia, gdzie ocalały prawie wszystkie apteki (z wyjątkiem Oksywiu). Rodzaje aptek – jakimi więc dysponowaliśmy – to:

- 1) dawne apteki polskie w Gdyni,
- 2) apteki poniemieckie.

Oczywiście – pierwsze z nich uruchamiali dawni właściciele polscy, którym udało się powrócić z wojennej tułaczki. Nieliczne zaś apteki poniemieckie przeszły pod Tymczasowy Zarząd Mienia Opuszczonego i Porzuconego.

Jeśli zaś chodzi o leki – stwierdził mgr Trocha – to korzystaliśmy ze starych, ocalałych zapasów niemieckich, zapasów wojskowych i po prostu z leków kupowanych od ludzi, często trudniących się „szabrem”, bardzo podówczas modnym... Ta na końcu wymieniona forma zaopatrywania się w leki w ćwierć wieku po wojnie (relacja mgr Trochy pochodzi z r. 1970 – A.D.) wydaje się wręcz niepodobieństwem. Ale to może zrozumieć tylko człowiek, który pamięta tamte pionierskie warunki i sytuację, z jakiej startowaliśmy. Kwestię sprzętu, naczyń, wyposażenia aptek załatwiliśmy częstokroć sposobem „gospodarczym”, posiadając prawo rekwizycji niektórych przedmiotów w zachowanych drogeriach, przy oczywiście wyrażonej zgodzie miejscowych władz sanitarnych”.

Tyle krótkiej relacji mgr Zygmunta Trochy. Być może dzisiaj nie jesteśmy już w stanie zrozumieć kolosalnego wysiłku i samozaparcia grupy ludzi, którym zawdzięczamy odrodzenie się gdańskiego aptekarstwa. A sytuacja była nad wyraz ciężka. Dla jej poprawy Urząd Wojewódzki w Gdańsku – Wydział Zdrowia ogłosił nawet konkurs na otwieranie nowych aptek w mieście, w konkretnie wskazanych rejonach, jak np. w Gdańsku przy ul. Łąkowej, przy ul. Roosevelta (dzisiejsza ul. Karola Marksa – A.D.), w Nowym Porcie i we Wrzeszczu.

Niemal nazajutrz po ustaniu działań wojennych, w dniu 31 maja 1945 r. wzorem innych miast wojewódzkich również w Gdańsku powołano Okręgową Izbę Aptekarską z siedzibą w Sopocie.

Zebrań organizacyjne odbyło się w lokalu Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia w Gdańsku w obecności jego naczelnika dr Neymana oraz pełnomocnika do spraw farmaceutycznych mgr Tadeusza Czajkowskiego. W zebraniu uczestniczyło również 33 farmaceutów, stanowiących awangardę na wyzwolonej Ziemi Gdańskiej. Z ich grona wyłonił się też pierwszy w Gdańsku organ samorządu zawodowego, wspomniana wyżej Okręgowa Izba Aptekarska.

Wybrano Zarząd O.I.A. w Gdańsku, z jej pierwszym prezesem – aptekarzem aprobebowym Antonim Małeckim, zarząd przystąpił natychmiast do energicznej pracy; zadań bowiem do natychmiastowej realizacji było wiele.

Jak pamiętamy z relacji mgr Z. Trochy, organizowanie aptek na terenie Gdańska trzeba było zacząć od podstaw. Na drodze do realizacji zamierzeń piętrzyły się jednak ogromne trudności lokalowe, komunikacyjne, a przede wszystkim zaopatrzenia w leki.

W sprawach tych przeprowadzono wiele rozmów z władzami państwowymi i samorządowymi, Okręgowym Urzędem Likwidacyjnymi i Polskim Czerwonym Krzyżem, spotykając się wszędzie z pełnym zrozumieniem i przychylnością dla podjętych działań. Zarząd Izby wydał również wiele zarządzeń, mających zapewnić prawidłowy rozdział najniezbędniejszych leków we wszystkich, działających już aptekach województwa

gdańskiego. Na bieżąco też informowano farmaceutów o sytuacji w zakresie zaopatrzenia w leki, o istniejących brakach i o wszelkich innych trudnościach, jakich nie mało przysparzało życie.

W dniach od 14 do 16 czerwca 1945 r. odbył się w Warszawie I Zjazd Naczelnej Izby Aptekarskiej z udziałem Ministra Zdrowia, dr Franciszka Litwina, dyrektora Departamentu Farmaceutycznego, mgr Augusta Ruszczykowskiego oraz naczelnika poszczególnych wydziałów. Województwo Gdańskie reprezentowali: dr farm. Jan Bader, mgr farm. Czesław Fink–Finowicki oraz mgr farm. Witalis Chromiński. Jednym z ważniejszych wniosków, jakie złożyli delegaci Gdańska, był projekt utworzenia Wydziału Farmaceutycznego przy mającym powstać – jak to podówczas nazywano – Studium Medycznym. We wniosku tym czytamy:

„Dekretem Rady Ministrów została reaktywowana Politechnika. Jak się dowiadujemy – ma być również utworzone w Gdańsku Studium Medyczne. Ze względu na to, że Gdańsk bez wątpienia w najbliższej przyszłości będzie dużym ośrodkiem gospodarczym i intelektualnym Pomorza Zachodniego, Prus jak i północnej części woj. pomorskiego – utworzenie Wydziału Farmaceutycznego równoległe z Wydziałem Lekarskim jest już teraz na czasie.

Wobec tego upraszamy Zarząd Naczelnej Izby Aptekarskiej o wszczęcie kroków, celem uzyskania zezwolenia na utworzenie Wydziału Farmaceutycznego w Gdańsku”.

Wniosek został przyjęty przez aklamację. Jak więc widzimy, w wirze odbudowy i przywracania do życia zniszczonych bądź zdewastowanych aptek, nie zapomniano o tak ważnym czynniku – zak zapewnienie na przyszłość nowych kadr dla zawodu farmaceutycznego.

Starania te zostały uwieńczone pomyślnym wynikiem, gdyż już w dniu 4 maja 1947 r. odbyło się uroczyste otwarcie Wydziału Farmaceutycznego Akademii Lekarskiej w Gdańsku.

Oczywiście, otwarcie Wydziału Farmaceutycznego w Gdańsku nie było końcem zainteresowania się nim ze strony Okręgowej Izby Aptekarskiej. Jeszcze nieraz Zarząd Izby przychodził raczkującemu Wydziałowi z finansową pomocą. Znalazło to nawet swoje odzwierciedlenie w nowej formie organizacyjnej. Komitet bowiem, zawiązany w celu zorganizowania wydziału, przekształcił się w Komitet Pomocy Wydziałowi Farmaceutycznemu, którego agendy w następstwie przejął Zarząd Izby. Poza tym Zarząd Okręgowej Izby Aptekarskiej w Gdańsku, a nawet indywidualnie niektórzy jej członkowie, wypłacali stałe stypendia studiującej młodzieży.

Co prawda działalność Okręgowej Izby Aptekarskiej w Gdańsku, jakże owocna, nie trwała zbyt długo. Z chwilą przejęcia wszystkich aptek przez Państwo Polskie w dniu 8 stycznia 1951 r. Izby Aptekarskie na terenie całego kraju uległy jednoczesnej likwidacji. Na ich miejsce zostały powołane nowe jednostki organizacyjne, regulujące odtąd działalność aptek.

Chciałbym w tym miejscu złożyć serdeczne podziękowanie wszystkim przedstawicielom służby zdrowia, których relacje umożliwiły odtworzenie obrazu tamtych dni. W szczególności zaś chciałbym podziękować Panu Profesorowi Doktorowi Stanisławowi Byczkowskiemu, Pani Marii Dębskiej, jak również wyrazić niezwykłą wdzięczność niezującym już farmaceutom: dr J. Baderowi, mgr Z. Trosze, mgr H. Bieńkowskiemu i Antoniemu Małeckiemu za okazaną życzliwość podczas zbierania materiałów.

Dr med. Józef HORNOWSKI

O POLSKIM TOWARZYSTWIE LEKARSKIM

(Wykład z cyklu historii naukowych towarzystw lekarskich na Uniwersytecie Trzeciego Wieku przy Centrum Doskonalenia Kadr Medycznych w Warszawie w dn. 15.10.1984 r.)

Wielce Szanowni Państwo

Przypadł mi w udziale zaszczyt rozpoczęcia cyklu wykładów poświęconych historii naukowych towarzystw lekarskich w Polsce. Sądzę, że wybór Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, jako rozpoczynającego cykl, nie był bez przyczyny. Towarzystwo to, choć powstało formalnie dopiero w Polsce Ludowej (1952), to jednak przejęło najstarsze tradycje naukowych towarzystw lekarskich, które można określić jako terytorialne. Powstały one w XIX wieku i dopiero z nich zaczęły się tworzyć naukowe towarzystwa specjalistyczne, których początek przypadł na przełom wieków XIX i XX, a których rozwój nastąpił głównie po I wojnie światowej, w Polsce odrodzonej.

PTL jest największym – najliczniejszym naukowym towarzystwem lekarskim w Polsce. Liczy ponad 25 tysięcy członków działających w ponad 230 kołach, 49 oddziałach, 10 sekcjach specjalistycznych. W Polsce Ludowej z wielu sekcji PTL powstały liczne samodzielne towarzystwa specjalistyczne. PTL jest jedynym dotąd towarzystwem lekarskim mającym uprawnienia wyższej użyteczności i z tego powodu np. jego działalność nie została zawieszona w stanie wojennym. PTL jest otwarte dla lekarzy wszystkich specjalności, a nawet dla osób z wyższym wykształceniem poza lekarskim, jeśli są trwale związane z pracą służby zdrowia. PTL cieszy się dużym autorytetem i jest poważnie traktowanym partnerem dla najwyższych władz państwowych i politycznych. Również władze resortowe, zwłaszcza Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, cenią zdanie PTL w problemach dotyczących ochrony zdrowia – często konsultują projekty ustaw i ważniejszych aktów prawnych. PTL jest twórcą zbioru zasad etyczno–deontologicznych obowiązujących polskiego lekarza – pierwszych jakie zostały sformułowane na piśmie w krajach socjalistycznych – i choć nie są one prawem wiążącym, takim jak kodeks karny lub prawo o wykroczeniach, to są apelem do sumienia każdego lekarza, którego działalność zawodowa tak ściśle wiąże się z postępowaniem etycznym najwyższej próby. Zbiór ten pozwala lekarzowi obracać się w problemach, które przynosi wciąż rozwijająca się medycyna.

W latach błędów i wypaczeń, towarzystwa naukowe lekarskie, mające długoletnią historię, zostały uznane za „przeżytek”. Różne niedouczone (których nie brakło również i w środowisku lekarskim) rozpoczęły likwidowanie takich towarzystw, jak np. Towarzystwa Lekarskie Warszawskie, Krakowskie, Poznańskie, Częstochowskie, Lubelskie i wiele innych. Dzięki grupie, chociaż stosunkowo małej, odważnych i nie zaślepionych lekarzy–społeczników udało się te towarzystwa uratować, zrzeszając je w Polskim Towarzystwie Lekarskim. Właśnie ono stopniowo przejmowało te terytorialne towarzystwa lekarskie jako swoje oddziały. Najpierw było ich 13, potem zwiększono liczbę oddziałów do 17 (aby każde województwo miało swój oddział). Po reformie terytorialnej kraju liczba oddziałów wojewódzkich zwiększyła się do 49, a wiele dotychczasowych zaczęło wracać do swoich tradycyjnych nazw – zawsze dodając, że oddział jest od-

działem wojewódzkim Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. W ten sposób najlepsze tradycje życia naukowego lekarskiego są kontynuowane w terenie, zaś Zarząd Główny PTL pełni rolę służebną dla całej organizacji, wytyczając najważniejsze kierunki działania i koordynując inicjatywy oddolne.

Największą uwagę Towarzystwo zwraca na ustawiczne kształcenie i doskonalenie fachowe swoich członków oraz na podnoszenie poziomu etycznego całego środowiska lekarskiego. Świadomie Polskie Towarzystwo Lekarskie kieruje swoje działanie w teren, w stronę lekarza praktykującego ogólnie, lekarza pierwszego kontaktu, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Pol. Tow. Lek. stwarza pole współpracy lekarzom różnych specjalności i przeciwdziała stale postępującemu w medycynie procesowi dezintegracji, coraz węższych specjalności, a nawet dehumanizacji zawodu. Pol. Tow. Lek. zwraca uwagę swoim członkom i całemu środowisku lekarskiemu, że *salus aegroti suprema lex esto* oraz *primum non nocere*.

