

01 04 2001

97471

Alma Mater



AKADEMIA MEDYCZNA W LUBLINIE

NR 1/38

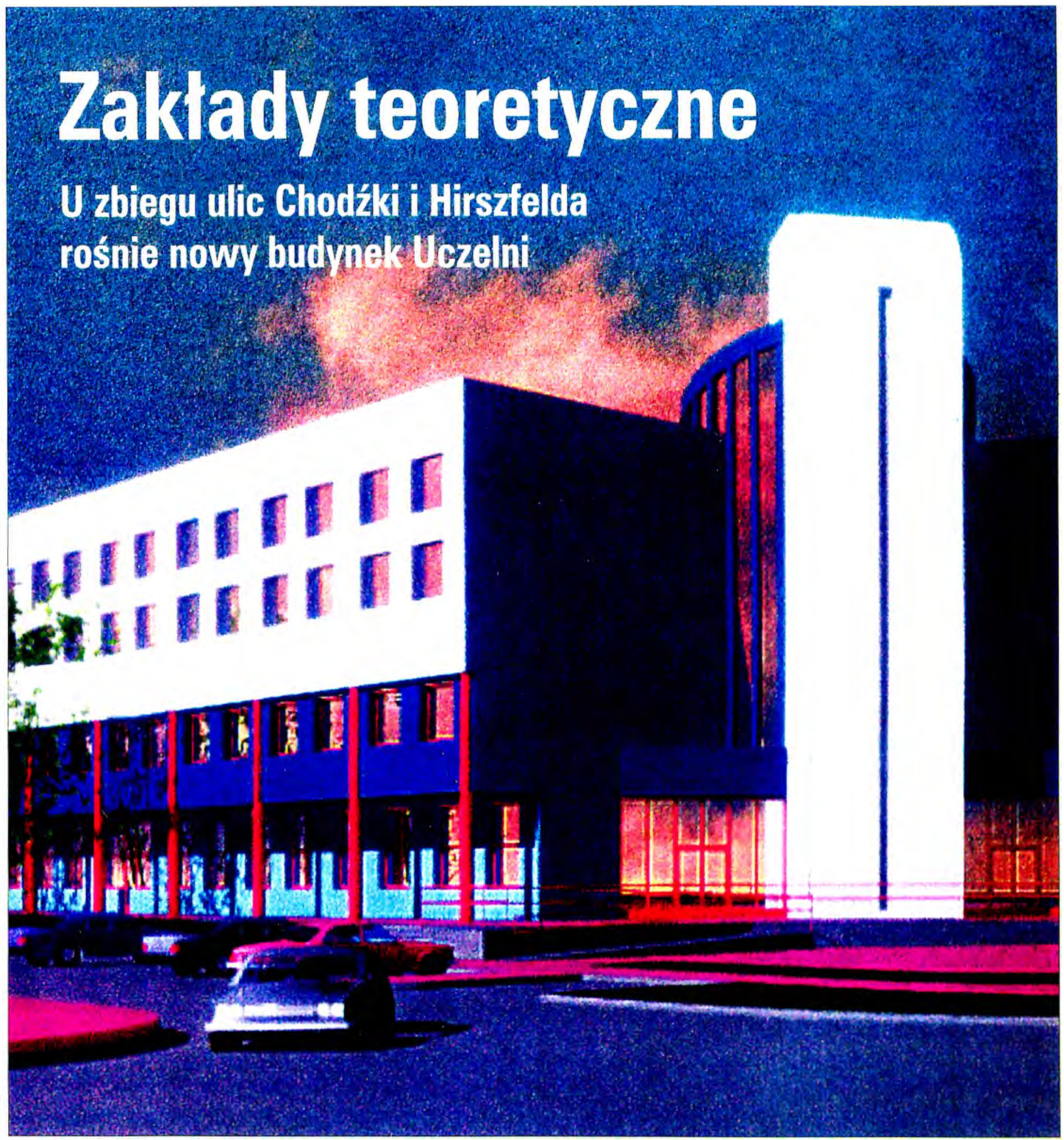
ROK XI

ISSN 1230-0497

STYCZEŃ-MARZEC 2001

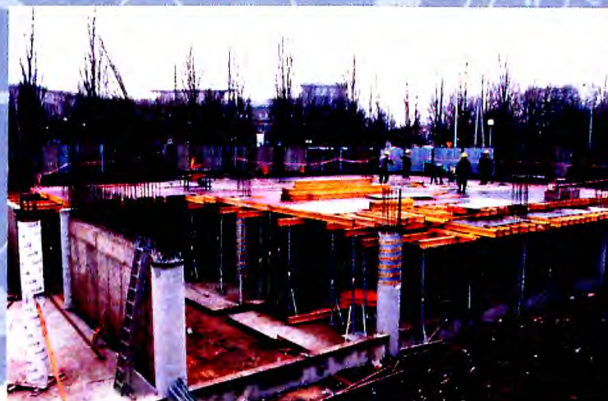
Zakłady teoretyczne

U zbiegu ulic Chodźki i Hirszfelda
rośnie nowy budynek Uczelni



Collegium Universum

rośnie w zawrotnym tempie





STYCZEŃ-MARZEC 2001

W numerze...

- Inwestycje**
Teoretyczne zakłady naukowe 18
DR N. MED. WŁODZIMIERZ MATYSIAK
- Akredytacja Wydziału Lekarskiego**
W oczekiwaniu na certyfikat 26
- Edukacja**
Szkoła (wyższa), tu szkoła tam... 28
PROF. DR. HAB. RADZISŁAW SIKORSKI
- O przyszłość kadr dla nauki i edukacji ... 31
PROF. DR. HAB. RADZISŁAW SIKORSKI
- Konferencja naukowo-szkoleniowa**
Jak skutecznie leczyć padaczkę? 34
DR N. MED. BARBARA CHMIELEWSKA
- Działalność kliniczna**
Szkolenie uniejętności
skutecznej prezentacji 36
DR N. MED. HALINA
KRASIŃSKA-CZERLUNCZAKIEWICZ



W oczekiwaniu
na certyfikat
str. 26



Teoretyczne
zakłady naukowe
str. 18-25





TAiP
Węzeł przyjaźni
str. 38



Chór akademicki
str. 126



10-lecie
samorządności studenckiej
str. 128

Działalność kliniczna

Spotkanie integracyjne
 neurologów i neurochirurgów 37
 DR N. MED. MARTA TYNECKA

TAiP AM

Węzeł przyjaźni 38
 DR N. MED. WŁODZIMIERZ MATYSIAK

Bal Medyka 2001 42

Arteterapia

Jak stwierdzić terapeutyczne
 działanie sztuki? 44
 PROF. DR HAB. WITA SZULC

Etyka

Czy tylko dobry człowiek
 może być dobrym lekarzem?
 Myśl Władysława Biegańskiego
 analizowana raz jeszcze 50

Opowieść położnika

Extra 60
 DR WIEŚLAW LITWIN

Varia

Receptariusz doktora
 Jerzego Płatakisa 64
 DR KRYSZYNA PŁATAKIS-RYSAK

Felieton aktualny

Kolego, Panie Kolego! 66
 PROF. DR HAB. JAN PIETRUSKI

Historia

Polskie drogi (cz. IV) 68
 KAZIMIERZ ZIEMBIŃSKI

Historia lubelskiego lecznictwa

Szpital dla Dzieci w Lublinie (cz. IV) ... 74
 DR WACŁAW JASIŃSKI

Leczenie alkoholizmu 78
 DR KRYSZYNA PŁATAKIS-RYSAK

Epidemie cholery w Lublinie
 w XIX wieku 80
 DR N. HUM. MARIAN ŁOTYSZ

Początki lubelskiej profilaktyki 84
 DR KRYSZYNA PŁATAKIS-RYSAK

Szkice jubileuszowe

Moje związki z lubelskim Wydziałem Farmaceutycznym 1946-1993 (cz. IV) 88
 PROF. DR HAB. HENRYK ROMANOWSKI

Medicina et Pharmacia in Nummis

Medale Mennicy Państwowej z roku 1997 96
 PROF. DR HAB. EDWARD SOCZEWIŃSKI

Lamy absolwentów

Porozmawiajmy o Klubie Absolwentów 100
 PROF. DR HAB. JAN PIETRUSKI

XIV Tydzień Kultury Zdrowotnej

w Urzędowie 102
 DR. DOMICELA POMYKALSKA-WOŚKO

Medycyna holistyczna

Myślenie systemowe w medycynie holistycznej 104
 DR. N. MED. MICHAŁ SKRZYPEK

Medycyna społeczna

Geneza medycyny społecznej w regionie lubelskim 108
 DR. N. MED. ANNA JABŁOŃSKA-CHMIELEWSKA
 PROF. DR HAB. LEON JABŁOŃSKI

Zdrowie publiczne

Katedra (Zakład) Medycyny Zapobiegawczej Wydziału Lekarskiego UMCS w Lublinie w latach 1946-1950 110
 DR. HAB. IRENA D. KARWAT
 PROF. DR HAB. LEON JABŁOŃSKI

Stowarzyszenia

Z życia Lubelskiego Koła Stowarzyszenia Farmaceutów Katolickich 116
 MGR FARM. HALINA DĄBROWSKA

Pro memoria

Pamięci lek. med. Aleksandra Hevelke . . 124
 DOMICELA POMYKALSKA-WOŚKO

Biografie

Nasi nauczyciele zawsze z nami (cz. VI) 118

Chór akademicki

Tam, gdzie prowadzą wszystkie drogi... . 126
 DR. N. MED. WOJCIECH REMISZEWSKI

Lamy studenckie

Parlament Studentów RP obradował w Sejmie 10-lecie samorządności studenckiej . . . 128
 JOANNA TKACZUK

XII Konferencja Komisji do spraw Wyższego Szkolnictwa Medycznego 134
 MARTA WĘGRZYN
 MICHAŁ BAK

Hi-Fi u medyków 136
 LUKASZ HAWRYLUK

Cukrzyca – czy aby na pewno wiesz o niej wszystko? 138
 MAGDALENA PIĘTKA

Obradowała Rada Studentów 140
 JOANNA TKACZUK

Co piszą inni?

Błąd lekarski – spojrzenie klinicysty . . 142

Konferencja Komisji Bioetyki Rady Europy i modyfikacje Deklaracji Helsińskiej 147

Na półkach księgarskich

Podstawy biochemii 148

Biopierwiastki w praktyce medycznej . . 149

Listy do redakcji 150

ZASADY I TRYB PRZEJMOWANIA NA STUDIA W AKADEMII MEDYCZNEJ W LUBLINIE 114

JUWENALIA 2001 KONKURS FOTOGRAFICZNY 133

Z prac i posiedzeń Senatu

Otwierając nadzwyczajne XI posiedzenie (25 stycznia 2001 r.) Senatu Akademii Medycznej w Lublinie kadencji 1999-2002 JM Rektor prof. dr hab. Maciej Latałski serdecznie powitał zebranych oraz przedstawił porządek dzienny obrad.

JM Rektor zwrócił się do Wysokiego Senatu z prośbą o akceptację rozszerzenia porządku dziennego obrad o dwa dodatkowe punkty, ponieważ posiedzenia Rady Wydziału Lekarskiego i Rady Wydziału Farmaceutycznego odbyły się po ustaleniu programu na obecne posiedzenie Senatu, a mianowicie o sprawę mianowania na stanowisko profesora zwyczajnego kierownika Międzywydziałowej Katedry i Zakładu Biofizyki prof. dr hab. Heleny Gawdy, kierownika Katedry i Kliniki Położnictwa i Perinatologii prof. dr hab. Jana Oleszczuka, kierownika Katedry i Zakładu Chemii Organicznej prof. dr hab. Marii Dobosz, kierownika Katedry i Zakładu Chemii Leków prof. dr hab. Hanny Hopkały, kierownika Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej i Analitycznej prof. dr hab. Władysława Golkiewicza, kierownika Katedry i Zakładu Farmakognozji prof. dr hab. Kazimierza Głowniaka, ponadto o sprawę powołania na stanowisko kierownika Zakładu Propedeutyki Pediatrii I Katedry Pediatrii dr hab. Wandy Furmaga-Jabłońskiej oraz powołania na stanowisko kierownika Samodzielnej Pracowni Wirusologii Katedry i Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej dr hab. Małgorzaty Polz-Dacewicz.

■ Wysoki Senat w głosowaniu jawnym jednomyślnie przyjął i zatwierdził zaproponowany rozszerzony porządek dzienny obrad oraz dokonał zatwierdzenia protokołu z X posiedzenia Senatu w dniu 21 grudnia 2000 roku. Prace nad nowym „Prawem o szkolnictwie wyższym” trwają już od dłuższego czasu. Sporządzono i rozpatrzone kilkanaście projektów ustaw, jednakże odnotowywane są ciągle nowe uwagi. W grudniu 2000 roku ukazała się kolejna wersja ustawy „Prawo o szkolnictwie wyższym”. W projekcie tym należy zatrzymać się nad art. 85, który mówi, że status szpitali klinicznych oraz zasady współdziałania z uczelniami medycznymi i innymi uczelniami publicznymi prowadzącymi działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, określa przepisy odrębne. Nie ma zatem dotychczasowego zapisu, że szpitale kliniczne są integralną częścią uczelni medycznych. To niebezpieczna tendencja, wymagająca sprzeciwu z naszej strony. JM Rektor prof. dr hab. Maciej Latałski odczytał projekt stanowiska Senatu w sprawie nowego projektu ustawy „Prawo o szkolnictwie wyższym” w zakresie szpitali klinicznych. Stanowisko Senatu w sprawie regulacji w projekcie ustawy z dnia 20 grudnia 2000 r. „Prawo o szkolnictwie wyższym” w kwestii szpitali klinicznych. Senat Akademii Medycznej w Lublinie wyraża swoje zaniepokojenie pominięciem w projekcie ustawy „Prawo o szkolnictwie wyższym” istotnych uregulowań dotyczących wzajemnego współdziałania i powiązania państwowych uczelni medycznych ze szpitalami klinicznymi.

Dr n. med. Adam Borowicz dyrektorem LRKCh



Dr n. med. Adam Borowicz
- dyrektor LRKCh

Z dniem 1 marca 2001 dr n. med. Adam Borowicz, dotychczasowy dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie, objął stanowisko dyrektora Lubelskiej Regionalnej Kasy Chorych.

Równocześnie JM Rektor prof. dr hab. Maciej Latałski powierzył pełnienie obowiązków dyrektora SPSK nr 1 mgr Marzenie Pomarańskiej-Olszak – do chwili obecnej zastępcy dyrektora i głównej księgowej. Serdecznie gratulujemy obojgu awansowanym pracownikom szpitala.



Mgr Marzena Pomarańska-Olszak
- dyrektor SPSK nr 1



Nowi specjaliści medycyny rodzinnej

7 marca br. JM Rektor prof. dr hab. Maciej Latański wręczył 12-osobowej grupie lekarzy świadectwa ukończenia specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej.

Była to przedostatnia grupa lekarzy kształconych wg systemu rezydenckiego w Uczelni, będącej jednostką samodzielnie organizującą szkolenie. W chwili obecnej, aby przystąpić do specjalizacji, a ściślej mówiąc, uzyskać jej otwarcie, należy odbyć rozmowę kwalifikacyjną ze stosowną komisją oraz złożyć z wynikiem pomyślnym egzami-

ny testowy z medycyny ogólnej. Warto dodać, że większość specjalistów znalazła już zatrudnienie w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.

JM Rektor prof. dr hab. Maciej Latański wręcza w obecności prof. dr hab. Andrzeja Nowakowskiego świadectwo ukończenia specjalizacji



Profesorowie zwyczajni

Również 7 marca 2001 r. JM Rektor wręczył, przekazując gratulacje i życzenia dalszych sukcesów naukowych, akty powołania na stanowiska profesora zwyczajnego: prof. dr hab. Helenie Gawdzie, prof. dr hab. Kazimierzowi Głowniakowi, prof. dr hab. Władysławowi Gołkiewiczowi, prof. dr hab. Hannie Hopkale, prof. dr hab. Danucie Malec, prof. dr hab. Janowi Oleszczukowi.

← JM Rektor wręcza akt powołania na stanowisko profesora zwyczajnego prof. dr hab. Janowi Oleszczukowi

Przypomnijmy, iż na stanowisko profesora zwyczajnego mianuje na wniosek rektora minister zdrowia, po uzyskaniu pozytywnej opinii Rady Wydziału i Senatu. Składamy niniejszym serdeczne gratulacje.

Fundamentalna kwestia bazy klinicznej państwowych uczelni medycznych, stanowiących materialną podstawę rozwoju nauk medycznych w Polsce i właściwej realizacji zadań dydaktycznych winna być jednoznacznie uregulowana w treści niniejszego aktu.

Senat Akademii Medycznej w Lublinie wyraża zdecydowany sprzeciw wobec nie uwzględnienia istotnych interesów uczelni medycznych w najnowszym projekcie ustawy „Prawo o szkolnictwie wyższym”. Pełne poparcie dla jednolitego stanowiska uczelni medycznych w tej kwestii wyraziła Komisja Rektorów Akademickich Szkół Polskich w dniu 20 grudnia 2000 roku.

W uwagach Ministra Edukacji Narodowej do projektu ustawy „Prawo o szkolnictwie wyższym” stwierdza się między innymi: na spotkaniu rektorów akademii medycznych w dniu 28 czerwca 2000 r. z Premierem Rządu RP, Ministrem Zdrowia, Ministrem Edukacji Narodowej i Przewodniczącym KRASP ustalono, że szpitale kliniczne staną się częścią akademii medycznych. Prace nad wprowadzeniem tego zapisu zostały przerwane zgonem ś.p. Franciszki Cegielskiej – Ministra Zdrowia. Rezygnacja z jasnej regulacji statusu szpitali klinicznych w ustawie „Prawo o szkolnictwie wyższym” i odesłanie do odrębnych przepisów stanowi odejście od powyższych ustaleń. Sprawa ta ma bardzo istotne znaczenie. Wniosek: należy powrócić do regulacji statusu szpitali klinicznych zawartego w projekcie ustawy z dn. 14 grudnia 2000 r. W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie podjął uchwałę w sprawie regulacji w projekcie ustawy z dnia 20 grudnia 2000 roku „Prawo o szkolnictwie wyższym” kwestii szpitali klinicznych, w formie zaproponowanej przez JM Rektora.

■ W listopadzie 2000 roku Akademia Medyczna otrzymała pismo Ministra Zdrowia prof. dr hab. Grzegorza Opali o udostępnienie dokumentów dotyczących stanu prawnego gruntów i obiektów, które mogłyby w trybie art. 53 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej posłużyć do wyposażenia samodzielnych publicznych szpitali klinicznych w majątek niezbędny do ich statutowej działalności.

W grudniu 2000 roku Uczelnia nasza otrzymała kolejne pismo szefa resortu prof. dr hab. Grzegorza Opali, w którym Minister prosi o zajęcie stanowiska w sprawie dotyczącej regulacji stanu prawnego nieruchomości (gruntów i budynków), które w związku z art. 53 ust. 1 ustawy z dn. 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.) muszą być przekazane dla nowo utworzonych osób prawnych, ponieważ ustawodawca w powoływanym przepisie jednoznacznie określił, iż Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej gospodarują nieruchomościami przekazanymi im w formie nieodpłatnego użytkowania. Jest to ustawowy obowiązek Ministra Zdrowia.

Art. 16 ust. 1 ustawy o gospodarce nieruchomościami w zw. z art. 179 k.c. daje możliwość zrzeczenia się prawa wieczystego użytkowania, nawet gdy zostało ono ustanowione z mocy samego prawa i własności budynków oraz urządzeń trwale z gruntem związanych na

rzecz Skarbu Państwa. Zrzeczenie się użytkowania wieczystego nieruchomości może nastąpić przez jednostronne oświadczenie woli.

Powstała sytuacja jest konsekwencją wdrażania reformy służby zdrowia i konieczności stworzenia sytuacji prawnej umożliwiającej efektywne działania pod względem ekonomicznym, przede wszystkim przy realizowaniu zadań statutowych w sposób rentowny i na zasadach ogólnie panujących na rynku, jako równouprawnione podmioty posiadające osobowość prawną i samodzielnie prowadzące działalność w zakresie obowiązków i uprawnień. Nie można pominąć faktu sprawowania nadzoru i kontroli przez Ministra Zdrowia nad prawidłowością przeprowadzanej reformy służby zdrowia jako pełniącego funkcję organu założycielskiego dla szpitali klinicznych. Następnie JM Rektor odczytał uchwałę Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych z dnia 8 stycznia br. w sprawie możliwości zrzeczenia się przez państwowe uczelnie medyczne prawa użytkowania wieczystego gruntów i własności budynków celem przekazania ich przez Ministra Zdrowia szpitalom klinicznym. Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych zajęła negatywne stanowisko wobec propozycji Ministra Zdrowia zrzeczenia się przez państwowe uczelnie medyczne prawa użytkowania wieczystego gruntów i własności budynków celem przekazania ich przez Ministra Zdrowia w trybie art. 53 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, na rzecz szpitali klinicznych. W ocenie Konferencji Rektorów zaproponowane rozwiązanie godzi w podstawowe interesy uczelni medycznych.

Propozycja ta pozostaje w sprzeczności z realizowanym od ponad roku, strategicznym celem wszystkich państwowych uczelni medycznych w Polsce, to jest przejęciem funkcji organu założycielskiego w stosunku do szpitali klinicznych. Następnie JM Rektor odczytał projekt stanowiska naszego Senatu w powyższej sprawie. „Stanowisko Senatu w sprawie propozycji Ministra Zdrowia zrzeczenia się przez Akademię Medyczną w Lublinie prawa użytkowania wieczystego gruntów i własności budynków, celem przekazania ich przez Ministra Zdrowia szpitalom klinicznym”. Senat Akademii Medycznej w Lublinie negatywnie ustosunkowuje się do propozycji Ministra Zdrowia polegającej na zrzeczeniu się przez Uczelnię prawa użytkowania wieczystego gruntów i własności budynków, celem przekazania ich przez Ministra szpitalom klinicznym. Wyzbywanie się w trybie zrzeczenia strategicznego majątku Uczelni godziłoby w podstawowe interesy Akademii Medycznej w Lublinie.

■ Akademię środowisko medyczne w całej Polsce zabiega o dokonanie zmian w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, polegających na przejęciu przez państwowe uczelnie medyczne funkcji organu założycielskiego w stosunku do szpitali klinicznych.

I Lwowsko-Lubelska Konferencja Biochemii Eksperymentalnej i Klinicznej

W dniach 12-14 października 2000 r. we Lwowie odbyła się I Lwowsko-Lubelska Konferencja Biochemii Eksperymentalnej i Klinicznej.

Spotkanie to stało się uwieńczeniem pierwszego etapu współpracy pomiędzy Katedrą Biochemii Uniwersytetu Medycznego im. Danyła Ga-



Prof. Janusz Solski przewodniczył sesji nt. „Aktualne problemy biochemii Klinicznej”

lickiego we Lwowie kierowaną przez prof. Aleksandra Sklarowa a Katedrą i Zakładem Analitiky Klinicznej AM w Lublinie kierowaną przez prof. Janusza Solskiego. W Konferencji udział wzięło 46 osób z kilkunastu ośrodków naukowych Ukrainy i Polski. Stronę polską reprezentowali: prof. Janusz Solski

(Katedra i Zakład Analitiky Klinicznej AM w Lublinie), prof. Jerzy Toczolowski (II Klinika Okulistyczna AM w Lublinie), prof. Janusz Schabowski (Klinika Chorób Wewnętrznych i Zawodowych, IMW w Lublinie), dr Anna Mika (Wojewódzkie Centrum Krwiodawstwa, Oddział w Zamościu), dr Barbara Mika (Laboratorium Centralne, Szpital Wojewódzki w Zamościu), lek. Tomasz Saran (Klinika Chorób Wewnętrznych i Zawodowych, IMW w Lublinie), dr Ewa Belniak-Legieć (Klinika Neurologii), dr Anna Matysik (II Klinika Okulistyki), dr Beata Wojtysiak, dr Elżbieta Kimak, dr Dariusz Duma (Katedra i Zakład Analitiky Klinicznej), mgr Dorota Koczkołaj, dr Agata Filip, Alina Dobosz (Zakład Genetyki Medycznej). Ze strony ukraińskiej w Konferencji udział wzięły 32 osoby reprezentujące ośrodki naukowe ze Lwowa, Kijowa, Charkowa, Czerniowiec i Truskawca. Część naukową Konferencji stanowiły dwie tematycznie

III Konferencja Studenckich Anatomicznych Kół Naukowych

Organizatorami Konferencji, która odbędzie się w dniach 26-28 kwietnia br., są Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej Człowieka lubelskiej Akademii Medycznej oraz Instytut Anatomii Zwierząt Akademii Rolniczej w Lublinie.

Mamy nadzieję, że Konferencja będzie okazją do prezentacji osiągnięć naukowych Studenckich Kół Naukowych, a także integracji środowisk studenckich krajowych uczelni. Zachęcamy do udziału w Konferencji.

podzielone referatowe sesje ustne. Pierwszej, dotyczącej postępów w nowoczesnej biochemii eksperymentalnej przewodniczył prof. A. Sklarow, drugiej – związanej ze współczesnymi zagadnieniami biochemii klinicznej przewodniczył prof. J. Solski. Ogółem przedstawiono 49 referatów. Prezentowanym pracom towarzyszyła interesująca dyskusja.

Po Konferencji grupa uczestników z Polski zwiedziła Cmentarz Lyczakowski oraz Stare Miasto. Cieszy fakt, że pomimo faktu, iż było to

pierwsze spotkanie zorganizowane w ramach nawiązanej współpracy naukowej pomiędzy naszymi Katedrami, zarówno poziom naukowy, jak i organizacja Konferencji zostały bardzo wysoko ocenione przez wszystkich uczestników.

DR N. FARM DARIUSZ DUMA

Wspólna fotografia pracowników Katedry i Zakładu Analityki Klinicznej AM w Lublinie i Katedry Biochemii Uniwersytetu Medycznego we Lwowie przed gmachem tamtejszego Rektoratu



**KOMITET ORGANIZACYJNY
III KONFERENCJI STUDENCKICH
ANATOMICZNYCH
KÓŁNAUKOWYCH**

Katedra i Zakład Anatomii
Prawidłowej Człowieka
AM w Lublinie
ul. Spokojna
20-074 Lublin
tel. (081) 532-78-31
e-mail:
anatomkonf@poczta.wp.pl



Przyjęcie przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej zmian do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, stworzy regulację prawną umacniającą więzi funkcjonalne pomiędzy uczelniami medycznymi i szpitalami klinicznymi i wówczas kompetencja wyposażenia szpitali w fundusz założycielski przypadnie uczelniom medycznym. Senat opowiada się za stworzeniem ścisłej zależności szpitali klinicznych i państwowych uczelni medycznych. Wszelkie działania zmierzające do pogłębienia odrębności i niezależności tych dwóch podmiotów, usprawiedliwione rynkową rzeczywistością w ochronie zdrowia stanowią zagrożenie dla rozwoju nauk medycznych i procesu dydaktycznego w Polsce i nie mogą zyskać poparcia środowiska akademickiego". JM Rektor **prof. dr hab. Maciej Łatański** przypomniał, że związki szpitali klinicznych z akademią medyczną mogą mieć dwie formy:

1. szpital kliniczny jako część akademii medycznej,
2. akademia medyczna jako organ założycielski dla szpitala klinicznego.

W pierwszym przypadku występuje konieczność nowelizacji trzech ustaw: „O zakładach opieki zdrowotnej”, „O ubezpieczeniach zdrowotnych”, a także „O szkolnictwie wyższym”, i w tym przypadku szpitale kliniczne tracą swą samodzielność. W drugim przypadku sytuacja jest prostsza, bo akademia medyczna zyskuje nad nimi pełny nadzór i zachodzi konieczność nowelizacji tylko jednej ustawy. Dlatego też zdecydowano się na realizację tej drugiej drogi.

■ 25 stycznia br. w Warszawie odbyło się spotkanie Marszałka Sejmu z rektorami uczelni medycznych, poświęcone gotowemu już projektowi nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i skierowaniu go do tzw. drugiego czytania w Sejmie. W dniu 1 lutego br. przewidywane jest spotkanie z przedstawicielami klubów parlamentarnych, które brały udział w pracach nad projektem nowelizacji i deklarowały poparcie na forum Parlamentu dla jego zatwierdzenia.

■ W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednoznacznie przyjął stanowisko Senatu w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczące zrzeczenia się przez Akademię Medyczną w Lublinie prawa użytkowania wieczystego gruntów i własności budynków, celem przekazania ich przez Ministra Zdrowia szpitalom klinicznym.

■ Prorektor do spraw Studenckich **prof. dr hab. Alicja Sawa** przedstawiła sprawę zasad rekrutacji na studia w roku 2002. Jak wiadomo m. in. ze środków społecznego przekazu, jest obecnie szeroko dyskutowana kwestia zmiany zasad rekrutacji na studia, w związku z wprowadzeniem reformy szkolnictwa i nowymi formami matur, przeprowadzanymi po raz pierwszy w 2002 roku.

■ W listopadzie ubiegłego roku we Wrocławiu odbyło się posiedzenie prorektorów do spraw dydaktyki uczelni polskich z udziałem Dyrektora Departamentu Ministerstwa Edukacji Narodowej odpowiedzialnego za sprawy nowych matur w roku 2000. Egzamin maturalne w nowym kształcie rozpoczną się w kwietniu 2002 roku jako tzw. matura wewnętrzna, następnie w maju matura ze-

Wniosek Senatu c.d.

wewnętrzna i matury poprawkowe w sierpniu 2002 roku. Matura podstawowa obejmować będzie trzy przedmioty: język polski, matematyka, język obcy (kongresowy). Maturę rozszerzoną zdawać będą osoby ubiegające się o przyjęcie na studia – obejmować będzie egzamin dodatkowy wybrany z listy 40 przedmiotów. W chwili obecnej rozpoczyna się szkolenie osób, które będą brały udział w Komisjach Egzaminacyjnych. Dla okręgu południowo-wschodniego pytania egzaminacyjne przygotowuje ośrodek krakowski.

Czy Akademia Medyczna może przyjmować kandydatów na studia bez egzaminu wstępnego w roku 2002?

- może powstać sytuacja, że będzie dużo osób z tą samą liczbą punktów, co pozostaje w sprzeczności z przyznanymi przez Ministerstwo Zdrowia limitami miejsc;
- brak odpowiedniego okresu przygotowawczego – nie mamy pewności, czy te nowe zasady praktycznie się sprawdzą;
- co z osobami, które egzamin wstępny już zdały poprzednio?

Jeśli zdecydujemy się na wdrożenie nowych zasad, całkowicie zamykamy drogę osobom, które już maturę zdały w latach poprzednich. Na spotkaniu we Wrocławiu, rektorzy polskich uczelni, biorąc pod uwagę powyższe kwestie, jednoznacznie negatywnie wypowiedzieli się odnośnie możliwości wprowadzenia w roku 2002 przyjęcia na studia bez egzaminów wstępnych. Zaproponowali, aby dotychczasowe zasady rekrutacji obowiązywały jeszcze przez 3 lata, po wprowadzeniu nowych matur. Na posiedzeniu KRASP wysunięto propozycję, aby w tak istotnej dla życia akademickiego sprawie, zajęły stanowisko senaty poszczególnych uczelni.

Następnie prof. dr hab. Alicja Sawa odczytała stanowisko Senatu Akademii Medycznej w Białymstoku z 17 stycznia 2001 r. jednoznacznie stwierdzające że rekrutacja na I rok studiów w roku akademickim 2002/2003 winna odbywać się na dotychczasowych zasadach.

■ Warszawska Akademia Medyczna jako pierwsza i jak do tej pory jedyna w Polsce uczelnia medyczna wprowadziła nowe zasady rekrutacji na studia. Według informacji prasowych dwustopniowy egzamin (rozmowa kwalifikacyjna i test) oraz sumowanie punktów zdobytych podczas egzaminu wstępnego i za oceny końcoworoczne z czterech przedmiotów ze świadectwa dojrzałości, mają od tego roku decydować o przyjęciu na pierwszy rok studiów.

■ W wyniku głosowania jawnego Wysoki Senat jednomyślnie podjął uchwałę o poniższej treści: „Senat Akademii Medycznej w Lublinie stoi na stanowisku, że przyjęcia na studia na rok akademicki 2002/2003 winny odbywać się na dotychczasowych zasadach. Stanowisko Senatu umotywowane jest tym, że przyjmowanie na studia wyłącznie na podstawie egzaminu maturalnego przeprowadzanego wg nowych zasad:

- ograniczy dostęp do studiów absolwentom szkół średnich lat ubiegłych, jak też absolwentom techników,

Zagraniczne stypendia naukowe

Niniejszym informujemy o następujących ofertach stypendialnych.

(Szczegółowe informacje są dostępne w Prorektoracie do spraw Nauki, mgr Maria Grudzińska).

- Stypendia naukowe NATO: termin: 15 kwietnia 2001 r.
<http://www.opi.org.pl/nato>
- Fundacja Batorego oferuje stypendia uzupełniające dla osób zaakceptowanych na studia w renomowanych zagranicznych uczelniach i placówkach naukowych. Wnioski rozpatrywane dwa razy w roku: 15 maja i 15 listopada.
<http://www.batory.org.pl/program/akademicki/stypendia2.html>
- Oferta Ośrodka Przetwarzania Informacji dotycząca pomocy w przygotowaniu projektów zgłaszanych w ramach V Ramowego Programu Badań i Rozwoju Technologii Unii Europejskiej 1998-2002.
http://www.opi.org.pl/aktal/frm5_pl.htm
- Departament Współpracy z Zagranicą i Integracji Europejskiej informuje, że Ministerstwo Edukacji Republiki Węgierskiej, Departament Badań i Rozwoju ogłosiło konkurs na składanie propozycji wspólnych projektów badawczych polsko-węgierskich na lata 2002-2003. Termin składania wniosków upływa 30 maja 2001 r.
<http://www.lcbn.gov.pl/miedzyn/2/wegry/info.html>

Stypendium FNP

24 marca 2001 r. na Zamku Królewskim odbyła się uroczystość wręczenia młodym naukowcom stypendiów Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej.

W dziewiątej edycji konkursu Fundacji wzięło udział 537 kandydatów, a więc o ponad stu więcej niż przed rokiem. Jury konkursu wysoko oceniło poziom kandydatów, postanawiając przyznać aż 126 rocznych stypendiów, każde w wysokości 20 tys. zł. Stypendia są zwolnione od podatku i wypłacane, jak zawsze, w czterech ratach kwartalnych. Wśród laureatów znalazł się lek. med. Mariusz Świąder – asystent Katedry i Zakład Farmakologii i Toksykologii AM w Lublinie, który stypendium zamierza przeznaczyć na badania naukowe w dziedzinie farmakologii związane z przygotowaniem rozprawy doktor-

skiej, skoncentrowanej wokół problemu „Receptory histaminowe a aktywność drgawkowa”, pod kierunkiem promotora prof. dr hab. Stanisława Jerzego Czuwczara. Gratulujemy.



Lek. med. Mariusz Świąder

Lista osób zakwalifikowanych na Studium Doktoranckie

1. **Lek. med. Iwona Bojar**
Zakład Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia
2. **Lek. med. Tomasz Ostrowski**
Zakład Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia
3. **Lek. med. Magdalena Chrościńska**
Katedra i Zakład Patofizjologii
4. **Mgr Monika Jakubiak**
Katedra i Zakład Patofizjologii
5. **Lek. med. Katarzyna Rzeźniczuk**
Katedra i Zakład Patofizjologii
6. **Lek. med. Maciej Krzyżanowski**
Katedra i Zakład Patofizjologii
7. **Lek. med. Agnieszka Ciepałowicz**
Katedra i Zakład Patofizjologii
8. **Lek. med. Katarzyna Sokołowska**
Katedra i Zakład Biologii i Parazytologii
9. **Lek. med. Teresa Trzeciak**
Katedra i Zakład Biologii i Parazytologii
10. **Lek. med. Jarosław Nazar**
Katedra i Zakład Higieny
11. **Lek. med. Wojciech Parol**
Katedra i Zakład Higieny
12. **Lek. med. Małgorzata Jargiełło**
Zakład Immunologii Klinicznej
13. **Lek. med. Iwona Jastrzębska**
Zakład Immunologii Klinicznej
14. **Mgr Joanna Gągola**
Katedra i Zakład Fizjologii Człowieka
15. **Lek. med. Justyna Brzozowska**
Międzywydziałowa Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego
16. **Lek. med. Elżbieta Luchowska**
Katedra i Zakład Farmakologii i Toksykologii
17. **Lek. med. Marta Pac**
Katedra i Zakład Farmakologii i Toksykologii
18. **Lek. med. Aneta Baryluk**
Samodzielna Pracownia Wirusologii
19. **Lek. stom. Katarzyna Doroszevska**
Samodzielna Pracownia Wirusologii
20. **Lek. med. Małgorzata Duda**
Katedra i Zakład Chemii Ogólnej
21. **Lek. med. Andrzej Kot**
Katedra i Zakład Biochemii i Biologii Molekularnej
22. **Mgr piel. Anna Michalska**
Samodzielna Pracownia Rentgenodiagnostyki Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej
23. **Lek. med. Anna Rykowska-Pierzchała**
Katedra i Zakład Epidemiologii
24. **Lek. med. Marcin Golec**
Zakład Biologicznych Szkodliwych Zawodowych Instytutu Medycyny Wsi

• utrudni weryfikację kandydatów ze względu na obowiązujące limity miejsc – brak możliwości przyjęcia na studia przy dużej liczbie kandydatów z tą samą punktacją,
• ze względu na to, że w 2002 roku matury wg nowych zasad będą odbywały się po raz pierwszy, mogą wystąpić nieprzewidziane obiektywne trudności organizacyjne”.

Wysoki Senat po zapoznaniu się z treścią protokołów przyjął bez wnoszenia uwag i zatwierdził jednomyślnie w głosowaniu jawnym protokoły z posiedzeń poszczególnych Rad Wydziałowych.

■ JM Rektor **prof. dr hab. Maciej Latański** nawiązując do wcześniejszego tematu dotyczącego poziomu nakładów finansowych na szkolnictwo wyższe stwierdził, że Uczelnia nasza uniknęła kłopotów w 2000 roku, które stały się udziałem innych lubelskich uczelni. Jeśli chodzi o nakłady na działalność akademii medycznych w 2001 roku, to z informacji nadchodzących z Ministerstwa Zdrowia wynika, że planowane wydatki ogółem na szkolnictwo wyższe wyniosą 727 mln zł i pozostaną na poziomie minionego roku. Wydatki na pomoc materialną dla studentów, również pozostaną na poziomie 2000 roku. Generalnie Resort Zdrowia otrzymał 81% środków finansowych przyznanych na rok 2001 w stosunku do roku poprzedniego. Najbardziej dramatyczne cięcia zostały dokonane w dziale inwestycji.

Konferencja Rektorów Akademickich Szkół Polskich zaniepokojona sytuacją w szkolnictwie wyższym zwróciła się do Konferencji „branżowych” o poparcie działań i krytycznego stanowiska wobec budżetu na rok 2001. JM Rektor przedstawił projekt stanowiska Senatu w sprawie finansowania wyższych szkół medycznych w związku z zapowiadaną wielkością budżetu na rok 2001 w dziale 81 – szkolnictwo wyższe.

„Senat Akademii Medycznej w Lublinie jest zaniepokojony zapowiadaną wysokością budżetu na rok 2001 w dziale 81 – szkolnictwo wyższe. Uczelnia nasza od lat otrzymuje dotacje finansowe realnie niższe, nie równoważące skutków inflacji. Niedobór ten jest szczególnie zauważalny w finansowaniu wydatków rzeczowych. Dotacja finansowa nie w pełni pokrywa też stosunkowo niewysokie koszty wynagrodzeń. Uczelnia od lat ma kłopoty z odtwarzaniem majątku i aparatury niezbędnej do prawidłowej działalności, a także z możliwością pokrywania potrzeb inwestycyjnych. Powyższy stan rzeczy wzbudza nasz niepokój i naszym zdaniem zagraża przyszłości polskiej nauki i szkolnictwa wyższego.

■ Wysoki Senat w wyniku tajnego głosowania pozytywnie zaopiniował wnioski o mianowanie na stanowisko profesora zwyczajnego kierownika Międzywydziałowej Katedry i Zakładu Biofizyki **prof. dr hab. Heleny Gawdy**, kierownika Katedry i Kliniki Położnictwa i Perinatologii **prof. dr hab. Jana Oleszczuka**, kierownika Katedry i Zakładu Chemii Organicznej **prof. dr hab. Marii Dobosz**, kierownika Katedry i Zakładu Chemii Leków **prof. dr hab. Hanny Hopkały**, kierownika Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej i Analitycznej **prof. dr hab. Władysława Gołkiewicza** oraz kierownika Katedry i Zakładu Farmakognozi **prof. dr hab. Kazimierza Głowniaka**.

Z prac i posiedzeń Senatu c.d.

■ Senat jednomyślnie pozytywnie zaopiniował wniosek o powołanie dr hab. **Wandy Furmaga-Jabłońskiej** na stanowisko kierownika Zakładu Propedeutyki Pediatrii I Katedry Pediatrii Akademii Medycznej w Lublinie oraz większością głosów pozytywnie zaopiniował wniosek o powołanie dr hab. **Małgorzaty Polz-Dacewicz** na stanowisko kierownika Samodzielnej Pracowni Wirusologii Katedry Mikrobiologii Lekarskiej Akademii Medycznej w Lublinie.

**Uchwała nr XXVIII/2000
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 20 grudnia 2000 roku**

(w przygotowaniu)

**Uchwała nr XXIX/2000
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 20 grudnia 2000 roku**

**w sprawie przekształcenia
Samodzielnej Pracowni Psychologii Klinicznej
Międzywydziałowej Katedry Nauk Humanistycznych
w Zakład Psychologii Klinicznej
Międzywydziałowej Katedry Nauk Humanistycznych**

Na podstawie art. 48 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 12 września 1990 roku o szkolnictwie wyższym (Dz. U. nr 65, poz. 385, z późn. zm.) oraz § 17 ust. 1 Statutu Akademii Medycznej w Lublinie z dnia 9 października 1991 roku, Senat Akademii Medycznej w Lublinie uchwała, co następuje:

§ 1.

Przekształca się Samodzielną Pracownię Psychologii Klinicznej Międzywydziałowej Katedry Nauk Humanistycznych w Zakład Psychologii Klinicznej Międzywydziałowej Katedry Nauk Humanistycznych.

§ 2.

Siedziba Zakładu Psychologii Klinicznej znajduje się w budynku Biblioteki Głównej AM przy ulicy Szkolnej 18.

§ 3.

Administracyjnie Zakład Psychologii Klinicznej podlega bezpośrednio Kierownikowi Międzywydziałowej Katedry Nauk Humanistycznych.

§ 4.

Zakładem Psychologii Klinicznej kieruje, do czasu upływu kadencji, dotychczasowy kierownik Samodzielnej Pracowni Psychologii Klinicznej.

Uczcijmy pamięć o prof. Kazimierzu Kalinowskim (1906-1977)

Prof. dr hab. Kazimierz Kalinowski wielce zasłużył sobie na pamięć jako pierwszy dziekan i organizator w Lublinie w 1945 r. Wydziału Farmaceutycznego, kuźni jakże wtedy potrzebnych kadr aptekarskich.

Zasłużył się też w 1945 r. jako organizator I-go Collegium Pharmaceuticum w budynku przy Krakowskim Przedmieściu 56 i w nim pierwszych, na Wydziale Zakładów: Chemii Nieorganicznej, Chemii Farmaceutycznej, potem Farmakodynamiki i Pracowni Organopreparatów. W Collegium tym miały swą siedzibę Kolo Farmaceutów (1945-1959), którego był kuratorem oraz Oddział Lubelski Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego – był jego organizatorem (1948) i pierwszym przewodniczącym (1948-1952).