Na terenie Polski najstarszym Towarzystwem Lekarskim jest Towarzystwo Lekarskie Warszawskie (1820). Jedyne Towarzystwo Lekarskie Wileńskie, spośród Polskich Towarzystw Lekarskich, ma starszą historię, bowiem zostało założone w 1805 r. przez Jędrzeja Śniadeckiego, Józefa Franka i Andrzeja Becu. TLW, które odbyło swoje pierwsze posiedzenie w dn. 6.12.1829 r., liczyło w chwili powstania 38 członków. Pierwszym prezesem został August Wolff (1768–1846). Statut TLW został zatwierdzony przez ówczesnego króla Polski i cesarza Wszechrosji imperatora Mikołaja I. Były to czasy Królestwa Kongresowego. Królestwo wówczas cieszyło się stosunkowo liberalnym ustrojem, w porównaniu z terytoriami, które zaanektowali, w ciągu trzech kolejnych rozbiorów zaborcy. W Warszawie wówczas praktykowało 46 lekarzy, w ogóle na terenie Królestwa szacuje się, że było ich 120–150. Oprócz członków miejscowych TLW przyznawało członkostwo korespondencyjne, tak że można było być członkiem Towarzystwa mieszkając np. w Skierniewicach. Mimo że lekarzami wówczas byli niekiedy Francuzi, Niemcy i inni TLW uznawało się za Towarzystwo Polskie z językiem polskim na obradach, choć dopuszczano wygłaszanie prac w języku łacińskim. Wzorem dla TLW było Towarzystwo Wileńskie. Za patrona naukowego wybrało sobie TLW – Jędrzeja Śniadeckiego (1768–1838), który brał udział w organizowaniu tego towarzystwa.

Pierwsze lata działalności Towarzystwa były trudne. Posiedzenia naukowe (2 razy w miesiącu) odbywały się w mieszkaniach prywatnych. Zaprenumerowane ze składek czasopisma medyczne krążyły obiegiem wśród członków. Czasopisma te ginęły często lub były przetrzymywane. Składki członkowskie wpływały nieregularnie i opieszale (skąd my to znamy). Mimo to Tow. Lek. W-wskie stało się czynnikiem kulturotwórczym, zwłaszcza po Powstaniu Listopadowym, kiedy to zlikwidowano autonomię Królestwa. W Warszawie ostało się już tylko działające TLW, miało ono, jak już powiedziano, statut zatwierdzony przez samego cesarza, a poza tym nie chciano likwidować towarzystwa lekarskiego w okresie epidemii cholery, która bardzo zaważyła na wyniku powstania.

W 1836 r. Tow. Lek. W-wskie uzyskało salę w Pałacu Kazimierzowskim na Krakowskim Przedmieściu, co dało możliwość rozpoczęcia działalności wydawniczej. Zaczęto drukować pamiętnik TLW (od 1837 do 1939), w którym umieszczano nie tylko kronikę Towarzystwa, ale drukowano referaty, prace wygłaszane na posiedzeniach, które następnie przedstawiano członkom Towarzystwa. Aby zostać członkiem trzeba było mieć nie tylko członków wprowadzających, którzy ręczyli za poziom etyczny rekomendowanego,

ale i przedstawić pracę naukową z dziedziny medycyny lub nauk pokrewnych, godną druku w pamiętniku. Co rok TLW urządzało posiedzenie otwarte, na które zapraszano szerokie kręgi społeczeństwa Warszawy, na których popularyzowano osiągnięcia medycyny i Towarzystwa. Margrabia Wielopolski swoją działalnością wpływał na rozwój TLW. Z grona członków Tow. Lek. W-wskiego powołano profesurę Wydziału Lekarskiego Szkoły Głównej Warszawskiej. W 1858 przy TLW założono kasę wsparcia dla ubogich lekarzy, a także dla wdów i sierot po lekarzach. Powiększał się majątek Towarzystwa – papiery, kapitały, nieruchomości. Towarzystwo mogło już przyznawać stypendia, nagrody, wyposażać pracownie i laboratoria.

Kłęska Powstania Styczniowego spowodowała, że zostały zlikwidowane wszystkie osiągnięcia z okresu działalności margrabiego Wielopolskiego. Nastąpiło intensywne rusyfikowanie kraju. W 1869 powstaje Rosyjski Uniwersytet w Warszawie z wydziałem lekarskim, który jednak polskie społeczeństwo zaczęło bojkotować.

Znów następuje okres, kiedy to jedyną instytucją naukową o polskim charakterze pozostaje TLW. Znaleźli w nim azyl przedstawiciele nauk przyrodniczych, a nawet humanistycznych. Wciąż jednak rozwój Towarzystwa był hamowany brakiem stałej siedziby. Dzięki Wiktorowi Feliksowi Szokalskiemu (1811–1891) – profesorowi Szkoły Głównej – znakomitemu okuliście, wspaniałemu organizatorowi i działaczowi TLW zdobyto się na wybudowanie własnego domu przy ul. Niecałej 7 (1873). Tutaj znalazło się miejsce nie tylko na salę wykładową, ale i na bibliotekę, pracownie laboratoryjne, zbiory, pamiątki po lekarzach oraz pomieszczenia biurowe i mieszkania obsługi. Nastąpił wówczas największy rozwój Towarzystwa. Wpłynęli na to również i znakomici działacze pełni oddania, odznaczający się talentem i pracowitością. Rozpoczęto prace nad słownikiem lekarskim polskim, nad zasadami etyczno-deontologicznymi członka Towarzystwa (1884). W Towarzystwie ześrodkowało się życie lekarskie „Polskiej” Warszawy. TLW było promotorem reformy szpitali miejskich, przez co, z rodzaju przytułków, zmieniły się one w placówki lecznicze i naukowe przewyższające swoim poziomem kliniki rosyjskiego uniwersytetu. Biblioteka zaczęła się rozrastać, zaś bibliotekarze Towarzystwa wnosili wybitny wkład pracując nad medyczną bibliografią polską oraz nad Słownikiem Lekarzy Polskich (Stanisław Kościński – 1837–1883). Biblioteka dzięki zapisom m.in. dr Józefa Torańskiego – 1803–1873 (nota bene nie ma go w Słowniku Lekarzy Polskich Kościńskiego), który jest pochowany na Powązkach w kwaterze 171, rząd 2, grób 2, zaczęła rosnąć, aż do 70 000 tytułów w 300 000 wolumenach, czyli do chwili jej bezpowrotnego zniszczenia w Powstaniu Warszawskim.

Pod koniec wieku TLW rozrosło się na tyle, że zaczęły się w nim tworzyć sekcje: chirurgiczna, chorób płucnych, położnictwa i ginekologii, pediatrii i inne. Podobnie i w innych towarzystwach lekarskich polskich w innych zaborach powstawały sekcje specjalistyczne. Te łączyły się ze sobą i pełniły wtedy ogromną rolę, jednocząc ponad granice zaborów lekarzy narodowości polskiej. Krzepiły naród nie posiadający swojej państwowości.

I wojna światowa poważnie nadszarpnęła majątek TLW. Utracono kapitały lokowane w papierach wartościowych i akcjach Cesarstwa Rosyjskiego. Pozostały jednak nieruchomości, które choć nie przynosiły należytego zysku (ochrona lokatorów), to jednak pozwalały prowadzić dotychczasową działalność, choć w mniejszym zakresie. Sprawy socjalne lekarzy przejęły izby lekarskie. Główną uwagę zwrócono na kompletowanie, porządkowanie i uzupełnianie biblioteki Towarzystwa. Zajmował się tym głównie zasłużony miłośnik biblioteki i książek dr Maksymilian Zweigbaum.

II wojna światowa, okupacja hitlerowska, a wreszcie Powstanie Warszawskie zrujnowały doszczętnie TLW. Spłonęła siedziba TLW z biblioteką i zbiorami (obrazy, portrety, medale, albumy, fotografie, dzieła sztuki, instrumenty pamiątkowe, preparaty muzealne). Członkowie wyznania mojżeszowego, jak też pochodzenia żydowskiego, zostali wyniszczeni przez okupanta. Władze i co wybitniejsi działacze znaleźli się w obozach koncentracyjnych i wielu z nich zginęło. Pozostali ulegli rozproszeniu. Nie zostały nawet listy członków. Pierwsze zebranie TLW po wojnie odbyło się 23.10.1945 r. Wybrano tymczasowy zarząd pod przewodnictwem prof. Mariana Grzybowskiego. Powszechna pauperyzacja utrudniała zbieranie składek. Nieruchomości, nawet jeżeli ocalały, wymagały remontów i nakładów finansowych.

Osobną epopeję stanowił zrujnowany i spalony dom czynszowy przy siedzibie Towarzystwa (ten sam numer hipoteczny). Był on wybudowany w 1905 r. przez TLW, jako dom dochodowy, przez znakomitych architektów owych czasów Lilpota i Jankowskiego. Był to pierwszy budynek o konstrukcji żelaznej wypełnionej cementową cegłą, to też mimo wypalenia ostał się i szybko zagnieździł się w nim dzicy lokatorzy warszawscy wracający do miasta. Otrzymano zezwolenie na odbudowę, pod warunkiem znalezienia pomieszczeń zastępczych dla tych lokatorów, sprzedano więc kolonię Wilhelmów w pow. Lubartowskim i zdołano ich wyprowadzić. Ale wtedy, w związku ze zmianą planu odbudowy Warszawy, cofnięto zezwolenie i obciążono TLW pokryciem kosztów rozbiórki konstrukcji – ruin i uporządkowania placu. Jest tam teraz trawnik i zdezelowane przyrządy, służące jakoby rekreacji fizycznej. Za ekspropriację za to nie szczędzono obietnic. Najpierw obiecano kamienicę książąt Mazowieckich na Starym Mieście przy Rynku, potem klasztor Dominikanów (bez kościoła), następnie pałacyk w Alejach Ujazdowskich, gdzie teraz mieści się Ambasada Koreańska. Skończyło się na obietnicach. Towarzystwo, wraz z izbami lekarskimi, zostało poddane nagonce prasowej jako relikty obcoklasowe i wkrótce stanęło przed koniecznością likwidacji. Tradycje Tow. Lek. W-wskiego uratowało Polskie Towarzystwo Lekarskie, które utworzyło Oddział Warszawski PTL, gdzie też znaleźli się wszyscy, którzy ocaleli.

Obecnie siedzibą Zarządu Głównego Pol. Tow. Lek. i Klubu Lekarza jest mieszkanie w kamienicy tzw. Strzeleckich przy Al. Ujazdowskich 24.

Pierwszym prezesem Pol. Tow. Lekarskiego był prof. Eugeniusz Kodejszko (1908–1967), zaś sekretarzem dr med. Roman Peret. Po prof. Kodejszce (1956), prezesem został prof. Józef Towpik. W 1962 prezesem został prof. Tadeusz Koszarowski, zaś prof. Józef Towpik został sekretarzem generalnym. Po rezygnacji prof. T. Koszarowskiego prof. J. Towpik ponownie wybrany został prezesem, zaś sekretarzem została dr Irena Pronaszko–Rzepecka. Po ustąpieniu prof. Towpika, który został Prezesem Honorowym ZG PTL, prezesem został (już jest wybierany na 3 kadencję) prof. Zdzisław Lewicki, zaś dr Pronaszko–Rzepecką zastąpił niżej podpisany (od 1974).

Przez cały czas Towarzystwo miało wielkie szczęście do bezinteresownie oddanych mu ludzi. I tak np. doktorostwo Trznadlowie zapisali cały swój majątek na rzecz funduszu nagród i stypendiów. Kazimierz Fritz zapoczątkował ideę budowy domu lekarza seniora, poświęcając tej idei cały swój życiowy dorobek. Z wielu sekcji Towarzystwa powstały nowe, samodzielne towarzystwa, którym Pol. Tow. Lek. zapewniało działaczy i zapewniało stronę organizacyjną. Mimo takiego oddzielania się Towarzystwo wciąż powołuje nowe sekcje, które grupują członków poświęcających się wybranej przez siebie i umiłowanej dziedzinie medycyny. Towarzystwo patronuje działalności wydawniczej (ostatnio rozpisano np. konkurs na pamiętniki lekarskie), Polski Tygodnik Lekarski,

Wiadomości Lekarskie oraz Przegląd Lekarski (Krakowskie Towarzystwo Lekarskie) są organami Towarzystwa. W ostatnim czasie Pol. Tow. Lek. stara się o stworzenie muzeum historii medycyny, współpracuje nad utrzymaniem więzi z lekarzami pracującymi i działającymi na obczyźnie, organizując co 4 lata międzynarodowe zjazdy z udziałem medycznej polonii zagranicznej. Trzeci kolejny zjazd odbył się w 1984 r. w Szczecinie, cieszył się ogromnym powodzeniem.

Aby referat ten nie zmienił swojego charakteru, nie ma potrzeby wymieniać tego, co Polskie Towarzystwo Lekarskie zrobiło i robi nadal. W każdym razie, jeśli PTL rozwija się wciąż jest to zasługą wszystkich jego szeregowych członków. A wszystko to dzieje się po to, aby szkolić i doskonalić kadry lekarskie dbać o jak najwyższy poziom etyczno-deontologiczny członków, stwarzać najkorzystniejsze warunki zarówno dla zdrowia społeczeństwa, jak i środowiska lekarskiego.

P i ś m i e n n i c t w o

1. Gerner Klemens. W 130 rocznicę założenia Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Pol. Tyg. Lek. 1952, 21, 691–694.
2. Hornowski Józef. O obecnej siedzibie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i Klubie Lekarza w Warszawie, Aleje Ujazdowskie 24. Wiad. Lek. 1983, 13, 1127–35.
3. Konopka Stanisław. Dzieje Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w związku ze 150 rocznicą Jego założenia. Arch. Hist. Med. 1972 nr 4 str. 381–592.
4. Peszke Józef. Stulecie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego 1820–1920. Część I 1820–1852. Warszawa 1931.
5. Rozwadowska–Dowżenko Maria i Afek–Kamińska Maria. Rys historyczny Tow. Lek. W–wskiego w 160–lecie jego powstania. Pol. Tyg. Lek. 1982, nr 7, str. 211–214.
6. Skrzypczak A. Dzieje Biblioteki Tow. Lek. W–wskiego. Arch. Hist. Med. 1972, nr 4, str. 405–417.
7. Stembrowicz W. Wybitni Przewodniczący Tow. Lek. W–wskiego. Arch. Hist. Med. 1972, nr 4, str. 393–403.
8. Szwajcerowa Aniela. Siedziby Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w latach 1820–1944. Arch. Hist. Med. 1980, nr 43. str. 127–146.
9. Towpik Józef. Dorobek Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w okresie 20–lecia Polski Ludowej. Pol. Tyg. Lek. 1964, nr 36, str. 1353–4
10. Towpik Józef. Polskie Towarzystwa Lekarskie w latach 1900–1965. Pol. Tyg. Lek. 1966, nr 21, str. 777–780.

Mgr Zdzisław WITKOWSKI

NAUKA O POLITYCE W PROCESIE DYDAKTYCZNO–WYCHOWAWCZYM SZKOŁY WYŻSZEJ

(Katedra Nauk Społecznych AM w Warszawie).

W wieku XX nastąpiła znaczna polityzacja życia społecznego, niespotykana nigdy wcześniej w historii ludzkości. Różne obszary życia społecznego, tradycyjnie uważane

jako apolityczne, stały się przedmiotem różnorodnych oddziaływań określonych podmiotów polityki, terenem tarć i rywalizacji różnych sił społecznych funkcjonujących w państwie, jak również w płaszczyźnie międzynarodowej. Dzisiaj postawa apolityczna jest właściwie niemożliwa, wymagania praktyki społecznej zmuszają jednostkę do samookreślenia się i zajęcia zdecydowanej postawy w różnych sytuacjach. Kryzysowy stan polskiego systemu politycznego bezpośrednio rzutuje na postawy polityczne Polaków, ich zachowania i oczekiwania względem systemu politycznego. W takich sytuacjach, nawet ludzie tradycyjnie stroniący od polityki interesują się tą sferą praktyki społecznej i w większym stopniu uświadamiają sobie zależność własnego bytu i dalszej egzystencji od funkcjonowania społeczeństwa i praktycznej działalności państwa.

Prowadzone dotychczas badanie empiryczne nad świadomością społeczną, strukturą wiedzy politycznej i jej źródłami dostarczają określonych danych, które uznać należy za zjawiska niepokojące. Wiedza ta jest niepełna, fragmentaryczna, składa się zarówno z wątków racjonalnych, jak i irracjonalnych, pochodzi z bardzo wielu źródeł, wśród których często decydujące znaczenie mają przekazy i opinie rodzinne lub towarzyskie. Zaobserwować można, zwłaszcza wśród młodego pokolenia, pewną nieufność do oficjalnych środków przekazu informacji, w tym również do systemu oświatowo-wychowawczego. Ten stan rzeczy ma swoje określone podstawy w jeszcze nie tak odległej przeszłości, gdzie rzeczywistość społeczno-polityczną naginano do pewnych wyobrażeń czy przedstawień teoretycznych, pomimo iż obiektywny stan rzeczy wyraźnie odbiegał od założeń programów politycznych.

Potrzeba kształcenia politycznego jest podstawową koniecznością dnia dzisiejszego i warunkiem sprawnego działania systemu politycznego, w którego orbicie znajdują się w bliższym czy dalszym zasięgu członkowie społeczeństwa. Edukacja polityczna prowadzona jest we wszystkich współczesnych systemach politycznych, chociaż jej formy i metody bywają zróżnicowane, a i ostateczne cele, do osiągnięcia których się dąży, nie są takie same. Tak np. tradycyjnym celem „wychowania politycznego” w USA jest kreowanie tzw. porządných obywateli Stanów Zjednoczonych. Chodzi tu o kształtowanie pewnego modelu obywatela praworządnego, głęboko wierzącego w demokratyczność amerykańskich instytucji politycznych, świadomego swoich powinności wobec państwa, stawiającego dobro ogółu ponad swoje własne, a jednocześnie aprobującego system własności prywatnej, płacącego podatki, biorącego udział w wyborach i innych formach zinstytucjonalizowanej aktywności politycznej itp. (1).

Edukacja polityczna w Polsce ma długą tradycję, na szczególne podkreślenie zasługuje zwłaszcza myśl społeczna okresu Oświecenia, która w znacznym stopniu zdeterminowała koncepcje Komisji Edukacji Narodowej. Działania tej Komisji podejmowane były w imię naprawy Rzeczypospolitej przez kształtowanie racjonalnych, patriotycznych postaw obywatelskich reprezentantów wszystkich grup społecznych, a więc także tych, którzy wcześniej znajdowali się poza obrębem narodu.

Wśród wielu rodzajów edukacji społecznej, specyfika edukacji politycznej wyraża się w jej ciągłości, właściwie ustawiczności. Człowiek w całym okresie swojego życia poddawany jest świadomym i celowym zabiegom edukacyjnym ze strony różnych podmiotów, w tym zwłaszcza państwa. Jego aktywność przybiera formy systematycznych oddziaływań w stosunku do ludzi młodych pobierających naukę w szkole podstawowej i średniej oraz studiujących w szkołach wyższych. W Polsce w szkole podstawowej treści społeczno-polityczne przekazywane są w ramach programu nauczania wychowania obywatelskiego, a w średniej propedeutyki nauki o społeczeństwie. W uczelniach od

połowy lat sześćdziesiątych wykładano, jako przedmiot propedeutyczny, podstawy nauk politycznych. Intensywny rozwój badań teoretycznych w zakresie nauk politycznych w latach siedemdziesiątych umożliwił wyodrębnienie nauki o polityce (politologii), jako dyscypliny akademickiej i jako przedmiotu nauczania. Na początku lat osiemdziesiątych został opracowany i zatwierdzony do realizacji nowy, ramowy program nauki o polityce, jako kontynuacja podstaw nauk politycznych. Niedawno ukazał się na rynku księgarskim podręcznik akademicki, skorelowany z ramowym programem nauczania zalecanym do realizacji przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego we wszystkich typach szkół wyższych. Zaletą obecnego programu, w przeciwieństwie do poprzednio obowiązujących, jest jego spójność merytoryczna i pojęciowa, wadą natomiast – zbyt teoretyczny charakter. Istnieje jednak możliwość jego modyfikacji (z której skorzystaliśmy) przez jednostki organizacyjne w poszczególnych uczelniach prowadzących zajęcia z politologii.

Realizowany program nauczania w Akademii Medycznej w Warszawie składa się z kilku części (bloków problemowych) i przedstawia się następująco:

1. Podstawowe założenia nauki o polityce (pojęcie polityki, metodologia i metody badawcze stosowane przez tę dyscyplinę naukową, funkcje nauki o polityce oraz podstawowe kategorie politologiczne).

2. System polityczny społeczeństwa (interesy społeczne i ich sprzeczności, interesy a polityka, państwo jako ogólna organizacja społeczeństwa, partie polityczne, organizacje społeczne i jednostki jako podmioty polityki).

3. Funkcjonowanie współczesnych systemów politycznych (w ujęciu porównawczym na przykładzie wybranych krajów: USA, Wielkiej Brytanii, Francji, RFN, Szwajcarii i Polski).

4. Wybrane zagadnienia prawne (charakterystyka systemu prawa w Polsce, gałęzie prawa, hierarchia i źródła aktów prawnych, ustrój sądów, formalne i materialne gwarancje prawodrządności, kultura polityczna a kultura prawna społeczeństwa).

5. Kształtowanie i ewolucja polskiego systemu politycznego (w ujęciu historycznym, którego punktem wyjścia było uzyskanie niepodległości przez Polskę w 1918 roku).

6. Główne nurty myśli politycznej we współczesnym świecie (prezentacja podstawowych kierunków współczesnej myśli politycznej, tj. XIX i XX wieku).

7. Polityka zagraniczna państwa i współczesne stosunki międzynarodowe.

Zagadnienia ujęte w punkcie 4 i 5 wprowadziliśmy do programu z własnej inicjatywy, ograniczając zasięg problemowy części I i II. Modyfikacja taka wynika z następujących przesłanek:

a) elementarna wiedza o prawie powinna być składnikiem edukacji społecznej, a Polska jest jednym z niewielu cywilizowanych państw, w którym w procesach powszechnej edukacji nie uwzględnia się tych kwestii,

b) istniejące deformacje i luki w świadomości historycznej młodego pokolenia w zakresie znajomości zagadnień historii najnowszej (politycznej) wymagają uwzględnienia tych treści i uzupełnienia wiadomości przez ukazanie ewolucji systemu politycznego w połączeniu z analizą kryzysów politycznych.

Nauka o polityce jest jednym z kilku przedmiotów społecznych wykładanych w szkołach wyższych obok ekonomii politycznej, filozofii i socjologii. Wszystkie one we wzajemnym powiązaniu stanowią pewną całość edukacji ideowo-politycznej. Zadaniem nauki o polityce jest dostarczenie studentom treści politycznych i zmian dokonujących się w polskim systemie politycznym i jego międzynarodowym otoczeniu, a także odkrywanie praw rządzących procesami politycznymi. Głównym ogniwem programu nauczania

jest zagadnienie władzy politycznej, mechanizmów jej funkcjonowania, metod podejmowania decyzji, sposobów ich praktycznej realizacji, a także formy artykulacji i reprezentacji interesów wielkich grup społecznych. Treści te mają przygotować młodych ludzi do rozumienia skomplikowanych zjawisk współczesnego świata, ukazać związki i współzależności występujące w procesach politycznych. Z innej zaś strony chodzi o rozwijanie i utrwalanie motywacji do uczestnictwa w życiu politycznym – w myśl ideałów demokratycznych. Z samych założeń aksjologicznych państwa socjalistycznego wynika potrzeba rzeczywistego uczestnictwa szerokich mas społecznych w życiu społeczno-politycznym, w funkcjonowaniu państwa na różnych poziomach jego działania. Autentyczna partycypacja polityczna jest cechą konstytuującą kulturę polityczną społeczeństwa socjalistycznego. Jeżeli odwołamy się do najbardziej charakterystycznych cech świadomości współczesnego Polaka, dostrzeżemy tam swoiste zapotrzebowanie na praktykę polityczną opartą na ideałach demokracji i sprawiedliwości społecznej.

Z punktu widzenia celów dydaktycznych na wyeksponowanie zasługują trzy podstawowe funkcje przedmiotu:

1. Funkcja poznawcza – polegająca na dostarczeniu studentom wiedzy politycznej. Wiedza ta jest niezbędnym instrumentem racjonalizowania postaw politycznych. Realizacja tej funkcji opiera się na zasadzie naukowości. Bez naukowego podłoża nie można kształtować bowiem naukowego poglądu na politykę. Wśród konkretnych przedmiotów wiedzy politycznej można wyróżnić:

a) system polityczny jako całość, jego genezę, sposób funkcjonowania, relacje w jakich pozostaje z całym swym otoczeniem społecznym i międzynarodowym,

b) wartości polityczne i normy najistotniejsze z punktu widzenia systemu politycznego,

c) decyzje polityczne (w sferze wewnętrznej i międzynarodowej oraz na poziomie makrospołecznym i lokalnym),

d) instytucje systemu politycznego, ich wzajemne usytuowanie oraz mechanizmy ich działania,

e) jednostki i grupy społeczne uczestniczące w życiu politycznym,

f) systemy polityczne innych społeczeństw,

g) stosunki międzynarodowe.

2. Funkcja metodologiczna (kształcąca) – logiczna konsekwencja funkcji poznawczej, odnosi się do sfery praktyki społecznej i stosowania wiedzy politycznej w życiu politycznym. Składają się na nią działania mające na celu kształtowanie wśród studentów samodzielności w analizowaniu i uzasadnianiu sądów (opinii wartościujących) o charakterze politycznym, nauczanie czynności sprawnościowych w posługiwaniu się literaturą polityczną, dokumentami państwowymi, jak również nabywanie umiejętności prowadzenia dyskusji i argumentowanie swojego stanowiska.