Prof. K. Kalinowski był inicjatorem i budowniczym (1945-1951) w zniszczonym Lublinie w warunkach wojennych i powojennych pionierskiej jak dotąd, jedynej bazy lokalowej tj. dwóch części II-go obecnego Collegium Pharmaceuticum (ul. Staszica 4, 4a) – dla Zakładów: Chemii Nieorganicznej, Chemii Toksykologicznej, Technologii Chemicznej Środków Leczniczych, Biologii i Para-



**Prof. dr hab.
Kazimierz Kalinowski**

zytologii, Mikrobiologii Farmaceutycznej oraz Nauki o Środkach Spożywczych. Proponuję zatem umieszczenie na froncie Collegium Pharmaceuticum (ul. Staszica 4, 4a) tablicy pamiątkowej poświęconej temu uczonemu - protoplaście lubelskiej farmacji akademickiej.

PROF. DR HAB.
HENRYK ROMANOWSKI

Z żałobnej karty

W ostatnim czasie odszedł od nas mgr hist. Sztuki **Franciszek Jan Postój** – wieloletni pracownik Zakładu Historii Nauk Medycznych, współtwórca i kustosz Gabinetu Historii lubelskiej AM.

Cześć Jego Pamięci!

KURS PRZYGOTOWAWCZY

na Akademii Medycznej

(kierunek: lekarski, stomatologia, farmacja, analityka medyczna)
organizuje Studenckie Towarzystwo Naukowe AM w Lublinie

- ▶ intensywna powtórka materiału z BIOLOGII, CHEMII, FIZYKI
- ▶ w terminie 4-23 czerwca 2001 roku, (od poniedziałku do soboty w godz. 8:00- 14:00)
- ▶ po 30 godzin z każdego przedmiotu
 - ▶ grupy 15-osobowe
- ▶ prowadzą NAUCZYCIELE AKADEMICY
- ▶ program kursu zgodny z wymogami egzaminacyjnymi
 - ▶ zajęcia z przedmiotu kończą się próbnym egzaminem testowym
- ▶ zapewniamy bezpłatne materiały dydaktyczne

**Rozpoczęcie kursu 4 czerwca 2001 r. o godz. 8:30
w Collegium Medicum ul. Radziwiłłowska 11**

Informacje i zapisy

Akademia Medyczna w Lublinie Al. Racławickie 1 p. 123
tel. (0-81) 532-09-21, 532-12-03

Kandydaci zainteresowani zamieszkaniem podczas kursu w akademiku powinni załatwić wszystkie formalności bezpośrednio u pań kierowniczek Domów Studenckich przy ul. dr. W. Chodźki:

- D. S. nr 1, tel. 747-41-47
- D. S. nr 2, tel. 747-05 12, 747-40-89
- D. S. nr 3, tel. 747-05-83
- D. S. nr 4, tel. 747-40-18, 747-41-60

OGŁOSZENIE

Pracownicy Akademii Medycznej
zainteresowani korzystaniem z obiektów
Hali Sportowej przy ul. dr. W. Chodźki 15
(sobota w godzinach od 9.30 do 11.00)
proszeni są o zgłaszanie się,
po odbiór karnetów wstępu,
do Magazynu Studium Wychowania
Fizycznego i Sportu – do p. Mareny Drozd,
pok. nr 108 (I piętro), tel. 74-58-74 w. 496.

§ 5.

1. Do podstawowych zadań Zakładu Psychologii Klinicznej należy w szczególności:

- a. Prowadzenie działalności naukowo-badawczej w zakresie neuropsychologii i psychosomatyki,
 - b. Prowadzenie działalności dydaktycznej dla studentów Wydziału Lekarskiego, Oddziału Stomatologii, Wydziału Farmaceutycznego i Wydziału Pielęgniarskiego w zakresie psychologii lekarskiej, podstaw psychologii, psychologii klinicznej, psychologii zdrowia i psychoterapii.
2. Szczegółowy zakres zadań Zakładu Psychologii Klinicznej określa regulamin Międzywydziałowej Katedry Nauk Humanistycznych.

§ 6.

Wydatki na działalność naukowo-dydaktyczną Zakładu Psychologii Klinicznej pokrywane są ze środków przeznaczonych na ten cel w planie finansowym Akademii Medycznej w Lublinie.

§ 7.

W zarządzeniu nr 14 Rektora AM z dnia 1 grudnia 1994 roku w sprawie zmian organizacyjnych w § 1 ust. 1 pkt. 3 skreśla się „3. Samodzielna Pracownia Psychologii” i w to miejsce wpisuje się: „3. Zakład Psychologii Klinicznej”.

§ 8.

Wykonanie uchwały powierza się Rektorowi Akademii Medycznej.

§ 9.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podpisania.

**Uchwała nr XXX/2001
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 25 stycznia 2001 roku**

**w sprawie finansowania wyższych szkół medycznych
w związku z zapowiadaną wielkością budżetu na rok 2001
w dziale 81 – szkolnictwo wyższe**

Na podstawie § 27 ust. 1 pkt. d. Statutu AM w Lublinie, Senat Akademii Medycznej w Lublinie uchwala, co następuje:

Senat Akademii Medycznej w Lublinie jest zaniepokojony zapowiadaną wielkością budżetu na rok 2001 w dziale 81 – szkolnictwo wyższe.

Uczelnia nasza od lat otrzymuje dotacje finansowe realnie niższe nie równoważące skutków inflacji. Niedobór ten jest szczególnie zauważalny w finansowaniu wydatków rzeczowych, albowiem dotacja finansowa nie w pełni pokrywa stosunkowo niewysokie koszty wynagrodzeń.

Uczelnia od lat ma kłopoty z odtwarzaniem majątku i aparatury niezbędnej do działalności dydaktycznej, a także z możliwością pokrywania potrzeb inwestycyjnych.

Powyższy stan rzeczy wzbudza nasz niepokój i naszym zdaniem zagraża przyszłości polskiej nauki i szkolnictwa wyższego.

**Uchwała nr XXXI/2001
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 25 stycznia 2001 r.**

**Stanowisko Senatu w sprawie regulacji w projekcie ustawy
z dnia 20 grudnia 2000 r. „Prawo o szkolnictwie wyższym”
kwestii szpitali klinicznych**

Na podstawie § 27 ust. 2 Statutu Akademii Medycznej w Lublinie podjęto uchwałę, następującej treści:
Senat Akademii Medycznej w Lublinie, wyraża swoje zaniepokojenie pominięciem w projekcie ustawy „*Prawo o szkolnictwie wyższym*” istotnych uregulowań dotyczących wzajemnego współdziałania i powiązania państwowych uczelni medycznych ze szpitalami klinicznymi. Fundamentalna kwestia bazy klinicznej państwowych uczelni medycznych, stanowiących materialną podstawę rozwoju nauk medycznych w Polsce i właściwej realizacji zadań dydaktycznych winna być jednoznacznie uregulowana w treści niniejszego aktu.
Senat Akademii Medycznej w Lublinie wyraża zdecydowany sprzeciw wobec nie uwzględnienia istotnych interesów uczelni medycznych w najnowszym projekcie ustawy „*Prawo o szkolnictwie wyższym*”.

**Uchwała nr XXXII/2001
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 25 stycznia 2001 r.**

**Stanowisko Senatu w sprawie propozycji Ministra Zdrowia
zrzeczenia się przez Akademię Medyczną w Lublinie
prawa użytkowania wieczystego gruntów i własności
budynków, celem przekazania ich
przez Ministra Zdrowia szpitalom klinicznym.**

Na podstawie § 27 ust. 2 Statutu Akademii Medycznej w Lublinie podjęto uchwałę, następującej treści:
Senat Akademii Medycznej w Lublinie negatywnie ustosunkowuje się do propozycji Ministra Zdrowia polegającej na zrzeczeniu się przez Uczelnie prawa użytkowania wieczystego gruntów i własności budynków, celem przekazania ich przez Ministra szpitalom klinicznym.

Prof. R. Sikorski wiceprezesem PAM

Dnia 29 września 2000 roku odbyło się Walne Polskiej Akademii Medycyny.



Prof. Radzisław Sikorski

Wyłoniono Prezydium, które będzie pracować przez następne pięć lat w następującym składzie: prof. Kazimierz Imieliński – prezes, prof. Radzisław Sikorski – wiceprezes, prof. Jerzy Majkowski – wiceprezes, prof. Krystyna Dobies – sekretarz naukowy, prof. Olgierd Ka-

puściński – kwesor, prof. Barbara Adamowicz-Klepalska – członek, prof. Teofan Domżał – członek, prof. Lechosław Gapik – członek, prof. Henryk Gaertner – członek. W dniach 5 i 6 maja 2001 roku odbędzie się XIII Międzynarodowe Sympozjum na Zamku Królewskim w Warszawie pt. „Medycyna na początku 3-go Tysiąclecia: Medycyna, Humanizm i Pokój”. Uczestnikami będą rektorzy uniwersytec-

cy z ponad czterdziestu krajów oraz zaproszone wybitne autorytety m. in. laureaci Nagrody Nobla, rektor Uniwersytetu w Hiroszimie i inni. Tym wielkim Sympozjum oraz ważnymi tematami Polska Akademia Medycyny rozpoczyna międzynarodową współpracę w trzecim tysiącleciu.

Obóz społeczno-naukowy

Znany jest już termin i lokalizacja tegorocznego obozu społeczno-naukowego, który po raz piąty odbędzie się w Woli Uhruskiej w dniach od 9-31 lipca.

Na siedzibę dla 20 obozowiczów i 12 osób kadry wybrano szkołę oraz tamtejszy ośrodek zdrowia. Miejscowa ludność będzie mogła zasięgnąć porady u lekarzy w dwóch gabinetach internistycznych, gabinecie ortopedycznym, dermatologicznym, stomatologicznym, okulistyce i laryngologicznym, jak również wykonać podstawowe badania w laboratorium. Warto dodać, że usługi i porady medyczne świadczone w ramach obozu cieszą się rokrocznie ogromnym zainteresowaniem mieszkańców gmin nadbużańskich, co bez wątpienia świadczy o wysokiej fachowości naszych lekarzy i nie mniejszym zainteresowaniu wykonywaną przez studentów pracą. JM Rektor powierzył obowiązki kierownika obozu prof. dr hab. Krystynie Lupie – pracownikowi naukowemu Katedry i Zakładu Fizjologii Człowieka.

Umowa dotycząca kształcenia licencjackiego

JM Rektor prof. dr hab. Maciej Latałski oraz Marszałek Województwa Lubelskiego mgr Arkadiusz Bratkowski są głównymi sygnatariuszami porozumienia pomiędzy Akademią Medyczną a Zarządem Województwa Lubelskiego w sprawie rozwoju kształcenia licencjackiego w zakresie pielęgniarstwa.

Akademia zobowiązuje się, począwszy od roku akademickiego 2001/2002, do prowadzenia kształcenia studentów na studiach licencjackich Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu w zakresie specjalności pielęgniarstwa, w ośrodkach zamiejscowych w Chełmie, Łukowie i Zamościu na bazie Medycznego Studium Zawodowego w Chełmie, Łukowie i Zamościu.

Kształcenie studentów, przyjętych w ramach rekrutacji przeprowadzonej przez Akademię, obejmie w roku akademickim 2001/2002 po 30 studentów w każdym z wymienionych ośrodków zamiejscowych. Od roku szkolnego 2001/2002 nie będzie rekrutacji do pomaturalnych szkół na kierunku pielęgniarstwo w ośrodkach prowadzących szkolenie w systemie licencjackim.

Baza dydaktyczna tj. księgozbiór biblioteczny, sale wykład-

dowe, pracownice, pomoce dydaktyczne potrzebne do celów kształcenia w ośrodkach zamiejscowych, zostanie udostępniona Akademii nieodpłatnie. Dyrektor Medycznego Studium Zawodowego, zadecyduje o udostępnieniu bazy dydaktycznej, zapewniając prawidłowe funkcjonowanie Szkoły, której jest administratorem, jak i oddziału zamiejscowego Akademii.

Akademia zobowiązała się przyjąć na etaty dydaktyczne uczelni po pięciu nauczycieli z każdej ze szkół, na bazie których powstaną ośrodki zamiejscowe. Strony zgodnie oświadczyły, iż podejmą wspólnie starania w celu uzyskania środków finansowych niezbędnych do realizacji niniejszej umowy, a w szczególności zapewniającej kształcenie zwiększonej liczby studentów na studiach licencjackich Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu.

Wyzbywanie się w trybie zrzeczenia strategicznego majątku Uczelni, godziłoby w podstawowe interesy Akademii Medycznej w Lublinie.

Akademickie środowisko medyczne w całej Polsce zabiega o dokonanie zmian w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, polegających na przejściu przez państwowe uczelnie medyczne funkcji organu założycielskiego w stosunku do szpitali klinicznych.

Przyjęcie przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej zmian do ustawy a zakładach opieki zdrowotnej, stworzy regulację prawną umacniającą więzi funkcjonalne pomiędzy uczelniami medycznymi i szpitalami klinicznymi i wówczas kompetencja wyposażenia szpitali w fundusz założycielski przypadnie uczelniom medycznym.

Senat opowiada się za stworzeniem ścisłej zależności szpitali klinicznych i państwowych uczelni medycznych. Wszelkie działania zmierzające do pogłębiania odrębności i niezależności tych dwóch podmiotów, usprawiedliwiane rynkową rzeczywistością w ochronie zdrowia stanowią zagrożenie dla rozwoju nauk medycznych i procesu dydaktycznego w Polsce i nie mogą, zyskać poparcia środowiska akademickiego.

**Uchwała nr XXXIII/2001
Senatu Akademii Medycznej w Lublinie
z dnia 25 stycznia 2001 roku**

**w sprawie trybu przyjmowania na studia
w Akademii Medycznej w Lublinie
na rok akademicki 2002/2003**

Na podstawie § 27 ust. 1 Statutu Akademii Medycznej z dnia 9 października 1991 r. Senat Akademii Medycznej postanawia, co następuje:

Senat Akademii Medycznej w Lublinie stoi na stanowisku, że przyjęcia na studia na rok akademicki 2002/2003 winny odbywać na dotychczasowych zasadach. Stanowisko Senatu umotywowane jest tym, iż przyjmowanie na studia wyłącznie na podstawie egzaminu maturalnego przeprowadzanego według nowych zasad:

- ograniczy dostęp do studiów absolwentom szkół średnich lat ubiegłych, jak też absolwentom techników,
- utrudni weryfikację kandydatów ze względu na obowiązujące limity miejsc,
- brak możliwości przyjęcia na studia przy dużej liczbie kandydatów z tą samą punktacją,
- ze względu na to, że w 2002 roku matury wg nowych zasad będą obywateli się po raz pierwszy, mogą wystąpić nieprzewidziane obiektywne trudności organizacyjne.





ALBERT SCHWEITZER WORLD ACADEMY OF MEDICINE

Honorary President: Rhena Schweitzer-Miller



**Do Rektorów i Dziekanów
wyższych uczelni**

APEL O POKÓJ poprzez zmianę mentalności człowieka

Według Alberta Schweitzera historia człowieka jest historią wojen. Zmieniały się tylko rodzaje broni na coraz bardziej niszczące. W XX wieku człowiek dysponuje już bronią nuklearną, która może zniszczyć rodzaj ludzki na Ziemi.

Z doświadczenia historycznego wiadomo, że wszelkie porozumienia, traktaty, pakt i układy nie zdołały skutecznie zapobiegać wojnom. Współczesne apele o pokój, organizacje i ruchy pokojowe, konferencje i manifestacje mają ograniczony wpływ i także nie stwarzają gwarancji pokoju.

Wojny, oprócz straszliwych zniszczeń, nie rozwiązują konfliktów ani nie eliminują problemów. Są one wynikiem błędnie zaprogramowanej struktury naszego myślenia. Wymaga ona odnowy. Albert Schweitzer nazywał to Nowym Renesansem. Rozumiał przez to zmianę mentalności człowieka w stopniu takim, jak miało to miejsce w epoce Renesansu. Przyszłość zależy od nauczania się rozwiązywania konfliktów na drodze pokojowej. Tak więc skuteczny sposób zapobiegania wojnom zależy od zmiany mentalności człowieka oraz od uczenia go pokojowych sposobów rozwiązywania konfliktów. Ta droga osiągania pokoju nie przynosi natychmiastowych efektów. Zmiana mentalności człowieka nie jest procesem natychmiastowym. Wymaga więcej czasu i wysiłku, a efektu spodziewać się można dopiero w bliższej przyszłości. Jest to jednak sposób, który stwarza realną szansę uniknięcia zagłady nuklearnej.

Metodą zmierzającą do odpowiedniej zmiany mentalności jest kształcenie młodzieży w duchu pokoju i humanitaryzmu. Najbardziej przydatną do tego celu jest filozofia i etyka Alberta Schweitzera, laureata Pokojowej Nagrody Nobla. Jest to filozofia pokoju i humanitaryzmu. Jest to także filozofia rozwoju ku mądrości a nie użyteczności. Zapoznanie z nią kształtującą się i chłonnej umysłowości młodzieży akademickiej stwarza szansę na jakościową zmianę mentalności zmierzającą nie tylko do zachowania pokoju, lecz także do poprawienia poziomu harmonii współżycia międzyludzkiego we wszystkich jego wymiarach.

Tę nową jakość życia człowieka osiągnąć można prawie bez jakichkolwiek nakładów finansowych. Wymaga to jedynie niewielkich zmian organizacyjnych w uczelni, to jest wprowadzenia filozofii Alberta Schweitzera do programu studiów oraz wyznaczenia nauczycieli humanistów jako wykładowców. Materiały stanowiące podstawę wykładów w postaci podręcznika pt. „Albert Schweitzer: myśliciel – humanista – lekarz” Akademii naszej udostępni bezpłatnie. Wykładowcy mogą więc natychmiast rozpocząć swoją działalność.

Albert Schweitzer World Academy of Medicine jest koordynatorem Światowego Ruchu Alberta Schweitzera na poziomie uniwersyteckim. W skład Akademii wchodzi 225 profesorów uniwersyteckich (głównie rektorów i dziekanów) z 66 krajów, a wśród nich 18 laureatów Nagrody Nobla. Już w ponad 60 krajach powstały na uniwersytetach centra Alberta Schweitzera, między innymi w Nagasaki University w Japonii (Wydział Medyczny tego Uniwersytetu jest Światowym Symbolem, ponieważ jest to jedyna na świecie wyższa szkoła medyczna, która doznała zniszczeń w wyniku wybuchu bomby atomowej). Celem tych centrów jest zmiana mentalności człowieka zgodna z rozwojem człowieka ku człowieczeństwu.

Drodzy Koledzy Rektorzy i Dziekani! Podnieście wartość i atrakcyjność swych uczelni. Przyłączcie się do wielkiego dzieła mającego ogromne znaczenie dla przyszłości świata i przyszłości następnych generacji. Nie czekajcie! Niech Wasze nazwiska zapiszą się złotymi literami w księdze tych, którzy nadali nową jakość ludzkości.

Nazwiska (życiorysy i fotografie) pierwszych 100 rektorów i dziekanów, którzy wprowadzą wykłady oparte na filozofii Alberta Schweitzera zostaną wpisane do Złotej Księgi Członków Akademii, którzy jako pionierzy Nowego Świata, rozpoczęli programową zmianę mentalności człowieka w imię Pokoju. Złota Księga Członków Akademii zostanie wydrukowana oraz rozestana m.in. do agend ONZ.

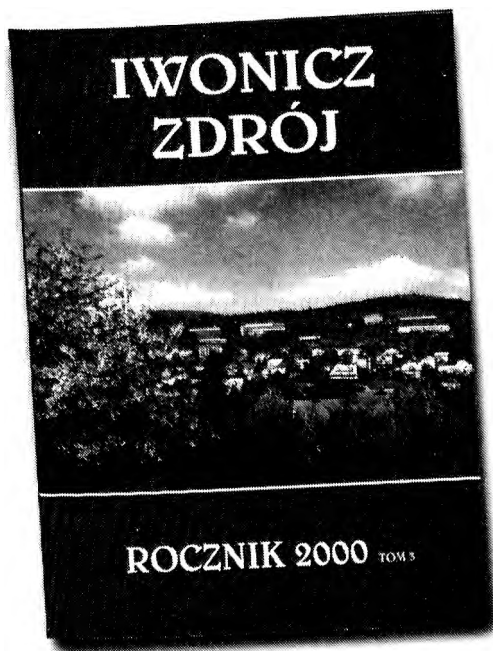
PROF. DR. HAB. KAZIMIERZ IMIELIŃSKI
PREZES AKADEMII

O Uczelni w Roczniku Iwonickim

Ukazał się kolejny, 3 tom Rocznika Stowarzyszenia Przyjaciół Iwonicza Zdroju, który przynosi wiele artykułów dotyczących regionu podkarpackiego.

Wśród ciekawych opracowań znaleźliśmy artykuł dra Józefa Rajchela – wieloletniego dyrektora Szpitala Uzdrawiskowego „Excelsior” traktujący o ponad półwiecznych związkach tamtejszego sanatorium z lubelską Akademią

mi Akademii Medycznej w Lublinie, pozostał tylko Ośrodek Badawczo-Konsultacyjny Kliniki Ortopedii. Mam nadzieję, że czas zweryfikuje potrzebę szerszej współpracy z klinkami dla dobra pacjentów, Uzdrawiska i nas, prowa-



Medyczną. Autor snując reminiscencje wyraża żal, iż (...) po wprowadzeniu reformy krajowego systemu ochrony zdrowia w styczniu 1999 r. w Szpitalu Uzdrawiskowym „Excelsior” po prawie 50-letniej współpracy z klinika-

dzących od dziesięcioleci skuteczną rehabilitację osób ciężko poszkodowanych przez los.” Materiał ilustrowany jest fotografiami wielu nieżyjących i żyjących profesorów lubelskiej Akademii Medycznej.

Przepraszamy...

... za omyłkowy podpis pod zdjęciem **prof. dr hab. Ireny Wrońskiej**, która jak powszechnie wiadomo pełni funkcję dziekana Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu lubelskiej AM.

GRANTY

Komitetu Badań Naukowych

GRANTY WŁASNE

Prof. dr hab. Stanisław Czuczwar 192 000 zł.

KATEDRA I ZAKŁAD FARMAKOLOGII I TOKSYKOLOGII

Wpływ LY 354740, agonisty grupy II metabotropowych receptorów glutamatergicznych na przeciwdrgawkowe działanie leków przeciwpadaczkowych w modelu napadów częściowych u szczurów.

Prof. dr hab. Maria Kleinrok 170 000zł.

KATEDRA I ZAKŁAD PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ

Z PRACOWNIĄ ZABURZEŃ CZYNNOŚCIOWYCH NARZĄDU ŻUCIA

Badania nad etiopatogenezą, diagnostyką i leczeniem przemieszczeń krążków stawowych stawów skroniowo-żuchwowych.

Prof. dr hab. Andrzej Niechaj 185 100 zł.

KATEDRA I ZAKŁAD FIZJOLOGII CZŁOWIEKA

Połączenia czynnościowe między neuronami wytwarzającymi wyładowanie spontaniczne w neuronach nerkowych.

Dr n. med. Maciej Łopucki 220 000 zł.

I KATEDRA I KLINIKA GINEKOLOGII OPERACYJNEJ

Wpływ pola elektromagnetycznego na morfologię, funkcję oraz strukturę DNA, przemiany biochemiczne, biofizyczne i morfologiczne łożyska ludzkiego w warunkach dwustronnej perfuzji zrazika *in vitro*.

Dr n. med. Wojciech Zatuska 186 000 zł.

KATEDRA I KLINIKA NEFROLOGII

Wykorzystanie całkowitej i segmentalnej bioimpedancji w ocenie wagi należnej oraz adekwatności dializy u pacjentów leczonych powtarzanymi dializami z powodu terminalnej niewydolności nerek.

Dr n. med. Maria Kozicka 125 100 zł.

KATEDRA I ZAKŁAD FARMAKOLOGII I TOKSYKOLOGII

Poszukiwanie metody zapobiegania skutkom aktywności drgawkowej wywołanej przez aminofilinę.

Lek. med. Piotr Czochra 19 650 zł.

KATEDRA I ZAKŁAD FARMAKOLOGII I TOKSYKOLOGII

Ocena wpływu lamotryginy na aktywność przeciwdrgawkową klasycznych i nowych leków przeciwpadaczkowych.

GRANT PROMOTORSKI

Prof. dr hab. Jan Kotarski 40 000 zł.

I KATEDRA I KLINIKA GINEKOLOGII OPERACYJNEJ

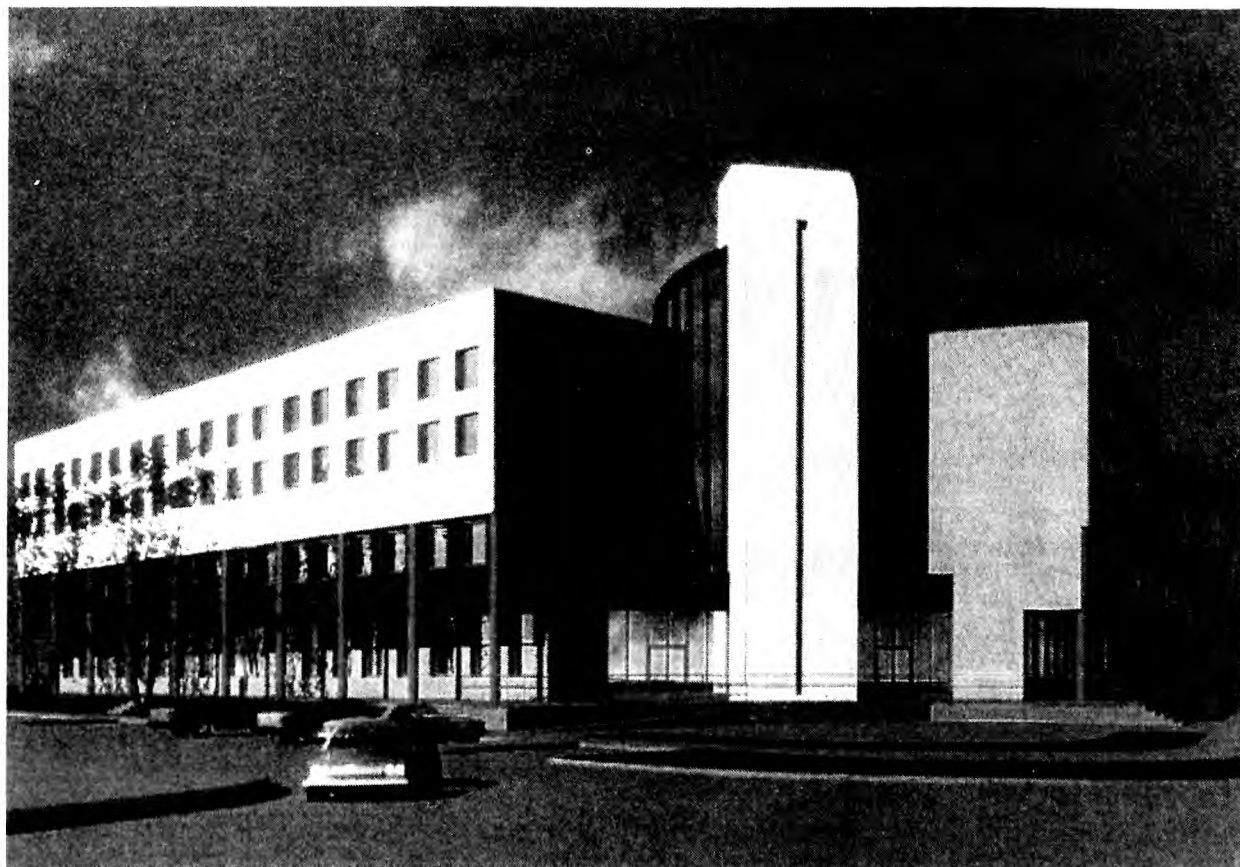
Ocena stężenia białka c-reaktywnego, haptoglobuliny i kortyzolu w surowicy krwi pacjentek po operacjach na narządzie płciowym bez zszywania otrzewnej.

Lek. med. Monika Maciejczyk-Pencuła, wykonawca

Inwestycja o kluczowym znaczeniu dla Uczelni

Teoretyczne zakłady naukowe

W niedalekiej przyszłości, w miasteczku medyków u zbiegu ulic Chodźki i Hirszfelda, stanie 4-kondygnacyjny budynek przeznaczony dla zakładów teoretycznych lubelskiej Akademii Medycznej.



DR N. MED. WŁODZIMIERZ MATYSIAK

Uczelnia pomna swych społecznych zobowiązań w sferze ochrony zdrowia przez lata starała się jak najrzetelniej wypełniać powinności statutowe. Inwestowała w szpitale kliniczne, służące do diagnostyki i terapii kosztowną aparaturę. Gwoli sprawiedliwej oceny faktów warto odnotować znaczące, dzięki tej polityce, zwielokrotnienie w stolicy makroregionu liczby wysoce specjalistycznych łóżek szpitalnych (np. Dziecięcy Szpital Kliniczny), zaistnienie nowych specjalności klinicznych, jak choćby długo oczekiwanej kardiologii, niezbędnych obiektów infrastruktury, m.in. pralni, spalarni.

W ostatnich kilku dziesięcioleciach zapomniano jednak – jak sadzę – o roli i fundamentalnym znaczeniu nauk podstawowych, a ściślej mówiąc, zakładów teoretycznych w Uczelni. Przepełniona ponad miarę baza lokalo- wa, stanowiąca niejednokrotnie cudzą własność, zaczęła coraz bardziej doskwierać pracownikom i studentom. Na domiar złego, upływały terminy najmu lokali, rosły kolosalnie opłaty czynszowe, wszczęły starania o zwrot swego mienia pierwotni właściciele budynków. Sytuacja lokalo- wa Uczelni wymagała pilnego uregu- lowania.

Rektor Elekt prof. dr hab. Maciej Latański w swoim exposé akcentował pilną potrzebę poprawy warunków akademickiej egzystencji. Wkrótce po objęciu urzędu rektorskiego rozpoczął przygotowania mające na celu wprowadzenie do planu inwestycyjnego nowego budynku dydaktycznego. Początkowe przeciwności losu nie zniechęcały pomysłodawcy. Wkrótce pojawił się kolejny problem, tym razem natury finansowej, skąd wyasy- gnować przed rozpoczęciem procedury przetargowej, środki finansowe na przygotowanie wstępnych założeń projektowych. W sukurs przyszły JM Rektorowi Towarzystwo Absolwentów i Przyjaciół AM oraz Fundacja Rozwoju Lubelskiego Wydziału Far-



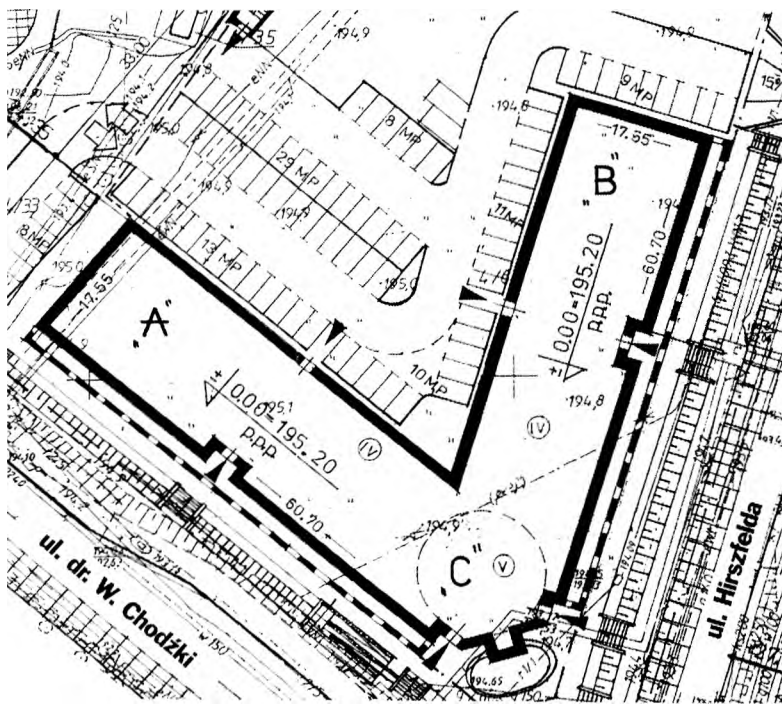
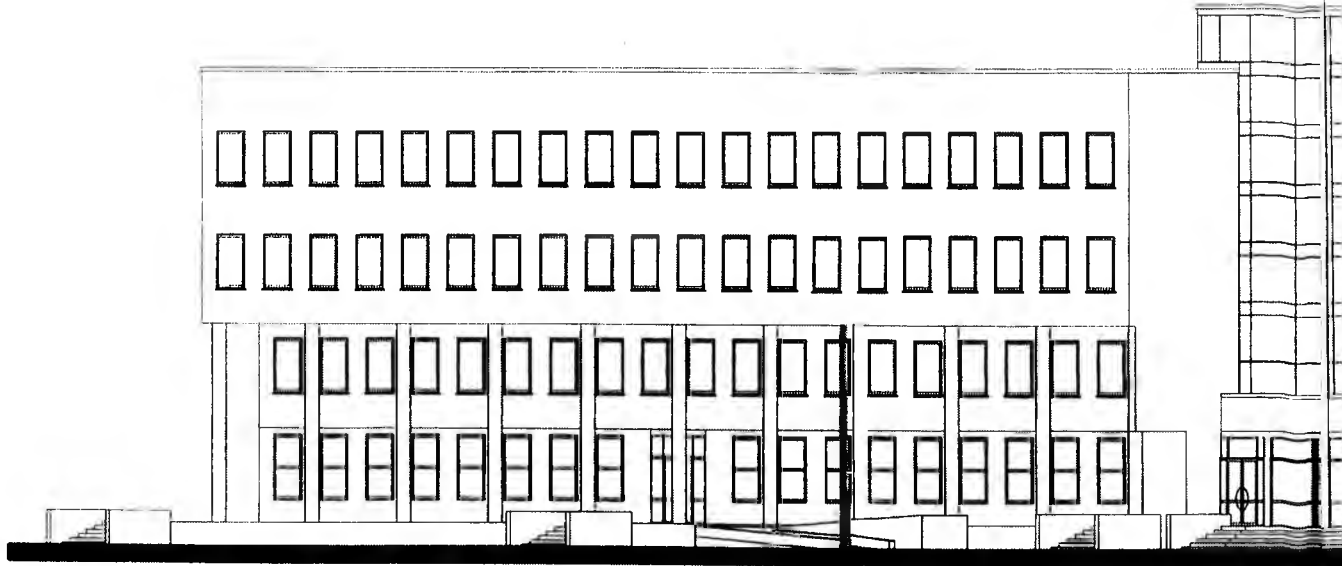
Cotygodniowa wizyta JM Rektora na placu budowy



Powierzchnia użytkowa 10,519 m²

Kubatura 49,750 m³

Budynek teoretycznych zakładów naukowych zgodnie z zatwierdzonym projektem technicznym będzie miał cztery kondygnacje nadziemne. W części centralnej, na piątej kondygnacji zostanie usytuowana sala konferencyjna na 200 miejsc. Gmach pomieści ponadto aptekę akademicką oraz bibliotekę



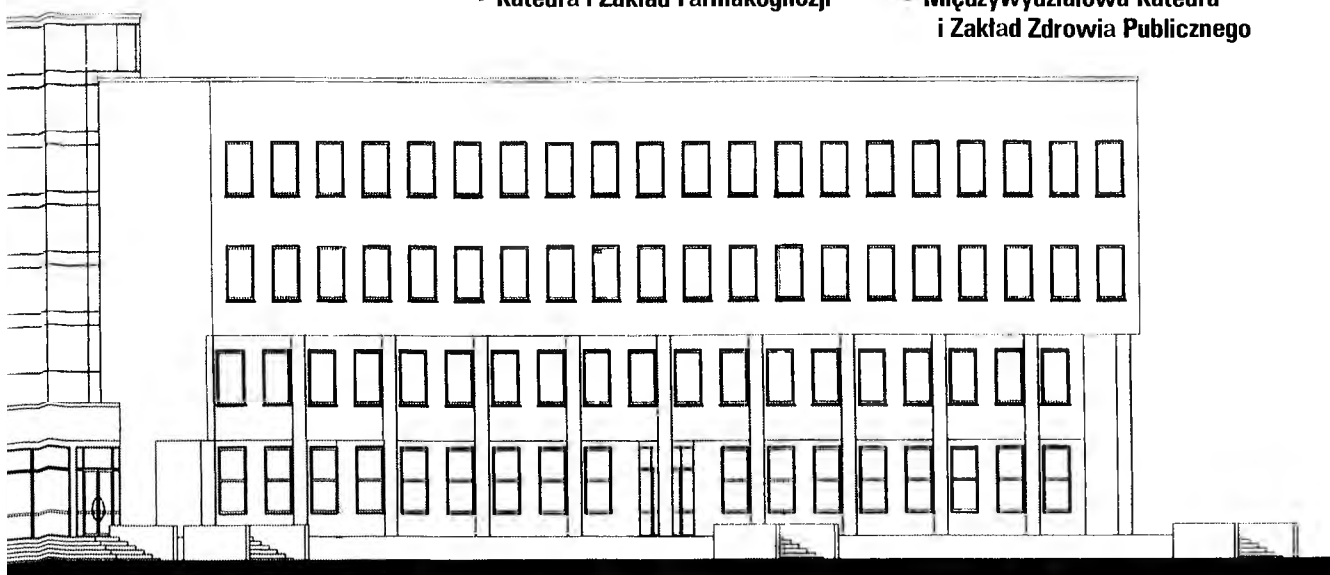
maceutycznego im. Witolda Łoborzewskiego wyasygnowawszy z własnych kont niemałe kwoty pieniędzy na opłacenie dokumentacji. Nadeszła pora niełatwych rozmów z Wydziałem Architektury Urzędu Miejskiego, który rygorystycznie obstawał przy konieczności usytuowania w najbliższym sąsiedztwie nowo wznoszonego gmachu ok. 300 miejsc parkingowych. Udało się jednak przekonać miejskich architektów, iż parking zostanie zlokalizowany w częściach przy budynku oraz Hali Sportowej.

Wiadomo nie od dziś, że inwestycja tej miary wymaga ogromnych nakładów finansowych. Na wniosek JM Rektora Senat wiosną ubiegłego roku jednogłośnie zaaprobował koniecz-

W nowym budynku (Collegium Universum) o powierzchni użytkowej 10,519 m² i kubaturze 49,750 m³ znajdują siedzibę:

- Zakład Zarządzania i Ekonomiki Służby Zdrowia
- Katedra i Zakład Epidemiologii
- Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej
- Katedra i Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej
- Katedra i Zakład Farmakognozji

- Katedra i Zakład Biochemii Farmaceutycznej
- Katedra i Zakład Biochemii i Biologii Molekularnej
- Katedra i Zakład Biochemii Klinicznej
- Katedra i Zakład Botaniki Farmaceutycznej
- Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej
- Pracownia Wirusologii
- Międzywydziałowa Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego



Elewacja wejściowa

Collegium Universum

ność cięć budżetowych, aby zgromadzić w Uczelni na ten cel jak największą liczbę własnych środków. Najtrudniejsze chwile czekały jednak Rektora w Warszawie. Jak przekonać decydentów o konieczności wprowadzenia do planu centralnego lubelskiej inwestycji? Niezliczone rozmowy z posłami, politykami, wystąpienia przed Sejmową Komisją Zdrowia. Atmosfera wokół konstruowania budżetu państwa zagęszczała się coraz bardziej. Z roku na rok maleje bowiem PKB (produkt krajowy brutto) będący wskaźnikiem mocy ekonomicznej kraju, a potrzeb społecznych – jak wiemy – jest coraz więcej. Niełatwo przekonywać urzędników w Warszawie o ce-

lowości rozpoczęcia budowy kolejnego obiektu przy tylu niedokończonych. Mimo wszystko zwycięża siła bezspornych argumentów JM Rektora, który mówi o wieloletnim niedoinwestowaniu tzw. ściany wschodniej, kreśli wizję rozwoju uczelni. Dzięki poparciu wielu przyjaciół i sympatyków lubelskiej AM zamierzenia inwestycyjne władz uczelni nabierają realnych kształtów. Przypieczętowane zostają decyzjami Ministerstwa Zdrowia i Komitetu Badań Naukowych. Budowa będzie uwzględniona w centralnym planie inwestycyjnym, a to oznacza gwarancję finansowania ze źródeł budżetowych. Teraz kolejne wydarzenia zaczynają już nabierać wielkiego tem-

pa. Przetarg na wykonawcę tzw. stanu zerowego, przejęcie placu budowy przy ul. Chodźki oraz Hirszfelda, i... w pierwszych dniach stycznia kopalnia wydobywa z wykopu pierwsze metry sześcienne ziemi.

Gdy piszę te słowa dobiega końca trzecia dekada marca. Z ziemi zaczynają wyrastać ławy fundamentowe. W pierwszych dniach kwietnia położony zostanie kamień węgielny pod budowę gmachu teoretycznych zakładów naukowych.

Powie ktoś – i cóż takiego nadzwyczajnego, to dobrze że budują..., że nie pogodzili się z ogólną niemożnością.

Dla społeczności akademickiej lubelskiej AM to coś więcej niż zwykły fakt... Ta budowa ma dziś kluczowe znaczenie dla Uczelni, oznacza optymistyczny, decydujący zwrot ku przyszłości, w kierunku lepszego jutra i może przesądzić o jej losach.

Rozmowa z mgr Wiesławem Kowalczykiem
pełnomocnikiem JM Rektora do spraw inwestycji

Będzie to budynek na miarę XXI wieku



Mgr ekon. Wiesław Kowalczyk
W latach 1973-1980 główny księgowy Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie, dyrektor administracyjny w Instytucie Medycyny Wsi (1980-2000). Od września ubiegłego roku pełnomocnik Rektora AM w Lublinie do spraw inwestycji

- Proszę powiedzieć jak buduje się gmach dla Akademii Medycznej?

- Podobnie jak każdy inny, szybko, sprawnie, z udziałem nadzoru inwestorskiego, przy ścisłym przestrzeganiu norm budowlanych i obowiązujących standardów...

- Budował pan w na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych Instytut Medycyny Wsi. Czy wtedy było łatwiej?

- Łatwiej na pewno nie. Dziś budowlani sięgają po nowe technologie. Budują znacznie szybciej i lepiej, energooszczędnie, w sposób przyjazny środowisku. Oferowane są również znakomitej jakości materiały budowlane. Wykonawcy natomiast legitymują się różnymi certyfikatami, atestami i referencjami. Naprawdę jest w kim wybierać.

- Komu zawdzięczać należy wykonanie projektu budynku i sporządzenie dokumentacji?

- Realizatorem naszego zamówienia, poddanego oczywiście przetargowi na wykonanie projektu i dokumentacji technicznej jest lubelskie biuro projektowe Drexpol Holding S.A., zaś głównym projektantem mgr inż. architekt Janusz Szymanek.

- Powiedzmy słów kilka o głównym wykonawcy.

- W wyniku przetargu ogłoszonego dotychczas tylko na wykonanie

stanu zerowego budynku, najkorzystniejsze warunki zaproponowała Grupa Polimex-Cekop, w której jest Lubelskie Przedsiębiorstwo Budownictwa Przemysłowego „Przemysłówka” S.A. Zapewniam, że była to najlepsza oferta. Dość powiedzieć, że ta firma będąca spadkobierczynią dawnego przedsiębiorstwa państwowego LPBP, obchodząca teraz swoje pięćdziesięciolecie, postawiła w półwieczu na terenie województwa lubelskiego najwięcej obiektów przemysłowych, obiektów użyteczności publicznej, m. in. Państwowy Szpital Kliniczny nr 4, zyskawszy dzięki wysokiej jakości usług budowlano-montażowych miano jednego z najsolidniejszych wykonawców we wschodniej Polsce. I tak jest do dzisiaj.

- Co szczególnie wyróżnia tę budowę?

- Z całą pewnością tempo prac przygotowawczych, o czym mówią przytoczone niektóre zapisy dziennika budowy. Obecny etap inwestycji nie należy do łatwych ze względu na niestabilne podłoże, czyli tzw. grunt nasypowy. Przypomnę, że przed laty była tu cegielnia użytkująca złoża gliny. Powstałe za jej przyczyną wyrobiska wypełniono odpadami poprodukcyjnymi. Konieczne stało się więc drażnienie głębokich wykopów sięgających stałego podłoża. Budynek będzie wznoszony według technologii słupowo-płytowo-monolitycznej.

- Czy konieczność pogodzenia technologii wznoszenia budynku z oczekiwaniami użytkownika nie ograniczała bynajmniej inwencji projektanta?

- Wręcz przeciwnie. To właśnie ten, w pełni zamierzony rodzaj technologii daje ogromną możliwość dowolnego kształtowania powierzchni użytkowej.

- W komputerowej wersji makie-
ty budynku jego bryła wygląda
dość imponująco.

- Budynek wpisany w rzut litery
V wykorzystuje możliwości jakie
dawała parcela budowlana u zbie-
gu ulic Chodźki i Hirszfelda. Czte-
rokondygnacyjny gmach, roboczo
ochrzczone przez nas „Zakładami
Teoretycznymi”, po oddaniu do
użytku przyjmie nazwę Collegium
Universum. Będzie wyposażony
w nowoczesne ciągi komunikacyj-
ne, windy, ułatwienia architekto-
niczne dla niepełnosprawnych,
a także klimatyzację. Wokół bu-
dynku zostały przewidziane miej-
sca parkingowe. Obiekt został za-
projektowany i – jak sądzę – bę-
dzie wykonany według reguł no-
woczesnego budownictwa, na mia-
rę obecnej epoki.

- Kiedy można spodziewać się fi-
nizu prac budowlanych?

- Zakończenie stanu zerowego
(stopy, ławy fundamentowe, kon-
dygnacja podziemna) przewiduje-
my do końca maja br., po czym
wkroczy kolejny, wyłoniony rów-
nież drogą przetargu wykonawca
generalny. Stan surowy budynku
zostałby osiągnięty do końca grud-
nia br. Zakończenie budowy pla-
nujemy w grudniu 2002 roku.

- Proszę darować mi to pytanie,
nie zabraknie panom przypadkiem
pieniążków na tę budowę?

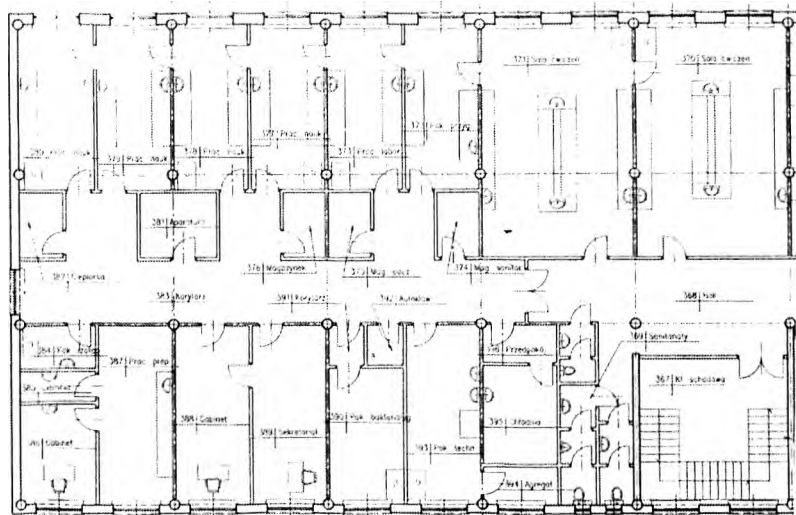
- Nie ma rzeczy niemożliwych,
nie wywołujemy jednak wilka z ła-
su... W chwili obecnej mamy za-
gwarantowane środki inwestycyj-
ne na realizację przedsięwzięcia
budowlanego.

- Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiał:
WŁODZIMIERZ MATYSIAK



W szafie znajduje się kilkadziesiąt teczek z dokumentacją budowlaną





Ważniejsze daty dziennika budowy

5 maja 1999 r.

Fragmety exposé Rektora-Elekta prof. dr hab. Macieja Latałskiego „(...) Warunkiem rozwoju uczelni jest także jej baza lokalowa. W powszechnie znanych kłopotach budżetowych państwa trudno liczyć realnie na radykalną poprawę sytuacji. Należy jednak dostrzegać poważne zagrożenia w związku z roszczeniami instytucji i organizacji, będących właścicielami kilku naszych obiektów. (...) Musimy zatem podjąć pilne starania o nowe tytuły inwestycyjne.”



12 stycznia 2000 r.

Spotkanie informacyjne JM Rektora z Zarządem Towarzystwa Absolwentów i Przyjaciół AM oraz złożenie prośby o sfinansowanie z funduszy własnych Towarzystwa wstępnej koncepcji architektoniczno-urbanistycznej budynku teoretycznych zakładów naukowych.

2 lutego 2000 r.

Zawarcie przez TAiP umowy z pracownią projektową na wykonanie wstępnej koncepcji architektoniczno-urbanistycznej budynku zakładów teoretycznych oraz deklaracja o dofinansowaniu prac projektowych kwotą w wys. 30 000 zł.



10 kwietnia 2000 r.

Uczelnia otrzymuje przyznaną przez Fundację Rozwoju Lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego im. mgr farm. Witolda Łobarzewskiego kwotę 60 000 zł tytułem dofinansowania projektu wstępnej koncepcji architektoniczno-urbanistycznej.

22 maja 2000 r.

Podpisanie umowy z pracownią projektową na wykonanie dokumentacji techniczno-budowlanej.

27 września 2000 r.

Odbiór dokumentacji projektowej.

9 października 2000 r.

Ogłoszenie w Biuletynie Zamówień Publicznych przetargu na realizację stanu zerowego budowy teoretycznych zakładów naukowych.

5 grudnia 2000 r.

Uzyskanie pozwolenia na budowę wydanego przez Wydział Architektury i Administracji Budowlanej Urzędu Miejskiego w Lublinie.

11 grudnia 2000 r.

Rozstrzygnięcie i ogłoszenie wyników przetargu na realizację stanu zerowego budynku teoretycznych zakładów naukowych.

29 grudnia 2000 r.

Podpisanie umowy z wykonawcą tzw. stanu zerowego budynku.

6 stycznia 2001 r.


Przekazanie wykonawcy placu budowy przy ul. Chodźki i Hirszfelda.

12 stycznia 2001 r.

Rozpoczęcie prac ziemnych.


31 marca 2001 r.

Wykonanie stanu zerowego budynku usytuowanego przy ulicy Chodźki oraz zaawansowanie w 60% robót dla skrzydła budynku znajdującego się przy ulicy Hirszfelda.



LPBP

„PRZEMYSŁÓWKĘ”

GRUPA  POLIMEX S.A.

NAZWA BUDOWY	– Budynek Zakładów Naukowych Akademii Medycznej w Lublinie
INWESTOR	– Akademia Medyczna Lublin, ul. Aleje Racławickie 1
PROJEKTANT	– Biuro Projektowe DREXPOL HOLDING S.A. 20-029 Lublin, ul. M.C. Skłodowskiej 3 tel. (0 81) 441 12 20
POZWOLENIE NA BUDOWĘ	– AAB-II-1.7353/113/2000
INSPEKTOR NADZORU	– Piątkowski Bogusław, tel. 740 12 60
GENERALNY WYKONAWCA	– Polimex-Cekop S.A. Warszawa, ul. Czackiego 7/9
WYKONAWCA	– Lubelskie Przedsiębiorstwo Budownictwa Przemysłowego „Przemysłówka” S.A. 20-029 Lublin, ul. M.C. Skłodowskiej 40 tel. 44 11 111 do 114
KIEROWNIK BUDOWY	– Urbański Dariusz zam. Lublin, ul. Nadbystrzycka 85/50 tel. 524 12 25
INSPEKCYJA PRACY	– tel. 532 42 01
TELEFONY ALARMOWE	– Pogotowie ratunkowe - 999 Straż pożarna - 998 Pogotowie policyjne - 997 Pogotowie gazowe - 992 Pogotowie elektryczne - 991

Niektóre obiekty zrealizowane przez Lubelską Przemysłówkę

Obiekty produkcyjne

- Cementownia Chełm i Rejowiec
- Obiekty produkcyjne Cukrowni Krasnystaw i Rejowiec
- Rozbudowa Zakładów Piwowarskich w Lublinie
- Budowa Odlewni Żeliwa w Lublinie
- Budowa Fabryki Łożysk Toczych w Kraśniku
- Wytwórnia Sprzętu Komunikacyjnego w Świdniku
- Fabryka Maszyn Rolniczych w Lublinie
- Fabryka Samochodów w Lublinie
- Obiekty powierzchniowe Kopalni w Bogdance
- Fabryka Elementów Budowlanych w Lublinie, Chełmie i Białej Podlaskiej
- Zamrażalnie i chłodnie składowe w Lublinie, Motyczu i Baranowie
- Elewatory zbożowe w Werbkowicach i Krasnymstawie
- Zakłady Tłuszczowe w Bodaczowie
- Zakłady Mleczarskie w Krasnymstawie

- Zakłady Wyrobów Sanitarnych w Krasnymstawie
- Ciepłownie w Chełmie i Bogdance
- Zakłady Mięsne w Lublinie i Zamościu.

Obiekty użyteczności publicznej

- Stan surowy budynku Akademii Rolniczej w Lublinie
- Pensjonat pod Kasztanami w Lublinie
- Budynek Prokuratury Rejonowej w Lublinie
- Państwowy Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie
- Budynek Biblioteki Akademii Medycznej w Lublinie
- Centrum Onkologii w Warszawie
- Budynek Pralni AM w Lublinie
- Pawilon Handlowy „Komfort” w Lublinie
- Pawilon Handlowy „Wavin” w Lublinie
- Szkoła Podstawowa nr 7 w Świdniku
- Hala Sportowa w Świdniku

W oczekiwaniu na certyfikat

Dobiegła końca trzydniowa wizyta Komisji Akredytacyjnej Uczelni Medycznych (KAUM), której celem była ocena procesu nauczania medycyny na Wydziale Lekarskim.

W wyniku szeregu wizytacji, rozmów przeprowadzonych z poszczególnymi grupami nauczycieli akademickich oraz ze studentami, powstał wstępny raport, który uwzględnia dobre strony dydaktyki medycznej oraz zawiera sugestie ewentualnych zmian, mogących przy-

czynić się do zwiększenia efektywności akademickiego nauczania medycyny. W najbliższym czasie zostanie władzom Uczelni przedstawiony raport końcowy, po czym w łonie KAUM odbędzie się głosowanie nad wnioskiem o przyznanie akredytacji. Dziś posiadanie akredytacji jest wyłącznie

sprawą prestiżową dla Wydziału i Uczelni, natomiast już jutro oznaczać będzie konkretne nakłady finansowe na kształcenie medyków. Lubelski Wydział Lekarski był czwartym w kraju, który zabiegał o przeprowadzenie procedury akredytacyjnej. □

RED.



Podczas spotkania z władzami Uczelni.

Od lewej: prof. dr hab. Piotr Kurnatowski, prof. dr hab. Leszek Pączek, prof. dr hab. Marian Wielosz – dziekan Wydziału Lekarskiego, prof. dr hab. Jadwiga Mirecka, prof. dr hab. Maciej Latalski – JM Rektor AM w Lublinie i prof. dr hab. Maciej Gembicki

Raport wstępny

Zespołu Komisji Akredytacyjnej Uczelni Medycznych z wizyty w Akademii Medycznej w Lublinie w dniach od 18 do 21 lutego 2001 roku

Raport niniejszy ma charakter wstępny i zawiera pierwsze spostrzeżenia Zespołu Komisji Akredytacyjnej Uczelni Medycznych, a zatem nie jest pełną oceną realizowanego programu nauczania medycyny.

Zespół Komisji Akredytacyjnej Uczelni Medycznych, w składzie: prof. dr hab. med. Maciej Gembicki, prof. dr hab. med. Jadwiga Mirecka, prof. dr hab. med. Leszek Pączek, prof. dr hab. med. Piotr Kurnatowski spotkał się z JM Rektorem Akademii Medycznej w Lublinie profesorem zw. dr hab. med. Maciejem Latałskim, prorektorem do spraw studenckich prof. dr hab. med. Alicją Sawą oraz dziekanem Wydziału Lekarskiego prof. zw. dr hab. med. dr n. farm. Marianem Wieloszem.

Ponadto Zespół odbył rozmowy z prodziekanem odpowiedzialnym za sprawy kształcenia studentów prof. dr hab. med. Ryszardem Maciejewskim, kierownikami zajęć z wybranych nauk podstawowych oraz klinicznych, przedstawicielami Uczelnianej Komisji Rekrutacyjnej, Kierownikiem Studiów Doktoranckich prorektorem do spraw nauki prof. zw. dr hab. med. Kazimierzem Główniakiem, przedstawicielami adiunktów, asystentów oraz studentów.

Zespół wizytował wskazane przez władze Uczelni Katedry, Zakłady i Kliniki, Bibliotekę Główną, Domy Akademickie, stołówkę i Halę Sportową.

W trakcie spotkania z Zespołem Komisji Akredytacyjnej JM Rektor podkreślił wagę kontynuowania tradycji Uczelni w zakresie okulistyki, mikrobiologii, biochemii, farmakologii, nefrologii i neurochirurgii. Zespół został poinformowany o rozpoczętej budowie nowej bazy, w której siedzibę znajdą zakłady teoretyczne, a także o planach nawiązania współpracy z Ukrainą w zakresie usług edukacyjnych i medycznych.

Zgodnie z przyjętym sposobem postępowania Zespołu wizytującego Uczelnię, pragniemy podzielić się z Panem Rektorem i społecznością akademicką następującymi obserwacjami i wstępnymi przemyśleniami dotyczącymi Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie.

W zakresie działań edukacyjnych Zespół Komisji Akredytacyjnej pragnie z uznaniem podkreślić następujące aspekty:

- duże znaczenie jakie Wydział przypisuje kształceniu studentów w zakresie medycyny rodzinnej, czego wyrazem jest duża liczba godzin z tego przedmiotu oraz wprowadzenie dwóch dodatkowych przedmiotów o pokrewnej tematyce (poradnia ogólna rejonowa, zarządzanie i ekonomika służby zdrowia);
- porównywalność kształcenia studentów w zakresie interny, pediatrii i ginekologii zapewniona jest poprzez system rotowania się grup studenckich kolejno przez jednostki nauczające;
- standaryzację zakresu nauczania gwarantują wspólnie opracowane i obowiązujące wszystkich egzaminatorów zestawy pytań w tych samych przedmiotach;
- wprowadzanie nowych technik nauczania umiejętności praktycznych w ramach ginekologii i położnictwa;
- wprowadzenie w bieżącym roku szkolenia w zakresie dydaktyki dla rozpoczynających pracę nauczycieli akademickich;
- szeroką ofertę dotyczącą nauczania języków obcych;
- fakt, iż nauczanie przedmiotów klinicznych odbywa się na bazie własnej;
- warunki stworzone przez Uczelnię dla pracy samorządu studenckiego, a także rozwoju życia kulturalnego studentów (znane w kraju i za granicą chóry oraz zespół taneczny) oraz dla sportu i rekreacji;
- stworzenie dobrej bazy mieszkaniowej dla studentów (1250 miejsc w 4 domach akademickich).

Jednocześnie Zespół Komisji Akredytacyjnej pragnie zwrócić uwagę na elementy dotyczące procesu dydaktycznego wymagające dalszych działań ze strony władz Wydziału i Uczelni:

- brak jasno sprecyzowanej całkowitej i perspektywicznej koncepcji kształcenia, w której tworzeniu uczestniczyłaby cała społeczność akademicka;
- brak opublikowanego całościowego programu studiów;
- niewystarczającą integrację pomiędzy nauczaniem przedmiotami;
- brak w aktualnym programie Wydziału zajęć fakultatywnych, chociaż Zespół

został poinformowany o zamiarze ich wprowadzenia;

- nie w pełni realizowany system egzekwowania umiejętności praktycznych (lista tych umiejętności przedstawiona przez Uczelnię nie odzwierciedla faktycznego stanu nauczania w tym zakresie);
- brak jednostki organizacyjnej zajmującej się oceną procesu dydaktyki i promowaniem nowych metod nauczania;
- niedopracowany system oceny zajęć przez studentów, nie zapewniający pełnego wglądu władz dziekańskich w przebieg procesu kształcenia;
- potrzebę dowartościowania pracy dydaktycznej, której w ankiecie oceniającej nauczyciela akademickiego przypisano znikomą rangę;
- brak opracowanego systemu ECTS i zorganizowanej przez Uczelnię wymiany zagranicznej studentów;
- skromne wyposażenie sal dydaktycznych.

Uwagi końcowe

Na zakończenie niniejszego raportu Zespół Komisji Akredytacyjnej pragnie szczególnie podkreślić sprawną organizację i rzetelną realizację zajęć dydaktycznych oraz szczególnie przyjazną atmosferę stworzoną studentom przez Uczelnię.

Dziękujemy JM Rektorowi prof. dr hab. Maciejowi Latałskiemu oraz zespołom pracowników uczestniczącym w organizacji naszej wizyty za stworzenie nam bardzo dobrych warunków do pracy.

Pełne sprawozdanie zawierające całościową ocenę danych zawartych w kwestionariuszu i wniosków z wizytacji w tu-tejszej Akademii Medycznej zostanie przygotowane w możliwie jak najkrótszym czasie i po ustosunkowaniu się do niego przez władze Uczelni podjęte zostaną dalsze działania związane z przyznaniem akredytacji.

Członkowie Zespołu Wizytującego:

Prof. dr hab. med. Maciej Gembicki
Prof. dr hab. med. Jadwiga Mirecka
Prof. dr hab. med. Leszek Pączek
Prof. dr hab. med. Piotr Kurnatowski

Szkoła (wyższa) tu, szkoła tam...

Ogólnonarodowy pęd do wiedzy

Członkowie Rady Głównej poza intensywną działalnością w ramach wypełniania jej obligatoryjnych zadań biorą udział także w posiedzeniach PAN, KBN, Komisji Sejmowych, KRASP i szeregu innych centralnych instytucji zajmujących się nauką i problemami związanymi ze szkolnictwem wyższym.

PROF. DR HAB. RADZISŁAW SIKORSKI
CZŁONEK RADY GŁÓWNEJ SZKOLNICTWA WYŻSZEGO

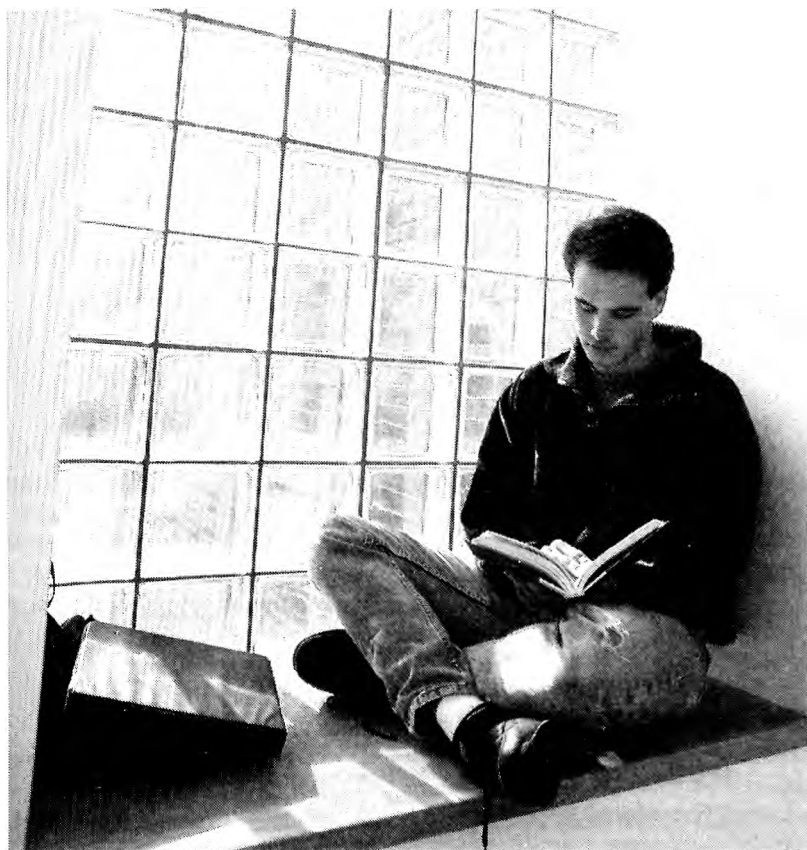
Bardzo intensywny rozwój niepublicznych szkół wyższych powstających w całym szeregu ośrodków jako szkoły samodzielne lub filie szkół wyższych zlokalizowanych w większych miastach powoduje, że Rada Główna dużą część swojego wysiłku poświęca działalności akredytacyjnej. Dzieje się tak dlatego, że ustawowo nie istnieje żadna komisja akredytacyjna, a w związku z tym jej funkcje zostały scedowane na Radę Główną. Bardzo ekspansywny rozwój niepublicznych szkół wyższych powstających w takich ośrodkach jak np. Suwałki, Elbląg, Włocławek, Chrzanów, Ostrów k/Łaska, Ciechocinek, Siemiatycze, Puławy, Tarnobrzeg, Krosno i inne, przy jednocześnie bardzo energicznym działaniu organizatorów i władz nowo powstających szkół, powoduje przeciążenie członków Rady Głównej. Prowadzimy działalność polegającą na ocenie: czy organizowana szkoła spełnia warunki (odpowiednia liczba samodzielnych pracowników, dorobek odpowiadający kierun-

kowi szkoły, adekwatna do wymogów liczba doktorów i innych nauczycieli akademickich, właściwe zaplecze oraz właściwa i odpowiednio zaopatrzona biblioteka).

Trzeba dodać, że normalny tok postępowania przedstawia się następująco: weryfikacja programu szkoły, wizyta ekspertów, dyskusja w komisji RG, później we właściwej sekcji RG, w prezydium Rady, prezentacja ich opinii i decyzja na plenarnym posiedzeniu RG. Przeciętna liczba opinii negatywnych do opinii pozytywnych kształtuje się około 3:1. Oczywiście, opinie negatywne prowokują odwołania i cykl się powtarza. W niektórych przypadkach Rada Główna sugeruje pewne zmiany lub uzupełnienia programu oraz składów nauczających po dokonaniu korekt, i wówczas opinia jest pozytywna. W tym żywiołowym powstawaniu szkół oraz, jak się wydaje, pędu młodzieży do zdobywania wyższego wykształcenia nasuwają się wątpliwości, a to: czy taka sytuacja nie spowoduje obniżenia poziomu wykształcenia absolwentów szkół przy tak masowym rozwoju szkolnictwa wyższego i czy wreszcie szkoły powstające w ośrodkach nie posia-

dających żadnych tradycji akademickich uzyskają rzeczywiście statut akademickich szkół wyższych. Ponadto dodać należy, że Rada Główna posiada możliwości weryfikacji jedynie w momencie powstawania szkoły, natomiast ustawodawca nie przewidział żadnych możliwości kontrolnych już po otwarciu szkoły.

Napór organizatorów na powstawanie szkół wyższych jest tak duży, że niektórzy nerwowo nie wytrzymują oczekiwania na decyzję Rady Głównej, sami powołują szkoły, które rozpoczynają nauczanie. W rezultacie tak działająca szkoła wyższa przedwcześnie wydaje dyplomy, a absolwenci, którzy już opłacili czesne ze zdumieniem dowiadują się, że nie mogą kontynuować studiów na uniwersytetach czy innych uczelniach ponieważ dla tych uczelni ich dyplom nie posiada mocy kwalifikacyjnej. Opisany tok postępowania obejmuje studia na poziomie licencjackim, natomiast szkoły, w których studia kończą się otrzymaniem dyplomu magistra muszą posiadać odpowiednio znacznie większą liczbę samodzielnych pracowników i kadry nauczającej oraz prowadzić działalność naukową.



Intensywny rozwój niepublicznych szkół wyższych powstających w całym szeregu ośrodków jako szkoły samodzielne lub filie szkół wyższych zlokalizowanych w większych ośrodkach powoduje, że Rada Główna dużą część swojego wysiłku poświęca działalności akredytacyjnej

Zrozumiałe jest, że wyższe szkoły uprawnione do nadawania stopnia doktora czy doktora habilitowanego muszą spełniać znacznie wyższe kryteria, toteż przebrnięcie tych kryteriów nie jest łatwe. Należy dodać, że cała działalność prowadzona w tej dziedzinie przez RG jest nie gratyfikowana zarówno w stosunku do spełniających działalność akredytacyjną członków Rady Główniej, jej prezydium, jak też Ministerstwa Edukacji Narodowej, ponieważ nie ma odpowiednich przepisów, które regulowałyby tę sprawę.

Zdaniem Zespołu Rady Główniej do sprawy Oceny Jakości Kształcenia, jest konieczne przyspieszenie (niezależnie od losów projektowanej ustawy o szkolnictwie wyższym) powołania ogólnouczelnianego organu akredytacyjnego. Aktualna sytuacja oddziałuje negatywnie na jakość kształcenia na poziomie wyższym, co nie tylko powoduje niepokój środowiska akademickiego, ale staje się niezręcz-

ne na forum międzynarodowym, jako że Polska stanowi jedyny kraj europejski nie posiadający oficjalnego centralnego organu oceniającego jakość kształcenia. Prof. Pelczar – przewodniczący RG uważa, że pełnienie roli akredytacyjnej przez RG, mimo ogromnego nakładu pracy i ogromnego ładunku dobrej woli, nie może być w pełni satysfakcjonujące, ponieważ RG nie posiada ani środków materialnych ani warunków personalnych służących wypełnianiu tego celu.

Oczywiście poza działalnością akredytacyjną Rada Główna zajmuje się takimi problemami jak: opiniowanie projektów umów między rządem Rzeczypospolitej Polskiej, a rządami innych krajów o wzajemnym uznawaniu okresów studiów oraz równoważności dokumentów o wykształceniu i nadaniu stopni oraz tytułów naukowych. Stałym przedmiotem zainteresowań są prace prowadzone nad minimalnymi wymaganiami programowymi dla studiów licencjackich na

wielu wydziałach jak choćby: chemia, fizyka czy ochrona środowiska.

Rada Główna opiniuje również podział środków pomiędzy uczelnie finansowane przez Ministerstwo Edukacji Narodowej. Do tych uczelni należą: uniwersytety, politechniki, akademie ekonomiczne, akademie rolnicze, uczelnie teologiczne, wyższe szkoły pedagogiczne, czy akademie wychowania fizycznego. Dodać trzeba, że w tej chwili w Polsce istnieje 15 uniwersytetów [Uniwersytet w Białymstoku, Uniwersytet Gdański, Uniwersytet Śląski, Uniwersytet Jagielloński, Uniwersytet Łódzki, KUL, UMCS, Uniwersytet Opolski, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza (Poznań), Uniwersytet Szczeciński, Uniwersytet Mikołaja Kopernika (Toruń), Uniwersytet Warszawski, Uniwersytet Wrocławski, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, a powstają dodatkowo Uniwersytet Zielonogórski oraz Uniwersytet w Rzeszowie].

Rada Główna wypowiedziała się ostatnio także w sprawie dokumentu „Dobra praktyka naukowa. Rekomendacje”. Propozycję tę przedstawił Zespół do spraw Etyki w Nauce przy przewodniczącym KBN. Jest to propozycja opisanie i uporządkowania zasad etycznego postępowania w nauce w oparciu o powszechnie akceptowane kryteria takie jak wiarygodność, uczciwość, rzetelność, prawdomówność i nie przywłaszczanie sobie cudzych osiągnięć badawczych. W swoim stanowisku Rada Główna stwierdza:

„Wymieniony dokument zawiera ponadto definicje najważniejszych i najczęściej spotykanych zjawisk patologicznych w obszarze nauki, ukazuje zasady postępowania w działalności badawczej oparte na dobrych obyczajach, a także proponuje określone procedury mające na celu egzekwowanie wcześniej ustalonych i przyjętych zasad.

Przemiany społeczne niosące ze sobą nową obyczajowość oraz reformy gospodarcze wymuszające coraz większą efektywność działania nie zawsze sprzyjają zachowaniom etycznym, a niski stan kultury prawnej, także społeczności naukowych i akademickich, zbyt często owocuje lekceważeniem norm postępowania i obniżeniem prestiżu prawa. Uporczywe niedoinwestowanie nauki i szkolnictwa wyższego przy stale wzrastającej liczbie studiujących wzmaga degradację procesu nauczania i sptykanie ocen w postępowaniach kwalifikacyjnych pracowników nauki i nauczycieli akademickich.

Rada Główna zaniepokojona tymi zjawiskami z aprobatą wita inicjatywę Zespołu ds. Etyki w Nauce wprowadzenia w Polsce ogólnie obowiązujących zasad dobrej praktyki naukowej. Uważa jednak, że przyszły kodeks powinien objąć swym zasięgiem także proces nauczania akademickiego, które jest jedną z głównych form upowszechniania wyników badań naukowych. Rada Główna wyraża gotowość współuczestniczenia w dyskusjach i pracach nad takim dokumentem. W opinii Rady Głównej powinien on posiadać rangę ustawową, a na

straż jego przestrzegania winna stać instytucja wysoko legislacyjnie umocowana w hierarchii państwowej, skupiająca uczonych o niepodważalnym autorytecie moralnym”.

**Rada Główna posiada
możliwość weryfikacji
jedynie w momencie
powstawania szkoły,
natomiast
ustawodawca nie
przewidział żadnych
możliwości
kontrolnych już po
otwarcu szkoły**

**W chwili obecnej
istnieje w Polsce
15 uniwersytetów**

Rada Główna zajmowała się również problemem kryteriów stosowania przez szkoły wyższe nazwy „Akademia”. Sprawa ta wynikała wobec możliwości powstawania nowych uczelni artystycznych ubiegających się o nazwę „Akademia” względnie ewentualności uzyskania rangi „Akademii” przez istniejące wyższe szkoły artystyczne. Przy określaniu tych kryteriów, specyficznych dla szkolnictwa artystycznego, uznano że uczelnia artystyczna ubiegająca się o nazwę „Akademia” powinna zatrudniać na podstawie mianowania przynajmniej 20 nauczycieli akademickich z tytułem naukowym profesora, stopniem naukowym doktora habilitowanego lub kwalifikacjami II°.

Zrozumiałą jest rzeczą, że RG zajmuje się również problemem ustawy o zmianie Ustawy o Szkolnictwie Wyższym, Ustawy o Wyższych Szkołach Zawodowych oraz o zmianie niektórych innych ustaw. Wciąż jednak pojawiają się nowe projekty.

W zakresie działalności dotyczącej nauczania medycznego Sekcja Medyczna RG po opracowaniu minimum dla studiów licencjackich i magisterskich na wydziale pielęgniarstwa, dla wydziału farmaceutycznego i analityki medycznej prowadzi intensywne działania w zakresie opracowania minimum programowego dla wydziałów lekarskich i oddziału stomatologii.

W chwili obecnej, w związku z sugestiami Unii Europejskiej, poważnego znaczenia nabiera kształcenie pielęgniarek i położnych na poziomie licencjackim i magisterskim. Polska posiada przeciętnie 2 lub 3 razy mniejszą liczbę pielęgniarek i położnych (z wyjątkiem Włoch) aniżeli kraje należące do Unii Europejskiej czy kraje skandynawskie, a Irlandia posiada ich niemal 4-krotnie więcej. Taka sytuacja wymusza szybką organizację kształcenia do roku 2009 około 93000 pielęgniarek i położnych, przy czym większość wysiłku należy ponieść do roku 2005. Sytuacja powyższa zawiera w sobie szereg poważnych trudności, a m. in.:

- rozwiązania wymaga sprawa kadry (samodzielných pracowników naukowych, pomocniczych oraz nauczycieli zawodu) ponieważ winno powstać 40-60 szkół wyższych,
- sprawa naboru kandydatek, co z uwagi na wiadomą sytuację materialną zawodu pielęgniarstwa i położnej nie będzie sprawą prostą,
- uzyskanie właściwych lokali i pomieszczeń dla powstających szkół, które to lokale są własnością miejscowych władz i niekoniecznie muszą być przeznaczone na tworzenie wyższych szkół dla pielęgniarek i położnych.

W czasie mojej 1,5-roczej pracy w RG zaobserwowałem, że mimo dużego obciążenia pracami jej członków, którzy niejednokrotnie dźwigają kilogramy różnych dokumentacji i przemieszczają się z Warszawy do swoich ośrodków i na powrót oraz mają do wykonania szereg „zadań domowych” (co dotyczy także mojej osoby) poszczególne zespoły ludzkie żyły się, pracują intensywnie i w atmosferze wzajemnej sympatii. □

O przyszłość kadr dla nauki i edukacji

W dniach 25-26 maja 2000 r. odbyły się obrady 93 sesji Zgromadzenia Ogólnego PAN, których pierwsza część była poświęcona problemowi kadr dla nauki i edukacji.

PROF. DR HAB. RADZISŁAW SIKORSKI
CZŁONEK RADY GŁÓWNEJ SZKOLNICTWA WYŻSZEGO

Referaty wygłosili: ówczesny minister edukacji narodowej prof. dr hab. Mirosław Handke; prezes PAN prof. dr hab. Mirosław Mosakowski; Rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. dr hab. Franciszek Ziejka; Rektor Politechniki Warszawskiej prof. dr hab. Jerzy Woźnicki i Rektor Uniwersytetu Warszawskiego prof. dr hab. Piotr Węgliński; przewodniczącą Wydziału VII PAN prof. dr hab. Michał Szulczewski; prezes Fundacji na rzecz Nauki Polskiej prof. dr hab. Maciej Grabski; Dyrektor Instytutu Problemów Współczesnej Cywilizacji prof. dr hab. Marek Dietrich. W dyskusji uczestniczyło 20 uczonych. Oto fragmenty niektórych referatów i wypowiedzi, wybrane pod kątem diagnozy sytuacji w nauce i wśród uczonych, nie pretendujące do oddania całości tych niezwykle głębokich opracowań, ale ukazujące jedynie najpoważniejsze troski środowiska naukowego.

Prof. dr hab. Mirosław Handke

„Wprowadzając zaraz na początku okresu transformacji ustrojowej nową Ustawę o Szkolnictwie Wyższym, wprowadziliśmy nowe mechanizmy, z których najważniejszy to pełna autonomia szkół wyższych przejawiająca się także decentralizacją decyzji,

w tym także decyzji o kierunkach, formie studiów i liczbie przyjmowanych studentów. Ustawa umożliwiła także powstawanie niepublicznych szkół wyższych. Równocześnie zmiany społeczno-ekonomiczne zaowocowały wzrostem znaczenia wykształcenia. Nasza młodzież, niewątpliwie bardzo inteligentna, szybko zauważyła, jak poziom wykształcenia przekłada się na szanse na rynku pracy oraz na elastyczność w zatrudnieniu wynikającą z ogólności każdego wyższego wykształcenia (języki, informatyka itp.). Równocześnie bardzo wyrazisty stał się „megatrend” nowego tysiąclecia, które na pewno stworzy cywilizację opartą na wiedzy. Nie wystarczą więc już dobrze wykształcone elity, potrzebne będzie powszechne, możliwie wysokie wykształcenie limitowane jedynie zdolnościami człowieka, a nie barierą dostępu. Wykształcenie stało się więc wartością poszukiwaną zarówno przez jednostkę, jak i społeczeństwo i stało się na równi wartością kulturową, jak i ekonomiczną”.

„Dziesięciolecie lat dziewięćdziesiątych rozpoczynaliśmy z liczbą niespełna 400 tys. studentów, kończymy zaś na poziomie 1,5 mln (rok akad. 2000/2001 rozpoczęło dużo ponad 1,5 mln studentów)”.

„Liczba studentów studiów zaocznych rosła znacznie szybciej i w 1997 r. przekroczyła liczbę studentów studiów dziennych, a w chwili obecnej

mamy o ok. 30% więcej studentów zaocznych niż dziennych”.

„Ten szybki wzrost liczby uczelni niepublicznych, a w nich liczby studentów, nie wynika z atrakcyjności proponowanych studiów, wynika on raczej z faktu nie sprostania przez uczelnie publiczne tak szybkiemu wzrostowi aspiracji edukacyjnych młodzieży i, co jest równie istotne, aspiracji finansowych wyjątkowo źle opłacanych nauczycieli akademickich. Wystarczyło te dwa fakty, zapotrzebowanie na kształcenie wyższe młodzieży i chęć dodatkowego zarobkowania profesorów, połączyć i mamy przepis na niezwykle dochodowe przedsięwzięcie. Jeżeli przemnożymy nawet niskie czesne rządu 1000 zł/sem. przez średnią liczbę studentów małej szkoły wynoszącą ok. 1000, a otrzymamy milion zł, a przecież koszty własne przedsięwzięcia w wynajętych na sobotę i niedzielę salach szkolnych przy nawet wysokich honorariach profesury są naprawdę niewysokie. Jestem daleki od traktowania wszystkich wyższych szkół niepublicznych tak samo, ale niestety tych nastawionych skrajnie komercyjnie, a nie dbających o poziom kształcenia jest stanowczo zbyt wiele. Konieczne jest więc wprowadzenie jak najwcześniej, najlepiej usankcjonowanego ustawowo, powszechnego systemu akredytacji studiów wyższych w Polsce. System akredytacji jest niezbędny dla

wszystkich typów szkół wyższych, gdyż także poziom kształcenia w szkołach publicznych, szczególnie na studiach zaocznych, pozostawia wiele do życzenia”.

„Zmniejszyła się więc tylko liczba studentów akademii medycznych”.

„Za ogromny wzrost liczby studentów zapłaciliśmy niewątpliwie obniżeniem jakości studiów, o czym świadczy dominacja studiów zaocznych (prawie 2/3 wszystkich studentów) i ogromne przeciążenie dydaktyką profesorów kierunków ekonomicznych, społecznych i humanistycznych (wieloletowość)”.

„Generalnie, na podstawie moich prawie trzyletnich doświadczeń ministerialnych, muszę stwierdzić, że lobby akademickie jest bardzo słabe i politycy w swoich decyzjach (szczególnie finansowych) w niewielkim stopniu liczą się z wnioskami czy uchwałami instytucji akademickich. Nadzieje można wiązać z rosnącą rolą Konferencji Rektorów”.

Prof. dr hab. Mirosław Mossakowski

„Koniec XX w. to czas globalizacji. Skala czasowa uległa niesłychanemu skróceniu dzięki rozwojowi technik informacyjnych i informatycznych. To, co kiedyś było procesem wielopokoleniowym, dzisiaj odbywa się wręcz na naszych oczach. Jednym ze skutków skrócenia okresu adaptacyjnego jest konieczność ciągłego kształcenia się. I stąd coraz częściej powtarzające się hasło społeczeństwa opartego na wiedzy – *the knowledge based society*”.

„Zmieniające się warunki wpływają na destabilizację bezpiecznych karier naukowych. W Uniwersytecie Harvarda od dawna praktykowana jest reguła *up or out*. W Wielkiej Brytanii unika się długoterminowych zatrudnień. Znaczącym zjawiskiem staje się spadek bezpieczeństwa (pewności) i stabilności w karierze badawczej, utrata autonomii w badaniach, silnie zaznaczający się *management*, wreszcie kariery hybrydyczne, naukowe i zarazem związane np. z przemysłem. W miarę upowszechniania się pracy zespołowej coraz trudniejsze stawać się musi położenie indywidualistów”.

„Problemy ludzi nauki, a ściślej ludzi zajmujących się pracami badaw-

czymi i rozwojowymi, to nie tylko problemy kolejnej grupy zawodowej. zniszczenia i negatywne zjawiska w tej grupie społecznej mogą mieć daleko bardziej długofalowe i trudne do odwrócenia skutki aniżeli w innych grupach”.

„Uzyskiwanie stopni naukowych i tytułu naukowego można traktować jako wykładnik rozwoju kadr naukowych”.

„Warto odnotować, że liczba pozytywnie ocenianych doktoratów w Polsce w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych jest nadal daleka od poziomu z przełomu lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych. Ponad 50% doktoratów uzyskują osoby poniżej 35 roku życia i procent ten wśród nadawanych doktoratów systematycznie rośnie”.

„Niepokojący obraz przedłużającej się nadmiernie drogi dochodzenia do samodzielności naukowej obserwujemy w zakresie uzyskiwania habilitacji i profesur. Habilitacje uzyskiwane są stosunkowo późno. Zaledwie 12-15 osób rocznie habilituje się przed 40 rokiem życia. Najwięcej, bo ok. 60 habilitacji uzyskują badacze w przedziale między 40 i 50 rokiem życia. Średnia wieku uzyskiwania tytułu naukowego profesora jest również wysoka – zawiera się ona w przedziale między 55 i 60 rokiem życia. Odnotować jednakże należy korzystną tendencję obniżenia się wieku uzyskiwania tytułu profesora w ostatnich latach”.

„Drenaż mózgowy był szczególnie nasilony w Polsce w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych. Ma on dwójaki charakter: zewnętrzny i wewnętrzny. W przypadku pierwszym chodzi o wyjazdy zagraniczne na pobyt stały, w drugim o odchodzenie od pracy w nauce do instytucji o innym charakterze”.

„Ubytek kadr był tylko częściowo kompensowany przyjmowaniem nowych pracowników, jako że odejścia dotyczą bardzo często najzdolniejszych i najbardziej aktywnych”.

„Kilka najistotniejszych faktów:

- średni wiek kadry badawczej jest niepokojąco wysoki,
- grozi nam luka pokoleniowa wzmocniona wewnętrznym drenażem mózgow,

- zawód badacza jest w bardzo ograniczonym zakresie tematycznym konkurencyjny dla innych zajęć wymagających wiedzy, talentu i pracowitości
- brak odbiorców dla stosowanych prac badawczych, co można skrótowo ująć jako syndrom istnienia przemysłowych laboratoriów badawczych (głównie dawne JBR) bez przemysłu oraz istnienie nowego przemysłu (głównie sprecyzowanego) bez przemysłowych laboratoriów badawczych w Polsce. Wyrazem tego jest odwrócona proporcja finansowania działalności badawczo-rozwojowej w Polsce,
- niskie płace, poniżej średniej krajowej, prowadzą do plagi wieloletowości, zbyt często ewoluującej od konieczności dorabiania do pozbawionego skrupułów zarabiania przy oderwaniu od prawdziwej działalności naukowej i edukacyjnej,
- fatalny stan warsztatu pracy badawczej.

„Deprymujący wizerunek edukacyjny naszego społeczeństwa wzmocniony jest nie najlepszym stanem starzejącej się kadry nauczającej o ograniczonych możliwościach i perspektywach odtwarzania. Na to nakłada się niedoinwestowanie cywilizacyjnej bazy technicznej. Powszechna edukacja nadal wymaga realnej oceny według międzynarodowych standardów. Równie duże wątpliwości możemy mieć niestety co do jakości kształcenia na poziomie wyższym. Przecież nieomalże taśmowe kształcenie na niektórych przepełnionych ponad wszelką miarę i przyzwoitość wydziałach niektórych uczelni nie ma nic wspólnego z prawdziwym zdobywaniem wiedzy i – co chcę z całą mocą podkreślić – wychowaniem i pozytywnym kształtowaniem charakteru młodych ludzi”.