3. Funkcja ideowo-wychowawcza – wynikająca z ideału społeczno-wychowawczego człowieka i obywatela w państwie socjalistycznym. Jest to ideał kształtowany przez wszystkie ogniwa systemu oświatowego. Funkcja ta polega na wartościowaniu wiedzy oraz integrowaniu procesów kształcenia i wychowania w imię kształtowania postaw i przekonań politycznych zasadzających się na akceptacji ideałów i wartości socjalistycznych, zaufaniu do tych wartości i całego systemu politycznego. Ważną sprawą jest uświadomienie mechanizmów i sposobów realizacji tych wartości w zorganizowanym społeczeństwie socjalistycznym. Z tym wiąże się konieczność kształtowania obrazu państwa w jego funkcjach integracyjno-organizatorskich, ukazująca funkcjonalny

charakter państwa wobec potrzeb i interesów społecznych. Jest to wizja państwa sprawnego, ale jednocześnie poddającego się społecznej kontroli.

Trzy ww. funkcje przedmiotu należy traktować łącznie, przyjmując iż najistotniejsza (pierwotna) jest funkcja poznawcza.

Nauka o polityce, jako przedmiot nauczania, nie może pełnić funkcji apologetyczno—propagandowych wobec praktyki politycznej, albowiem straciłaby swój naukowy status. Jednocześnie prawidłowa realizacja podstawowych funkcji przedmiotu stałaby pod dużym znakiem zapytania. Realizacja przedmiotu oparta jest na długofalowych celach edukacji politycznej i w odniesieniu do bieżącej problematyki politycznej uwzględniać musi pewien aspekt negacji, polemiki, krytycznej oceny formułowanej na podstawie kryterium prakseologicznego.

Zgodnie z przyjętymi zasadami studenci mają obowiązek w czasie studiów zaliczyć minimum 300 godzin przedmiotów społecznych (ekonomia polityczna, filozofia i socjologia, nauka o polityce) kończących się egzaminami. W Akademii Medycznej program politologiczny jest realizowany w wymiarze 90 godzin (30 godzin wykładów i 60 godzin seminariów) na II roku studiów, z wyjątkiem I Wydziału Lekarskiego, na którym realizacja przedmiotu ma miejsce na IV i V semestrze. Rozwiązanie takie nie jest najwłaściwsze, ponieważ czteromiesięczna przerwa wakacyjny dezorganizuje proces dydaktyczny. Innym utrudnieniem w realizacji przedmiotu jest szczupła baza lokalowa (zakład dysponuje jedną małą salą seminaryjną). Sytuacja taka odbija się niekorzystnie na rozkładzie zajęć studentów i nauczycieli prowadzących zajęcia.

Na zakończenie wspomnieć należy o pozamerytorycznych czynnikach określających skuteczność nauczania przedmiotu w Warszawskiej Akademii Medycznej. Działalność ideowo—wychowawcza ukierunkowana na rozwój osobowości studentów powinna być prowadzona przez wszystkich nauczycieli, niezależnie od przedmiotu, którego nauczają. Obowiązek taki wynika między innymi ze statutu AM w Warszawie. Wykładowcy przedmiotów społecznych nie mogą i nie powinni, na zasadzie wyłączności, realizować procesu wychowawczego w szkole wyższej. W działalność tego typu powinny być zaangażowane organizacje młodzieżowe i samorząd studencki. Niestety, spotkać można również postawy niechętnie wobec przedmiotów społecznych ze strony kadry nauczającej. Niechęć ta ma różnorodne przyczyny, a niekiedy przybiera postać jawnej wrogości. Wyraża się to chociażby w inspirowaniu samych studentów do manifestowania nieprzychylnych postaw wobec przedmiotu i jego wykładowców. Okoliczność ta na pewno nie sprzyja prawidłowej realizacji trzech wymienionych uprzednio funkcji nauki o polityce.

Piśmiennictwo

1. Jabłoński A.: Edukacja polityczna w systemie oświatowym USA, Edukacja Polityczna 1983, vol. 2 s. 85.

KRONIKA

OZNACZENIA I NOMINACJE PROFESORSKIE,
WRĘCZENIE DYPLOMÓW**Zasłużony Nauczyciel PRL**

Z okazji Dnia Edukacji Narodowej w dniu 13 października 1984 r. Rada Państwa PRL nadała tytuły honorowe „Zasłużony Nauczyciel PRL” następującym nauczycielom akademii medycznych: Bronisław Filipowicz – prof. z AM w Łodzi, Włodzimierz Ptak – prof. z AM w Krakowie, Konstanty Wiśniewski – prof. z AM w Białymstoku.

Tytuł honorowy „Zasłużony Nauczyciel PRL” otrzymują:

- 1) prof. dr Irena Hausman–Petrusewicz – Kierownik Kliniki Neurologicznej
- 2) prof. dr Bogusław Moszyński – Kierownik Kliniki Oto–Ryno–
Laryngologicznej
- 3) prof. dr Ireneusz Roszkowski – emerytowany Kier. II KL. Poł.–Ginekol.
- 4) prof. dr Teresa Szymczyk – Kierownik Zakł. Biochemii

Medal Komisji Edukacji Narodowej otrzymują:

- 1) doc. dr Andrzej Karwowski – docent Kl. Chir. Ogólnej
i Chorób Wątroby
- 2) prof. dr Zbigniew Przetakiewicz – Kier. III Kliniki Chirurgii
- 3) prof. dr Zbigniew Szreniawski – Kier. Zakładu Farmakologii

Medal Pamiątkowy „W uznaniu zasług położonych w organizowaniu ochrony zdrowia i pomocy społecznej w PRL” otrzymuje:

- 1) prof. dr Janusz Komender – Kierownik Zakł. Transplantologii

Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski otrzymują:

- 1) mgr Arlena Baszczyc – wykładowca Studium Wychow. Fizyczn.
- 2) doc. dr Andrzej Budkiewicz – docent Zakł. Protetyki Stomatol.
- 3) prof. dr Wacław Droszcz – Kier. Kliniki Pneumonologii
- 4) dr Henryka Janczewska – st. wykładowca Zakł. Fizjol. Człow.
- 5) prof. dr Grzegorz Janczewski – Kier. Kliniki Otolaryngologii

- | | |
|---|---|
| 6) prof. dr Hanna Jędrzejowska | – Kier. Kliniki Neurologii |
| 7) dr Maria Kapuścińska | – st. wykładowca Zakł. Biofizyki |
| 8) prof. dr Tadeusz Kęćik | – Kier. Kliniki Okulistyki |
| 9) doc. dr Ludwika Kwart | – emerytowany docent Kl. Chir. Szczęk. |
| 10) dr hab. Maria Łyżwa Prawecka | – adiunkt II Kl. Położn. Ginekol. |
| 11) doc. dr Bogusław Maliński | – docent I Kliniki Chirurgii |
| 12) dr Henryka Myśliwicz–Rychlik | – adiunkt Kliniki Hepatologii Zakażn. |
| 13) mgr Tadeusz Obrembalski | – st. wykładowca Stud. Wychow. Fizyczn. |
| 14) dr Halina Heflich–Piątkowska | – emerytowany adiunkt Kl. Rehabilit. |
| 15) doc. dr Zofia Porembska | – docent Zakł. Biochemii |
| 16) doc. dr Halina Przybylska | – docent Kl. Hematologii i Pneumonol. |
| 17) dr Maria Ptasińska–Urbańska | – adiunkt Zakł. Anatomii Prawidłowej |
| 18) prof. dr Regina Olędzka | – Kier. Zakł. Bromatologii |
| 19) prof. dr Lech Skulski | – Kier. Zakł. Chemii Fizycznej |
| 20) prof. dr Tadeusz Tołłoczko | – Kier. II Kliniki Chirurgii |
| 21) prof. dr Zofia Trzcńska– Dąbrowska | – Ordynator Oddz. Okulistyki Szp. Bielańskiego |

Złoty Krzyż Zasługi otrzymują:

- | | |
|--|--|
| 1) doc. dr Bogusława–Benendo– Kapuścińska | – Kier. I Zakładu Rentgenodiag. |
| 2) dr Maria Jarzabek–Chorzelska | – adiunkt Kliniki Dermatologicznej |
| 3) dr Tadeusz Jegliński | – adiunkt Kliniki Otolaryngol. |
| 4) dr hab. Joanna Juskowa | – adiunkt Instytutu Transpl. |
| 5) mgr Kazimierz Kwasiborski | – st. wykładowca Zakł. Chemii Fizycznej |
| 6) doc. dr Andrzej Marciński | – Kier. Zakł. Radiol. Pediatrycz. |
| 7) dr hab. Jan Pachecka | – adiunkt Zakł. Metabolizmu Leków |
| 8) dr Elżbieta Pachecka | – adiunkt Zakł. Chemii Nieorgan. |
| 9) Jadwiga Prowalska | – przełożona pielęgniarek PSK im. prof. M. Michałowicza |
| 10) dr Zofia Rajter–Leontiew | – adiunkt Kl. Hematologii i Pneum. |
| 11) dr Zofia Sikorska–Piwowska | – adiunkt Zakł. Anatomii Prawidł. |
| 12) dr hab. Aleksandra Stachów | – rencista Kliniki Dermatolog. |
| 13) dr Marek Stradowski | – adiunkt Zakł. Biologii |
| 14) dr Danuta Szretter | – adiunkt Zakł. Farmacji Stosowanej |
| 15) dr Bogusław Szczypiorowski | – Dyrektor PSK Nr 1 |
| 16) dr Sonia Kaźmierowska | – adiunkt Zakł. Chemii Fizycznej |
| 17) dr Andrzej Trzebiński | – były adiunkt Kl. Chorób Żakaźnych i Pasożytniczych Dzieci |
| 18) dr Mirosław Ulkowski | – adiunkt Kliniki Radioterapii |
| 19) mgr Danuta Wnuczyńska– Izdebska | – wykładowca Zakł. Chemii Nieorgan. |
| 20) dr Janina Woroszyńska | – adiunkt Zakł. Higieny Żywnienia |
| 21) dr Halina Zakrzewska Jastrzębska | – adiunkt Zakł. Stomatologii Zachowawczej |

Srebrny Krzyż Zasługi otrzymują:

- | | |
|------------------------------|--------------------------------------|
| 1) Białas Marianna | – pielęgniarka PSK Nr 3 |
| 2) Knedler Genowefa | – st. pielęgniarka CSK |
| 3) Koczyk Stanisław | – robotnik Instytut. Biostruktury |
| 4) Olak Marianna | – samodz. refer. Dz. Spraw Pracown. |
| 5) Przygoda Janina | – sanitariusz CSK |
| 6) Serafin Marianna | – kierownik Apteki CSK |
| 7) Słowik Tomasz | – sanitariusz PSK Nr 1 |
| 8) Smoleń Anastazja | – st. pielęgniarka PSK Nr 1 |
| 9) mgr Wierzbicka Elżbieta | – kierownik Dziekanatu II Wydz. lek. |
| 10) mgr inż. Wodzyński Jerzy | – były Dyrektor Administracyjny AM |
| 11) Żak Józefa | – salowa PSK Nr 1 |

Brazowy Krzyż Zasługi otrzymują:

- | | |
|--------------------------|--|
| 1) Wyrwich Narcyza | – pielęgniarka CSK |
| 2) Kubacka Wanda | – pielęgniarka oddz. PSK im. prof. Michałowicza |
| 3) Karczmarczyk Stefania | – starszy technik PSK Nr 1 |
| 4) Malinowska Janina | – salowa PSK Nr 3 |
| 5) Diduch Teresa | – zastępca przełożonej pielęgniarek PSK Nr 1 |

Nominacje profesorskie

Rada Państwa PRL nadała tytuły nowo mianowanym profesorom Akademii Medycznej w Warszawie:

- 17 października 1984
tytuł profesora nadzwyczajnego
Zbigniewowi Gawlikowi,
Jerzemu Kiwerskiemu,
- 18 stycznia 1985
tytuł profesora nadzwyczajnego
Andrzejowi Langnerowi,
Januaremu Ławeckiemu,
Danucie Weyman – Rzucidło,
- 25 kwietnia 1985
tytuł profesora zwyczajnego
Alfredowi Sicińskiemu
tytuł profesora nadzwyczajnego
Mieczysławowi Szostkowi

WYKAZ STOPNI NAUKOWYCH

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

BARCIKOWSKA–LITWIN MARIA: „Obraz morfologiczny ogniska rozmiękania mózgowego w wieku starczym” – 22.02.1984 r.

Wykonano w Klinice Neurologii AM

Promotor: doc. dr hab. J. Rafałowska

CZŁONKOWSKI ANDRZEJ: „Receptor neuroleptyczny i opiatowy w mózgu: badania in vivo i in vitro” – 9.11.1983 r.

Wykonano w Zakładzie Farmakologii Doświadczalnej AM

Promotor: prof. dr hab. med. Z. Szreniawski

STACHÓW–SIWIEC ELŻBIETA: „Zastosowanie krioterapii w leczeniu dermatologicznym” – 14.12.1983 r.

Wykonano w Klinice Dermatologicznej

Promotor: prof. dr med. Stefania Jabłońska

DOBACZEWSKA HANNA: „Wykorzystanie zjawiska cytotoksyczności komórkowej zależnej od przeciwciał dla celów immunoterapii nowotworów doświadczalnych” – 25.11.1983 r.