„Naturalnego konfliktu oraz antynomii na styku pokoleń: ustabilizowanego i doświadczonego starszego oraz obiecującego młodszego, pełnego ambicji i często nadmiernego idealizmu, ale niestety i bezwzględności”.

Prof. dr hab. Franciszek Ziejka

„Politycy, którzy w ciągu całego dziesięciolecia nie zechcieli przyjąć do wiadomości jednej, zdawałoby się, oczywistej prawdy: że obowiązkiem państwa jest kierowanie rozwojem edukacji na każdym poziomie, w tym – także na najwyższym. Wygląda na to, że nie chcieli i nadal nie chcą oni zrozumieć, iż bez jasno określonego planu rozwoju szkolnictwa wyższego, wspartego odpowiednimi nakładami finansowymi, Polska nie tylko nie dorówna do poziomu szkolnictwa wyższego w Europie, ale zmarnuje wielkie zasoby entuzjazmu i sił intelektualnych tkwiących w młodym pokoleniu”.

„W Polsce, w omawianym czasie nie przygotowano żadnej analizy planu rozwoju szkolnictwa wyższego, że rozwój ten odbywa się żywiołowo, że dla wielu przedsiębiorców nie mających nic wspólnego z nauką ta sfera życia polskiego stała się polem, na którym szybko zbijając niemałe fortuny, że tysiące młodych ludzi oszukuje się prowadząc pod szyldem tej czy innej szkoły wyższej zajęcia godne najwyżej miana kursów dokształcających”.

„Spośród niekorzystnych zjawisk zachodzących w polskim życiu naukowym szczególnie niepokoi stałe zmniejszanie się liczby habilitacji. Statystyka w tym wypadku jest nieubłagana: w 1993 r. habilitowało się w Polsce 912 osób, w 1994 r. – już tylko 759, w 1995 r. – 784, w 1996 r. – 685, w 1997 r. – 653, w 1998 r. – 780. Obserwowana stagnację, a właściwie – spadek liczby habilitacji, wiązać należy przede wszystkim z pogarszającą się sytuacją finansową nauczycieli akademickich, ale także – z coraz mniejszą motywacją ubiegania się o ten stopień naukowy. Skoro doktorat wystarcza, aby zostać profesorem w tej czy innej niepublicznej szkole wyższej, skoro doktor może zarobić jako dydaktyk w szkole niepublicznej więcej niż uczelnia publiczna może zaproponować profesorowi tytularnemu, trudno się dziwić że coraz częściej ludzie rezygnują z przygotowywania habilitacji”.

„Dla nikogo nie jest dziś tajemnicą, że rozluźnienie zasad obowiązujące-

go od stuleci nauczycieli akademickich kanonu etycznego wiązać należy z postępującą w ostatnich latach pauperyzacją środowiska akademickiego. Skoro w wyższych szkołach i instytucjach naukowych wynagrodzenia systematycznie obniżają się, pracownicy naukowcy zaczęli szukać dodatkowego zatrudnienia. Podejmowana masowo przez pracowników naukowych dodatkowa praca zarobkowa jest też dzisiaj największym bodaj zagrożeniem, jakie zawisło nad przyszłością nauki i szkolnictwa wyższego w Polsce”.

„Pogoń za pieniądzem sprawiła, że pojawiają się wciąż nowe formy wąpliwej w moralnego punktu widzenia aktywności uczonych”.

„Brak czasu, konieczność nieustannego „dorabiania” do mizernej pensji sprawia, że w środowisku akademickim zanika powoli krytyka naukowa”.

„Z drugiej strony świat nauki, środowisko akademickie musi mieć świadomość zagrożeń, jakie pojawiły się przed nim w związku z transformacją ustrojową, jaką przechodzi dziś nasze państwo”.

„Wierzę jednak, że zdecydowana większość naszych uczonych nadal przestrzega zasad etycznych od stuleci żywych w tradycji uniwersyteckiej”.

Prof. dr hab. Jerzy Woźnicki

„Czy uniwersytety przekształcać się będą w instytucje przede wszystkim certyfikujące i dyplomujące, zaś przygotowywać się do tego studenci będą w różnych firmach usług edukacyjnych? Gdyby, choćby w niewielkim stopniu, model uniwersytetu miał ewoluować w tę stronę, to zwiększyłoby to ogromnie znaczenie marki i oznaczałoby postulat szczególnej ochrony pozycji dobrych polskich marek uniwersyteckich”.

Prof. dr hab. Andrzej Pelczar

„Chodzi o to, by nasze społeczeństwo było społeczeństwem ludzi światłych, w najszerszym tego terminu znaczeniu. Takie postawienie sprawy nie tylko nie stoi w sprzeczności z koniecznością rozwijania badań naukowych na najwyższym poziomie i kształcenia wysoko kwalifikowanych kadr badaczy, ale w sposób naturalny wiąże się z tą koniecznością i w znacznym

stopniu warunkuje właściwy rozwój cywilizacyjny i naukowy kraju”.

„Światłe społeczeństwo to społeczeństwo nie tylko wykształcone, ale ciągle uzupełniające swe wykształcenie, społeczeństwo ludzi doskonałych swe umiejętności i poszerzających swe wiedzę”.

„Światłe społeczeństwo wreszcie jest gotowe do aprobowania znaczących wydatków na naukę i edukację, a nawet więcej: jest gotowe wymagać takich decyzji od swoich przedstawicieli i tych, którzy rozstrzygają o wydatkach”.

Prof. dr hab. Leszek Starkiel

„Dziś trzeba ratować co najważniejsze. Uważam, że trzeba zacząć od:

a) bezwzględnej ochrony stopni i tytułów naukowych;

b) ochrony ciał wybieralnych, gdyż tylko one mogą prezentować w pełni obiektywne oceny;

c) zlikwidować wieloletowość pracowników naukowych”.

Prof. dr hab. Janusz Piekarczyk

„Obowiązująca ustawa o zawodzie lekarza nakłada na lekarzy ustawowy obowiązek kształcenia się przez całe życie zawodowe, ustawodawca jednocześnie nie stwarza żadnych możliwości, a rozporządzenia wręcz uniemożliwiają wywiązywanie się lekarzy z tego obowiązku.

Ograniczanie dostępu do możliwości kształcenia się lekarzy jest niewybaczalnym błędem, a ograniczanie tego dostępu dla najzdolniejszej grupy skupionej w uczelniach medycznych, tj. dla asystentów i doktorantów, błąd ten potęguje. W naukach medycznych rozwój naukowy bez równoległego doskonalenia zawodowego nie jest możliwy, dlatego tzw. nowy tryb specjalizacji lekarskich stanowi najwyższe zagrożenie dla rozwoju nauk medycznych w Polsce.

Zwracam się z najuprzejmiejszą prośbą do wysokiego gremium Zgromadzenia Ogólnego Polskiej Akademii Nauk o wsparcie ciągłych starań Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych zmierzających do zachowania substancji materialnej uczelni i ochrony medycznej kadry naukowo-badawczej”. □

Jak skuteczniej leczyć padaczkę?

W siedzibie Lubelskiego Towarzystwa Naukowego spotkali się po raz kolejny 7 marca br. neurologi regionu lubelskiego, aby uczestniczyć w konferencji naukowo-szkoleniowej poświęconej farmakoterapii padaczki, którą zorganizował Oddział Lubelski Polskiego Towarzystwa Neurologicznego we współpracy z firmą farmaceutyczną Novartis.

DR N. MED. BARBARA CHMIELEWSKA
KATEDRA I KLINIKA NEUROLOGII
AM W LUBLINIE

Tematem konferencji, której przewodniczył prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii AM było przedstawienie możliwości wykorzystania w leczeniu padaczek lekoopornych nowego leku przeciwpadaczkowego – okskarbazepiny (Trileptal®), zwłaszcza w grupach pacjentów wymagających szczególnej troski, jakimi są dzieci, kobiety w okresie prokreacji oraz osoby w wieku podeszłym. Jakkolwiek lek ten w Polsce zarejestrowany został niedawno, w wielu krajach zachodniej Europy stosowany jest od niemal dziesięciu lat. W tym czasie zgromadzono doświadczenie kliniczne oceniane na około 200 000 tzw. osobolat oraz szczegółowe informacje dotyczące około 7 000 pacjentów. Na podstawie bogatej dokumentacji, w wielu krajach uznano okskarbazepinę za lek pierwszego wyboru w leczeniu wielu typów padaczki, również u dzieci, kobiet i osób starszych.

W swoim wystąpieniu dr n. med. Joanna Jędrzejczak z Kliniki Neurologii i Epileptologii w Warszawie podkreślała uniwersalną zaletę leku dla pacjentów ze wszystkich grup wiekowych, tj. bezpieczny tor przemiany

metabolicznej, z pominięciem wytwarzania toksycznych epoksydów, które stanowią szczególne zagrożenie u kobiet wymagających leczenia w okresie ciąży, ze względu na przypisywany tym pochodnym wpływ teratogeny, o czym mówiła w kolejnym wykładzie dr n. med. B. Chmielewska z Kliniki Neurologii w Lublinie. Jakkolwiek lek jest przynajmniej w takim samym stopniu bezpieczny dla kobiet jak pozostałe leki przeciwpadaczkowe nowej generacji, za czym przemawiają wyniki badań eksperymentalnych nad teratogennością oraz prowadzony na świecie rejestr przypadków ciąż u kobiet przyjmujących okskarbazepinę, zwrócono uwagę na istotny fakt, iż lek obniża poziom stosowanych równocześnie doustnych środków antykoncepcyjnych. Wobec takiej możliwości kobiety leczone okskarbazepiną i przyjmujące tabletki antykoncepcyjne powinny stosować preparaty z większą dawką estrogenu.

Dr n. med. Maria Mazurkiewicz-Beldzińska z Kliniki Neurologii Rozwojowej w Gdańsku podkreślała wysoką skuteczność przeciwpadaczkową okskarbazepiny u dzieci, gdzie jak wiadomo istnieje wiele większa różnorodność typów napadów padaczkowych oraz zespołów padaczkowych, niejednokrotnie bardzo trudnych do opanowania na drodze farmakologicz-

nej. O skuteczności, ale przede wszystkim o bezpieczeństwie leczenia okskarbazepiną osób w wieku podeszłym mówił dr Piotr Czapiński z Centrum Leczenia Padaczki w Krakowie; jest to efekt korzystnych parametrów farmakokinetycznych leku oraz braku interakcji z innymi lekami, co jest niezwykle ważne u osób wymagających politerapii z powodu współwystępowania w tym okresie życia wielu innych schorzeń. Ważną zaletą leku w terapii dzieci oraz osób starszych stanowi według przeprowadzonych badań brak zaburzeń wyższych czynności nerwowych, w tym zwłaszcza funkcji poznawczych. Cztery obszernie wykłady stanowiły podsumowanie aktualnego stanu wiedzy na temat okskarbazepiny i stały się podstawą dla dalszej ożywionej dyskusji, pytań i wymiany praktycznych spostrzeżeń przez licznie zgromadzonych na sali lekarzy. □

Na podstawie bogatej dokumentacji, w wielu krajach uznano okskarbazepinę za lek pierwszego wyboru w leczeniu wielu typów padaczki



**Dr n. med. Joanna Jędrzejczak
(Warszawa) wiceprezes Polskiej Ligi
Przeciwpadaczkowej**



**Dr n. med. Barbara Chmielewska
(Lublin); prezentacja jak zwykle na
wysokim poziomie naukowym**



**Symposium zakończyła niezwykle ożywiona
dyskusja, którą prowadził prof. dr hab.
Zbigniew Stelmasiak – kierownik Katedry
i Kliniki Neurologii AM w Lublinie**

Szkolenie umiejętności skutecznej prezentacji

W dniach 4-5 stycznia 2001 r. na Zamku „Jan III Sobieski” w Rzucewie nad Zatoką Pucką odbyło się szkolenie przeprowadzone pod patronatem firmy MSD (Merck Sharp & Dohme Idea In. S.A.), zorganizowane przez dr Krzysztofa Widerkiewicza. Tematem konferencji było Szkolenie Umiejętności Skutecznej Prezentacji.

**DR N. MED. HALINA
KRASIŃSKA-CZERLUNCZAKIEWICZ**
KATEDRA I KLINIKA NEUROLOGII
AM W LUBLINIE

Szkolenie odbyło się w kameralnych warunkach dla grupy neurologów. Uczestniczyło 11 lekarzy z ośrodków klinicznych Gdańsk, Lublina, Krakowa, Poznania i Warszawy. Z Lublina, z Katedry i Kliniki Neurologii lubelskiej AM wzięły udział: dr n. med. Krystyna Mitosek-Szewczyk, dr n. med. Marta Tynecka i dr n. med. Halina Krasieńska-Czerlunczakiewicz.

Spotkanie prowadził dr Paweł Cieślak – training manager firmy MSD. Program obejmował wiedzę teoretyczną, jak skutecznie przygotować prezentację, aby odnieść sukces. Dr Cieślak rozpoczął swoje wystąpienie od stwierdzenia, że w wypowiedziach aż w 60% istotny jest styl prezentacji, natomiast treść stanowi tylko 20%, kolejne 20% to środki audiowizualne. W trakcie szkolenia zwrócił uwagę na istotne elementy przygotowania prezentacji, styl wypowiedzi, a także konieczność stosowania różnych metod wizualizacji, ułatwiających prowadzenie wystąpień. Uzmyslowił uczestnikom jak istotny jest sposób otwarcia prezentacji, wzbudzenie zainteresowania słuchaczy wystąpieniem, a także stosowanie komunikacji niewer-

balnej. Pan Dr P. Cieślak w czasie szkolenia korzystał z własnego wieloletniego doświadczenia oraz z amerykańskiego programu szkoleniowego, który był udostępniony uczestnikom w formie skryptów. W trakcie szkolenia umiejętności prezentacji uczestnicy mogli na bieżąco wykorzystać nowo zdobytą wiedzę, prezentując krótki własny program na dowolny temat. Wystąpienie było bezpośrednio oce-

niane przez eksperta wg kryteriów wcześniej przedstawionych. Osoby prezentujące spisały się wspólnie. Należy docenić pomysły firmy MSD. Szkolenie umiejętności skutecznej prezentacji powinno być prowadzone na szeroką skalę, gdyż zdobyta wiedza znacznie ułatwia przygotowanie do wystąpień publicznych i zapobiega wielu niepotrzebnym stresom. |



Od lewej: dr n. med. Halina Krasieńska-Czerlunczakiewicz, dr n. med. Marta Tynecka i dr n. med. Krystyna Mitosek-Szewczyk

Spotkanie integracyjne neurologów i neurochirurgów

W dniu 10 stycznia 2001 r. odbyło się tradycyjne noworoczne spotkanie integracyjne neurologów i neurochirurgów regionu lubelskiego.

DR N. MED. MARTA TYNECKA
KATEDRA I KLINIKA NEUROLOGII
AM W LUBLINIE

inicjatorem i organizatorem piątego już spotkania, tak jak w latach poprzednich był prof. dr hab. n. med. Zbigniew Stelmasiak, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii AM. Spotkanie odbyło się, jak co roku, w biblio-

tece Kliniki Neurologii mieszczącej się w SPSK nr 4 przy ul. dr. K. Jaczewskiego 8.

Otwierając część oficjalną uroczystości, prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak powitał zebranych gości: prof. dr hab. Tomasza Trojanowskiego – kierownika Katedry i Kliniki Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej wraz z zespołem, prezesa OIL – dr n. med. Stanisława Kamińskiego, prof. seniora – prof. dr hab. Mariana Czochrę, ordynatorów oddziałów neurologicznych regionu lubelskiego, lekarzy, pielęgniarki oraz pracowników pracowni diagnostycznych współpracujących z Klinikami Neurologii i Neurochirurgii.

Prof. dr hab. Z. Stelmasiak złożył wszystkim przybyłym na spotkanie

serdeczne życzenia wszelkiej pomyślności w realizacji planów w Nowym Roku i rozpoczynającym się Nowym

Wiek. Wyraził nadzieję na dalszą dobrą, owocną i bezkonfliktową, współpracę, która przyczyni się do poprawy opieki nad wspólnymi chorymi.

Prof. dr hab. Z. Stelmasiak pogratulował Profesorowi Trojanowskiemu błyskotliwej i skutecznej interwencji neurochirurgicznej u chorego z krwotokiem śródmózgowym w pierwszych godzinach po wystąpieniu udaru mózgu, co potwierdza konieczność wczesnego rozpoczęcia leczenia udaru w tzw. oknie terapeutycznym – 3 do 6 godzin od zachorowania. Dotychczasowa owocna współpraca dotyczyła przede wszystkim leczenia pacjentów z krwotokami podpajęczynówkowymi. Ustalenia podjęte w ostatnim czasie podczas wspólnych konferencji naukowo-szkoleniowych pozwoliły na przyjęcie uznanego również na świecie standardu postępowania i w efekcie znacznie usprawniły diagnostykę oraz skuteczność leczenia tych chorych. Idea tworzenia oddziałów udarowych (tzw. *stroke units*) służy realizacji tych założeń. Oddział taki powstaje aktualnie w Klinice Neurologii i zapoczątkuje współpracę neurologów i neurochirurgów również w zakresie leczenia chorych z krwotocznymi udarami mózgu.

W części oficjalnej głos zabrali również prof. dr hab. Tomasz Trojanowski, który dołączył się do życzeń gospodarza spotkania i potwierdził potrzebę poszerzenia współpracy jak zwykle chętnie współuczestnicząc w uatrakcyjnieniu spotkania swymi wypowiedziami oraz dr med. Stanisław Kamiński, który między innymi zwrócił uwagę na potrzebę większej konsolidacji środowiska lekarskiego w nadchodzącym roku w związku z aktualną sytuacją w krajowym systemie ochrony zdrowia.

W części nieoficjalnej, przy tradycyjnej lampce szampana i suto zastawionym szwedzkim stole, toczyły się ożywione rozmowy towarzyskie w bardzo milej i serdecznej atmosferze.

Spotkanie było sponsorowane przez firmę farmaceutyczną Polfa-Kutno. Przedstawicielka firmy mgr Aleksandra Ryzner złożyła przybyłym życzenia noworoczne i zaprezentowała leki – Cloranxen i Nicerin, przydatne w leczeniu pacjentów z chorobami układu nerwowego. | |



Zespoły Klinik Neurologii i Neurochirurgii

Węzeł przyjaźni

Rozmowa z prof. dr hab. Ryszardem Kocjanem, wybranym ponownie na kolejną kadencję, prezesem Zarządu Towarzystwa Absolwentów i Przyjaciół AM w Lublinie



Prof. dr hab. Ryszard Kocjan
prezes TAiP AM w Lublinie

- Jak zostaje się ponownie prezesem Towarzystwa, które integruje wychowanków i sympatyków szkoły wyższej?

- Otrzymałem taką propozycję od koleżanek oraz kolegów z ustępującego Zarządu i przyjąłem ją.

- To nie był przypadek, lecz świadomy wybór, dokonany 20 stycznia br. przez uczestników Walnego Zgromadzenia TAiP, usatysfakcjonowanych wynikami pracy zarządu w dwuletniej kadencji.

- Nie byłoby tych sukcesów, gdyby nie serdeczne zaangażowanie naszych członków – absolwentów i przyjaciół lubelskiej AM, a także ich hojność, której doświadczamy od pierwszych chwil istnienia Towarzystwa.

- Czy piastowanie funkcji prezesa sprawia Panu satysfakcję?

- Z całą pewnością, tak... Spotykam się wielokrotnie z przejawami sentymentów względem Almae Matris Lublinensis, a to znakomicie pobudza do działania, motywuje do pielęgnowania tradycji, inspiruje.

- Godzi się przy tej okazji zapytać jak postrzegają działalność Towarzystwa władze Uczelni?

- To pytanie należałoby chyba skierować pod adresem Jego Magnificencji Rektora. Cechują nas – jak zresztą wynika ze statutu – działania dobroczynne względem matki karmicielki czyli naszej Akademii Medycznej. Myślę, że przez wszystkie

lata naszego istnienia byliśmy z nią, jak w rodzinie – na dobre i na złe.

- Sprawozdanie mówiło o dokonaniach Towarzystwa. Proszę przypomnieć czytelnikom najważniejsze osiągnięcia.

- Należą niewątpliwie do nich współfinansowanie wstępnych planów inwestycji gmachu zakładów teoretycznych przy ul. dr. W Chodźki w fazie przygotowawczej budowy, realizacja dziewięciu portretów dotychczasowych włodarzy naszej Uczelni, udział finansowy w niektórych zakupach cennej aparatury, partycypacja w kosztach kilku pozycji wydawniczych. W okresie sprawozdawczym spełniliśmy niemal wszystkie prośby o sponsorowanie, kierowane pod adresem Towarzystwa.

- Mają też swoich sympatyków znane ze szampańskiej atmosfery Bał Medyka...

- Wola organizowania w Uczelni balów karnawałowych to nic innego jak powrót do tradycji. Niejedna, czy niejeden z nas rzewnie odwoływał się pamięcią do swych lat żakowskich, pełnych pomysłów na spędzanie wolnego czasu, wśród których były potańcówki, zabawy, holówki. Spróbowaliśmy po latach zorganizować Bal Medyka i podobno nieźle nam to wyszło.

- Co dalej z realizacją pomysłu powołania przy TAiP lub w jego ramach Klubu Medyka (Absolwenta)?

- Klub '54 utworzony przez absolwentów rocznika 1949-1954 Wydziału Lekarskiego już działa. Myślę, że pytanie sprowadza się do rozważań nad potrzebą zorganizowania klubu w sposób instytucjonalny tj. z siedzibą, zapleczem, personelem Sądze, iż nadarzy się okazja, aby pomówić o tym w najbliższej przyszłości z władzami Uczelni oraz liderami poszczególnych roczników. Sam bardzo bym chciał stać się bywalcem takiego Klubu.

- Czy Lublin doczeka się kolejnych ulic nazwanych imieniem wybitnych naukowców, którzy niegdyś pracowali w AM?

- Na wniosek Towarzystwa Rada Miejska uczciła pamięć o kilku zmarłych znamienitych profesorach lubelskiej AM nadając nazwę siedmiu ulicom w dzielnicy Lipniak: Tadeusza Jacyny-Onyszkiewicza, Hieronima Jawłowskiego, Witolda Klepackiego, Tadeusza Krawicza, Stanisława Piątkowskiego, Feliksa Skubiszewskiego i Mieczysława Stelmasiaka. Mamy pod adresem miasta kolejne propozycje i mam nadzieję, że doczekają się one pozytywnych decyzji.

- Ilu członków zrzesza dziś Towarzystwo?

- Trzystu sześćdziesięciu czterech. Z tej grupy zaledwie 99 osób pracuje w Uczelni. Pragnieniem moim jest zwiększyć udział członkowski pracowników AM. Odnotowujemy dotąd znaczący wzrost liczby nowych członków – na początku ubiegłej kadencji było nas 202 osoby.

- Pokażna jest lista zamierzeń na najbliższą przyszłość...

- Wiele z nich oznacza kontynuację dotychczasowych udanych przedsięwzięć. Są również nowe inicjatywy. Mamy zamiar uaktywnić współpracę TAIp z korporacjami zawodowymi lekarzy, aptekarzy, pielęgniarek i położnych. Rozważana jest ewentualność emisji „cegiełek”, których sprzedaż zasilaby fundusze Towarzystwa oraz Uczelni. Aby pozyskać dla TAIp nowych członków podejmiemy



Zarząd Towarzystwa Absolwentów i Przyjaciół AM w Lublinie

prof. dr hab. Ryszard Kocjan	prezes
dr n. farm. Andrzej Kot	wiceprezes
dr n. przyr. Kazimiera Adamczyk	wiceprezes
prof. dr hab. Kazimierz Pasternak	wiceprezes
dr n. med. Czesław Popik	wiceprezes
dr n. farm. Beata Polak	sekretarz
mgr farm. Mirosław Hawrył	skarbnik
lek. med. Stanisław Gruszka	członek
prof. dr hab. Hanna Hopkała	członek
mgr prawa Andrzej Niedzielski	członek
dr n. med. Grażyna Iwanowicz-Palus	członek
mgr farm. Adam Podolski	członek
prof. dr hab. Marian Wielosz	członek
prof. dr hab. Irena Wrońska	członek
prof. dr hab. Maciej Latałski	członek

Komisja Rewizyjna

prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak	przewodniczący
dr n. med. Jacek Ciechan	członek
dr n. med. Marian Przyłepa	członek
prof. dr hab. Janusz Solski	członek
mgr farm. Szymon Zajac	członek

Sąd Koleżeński

mgr prawa Roman Kałuża	przewodniczący
mgr farm. Janusz Kisielewski	członek
dr n. med. Witold Lesiuk	członek
mgr farm. Jan Wojda	członek
prof. dr hab. Zbigniew Wojtowicz	członek



Medal Jubileuszowy 50-lecia AM w Lublinie oraz dyplom wraz z podziękowaniami od JM Rektora dla wiceprezesa TAiP AM dr n. med. Czesława Popika



JM Rektor prof. dr hab. Maciej Latański otrzymuje od prezesa TAiP AM dyplom zaświadcający otrzymanie godności Członka Honorowego Towarzystwa

Medale 50-lecia Akademii Medycznej w Lublinie

wręczone przez JM Rektora działaczom TAiP oraz Fundacji Rozwoju Lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego im mgr farm. Witolda Łoborzewskiego

mgr farm. Mirosław Hawrył
dr n. med. Jerzy Michalak
dr n. farm. Beata Polak
dr n. med. Czesław Popik
dr n. med. Ryszard Sekrecki
mgr farm. Kazimierz Belniak
dr Stanisław Gruszka
prof. dr hab. Jerzy Łoborzewski
mgr farm. Roman Kałuża
mgr farm. Janusz Kisielewski
mgr farm. Marian Mikulski
mgr farm. Adam Podolski
dr Henryk Ptasieński
mgr farm. Bogdan Walko
mgr farm. Jan Wojda
mgr farm. Szymon Zajac

Dyplomy Członka Honorowego TAiP

prof. dr hab. Maciej Latański
prof. dr hab. Kazimierz Główniak
prof. dr hab. Ryszard Kocjan
prof. dr hab. Zdzisław Kleinrok
prof. dr hab. Bolesław Semczuk
prof. dr hab. Tomasz Borkowski
prof. dr hab. Edward Soczewiński
prof. dr hab. Gabriel Brzęk
prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak
dr n. med. Czesław Popik
mgr prawa Andrzej Niedzielski
mgr Mirosław Kalisiewicz

próbę powołania Terenowych Oddziałów Towarzystwa. Ciekawą inicjatywą jest zamysł utworzenia Fundacji Lekarzy na rzecz Wydziału Lekarskiego, działającej na wzór Fundacji Rozwoju Lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego im. Witolda Łoborzewskiego.

- Przypomnijmy, gdzie dziś znajduje się siedziba TAiP AM?

- Tymczasowo korzystamy z gościnności Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej (Collegium Pharmaceuticum, ul. Staszica 6), za co pragnę serdecznie podziękować mojemu byłemu kierownikowi prof. dr hab. dr h. c. Edwardowi Soczewiń-

skiemu i obecnemu – prof. dr hab. Władysławowi Gołkiewiczowi.

- Życzę Panu Prezesowi oraz Zarządowi wszelakich sukcesów. Dziękuję za rozmowę.

Rozmawia :
WEODZIMIERZ MATYSIAK



Ustępujące Prezydium
Zarządu TAiP AM
w Lublinie!



Uczestnicy Walnego
Zgromadzenia TAiP AM

Bal Medyka 2001

Tegoroczny Bal Medyka, zorganizowany po raz siódmy przez Towarzystwo Absolwentów i Przyjaciół Akademii Medycznej w Lublinie, z udziałem ponad 120 uczestników odbył się 20 stycznia 2001 roku w Rektoracie Akademii Medycznej w Lublinie.

Rozpoczynając bal prezes Towarzystwa w Lublinie – prof. dr hab. Ryszard Kocjan serdecznie powitał Jego Magnificencję Rektora naszej Akademii – prof. dr hab. Macieja Latałskiego z małżonką, prorektora AM – prof. dr hab. Kazimierza Głowniaka z małżonką, Głównego Inspektora Farmacji w Ministerstwie Zdrowia – mgr Marię Głowniak, Dyrektora Departamentu Farmacji – mgr Helenę Feliksiak z małżonkiem oraz wszystkich pozostałych przybyłych gości.

Bal Medyka 2001 otworzył JM Rektor prof. dr hab. Maciej Latałski, który podziękował organizatorom za przygotowanie balu, wszystkim uczestnikom życzył udanej zabawy i niezapomnianych wrażeń, po czym wraz z małżonką rozpoczął bal walcem wiedeńskim. Następnie rozpoczęła się zabawa, przebiegająca w doskonałej atmosferze, i zakończona w godzinach rannych następnego dnia.

Świetną oprawę muzyczno-wokalną zapewnił zespół „Partytur” znanej firmy farmaceutycznej „Natur Produkt” z Warszawy – producenta leków z surowców roślinnych. Ponieważ firma ta po raz kolejny uczyniła to bezpłatnie dlatego tym bardziej dziękujemy prezesowi firmy – p. Mirosławowi Kalisiewiczowi, który także wziął udział w tegorocznym balu, prezentując przy tym świetne umiejętności wokalne.

W trakcie balu p. Mirosław Kalisiewicz otrzymał od prof. Ryszarda Kocjana Dyplom Honorowy Towarzystwa Absolwentów i Przyjaciół Akademii Medycznej w Lublinie, przyznany mu

kilka godzin wcześniej przez Walne Zgromadzenie Towarzystwa za wybitne zasługi dla rozwoju tej organizacji.

Miss Balu Medyka 2001 została pani Anna Błażewicz, a wicemiss pani Eliza Blicharska (obie z Wydziału Farmaceutycznego) i pani Maryla Madej (z Oddziału Stomatologii). Wymienione Panie udekorowane zostały pamiątkowymi szarfami oraz obdarowane kwiatami i szampanami przez prorektora naszej AM – prof. dr hab. Kazimierza Głowniaka i prezesa TAiP AM – prof. dr hab. Ryszarda Kocjana. Szampany otrzymali także – mgr Janusz Kisielewski, dr Andrzej Miazga i mgr Marian Kudrycki, którzy wytypowali kandydatki wybrane następnie w powszechnym, tajnym głosowaniu na miss i wicemiss. Wszystkich panów proponujących kandydatki było dziesięciu, tyle też było uczestniczek konkursu o tytuł miss balu.

Kończąc tę relację, serdecznie dziękujemy władzom administracyjnym Akademii Medycznej za bezpłatne udostępnienie sali balowej oraz pani Elżbiecie Chęć – kierownik bufetu studenckiego, która wraz ze swoim zespołem znakomicie zadbała o kulinarną stronę balu.

Organizatorzy



Miss Balu Medyka 2001 została pani Anna Błażewicz

Już teraz zapraszamy Państwa serdecznie na kolejny Bal Medyka, który odbędzie się 19 stycznia 2002-go roku w Rektoracie AM (Al. Raclawickie 1)



W gronie jurorów...



Trzy najpiękniejsze misski

Jak stwierdzić terapeutyczne działanie sztuki?*

Problem weryfikacji działań terapeutycznych nurtuje w mniejszym lub większym stopniu wszystkich terapeutów kreatywnych zajmujących się stosowaniem sztuki w celach terapeutycznych.

PROF. DR HAB. WITA SZULC

KIEROWNIK ZAKŁADU EDUKACJI
WCZESNOSZKOLNEJ I ARTETERAPII
INSTYTUTU PEDAGOGICZO-ARTYSTYCZNEGO
UAM W KALISZU

Zuwagi na wyjątkową złożoność problemu ograniczymy się tutaj do zasygnalizowania zagadnień, wokół których toczy się najżywsza dyskusja. Takim tematem jest wybór modelu badań naukowych – czy mają być one ilościowe czy jakościowe, a może i takie i takie [Payne 1996].

Trudność sprawia również rozumienie form narracyjnych, które wprowadza się ostatnio do terapii. Jak ustrzec się od błędu niewłaściwej interpretacji historii opowiadanych przez pacjenta. Historie są instrumentami komunikacji poprzez zróżnicowane formy i środki wyrazu. Nie można ich wyjaśnić za pomocą zwykłych metod próbując liczyć słowa lub korelując metafory z ciśnieniem krwi z nadzieją wydobycia z nich jakichś znaczeń lecz możliwe jest zrozumienie ich jako ustrukturyzowanego zespołu opowiadań (wątków treściowych). Wątki te można zrozumieć ponieważ są ustrukturyzowane według określonych zasad konstrukcji, podobnie jak kompozycje muzyczne.

Metoda opisowa

Możemy zachęcać ludzi do twórczego wyrażania biegu ich życia, nie tylko gdy są pacjentami w szpitalu, lecz także w ich życiu co-

dziennym, w domu i w pracy. Możliwe jest istnienie opisowej nauki ludzkiego zachowania bazującej na estetyce, a oparte na niej badania można tak ustawić aby wykazały, co to znaczy być człowiekiem zdrowym, a co chorym.

Przewaga sztuki polega na tym, że pozwala ona nie tylko wyrazić patologie, dręczące człowieka lecz także na tym, że pozwala ona na ekspresję potencjału twórczego pacjenta. Napięcie między tym czym staliśmy się, a tym czym stajemy się można pogodzić w kontekście sztuki, jako formy twórczości. To właśnie jest znaczenie pozaestetyczne sztuki: znaki negatywne poprzez akt kreacji przekształcają się w pozytywne. W najbliższej przyszłości nasili się problem chorób przewlekłych, śmierci i cierpienia, a to także jest kondycja człowieka.

Tym o co musimy się postarać nie jest tylko postęp w walce z chorobami ale również zdolność pomagania innym w twórczym realizowaniu siebie i dokumentowaniu tego procesu. Dzieła sztuki zrealizowane w czasie życia odciskają się na naszej wrażliwości i intuicji raczej niż na naszej racjonalności i technologii.

Odkrywają się przed nami możliwości, które wynikają z twórczej wiedzy. Zadaniem klinicystów i badaczy jest postawienie sobie, a następnie pacjentom, następującego pytania: W jaki sposób możemy tworzyć siebie jako dzieło sztuki? Z takiego sposobu myślenia wynikają określone implikacje dla praktyki badawczej np. możemy zachęcać ludzi do roz-

* Fragment książki:
Wita Szulc, „Sztuka
w służbie medycyny od
antyku do
postmodernizmu”.
Akademia Medyczna
w Poznaniu, 2001
(w druku)

woju artykulacji siebie, bazującej na wybranej przez nich formie ekspresji, w postaci muzyki albo obrazów albo historii. Głównym kryterium najważniejszym dla oceny terapeutycznej zmiany, do której doszło w trakcie arteterapii będzie zmiana estetyczna.

W jaki sposób możemy tworzyć siebie jako dzieło sztuki?

Metody muzykoterapii koncentrują się na porównywaniu i analizowaniu form ekspresji. Tak więc możemy porównywać wyniki badań medycznych oparte o literaturę z ekspresją artystyczną pacjenta w formie gry instru-

mentalnej, fotografii, obrazów, dzienników (diariuszy), odkrywać analogie między opisem medycznym, ekspresją estetyczną a percepcją pacjenta.

Jednakże badania w dziedzinie arteterapii nie mogą bazować jedynie na zmianach estetycznych. Arteterapia lokuje się pomiędzy praktyką medyczną i psychoterapią. Pomost między nimi należy budować w ten sposób aby zmiany kliniczne mogły być stwierdzone przez

praktyków klinicznych zarówno w obszarze medycznym jak i artystycznym.

Potrzebne są badania zarówno pojedynczych przypadków, małych grup – prób dla wyłonienia parametrów, które można brać pod uwagę przy ocenie efektów oraz badania longitudinalne – uwzględniające grupy kontrolne i zmiany zachodzące w dłuższym okresie czasu. Konieczne jest porównanie zmian z okresem przed terapią i po niej.

Co więcej, większość wcześniejszych badań opublikowanych w literaturze medycznej wskazuje, aczkolwiek nie bezpośrednio, na zmiany w jakości życia pacjentów i poprawę nastroju pacjentów depresyjnych. Badania z muzykoterapii powinny dostarczyć metod wskazujących na charakter tych zmian, a dobrze opracowane wskaźniki, oparte na relacjach pacjentów, powinny służyć jako podstawa do porównań klinicznych.

Trudności metodologiczne w badaniach naukowych z dziedziny muzykoterapii

Jak dotąd nie ma ustalonej metodologii badań naukowych w muzykoterapii. Sugestie, ze strony psychologów i lekarzy naukowców

**Przed wejściem do
Instytutu
Muzykoterapii
w Bostonie**



w kwestiach metodologicznych są często postrzegane jako próby odciescia od doświadczenia zawodowego, które posiadają muzykoterapeuci, i narzucanie im języka oraz metod z zupełnie innej teorii poznania naukowego. Manipulowanie pacjentami jako przedmiotem badania naukowego jest nie do przyjęcia dla muzykoterapeutów.

konwencjonalnej oraz estetycznej jako indywidualnej i *a priori* niekonwencjonalnej.

Arteterapeuci kreatywni krytykowani są przez naukowców stosujących klasyczne metody badawcze za to, że nie biorą pod uwagę kilku bardzo ważnych cech naukowej pracy. Jedną z nich dotyczy rzetelności to znaczy tego, że każdy badacz może używać tych samych



Z pewnością istnieje możliwość znalezienia sposobu postępowania naukowego, który by satysfakcjonował muzykoterapeutów, ale wymaga to czasu.

Prowadzenie badań naukowych wymaga przestrzegania pewnych rygorów metodologicznych, ale trzeba zdać sobie sprawę, że rygorzy medycyny naukowej różnią się od rygorów nauk społecznych, a te z kolei od rygorów teorii estetyki. Wielu badaczy z dziedziny medycyny, gdy mowa o badaniach klinicznych, uznaje jedynie własną metodologię, myląc metodę z wiedzą. Tymczasem wiedza o człowieku nie tolerująca jakichkolwiek dwuznaczności jest przez to uboższa.

Dostrzec tu można dylemat wynikający z opierania się na dwóch epistemologiach: naukowej jako informacji uogólnionej i *a priori*

Dr n. med. Barbara Miluk-Kolasa – muzykoterapeutka z Nowego Jorku, wraz z mężem, na tle własnej „Modern School of Music”. Na budynku, zwyczajem amerykańskim powiewa flaga z logo szkoły

metod muzykoterapii i z taką samą grupą pacjentów osiągać takie same rezultaty.

Terapeuci kreatywni odpowiadają na to, że nie ma dwóch takich samych pacjentów pod względem mentalnym, a ta sama metoda badawcza zastosowana wobec różnych ludzi nigdy nie wykaże identycznego rezultatu. Muzykoterapia, a dokładniej każda sesja muzykoterapeutyczna, jest swoistym wydarzeniem, które za każdym razem będzie inne.

Badanie efektywności muzykoterapii

Teoretycy muzykoterapii są świadomi, że muzykoterapia jest zbyt szeroką i złożoną dziedziną, by można wykorzystywać w niej tylko jedno podejście badawcze – należy więc stosować badanie zarówno jakościowe jak i ilościowe. Istnieją co najmniej trzy opcje badań

w muzykoterapii, które pozwalają muzykoterapeutom korzystać z obu paradygmatów strzegąc ich przed stosowaniem jednego modelu z wyłączeniem innych.

1. Pierwsza opcja mówi, że można badać pewien fenomen muzykoterapeutyczny według jednego paradygmatu, a inne fenomeny według innego.

2. Druga opcja mówi, że można badać różne aspekty tego samego fenomenu w trakcie dwóch lub więcej oddzielnych i niezależnych badań.

3. Trzecia opcja mówi, że można łączyć różne rodzaje danych i różne metodologie w tym samym procesie badawczym, lecz muszą być one solidnie zakotwiczone albo w pozytywistycznym albo niepozytywistycznym paradygmacie.

Większość badaczy stosuje łączne metody badawcze. Przegląd piśmiennictwa, zbieranie danych i ich analiza należą do paradygmatu jakościowego. Informacja otrzymana dzięki szczegółowemu wywiadowi i kwestionariuszom powinny pomóc uściślić temat badawczy.

Pierwszy problem dotyczy procesu ewaluacji. Sam termin ewaluacja oznacza proces określania wartości czy znaczenia albo rezultat tego procesu, tak więc ewaluacje są produktami tego procesu.

Całkowity, pełny proces ewaluacji w muzykoterapii obejmuje:

1. Odnośnie pacjenta:

1.1. Ocenę i ewaluację pacjenta.

1.2. Ocenę i ewaluację procedur, strategii i technik terapeutycznych.

1.3. Ewaluację efektywności leczenia.

2. Odnośnie muzykoterapeuty:

2.1. Ewaluację związków interpersonalnych, jakie miały miejsce w procesie terapeutycznym.

3. Odnośnie procesu leczenia:

3.1. Superwizję praktyki klinicznej zawierającą ewaluację pacjenta, muzykoterapeuty i procesu leczenia za pomocą muzykoterapii.

4. Odnośnie ewaluacji procesu w muzykoterapii:

4.1. Meta – ewaluację: proces metodologiczny konieczny do ewaluowania muzykoterapii.

Muzykoterapia z samej natury jest dyscypliną interdyscyplinarną, teorie postępowania terapeutycznego i techniki muzyczne wywodzą się z różnych dyscyplin. W związku z tym trzeba stwierdzić, że sam proces ewaluacji w muzykoterapii i stosowane modele ewaluacji zależą od dziedziny, w której jest stosowana muzykoterapia, rodzaju dolegliwości pacjentów, zastosowanych technik i orientacji teoretycznej muzykoterapeuty.

Ocena i ewaluacja w muzykoterapii

Bruscia definiuje ocenę (assessment) jako proces, podczas którego terapeuta zbiera i analizuje informacje, które – jak sądzi – są konieczne do zaplanowania i wdrożenia skutecznego programu leczenia. Ocena może prowadzić do sformułowania hipotez dotyczących natury i przyczyn schorzenia, na jakie cierpi pacjent, a więc do diagnozy albo też może prowadzić do głębszego wglądu, poznania pacjenta, jego problemów, potrzeb, zasobów, potencjałów. Wszystkie te informacje pomagają terapeutce sporządzić mapę ukierunkowującą terapię i określającą najbardziej efektywne strategie leczenia. W muzykoterapii terapeuta pomaga klientowi poprzez ocenę, leczenie i procedury ewaluacyjne oraz ewaluację, która jest procesem określającym postępy pacjenta w osiągnięciu wyznaczonych celów terapii. Postępy określa się zwykle obserwując zmiany następujące u pacjenta w wyniku leczenia i porównując aktualny stan pacjenta z jego stanem w momencie rozpoczęcia terapii. Dane składające się na wstępną ocenę są podstawą i punktem wyjścia do ewaluacji postępów pacjenta.

Tak więc na kompletny proces ewaluacji składają się te dwie czynności, a proces ewaluacji włącza terapeuta w aktywny proces leczenia. Muzykoterapeuta może wносить do ewaluacji informacje na temat umiejętności pacjenta z różnych obszarów aktywności. Są to co najmniej cztery obszary: sensomotoryczny, poznawczy, komunikacyjny, społeczny i oczywiście muzyczny.

Muzykoterapeuci wypowiadający się na temat oceny zgadzają się co do jej konieczności, celów i funkcji, ale wychodząc z różnych modeli terapeutycznych wzbraniają się przed narzucaniem jednego obowiązującego mechanizmu oceniania, który mógłby być podstawą powszechnego dyskursu.

Na podstawie przeglądu literatury oraz wywiadów z muzykoterapeutami można stwierdzić, co następuje:

1.1. Stosowane procedury badawcze zależą od dziedziny muzykoterapii i rodzaju pacjentów, ich potrzeb, poziomu terapii, typu instytucji i orientacji teoretycznej muzykoterapeuty.

1.2. Do najbardziej znanych autorów, których modele oceny przyjęły się w środowisku muzykoterapeutów należą: Bruscia, Nordoff i Robbins,

Metody muzykoterapii koncentrują się na porównywaniu i analizowaniu form ekspresji

Amir, Aldridge, Roud, Stige, Hanser: Cytowana jest również Polka z Nowego Jorku, dr n. med. Barbara Miluk-Kolasa.

1.3. Wielu muzykoterapeutów zaadaptowało wcześniej istniejące modele oceny do potrzeb terapii, pacjentów, dziedziny w której pracują i potrzeb instytucji.

1.4. Wielu muzykoterapeutów projektuje swoje własne narzędzia oceny w oparciu o wyznaczoną przez siebie orientację teoretyczną, poziom praktykowanej terapii, obszar i potrzeby instytucji.

1.5. W niektórych przypadkach metody oceny i przeprowadzenie wywiadów z pacjentem zapożyczone są z innych dyscyplin (np. testy na inteligencję, poziom wykształcenia, standaryzowane testy osobowości).

2. Proces oceny w muzykoterapii zawiera również gromadzenie podstawowych informacji o pacjencie.



Dr n. med. Barbara Miluk-Kolasa
w swoim studio „Modern School
of Music”

*Przewaga sztuki polega na tym, że
pozwala ona nie tylko wyrazić patologię
dreńżące człowieka, lecz także na tym, że
pozwala na ekspresję potencjału
twórczego pacjenta*

2.1. W niektórych przypadkach proces oceny rozpoczyna się od zebrania informacji pochodzących z innych rodzajów terapii, którym podawany jest pacjent.

2.2. Niektórzy muzykoterapeuci konsultują się w sprawie pacjenta z innymi członkami personelu me-

dię, obszary stanu pacjenta i jego zachowanie.

2.3. Czasami terapeuci otrzymują informacje od samego pacjenta, jego rodziny, z innych dokumentów pochodzących z dokumentacji prowadzonej przez innych pacjentów oraz z innych dyscyplin.

3. Cele oceny różnią się w zależności od orientacji teoretycznej terapeutki, typu stosowanych procedur oceniających poziom stosowanej terapii, obszar, zatrudnienia i potrzeby instytucji.

3.1. W niektórych przypadkach muzykoterapeuci oceniają pacjenta zarówno pod kątem zespołu multidyscyplinarnego oceniającego kondycję pacjenta, jak i w odniesieniu do specyfiki muzykoterapii. Ocena ta polega na zbadaniu fizycznym, poznawczym, percepcyjnym możliwości lub deficytów pacjenta.

3.2. Stwierdzeniu, z wykorzystaniem muzyki, na czym polega aktualna niesprawność pacjenta.

dycznego, przeglądają dokumentację chorobową aby zebrać informacje o rodzinie, środowisku kulturowym pacjenta, poznać historię choroby, pa-

3.3. Ocenie wrażliwości pacjenta na muzykę.

3.4. Określeniu potrzeb leczniczych pacjenta.

3.5. Zbadaniu korzyści danego podejścia (metody) terapeutycznego.

3.6. Stwierdzeniu, czy jest to odpowiednie podejście (metoda).

3.7. Określeniu celów leczenia.

3.8. Zbadaniu natury związku zachodzącego między pacjentem a terapeutą.

4. Zdolności muzykoterapeuty do przeprowadzenia oceny zależą od doświadczenia klinicznego, wykształcenia, znajomości literatury psychologicznej, psychoterapeutycznej i medycznej, jego orientacji teoretycznej, a w zależności od tego różnią się narzędzia oceny.

5. Jest wiele narzędzi oceny wykorzystywanych w muzykoterapii, a ich lista ciągle się wydłuża dzięki pojawianiu się wciąż nowych metod i rozwojowi praktyki klinicznej.

6. Metody gromadzenia, utrwalania i przechowywania danych potrzebnych do oceny różnią się w zależności od orientacji teoretycznej terapeuty, stosowanych procedur, typu analizy danych, poziomu terapii obszaru działania i potrzeb instytucji.

Mogą to być:

- taśmy magnetofonowe z nagraniami,
- taśmy z nagrańmi wideo,
- pisemne notatki sporządzone w trakcie oceny,
- pisemne notatki sporządzone po ocenie,
- muzyczne notatki w trakcie oceny i po ocenie,
- kombinacja zapisu słownego i muzycznego podczas oceny,
- łączny pisemny raport i zapis muzyczny po ocenie,
- zapis kontrolny na temat zachowania pacjenta,
- obserwacja bezpośrednia,
- obserwacja zewnętrzna.

Analiza danych z procedury oceniającej może być różna w zależności od orientacji teoretycznej muzykoterapeuty, typu zastosowanej procedury, rodzaju utrwalania danych, poziomu terapii, dziedziny pracy i potrzeb instytucji.

7. Wielu muzykoterapeutów pracuje w oparciu o jeden z głównych kierunków psychoterapii, a więc behawioralny, fenomenologiczny, gestalt, i dokonuje analizy danych zgodnie z tym podejściem.

7.1. Metody oceny pacjenta nie są zunifikowane ani sztywne i są różne u różnych muzykoterapeutów.

8. Zbieranie informacji wygląda inaczej w badaniach jakościowych niż w ilościowych.

9. Zgromadzone dane składające się na ocenę są podstawą dalszej ewaluacji.

9.1. Wyniki z badań muzykoterapeutycznych porównuje się z wynikami uzyskanymi przez różnych specjalistów i na ich podstawie ustala się zintegrowany plan leczenia dostosowany do potrzeb i zasobów pacjenta.

Jeśli chodzi o proces ewaluacji to stwierdzić można, co następuje:

1. W muzykoterapii stosowane są różne procedury ewaluacyjne, także zapożyczone z innych dyscyplin (edukacji, psychologii).

2. Ewaluacji efektywności leczenia i postępów pacjenta dokonuje się okresowo na zebraniach zespołu, na których dyskutowane są raporty z przebiegu leczenia.

3. Celem ewaluacji może być:

- analiza procesu terapeutycznego i zrozumienia ról pacjenta i terapeuty,
- dynamika grupy podczas improvisacji muzycznej,
- pytanie co się dzieje z każdym uczestnikiem podczas improvisacji,
- zmiany w zachowaniu pacjenta w sferze poznawczej, emocjonalnej; komunikacyjnej i społecznej następujące pod wpływem muzyki,
- ilościowe i jakościowe aspekty produkcji dźwięków.

4. Ewaluacja muzykoterapii następuje zwykle dzięki zastosowaniu różnych metod interpretacyjnych, poprzez dyskusję grupową z terapeutą, zespołem psychiatrycznym, samym pacjentem i członkami rodziny i krewnymi.

5. Ewaluację można prowadzić regularnie, w ustalonych interwałach czasowych lub traktować ją jako proces ciągły.

6. Nie ma wystandardyzowanych raportów ewaluacyjnych, mogą być przedstawione pisemnie lub ustnie lub w obu tych formach. Czasem wymaga się od muzykoterapeutów złożenia dokumentacji postępów pacjenta w jego kartotece.

7. Metody wykorzystywane do zachowania danych dokumentujących proces ewaluacji są takie same jak w przypadku gromadzenia i utrwalania danych składających się na ocenę; nie stosuje się jedynie obserwacji.

8. Analizę danych z procedur ewaluacyjnych przeprowadza się w różny sposób, zależny od tych samych czynników, co analiza danych składających się na ocenę; nie stosuje się jedynie obserwacji.

9. Ewaluacja efektywności leczenia też może być różna, i zależy od orientacji teoretycznej zespołu multidyscyplinarnego, dziedziny pracy, poziomu terapii i potrzeb instytucji.

9.1. Nie ma konkretnych metod ewaluacji efektywności leczenia z udziałem muzykoterapii.

9.2. Efektywność leczenia ewaluowana jest w odniesieniu do założonych celów i reakcji pacjenta na specyficzne aspekty terapii w pewnym czasie.

9.3. Ewaluacja efektywności leczenia bazuje na parametrach dialogu dźwiękowego (melodia, postawa, oddech, ekspresja twarzy, artykulacja słowno-dźwiękowa, poziom zorganizowania reakcji pacjenta, kompletność informacji itp).

9.4. Ewaluacja efektywności leczenia dokonuje się poprzez indywidualną lub grupową superwizję.

Dokonany przegląd świadomości badawczej muzykoterapeutów-praktyków prowadzi do wniosku, że

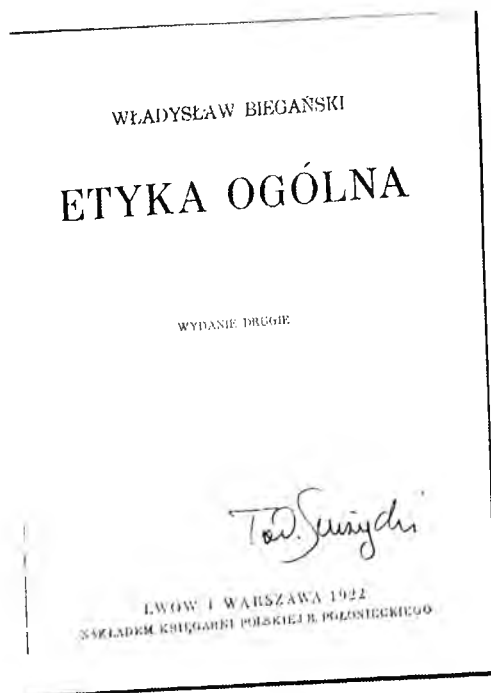
- muzykoterapia jest dyscypliną zbyt rozległą i złożoną, by można było stosować w niej zunifikowane metody oceny i ewaluacji.
- ocena i ewaluacja w muzykoterapii różni się w zależności od obszaru, w którym jest stosowana, populacji pacjentów, stosowanych technik i orientacji teoretycznej terapeuty.
- nie ma zunifikowanych kryteriów oceny i ewaluacji w muzykoterapii.

□

Zapis dyskusji zorganizowanej
w Zakładzie Etyki AM w Lublinie
16 grudnia 2000

Czy tylko dobry człowiek może być dobrym lekarzem?

Myśl Władysława Biegańskiego
analizowana raz jeszcze



W dyskusji udział wzięli: **prof. dr hab. Krzysztof Marczewski** – kierownik Zakładu Etyki AM, **dr Andrzej Józwiakowski** – przewodniczący Komisji Etyki Okręgowej Izby Lekarskiej w Lublinie, **dr Sabina Magierska** – filozof, **dr Lucyna Patyjewicz** – filozof medycyny i etyk, **dr Katarzyna Gurczyńska** – filozof, **mgr M. Kuszyk-Bytniewska** – filozof i socjolog, **dr hab. Józef Dębowski** – filozof ze specjalnością: fenomenologia, **dr Lech Zdybel** – filozof i etyk oraz **dr Andrzej Kapusta** lekarz i filozof.

K. Marczewski

Spotykaliśmy się w Zakładzie Etyki na zebraniu poświęconym dyskusji nad, wydawałoby się oczywistym, stwierdzeniem Władysława Biegańskiego: „tylko dobry człowiek może być dobrym lekarzem”. Należy ono do grupy powszechnie znanych, a dość często przytaczanych, które godne są nie tylko akceptacji, lecz zasługują również na głębszą analizę. Stąd temat naszego konswersatorium.

W dyskusji tej nie ma spraw zupełnie oczywistych – takie jest założenie. Będziemy próbowali przeanalizować również czy, paradoksalnie, bycie dobrym człowie-

kiem nie przeszkadza być dobrym lekarzem. Teoretycznie istnieją cztery możliwości.

Pierwsza przedstawiona przez Biegańskiego: tylko dobry człowiek może być dobrym lekarzem, wymaga jednak odpowiedzi na pytanie, czy aby w dobrym człowieku nie ma cech, które mu przeszkadzają być dobrym lekarzem? A zatem pojawia się druga możliwość: dobry człowiek może być jednak złym lekarzem. Trzecia ewentualność, z pozoru tak oczywista, że wydaje się mało godna dyskusji: czy zły człowiek jest z reguły złym lekarzem i wreszcie jako jej zaprzeczenie czwarta – zły człowiek może okazać się jednak dobrym lekarzem. Muszę przyznać, iż niekiedy mam wrażenie, że wśród pacjentów istnieje coś takiego jak „społeczne zapotrzebowanie” na taki typ „wybitnego fachowca”, ale jednocześnie „opryskliwego drania”. Myślę, że to kolejny mit we współczesnej medycynie. Wróćmy jednak do myśli Władysława Biegańskiego i przypomnienia jego dorobku.

L. Patyjewicz

Władysław Biegański urodzony w 1857 roku, zmarły 1917 roku, jeden z najwybitniejszych polskich filozofów medycyny, twórca podstaw filozoficznej, różnej od kodeksowej, etyki lekarskiej, jest autorem trzech niezwykle ważnych prac z etyki (na ogólną sumę 60 prac opublikowanych): *Etyki Ogólnej*, (wydanej w 1918 roku dzięki Władysławowi Tatarkiewiczowi), *Kilku uwag w sprawie etyki zawodowej lekarskiej*, (I wydanie 1899 rok) oraz jest autorem *Myśli i aforyzmów o etyce lekarskiej*, również wydanej po raz pierwszy w 1899 roku. Etykę lekarską traktował jako szczegółowy wyraz etyki ogólnej, filozoficznej, normatywnej różnej od etologii, czyli od nauki opisującej i wyjaśniającej obyczaje. Etyka filozoficzna – jak twierdził – jest nauką dedukcyjną tj. nauką o zasadach i obowiązkach



Dr. Władysław Biegański



wydedukowanych z najwyższego celu działania ukształtowanego wewnętrznie, a zatem zobowiązującego w sumieniu, czyli autonomicznego. Normy zewnętrznie akceptowane porządkują – twierdził – życie duchowe osoby i określają jej aktywność zewnętrzną. Postępowania wynikające z zaleceń etyki heteronomicznej (uznającej zewnętrzne źródło norm) Biegański nie uznawał za postępowanie moralne czyli wolne, autonomiczne, i jako takie podlegające ocenie etycznej. Postępowanie pod przymusem, pod naka-

zem zewnętrznym, nie mogło więc być oceniane w kategoriach dobra i zła, a jedynie według kryteriów funkcjonujących w obrębie praw społecznych. Ogólnoludzka i lekarska etyka filozoficzna ma zmieniać człowieka od wewnątrz, prowadząc go ku wartościom najwyższym, duchowym i czyniąc go źródłem dobra. Ukształtowany wewnętrznie ideał miłości bliźniego jest zasadniczym warunkiem zostania dobrym człowiekiem, „zaś nie będzie dobrym lekarzem kto nie jest dobrym człowiekiem”. Bez przemiany duchowej

pod wpływem ideałów sama etyka kodeksowa nie sprostą swojemu zadaniu, jakim jest blokowanie nadużyć zawodowych. Będąc ograniczona do deontologii, czyli suchego, racjonalnego wykazu norm nie może mieć większego wpływu na kształtowanie sumienia lekarza; nie może

miłości bliźniego, jako nakazy wewnętrzne sumienia, wówczas nie będzie potrzeby stosować zewnętrznych, mniej skutecznych, a bynajmniej nie doskonalących moralnie środków przymusu w postaci kar wymierzanych przez zawodowe sądy koleżeńskie z tytułu nie prze-

„Lekarz życzliwy, wrażliwy jest określany jako dobry i cieszy się zaufaniem chorych”

skłaniać go do poświęcenia i ofiary, do aktów miłosierdzia i filantropii, słowem, do działań wykraczających poza minimalistyczny postulat nie-szkodzenia choremu. Zresztą etyka kodeksowa nie gwarantuje nawet tego. „Niektorzy lekarze – pisał – próbują ująć etykę lekarską w pewne przepisy, formułki i paragrafy, sądzą jednak, że przepisy te pozostaną na zawsze martwą literą jeżeli nie będą wypływały z własnego poczucia lekarzy, z ideałów, jakie powinny przyświecać naszej działalności”. Wyrastający z miłosierdzia i współczucia ideał dobrego lekarza jako filantropa jest w medycynie niezbędny, gdyż bez niego może ona utracić swój wysoki status społeczny, spadając na poziom najpospolitszego rzemiosła. Dobry lekarz, to – w ocenie Biegańskiego – nie tylko dobry fachowiec, ale to człowiek głębokiego uczucia miłości i wrażliwego sumienia, który w chorym dostrzega coś więcej niż przypadek patologiczny, bo osobę cierpiącą, naszego bliźniego, któremu z racji godności należy się adekwatne do tego traktowanie. Pacjent nie jest bezduszną maszyną, a lekarz nie jest rzemieślnikiem od poprawiania zaistniałych w niej uszkodzeń, nawet pacjent umierający jest osobą, która ma prawa moralne, a nie tylko formalne, do w pełni podmiotowych, a więc uczuciowych relacji z lekarzem i podległym mu personelem medycznym. Gdy lekarzem będą kierować ideały ogólnoludzkie i zawodowe, zwłaszcza ideał filantropa w połączeniu z ideałem

strzegania norm ustanowionych przez korporacje lekarskie. Wypełniając swe posłannictwo w duchu najszlachetniejszych ideałów, lekarze dodają ludzkiej twarzy do naukowego oblicza medycyny. Zachowują przez to swój wysoki status i siłę oddziaływania moralnego w szerokich warstwach społecznych. W naszym stechnicyzowanym świecie, w którym coraz mniej miejsca na głębsze relacje uczuciowe między ludźmi, w którym systematycznie wzrasta znieczulica wobec cierpienia i krzywdy, a coraz głośniej wypowiedane moralnie wzniosłe hasła praw człowieka i praw pacjenta przesłaniają rzeczywiste bezprawia, w tym względzie propozycja Władysława Biegańskiego w zakresie krzewienia ideałów etycznych o charakterze uczuciowym ma stać wybitnie doniosłą, bo terapeutyczną, już choćby z tego względu zasługuje ona na szczególną uwagę ze strony środowiska medycznego.

J. Dębowski

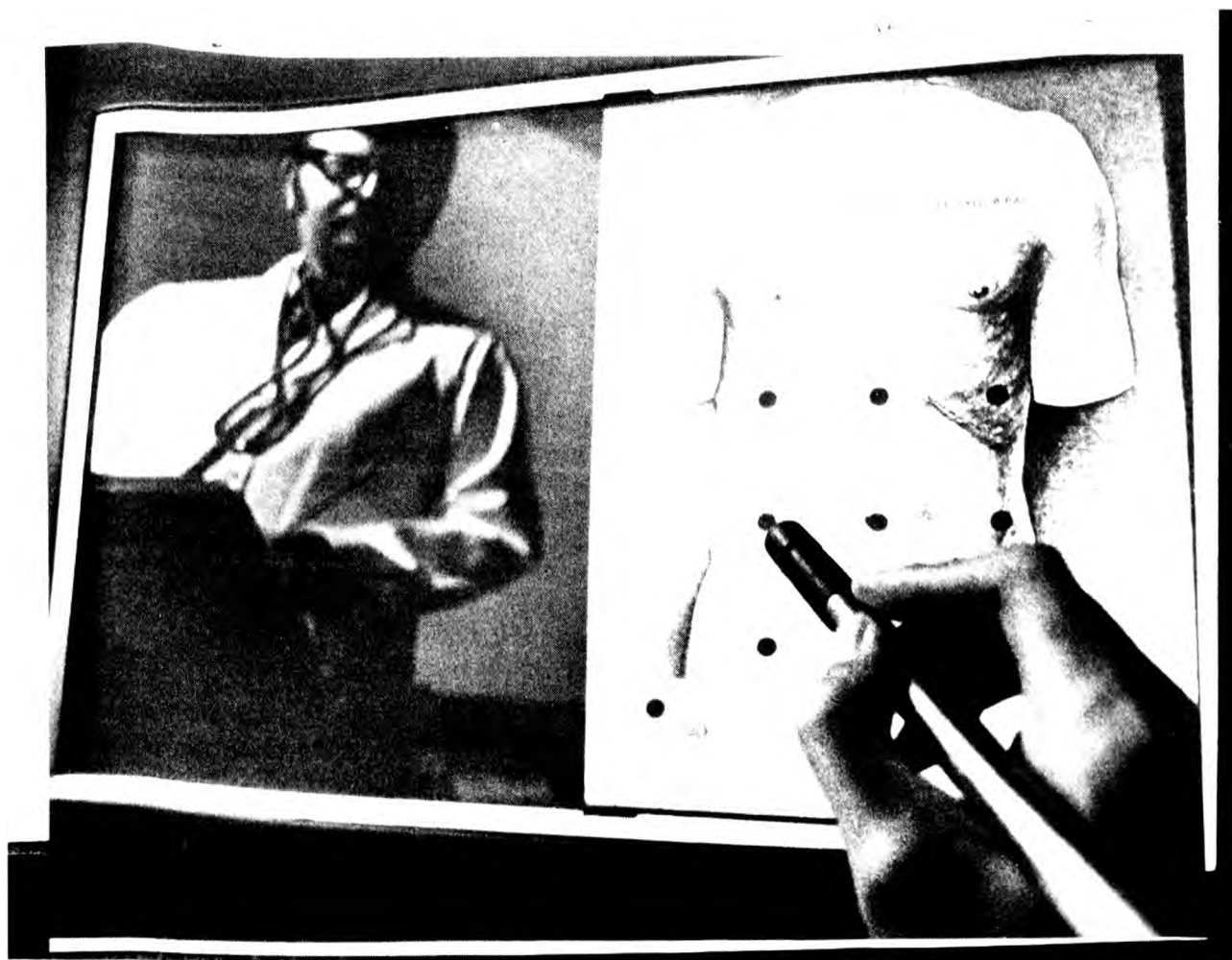
Stanowisko W Biegańskiego – jak myślę, zasadniczo trafne – trzeba jakoś uargumentować. I gdyby rzeczywiście podjąć się tej argumentacji, to przede wszystkim trzeba zwrócić uwagę na fakt, że zawód lekarski jest zawodem szczególnym. Należy bowiem do tych zawodów, które określa się mianem powołania. To nie jest wąsko pojęta profesja typu rzemieślniczego. Jak myślę, łatwo tu o zgodę zarówno w środowisku samych lekarzy, jak i poza tym środowiskiem. Skoro tak, to w tym za-

wodzie, prócz wąsko pojętych kwalifikacji zawodowych, trzeba również posiadać kwalifikacje o charakterze ogólniejszym i, skądinąd, bardziej podstawowym. Niewątpliwie trzeba tu odznaczać się dużą sprawnością intelektualną, bystrością umysłu, trzeźwością osądu,

umiejętnością podejmowania decyzji i, wcale nie mniej ważną, dojrzałością emocjonalną, słowem: wysokimi walorami umysłu i ducha. Znaczy to, że w profesji lekarskiej dobrym fachowcem – a więc, by użyć tutaj określenia Kotarbińskiego,

„człowiekiem dobrej roboty” nie może być ktoś, kto polega wyłącznie na wąsko specjalistycznej wiedzy z zakresu fizyki, chemii, anatomii, fizjologii, radiologii, neurologii i wiedzy z innych wąsko pojętych specjalności medycznych: na wiedzy znaturalizowanej, odhumanizowanej, pozbawionej elementów filozoficznych, uniemożliwiającej holistyczne pojmowanie człowieka. Zatem, moim zdaniem, wyjątkowość zawodu lekarskiego bierze się przede wszystkim stąd, że – podobnie zresztą jak i inne tego typu zawody, np. nauczyciela, żołnierza, policjanta... – jest to zawód o charakterze powołania. I właśnie dlatego lekarz winien odznaczać się owymi szczególnymi kwalifikacjami: kwalifikacjami więcej niż tylko rzemieślniczymi, także określonymi kwalifikacjami moralnymi.

A teraz zapytajmy: co to znaczy? Czy istotnie znaczy to, że „zły człowiek” **nie może być** „dobrym lekarzem”? Albo: że „zły lekarz” **zarazem** będzie „złym człowiekiem”? Jakie konsekwencje wynikają z tej odpowiedzi, a więc z faktu, że przyznajemy Biegańskiemu rację. Oczywiście, bez końca można się tu bawić w wyszukane i bardzo drobiazgowo analizy lingwistyczne. Zresztą, one też są w jakiejś mierze pouczające. Albowiem, rzeczywiście, jest tu co analizować, np.: co to znaczy być „dobrym lekarzem”? – z akcentem na przymiotnik „dobry”. Oczywiście, trzeba też analizować rzeczownik „lekarz”. Analizując ten rzeczownik koniecznie trzeba zwrócić



uwagę np. na to, czy „być lekarzem” znaczy leczyć człowieka, czy też leczyć jedynie i tylko poszczególne schorzenia, niedomogi, a więc pojedyncze defekty tej maszyny biologicznej, jaką jest człowiek (oczywiście, przy pewnej koncepcji człowieka, własnie tej naturalistycznej). Zatem, lekarz leczyć ma „człowieka” czy „chorobę”? To nie jest błaża sprawa... Z czym ten lekarz ma sobie radzić? Ma pomagać człowiekowi czy jedynie radzić sobie z pewną określoną, jednostkową, konkretną sytuacją: bólem zęba, złamaną kością podudzia, podwyższonym ciśnieniem tętniczym lub inną niedomogą? Rzecz jasna, te analizy lingwistyczne można również rozszerzyć na to, co to znaczy być „dobrym człowiekiem”, „dobrym fachow-

cem” – dobrym, niezależnie od tego, czy jest się akurat lekarzem, prawnikiem, nauczycielem, policjantem czy inny fach się wykonuje? Te analizy mogą istotnie wzbogacić naszą ogólną wiedzę o człowieku i uwrażliwić nas na tę problematykę etyczną, którą winien się kierować lekarz. Ale niewątpliwie analizy te nie są wystarczające do tego, by jakąś dobrze uargumentowaną (negatywną czy pozytywną) odpowiedź przedstawić. Zapewne przy formowaniu takiej odpowiedzi trzeba się posilkować i odpowiednio pogłębić wiedzę filozoficzną, i naszymi potocznymi intuicjami, a w końcu także pewną wyspecjalizowaną wiedzą, która uwzględnia aktualny kontekst psychospołeczny oraz obecny stan wiedzy medycznej.

K. Gurezyńska

Na pierwszy rzut oka wydaje się, że z tezą doktora Bieganskiego nie sposób się nie zgodzić, dobry lekarz to również dobry człowiek – jednak życie nierzadko weryfikuje to powiedzenie. Postawmy się w sytuacji pacjenta, którego leczy dobry lekarz, będący złym człowiekiem. Leczy nas ktoś, kto jest dobrym fachowcem, dobrze diagnozuje chorobę, przepisuje właściwą kurację, ale jest dla nas nieuprzejmy, nie przejawia zbytnej troski o nas, jest obojętny na nasze cierpienie, nie tłumaczy nam na czym polega nasza niedyspozycja itd. Gdyby ktoś zaproponował nam żebyśmy zrezygnowali z usług tego lekarza i zaczęli się leczyć u lekarza lepszego pod względem moralnym, ale



gorszego fachowca sędzę, że nikt nie miałby wątpliwości odrzucając taką propozycję.

Pojawia się tu kwestia identyfikowana w filozofii jako kartezjański dualizm psycho-fizyczny, problem wpływu duszy na ciało. Kartezjusz rozstrzyga tę kwestię twierdząc, że taki bezpośredni wpływ nie istnieje. Statystyczny człowiek nie zgodziłby się z tezą Kartezjusza, twierdząc, że nasze samopoczucie ma wpływ na przebieg choroby naszego ciała. (Na

tym przekonaniu opiera się powiedzenie Biogańskiego). Jednak gdy chorujemy dbamy przede wszystkim o ciało – szukamy dobrego fachowca, kogoś kto należycie zadba o nasze ciało, kwestie związane z duszą uznajemy w takiej sytuacji za drugorzędne, albo w ogóle nieistotne.

A. Józwiakowski

To co dr Gurczyńska powiedziała, dla mnie jako lekarza, który spę-

dził na oddziale chirurgicznym czterdzieści parę lat, jest bardzo istotną sprawą, ponieważ chirurgów można podzielić na dobrych chirurgów i szybkich chirurgów, dobrych i powolnych, dobrych chirurgów, którzy jednocześnie są dobrymi ludźmi lub takich, którzy są dobrymi chirurgami, a złymi ludźmi. Ja nie jestem pewny kogo wybralibyśmy do leczenia – czy dobrego człowieka, a marnego chirurga?

Istnieje pewien rozdzwięk mię-

dzy harmonijnym rozwojem człowieka, mianowicie rozwojem charakteru i rozwojem intelektualnym. Rozwój jest bardzo dziwnie rozłożony, ludzie którzy są pełni dynamizmu, intelektualnie sprawni są bardzo często charakterologicznie niedorozwinięci i nie mają elementarnych umiejętności wczucia się zarówno w psychikę chorego, jak i w psychikę rodziny. Są natomiast sprawni technicznie i mają duże powodzenie. Z drugiej strony lekarz, który ma czas, żeby przy chorym usiąść, wziąć go za rękę, porozmawiać z nim, bardzo często jest mniej zdolny operacyjnie, a niekiedy intelektualnie niedojrzały do roli tak ważnej jak decydowanie o życiu człowieka.

Wychowanie młodych ludzi w Polsce od dawna pozostawia wiele do życzenia i jest wielkim problemem, gdyż zarówno rodzina, jak szkoła i uczelnia nie spełniają zadań wychowawczych, a nie wiem czy można się zdać na przyrodzone właściwości, na dobroć płynącą z natury, jeśli młodemu człowiekowi, dziecku, nie wpoi się wrażliwości i umiejętności odróżnienia zła i dobra.

S. Magierska

Kontynuując myśl dr A. Józwiakowskiego, chcę powiedzieć, że rozumieć dyskutowaną sentencję Biegańskiego jako właściwą interpretację zamiarów Arystotelesa. Arystoteles tytułując dzieło poświęcone etyce ogólnej nazwał ją Etyką Nikomachejską – od imienia jego ojca – lekarza. Była ona projektem stworzenia filozofii praktycznej, regulującej wszelkie ludzkie działania na etosie lekarskim. Każdy konkretny człowiek, o którym jeszcze nie wiadomo czy będzie stolarzem, garniarzem czy politykiem (i zupełnie niezależnie od tego jakie będą jego wybory życiowe) winien być przekonany (i przyuczony) do tego, aby każde jego działanie było dobre. Na tych wyćwiczonych sprawnościach można z większą łatwością umocować wszelkie kompetencje fachowe. Medycyna wydawała się najbardziej stosownym źródłem in-

spiracji – posiadała najbardziej ukształtowaną świadomość moralną, zasady Hipokratesa oraz dyscyplinę i przemyślane cele wychowawcze adeptów. Etyka ogólna powstała więc z doświadczeń zawartych w etosie lekarza. Konieczne do sprawowania tego zawodu dyspozycje charakteru czyli odpowiedzialne za kształt działania cnoty takie jak: mądrość, rzetelność, brak brawurowej i podszytej pychą ekstremalności, przenikliwość obserwacji, prawda intencji były uznane za konieczne właściwości każdego człowieka, o którym można było powiedzieć, że jest dobrym człowiekiem. Etyka ogólna upowszechniała tylko zminimalizowane wymogi etyki lekarskiej, ta zaś od medyków wymagała ponadto wiedzy fachowej.

Jednakże Arystoteles żył w czasach odległych, w społeczeństwie inaczej zorganizowanym i nasiąkał przy ojcu medycyną, która była sposobem życia i działania jednostek autonomicznych. Lekarz był osobą samodzielną i niezależną – on sam był instytucją samą w sobie. Ten status jeszcze trwał dopóki o lekarzu mówiło się, że jest to wolny zawód, ponadto był to zawód szczególny, taki o jakim mówi J. Dębowski, że jest naznaczony powołaniem. Współcześnie lekarz jest częścią i funkcją instytucji. Jego podmiotowość jest znacznie uszczuplona jeśli nie zredukowana na rzecz szpitala, przychodni, kliniki, „szpitali zdrowia” etc. Instytucje medyczne rozkładają terapię na sekwencje specjalistycznych „usług”: jedni lekarze podejmują decyzje, a inni są tylko wykonawcami pewnych zabiegów, ich osobowość, podmiotowość, wrażliwość moralna ma tu coraz mniejsze znaczenie. Oczekiwane walory lekarza to dziś przede wszystkim sprawność rzemieślnicza, skuteczność działań i lojalność wobec instytucji.

A. Józwiakowski

Ten nacisk, aby lekarze byli równocześnie dobrymi ludźmi, jest zjawiskiem codziennym i oczekiwanym chorych. To od lekarza, który jest najbliższym chorego, a więc nie od

„Ten nacisk, aby lekarze byli równocześnie dobrymi ludźmi, jest zjawiskiem codziennym i oczekiwaniem chorych”

ordynatora czy profesora, tylko od lekarza „salowego” zależy czy chory czuje się podmiotem. Lekarz życzliwy, wrażliwy jest określany jako dobry i cieszy się zaufaniem chorych.

J. Dębowski

Aby ta nasza dyskusja rychło nie przerodziła się w głądzenie, warto ją ukonkretnić, stawiając pewne prowokacyjne pytania. Rozważmy taką oto sytuację: czy mianowicie „zły fachowiec”, w szczególności lekarz-fachowiec (kardiolog, nefrolog itd.), czy ów „zły fachowiec” może być „dobrym człowiekiem”? Osobiście nie wyobrażam sobie takiej sytuacji. Podobnie jak nie potrafię sobie wyobrazić, by mógł być „dobrym lekarzem” ktoś, kto nie jest „dobrym człowiekiem”. Nie wyobrażam sobie właśnie dlatego, że ten zawód jest powołaniem. Ten, kto go w sobie nie odnajduje, winien tedy zająć się czymś innym – cymkolwiek, np. filatelistyką. Również dla „groszorbów” jest mnóstwo ciekawszych zajęć. Bez wątplenia należy jednak uwzględnić ów współczesny kontekst działania służb medycznych. Dzisiaj, istotnie, niektóre nasze zawody – także i te, które są powołaniem – wykonujemy anonimowo-

wo (instytucjonalizacja). Myślę jednak, że generalnie idea zawodu lekarskiego jako powołania – mimo wszystkich osobliwości, jakie wymusza dzisiaj dynamika i organizacja życia społecznego – zachowuje ważność i winna być pielęgnowana. Na przykład to pozostawanie anonimowym trybikiem w maszynie bez wątpienia jest dzisiaj dotkliwą patologią – patologią, którą trzeba dobrze rozpoznać i... coś z tym robić! Zasadniczo jednak bronilibym myśli, że „dobrym lekarzem” może być tylko ktoś, kto jest „dobrym człowiekiem”. Oczywiście, mam świadomość istnienia nieskończonego katalogu zastrzeżeń, jakimi można by obwarowywać odpowiedź na pytanie: co to znaczy „dobry człowiek” czy „dobry lekarz”? Ja wiem, że ten katalog można ciągnąć w nieskończoność. Ale jeśli istotnie mamy pomóc zarówno chorym, jak i lekarzom, to kwestię tę musimy jakoś rozstrzygnąć. Więcej, musimy nawet sformułować jakąś dyrektywę – dyrektywę, która będzie użyteczna w konkretnej praktyce lekarskiej. Tylko pod tym warunkiem zdołamy pomóc i chorym i lekarzom. Nie wolno nam robić uników! Mimo tego, że ciągle nam towarzyszy niepokój, że jest to odpowiedź niedostatecznie uargumentowana i że istnieje całe mnóstwo zastrzeżeń, wątpliwości, uwarunkowań... Małemu dziecku (przepraszam za to porównanie), jeśli rzeczywiście pragnie się je dobrze wychować, trzeba zawsze przedstawiać rzeczowe i konkretne odpowiedzi. Mimo morza zastrzeżeń i niepokojów, mimo oceanu wątpliwości. Inaczej będziemy nieskuteczni. Inaczej nie nauczymy go ani myśleć, ani żyć. Inaczej w którymś momencie ono nas wyśmieje. Całkiem zasłużenie...

K. Marczewski

Postawię prowokacyjne pytanie: czy dobry człowiek może nie być dobrym fachowcem pozostając jednocześnie dobrym człowiekiem? Może w chirurgii wygląda to trochę inaczej, bo jest to w dużej mierze kwestia sprawności manualnej. Ale za-

wsze pozostaje pytanie: dlaczego lekarz czegoś nie wie albo nie umie? Być może dlatego, że zbyt mało czasu poświęcił na naukę, czyli przedłożył inne wartości, nad doskonale nie zawodowe. Może bardzo szlachetne, może np. życie rodzinne, czy troskę o własne zdrowie. Ale w efekcie gdyby nie pojechał na narty, czy nie poszedł z dzieckiem na spacer, to może w tym czasie przeczytałby o rzadkiej chorobie, która w pięć lat później dotknie jego pacjenta? Dobrym lekarzem jest się nie tylko w szpitalu, ale również w bibliotece, na kursach doskonałych. Pierwszym poziomem etycznego leczenia zębów jest umieć le-

L. Patyjewicz

Odpowiadając na pytanie w duchu Biegańskiego o cechy dobrego człowieka można przyjąć następujące odpowiedzi: przede wszystkim dobry człowiek jest odpowiedzialny w zakresie swoich obowiązków, a więc zna deontologię i stosuje się do niej. Poza tym jest odpowiedzialny w sposób indywidualny. Dobrym człowiekiem jest osoba, która posiada stałe uzdolnienia docenienia dobra dzięki nabyciu sprawności moralnych, czyli tzw. cnót, nie wystarczy, że ktoś mówi np. że ceni sobie sprawiedliwość. Trzeba być spr-

„Czy dobry człowiek może nie być dobrym fachowcem pozostając jednocześnie dobrym człowiekiem?”

czyć te zęby, a nie tylko współczuć pacjentowi, że go boli.

W tej sytuacji wydaje się jeszcze istotniejsze rozwiązanie problemu, który zasygnalizował dr A. Józwiakowski. Różne czynniki, przede wszystkim polityczne spowodowały, iż w Polsce przez wiele lat nie zawsze osoby, które potrafiłyby wykorzystać możliwości kształcenia, a jednocześnie spełniały kryteria oceny moralnej, miały takie możliwości. I odwrotnie, kiedy możliwości uzyskania technicznych umiejętności bardzo wysokich uzyskiwały osoby z ewidentnymi defektami moralnymi, jest to w jakimś sensie obciążające również cały współczesny system opieki zdrowotnej. Nie wiem czy to jest powszechne zjawisko we wszystkich krajach wychodzących ze starego systemu, ale z historii polskiej medycyny wynika, że nie zawsze tak było i po prostu osoba, która wykazywała się defektami moralnymi była eliminowana z możliwości wykonywania zawodu lekarza na etapie studenta, a już najdalej młodego asystenta.

wiedliwym. Wtedy, gdy jest sprawiedliwym i okaże to w sytuacjach tego wymagających, możemy powiedzieć o nim, że nabył cnotę sprawiedliwości. Nie wystarczy powiedzieć, że ceni się odwagę, ale trzeba być odważnym, mężnym. Tak samo w odniesieniu do współczucia i poświęcenia. Chodzi więc o interioryzację wartości, ponieważ zinterioryzowane wartości są właśnie owymi sprawnościami moralnymi. Każdy lekarz będący dobrym człowiekiem ma już wypracowane w sobie wartości moralne, czyli cnoty kardynalne lekarza, będąc uszczegółowieniem właśnie cnót dobrego człowieka. Widzimy więc, że istnieje potrzeba aretologii, czyli działu etyki, który zajmuje się sprawnościami moralnymi, byśmy mogli sprawności moralne kształtować stopniowo naszym wychowankom – przyszłym lekarzom. Dobry człowiek przedkłada w sytuacji wyboru wartości (inaczej mówiąc w sytuacji alternatywnej) wartości duchowe nad wartościami materialnymi, konformistycznymi i hedonistycznymi. Potrzebna jest

więc przyszłemu lekarzowi aksjologia etyczna jako kolejny dział etyki filozoficznej. Etyka kodeksowa ograniczona jest tylko do deontologii, ma więc zakres o wiele węższy od etyki filozoficznej. Dobrym człowiekiem kierują ideały dobra, prawdy i piękna, jako motywy wewnętrzne zawsze zgodne z sumieniem. Tutaj niezwykle ważną rzeczą jest kształtowanie sumienia – lekarские sumienia uwrażliwione, zawsze będzie działać dla dobra drugiego człowieka, co przejawia się w jak najlepszym wykonaniu zadania. Kształtowaniem sumienia zajmuje się dział etyki filozoficznej zwanej synejdezjologią. Dobry lekarz zawsze będzie podchodzić do pacjenta całościowo, czyli holistycznie, traktując go jako jedność psychosomatyczną ze szczególną preferencją osoby ludzkiej.

A. Kapusta

Dr Lucyna Patyjewicz mówiła o normatywnej postawie oraz o etycznym wychowywaniu przyszłych lekarzy. W zasadzie jest to nasze zadanie jako tych, którzy uczą studentów medycyny, filozofii, etyki, czy szeroko mówiąc nauk humanistycznych. Pojawia się problem, na ile ci studenci są otwarci na treści humanistyczne i jaką funkcję pełni filozofia w studiowaniu medycyny, czy zmienia ich sposób myślenia, czy ich uwrażliwia na treści i problemy filozoficzno-etyczne, i czy ostatecznie czyni ich lepszymi ludźmi? Prowadzone niedawno przez Amerykanów badania nad studentami medycyny wykazały, że w czasie studiów stali się oni mniej wrażliwi moralnie niż studenci innych wydziałów, pojawiał się negatywny typ zachowań typu cynizm oraz mniejszy humanitaryzm. Podejrzewam, że podobne badania przeprowadzone w Polsce niewiele by się różniły wynikami od opisywanych postaw medyków amerykańskich. Ważnym problemem jest pytanie o przyczyny tego zjawiska. Jak można zaradzić „odwrażliwieniu” studentów medycyny od problemów etycznych i humanistycznych? Zapewne studenci dostają pewną por-

cję „informacji etycznych”, mówi się do nich w sposób normatywny, że należy traktować pacjenta jako osobę, mówi się o problemie autonomii pacjenta. Ale czy przypadkiem nie istnieje pewna sprzeczność albo napięcie pomiędzy tym normatywnym przekazem, a sposobem ich uczenia przedmiotów nie tyle humanistycznych co klinicznych, gdzie kładzie się nacisk na pacjenta jako dobry materiał do uczenia, jako dobry przypadek. Dlatego dla mnie ważnym jest pytanie o rolę i miejsce filozofii czy ogólnie nauk humanistycznych w edukacji studenta medycyny? Jakiego mamy oczekiwania, jakie studenci mają oczekiwania i właściwie co możemy tutaj zmienić? Co zrobić aby aspekt etyczny i humanistyczny stał się integralną częścią studiów medycznych? Pytanie: czy tylko dobry człowiek może być dobrym lekarzem jest między innymi pytaniem o dzisiejszy status lekarza. Jest w nim zawarte pewne ukryte założenie, gdzie lekarza postrzega się jako postać bardzo ważną, umieszcza na piedestale, niczym w modelu Hipokratejskim. Natomiast we współczesnych dyskusjach pojawiają się pytania: czy my wciąż potrzebujemy takiego lekarza, wręcz czy my wciąż potrzebujemy lekarzy, czy właśnie ta rola lekarza, która była obecna od czasów Hipokratesa w ramach rozwoju medycyny i tego modelu biomedycznego nadal jest aktualna? Można więc zasadniczo mówić o dwóch skrajnych modelach: podejściu normatywnym, gdzie lekarz jest przede wszystkim postacią etyczną, która ma zobowiązania etyczne wobec pacjenta; druga skrajność to lekarz jako technolog jako naukowiec. Wydaje mi się, że współcześnie każda z tych skrajnych postaw jest nie do utrzymania. Należy raczej pytać, czy przypadkiem nie należy inaczej myśleć o lekarzu, mówiła już o tym dr Sabina Magierska? Lekarz jest przecież częścią pewnej grupy leczących, członkiem pewnego *teamu*. Czy musimy wymagać od lekarza żeby on pełnił wszystkie te role naraz? Obok działań eksperckich prowadził psy-

choterapię i opiekę socjalną. Był dobrym fachowcem i jednocześnie rozumiał pacjenta, był bardzo wobec niego opiekuńczy. Zapewne w pełnieniu pewnych czynności lepsi są inni specjaliści: psychologowie, psychoterapeuci, pielęgniarki, pracownicy socjalni. Być może dobry lekarz powinien umieć dobrze współpracować z innymi fachowcami, znać swoje kompetencje. Powstaje przy tym pytanie, kto powinien przewodzić w tej grupie? Jeżeli lekarz, to on musi mieć szerszą wiedzę właśnie z zakresu socjologii, psychologii, ekonomii, żeby móc dobrze organizować i kierować grupą specjalistów, jeżeli zaś np. pielęgniarka – musiała by mieć większą wiedzę medyczną. Padają więc pytania toteż i filozof powinien stawiać takie pytania: czy my wciąż potrzebujemy takiego wizerunku lekarza, zawodu lekarza traktowanego jako powołanie i jako postać, która z perspektywy pewnego systemu wartości wytwarza i wykorzystuje cały medyczny arsenał? Za podejściem normatywnym, albo jakby w duchu etyki cnoty, etyki charakteru też można znaleźć argumenty. Została niedawno przetłumaczona na język polski klasyczna już książka amerykańskich autorów pt. „Zasady etyki medycznej” (Beachamp). Jej autorzy kładą nacisk na pewne praktyczne zasady, mówią, że należy podawać pewne praktyczne kryteria rozwiązywania problemów etycznych, przy czym jednocześnie stwierdzają, że problemy ludzkie, a problemy medyczne w szczególności, nie dadzą się zawrzeć, ani w jasnych kryteriach etycznych, ani tym bardziej w kodeksach etyki medycznej. Dlatego potrzebny jest nacisk na kształtowanie pewnych postaw, pewnych cnót lekarza. Proponuje się tutaj cztery podstawowe cnoty: współczucie, rozważa, zdolność do odwzajemniania zaufania i integralność. W ten sposób nawet jeżeli z praktycznych względów zakwestionujemy model lekarza Hipokratesowego, to i tak nie uciekniemy od etyki charakteru i etycznej postawy lekarza, od pewnego idealnego wizerunku lekarza. Podejrzewam, że

nie ma tutaj sprzeczności pomiędzy pytaniem, czy wciąż potrzebujemy lekarzy i między tym czy lekarz powinien być dobrym człowiekiem.