Wykonano w Instytucie Biostruktury AM

Promotor: dr hab. Marek Jakubisiak

DOWGIER–MALINOWSKA KRYSZYNA: „Metoda analizy racjonalności farmakoterapii chorób układu krążenia w leczeniu zamkniętym na przykładzie nadciśnienia tętniczego” – 9.05.1984 r.

Promotor: Tadeusz L. Chruściel

Wykonano w Szpitalu Bródnowskim w W-wie

DULCZEWSKA–KŁOPOTOWSKA MIROSŁAWA: „Ocena działania środków osłaniających przed promieniowaniem UV. Próba wprowadzenia nowej metody badania” – 11.04.1984 r.

Wykonano w Klinice Dermatologicznej AM

Promotor: prof. dr med. Stefania Jabłońska

FIEJKA ELŻBIETA: „Wpływ skojarzonego stosowania cyklofosfamidu i aktywnymycyny D na prawidłowy i regenerujący miąższ wątroby szczura” – 8.02.1984 r.

Wykonano w Instytucie Biostruktury AM

Promotor: doc. dr hab. Zbigniew Gawlik

GACIONG ZBIGNIEW: „Wpływ preparatu TFX na specyficzną i poliklonalną produkcję przeciwciał in vitro” – 9.11.1983 r.

Wykonano w Klinice Transplantologii AM

Promotor: doc. dr hab. med. Andrzej Górski

GAJEWSKA SYLWESTRA: „Badanie ośrodkowych efektów niektórych chlorowco—pochodnych kwasów aryloalkilowych i aryloksyalkilowych” – 9.05.1984 r.

Wykonano w Instytucie Nauk Fizjologicznych AM

Promotor: prof. dr hab. med. Zbigniew Szreniawski

GAWIN ALEKSANDER: „Ocena wartości klinicznej prób prowokacyjnych w diagnostyce alergii górnych dróg oddechowych” – 11.04.1984 r.

Wykonano w Wyższej Szkole Pożarnictwa w W—wie

Promotor: dr hab. Edward Zawisza

GELLERT RYSZARD: „Mannitol w leczeniu przewodnienia u pacjentów przewlekle dializowanych” – 23.05.1984 r.

Wykonano w Instytucie Chorób Wewnętrznych AM

Promotor: prof. dr hab. med. Alfred Siciński

GÓRECKI ANDRZEJ: „Przydatność włókien węglowych w śródstawowych rekonstrukcjach przedniego więzadła krzyżowego stawu kolanowego” – 20.06.1984 r.

Wykonano w Klinice Ortopedycznej AM

Promotor: doc. dr hab. med. Zdzisław Salamon

GÓRKIEWICZ—PETKOW ANNA: „Występowanie przeciwciał ENA (RNP i SM) w kolagenozach – ich znaczenie diagnostyczne i prognostyczne” – 14.12.1983 r.

Wykonano w Klinice Dermatologicznej AM

Promotor: prof. dr hab. med. Stefania Jabłońska

HERZER—KORDALEWSKA ALICJA: „Filtry barwne jako sposób korekcji wrodzonych zaburzeń widzenia barw” – 20.06.1984 r.

Wykonano w Klinice Okulistycznej AM

Promotor: prof. dr hab. med. Danuta Trusiewicz

IGNACZAK ALEKSANDRA: „Rehabilitacja w Zespołach Opieki Zdrowotnej w świetle przepisów organizacyjno—prawnych” – 25.1.19884 r.

Wykonano w Szpitalu na Stępińskiej

Promotor: doc. dr hab. med. Janusz Wirski

JAKUBOWSKA—NAJNIGIER MARIA: „Ocena skurczu lewej komory w rocznej obserwacji u chorych po przebytych zawale serca” – 2.06.1984 r.

Wykonano w Instytucie Chorób Wewnętrznych AM

Promotor: prof. dr hab. med. Tadeusz Kraska

JODKOWSKI JÓZEF: „Badania nad wpływem CO₂ na motoneurony oddechowe, somatyczne i neurony współczulne rdzenia kręgowego u kotów” – 14.12.1983 r.

Wykonano w Instytucie Nauk Fizjologicznych AM

Promotor: doc. dr hab. med. Janusz Lipski

KANCELARCZYK WOJCIECH LEONARD: „Ocena zmian zarostowych w tętnicach kończyn dolnych przy użyciu pletyzmografii segmentalnej u chorych z pierwotnymi hiperlipoproteinemiami” – 20.06.1984 r.

Wykonano w Instytucie Chorób Wewnętrznych AM

Promotor: prof. dr hab. med. Włodzimierz Januszewicz

KARCZEWSKA ELŻBIETA: „Równowaga kwasowo–zasadowa w krwi i płynie mózgowo–rdzeniowym u chorych z przewlekłą, zaostrzoną niewydolnością oddechową” – 14.12.1983 r.

Wykonano w Zakładzie Anestezjologii AM

Promotor: prof.dr hab. med. Bogdan Kamiński

KAWIORSKA MARIANNA HELENA: „Ocena czynności słuchowej ucha wewnętrznego u chorych na otosklerozę leczonych operacyjnie w Klinice Otolaryngologicznej Akademii Medycznej w Warszawie w latach 1972–1981” – 9.05.1984 r.

Wykonano w Instytucie Chirurgii AM

Promotor: doc. dr hab. med. Andrzej Kukwa

KITTEL MAREK: „Wpływ przewlekłego zatrucia ołowiem na zużycie tlenu przez neurony izolowane z mózgow dojrzewających myszy IPF MIZ” – 9.05.1984 r.

Wykonano w Instytucie Nauk Fizjologicznych AM

Promotor: prof. dr hab. med. Zbigniew Szreniawski

KOIVOGWI LAMINE: „Lekoodporność szpitalnych szczepów gronkowca złocistego oraz charakterystyka niektórych pozachromosomalnych elementów genetycznych” – 27.06.1984 r.

Wykonano w Instytucie Biostruktury AM

Promotor: doc. dr hab. Henryk Osowiecki

KRASIŃSKA TERESA: „Wykrywanie zjawisk immunologicznych w niektórych autoimmunologicznych chorobach skóry przy zastosowaniu metod immunohistochemicznych” – 9.11.1983 r.

Wykonano w Klinice Dermatologicznej AM

Promotor: prof. dr hab. med. Tadeusz Chorzeński

KRASNODEBSKI IRENEUSZ WOJCIECH: „Stopień zaawansowania i możliwości chirurgicznego leczenia raka żołądka, okrężnicy i odbytnicy” – 25.01.1984 r.

Wykonano w Instytucie Chirurgii AM

Promotor: prof.dr hab. med. Bruno Szczygieł

KRZEMIENŃ–WILCZYŃSKA SWIETLANA: „Wpływ środków stosowanych w anestezji ogólnej do cięcia cesarskiego na równowagę kwasowo zasadową noworodków” – 20.06.1984 r.

Wykonano w Zakładzie Anestezjologii AM

Promotor: prof. dr hab. med. Bogdan Kamiński

KRZESKI ANTONI: „Odległe wyniki leczenia operacyjnego przewlekłego zapalenia ucha środkowego” – 11.04.1984 r.

Wykonano w Instytucie Chirurgii AM

Promotor: doc. dr hab. med. Teresa Goździk–Żołnierkiewicz

KULESZA ANDRZEJ: „Chirurgiczne leczenie nadciśnienia naczyniowo–nerkowego” – 23.05.1984 r.

Wykonano w Instytucie Chirurgii AM

Promotor: doc. dr hab. Mieczysław Szostek

KWIATKOWSKI HENRYK: „Prężność tleniu i równowaga kwasowo–zasadowa płynu mózgowo–rdzeniowego podczas sztucznej wentylacji płuc” 23.11.1983 r.

Wykonano w Zakładzie Anestezjologii AM

Promotor: prof. dr hab. med. Bogdan Kamiński

MAHMOUD HAMED ABDEL–FATTAH: „Radioimmunological determination of the –endorphin – like substance and ACTH in human plasma and urine” – 8.02.1984 r.

Wykonano w Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w W–wie

Promotor: prof. dr hab. S. Zgliczyński

MUCHARSKI ANDRZEJ: „Analiza urazowości czaszki twarzowej makroregionu warszawskiego” – 1.03.1984 r.

Wykonano w Instytucie Stomatologii AM

Promotor: prof. dr hab. med. Leszek Kryst

OSTROWSKA ALICJA: „Związki między żywieniem a wskaźnikami gospodarki żelazowej u kobiet ciężarnych” – 22.02.1984 r.

Wykonano w Instytucie Medycyny Społecznej

Promotor: prof. dr hab. med. Henryk Kirschner

PAWŁOWSKI ANDRZEJ: „Analiza przebiegu i przyczyn resorpcji doświadczalnej przeszczepów chrząstki żebrowej” – 25.11.1983 r.

Wykonano w Instytucie Biostruktury AM

Promotor: prof. dr hab. med. Janusz Komender

PAWŁOWSKI WOJCIECH: „Zachowanie się układu adrenergicznego i aktywności reninowej osocza u chorych w ostrym okresie zawału serca” – 20.06.1984 r.

Wykonano w Instytucie Chorób Wewnętrznych AM

Promotor: doc. dr hab. Bożena Wocial

ROGOZIŃSKI TOMASZ: „Morfologia i immunologia ustępujących brodawek wywołanych wirusem brodawczaka ludzkiego H P V 3” – 14.12.1983 r.

Wykonano w Klinice Dermatologicznej AM

Promotor: prof. dr hab. med. Stefania Jabłońska

STAJNIAK ANNA: „Mechanizm hamującego działania histaminy na wydzielanie kwasu solnego przez błonę śluzową żołądka królika” – 9.05.1984 r.

Wykonano w Instytucie Nauk Fizjologicznych AM

Promotor: doc. dr hab. Sławomir Maśliński

SZMURŁO ANDRZEJ: „Użyteczność testu angiogenezy indukowanej limfocytami w diagnozie niektórych jednostek chorobowych oraz w ocenie immunokompetencji tkanki limfoidalnej” – 1.06.1984 r.

Wykonano w Instytucie Biostruktury AM

Promotor: dr hab. med. Marek Kamiński

ŚLUBOWSKI TADEUSZ: „Morfometryczna ultrastrukturalna analiza subfrakcji limfocytów krwi obwodowej człowieka” – 27.04.1984 r.

Wykonano w Instytucie Biostruktury AM

Promotor: doc. dr hab. Wanda Barańska

URBANOWSKA ELŻBIETA: „Charakterystyka komórek krwiotwórczych tworzących przemijające wewnątrzpochodne, pięciodniowe kolonie śledzionowe u myszy”
9.11.1983 r.

Wykonano w Instytucie Kształcenia Podyplomowego Wojskowej Akademii Medycznej w Warszawie

Promotor: doc. dr hab. Wiesław Wiktor Jędrzejczak

WIERZCHOWSKA ELŻBIETA ŁUCJA: „Reumatoidalna łuszczyka stawowa. Histogeneza i mechanizm niszczenia chrząstki stawowej przez łuszczykę” – 9.05.1984 r.

Wykonano w Instytucie Reumatologii w W-wie

Promotor: prof. dr hab. Eugeniusz Małdyk

WIEKLIK MAREK: „Ocena działania wybranych flawonoidów na doświadczalne zakażenia wirusowe in vitro i in vivo” – 20.06.1984 r.

Wykonano w Instytucie Biostruktury AM

Promotor: doc. dr hab. Mirosław Łuczak

WOLSKI ZBIGNIEW: „Przezpęcherzowe wyłuszczenie gruczolaka stercza z zaopatrzeniem łoża zmodyfikowanym sposobem – ocena wyników” – 25.01.1984 r.

Wykonano w Klinice Urologicznej AM

Promotor: prof. dr hab. med. Tadeusz Krzeski

WÓJCIK ANDRZEJ: „Leczenie operacyjne jałowej martwicy głowy kości udowej u dzieci. Wyniki i wskazania” – 25.01.1984 r.

Wykonano w Klinice Ortopedycznej AM

Promotor: doc. dr hab. med. Jerzy Kiwerski

ZAREMBA JACEK: „Genetyka przewlekłej, proksymalnej postaci rdzeniowego zaniku mięśni” – 23.11.1983 r.

Wykonano w Instytucie Psychoneurologicznym w Warszawie

Promotor: prof. dr hab. med. Ignacy Wald

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

CZARNECKA MONIKA: „Psychologiczne aspekty symptomatologii i klinicznego przebiegu zawału serca” – 1.06.1983 r.

Wykonano w Instytucie Medycyny Społecznej AM

Promotor: doc. dr hab. Jan Kopczyński

CZARNECKI ANDRZEJ: „Wpływ inozyny na poadrenalinowe i poadriamycynowe uszkodzenia mięśnia serca” – 6.06.1984 r.

Wykonano w Instytucie Leków w Warszawie

Promotor: prof. dr hab. med. Andrzej Danysz

ELWERTOWSKI MICHAŁ: „Badania ultradźwiękowe w diagnostyce zmian ropnych” – 4.01.1984 r.

Wykonano w Zakładzie Medycyny Nuklearnej AM

Promotor: doc. dr hab. med. Wiesław Jakubowski

GÓRNICKI KRZYSZTOF: „Zmiany w błonie śluzowej żołądka po operacji wykonanej metodą Hoffmeister–Finsterer” – 2.05.1984 r.

Wykonano w Klinice Chirurgicznej AM

Promotor: prof. dr hab. med. Wojciech Noszczyk

KAPITANIAK BRONISŁAW: „Charakterystyka reakcji układu krążenia na fizyczne wysiłki statyczne u człowieka jako podstawa do oceny uciążliwości pracy” – 4.04.1984 r.

Wykonano w Centrum Medycyny Doświadczalnej PAN

Promotor: prof. dr Stanisław Kozłowski

KLIMOWICZ–MŁODZIK IZABELLA: „Wpływ elektrycznej stymulacji mózdzku na ognisko padaczkowe w hipokampie otrzymane metodą kindlingu” – 4.01.1984 r.

Wykonano w Klinice Neurologicznej AM

Promotor: prof. dr hab. med. Jerzy Majkowski

MODLIŃSKA JOLANTA: „Wpływ leków hipotensyjnych (hydrochlorotiazyd, propranolol) na zaburzenia gospodarki lipidowej i węglowodanowej u chorych z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym” – 2.05.1984 r.

Wykonano w Landes–Lungenkrankenhaus Gaisbühl Bendesch Feldkirch

Promotor: doc. dr hab. Małgorzata Sznajderman

NAPIÓRKOWSKA TERESA: „Alergia na substancje składowe gumy” – 7.03.1984 r.

Wykonano w Klinice Dermatologicznej AM

Promotor: prof. dr hab. med. Edward Rudzki

NIESŁUCHOWSKA–FRYDRYCH BOGDANA: „Możliwość rozpoznawania i monitorowania nowotworów złośliwych narządów płciowych kobiet na podstawie HDL i ich podfrakcji, białek surowicy i badań wątrobowych z zastosowaniem metod matematycznych do analizy wyników badań” – 4.01.1984 r.

Wykonano w Instytucie Położnictwa i Ginekologii AM

Promotor: doc. dr hab. med. L. Marianowski

PACHO RYSZARD: „Znaczenie tomografii komputerowej w rozpoznawaniu guzów nadnerczy” – 4.04.1984 r.

Wykonano w Instytucie Radiologii AM

Promotor: prof. dr hab. med. Bogdan Pruszyński

PURSKA–ROWIŃSKA EWA: „Wpływ dożylnego podania clomethiazolu na zapis EEG, ruchy gałek ocznych, EMG, EKG, somatosensoryczne potencjały wywołane i obraz kliniczny u chorych z padaczką” – 7.03.1984 r.

Wykonano w Instytucie Chirurgii AM

Promotor: prof. dr hab. med. Tadeusz Bacia

STARNOWSKI RYSZARD: „Chory z nadciśnieniem tętniczym w warunkach pracy w przemyśle” – 9.11.1983 r.

Wykonano w Przemysłowym Zespole Opieki Zdrowotnej w Warszawie

Promotor: prof. dr hab. med. Stanisław Kozłowski

ZALEWSKI JANUSZ: „Wartość badania ultradźwiękowego w rozpoznawaniu kamicy pęcherzyka żółciowego” – 6.06.1984 r.

Wykonano w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Warszawie

Promotor: prof. dr hab. med. Wojciech Noszczyk

ZASADA WITOLD: „Badania właściwości polskich protez tętniczych dwustronnie welurowych” – 2.05.1984 r.

Wykonano w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w W-wie

III. DOKTORA NAUK FARMACEUTYCZNYCH NADANYCH UCHWAŁĄ RADY WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO WAM

ANDRZEJEWSKI ANDRZEJ: „Parametry czynności tarczycy w surowicy krwi noworodków z hiperbilirubinemią” – 17.10.1984 r.

Wykonano w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w W-wie

Promotor: doc. dr hab. Krawczyńska

BORKOWSKI LESZEK: „Aminokwasowe kwasu-2 (p-chlorofenoksy) – 2-metylopropionowego” – 27.06.1984 r.

Wykonano w Instytucie Nauki o Leku AM

Promotor: prof. dr hab. W. Kwapiszewski

GRYZ KRYSZYNA: „Badania heterogenności heparyny produkcji krajowej” – 9.11.1983 r.

Wykonano w Instytucie Nauki o Leku AM

Promotor: prof. dr hab. J. Jarzębiński

KASPRZYK MAŁGORZATA: „Mikrosfery radioaktywne znakowane ^{32}P do leczenia chorych z rakiem języka: synteza, kontrola jakości i badania na zwierzętach” – 27.09.1984 r.

Wykonano w Instytucie Onkologii w W-wie

Promotor: prof. dr hab. med. J. Szymendera

KENDZIOREK ALICJA: „Wpływ immunoterapii na niektóre parametry odporności komórkowej i humoralnej w chorobach atopowych górnych dróg oddechowych” – 9.11.1983 r.

Wykonano w Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w W-wie

Promotor: prof. dr med. J. Krawczyński

KOSKOWSKA-DZIADOWICZ MARZENNA: „Wewnątrzkomórkowa lokalizacja i właściwości nieorganicznej pirofosfazy EC 3.6.1.1 z gruczołów ślinowych podjęzykowych i podżuchwowych szczura” – 12.09.1984 r.

Wykonano w Instytucie Biofarmacji AM

Promotor: prof. dr hab. n.med. T. Szymczyk

KOWALSKI ANDRZEJ: „Pilotowe badania nad przydatnością kliniczną pomiaru aktywności trehalazy u dzieci i dorosłych” – 5.12.1984 r.

Wykonano w Instytucie Biofarmacji

Promotor: prof. dr hab. med. L. Tomaszewski

KRZEMIŃSKI JACEK: „Syntezy niektórych 2 – oraz 2,3–podstawionych pochodnych indolizyny” – 21.03.1984 r.

Wykonano w Instytucie Nauki o Leku AM

Promotor: prof. dr hab. St. Biniński

LISOWSKA–MYJAK BARBARA: „Badania nad aktywnością inhibitora trypsyny u ciężarnej, matki w czasie porodu i noworodka – 9.11.1983 r.

Wykonano w Instytucie Biofarmacji AM

Promotor: prof. dr hab. med. L. Tomaszewski

MATRASZEK–SKONIECZNA GRAŻYNA: „Badanie wpływu diety ze zmienną zawartością magnezu na metabolizm mineralny szczurów narażonych na działanie tiuramu” – 9.11.1983 r.

Wykonano w Instytucie Biofarmacji AM

Promotor: prof. dr hab. R. Olędzka

POPPE IZABELLA: „Syntezy wybranych O–acylowych pochodnych 3–benzylo–i 3/3–m etylo–2–butenylo/–6,11– dimetylo–8–hydroksy–1,2,3,4,5,6–heksahydro–2,6–metano–3–benzazocyny” – 12.09.1983 r.

Wykonano w Instytucie Nauki o Leku AM

Promotor: doc. dr hab. B. Gutkowska

WOJTASIK ELŻBIETA: „Otrzymywanie i fizykochemiczne badania heparynoidów półsyntetycznych” – 12.09.1984 r.

Wykonano w Instytucie Nauki o Leku AM

Promotor: prof. dr hab. J. Jarzębiński

WEGIER–FILIPIUK BOGUSŁAWA: „Zmiany w metabolizmie węglowodanów i białek u szczura w następstwie zatrucia tiuramem” – 27.06.1984 r.

Wykonano w Instytucie Biofarmacji AM

Promotor: prof. dr hab. T. Szymczyk

ZAJDEL JOLANTA: „Wyodrębnienie i charakterystyka bakteriocynty Streptococcus 202” – 9.11.1983 r.

Wykonano w Instytucie Biofarmacji AM

Promotor: prof. dr hab. W. Dobrzański

ZIELIŃSKA–BIEL ANNA: „Badania nad wpływem skojarzonego działania primoru i tiuramu na równowagę amin biogennych w ustroju szczura” – 11.01.1984 r.

Wykonano w Instytucie Biofarmacji AM

Promotor: doc. dr hab. J. Brzeziński

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

DZIEDZIC–GOŁAWSKA ANNA: „Ocena krystaliczności minerału i stopnia uporządkowania włókien kolagenowych w tkance kostnej w warunkach fizjologicznych i patologicznych” – 11.04.1984 r.

Wykonano w Instytucie Biostruktury AM

HALICKA–AMBROZIAK HALINA: „Wpływ czynnika genetycznego na zmienność międzysobniczą do wysiłku fizycznego u dzieci w wieku 11–14 lat” – 6.06.1984 r.

Wykonano w Zakładzie Fizjologii AWF w Warszawie

JANECZKO JERZY: „Wykładniki hematologiczne, immunologiczne i biochemiczne mononukleozy zakaźnej” – 9.11.1983 r.

Wykonano w Instytucie Chorób Zakaźnych AM

MALIŃSKI BOGUSŁAW: „Badania doświadczalne nad zastosowaniem własnopochodnej żyły o ścianach nasyconych heparyną w chirurgii wielkich żył jamy brzusznej” – 1.06.1983 r.

Wykonano w Instytucie Chirurgii AM

MIODOŃSKI WŁADYSŁAW: „Rokowanie w bocznych idiopatycznych piersiowych skrzywieniach kręgosłupa” – 14.03.1984 r.

Wykonano w Szpitalu w Bydgoszczy

NAMYSŁOWSKA IRENA: „Społeczna i emocjonalna adaptacja rodzin pacjentów chorych na schizofrenię” – 25.01.1984 r.

Wykonano w Klinice Psychiatrycznej AM

PATRYN ANTONI: „Kryteria radykalizmu operacyjnego najczęściej występujących nowotworów złośliwych narządu ruchu oparte o badania kliniczne, radiologiczne, angiograficzne oraz izotopowe (^{85}Sr i $^{99\text{m}}\text{Tc}$)” – 14.12.1983 r.

Wykonano w Klinice Ortopedycznej AM

SIDOR KRZYSTYNA: „Rytmiczna czynność wolna w zapisie EEG w różnych stanach chorobowych u dzieci” – 8.02.1984 r.

Wykonano w Instytucie Pediatrii AM

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

PACHECKA JAN: „Modyfikacja metabolizmu epoksydów przez wybrane leki psychotropowe” – 18.01.1984 r.

Wykonano w Instytucie Biofarmacji AM

„Stanowisko Senatu AM w Warszawie w sprawie oceny funkcjonowania ustawy o szkolnictwie wyższym z dnia 04.04.1982 r. dokonanej przez Komitet Społeczno-Polityczny RM PRL”.

UWAGI OGÓLNE

Senat Akademii Medycznej w Warszawie po zasięgnięciu opinii środowiska uczelnianego jest zdania, że w obecnej chwili wprowadzenie zmian w ustawie o szkolnictwie wyższym jest przedwczesne i nie przyniosłoby poprawy funkcjonowania uczelni. Wskazane jest natomiast poddanie wszechstronnej analizie i ocenie funkcjonowania ustawy i przeprowadzenie szerokiej spokojnej dyskusji środowiskowej. Ustawa z roku 1982 zaczęła działać w szczególnie trudnych i złożonych warunkach społeczno-politycznych, w kraju dotkniętym głębokim kryzysem ekonomicznym. Dla dokonania prawidłowej analizy i oceny konieczny jest zatem upływ pewnego czasu, stabilizacja jest bowiem procesem powolnym, zdeterminowanym wieloma czynnikami, wśród których istotną rolę odgrywa poprawa sytuacji gospodarczej i ekonomicznej. Wydaje się jednak, że już obecnie można stwierdzić, że pomimo wielu braków i oczywistych niedostatków, ustawa przyniosła także pewne skutki pozytywne przyczyniając się do rozpoczęcia procesu stabilizacji w szkołach wyższych. Uruchomiła, jak się wydaje, mechanizmy sprzyjające tworzeniu się w środowiskach uczelnianych autentycznych postaw i stosunków społecznych opartych na ugruntowywaniu się poczucia odpowiedzialności i zaufania. Poza pewnymi niekorzystnymi sytuacjami, których mimo wszystko nie powinno się generalizować, wyniki wyborów do ciał kierowniczych uczelni wykazały, że na stanowiska rektorów i dziekanów wybrano pracowników naukowo-dydaktycznych cieszących się prestiżem, wybitnych fachowców o renomie krajowej i międzynarodowej, ludzi o nie-nagannych postawach etyczno-moralnych. Na uwagę zasługuje fakt częstego wyboru na rektorów – członków organizacji politycznych: PZPR, ZSL i SD.

Dokonując ogólnego porównania kadry kierowniczej wyłonionej w wyniku wyborów z działalnością i osiągnięciami kadry mianowanej w ostatnim dziesięcioleciu – nie ma podstawy do stwierdzenia, że kadra wyznaczona w drodze administracyjnej sprawnie zarządzała uczelniami i że w lepszym stopniu niż obecnie przyczyniła się do rozwoju działalności naukowej, dydaktycznej i wychowawczej. Istnieją natomiast podstawy do twierdzenia, że z punktu widzenia prawidłowości stosunków społecznych, ich stabilności i odporności na zaburzenia i napięcia – podstawowe znaczenie ma naturalne kształtowanie się i utrwalanie postaw autentycznych, opartych na poczuciu odpowiedzialności i zaangażowania społecznego. W tym szerokim aspekcie społecznym należy więc rozpatrywać funkcjonowanie obecnej ustawy i ewentualne konsekwencje wprowadzenia zmian w kierunku proponowanym przez Komitet Społeczno-Polityczny R.M. PRL.