J. Dębowski

Wypowiedź dr A. Kapusty prowokuje mnie do postawienia kolejnego pytania: czy lekarzy należy edukować jako dobrych ludzi? Zgodnie z ideą swoich wcześniejszych wypowiedzi chciałem powiedzieć, oczywiście, tak. Tyle, że na okoliczność tej edukacji wcale nie trzeba, wbrew temu co się praktykuje np. w środowiskach medycznych na gruncie amerykańskim, tworzyć bardzo szczegółowych kodeksów lub katalogów nakazów i zakazów – kodeksów, które zwalniają od samodzielnego myślenia i... odpowiedzialności. Wszak kodeksu, który byłby stosowalny i użyteczny w każdej sytuacji i w każdych okolicznościach, i tak nie da się opracować. Jest to idea chimeryczna, nie realizowalna. Wystarczy więc, jeśli w trakcie edukacji personelu medycznego – w trakcie kształcenia lekarzy i innych służb medycznych – zatroskamy się o wzbogacanie ich wiedzy o człowieku i należyte rozwijanie ich samoświadomości. Ważne jest tu jedno i drugie: zarówno wiedza o człowieku (o człowieku, a nie tylko ludzkim organizmie!), jak i owa samoświadomość. Jeśli w procesie edukacji lekarzy jest jakaś istotna rola do spełnienia dla filozofów i etyków, to przede wszystkim właśnie taka, by **odnaturalizować** ich wiedzę o człowieku i, m. in. dzięki temu, uczynić **wrażliwymi** na świat drugiego człowieka. Uwrażliwianiu sumień oraz kształtowaniu i wysubtelnianiu tradycyjnych cnót etycznych musi więc towarzyszyć pogłębianie i wzbogacanie wiedzy o człowieku jako istocie **psychofizycznej** i zorientowanej na **wartości** (a nie tylko rzeczy wartościowe!). Ta wiedza i ta

szczególna wrażliwość na świat duchowy i sprawy drugiego człowieka jest bowiem (winna być!) trwałym elementem **etosu** pracy lekarza. Tylko pod tym warunkiem i tylko z tej racji daje się uzasadnić jego szczególna (wyróżniona) pozycja w strukturze społecznej. Tylko pod tym warunkiem i na tej podstawie można go uczynić depozytariuszem ludzkiego życia.

L. Zdybel

Proponuję powrócić do fundamentalnej kwestii, którą poruszył doc. Dębowski. Otóż musimy przyjąć jakąś roboczą wersję rozumienia przynajmniej tego, co znaczy być „dobrym człowiekiem”. W przeciwnym wypadku nie będziemy mogli stworzyć relacji między byciem

**„Dobry” człowiek,
to dobry człowiek;
„zły” człowiek, to zły
człowiek. Oczywiście
człowiek jest zawsze
konkretnym
człowiekiem.
Czasem jest też
lekarzem.
Lekarz zatem, to
człowiek plus „lekarz”**

„dobrym” człowiekiem”, a byciem „dobrym” lekarzem. Przywoływano tu wielkie postaci, zaś w tle stanowiska Biegańskiego odnajduję wyraźnie ślady choćby myśli sokratejskiej czy arystotelesowskiej.

Sądzę, że właśnie wielka tradycja filozoficzno-etyczna może być pomocną w ustaleniu warunków wspomnianej relacji, zwłaszcza pod

względem jej zwrotności. Niektóre z naszych wypowiedzi zdają się bowiem implikować przekonanie, że „zły” lekarz, to zarazem „zły człowiek”. Przyjmijmy np. tę tradycję, która konkluduje, że będąc dobrym (cokolwiek by to nie znaczyło) człowiekiem – jeśli rzeczywiście nim się jest – nie można przestać nim być. Z kolei wydaje się, że będąc dobrym lekarzem stosunkowo łatwo można przestać być takowym. Np. chirurg, który traci rękę, wzrok, czy po prostu manualną sprawność, przestaje być dobrym chirurgiem, choć w dalszym ciągu dysponuje wiedzą i doświadczeniem, które może – w jakiś sposób – przekazywać innym; nie traci też chyba nic ze swego człowieczeństwa. Ale jako „leczący” nie jest już „dobry”. Dzieje się tak dlatego, ponieważ pojęcia „dobra” i „zła” w obu tych obszarach znaczeniowych nie są treściowo tożsame.

„Dobry” człowiek, to dobry człowiek; „zły” człowiek, to zły człowiek. Oczywiście człowiek jest zawsze konkretnym człowiekiem. Czasem jest też lekarzem. Lekarz zatem, to człowiek plus „lekarz”. Pytanie zatem brzmi: w jakim stopniu bycie „dobrym” lekarzem zależy – i czy zależy – od bycia „dobrym” człowiekiem. Jeśli przyjmiemy, że dobre leczenie oznacza leczenie skuteczne, to zaś zależy od sprawnego działania opartego na dyrektywach prakseologicznych, wówczas zauważymy, że – być może – w pytaniu stanowiącym temat naszej dyskusji, tkwi ukryty błąd polegający na zapoznaniu różnicy między sprawnościami i ocenami moralnymi („dobry” człowiek), a sprawnościami i ocenami prakseologicznymi („dobry” lekarz). Intuicyjnie jednak, jak rzekłby metaetyk G. E. Moore, doświadczamy, że stan naszego umysłu jest inny, gdy mówimy „dobry” lekarz, a inny, gdy mówimy „sprawny” czy „skuteczny” lekarz. Innymi słowy, „dobry”, w tym przypadku, nie znaczy „skuteczny”. To tak jakbyśmy powiedzieli o kimś: „Przez całe życie był lekarzem, wyleczył wiele osób, ale nigdy nie był *panem doktorem*.”
Zwróćmy się teraz ku innej pro-

pozycji „dobrego” człowieka. W odróżnieniu od powyższej, esencjalnej, nazwijmy ją procesualną. Pochodzi ona, zdaje się od Kierkegarda i głosi, że „dobry” człowiek to człowiek, który pragnie dobra. Pragnienie dobra zaś manifestuje się w wyznaczaniu sobie takiej granicy pewnych czynów dopuszczalnych, pod względem moralnym, poza którą to granicę w żadnym wypadku wykroczyć niepodobna. Powinniśmy teraz chyba poszukać takich czynów, choćby kilku, które wyznaczyłyby, w przybliżeniu, jakiś wspólny mianownik bycia „dobrym” lekarzem i bycia „dobrym” człowiekiem w tym sensie, iż popełnienie ich de-zawuuje nas jako „dobrych” ludzi i „dobrych” lekarzy jednocześnie. Oznacza to, że jeśli uważam się za dobrego człowieka, to dlatego, iż nie popełniam pewnych czynów (np. nie zabijam) i nie popełniłbym ich jako lekarz – wprawdzie lekarz, ale przede wszystkim człowiek.

J. Dębowski

Polegając całkowicie na kompetencji etycznej dr Zdybła, chciałem prosić go o konkretną odpowiedź na nasze pytanie: czy mianowicie jego zdaniem i w świetle jego wiedzy etycznej możliwa jest sytuacja, że jest „dobrym lekarzem” ten, kto nie jest „dobrym człowiekiem”? Podkreślam: „dobrym lekarzem”, a nie np. mistrzem od „chirurgicznego scyzoryka”, „montażu rozruszników”, „łatania dziur w jelicie grubym” lub „rozbijania kamyków nerkowych”. Czy ta manualna maestria, nawet gdy wsparta jest drobiazgową wiedzą z zakresu anatomii i fizjologii ludzkiego organizmu, jest warunkiem wystarczającym bycia „dobrym lekarzem”?

L. Patyjewicz

Wypowiedź kolegi Zdybła („człowiek dobry to taki, który pragnie dobra”) oprócz wartości moralnej intencji, należy wziąć pod uwagę wartość moralną czynów. Ważny również jest i trzeci element, mianowicie: wartość moralna środków, które realizują intencje w postaci owych czynów. Środki te powinny być etycz-

nie dobre i służyć do dobrego celu. Aby zablokować nieetyczną zasadę: „cel uświęca środki”, wszystkie intencje, środki i czyny, powinny podlegać ocenie etycznej.

M. Kuszyk-Bytniewska

Wydaje mi się ważne to, co rzekł dr Zdybel. Nie można zastanawiać się nad relacją: dobry człowiek-dobry lekarz, nie biorąc pod uwagę tego, co znaczy „być dobrym człowiekiem”, a co „dobrym lekarzem”. Być dobrym lekarzem (czyli świetnym fachowcem?) i dobrym człowiekiem, ma bądź może mieć pewien zbiór wspólny, ale ma też elementy nie dające się porównywać. Warto byłoby również, jak sądzę, zrobić taki sondaż i zapytać: czego ludzie oczekują idąc do lekarza – dobrej fachowości czy nieskazitelnej moralności? Czy utożsamiają te pojęcia, czy też różnicują je? Myślę, że nie oczekują na pewno współczucia, ale raczej tego, żeby im lekarz pomógł w cierpieniu, zaradził dolegliwościom. Współczucia oczekujemy od bliskich, od przyjaciół lub od rodziny, nie od lekarzy. W związku z tym należałoby się zastanowić, gdzie jest ten wspólny mianownik „bycia dobrym człowiekiem” i „dobrym lekarzem”. Lekarz bardzo często musi szybko wybierać, decydując o ludzkim życiu równocześnie decyduje, chcąc nie chcąc, o ludzkim cierpieniu, czasem upokorzeniu. Lekarz często stoi w obliczu takiej sytuacji, kiedy nie może wybrać dobrze, a jedynie może wybrać mniej-
sze zło.

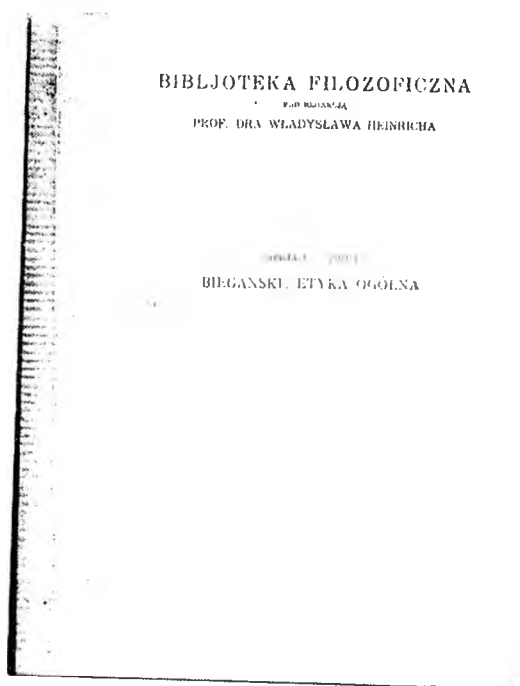
L. Patyjewicz

Według opisu sytuacji, jaka ma miejsce, nie wolno wyprowadzać norm etycznych z opisu ich funkcjonowania w praktyce moralnej. Nor-

my etyczne to nie są normy moralne! Gdybyśmy chcieli z opisu wyprowadzać normy to nie uzyskalibyśmy poprawy moralnej i nie byłoby postępu w tym zakresie.

A. Józwiakowski

Ja chciałbym zadać pytanie Panu docentowi, który wspomniał o tym, że musimy uczyć jako zespół dydaktyczny pracujący nad wszczepieniem problemów etycznych młodzieży akademickiej, musimy uczyć wrażliwości. Ja przyznam, że ogrom-



nie cenię wrażliwość u ludzi i zgadzam się z dr Sabiną Magierską, że nie chodzi tu o sentymentalizm. Kwestia wrażliwości jest bardzo trudna z wychowawczego punktu widzenia, zwłaszcza iż życie niesie wzorce przeciwne, jest pełne scen brutalnych, niszczących młodą psychikę.

Warto zatem, co rychlej zastanowić się – jak uczyć naszą młodzież wrażliwości?

„Extra”

DR WIESŁAW LITWIN

Karnawał 1969 roku w Radzynie Podlaskim. Najliczniejsze i najbardziej udane bale odbywały się w salach Pałacu Potockich zbudowanego w połowie XVIII wieku przez architekta włoskiego pochodzenia Jakuba Fontanę dla marszałka Trybunału Koronnego, cześnika koronnego, generała artylerii Eustachego Potockiego. Pałac ten znajduje się w pierwszej dziesiątce takich cudów europejskiej kultury jak Wersal, Sanssouci w Poczdamie, Pałac Admiralicji w Petersburgu, Sobieskiego w Wilanowie, Branickich w Białymstoku itp. Istnieje pogląd, że pałac radzyński zajmuje pod względem wartości artystycznej piąte miejsce w tej dziesiątce europejskiej, po pałacu wilanowskim, ale przed białostockim pałacem Branickich*.

* Stanisław Jarmuł – „Szkice z dziejów Radzyna Podlaskiego i byłego powiatu radzyńskiego”.

Mroźna, styczniowa noc. Pod butami skrzypiący śnieg, niebo roziskrzone tysiącami gwiazd i powoli przetaczający się po nim księżyc w pełni.

Na rześkości oświetlonej sali bawiono się kilkadziesiąt par, orkiestra grała najnowsze przeboje z królującym na parkiecie twistem. Znalazłem się w nielicznym gronie lekarzy, którzy wraz z żonami przybyli tu aby potańczyć i posłuchać dobrej muzyki. W owym czasie w naszym powiatowym mieście było 15 lekarzy, którzy żyli ze sobą w pracy i na spotkaniach towarzyskich. Na dyżurach zostali tylko dwaj lekarze: jeden w szpitalu, a drugi w pogotowiu ratunkowym.

Około północy tańczono właśnie walca kotylionowego, gdy na sali balowej pojawiła się postać całkowicie nie przystająca do okoliczności i otoczenia. Na podium dla orkiestry wszedł rosły mężczyzna w kożuchu z szerokim baranym kołnierzem. Na nogach miał zimowe, filcowe buty.

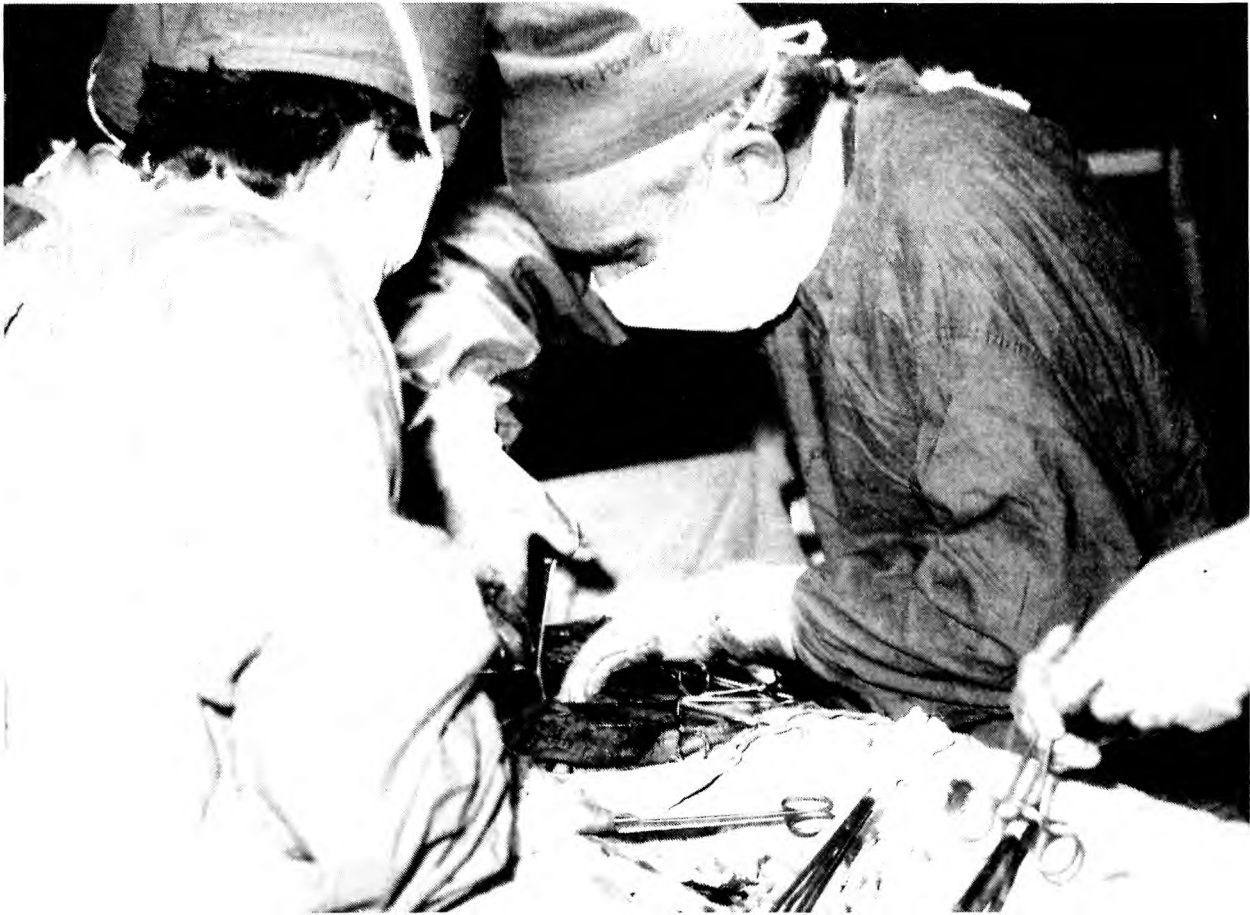
Całość jego ubrania ostro kontrastowała z powiewnymi kreacjami pań, dużymi dekolantami i nagimi ramionami, oraz wieczorowymi strojami panów. To sanitariusz pogotowia ratunkowego uniesioną ręką uciszył orkiestrę i zawołał do mikrofonu: doktor Litwin proszony jest natychmiast do szpitala! Karetka czeka przed pałacem!

Co było robić? Byłem jedynym ginekologiem w szpitalu i nikim nie mogłem się wyręczyć. Pożegnałem się z moim towarzystwem, któremu powierzyłem opiekę nad moją żoną i pojechałem.

W drzwiach izby przyjęć czekał już zniecierpliwiony lekarz dyżurny.

- Dobrze, że już pan jest – mówił szybko podnieconym głosem – osiemnastoletnia dziewczyna, panna, stan bardzo ciężki, ale przytomna. Ciśnienie krwi 80/50, tętno nitkowate – 140/min. Jest w szoku. Błada, ma duszność, sinicę warg, rysy twarzy zaostrome. Przywiózł ją ojciec saniami. O, to ten pan – wskazał na przerażonego, stojącego przy ścianie mężczyznę.

- Jestem jej ojcem. Przed godziną wystąpił u córki bardzo silny ból w podbrzuszu. Córka na krótko straciła przy-



tomność i stała się bardzo blada. Następnie pojawiło się parcie na stolec i klucie w okolicy obojczyka.

Na sali zabiegowej przystąpiłem do badania ginekologicznego i stwierdziłem: obniżenie oraz żywą bolesność tylnego sklepienia pochwy, Wykonałem punkcję zatoki Douglasa. W strzykawce pojawiła się zhemolizowana krew z drobnymi skrzepikami. Obraz kliniczny wyraźnie wskazywał na pękniętą ciążę pozamaciczną. (*Graviditas extrauterina rupta* – zwyczajowo określana przez ginekologów jako EXTRA).

Operacja ginekologiczna w Szpitalu Powiatowym im. Profesora Feliksa Skubiszewskiego w Radzynie Podlaskim

Pałac Potockich w Radzynie Podlaskim – skrzydło zachodnie



Stan chorej trochę się poprawił. Zdolności adaptacyjne organizmu spowodowały niewielki wzrost ciśnienia krwi - 100/60 oraz lepiej wyczuwalne tętno. Pacjentka pyta jak będzie leczona.

Oświadczyłem pacjentce i jej ojcu, że konieczna jest natychmiastowa operacja, polegająca na operowaniu krwotoku wewnętrznego przez wycięcie zniszczonego jajowodu. Poprosiłem, aby chora podpisała zgodę na wykonanie operacji. I tu zaczyna się problem. Pacjentka stanowczo odmawia podpisania zgody, gdyż – jak powiada – boi się operacji. Przekonywanie i tłumaczenie, że nie wykonanie natychmiastowej operacji grozi śmiercią na nie się zdały. Mówi, że woli umrzeć niż być operowana. Nie podpisze i już!

W tej, jakże trudnej sytuacji zdecydowałem się – mimo późnej pory zatelefonować do mieszkania zaprzyjaźnionego prawnika po poradę co mam robić? Czy mogę przystąpić do operacji bez zgody pełnoletniej pacjentki? A może ojciec mógłby za nią podpisać zgodę?

Prawnik, powołując się na odpowiednie paragrafy kategorycznie zabronił wykonania operacji bez pisemnej zgody pacjentki. Zaznaczył, że gdyby pacjentka była nieprzytomna to komisja złożona z kilku lekarzy mogła by wydać orzeczenie o konieczności ratowania życia chorej drogą wykonania zabiegu. Pisemna zgoda ojca byłaby wymagana, gdyby córka była niepełnoletnia.

***Przekonywanie i tłumaczenie,
że nie wykonanie natychmiastowej
operacji grozi śmiercią
na nic się zdały.
Mówiła, że woli umrzeć niż być
operowana. Nie podpisze i już!***

Zleciłem wykonanie badań laboratoryjnych i podłączyłem kroplówkę dożylną z dekstranem. Pacjentka miała grupę krwi AB Rh – ujemny. Takiej krwi w szpitalnym punkcie krwiodawstwa nie było. Poprosiłem telefonicznie o pomoc dyżurnych z Wojewódzkiej Stacji Krwiodawstwa w Lublinie. Niestety mają tylko 250 ml. Wysyłają ją do nas karetką lubelską na spotkanie z karetką radzyńską. Będą się starać o więcej takiej krwi w innych stacjach.

A teraz dygresja na temat stanu i możliwości ówczesnej telekomunikacji na terenach wschodniej Polski. Aparaty telefoniczne były na tak zwaną korbkę. Chcąc się gdzieś do dzwonić należało cierpliwie kręcić korbką aparatu do chwili, aż zgłosi się dyżurna telefonistka w centrali na poczcie. U niej zamawiało się rozmowy, podając miejscowość i numer abonenta.

Istniały trzy rodzaje rozmów telefonicznych: 1. rozmowa zwykła, na którą czekało się w zależności od odległości około jednej godziny (w godzinach szczytu często dłużej), 2. rozmowa pilna – oczekiwanie około trzydziestu minut, 3. rozmowa błyskawiczna – na ratunek – oczekiwanie kilka minut. Koszt tych połączeń był adekwatny do rodzaju rozmowy. Trzeba przyznać, że nasze panie telefonistki bardzo się starały, aby szybko zrealizować zamówioną rozmowę.

Czas nieubłagany uciekał i szanse na uratowanie chorej malały z każdą chwilą. Wtedy zwróciłem się o pomoc do jej ojca. Ojciec świadomy niebezpieczeństwa jakie zagraża

córce padł przed nią na kolana i ze łzami w oczach błagał ją aby podpisała zgodę. Muszę przyznać, że scenę tę tak mocno przeżyłem, że do dziś pamiętam jej dramaturgię. Prośba ojca pomogła. Córka zgodę na zabieg podpisała. Odetchnąłem z ulgą. Szybko na salę operacyjną. Premedykacja Scophedalem, narkoza (kapana eterem na maskę). Otworzyłem jamę brzuszną. Pełno krwi. Ssak, serwety, aby najszybciej jak tylko można dotrzeć do źródła krwawienia. I w tym momencie na sali operacyjnej zgasło światło...

Konsternacja. Straszne uczucie. W jednej chwili poczułem jak moje ciało zalewa zimny pot. Otoczyła nas wszechogarniająca ciemność. Po zgaśnięciu lampy bezcieniowej oświetlającej dotychczas całe pole operacyjne nagle nie widać nic, gdyż wzrok nie potrafi się tak szybko zaadaptować.

- *Dajcie natychmiast jakieś światło* – zawolałem rozpaczliwie, nie wierząc, że stanie się cud. Wiedziałem bowiem, że szpital nie posiadał spalinowego agregatu, wytwarzającego prąd elektryczny chociaż dyrekcja szpitala czyniła właśnie o to usilne staranie. I wtedy odezwała się pani Bronia, salowa z sali operacyjnej.

- *Mam światło panie doktorze* – krzyczy i zapala ręczną latarkę na baterie. Promień światła padł na pole operacyjne. Jest! Krwawiący jajowód zniszczony przez trofoblast. Kleszyczki, nożyczki, podklucie, podwiązanie. Sytuacja opanowana. Za chwilę zapaliło się światło lampy sali operacyjnej. Teraz spokojnie mogłem kończyć operację. Odprężenie. Swym zwyczajem podziękowałem asyście, pielęgniarce prowadzącej narkozę, instrumentariuszce, szczególne podziękowanie złożyłem nieocenionej pani Broni.

Wyszedłem z sali operacyjnej na uginających się nogach, błądy, spocony, zestresowany całą tą sytuacją. Najpierw walka o zgodę na operację, a potem nagły brak światła w kulminacyjnym momencie zabiegu, „zwały mnie z nóg”.

Ale oto sanitariusz pogotowia ratunkowego przywiózł krew. Po wykonaniu próby krzyżowej i biologicznej podłączono ją chorej. Ojciec pacjentki, siedzący pod drzwiami sali operacyjnej podbiegł do mnie i zapytał o stan zdrowie córki.

- *Czy przeżyje?*

- *Tak, będzie żyć* – odpowiedziałem i skierowałem się do dyżurki lekarskiej, gdzie półprzytomny padłem na tapczan. Salowa podała mi gorącą herbatę. W tej sytuacji bardzo przydałaby się kawa, lecz w tamtych czasach prawdziwa ziarnista kawa w Polsce była truc-

Opowieść położnika

no dostępna. Na specjalne okazje kupowało się ją w Pe-wexie za bony dolarowe lub od kierowców TIR-ów wyjeżdżających na Zachód. Chwilę odpocząłem, następnie poszedłem na 15-lóżkową ogólną salę chorych, gdzie leżała nasza pacjentka wraz z czternastoma innymi chorymi. Niestety, w naszym szpitalu nie było warunków do wygospodarowania osobnej sali pooperacyjnej. Stwierdziłem, że stan operowanej jest dość dobry, ciśnienie krwi 110/70, tętno 100/min. Silne, młode serce, przetaczane krew i płyny podawane dożylnie powoli wyprowadzały pacjentkę ze wstrząsu.

Pozwoliłem ojcu usiąść przy łóżku córki, a pielęgniarsce dyżurnej przekazałem dalsze zlecenia. Pacjentka, budząc się z narkozy otworzyła oczy. Popatrzyła na osoby stojące przy jej łóżku i zapytała cichym głosem czy już

jest po operacji. Odpowiedziałem, że operacja przebiegła pomyślnie.

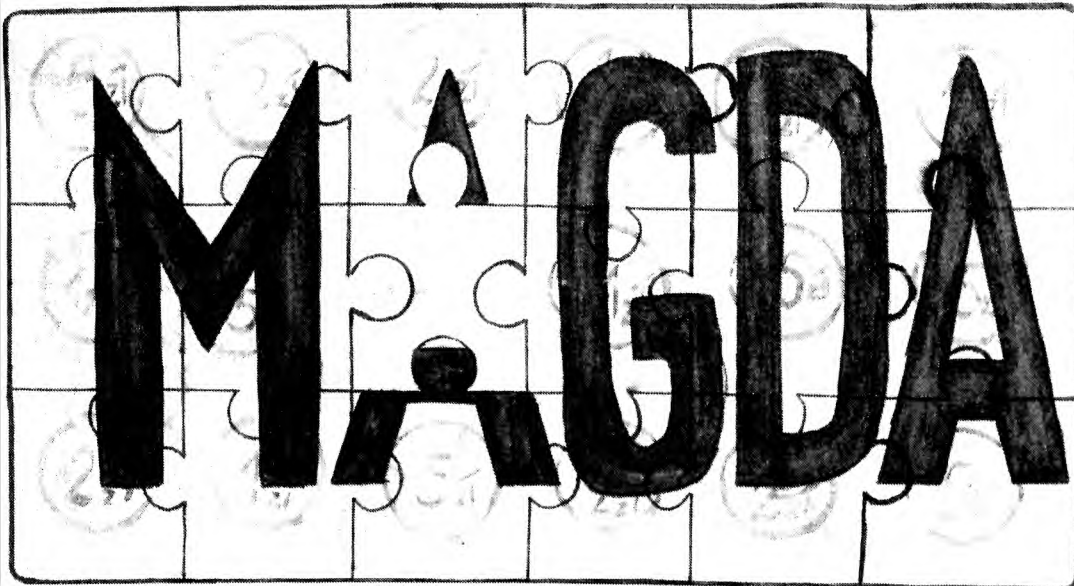
Poprosiłem, aby spokojnie leżała i starała się zasnąć. Nagle, chwyciła mnie za rękę.

- *Dziękuję, panie doktorze!*

Wyszedłem na podwórze szpitalne. Dokoła roztaczała się piękna, zimowa noc. Spacerując po ośnieżonych alejkach chłonałem w płuca rześkie, czyste powietrze. Musiałem się dotlenić i odprężyć po tych mocnych przeżyciach. Spojrzałem w niebo: Wielka i Mała Niedźwiedzica wskazywały Gwiazdę Polarną. Pызaty księżyc swoim blaskiem jasno oświetlał uroczą radzyńską ziemię w zimowej szacie. Cisza i spokój emanowały z tej wspaniałej aury. Gdzieś w oddali usłyszałem okrzyki i śpiew.

To uczestnicy zabawy wracali już do swych domów.

Apel



**Studentka naszej lubelskiej
Akademii Medycznej**

Pomóżmy jej wyzdrowieć!

**Zbieramy na operację
przeszczepu szpiku**

**BĄDŹ SPONSOREM
ŻYCIA!**

Potrzebny jest każdy grosz!

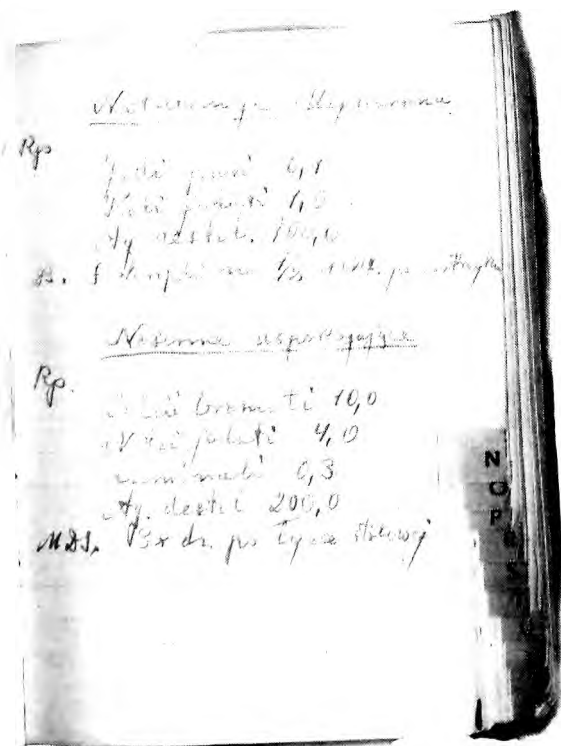
**Daj go osobie odpowiedzialnej za
tę akcję na twoim roku lub wpłać
na konto:**

**Fundacja na rzecz chorych z nowotworami krwi
przy Instytucie Hematologii i Transplantologii
Warszawa ul. Chocimska
PKO BP XIII Oddział W-wa 10201 130-21018-270-1/124**

Receptariusz doktora Jerzego Płatakisa

W poszukiwaniu potrzebnych dokumentów odkryłam na dnie szuflady niewielki notes. Z tym notesem wiąże się wiele wspomnień.

DR KRYSZYNA PŁATAKIS-RYSAK



To niezwykley notes. To skoroszyt w twardej oprawie introligatorskiej o wymiarach nieco mniejszych niż połówka zeszytu. Towarzyszył mojemu zmarłemu mężowi przez całe zawodowe życie. Zapisywał w nim składy recept, które z powodzeniem stosował w praktyce i także te, które spotykał na swej drodze i, które wzbudziły jego zainteresowanie. Recepty były wpisywane alfabetycznie według własnego kodu. Mogła to być nazwa choroby, mogły być objawy, mogła też być kompozycja związana z jej autorem (tak jak przepis na pączki ciotki Klementyny). Jerzy miał pismo kostropate, ale utrzymane konsekwentnie w jednym stylu i zdecydowanie czytelne. Po jego śmierci niejednokrotnie korzystałam ze sprawdzonych przez niego recept, a także dopisałam kilka swoich. Jerzy Płatakis był doskonale zorganizowanym pedantem. Obserwowałam jego metodę zbierania materiałów do wydawanych później publikacji. Wszystkie zapisy i wyniki badań były dokładnie, systematycznie poukładane i zabezpieczone tak, aby nie istniała możliwość jakiegos zagubienia, czy pominięcia i tracenia czasu na poszukiwania. Pracował skutecznie, więc szybko, choć o komputerach nikt wtedy jeszcze nie marzył. Wolny czas poświęcał ukochanym znaczkom pocztowym, a miał ich niemały zbiór. Był tam pierwszy polski znaczek, była poczta powstańcza i wiele innych, które później pozwoliły mi na zorganizowanie samodzielnego życia dla siebie i naszego syna – pogrobowca.

Miał czas na codzienne partie szachów z przyjacielem doktorem Stanisławem Brokmanem i na cotygodniowego, sobotniego brydża, a także na towarzyskie kontakty najczęściej w gronie lubelskich przyjaciół, którzy za rektorem Tadeuszem Kielanowskim zasilili kadry naukowo-dydaktyczne Białostockiej Akademii Medycznej. A byli to nie licząc rektora: Biruta Fąfrowicz – ftyzjatra, Wanda Kaza-

nowska – ginekolog, Hania Kościk – farmaceutka, Staś Brokman – styżajtra, Stasia Bańkowska – radiolog. A co ciekawe, że poza rektorem, wszyscy mieszkaliśmy w jednym bloku.

Jerzego każda z wymienionych czynności pochłaniała bez reszty. Pewnego dnia, gdy grał w szachy z Brokmanem mieszkającym za ścianą to jego żona wtargnęła do naszej kawalerki z pełną walizką i z propozycją, żeby się do nas przeprowadził. Była wściekła. Staś przerwał partię i skruszony, obarczony walizką powrócił do domu. Brydź trwał zwykle od sobotniego wieczora do niedzielnego świtu. Przekąską do „napojów” stanowiły kromki chleba z paprykowaną słoniną. To była najlepsza i jedynie dostępna wędlina w tamtych wczesnych, pięćdziesiątych latach. Było, minęło...

Pozostał notes własnoręcznie przez doktora Jerzego Płatakisa regenerowany za pomocą kleju i dodatkowo wzmocniony okładką z ceraty. Pozwólę sobie przytoczyć kilka zanotowanych przez niego recept. | |

Krem Alibura

Rp.
Cuprum sulfuricum 0,06
Zinci sulfurici 0,12
Zinci oxydati 10,0
Aquae calcis
Lanolini aa 20,0

Dziąsła

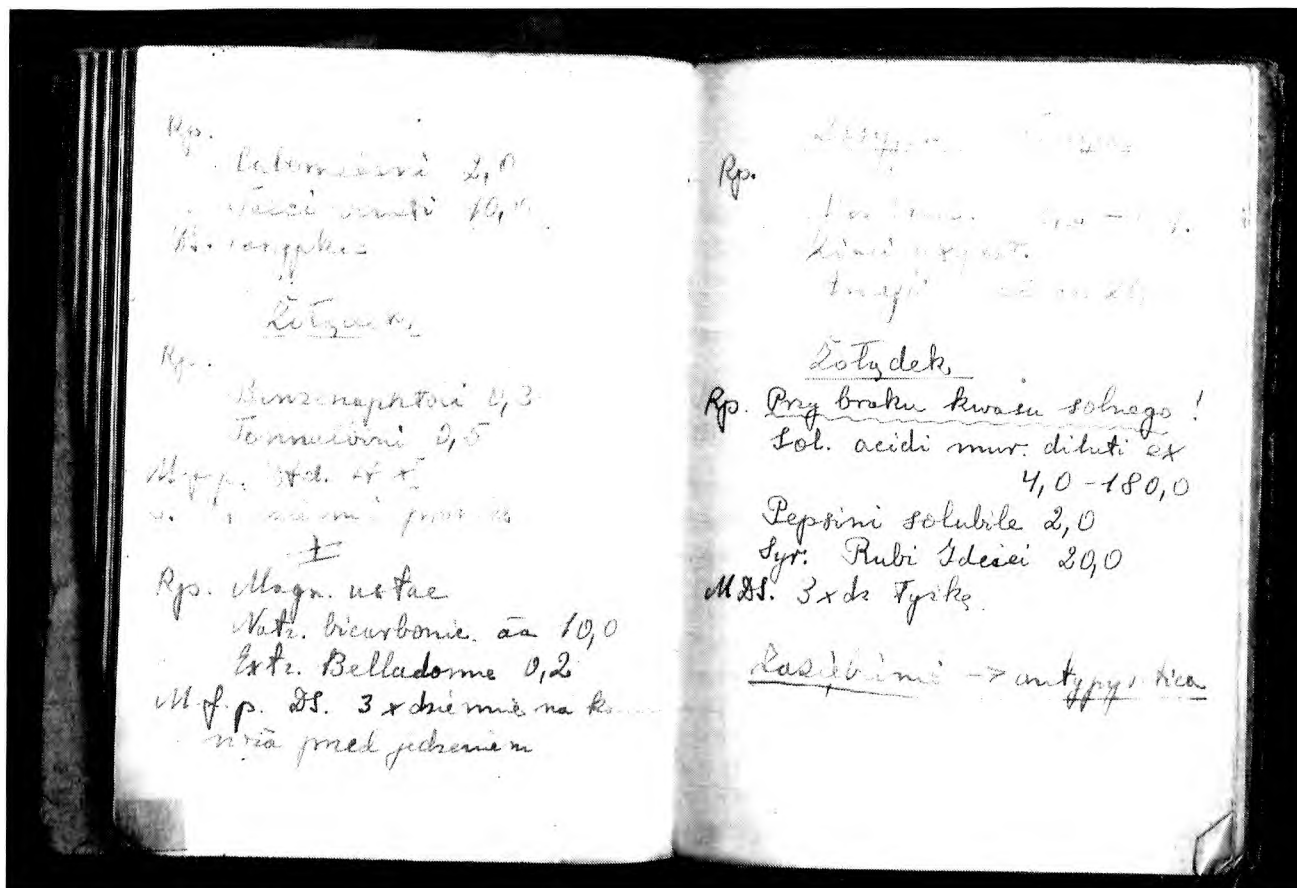
Rp.
Tannini 2,0
Trae. Gallarum Glycerini aa 10,0
S. do pędzlowania

Puder w zawieszinie

Rp.
Zinci oxydati
Talci veneti aa 20,0
Glycerini 5,0
Aq. Plumbi
Sol. Ac.borici 3% aa 25,0

Ung. R.N. (Prof. Ryll-Nardzewskiego)

Rp.
Ac. Salicylici 0,2/0,4
Ichthyoli 1,0/2,0
Bismuthi subnitr. 2,0 (v. Zinci oxydati)
Lanolini aa 10,0



Kolego, Panie Kolego!

Chciałbym dzisiaj przypomnieć bliską nam, lecz zupełnie zapomnianą formę zwracania się do kolegów w naszym zawodzie *per kolego, panie kolego*.

PROF. RD HAB. JAN PIETRUSKI

Byla ona jeszcze nie tak dawno powszechnie przyjętą piękną formą wzajemnego zwracania się lekarzy, zarówno w rozmowach służbowych, jak i na niwie prywatnej. Zawierała w swoich odcieniach wiele wzajemnego szacunku, który zawsze panował i był chlubą naszego środowiska. Zarówno ja, jak i starsi moi koledzy z pewnością pamiętają z powojennych lat, że powszechnie jej używano. Potem stopniowo zanikła. Forma ta, niezmieniona, utrzymała się do dziś we Francji jako *confreere, mon confrere*, a w Niemczech, Szwajcarii i Austrii – *Kollege, Herr Kollege* co znaczy dokładnie to samo.

Dziś jesteśmy wszyscy w pewnym sensie „zagrożeni” nowymi zwyczajami, wyrażeniami, terminami, stosunkami w pracy i w rodzinie oraz nowymi sposobami i formami zwracania się do siebie, do kolegów, znajomych czy obcych. Sięgają one wszystkich dziedzin życia. Grzeczność i tzw. kultura bycia zachowały się w formie szczątkowej. Pisała o tym w nr 4/2000 Alma Mater prof. Biruta Fąfrowicz. Kolejne pokolenia nie mają już kogo naśladować. Niektóre z form są wręcz trudne do zaakceptowania, inne wydają mi się nie do przyjęcia, lub powinny być zmienione, wreszcie inne powinny pozostać w tradycyjnej postaci uświęconej dobrym zwyczajem od pokoleń.

Razi mnie i nie tylko mnie, jeżeli młodociany prezydent TV zwraca się *per ty* do swojego rozmówcy starszego o jedno, a nawet dwa pokolenia, mogącym być jego rodzicem lub dziadkiem. Dziwi mnie brak reakcji tych starszych ludzi, do których młodzi prezydenty tak się zwracają. Trudno zgodzić się z przypuszczeniem, że bez zastrzeżeń to akceptują. Czyżby magia mediów do tego stopnia onieśmiała? Opiniotwórcza siła mediów odbija się w wielu wypadkach na naszym środowisku, skutkując pozbawionym szacunku zwracaniem się do pacjenta. Niestety nie ma nikogo, kto mógłby zwrócić uwagę, że podobne postępowanie

nie jest właściwe. W polskim środowisku kulturowym, a nie amerykańskim, skąd to w większości „zaimportowano”, należy uznać tę formę za zwykły brak szacunku, żeby nie użyć bardziej dosadnego określenia.

W naszym środowisku obecnie powszechnie używa się formy *panie doktorze, pani doktor*. Niełatwo powiedzieć kiedy i skąd wziął się i zadomowił ten nieco pretensjonalny zwyczaj zwracania się do kolegów. Jest to forma właściwa przy zwracaniu się do lekarza przez pacjenta lub innych osób spoza środowiska lekarskiego i powinna tu nadal być utrzymana. W środowisku młodych lekarzy mówi się najczęściej po imieniu, co jest normalne. Jest oczywiście rzeczą najzupełniej naturalną, gdy młody absolwent zwróci się do swego asystenta, ordynatora, czy profesora *per panie doktorze, profesorze*, ale w stosunkach między równymi sobie wiekiem, czy stażem i w starszej grupie wiekowej, także między nieznanymi osobicie lekarzami powinniśmy wrócić do pięknej zawierającej wiele koleżeńskiego szacunku formy tradycyjnej – *kolego*.

Do dobrego zwyczaju, dziś też zapomnianego w naszym kraju, należało uprawianie koleżeńskiej korespondencji we wszystkich sprawach dotyczących chorego, najważniejszego i jedyne go podmiotu naszego zawodu, dla którego istniejemy jako lekarze. Dotyczyła ona przekazywania pacjenta, prośby o konsultację, potwierdzenia przyjęcia z podaniem własnej opinii, informowania o przebiegu i zakończeniu leczenia i przekazaniu pacjenta z powrotem swemu koledze, który poprzednio go do nas skierował.

Korespondencja ta choć nie ma obowiązku nakazowego, jest jednak formą dobrych obyczajów, pełną należnego szacunku, koleżeńskiej kurtuazji i oczywiście grzeczności z zachowaniem tajemnicy lekarskiej. W krajach zachodnich nie można sobie wyobrazić jej braku. Pierwszą rzeczą jaką lekarz bierze do ręki, jest list i przeczytanie wiadomości od kolegi, który skierował chorego i naturalnie przygotowanie i wysłanie odpowiedzi.

Powszechny dziś telefon wyparł sztukę epistolografii. Ponieważ nie ma ustawowego obowiązku informowania, zapominamy także o telefonie. Pacjent staje się nieszczęśliwym przedmiotem przekazywanym z rąk do rąk ze skierowaniem na świstku papieru, oczywiście bez koperty, z jakże często niewyraźnie podanymi, napisanymi w pośpiechu niezmiernie ważnymi informacjami. A gdzie podziła się powaga sytuacji i tajemnica lekarska? Dziś przecież nie brakuje kopert i powinny się one znajdować na biurku każdego lekarza, w każdej praktyce i każdym zakładzie leczniczym.

Przykładowy list na papierze firmowym, z praktyki prywatnej, oddziału czy kliniki, wysłany pocztą lub podany pacjentowi zawsze w zaklejonej i wyraźnie zaadresowanej kopercie powinien wyglądać następująco: „Szanowny Kolego, (p. Doktorze)! Pozwalam sobie prosić Pana o konsultację p. Jana Kowalskiego, (przyjęcie, leczenie), co uzgodniłismy telefonicznie dziś rano. Dziękując za pomoc, byłbym wdzięczny za ewentualne informacje. Proszę przyjąć koleżeńskie pozdrowienia.” Czytelny podpis i ewentualnie pieczętka, choć wobec papieru firmowego z nagłówkiem oraz możliwości zrobienia dowolnej pieczętki za przysłowiowym rogiem ulicy, dalsze utrzymywanie tej archaicznej już formy jako ważniejszej od podpisu, powinno odejść co rychlej do lamusa. Nie podaję innych wzorów, ponieważ podobny list można dowolnie modyfikować. Ważne jest, aby zawierał najważniejsze informacje dotyczące chorego, napisane w pełnym szacunku koleżeńskim tonie i oczywiście, aby był przekazany w czytelnie zaadresowanej, zaklejonej kopercie. Ten prosty nie objęty innymi przepisami, poza lekarskim *savoir vivre*'m, przyjęty na świecie zwyczaj, znakomicie skraca i upraszcza postępowanie z chorym, oszczędzając mu wielu dodatkowych fizycznych i psychicznych cierpień.

Tymczasem schorowany pacjent, przewieziony karetką, na którą oczekiwał jak na zbawienie, przykryty byle jak nędznym, nie pierwszej czystości kocym, zdążył przemarznąć w drodze, leżąc w podskakującej karetce na niewygodnych noszach. W izbie przyjęć, gdzie nie zawsze jest oczekiwany, cierpi nadal. Przenoszony niemal bezimiennie na wózek, rozmyśla i czeka aż pojawi się ktoś kto się nim zajmie. Przybyły lekarz niczego nie wie o pacjencie, lub wie bardzo mało z przyniesionego skierowania, które sanitariusz wydobyla ze swojego notesu. Bywa, że nie ma nikogo z bliskich, od chorego też może być trudno czegokolwiek się dowie-

dzieć. Po zbadaniu i poleceniu przyjęcia najważniejszy podmiot naszego zawodu i służby zdrowia, jedzie w pośpiechu korytarzami pełnymi przeciągów, znów byle jak okryty lodowatym kocem, na rozklekotanym wózku, zaczepia na zakrętach o ściany, podskakuje przy wjeździe do windy i budzi się z odrętwienia przy hałaśliwie zamkniętych drzwiach.

W krajach zachodnich leżący na wózku i oczekujący na przyjęcie chory, okrywany jest w zimnych porach roku ciepłą kolderką, lub podgrzewanym elektrycznie kocem. Przypomnijmy sobie, lodowate ręce, nogi i ramiona pacjentów na tzw. dostawkach, gdy ich badamy na dyżurze. Jest im zimno, ale się nie skarżą, a pełen wdzięczności wzrok kierują do pielęgniarki, która przyniosła i położyła na wychłodzone nogi termofor z ciepłą wodą – jeśli jest i dodatkowe okrycie także – jeśli jest, bowiem w zimie często go brak.

W tych wszystkich naszkicowanych spostrzeżeniach widzianych oczami chorego, wziętych z codziennego życia, wyczuwa się ogromny brak szacunku dla pacjenta, jakąś zobojętniałą sztampe i zanik autorytetu należnego powadze sytuacji, jaką stwarza zawsze choroba. Nie wynika to bynajmniej ze złej woli, lecz z systemu, gdzie uczono studentów medycyny nie tego co ważne. Oczywiście nie jest to żadne usprawiedliwienie, bo lekarz musi się stale dokształcać. Lecz trzeba temu na przyszłość zapobiec.

Aby temu sprostać, trzeba koniecznie wprowadzić do programu studiów odpowiedni przedmiot lub w znaczący sposób rozszerzyć kształcenie etyczne studentów. Mogą się tego podjąć z powodzeniem graniczącym z pewnością starsi lekarze-nauczyciele akademicy, nawet ci, którzy już są na emeryturze. W programie studiów lekarskich są przedmioty, których nauczanie można bez szkody skrócić o kilka godzin wykładów, a nawet o semestr.

Powinniśmy wszyscy mieć odwagę i odczuwać potrzebę powrotu do wspólnych polskich i europejskich tradycji. Wówczas chory przestanie błądzić, będzie oczekiwany gdziekolwiek i kiedykolwiek miałoby to miejsce. Ten powrót będzie znaczącym wkładem w odbudowę tak bardzo potrzebnego nam autorytetu. Jeżeli ktoś z Kolegów zechce przeczytać powyższy tekst, pragnę przypomnieć, że w Unii Europejskiej

do której wkrótce wejdziemy, odpowiednie tytułowanie, autorytet naszego zawodu jest zwyczajem powszechnie przyjętym, a naszkicowany powyżej obieg informacji objętych tajemnicą lekarską jest obowiązkowy. □

Grzeczność i tzw. kultura bycia zachowały się w formie szcątkowej. Kolejne pokolenia nie mają już kogo naśladować

Powinniśmy wszyscy mieć odwagę i odczuwać potrzebę powrotu do wspólnych polskich i europejskich tradycji

Polskie drogi (cz. IV)

KAZIMIERZ ZIEMBIŃSKI

Pomysł utrwalenia ciekawych wspomnień Kazimierza Ziemińskiego, szkolnego kolegi gen. Stefana Roweckiego – „Grotą”, legionisty III Brygady Legionów, oficera Wojska Polskiego, więźnia łagru nad Peczorą, podkomendnego gen. Władysława Andersa, powstawał w miarę, jak słuchałam opowiadań pana Kazimierza o jego przebożym we wrażenia, długim życiu. Zaczęło się to przed około piętnastoma laty w czasie spotkań towarzyskich. Początkowo nie godził się na propozycję spisania wspomnień – po prostu bał się. W 1988 r., po stracie swego syna, dr hab. Jana Ziemińskiego, profesora prawa UMCS i KUL, zdecydował się zabrać głos publicznie.

Wspaniała pamięć autora, rzetelność przekazu pozwalają odtworzyć nie tylko przeżycia żołnierza polskiego, jego tułaczki los, lecz również prawdę historyczną o doli i niedoli wielu Polaków. W ciężkie chwile swego losu bohater wspomnień wplata nieco humoru oraz przedstawia się jako osoba niezwykle zainteresowana wszystkim, co dzieje się wokół niego i znacznie dalej. Czasami można odnieść wrażenie, jakby uczestniczył w bardzo długiej, niezwykle ciekawej, choć momentami ogromnie niebezpiecznej, wycieczce krajoznawczej.

Uważam, że te i podobne wspomnienia nie mogą przeminąć wraz z człowiekiem.

ANNA PANECKA

Po kilku dniach od oświadczenia komendanta obozu, że „*Palaki pajdut w polskoju armju*”, do naszego obozu zaczęli napływać ludzie z oddziałów obozowych 12 i 13; wraz z nimi rozpoczęliśmy wymarsz. Konwojowali nas konni strażnicy, którzy ułatwiali dość dobre wyżywienie w poszczególnych, położonych coraz bliżej miejsca przeznaczenia obozach. Wśród uwolnionych panowała radość. Wielu oświadczało, że będą szli na kolanach, byle dalej, ale byli wśród nas ludzie bardzo słabi, wycieńczeni, chorzy. Często z braku sił kładli się na trasie, nie było ich czym wieść więc pomagaliśmy jak tylko było w naszej mocy. Niestety, niektórzy zostali na tej drodze na zawsze. Noclegi odbywały się pod gołym niebem lub w opróżnionych już oddziałach obozu. W jednym z nich, częściowo opróżnionym, gdzie byli więźni Rosjanie, w czasie handlu wymiennego, doszło do ostrej wymiany zdań i zaatakowania Polaków. Konwojenci zagrozili użyciem broni i napastnicy wycofali się.

Na cyplu Kanina

Szliśmy 6-7 dni i dotarliśmy do tzw. cypla Kanina, znajdującego się w załamaniu Peczory prawie pod kątem prostym, gdzie był główny zarząd obozu. Byli już tam Polacy zakwaterowani w drewnianym baraku wyposażonym w gładkie prycze. Tam po raz pierwszy dostaliśmy trzy razy dziennie kaszę z jakimś tłuszczem i po 200 g chleba do każdej porcji.

W dniu 17 września wywołano nas z baraków i zadano pytanie – kto życzy sobie coś z odzieży? Poprosiłem o onuce do tych wspaniałych KOP-owskich butów. Dali... Następnie proszono po kilka osób do dużego pokoju, w którym wisiała duża mapa Europy z wyznaczoną linią podziału wg układu Ribbentrop-Mołotow. Trzeba było wskazać na mapie gdzie było się w dniu 1 września 1939 r. i „stupaj



Autor wspomnień Kazimierz Ziemiński

Kochany Panie Kazimierzu, ja mam do pana zaufanie

Poszliśmy pieszo, cztery i pół kilometra do stacji Koźwa, zorganizowaną grupą z przewoźnikami: z przodu i z tyłu. Ze starego ręcznika zrobiłem sobie torbę, na zakupy. Zgłosił się wtedy do mnie Roman Maj, starszy szeregowiec z Baranowicz, który widywał mnie w czasie pracy w obozie, i rzekł: „*Kochany Panie Kazimierzu, ja mam do pana zaufanie, wiem że mi pan niczego nie ukradnie z mojej racji żywnościowej, trzymajmy się więc razem; pomagajmy sobie, a w czasie snu nasze paczki będą między nami*”⁵¹. Umieszczono nas w wagonach towarowych po 40 osób; w wagonach były przyce z desek, okienka otwarte i bez krat, na dachach uzbrojona eskorta. Jechaliśmy trzy dni i wysiedliśmy na stacji Kotlas. Kupilem tam za jednego rubla podręcznik geografii ZSRR

abratno”. Następnego dnia zaproponowali mi pracę w charakterze robotnika w fabryce amunicji na następujących warunkach: 800 rubli miesięcznie, ubranie składające się z watowanych spodni – tiumie, fufajki duszegrejki, buszlatu, czyli długie do pół łydki fufajki z kołnierzem, oraz trzytygodniowy urlop. Odmówiłem. „*Stupaj abratno*”. Kolejnego dnia znowu wezwali i gdy oświadczyłem, że chcę iść do Wojska Polskiego, zareagowali: „*Czort tiebia pabieri, stupaj w polskoju armju!, ty uże starik na wojennuju służbu nie godien*” (*nie nadajesz się*); miałem 45 lat. Wydali mi drukowany dokument p.t. „*Swidietielstwo ob amnistirowanii*”, na podstawie którego zdobyłem prawo do zakupienia z posiadanych pieniędzy pięciodniowego wyżywienia⁵². Dostałem 500 rubli, a pochodziły one z pożyczki, którą zaciągnął Rząd Polski od wschodniego sojusznika (podobno 400 milionów rubli). Kupiłem wówczas trzy bochenki chleba, 30 dkg cukru, kilka paczek papierosów i 12 małych śledzików za 38 rubli. Zakupu dokonałem w obozowym sklepiku, a było to pokwitowane na odwrocie zaświadczenia amnestyjnego.

oraz szewski nóż. Oświadczone, że musimy kupić bilety do Buzuluku. Bilet taki kosztował 80 rubli. Wsiadliśmy do pociągu osobowego i w drogę! Za pomocą tego podręcznika śledziłem naszą trasę. Mieliśmy udawać się w kierunku Samary (Kujbyszewa), tymczasem okazało się, że nie jedziemy tam, lecz w zupełnie innym kierunku, i dopiero gdy minęliśmy rzekę Ural odkryłem kolegom, że wiozą nas w kierunku Taszkientu. Dojechaliśmy w pobliżu miasta Nukus, stolicy autonomicznej republiki Karakalpackiej (wówczas). Nukus dzieli na dwie części Amudaria, a po stronie południowej miasta płynie rzeka Chodżeji. Na Amudarii stały, w odległości ok. 60 m od brzegu, 900-osobowe barki, do których od brzegu były poprzierzucane pomosty. Kazano nam wsiadać do tych barek – odmówiliśmy, ale pod grozą utraty chleba i karabinów NKW-dzistów ustawionych na brzegu – wsiadliśmy. Z pomostu trzeba było schodzić do barki po metalowych stopniach. Na jej dachu znajdowała się budka ze strażnikiem, kapitanem i kilkoma ludźmi z obsługi. Na części rufowej barki były ustawione trzy duże pojemniki na wodę, o różnej wysokości.

Czerpaliśmy wodę z rzeki do pierwszego najwyższego pojemnika, potem była przelewana do drugiego, a następnie do trzeciego. W ten sposób w kolejnych pojemnikach osadzał się piasek którego warstwa sięgała do 30 cm grubości. Dopiero z trzeciego pojemnika czerpaliśmy tak „oczyszczoną” wodę do kotłów i w niej gotowało się ryby solone.

Każdy dostawał całą rybę i chleb,

tak że nikt nie był głodny. Na części dziobowej barki była cuma do barki następnej, a z tej do kolejnej, tak że tworzył się łańcuch barek. Wszystkie były na kotwicach. Z chwilą, gdy na barki załadowano ludzi, podpłynął holownik, przymocował łańcuchami do pierwszej barki, i ruszyliśmy: mniej więcej co 30-50 km część barek przybijała do brzegu i wysadzano „podróżnych” do kołchozów rybackich. W czasie jednego z postojów, między kołchozami, wyszliśmy gromadnie na brzeg i znaleźliśmy ogromną skrzynię drewnianą, o wymiarach ok. 6 x 8 m, z jednej strony otwartą, i urządziliśmy sobie w niej nocleg dla dwunastu osób. Okazało się, że w tej skrzyni przywieziono jakąś wielką maszynę (niszczyła na brzegu) pochodzącą z jednej z fabryk papieru, zlokalizowanej we wschodniej Polsce. Na przytwierdzonej do niej mosiężnej tabliczce widniał napis: „Strzec przed wilgocią!” – strzegli. Ponadto w pobliżu stało kilka pomników Lenina i Stalina, obu wodzów obejmujących się za szyję. Nie wiem z jakiego materiału były owe pomniki, ale widać było na ich dolnych częściach zaciek i zawilgocenia.

Zostałem zakwalifikowany do kołchozu im. M. Gorkiego. Przybyli tam NKW-dziści sprawdzili nasze papiery i zaprowadzili do nieczynnej szkoły. Było nas 44. i zostaliśmy podzieleni na cztery brygady. Zostałem brygadzystą. Miałem obowiązek rozliczania się ze złowionej ryby. Połowy odbywały się na jeziorze Aralskim. Na podstawie ilości złowionej ryby księgowy kołchozu, szczeretowod, wypisywał asygnatę na wynagrodzenie – 5 rubli za dzień pracy. Z tej sumy można było kupić 1 kg chleba ciemnego (80 kopiejek), lub jaśniejszego (1 rubel 30 kopiejek) oraz dowolną ilość konserw rybnych. Konserw nie kupowaliśmy, gdyż gospodarz, starszy rybak, czyli babaj Hadży Bajow⁵⁵, główny kapitan łodzi na której łowiliśmy, nauczył nas chować co lepsze gatunki ryb do skrytek w łodzi. Były to bardzo tłuste leszcze morskie oraz dorodne, nie hodowlalne karpie – sazan. Babaj odsiedział swoje dziesięć lat w obozie i był „wszechstronnie” wyszkolonym człowiekiem. Pośrodku łodzi była duża skrzynia, do której wrzucaliśmy złowioną rybę, załogę łodzi stanowiło 4 wiosłarzy i sternik – rulewoj, którą to funkcję pełniłem.

Pływalimy odnogą Amudarii Daria,

która wpływa do jeziora Aralskiego. Kiedy znajdowaliśmy się w odległości ok. 200 m od brzegu, podpływała do nas ruchoma waga na żurawiu. Do skrzyni wagi wrzucało się ryby i tam następowała ocena połowu. Ogólna waga złowionych ryb musiała wynosić 100 kg, przy czym ryby długości 40 cm i więcej oceniane były po 40 kop./kg, natomiast ryby długości do 30 cm – 30 kop./kg. Babaj otrzymy-

wał pieniądze i wypłacał nam po pięć rubli. Natomiast schowaną na własny użytek rybę, gotowaliśmy z cebulą kradzioną z magazynu kołchozu. A odbywało się to tak: przez małe okienko magazynu wchodził młody, zwinny kolega w ten sposób, że formowaliśmy „drabinę” – jeden stał na barkach drugiego. W magazynie ładował cebulę do kieszeni i z powrotem. Robiliśmy wywar z cebuli i wrzucaliśmy do niego rybę, która gotowała się tak długo, dopóki mięso nie odpadło od kości. Gotowanie odbywało się wieczorem, a do tego celu używaliśmy zeschnięte „placki” wielbłądzie, osty zrywane z cmentarza mużułmańskiego, oraz trzcinę kamysz rosnącą na tzw. sołonzakach, tj. miejscach niżej położonych i zalewanych słoną wodą. Trzcina wyrastała do kilkumetrowej wysokości, przekrój łodygi wynosił ponad 10 cm, a grubość ściany, pustej w środku łodygi, kilka milimetrów. Mieliśmy do dyspozycji pewien rodzaj tasaków, którymi wyrąbywaliśmy trzcinę. Na wybrzeżu znajdowały się hałdy soli, których nikt nie pilnował, ale oficjalnie nie można było z nich korzystać. Tymczasem fałde zmywały i podmywały je. Nie mieliśmy więc skrupułów i kradliśmy sól.

Zambar

W listopadzie podmarzły brzegi jeziora, co spowodowało odwołanie nas z połowów na pomoc przy przeprawie promem na rzece Daria w kołchozie – Daria dzieliła kołchoz. Gdy zamarzała rzeka wykorzystano nas do rozkładania suchego nawozu wielbłądziego na polach kołchozu. Nazywało się to zambar. Aby tworzone kupy nawozu optycznie wydawały się duże, pod „placki” wielbłądzie podkładaliśmy kamienie. Kupy te oddalone były od siebie o ok. 25 m. Jednocześnie byliśmy zatrudnieni przy kopaniu kanału dopływowego od rzeki ku miejscu uprawy ryżu. Wykopaliśmy ok. 300 m kanału, ale według sprawozdania 1500! W rozmowie z miejscowym agronomem, inżynierem – Ukraińcem, dowiedziałem się, że Uzbecy są zatrudnieni przy kopaniu dołów i norma ich wynosi 3 m³ w ciągu dnia pracy. „Ziemia jest twarda, pod nią glina, toteż jest im bardzo ciężko” – mówię. A on: „Tolko im niczewo nie gawari”. „Swieżo predanje da wieritsa z trudom”⁵⁶ – odpowiadam, a on: „Cicho”.

Pewnego dnia, ze stada owiec liczącego 500 sztuk, ukradliśmy owieczkę. Zjedliśmy ją, a skórę i kości wrzuciliśmy do starej studni oddalonej od kołchozu o około 23 km. W nocy rewizja, poszukiwania śladów tłuszczu w kotle. Niczego nie znaleziono. Tłumaczyli się, że czaban zauważył brak jednej owcy, więc podejrzewali nas o kradzież, ale dowodów nie znaleźli. Jakie było nasze menu? Kupowaliśmy konserwy i chleb, a raz w tygodniu, w czwartek, wolno było, po południu, odłowić dowolną ilość ryby słodkowodnej na własny użytek. Czyniliśmy to za pomocą haczyka z drutu, a przynętę stanowił kawałek chleba. A chleb nie zawsze był w sklepie, ale kiedy dowieźli go, to tę radosną wieść podawała zainstalowana w sklepie płyta gramofonowa odtworzając piosenkę: „Jesli zawtra wajna, jesli zawtra pachod, my wsiewodnia w pachodu gatowy”. Kierownikiem sklepu był Rosjanin, natomiast rachunki prowadził Koreańczyk – podobno są oni bardzo uczciwi. U kołchoźników



Drugi od prawej w pierwszym rzędzie Kazimierz Ziemiński

kupowaliśmy lepioszki, tj. placuszki wielkości dłoni, zrobione z jakiejś mąki, które układano na zewnętrznych ścianach glinianego naczynia o kształcie podobnym do wazy. Do tego naczynia wrzucano suche osty i trzcinę, zapalano je, i gdy ściany owej „wazy” rozgrzały się dostatecznie, układano na niej placuszki. Kiedy odpadły od niej były już gotowe do jedzenia. Bardzo nam one smakowały, uzupełniały menu. Kupowaliśmy je w handlu zamiennym, za papierosy. Ponadto uzyskiwaliśmy czasami dodatkowe artykuły spożywcze z magazynu kolchozowego. Między innymi była to kasza dzugura o ziarnach zbliżonych wielkością do kukurydzy, ale niezwykle twardych. Można było gotować ją cztery dni i była niejadalna. W związku z tą jej cechą spróbowaliśmy zemleć ziarna na żarnach i uzyskaliśmy drobne cząstki i z takiej dopiero kaszy gotowaliśmy zupy. Bywała jeszcze inna kasza mesz, która zawierała, podobnie jak soja, znaczny procent tłuszczu. Uwalniał się on w czasie gotowania i tym tłuszczem krasiliśmy potrawy.

Alma dżalma

Niektórzy koledzy „dożywiali się” na ementarzu muzulmańskim czerpiąc ryż z przyprawami pozostawiany w tzw. alma dżalma (lub dzialma). Był to zwyczaj tamtejszych wyznawców Allacha, iż po pogrzebie współwyznawcy ustawiano na, czy przy jego grobie jakby szałasik zbudowany z patyków spojonych ze sobą sznurkami lub też jakimiś włóknami przeplatającymi te patyki. Następnie obsypywano je ziemią, ale w ten sposób, aby z przodu i z tyłu pozostawały dwa otwory, a wewnątrz konstrukcji ustawiano ów ryż. Mieszkałem w jedenastoosobowym domku z glinobitną-podłogą, wyposażonym w prowizoryczny piec z cegły wypalanej na słońcu z wbudowanym weń kotłem. Na-

czynia zdobywaliśmy własnym sumptem, a stanowiły je puszki po konserwach. Spaliśmy po prostu na podłodze, a w piecu paliliśmy suchym nawozem wielbłądzim, „placzkami” i suchymi badyłami. Nie pilnowano nas. Jako brygadzysta miałem prawo, po rozliczeniu się z „gławbuehem” głównym księgowym, podejmować dodatkowe artykuły spożywcze z magazynu kolchozowego. Ow gławbueh był Ukraińcem i miał brata mieszkającego w Polsce. Ostrzegano go, aby nie korespondował z bratem, ale on nie posłuchał i „zarobil” na obóz. Kasjerem w kolchozie im. M. Gorkiego był dawny esaul, który po odbyciu dziesięciu lat lagru został zatrudniony w swoim zawodzie. W mojej brygadzie znalazł się plutonowy Polak, z zawodu szewe. W czasie I wojny światowej służył w armii austriackiej w kawalerii *zu Fuss* (bez koni). Kiedy prezes kolchozu Karakalpak – Karakalpacy nosili czapy z całej skóry czarnego barana – dowiedział się o jego zawodzie to dal mu skórę dzika, prosił o zdjęcie włosia i uszycie butów. Zamówienie zostało dokonane ku zadowoleniu prezesa. Szewe dostał za to chleb, ryż, baraninę i trochę pieniędzy. Inny Polak był z zawodu fryzjerem, ale nie posiadał brzytwy ani maszyny do strzyżenia włosów. Kiedy jednak zarobił pieniądze to pojechał do miasteczka i zaopatrzył się w te narzędzia pracy. Zdobył sobie liczną klientelę wśród Karakalpaków, którzy do tej pory wyrywali sobie włosy z policzek zakładając i zawiązując na nich nitki, za które pociągali. Natomiast hodowali brody.

Przed komisją poborową

4 lutego 1942 r. wezwał nas prezes kolchozu i przez tłumacza Ukraińca oznajmił, że będziemy wysłani do miasta Urgenicz, siedziby władz wojewódzkich (oblastnyj gorod).

gdzie będzie komisja poborowa do Wojska Polskiego. Już wcześniej mówiono nam o tym nieoficjalnie. Po uzyskaniu teraz oficjalnej wiadomości uznaliśmy, że przed zgłoszeniem się na komisję powinniśmy się wykapać. Uprzedziliśmy o swym zamiarze prezesa oraz gwałbucha i popłynęliśmy czółnem do miasta powiatowego (rajonnyj gorod) Gurlen, leżącego nad jeziorem Aralskim, gdzie mieściła się łaźnia i odwieszalnia (samoabrabotka i woszobojka). Zezwolenie na wykonanie tych zabiegów higienicznych uzyskaliśmy od przewodniczącej rejonowego komitetu partii, skośnookiej kobiety dobrze mówiącej po rosyjsku. Kiedy oczekiwaliśmy na kąpiel i głośno rozmawialiśmy, że idziemy na komisję wojskową, więc musimy być czysti, skośnooka uciszała nas: „-*Gawaritie pa tisze*”. Początkowo mieliśmy czekać na dworze rozebrani, ale po moim proteście, że przecież jest zima, udostępniono nam, jako poczekalnię, barak, w którym znajdowała się „maszyna” do niszczenia wszy w odzieży. Była to jakby beczka na czterech kołach, z kominkiem z boku, do którego domontowana była długa rura, przez którą doprowadzana była woda. Urządzenie było zasilane prądem elektrycznym, woda parowała, wrzucano odzież, która wracała do właściciela. W znacznym stopniu zniszczona, ale z niecałkowicie zniszczonym żywym dobytkiem. W oznaczonym czasie udaliśmy się pieszo do kołchozu do miejscowości Czimbaj, odległej o 25 km. W Czimbaju przepłynęliśmy Amudarię. W czasie drogi był jeden postój i nocleg. Dostałem kwatere u prezesa kołchozu rybackiego Uzbeka, który na wstępie zrewidował mnie czy nie posiadam noża lub broni, a następnie dał starą koldrę i nocleg na podłodze. W Urgeniczu stawiłem się na komisję, która mieściła się w murywanym domu, w pomieszczeniu ozdobionym portretami Lenina i Stalina. Urzędowało tam dwóch polskich lekarzy w mundurach, dwóch sowieckich, również w mundurach, oraz cywil Polak rzekomo vice konsul i rzekomo kapitan rezerwy Maj, który bawił nas opowiadaniem o swej hurtowni tytoniu na Wołyniu przed wojną. Badanie lekarskie było bardzo, pobieżne. Usłyszałem werdykt:

„-Pan jest za stary do wojska”

- rocznik 1895. Wyszedłem zmartwiony wraz z rotmistrzem Mianowskim, Wilnianinem – rocznik 1894, oraz kapitanem Stanisławem Chomiczem, bratem pułkownika kawalerii. Wspólnie uradziliśmy, że jak będą wywoływać do wsiadania do barek a wywołani nie będą się zgłaszać, to – zgłosimy się my. I tak po półtoragodzinnym oczekiwaniu, udało się! Weszliśmy do barki mieszczącej 900 osób i popłynęliśmy do Nukusu, a tam nas zawagonowano i odjechaliśmy w kierunku Taszkientu. Po drodze, na jednej ze stacji, spotkaliśmy transport Wojaka Polskiego jadący w stronę przeciwną. Zwróciłem się do komendanta transportu, jak się potem okazało, kapitana Fijałkowskiego: „-*Panie kapitanie, jest nas tu trzech z przekroczonym wiekiem!*” A on: „-*Nic nie wiem, tachy oddać, przebrać się w mundury (wieźli je ze sobą) i każdy do innego wagonu!*” Ogromnie uradowani wykonaliśmy błyskawicznie polecenie, a jadący w wagonach żołnierze przywitani życzliwie: „-*O, jeszcze jeden przybył!*”⁵⁹. I tak dojechaliśmy do dużej stacji Łu-

gowaja (lub Ługowoje), obok której był stary poligon rosyjski. Zakwaterowano nas w ziemiankach. Ziemianki były głębokie na ok. półtora metra poniżej poziomu ziemi, było tam ciepło, każdy dostał cztery angielskie koce, były deski i podglówki. Dwa koce kładło się pod spód, jeden na podglówek, a czwartym nakrywało się. Cztery razy dziennie dostawaliśmy kaszę z jakimś tłuszczem i chleb.

Oficer nadliczbowy

Zaraz po przyjeździe, 9 lutego 1942 r, trzeba było zameldować się pojedynczo, u dowódcy nowo formującej się 10 dywizji piechoty, który zażądał krótkiego życiorysu. Gdy powiedziałem, że jestem legionistą, skwitował to krótko: „-*To przez was legionistów przegraliśmy wojnę!*” Kwatermistrem był właśnie kapitan Fijałkowski, który przyjął mnie życzliwie i nie robił żadnych cierpkich uwag. Zostałem zaliczony do oficerów nadliczbowych z połową pensji – 550 rubli miesięcznie. Naprzeciw był sklepik obozowy, kaptiorka, gdzie można było kupić końską kielbasę i alkoholizowane wino. Nie pełniliśmy żadnej służby, czasami tylko dyżur przy telefonie. W obozie tym, zarówno oficerowie, jak podoficerowie i żołnierze, wszyscy byli wojskowymi w starszym wieku. Wielu z nich było osadnikami wojskowymi z Wołnia. Z żołnierzy sformowano dwie kompanie: wartowniczą i obozową – do utrzymania porządku. Kwaterowaliśmy tam do ok. 25 marca 1942 roku. Nagle zarządzenie, alarm wyjazdowy! Pociągiem towarowym zawieziono nas do Kranowodska. Jest to duży port nad morzem Kaspijskim w Turkmeńskiej Republice. Na stacji zbornej w Krasnowodsku pierwszą czynnością było zameldowanie się u ppłk Zygmunta Berlinga, który występował w towarzystwie kobiety w mundurze sowieckim, z naganem u boku, o wyglądzie semickim; być może była ona w ciąży. Była to enkawudzistka. Przy zameldowaniu się przypomniałem Berlingowi rok 1935, kiedy to wydawał nam pamiątkową legitymację Krzyża Pułkowego, co zbył on krótkim: „-*To było tak dawno*”. Jak już wcześniej wspominałem Berling był zastępcą dowódcy 6 pułku piechoty dowodzonego przez pułkownika Biesteka.

Ręce wytarłem w „Prawdę”

Zakwaterowano nas w namiotach. Pierwszą spotkaną, a bliżej mi znajomą osobą, był podoficer ze 115 kompanii łączności z Wilna, Koziorkiewicz, dawny sąsiad, który również rozpoznał mnie i z miejsca zapytał: „-*Co przynieść panu porucznikowi?*”. Przyniósł mi 1/3 bochenka chleba i ok. 30 dkg słoniny. Zjadłem to z apetytem, ręce wytarłem w „Prawdę” i wsiałem do pociągu osobowego, który zawiózł nas do portu w Krasnowodsku. W porcie zrobiono mi fotografię i otrzymałem paszport wyjazdowy dla siebie i całej mojej „brygady” – 43 ludzi. Był on wydrukowany po rosyjsku, a zawierał wspomnianą fotografię, moje personalia, stopień wojskowy oraz personalia i stopnie wojskowe podkomendnych. Takie grupowe paszporty dawali tym osobom, które znały język rosyjski. Z mojego transportu zatrzymali jedną osobę, księdza wojskowego. Wyczytali jego nazwisko i „*Stupaj abratno*”. Pytam: „-*A paczemu?*”, a oni „-*Eto nie wasze dieto*” – nie wiem co się z nim stało.

Przy nabrzeżu oczekiwał nas w basenie portowym tankowiec WKPB 6 poświęcony szóstemu zjazdowi przedstawicielei Wszechzwiązkowej Partii Bolszewików. Miał 36 kabin, które podobno oddano do użytku oficerom sztabowym. Na statku była również orkiestra z instrumentami dętymi wywodząca się prawdopodobnie z Buzuluku. Przez 1/3 Morza Kaspijskiego popłynęliśmy w kierunku Pahlavi w Iranie. W drugiej dobie podróży rozpoczął się szkwał, który spowodował złamanie steru i statek przechylił się w jednym kierunku. Kapitan zarządził: „*Brosit jakor*” (rzucić kotwicę). Podobno na głębokości 800 m kotwice chwyciły dno i statek trochę się wyprostował, ale nie mógł płynąć. Staliśmy, czekając na koniec burzy. Wtedy nurkowie zreperowali ster i wyruszyliśmy w dalszą drogę.

Wypłynęliśmy 25 marca 1942 r.

Warunki na statku były dość dobre. Jedliśmy suchary, rybę wędzoną, był kipiatak i cukier. Obok mnie kwaterował na pokładzie ksiądz kapelan, który o mało co nie został zmiażdżony łańcuchem sterowniczym. Na szczęście zerwał mu tylko mundur. „*Widocznie Matka Boska uratowała mnie*” – chwalił się ksiądz. Potem, aż do wylądowania w Pahlavi, pogoda była dobra. 1 kwietnia ze statku radzieckiego przeladowano nas na 400-osobowy statek irański, a z niego na 200-osobowy z tej racji, że tylko takiej wyporności statki mogły wejść do tego portu. Przy przechodzeniu z tankowca na statek irański pomagali nam marynarze radzieccy; stali oni z boku przerzuconej z tankowca na statek deski, która bardzo się chwiała, a to groziło wpadnięciem do morza, i podbijali nam ramiona przeciwdziałając upadkom. Byli dla nas grzeczni. Kiedy wylądowaliśmy w Pahlavi zauważyłem, że oprócz irańskiej policji portowej są posterunki radzieckie. Działo się tak ponieważ 1/3 Iranu okupowali Sowieci, aż do miejscowości Qazvin. Na nabrzeżu były rozstawione stoły, a na nich: herbata, kawa, papierosy. „*Ile można wziąć papierosów?*” – pytam polskiego oficera. „*Ile pan chce*”, wziąłem 100 traktując je jako walutę, gdyż nie pałę. W przygotowanych namiotach zdjęliśmy mundury i bieliznę, po czym zostały one spalone. Kazano nam zostawić tylko furażerkę z orłem, pantofle gumowe, pas i trzewiki firmy Bata zafasowane w pociągu dzięki życzliwości kapitana Fijałkowskiego. W stroju Adama udaliśmy się do kąpieli w namiocie – łaźni, a następnie odbył się przegląd lekarski, zafasowanie bielizny (dostałem m. in. czerwona piżamę), komplet umundurowania angielskiego, cztery koce i szereg drobiazgów,

łącznie 57 przedmiotów. Z tych czterech koców dwa były tzw. kwaternistrzowskie, tj. musiały pozostawać na kwaterze, pozostałe dwa osobiste. Za to wszystko trzeba było zapłacić 25 funtów. W ciągu 25 miesięcy płatnik odtrącał mi po 1 funcie. Były to dość dziwne manipulacje finansowe, gdyż później w Teheranie, otrzymałem 25 funtów dodatku mundurowego oraz 10 funtów na uzupełnienie wyekwipowania letniego, płatne w walucie irańskiej, thumanach (1 funt = 14,8 thumana). Oficer dostawał wówczas raz w miesiącu płatne z góry uposażenie w wysokości 19F i 10 szylingów dla porucznika, a także 4F i 6 szylingów dodatku tropikalnego oraz, tylko w Teheranie, 6F i 10 szylingów dodatku kwaternickiego.

W Pahlavi

W Pahlavi spotkałem pplk Tadeusza Podwysockiego, dawnego komendanta miasta Wilna. Zatrzymał mnie w Pahlavi poruczając funkcję oficera dyspozycyjnego Rejonu Wojskowego. Moja rola polegała na kierowaniu Polaków, których przywoziły transporty z ZSRR, do tych wszystkich etapów, które sam przeszedłem na ziemi irańskiej, a więc czynności sanitarnych, badań lekarskich, ekwipunku.

W Pahlavi byłem do października 1942 r. Przybywające wojsko skierowane zostało bezpośrednio do Teheranu, ale w większości przez Qazvin i Teheran do Iraku. Z podsumowania, jak sobie przypominam, wynikało, że wylądowało tam 70 000 umundurowanych żołnierzy w różnym wieku z czego część odsyłano do obozów cywilnych, a oficerów starszych wiekiem do tzw. drugiej grupy, czyli stanu nieczynnego ze zmniejszonym uposażeniem. Byli oni wysyłani do Teheranu i zakwaterowani w wygodnych koszarach. Ostatni transport żołnierzy polskich i cywilów przybył do Pahlavi ze Związku Radzieckiego 11 września 1942 r. W październiku oficer łącznikowy radziecki pplk Kirejew oświadczył, że całe Pahlavi będzie zajęte przez Rosjan, więc obecność Polaków jest niepożądana. Na to zareagował brygadier Ross – Anglik, który ustawił swoich Gurdów z karabinami maszynowymi na granicy, do której wolno było dojść żołnierzom radzieckim, i pod osłoną Gurdów cały nasz aparat administracyjno-gospodarczy, organizacyjny, sztabowy oraz wojsko załadowano do autokarów i różnych innych samochodów i ciężarówek i wywieziono via Qazvin do odległego o 415 km Teheranu. Wojsko stacjonujące w Pahlavi było w tym czasie pod dowództwem plk Adamowicza, byłego dowódcy 85 pułku strzelców wileńskich. □

Przypisy

53. Na zaświadczeniu o amnestionowaniu był tekst: „*Na osnowanii prezidiuma wierchownowo sowieta, nr... imię... imię ojca... nazwisko..., rok urodzenia – wszystko oczywiście po rosyjsku – gorod Cholm Lublinskoj Gubernii, uwolen i razreszajetsa żyt na terytorii sawieckawo sajuza za izklučenjem reżymnych garadów i wajennoj polosy*”. A na odwrocie dopisano atramentem że wydano: „... *piatsot rublej i razreszeno kupit pajok na piat dniej*”. Po polsku oznaczało to: „*Na podstawie zarządzenia Rady Najwyższej zwolniony i zezwala się mieszkac na terytorium ZSRR za wyjątkiem reżymnych – nie wiem co to dokładnie oznaczało miast i przyfrontowych odcinków*”.

54. Starszy szeregowiec Roman Maj, poległ pod Monte Cassino, był w kompanii sanitarnej.

55. *Hadży*, czyli książę, były posiadacz rozległych dóbr ziemskich, które pokazywał nam w czasie rejsów. Mieszkał już w swoim domu, okazał się od innych. Miał piękną kulbakę skórzaną, wysadzaną turkusami. Jakims cudem nie zabrali mu jej.

56. W tłumaczeniu: „*Aktualna wiadomość, ale uwierzyć w nią trudno*”.

57. Kapitan Fijałkowski w czasie podróży, jeden raz na dobę, zatrzymywał transport na dużej stacji gdzie był duży drewniany dworzec, zbudowany na początku XX wieku, a w nim spora sala jadalna. Kiedy wchodziło się do tej sali to trzeba było oddać czapkę, a w zamian otrzymywało się łyżkę. Przy stołach serwowano w dużych miskach potrawę, „*lapsza*” – tj. gruby makaron z mięsem prawdopodobnie baranin, lub potrawę „*balanda*” – podłużne kluseczki również z mięsem – i ok. 200 g chleba. Ponadto na drogę otrzymywało się po bochenku chleba. Przy wychodzeniu oddawało się łyżkę, a otrzymywało czapkę, oczywiście nie swoją. Funkcje te pełnił żołnierz rosyjski.

Notowała: ANNA PANECKA

Szpital dla Dzieci w Lublinie (cz. IV)

Kończymy publikację książki pióra dra Waława Jasińskiego, sprzed kilkudziesięciu lat, prawdziwej perełki historycznej, ukazującej dzieje szpitala dla dzieci w Lublinie, zwanego w latach późniejszych Szpitalikiem Dziecięcym. Tamże, ostatnio znalazł na długie lata swą siedzibę Instytut Pediatrii Akademii Medycznej. Dziś jego budynki znajdują się we władaniu Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 przy ul. Staszica. Sądzić należy, że interesująca treść wspomnianej książki stanie się doskonałym przyczynkiem do poznania dziejów lubelskiego szpitalnictwa, ówczesnego lecznictwa pediatrycznego, stanu epidemiologicznego najmłodszych obywateli niegdysiejszego społeczeństwa, i wreszcie jako materiał źródłowy, może też dać asumpt do publikacji naukowej z zakresu historii medycyny

Red.