. . .

Sytuacja nauki w Polsce jest obecnie szczególnie trudna, co jest wynikiem złego stanu ekonomiczno-politycznego. Narasta w szybkim tempie zubożenie bazy aparaturowo-technicznej i pogłębia się dystans dzielący naukę polską od nauki światowej. Niedostatki warsztatowo-aparaturowe, brak odpowiedniej motywacji finansowej i brak

poczucia stabilizacji zawodowej są głównymi przyczynami malejącego zainteresowania młodego pokolenia pracą badawczą. Grozi to kurczeniem się najistotniejszego zaplecza jaką stanowi młoda kadra pracowników naukowych. Na te i inne zagrożenia środowisko naukowe samo zwracało wielokrotnie uwagę wysuwając konkretne propozycje (np. opracowanie Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia i O.S. „Służba Zdrowia” z dnia 15 lipca 1984). Nie można natomiast naszym zdaniem stwierdzić, że przyczyna narastania trudności w sferze nauki tkwi w błędach ustawy o szkolnictwie wyższym z 1982 roku, jest to bowiem błędne uproszczenie oraz odwrócenie uwagi od rzeczywistych zagrożeń nauki, stanowi próbę przerzucenia odpowiedzialności i obowiązku jaki ciąży na czynnikach administracyjnych w zakresie podjęcia kroków zaradczych – na samo środowisko naukowe.

. . .

Rozważając sprawę propozycji szybkich zmian ustawy należy wziąć pod uwagę jeszcze inne ważne względy natury ogólnospołecznej. Ciągłe zmiany przepisów prawnych obniżają rangę prawa w ogóle, nie sprzyjając utrwalaniu prestiżu władzy administracyjnej. Osłabiają poczucie stabilności, wzbudzając poczucie zawodu i niezależnie od słuszności tych czy innych argumentów wysuwanych przez administrację, wzbudzają niepotrzebne i niezamierzone emocje i napięcia rzutując niekorzystnie na proces stabilizacji stosunków społecznych.

Zagadnienia związane z funkcjonowaniem uczelni

1. Statut uczelni

Zadaniem Senatu Akademii Medycznej w Warszawie uczelnie winny posiadać prawo samodzielnego opracowywania i uchwalania statutów, zatwierdzanych następnie przez właściwego Ministra. Jest oczywiste, że statuty nie mogą być sprzeczne z interesem ogólnospołecznym i interesem socjalistycznego państwa. W tym zakresie powinna być ścisła współpraca odpowiedniego resortu i władz uczelni odpowiedzialnych za charakter i funkcjonowanie statutu.

Uczelnie wyższe mające w swej tradycji idee samorządności, kształtują obok wiedzy zawodowej i zainteresowań profesjonalnych i naukowych – także wartości i postawy bardziej ogólne i uniwersalne – jak poczucie odpowiedzialności i wartości pracy, umiejętność współżycia i współdziałania w społeczności, poszanowanie autorytetów zawodowych, szacunek dla stosunków społecznych w socjalistycznym państwie. Jest zrozumiałe, że warunkiem skutecznego kształtowania tych wartości jest istnienie autentycznej i satysfakcjonującej płaszczyzny działania – jaką tworzy możliwość współpracowania młodzieży i kadry dydaktycznej uczelni – w zakresie ustalania i okręślenia własnych zasad organizacyjnych. Tak powstałe zasady zobowiązują do poszanowania ustalonych przepisów i kształtują poczucie odpowiedzialności. Jest to niejako pierwsze zetknięcie się dorosłej młodzieży z działalnością poważną na rzecz własnej społeczności i instytucji, pierwsza poważna szkoła życia w społeczności.

Trzeba podkreślić z naciskiem, że nadawanie drogą administracyjną statutu, choćby najtrafniej sformułowanego i słusznego pozbawia uczelnię niezwykle ważnego instru-

mentu wychowawczego, osłabia szansę inicjowania przez uczelnię autentycznego działania wśród młodzieży, utrudnia integrację środowiska wskutek likwidacji ważnej płaszczyzny współdziałania młodzieży akademickiej i kadry dydaktycznej.

Nie byłby także naszym zdaniem słuszny podział szkół według kryteriów stabilności sytuacji społeczno–politycznej. Nie znaczy to, że jest ona we wszystkich uczelniach prawidłowa i że nie występują sytuacje niepożądane i napięcia. Możemy jednak stwierdzić, że w naszej uczelni sytuacja jest prawidłowa i ustabilizowana, i że nie było i nie ma wydarzeń wymagających szczegółowych form ingerencji. Jest oczywiste, że wytworzenie autentycznej i trwałej stabilizacji w uczelniach, podobnie jak w innych społecznościach i środowiskach wymaga upływu czasu, jednak ukształtowana w ten sposób sytuacja okaże się na pewno bardziej trwała i naturalna niż ustanowiona drogą rozporządzeń administracyjnych.

2. Wybory rektora i dziekanów

Senat wypowiada się za utrzymaniem zasady wyboru rektora i innych władz jednoosobowych przez samą społeczność szkoły. Przekonani jesteśmy, że zasada ta przynieść może w efekcie końcowym więcej pożytku dla prawidłowej funkcji uczelni niż system poprzedni, oparty na mianowaniu. Rektor i dziekani winni cieszyć się autentycznym uznaniem i prestiżem społeczności, stanowi to bowiem istotny warunek kształtowania autentycznych postaw społecznych, odpowiedzialności i wzajemnego szacunku. Rektor cieszący się autentycznym uznaniem, wybrany i akceptowany przez kadry szkoły i młodzież akademicką odgrywa zwykle pozytywną rolę wychowawczą i społeczną wykazującą daleko poza ramy uczelni. Kształtuje bowiem i utrwala poczucie prestiżu i zaufania do przedstawicieli władzy – w szerokim zakresie tego pojęcia. Budowanie autorytetów odgrywa bardzo ważną rolę wychowawczą i społeczną i decyduje o prawidłowym kształtowaniu postaw młodego pokolenia, musi to być jednak proces oparty na naturalnych i zaczerpniętych z najbliższego otoczenia podstawach.

Występować mogą, co jest oczywiste, jednostkowe nieporozumienia i błędne decyzje, może to mieć miejsce nie tylko w wypadku wyborów, lecz także nominacji. W wymiarze ogólnym działanie nakazowo–administracyjne przyniesie jednak zawsze szkody większe, rodzi bowiem z góry rezerwę i nieufność, nawet w odniesieniu do najbardziej wartościowych przedstawicieli kadry kierowniczej. Przynosząc nie tylko krzywdę prestiżowi ludzi wartościowych, lecz i utrudniając działanie koncepcji porozumienia społecznego i kształtowania autentycznych stosunków społecznych.

3. Kompetencje rektorów i ministra

Senat nie widzi konieczności zmieniania istniejącej ustawy poprzez wprowadzenie możliwości zawieszania przez ministra lub odwoływania organów kolegialnych szkoły, zajęć dydaktycznych, rozwiązywania jednostek organizacyjnych itd. Przepisy takie, podobnie jak inne zarządzenia o charakterze nakazowo–represyjnym skierowane przeciw określonemu środowisku, stanowią w zasadzie swojego rodzaju votum nieufności wobec wyższych uczelni. Nie może to budzić i wzmacniać poczucia zaufania i stanowi niepotrzebną rezygnację z zasady dialogu i porozumienia. Stanowi czynnik w gruncie rzeczy destabilizujący, a nie konstruktywny, zawód dla szerokich oczekiwań społecznych.

W naszej uczelni, jak podkreślaliśmy, nie było wymagających szczególnie form ingerencji, sytuacji, których nie można by rozwiązać przy użyciu własnych autorytetów szkoły i w ramach istniejących przepisów prawnych.

Niektóre propozycje dotyczące kompetencji rektorów zasługują na mocne poparcie. Uzasadnione wydaje się zwiększenie uprawnień rektora w zakresie okresowych ocen pracy kadry oraz jednostek organizacyjnych szkoły. Oceny te prowadzone przez Rady Wydziału i zatwierdzane przez rektora, winny w znaczący sposób rzutować na zatrudnienie kierowników jednostek, na przedłużanie zaangażowania na dalszy okres. Rektor winien mieć także prawo wyznaczania określonych zadań badawczych i organizacyjnych poszczególnym jednostkom i ich kierownikom.

Zgodnie z istniejącą ustawą senat jest najwyższym organem szkoły, w kompetencji rektora znajdują się sprawy kadrowe – powoływanie kierowników katedr, klinik, zakładów, instytutów, awansowania i zatrudnienia, rozwiązywania stosunku pracy, wnioskowanie o nadawanie odznaczeń, tytułów honorowych itd. Rektor i dziekani mogą zawieszać uchwały organów kolegialnych i zmieniać ich postanowienia o ile uznają, że są niezgodne z interesem szkoły bądź dobrem ogólnospołecznym i państwowym.

Odnosnie działania rektorów w wypadku naruszania przepisów i dopuszczania się wykroczeń przez studentów – istnieją także skuteczne, naszym zdaniem, zabezpieczenia prawne. Statut naszej uczelni zawiera zapis stanowiący, że w wypadku rażącego naruszenia zasad współżycia społecznego i porządku publicznego rektor może studenta zawiesić w jego prawach do czasu wydania prawomocnego orzeczenia komisji dyscyplinarnej. Jest to zapis w istocie bardzo dolegliwy i skuteczny, student zawieszony w prawach studenta najczęściej traci rok nauki, a także prawo do różnych świadczeń. Nie wyklucza też zapis możliwości wydalenia z uczelni. Zapobiega jednak zarazem wydawaniu decyzji zbyt pochopnych i krzywdzących, dając obwinionym możliwość wyjaśnienia sprawy. Proponujemy wprowadzenie w przyszłości do ustawy treści pkt. 4 § 124 naszego statutu, określającego, że karę dyscyplinarną wydalenia z uczelni orzec może wyłącznie komisja dyscyplinarna.

4. Wpływ uczelnianych instancji PZPR i stronnictw politycznych

Ustawa z roku 1982 gwarantuje stanowiący głos przedstawicielom PZPR i stronnictw politycznych w organach kolegialnych i komisjach. W naszej uczelni braku możliwości takiego oddziaływania wymienione organizacje nie odczuwają. Niezależnie od przedstawicieli w senacie – interes i stanowisko organizacji politycznych reprezentują członkowie tych ciał będący jednocześnie członkami danej organizacji politycznej. W ocenie uczelnianej instancji partyjnej – ten sposób reprezentacji jest szczególnie efektywny, wiąże bowiem działania i postawy polityczne i społeczne z zaangażowaniem zawodowym i kompetencjami fachowymi.

5. Reprezentacja poszczególnych grup w organach kolegialnych

W uczelni naszej samodzielni pracownicy naukowcy mają głos decydujący zarówno w senacie, jak radach wydziału i nie czują się skrzepowani w swym działaniu składem tych ciał kolegialnych, profesorowie, docenci, doktorzy habilitowani zgodnie ze statutem – stanowią 59% składu senatu, a 65% – w składach rad wydziałowych. Studenci w radach wydziałowych stanowią 16%, młodzi nauczyciele akademicy – 20%, w senacie dla obu tych grup reprezentacja wynosi po 12%.

Stoimy na stanowisku, że udział zarówno młodej kadry nauczycielskiej, jak studentów w ciałach kolegialnych ma istotne znaczenie wychowawcze i społeczne. Stwarza szansę autentycznego współdziałania, wyrabia poczucie odpowiedzialności, właśnie poprzez uczestnictwo w codziennym życiu uczelni i współodpowiedzialność za wspólnie podejmowane decyzje.

6. Kadencja władz jednoosobowych

Przedłużanie kadencji rektorów i dziekanów poza okres dwu kadencji, nie jest, jak wykazała praktyka lat ubiegłych, korzystne dla efektywności i sprawność zarządzania. W niedawnych latach problem długości kadencji władzy administracyjnej był, jak pamiętamy, przedmiotem dyskusji i przeważał pogląd, że nadmierne wydłużone kadencje nie sprzyjają prawidłowości władzy, prowadzą do niepożądanych skutków i dobrze znanych nieprawidłowości.

Jest zrozumiałe, że w odniesieniu do kadencji władz uczelni zbyt krótki okres kadencji uniemożliwia w praktyce zrealizowanie założonych celów i nie sprzyja skuteczności administrowania. Z drugiej strony – nadmierne przedłużenie tego okresu sprzyja, podobnie jak w wypadku każdej innej funkcji, nadmiernemu zrutynizowaniu i oderwaniu się od bieżącego życia szkoły. Jest jednak jeszcze problem bardziej zasadniczy, specyficzny niejako dla uczelni wyższych. Zbyt długie zaangażowanie się w funkcje administracyjne odbija się niekorzystnie na działalności zawodowej i naukowej. Pracownicy dydaktyczni szkoły wyższej, będący samodzielnymi pracownikami naukowymi, muszą być jednocześnie czynnymi naukowcami. Utrzymanie wysokiego poziomu fachowego i naukowego wymaga oczywiście ciągłych, intensywnych wysiłków i osobistego zaangażowania zawodowego i naukowego. Jest to konieczny i zasadniczy warunek decydujący o prestiżu zawodowym – a tym samym warunek utrzymania odpowiedniego prestiżu w społeczności szkoły. Stanowi zarazem niezwykle ważny przykład wychowawczy dla młodzieży akademickiej i młodej kadry uczelni, przykład ilustrujący autentyczność postaw zawodowych i społecznych wzbudzający zaufanie i szacunek. Przykłady tego rodzaju są szczególnie potrzebne i szczególnie ważne dla skutecznego funkcjonowania procesu wychowawczego jaki ma pełnić uczelnia.

7. Zatrudnienie pracowników naukowo–dydaktycznych

Należy z niezwykłą ostrożnością podejść do propozycji zrezygnowania z zatrudnienia nauczycieli akademickich na stałe i wprowadzenia zatrudnienia okresowego – na okres zamknięty, np. 3 lub 5 lat. Zasada ta, funkcjonująca w niektórych krajach o wysokim standardzie gospodarczym, nie przyniosłaby jednak w naszych warunkach właściwego skutku. W obecnej sytuacji mogłoby to niekorzystnie rzutować na rozwój szkolnictwa wyższego i rozwój nauki. Obserwuje się bowiem obecnie niepokojącą tendencję osłabienia zainteresowania młodzieży działalnością naukową. Dotyczy to szczególnie nauk podstawowych, lecz zakres tego zjawiska jest oczywiście szerszy. Obecnie brak jest dostatecznej motywacji do podjęcia pracy naukowej, wynika to ze słabości warsztatowych, braku możliwości realizowania ambitnych celów badawczych, niedostatecznych motywacji materialnych i braku poczucia stabilności zawodowej. Zasadniczą motywacją dla podjęcia olbrzymiego wysiłku, jakim jest kariera naukowa, jest ambicja uzyskania stabilnej możliwości dociekania prawdy naukowej. Jest to motywacja, która w oczywistym stopniu przeważa nad innymi, nie funkcjonującymi zresztą, natury materialnej i finanso-

wej. Osłabienie poczucia stabilizacji może niebezpiecznie nasilić niezwykle groźne mechanizmy poszukiwania zabezpieczenia poprzez działalność pozorowaną, serwilizm i koterie, może więc uruchomić wszelkie mechanizmy selekcji negatywnej stanowiącej śmiertelne zagrożenie dla nauki i wielką szkodę społeczną.

Środowisko naukowe zdaje sobie sprawę z pilnej konieczności stworzenia optymalnych warunków dla rozwoju autentycznych i skutecznych działań w sferze nauki. Muszą w tym mieścić się także mechanizmy eliminujące jednostki i zespoły mierne, nietwórcze, nie zapewniające postępu i odpowiedniego poziomu w określonych dyscyplinach. Takie funkcje kontrolne, aby były rzeczywiście skuteczne i korzystne dla samej nauki, sprawować musi jednak samo środowisko poprzez określone formy organizacyjne. Zasady takie winny dotyczyć także pracy zawodowej i dydaktycznej.

8. Samorząd studencki

Samorząd studencki odgrywa naszym zdaniem ważną rolę w procesie wychowawczym, sprzyja rozwijaniu autentycznego zaangażowania i odpowiedzialnych postaw społecznych. Młodzież akademicka jest wciąż zbyt bierna i mało zaangażowana w życie społeczności szkoły, nie zainteresowana jej codziennymi sprawami. W pełni doceniamy rolę organizacji ogólnosrodowiskowych i ogólnokrajowych grupujących młodzież, takich jak ZSP i inne, ich charakter jest jednak odmienny. Nie są one bowiem tak bezpośrednio jak samorząd związane z codziennym życiem szkoły, samorząd stanowi tu zatem cenne i ważne uzupełnienie możliwości społecznego działania. Kształtowanie się samorządu wymaga oczywiście upływu czasu i zdobywania własnych doświadczeń, których w przeszłości brakowało. W toku tego procesu mogą występować różne sytuacje konfliktowe i niepożądane, należy jednak zauważyć, że niedomagania i błędy nie omijały również w przeszłości renomowanych i zrutynizowanych organizacji młodzieżowych powstałych w systemie scentralizowanym i rekomendowanych przez wysokie autorytety administracyjne.

Podzielamy natomiast wysuwane propozycje zatwierdzenia przez rektora statutu samorządu, wychodząc z założenia, że stanowić to będzie okazanie należytego zaufania wobec rektora, wybranego przez samą społeczność szkoły. Zasada taka miała by istotny wydźwięk społeczny i wychowawczy w sensie budzenia zaufania do przedstawicielstwa władzy, w szerszym aspekcie sprzyjałaby budowie procesu zaufania i współdziałania.

9. Studia doktoranckie

W okresie ostatniego 10–lecia wysuwano wiele poważnych i uzasadnionych zastrzeżeń wobec instytucji studiów doktoranckich. Nie stanowiły one generalnie – właściwego instrumentu kształtującego i rozwijającego młodą kadrę naukową, nie stwarzały bowiem ani właściwej motywacji merytorycznej, ani nie gwarantowały właściwego doboru kandydatów. W ocenie środowiska naszej uczelni, a jak sądzimy – większości środowiska naukowego, studia doktoranckie stanowiły w zasadzie zastępczą formę czasowego zatrudnienia kandydatów zainteresowanych nie tyle autentyczną działalnością naukową, inspirowanych potrzebą pracy badawczej, ile zainteresowanych uzyskaniem etatu. Obarczone były zatem piętnem selekcji negatywnej. Kształtowaniu właściwych motywacji nie sprzyjał także brak właściwych rozwiązań prawnych zapewniających minimalne uprawnienia i przywileje pracownicze i stabilizację materialną,

Reaktywowanie studiów doktoranckich w dawnej formie jest naszym zdaniem wysoce niewskazane. Powinno się natomiast rozważyć inne formy, funkcjonujące zgodnie z logiką kształtowania młodej kadry naukowej. Formy rozwiązania mogłaby opracować Rada Szkolnictwa Wyższego i Nauki w porozumieniu z resortami. Można by na przykład przekazać do wykorzystania rektorom określoną pulę stypendiów doktoranckich, które mogłyby być spożytkowane dla rozwoju określonych dziedzin badawczych, dla umożliwienia rozwoju uzdolnionej kadry.

Konkluzje

W konkluzji, Senat AM w Warszawie podzielając w pełni troskę władz państwowych o należyte funkcjonowanie uczelni zgodnie z interesem ogólnospołecznym i państwowym uważa, że trwałe zabezpieczenie tego procesu mogą i powinny gwarantować same szkoły – w zakresie odpowiedzialności i uprawnień rektorów i organów kolejalnych.

Należy wykorzystać szansę jaką stwarzają pojawiające się objawy stabilizacji sytuacji w uczelniach i nie zaburzać tego procesu działaniami zbyt szybkimi i zmieniającymi gwałtownie delikatny proces kształtowania się naturalnych procesów stabilizacji – przynajmniej do końca bieżącej kadencji władz uczelni. Jednocześnie powinno się zbierać doświadczenia odnośnie funkcjonowania ustawy z 1982 roku przygotowując warianty ewentualnych modyfikacji. Jest wskazane, aby rektorzy i władze szkół przedłożyli rodzaj poręczenia i zobowiązania do szczególnej troski o właściwe funkcjonowanie szkół wyższych w tym okresie. Powyższe stanowisko przyjęte zostało jednomyślnie przez Senat Akademii Medycznej w Warszawie na posiedzeniu w dniu 11 lutego 1985 r.

Wyniki ankiety, przeprowadzonej wśród pracowników AM w Warszawie w sprawie oceny ustawy o szkolnictwie wyższym zawartej w stanowisku Komitetu Społeczno–Politycznego RM PRL, przeprowadzonej zgodnie z decyzją Senatu AM z dnia 21.01.1985 r.

Ankiety wypełniło 331 osób, w tym 47 profesorów, 61 docentów, 109 adiunktów, 98 asystentów i innych pracowników oraz 16 osób, które nie określiły swego stanowiska.

Wyniki ankiety dla poszczególnych grup pracowniczych i zbiorcze podane są w załącznikach do protokołu z posiedzenia Senatu wraz z treścią ankiety. Zwracają uwagę następujące fakty:

- 1) procent osób zgadzających się z tezami Komitetu Społeczno–Politycznego RM jest niski – w danych zbiorczych dla większości pytań nie przekracza 10,
- 2) grupy młodszych pracowników Uczelni, w stosunku do rzeczywistej ich liczebności słabiej reprezentowane wśród osób ankietowanych, bardziej stanowczo sprzeciwiają się zmianom ustawy. Jest to szczególnie widoczne w pytaniach dotyczących ograniczenia składu Senatu i zwiększenia kompetencji Rektora,
- 3) w pytaniu, o zwiększenie kompetencji Rektora, znaczna część osób skreślała słowo „mianowanego”, tak więc ich zgoda nie może być rozumiana w sensie nadanym temu zagadnieniu w tezach Komitetu Społeczno–Politycznego,
- 4) ogromna większość ankietowanych pracowników Uczelni uważa, że ewentualne zmiany ustawy powinny nastąpić nie wcześniej niż po upływie obecnej kadencji władz.

(Opracowała doc. B. Gutkowska)

CONTENTS

| | |
|--|-----|
| Professor Stefan Kruś – From the Editor | 1 |
| CONFERENCE „CONTACT BETWEEN DOCTOR AND PATIENT”, Warsaw, 1985–02–08 | |
| Professor Bogdan Kamiński – Inauguration of the Conference | 3 |
| Professor Magdalena Sokołowska – Relation „doctor–patient” as seen by sociologist | 5 |
| Professor Halina Wardaszko–Łyskowska – Relation „doctor–patient” and its formation in medical students | 8 |
| Professor Jan Tatoń, Dr. Gracjan Podgórski – Pedagogic ways of influencing the effectiveness of the treatment of diabetes | 13 |
| Professor Romuald Gutt – Contact between doctor and patient | 17 |
| Discussion | 23 |
| ORIGINAL ARTICLES, SCIENTIFIC REPORTS | |
| Bronisław Pokrzycki – Pedagogic education of academic teachers and the effectiveness of medical teaching | 40 |
| Wiesław Tysarowski, Anna Olesińska–Serafin – Studies on the cognitive development during medical education | 47 |
| Urszula Gołaszewska – Development of psychic requirements of medical students in the process of learning | 69 |
| Halina Adamin–Żaczyńska – Compensatory value of preference points | 74 |
| Bożena Szpruta – Studies on the effectiveness of teaching the normal anatomy | 80 |
| Marek Hebanowski, Mirosław Koseda, Lidia Sasin, Wiesław Tysarowski – Problems of adaptation of undergraduate education of medical students to the requirements of basal health service | 85 |
| Tadeusz Gałamon, Ewa Brzezińska – Integrated teaching of general chemistry in Pomeranian Medical Academy in Szczecin | 101 |
| Leszek Tomaszewski, Urszula Rolczyk – Summer practice of the students of clinical analytics evaluated by themselves | 112 |
| Leszek Tomaszewski, Urszula Duda – Motivations of the choice of pharmaceutical studies. Part II. | 116 |
| Marek Motyka, Zdzisław Pajor, Stanisława Stachura, Krystyna Grzesiek – Interpersonal attitudes of the magisters of nursing | 124 |
| Aleksander Drygas – Fortieth anniversary of the liberation of Gdańsk County | 128 |
| Józef Hornowski – Polish Society of Physicians | 141 |
| Zdzisław Witkowski – Politology in the didactic and educational process in the university | 145 |
| CHRONICLE | |
| Awards, nominations of professors, handing of diplommas (elaborated by I. Komasa) | 150 |
| Index of persons awarded scientific degrees | 153 |
| Opinion of the Senate of Medical Academy in Warsaw on the evaluation of the Regulation of University – level Education of 5th April 1982 carried out by Social and Political Committee of the Cabinet of Polish People’s Republic (elaborated by B. Gutkowska) | 162 |

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 Szymczak

Członkowie:
prof. dr Krzysztof Boczkowski, doc. dr hab. Andrzej Stapiński,
prof. dr Jerzy Szczerbań, prof. dr Leszek Tomaszewski, dr Alek-
sander Tulczyński, prof. dr Wiesław Tysarowski

Wydawca:
Akademia Medyczna w Warszawie
ul. Filtrowa 30
02-032 Warszawa

ISSN 0137-6543
Nr indeksu: 36573



Sp. Pracy Specjalistów
Warszawa, ul. Świerczewskiego 70

Nakład 500 egz. K-23