DR WAŁAW JASIŃSKI
LEKARZ NACZELNY SZPITALA

Działalność poszczególnych oddziałów

ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY

Na oddział wewnętrzny przyjęto w okresie sprawozdawczym 108 dzieci; ponieważ jednak troje zapisało się powtórnie z powodu tej samej choroby, w rozpoznaniach uwzględniono tylko 105 przypadków.

Wyniki leczenia wykazane są w tablicy 3-ej; zaznaczyć należy, że z 12 zgonów, zanotowanych w oddziale wewnętrznym, 4 nastąpiły w kilka godzin po przyjęciu, z pozostałych zaś 8-iu trzy przypadki należały do przyjętych z pobudek miłosierdzia, w stanie b. ciężkim, bez nadziei uleczenia. Na omówienie zasługuje pomyślne zejście w 2 przypadkach tężcu chłopca 5-letniego (z raną na podeszwie) i u 2-tygodniowego niemowlęcia. Obadwa przypadki leczono surowicą przeciwtężcową (z Instytutu Pasteura), zastrzykiwaną podskórną; – u niemowlęcia, gdzie spodziewać się należało, że zakażenie nastąpiło przez ranę pępkową, zastrzykiwano surowicę w najbliższą okolicę pępka; ponieważ napady w ciągu pierwszych 3 dni były ciągle częste, powtarzano zastrzykiwania trzykrotnie (razem 30 ccm.); dziecko wypisano w stanie zupełnie dobrym.



Wykaz szczegółowy leczonych przypadków przedstawia się, jak następuje:

I. Choroby zakaźne ostre:	14 przyp.
Typhus abdominalis	4
Tetanus	2
Dysenteria	2
Malaria	2
Rheumatismus articulorum	1
Erythema nodosum	1
Pyæmia	2
II. Choroby ogólne ustroju (skazy) 7 przyp.	
Scrophulosis	5
Rhachitis	1
Diathesis exsudativa	1
III. Choroby układu nerwowego 13 przyp.	
Meningitis tuberculosa	3
Poliomyelitis	1
Encephalitis ac.	1
Myelitis	1
Sclerosis disseminata	1
Hydrocephalus int. et ext.	1
Chorea vulgaris	1
Hysteria	1
Morbus Basedowi	1
Mikrocephalia	1
Neoplasma cerebri	1
IV. Choroby narządów oddechowych	37 przyp.
Pneumonia catarrhalis	3
Pneumonia crouposa	12
Bronchitis et bronchiolitis	2
Tuberculosis pulmonum	
stadium I	6
stadium II	4
stadium III	2
Tuberculosis gland. bronchial.	2
Pleuritis exsudativa	6
V. Choroby narządu krążenia i ruchu	7 przyp.
Endocarditis ac.	1
Endocarditis chron.	3
Myocarditis ac. (post. diphter.)	1
Polyarthritus deformans	
Torticollis	1
VI. Choroby narządów trawienia	16 przyp.
Appendicitis gangraenosa	1
Angina follicularis	2
Dyspepsia	3
Enteritis ac.	3
Gastralgia (p. ulcus ventriculi)	1
Helminthiasis	1
Icterus catarrhalis	1
Peritonitis tuberculosa	3
Tuberculosis intestin.	1
VII. Choroby nerek	5 przypad.
Nephritis parenchym. ac.	3
Nephritis chronica	2
VIII. Choroby skóry	3 przypad.
Eczema capitis seborrh.	1

Scabies	1
Prurigo	1
IX. Zatrucia	3 przypad.
Botulismus	1
Intoxicatio hyoscyamo nig.	2

Do ciekawszych należy też przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego u 2-letniej dziewczynki, przywiezionej do szpitala w późnym okresie choroby. W przypadku tym, rozpoznany pierwotnie, jako ostry nieżyt żołądka i kiszek, 8-go dnia choroby wystąpiła nagle (po środku czyszczącym) zapaść, wkrótce potem zaś zaburzenia w oddawaniu moczu (retentio); -brak wyraźnego nacieczenia i ciężki stan dziecka uniemożliwił dokonanie zabiegu. 15-go dnia choroby otworzył się przez odbytnicę ropień, umiejscowiony widocznie głęboko w malej miednicy, nie wpłynęło to już jednak na poprawę stanu dziecka. Badania pośmiertnego nie można było dokonać.

Do rzadszych należy wreszcie przypadek rozsianego stwardnienia u 8-letniej dziewczynki z wybitnymi już zmianami ocznymi odczyn *Wassermana* wypadł w tym przypadku ujemnie.

U 10-letniego chłopca, przyjętego z innego powodu, wykryto przypadkowo przerost sutka (jednotronny).

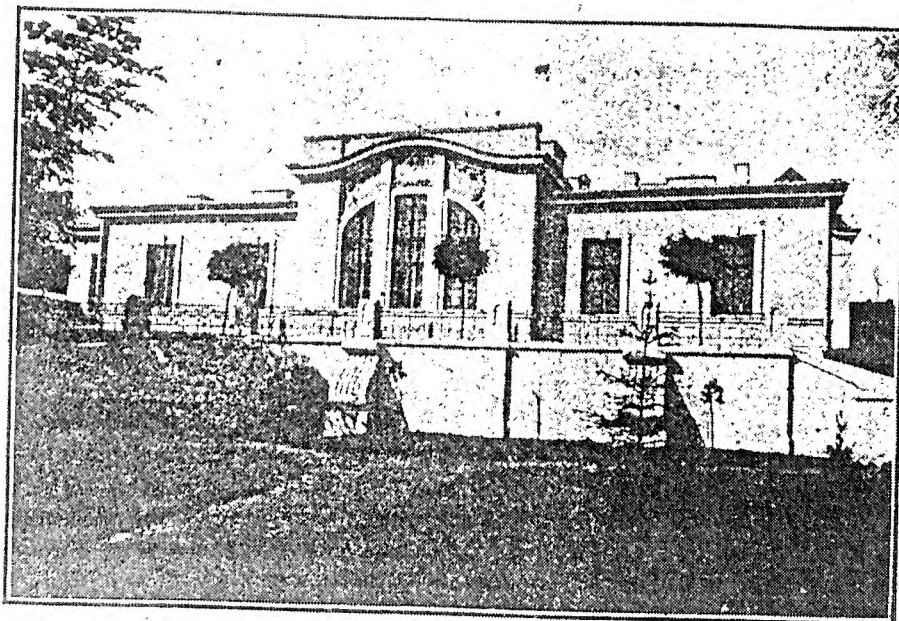
W okresie sprawozdawczym zdarzył się w oddziale wewnętrznym jeden przypadek płonicy u dziewczynki 9-go dnia pobytu w szpitalu; źródło zakażenia nie zostało z pewnością wykryte, stwierdzono tylko, że dziewczynkę tę, pochodzącą ze sfery inteligentnej, zbyt często odwiedzali rodzice, a wypadek miał miejsce w okresie epidemii płonicy w mieście. Salę opróżniono, przenosząc chorych, którzy nie przebyli dotąd płonicy, na stację obserwacyjną. Innych przypadków płonicy z tego źródła na oddziale wewnętrznym nie było.

Z innych oddziałów na wewnętrzny chorych nie przyjmowano. Na rok 1912 pozostało 8 przypadków.

ODDZIAŁ CHIRURGICZNY

zaczął istnieć samodzielnie od października, od początku jednak przyjmowano na salę wewnętrzną przypadki, wymagające bądź niezbędnej pomocy szpitalnej bądź nawet opatrunków, których na wsi nie miał kto skutecznie (przetoki, rany). Do statystyki tego oddziału zaliczono też wszystkie przypadki ropniaków opłucnej, rozpoznawanych przeważnie w ambulatoryum chorób wewnętrznych. Na oddział ten, oprócz 83 przypadków, przyjętych od razu z chorobami chirurgicznymi, przeniesiono troje dzieci z oddziału szkarlatynowego po ukończeniu łuszczenia - ogólna suma przeto wynosi 86 przypadków, które rozkładają się na działy następujące:

przypadków, zależnych od urazu	19
oparzeń	5
ropni, ropowic i zapaleń gruczołów	17
gruźlicy kości i stawów	18
ropniaków opłucnej	9
zapaleń wyrostka sutkowego	4



wad rozwojowych i nowotworów	6
różnych (psoriasis ac., polypus retronasi, paraphimosis)	5
Razem:	83

(nb. trzy przyjęte powtórnie na tę samą chorobę w krótkim przeciągu czasu, nie powtarzano ich przeto w obliczeniu ogólnem).

Zmarło w okresie sprawozdawczym 4-oro dzieci, z tych troje w ciągu I-ej doby (2 oparzenia i pęknięcie czaszki), czwarte w kilka dni po dokonanej operacji przepukliny uwięźniętej. Przypadek ten został przywieziony do szpitala w kilka dni od początku choroby, podczas operacji wykryto zgorzel uwięźniętego odcinka. W krótkim okresie działalności oddziału dokonano operacji czystych 7, ropnych 29, założono opatrunków gipsowych 11.

ODDZIAŁ SZKARLATYNOWY

w okresie sprawozdawczym działał dość intensywnie, na jesieni bowiem płonica występowała w mieście nagminnie. Na oddział zapisano bezpośrednio 81 dzieci, z innych oddziałów przyjęto 4-ro: dwoje przeniesiono, po ustaleniu rozpoznania, ze stacyi obserwacyjnej, dokąd zostały przyjęte z powodu zapalenia gardła o podejrzanym charakterze, lecz bez wysypki; trzeci przypadek był już omówiony w sprawozdaniu z oddziału wewnętrznego; czwarty wreszcie przeniesiono z oddziału chirurgicznego, dokąd został przyjęty z powodu ostrego zapalenia stawu. Następnego dnia po przyjęciu ciepłota powiększyła się nagle, wystąpiło zapalenie gardła, chłopca usunięto z sali i, po wystąpieniu wysypki, przeniesiono na oddział szkarlatynowy. Innych przypadków płonicy na sali nie było. Ogółem przeto w oddziale szkarlatynowym leczono 85

przypadków, które dzielimy na 2 grupy, zaliczając do I-ej 63 przypadki płonicy, przyjęte w okresie początkowym choroby, do II-ej zaś 22 przypadki, przyjęte z powodu różnych powikłań płonicy.

Z przypadków pierwszej grupy 18 zmarło w początkowym okresie choroby, przed wystąpieniem powikłań, w 25 przypadkach nie wystąpiły one, w 20-u zaś pozostałych zanotowano powikłania następujące:

Nephritis haemorrhagica ac.	12 razy
Otitis media suppurativa	6
Lymphadenitis ac. suppurativa	5
Lymphadenitis ac. postsearlatinosa	3
Pleuritis purulenta	1
Abscessus tonsillaris	1
Endocarditis ac.	1

W przypadkach drugiej grupy, przyjętych do szpitala w późniejszym okresie choroby, również najczęstszym powikłaniem było zapalenie nerek (16 razy). Dwukrotnie jednocześnie z zapaleniem nerek wystąpiło ropne zapalenie opłucnej, w jednym przypadku zapalenie popłonicze gruczołów szyjnych. Do rzadszych powikłań należy przyjęty 8-go dnia choroby przypadek płonicy u 6-letniej dziewczynki, z objawami mózgowymi: nakłucie łądźwiowe dało płyn szarzielony, gesty (drobnowidzowo wykryto w tym płynie, prócz b. licznych ciałek ropnych, krótkie łańcuszki); innych powikłań – w szczególności ze strony uszu – w tym przypadku nie było; śmierć nastąpiła 12-go dnia choroby. W dwu przypadkach przyjęto dzieci po przebiegu płonicy (w końcu 2-go i w 3-im tygodniu choroby) z objawami plamicy krwotocznej: obadwa przypadki miały przebieg nader ciężki – jeden zakończył się śmiertelnie w szpitalu, drugi w domu, po zabranii ze szpitala.

Co do zapalenia nerek, to w epidemii okresu ubiegłego zauważono dość częste występowanie tego powikłania (w 19 proc. przypadków, przyjętych wcześniej do szpitala) i przebieg przewlekły, z długotrwałym krwiomoczem. Zejście we wszystkich przypadkach, leczonych od początku w szpitalu, było pomyślne, bez ciężkich objawów zatrucia (mocznicą); z ogólnej liczby 16 przypadków, przywiezionych do szpitala w późnym okresie choroby, 4 zakończyło się śmiercią, z tych 3, przyjęte w stanie b. ciężkim z objawami obrzęku płuc, zmarły w ciągu pierwszej doby po przyjęciu do szpitala. Odsetka śmiertelności na oddziale szkarlatynowym wynosiła ogólnie 31,7 proc.

Oddział dyfterytyczny ma, jak wspomniano w opisie, charakter niejako prowizoryczny: chorzy na błonicę przyjmowani są bowiem na oddział zapasowy, przeznaczony właściwie na przypadki wątpliwe i epidemie wewnętrzne. Ilość przypadków błonicy w okresie sprawoz-

dawczym była jednak tak nieznaczną, że wszyscy zgłaszający się chorzy znaleźli miejsca w szpitalu. Ogółem przyjęto na oddział 14 dzieci: w maju 2, w lipcu 3, w październiku, listopadzie i grudniu po 3-je; – były, jak widzimy, całe miesiące (czerwiec, sierpień, wrzesień), kiedy oddział nie był zajęty.

Dodać należy, że większość przypadków, leczonych z powodu błonicy krtani, oddawana była do szpitala na krótki okres czasu, póki trwały wybitne objawy duszności; ogólna liczba dni szpitalnych wynosi 61 tj. na każdego chorego przypada przeciętnie 4,3 dnia pobytu w szpitalu.

Przypadki leczone dotyczą prawie wyłącznie błonicy krtani: w jednym przypadku u 6-letniej dziewczynki stwierdzono tylko błonicę gardzieli, w 6-iu innych, oprócz krtani, zajęta była i gardziel; – razem leczono przeto 13 przypadków błonicy krtani; w 5 przypadkach dokonano intubacji. Wyniki leczenia były następujące: wyleczonych wypisano 6, z polepszeniem (po 3-4 dniach pobytu w szpitalu) – 5, zmarły 2. Jedno z nich, przyjęte w późnym okresie choroby, nie poprawiło się po założeniu rurki i zmarło (z rurką) w ciągu 2-cj doby pobytu w szpitalu z powodu zapalenia oskrzelek (bronchiolitis); w drugim przypadku śmierć nastąpiła w półtora doby po ekstubacji, w nocy, przy objawach nagłej duszności.

Oddział zapasowy użyty był w ciągu okresu sprawozdawczego kilkakrotnie, jako stacja obserwacyjna; dwukrotnie przyjęto na ten oddział dzieci z zapaleniem gardła o charakterze podejrzanym, lecz bez wysypki – dzieci te, po ustaleniu rozpoznania, przeniesiono na oddział szkarlatynowy.

Na oddzialek ten przeniesiono także, po wykryciu na sali wewnętrznej przypadku płonicy, 5-ro dzieci z tej sali, które na płonicę nie chorowały; izolacja trwała 10 dni, poczem, wobec braku świeżych przypadków płonicy, dzieci przeniesiono z powrotem na salę. Wreszcie na oddzialek zapasowym trzymano przez dni kilka dziecko podejrzanego o koklusz, a pozbawione chwilowo opieki rodziców; po zgłoszeniu się matki, dziecko oddano do domu. Przypominamy, że na oddzialek zapasowym, który w okresie sprawozdawczym spełniał jednocześnie zadania oddziału dyfterytycznego i stacji obserwacyjnej, po każdym przypadku chorobowym dokonywa się, natychmiast po wypisaniu chorego, dezynfekcyi formalinowej.

Projektowane już dokonanie pewnych przerobek wewnętrznych na tym oddziale pozwoli na zupełne oddzielenie na stację obserwacyjną jednego pokoju, dwa inne zaś z łazienką złożyć się na stały oddział dla chorych na błonicę.

Jako dozoreczynie, czynne są w szpitalu siostry miłosierdzia (szarytki) – 3 oddziałowe i siostra przełożona. Służby w pawilonach i gospodareczej (w kuchni, pralni) posiadał szpital 11 osób.

Koszt utrzymania chorego wynosił przeciętnie 90 kop. na osobę; – opłata wynosiła 75 kop. w początkach istnienia szpitala, niżono ją później do kop. 60-iu, pokrywając różnicę oraz utrzymując przeszło 25 proc. chorych bezpłatnych z odsetek od kapitału żelaznego. []

Personel lekarski szpitala w okresie sprawozdawczym był następujący:

**Lekarzem naczelnym był do dnia
1 grudnia DR. ALEKSANDER
JAWOROWSKI, od dnia 1 grudnia
– autor.**

**Ordynatorem na oddziałach
zakaźnych od dnia 15 maja był
DR. PIOTR BORSUKIEWICZ.**

**Ordynatorem oddziału
chirurgicznego od dnia
1 października DR. PAWEŁ
JANKOWSKI.**

**Nadetatowo pracowała na
oddziale wewnętrznym od dnia
1 września DR. MARYA
JANKOWSKA.**

**Jako ordynatorzy-konsultanci
udzielali porad: W zakresie
chorób oczu DR JÓZEF
ŚWINARSKI, w zakresie gardła,
nosa i uszu DR. ALEKSANDER
ŻEBROWSKI.**

**W okresie wakacyjnym, na
oddział wewnętrzny szpitala
uczęszczali stale kandydaci
medycyny: KOL. KARWACKI
i KONWERSKI.**

Leczenie alkoholizmu

Nie była to walka z wiatrakami..

W Gazecie Miejskiej z dnia 5 listopada br. zauważyłam wyeksponowaną w ramach Uchwałę Rady Miejskiej w Lublinie nr 430/XXVII/2000. Uchwała dotyczyła Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na 2001 r. Dokładnie przestudiowałam tekst bardzo bogaty w słowa. I popadłam w zadumę. Przeczytana lektura zainspirowała mnie do snucia wspomnień z przeszłości.

DR KRYSZYNA PŁATAKIS-RYSAK

Z literatury wiemy, że Polak na ogół od wysoko procentowego napitku nie stronił. Słabość tę podtrzymywał niemiecki okupant przydzielając na kartki każdemu dorosłemu, obok skąpej porcji produktów spożywczych, litr gorzały. Ponieważ sprzedaż była wiązana, w każdym domu rósł zapas alkoholu. Często był wykorzystywany w handlu wymiennym.

Ale nie przez wszystkich. Byli tacy co pili przy każdej okazji, a tych nie brakowało. Po „wyzwoleniu” w ramach „Walki o Wolność i Demokrację” wysyłano młodych, niedoświadczonych poborowych na akcje likwidacji „band” Dla dodania animuszu przed walką, pojono chłopaków czystym spirytusem. Skutki wiadome. Uzależnienie. Po wojnie nie dało się tego odwrócić. Okazało się, że alkoholizm to poważny problem społeczny.

Od czasów przedwojennych problem ten rozwiązywała jedyna w Lublinie poradnia przeciwalkoholowa w profilaktycznym Ośrodku Zdrowia nr 1 przy ulicy Górnej 4. W czasie okupacji prowadziła ją pani doktor Zofia Wykowska – neurolog. W roku 1948 powstała w Lublinie druga poradnia przeciwalkoholowa w nowo zorganizowanym przez doktor Kazimierę Litwiniukową Ośrodku Zdrowia nr 2 przy ul. Morsztynów 2-4. Działalność Poradni PA. zainaugurował prof. Aleksander Ossendowski, kierownik Kliniki Psychiatrycznej Wydziału Lekarskiego UMCS i prowadził ją chyba do przeistoczenia Ośrodka Zdrowia nr 2 na Przychodnię Rejonową nr 6. Asystowała mu starsza wiekiem pielęgniarka, dawniej pracownica Ośrodka

Zdrowia nr 1 przy Górnej 4, doświadczona w „bojach” z alkoholikami i wierna im do końca aktywności zawodowej, pani Janina Wojciechowska.

Jak na zbawienie pojawił się wtedy „anticol”, a nieco później wszywki z esperalu. Decyzję, czy można u pacjenta alkoholika zastosować te leki, podejmował lekarz. Łukę po wycofaniu się z działalności w poradni przeciwalkoholowej profesora Ossendowskiego musiał chęć, nie chęć wypełnić Kierownik Przychodni i wesprzeć panią Wojciechowską. A ta chodziła na wywiady, pilnowała by pacjenci regularnie i konsekwentnie przyjmowali lekarstwo, współdziałała z żonami i matkami podopiecznych. Była nieustraszona, odważna, pełna poświęcenia i cieszyła się dużym autorytetem wśród podopiecznych. W niedługim czasie opiekę lekarską nad uzależnionymi alkoholikami podjęła starsza wiekiem lekarka, pani Serafina Sawicka.

Doktor Sawicka była Rosjanką. Urodzona w 1890 roku w Balcie (pow. Kamieniec Podolski). Starszej kobiecie, która jako młoda lekarka zdobywała doświadczenie w zamęcie rewolucji bolszewickiej niestraszny był kontakt ludźmi, którzy w alkoholu utopili świadomość własnego człowieczeństwa i poczucie rzeczywistości. Historię jej zmagania kojarzących się z losami doktora Żiwago zanotowaną w nie opublikowanym jeszcze pamiętniku, przeczytałam jednym tchem.

Obie, niepozorne z wyglądu panie stanowiły zgrany i skuteczny tandem wspomagany przez kierownika Przychodni., tandem któremu niestraszny był brud i smród melin pijackich. Świadectwem skuteczności działania tego zespołu niech będzie odpis imienninowej laurki z własnoręcznie namalowanymi przez autorkę kwiatami:

*Dla Kierowniczkii P.P.A. od żon alkoholików
Lublin, 4 marca 1958 r.*

Ja sama i w imieniu innych żon i matek alkoholików składamy podziękowanie i życzenia długich lat zdrowia i szczęścia w dniu imienin P. Doktor Litwiniukowej za wyświadczenie nam takiego dobrodziejstwa przez ten właśnie medykament, że możemy żyć spokojnie, bez awantur i innych brewerii uprawianych przez męża lub ojca. Dzieci nasze mogą spać spokojnie w nocy bez obawy, że pijany ojciec wprowadzi je w konwulsje lub inną jaką chorobę. Przeko jeszcze raz dziękujemy za tak wielkie dobrodziejstwo.

Helena Sz.

(Podpisy żon alkoholików):

B. J., S. G., W. W., D. Z., Z. S., S. J.,

B. J., R. R., M. R., M. J.

Matka w spisanych przez siebie wspomnieniach zanotowała:

Zorganizowałam zdaje się, że w 1959 roku Miejski Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy, któremu przewodniczę od 1965 roku. Śmiertelna choroba wyłączyła w 1973 roku doktor Litwiniukową z aktywności społecznej. Miejski Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy wspierał działalność poradni przeciwalkoholowych, początkowo w ramach niektórych przychodni rejonowych, a później koncentrującą swoją działalność przy ulicy Królewskiej w Miejskiej Przychodni Zdrowia Psychicznego. Na spotkaniach członków Komitetu P. A. koordynowano działalność Komisji sądowno-lekarskiej wydającej prawomocne decyzje o przymusowym szpitalnym leczeniu w zamkniętym oddziale odwykowym szpitala psychiatrycznego z pomocą opiekuńczo-wychowawczą, prawną i materialną udzielaną rodzinom alkoholików. Dzieci alkoholików były kierowane na dwu czy trzymiesięczne kolonie zdrowotne na których była prowadzona nauka w zakresie szkoły podstawowej. Został uruchomiony pierwszy Klub

AA. Członkowie Komitetu włączali się aktywnie w działalność profilaktyczną. Byli upoważnieni do kontrolowania sklepów w zakresie sprzedaży alkoholu nieletnim. Wnioskowali o możliwości, lub niemożliwości wydawania zezwolenia na sprzedaż alkoholu w konkretnych punktach handlowych, prowadzili pogadanki i wyświetlali filmy szkoleniowe o treoci antyalkoholowej w szkołach, domach kultury, oświetlicach przyzakładowych i tam wszędzie gdzie zostali zaproszeni. Jako kierownik Przychodni Rejonowej zostałam zaproszona do współpracy. Jako pediatra miałam kontakt z dziećmi i młodzieżą, zatem podjęłam działalność informacyjno-wychowawczą w formie pogadań i rozmów z dziećmi na terenie szkół podstawowych. Ponadto przeprowadzałam domowe wywiady i typowałam dzieci z rodzin alkoholików na kolonie zdrowotne. Działalność w Komitecie nie dawała żadnych absolutnie profitów. Ku mojemu zdziwieniu otrzymałam za moją działalność oficjalne podziękowanie. □

SPÓŁECZNY KOMITET PRZECIWAALKOHOLOWY
STOWARZYSZENIE WYŻSZEJ ODZYSKALNOŚCI
ZARZĄD GŁÓWNY

SERDECZNE PODZIĘKOWANIE

za ofiarną i pełną poświęcenia
społeczną pracę w dziedzinie
zwalczania alkoholizmu

SEKRETARZ GENEALNY

PRZEWODNICZĄCY

Warszawa, dnia

1958



*Dla Kierowniczkii P.P.A.
od żon alkoholików*

Epidemie cholery w Lublinie w XIX wieku

Jedną z chorób jakie dotykały ludność i często jeszcze dają znać o sobie jest cholera. Największe żniwo śmierci zbierała w XIX wieku.

Źródłem ówczesnych epidemii były Indie, z których różnymi drogami i sposobami cholera rozprzestrzeniała się po świecie.

DR N. HUM. MARIAN ŁOTYSZ

XIX-to wieczna wiedza lekarska stała na stanowisku, że jest to choroba niezaraźliwa. Jej przyczyn upatrywano między innymi w spożywaniu „surowizn owoców niedojrzałych i innych niezdrowych artykułów”.¹ Niektórzy twierdzili, że „profilaktyka cholery jest rzeczą najbardziej absurdalną”.² Cholera najczęściej atakowała ludność ubogą, żyjącą w złych warunkach sanitarnych, nie przestrzegającą podstawowych zasad higieny, a takiej ludności w XIX-to wiecznym Lublinie nie brakowało. Miasto było wówczas wielonarodowościowe. Największymi grupami ludności byli Polacy i Żydzi. Ludność żydowska to około 50% mieszkańców, a w niektórych latach w II połowie wieku – pięćdziesiąt kilka.³ Zamieszkiwała w zdecydowanej większości w zwartej grupie w części miasta, którą dalej nazywać będziemy dzielnicą żydowską.

Do Lublina cholera dotarła po raz pierwszy wiosną 1831 r. Pierwsze zachorowania zaczęły pojawiać się na początku II dekady kwietnia.⁴ W ciągu XIX wieku atakowała miasto 13 razy. Różna była siła tych ataków i skutki nimi powodowane. Ostatnie XIX-to wieczne zachorowania miały miejsce w październiku 1894 r.⁵

Przygotowaniem walki z cholera i jej zwalczaniem kierowały organizowane na tę okoliczność komitety antycholeryczne.⁶ Powoływano je oddzielnie dla chrześcijańskiej i ży-

dowskiej części miasta⁷ lub jak w latach 60-tych i 70-tych dla całego miasta.⁸ Na ich czele stali wysocy urzędnicy wojewódzcy (gubernialni).⁹

Przed nadejściem cholery jak i w trakcie jej trwania prowadzono szeroką działalność informacyjną. Ludność dowiadywała się o możliwościach leczenia i zasadach postępowania mogących przyczynić się do uniknięcia choroby. Wprowadzono liczne ograniczenia w życiu miasta.

Dla uzyskania możliwości szybkiego docierania z pomocą medyczną do chorych miasto dzielono na rewiry antycholeryczne. W czasie jednych epidemii oddzielne rewiry wyznaczano w dzielnicy chrześcijańskiej i żydowskiej, w czasie innych dzielono na nie miasto bez uwzględniania dzielnic.¹⁰ Do każdego z rewirów wyznaczeni byli lekarze, którzy w ramach swoich obowiązków mieli nieść pomoc chorym, egzekwować utrzymanie właściwego stanu sanitarnego w powierzonych im rewirach oraz propagować zasady higieny.

Duży problem stwarzała konieczność udzielania pomocy chorym w godzinach nocnych. Prawdopodobnie już w 1836 r. wprowadzono na czas epidemii całodobowy dyżur lekarski w magistracie.¹¹ W 1852 roku 24-godzinny dyżur w siedzibie władz miejskich pełnił lekarz, któremu asystowali: felczer, urzędnik magistracki, policjant, posługacz i posługaczka.¹² Lekarz sprawował opiekę medyczną nad całym Lublinem, jak również nadzorował wszystkie szpitale choleryczne. Asystujący lekarzowi działali tylko w chrześcijańskiej części miasta.¹³ Ich zadaniem było między innymi

1 Takie stanowisko zajął Urząd Lekarski Guberni Lubelskiej w latach 60-tych. Archiwum Państwowe w Lublinie (dalej APL). zespół akt Magistratu Miasta Lublina (dalej MmL). Sygn. 2237 s. 421-422.

2 Cytat za: Barbara Zaorska, Epidemia cholery w Warszawie w czasie Powstania Listopadowego, *Medycyna-Dydaktyka-Wychowanie*, 1997. XXI, 3,4, s. 102-110.

3 APL, Zespół Akt Rządu Gubernialnego Lubelskiego (dalej RGL), akta Tajne (dalej Taj.) 95, 99, 102, 111. Poza ludnością Polską w Lublinie zamieszkiwały inne narodowości będące wyznawcami chrześcijaństwa. W dalszej części artykułu cała nieżydowska ludność Lublina określana będzie mianem „chrześcijanie”.

4 J. Gawrysiakowa „Cholera Morbus” w 1831 r. w świetle rejestracji metrykalnej), Państwo. Kościół. Niepodległość. Lublin 1986. s. 318; Z. Lech., Cholera w Młodzryzcu Podlaskim w latach 1831-48 w świetle pamiętnika aptekarza Karola F. Eichlera, *Farmacja Polska* 1978, 34, 7, s. 419-421; Ponadto dotychczas ukazały się następujące opracowania dotyczące cholery na Lubelszczyźnie: M. Łotysz, Konflikt na tle epidemii, *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny* (dalej AHIFM) 55, 1992, 3-4 s. 367-371; tenże, Epidemia cholery na Lubelszczyźnie w 1866 r., *AHIFM* 58, 1995, 3, s. 256-276.

5 APL, RGL, akta Wydziału Lekarskiego (dalej L) I, 1894/50.

6 APL, RGL, L 1892/78, s. 16-17.

7 APL, RGL, akta Policyjne (dalej Pol.) 57a. s. Pol. 2158c, s. 65;

APL, MmL, 2236, s. 297, 316, 319.

8 APL, MmL, 2236, s. 431-432, MmL 238, bs.

APL, RGL, L I, 1873, 34 I s. 82-96; Pol. 58 s. 533, 556.

9 APL, RGL, Pol. 57a, s. 21, Pol. 58, s. 533, 556, L I 1873/34 I s. 82, 96, MmL, 2236, s. 316-319.

przewożenie chorych do szpitali. W dzielnicy żydowskiej funkcjonował podobny dyżur; z tym, że bez lekarza.¹⁴ W 1855 r. powołano oddzielne dyżury dla chrześcijańskiej i żydowskiej części miasta. Na czele każdego z nich stał członek komitetu antycholerycznego. W ich składzie nie było lekarzy. Do dyspozycji dyżurnych były furmanki i dorożki. Dopiero po stwierdzeniu przez felczera cholery wyznaczono lekarza.¹⁵ Dyżur o zasięgu prawdopodobnie ogólnomiejskim utworzono w 1873 r. Pełniony był w magistracie w godzinach 21.00-8.00¹⁶. Inaczej rozwiązano organizację dyżurów w 1892 r. Umiejscowiono je w aptekach, jeden przy Krakowskim Przedmieściu drugi

przy Kalinowszczyźnie. Ich skład był podobny do tego z 1855 r.¹⁷ W trakcie epidemii liczbę punktów dyżurnych zwiększono do 6. Zlokalizowano je na obrzeżach dzielnicy żydowskiej i jeden na Wieniawie.¹⁸

Leczenie chorych odbywało się przede wszystkim w domach. Nie miejsce w tym artykułe na opisywanie stosowanych leków i wykonywanych zabiegów. Ubogich chorych kierowano do szpitali. Organizowano je jako oddziały choleryczne przy funkcjonujących w mieście szpitalach lub jako samodzielne jednostki. Szpitale choleryczne istniały w Lublinie od 1836 r. Z zachowanego spisu inwentarza wynika, że przy jednym ze szpitali chrześcijań-

Skutki cholery w XIX w. w Lublinie

Rok	Zachorowalność						Umieralność						Śmiertelność		
	Chrześc.		Żydzi		Razem		Chrześc.		Żydzi		Razem		‰	N	Ś
	liczba	wsp.	liczba	Wsp.	liczba	wsp.	liczba	wsp.	liczba	wsp.	liczba	wsp.			
1831	400	5,8	400	5,7	800	5,8	195	2,9	195	2,8	390	2,9	50,0	50,0	50,0
1837					402	2,9					189	1,4			47,0
1848					696	4,6					377	2,5			54,2
1852	433	7,1	600	7,2	1033	7,2	136	2,2	168	2,0	304	2,1	31,4	28,0	29,3
1853			3		3				3		3			100,0	100,0
1854			3		3				3		3			100,0	100,0
1855	438	6,3	727	8,5	1165	7,5	231	3,3	292	3,4	523	3,4	52,7	40,0	44,9
1866	4		16		20				2		2			12,5	10,0
1867	182	1,9	596	5,1	778	3,7	78	0,8	294	2,5	372	1,8	42,8	49,3	47,8
1872	76	0,8	334	2,7	410	1,9	11	0,1	110	0,9	121	0,6	14,5	32,9	29,5
1873	147	1,5	287	2,4	434	2,0	55	0,6	161	1,4	216	1,0	37,4	56,1	49,8
1892	582	2,1	1702	6,7	2284	4,3	239	0,8	594	2,3	833	1,5	41,1	34,9	36,5
1894	5		14		19				1		1		0,0	0,1	0,53
Σ	2267		4682		8047		945		1823		3384		41,7	38,9	42,0

Legenda

WSPÓŁCZYNNIK:

Zachorowalności – procent mieszkańców zapadłych na cholere;

Umieralności – procent mieszkańców zmarłych z powodu cholery;

Śmiertelność – procent zgonów do zachorowań na cholere.

UWAGI:

Przy liczbie 20 i mniej przypadków nie liczono współczynników zachorowalności i umieralności.

Dane dotyczące lat 1831 i 1837 ustalono szacunkowo.

Dla roku 1848 źródła podają ogólną liczbę zachorowań i zgonów.

SKRÓTY:

Ch. Chrześcjanie

Ż. Żydzi

Śr. Średnia

Wsp. współczynnik

ŹRÓDŁA:

APL akta Stanu Cywilnego (dalej USC) Lublin, Mojżeszowe ks. 74, 75;

Zespół akt Komisji Województwa Lubelskiego (dalej KWL).

568 s. 42;

MmL. 2236 s.15-19, 21-25, 27, 259, 261, 412, 511-769, 771, 777, 2237 s. 517-537;

Pol. 57a. s. 41, 70;

RGL, L I, 1873/34 cz. II;

RGL, A II 1893, 155;

„Tygodnik Lekarski” 1848.

nr 35-44, 46-50;

„Kurier Lubelski”

z dn. 24.12.1872 r.

Ruch chorych w szpitalach cholerycznych w II połowie XIX w.

	Chrześcijanie	Żydzi
Chorzy	1337	1273
Wyzdrowiało	688	718
Zgony	649	555
Śmiertelność	48,5 %	43,6 %

ŹRÓDŁA:

APL.

RGL, A II, 155 t. II s. 26;
RGL, Pol 58c s. 19, 21, 31, 33, 34,
219-245;
RGL, Pol 57a s. 70-81;
MmL 2236 s. 287, 311, 313, 441-442, 667;
MmL 2237 s.15, 27, 34;
RGL L I 1873/34 cz. I s. 96, 227;

M. Gawarecka, *Śłużba zdrowia w Lublinie w pierwszej połowie XIX w.*, Praca doktorska, Biblioteka Akademii Medycznej w Lublinie, sygn. D-90.

skich istniał w tym roku oddział choleryczny na 10 łóżek.¹⁰ Dokładniejsze dane dotyczące funkcjonowania szpitali cholerycznych pochodzą z II połowy XIX w. Przebywało w nich ponad 2610 chorych, z których zmarło ponad 1204.

Szpitala choleryczne odegrały pozytywną rolę w zwalczaniu cholery. Stosowane metody leczenia co prawda niewiele mogły pomóc choremu, lecz sam fakt ich izolacji ograniczał możliwość rozprzestrzeniania się zarazy.

Mimo panującego poglądu o niezarazliwości cholery do ograniczenia jej zasięgu zapewne przyczyniły się prowadzone w mieście dezynfekcje. Prowadzono je już od pierwszych epidemii.¹¹ Dezynfekowano pomieszczenia, w których przebywali chorzy, naczynia, z których korzystali, ich bieliznę i odzież. Po odkryciu przecinkowca znacznie rozszerzono zakres dezynfekcji. Podlegały jej również place, podwórka, środki transportu, bagaże podróżnych, osoby mające kontakt z chorymi, a zwłaszcza wydaliny chorych.¹² Czego nie udało się zdezynfekować lub nie nadawało się do dezynfekcji to palono. W 1892 r. na czas prowadzenia dezynfekcji z pomieszczeń objętych przesiedlono ludność do namiotów specjalnie na ten cel ustawionych na Kalinowszczyźnie. Przesiedlono wówczas 1945 osób z dzielnicy żydowskiej i jej najbliższej okolicy.¹³ Zdezynfekowano 132 domy, 32 podwórka i 5 sklepów.¹⁴

Tragicznymi skutkami cholery były zgony z jej powodu. W postępowaniu ze zwłokami obowiązywały specjalne zasady. Bezpośrednio po zgonie przewożono je do domów pogrzebowych, gdzie podlegały oględzinom i zabiegom dezynfekcyjnym. Inaczej wyglądało postępowanie ze zmarłymi w szpitalach.¹⁵ W czasie pierwszych epidemii pogrzeby odbywały się nocą.¹⁶ Później pozwolono urządzić je w godzinach rannych i wieczornych przy udziale minimalnej liczby żałobników.¹⁷ Zabronione było wprowadzanie zmarłych do kościołów.¹⁸

Epidemie cholery wpływały na nastroje panujące w mieście. Ludność modliła się o „odwrócenie zarazy”¹⁹, a po jej ustaniu brała udział w nabożeństwach dziękczynnych. Nosiła medaliki z wizerunkami św. Rocha i św. Rozalii²⁰ i równocześnie różnego rodzaju amulety.²¹ Uprawiała magię. W 1873 r. lubelscy Żydzi dla odwrócenia zarazy ożenili jednego z najuboższych z nich z równie ubogą, a przy tym ociemniałą dziewczyną.²² Podobne zaślubiny odbyły się w 1892 r. Tym razem ich miejscem był Kirkut. Dla podniesienia skuteczności wspomnianego zabiegu zaprzęgli do pługa 4 dziewczyny i oborali granice miasta od strony Biskupic, które były źródłem ówczesnej epidemii.²³ Gdy i to nie przyniosło skutku, zdemontowali urządzenia spiętrzające wodę na Bystrzycy i Czechówce wierząc, że woda spływając uniesie ze sobą cholere, a następnie uroczyście je pogrzebali.²⁴

10 APL, RGL, Pol. 57a. s. 57-59
RGL, L I 1873/34, cz. I, s. 96,
MmL 2237, s. 789-819, 5996,
s.16.
„Kurier Lubelski” nr 16
z 9.02.1867 r. nr 83
z 22.10.72.
„Gazeta Lekarska” nr 171
z 18.08.1892 r., nr 195
z 16.09.1892 r.

11 Dodatek do nr 49
Dziennika Urzędowego
Województwa Lubelskiego
(dalej DzUWL) z 6.12.36.

12 APL, RGL, Pol. 58c, s. 99.
13 APL, RGL, Pol. 57a.
s. 60-61.

14 APL, RGL, Pol. 58c, s. 99.
15 APL, MmL, 2236, s. 315,
316, 347, 349, 365, 421, 551,
553.

16 APL, RGL, LI 1873/34
cz. I, s. 96.

17 APL, RGL LI 1873/34
cz. I, s. 94.

18 E. Biernacki „Cholera
w Lublinie”, sprawozdanie
z wycieczki odbytej w dniu
21, 22 i 23 września rb.,
„Gazeta Lekarska” 27, 1892
nr 10, s. 846.

19 APL, RGL, Pol. 58c. s.19.

20 APL, RGL, Pol. 57a,
s. 6.3, MmL, 2236 s. 318.

21 „Gazeta Lekarska” nr 186
z 5.09.1892 r.

22 K. Skabiczewski, „Krótki
rys cholery azjatyckiej
w guberni lubelskiej w roku
1892” „Gazeta Lekarska” 27,
1892, nr 40, s. 847-848.

Negatywny wpływ na nastroje ludności, zwłaszcza żydowskiej, miały istniejące w mieście szpitale choleryczne. Sądono, że dopóki one istnieją, cholery nie uda się zwalczyć. Skutkiem takich poglądów było kilka napadów na żydowski szpital choleryczny w 1867 r i pobicie jednego z felczerów.³⁴

Przetaczające się przez XIX-to wieczny świat epidemie cholery siały strach i wielo-

krotnie spustoszenie. Równocześnie wzmagaly aktywność w poszukiwaniu nowych, skutecznych metod leczenia. Mobilizowały do działalności charytatywnej.

Walka z cholera przyczyniała się do podnoszenia stanu sanitarnego miast i zachowywania higieny przez ludność.

23 „Gazeta Lubelska nr 186 z 5.09.1892, nr 204 z 22.09.1892 – „Wczoraj (tj. 26.09.1892) w siedlisku epidemii przy ul. Nadstawnej od wczesnego rana rozpoczęta została racjonalna dezynfekcja rzeczy i mieszkań skupionej tam ludności. Liczny oddział dezynfektorów i policji z felczerem przechodząc od domu do domu usuwał z nich mieszkańców i wszystko, co znajdowało się w lokalu poddawał dezynfekcji. Otóż wynoszono rzeczy i segregowano je. Bezużyteczne gałgany mogące zatrzymać w sobie zarazki choleryczne gromadzono w jednym miejscu i palono. Bieliznę i ubrania poddawano dezynfekcji za pomocą pary z kotła wydzielanej... z lokomobili... jako też w małych kadziach sprowadzonych przez władze tutejsze do dezynfekcji. Ściany w mieszkaniach bielono naprędce, podłogi i sprzęty poddawano dezynfekcji za pomocą środków lekarskich... W dalszym ciągu taki sposób dezynfekcji odbywać się będzie na innych ulicach.”

24 E. Biernacki „Cholera...” s. 848 – „Jeżeli chory umrze, to zaraz na łóżku zlewają go obficie sublimatem i zawijają w to sarno prześcieradło, w którym leżał. Trupy kładą do trumien wysmołowanych wewnątrz, obsypują wapnem w kawałkach, sypią też wapno do ust i przykrywają wiekiem (nie przybijając), a po 24 godzinach przybijają i chowają na ogólnym cmentarzu w mogiłach głębszych o łokieć. W szpitalu sw. Wincentego do ust i w otwór stolcowy trupa kładą tampony obficie zmoczone sublimatem.”

25 DzUWL nr 49 z 6.12.1836.

26 APL, RGL, Pol. 57a, s. 63-64.

27 APL, MmL 2236 s. 23-25.

28 „Gazeta Lubelska” nr 199 z 20.09.1892

29 „Gazeta Lubelska” nr 215 z 10.10.1892.

30 „Gazeta Lubelska” nr 216 z 11.10.1892.

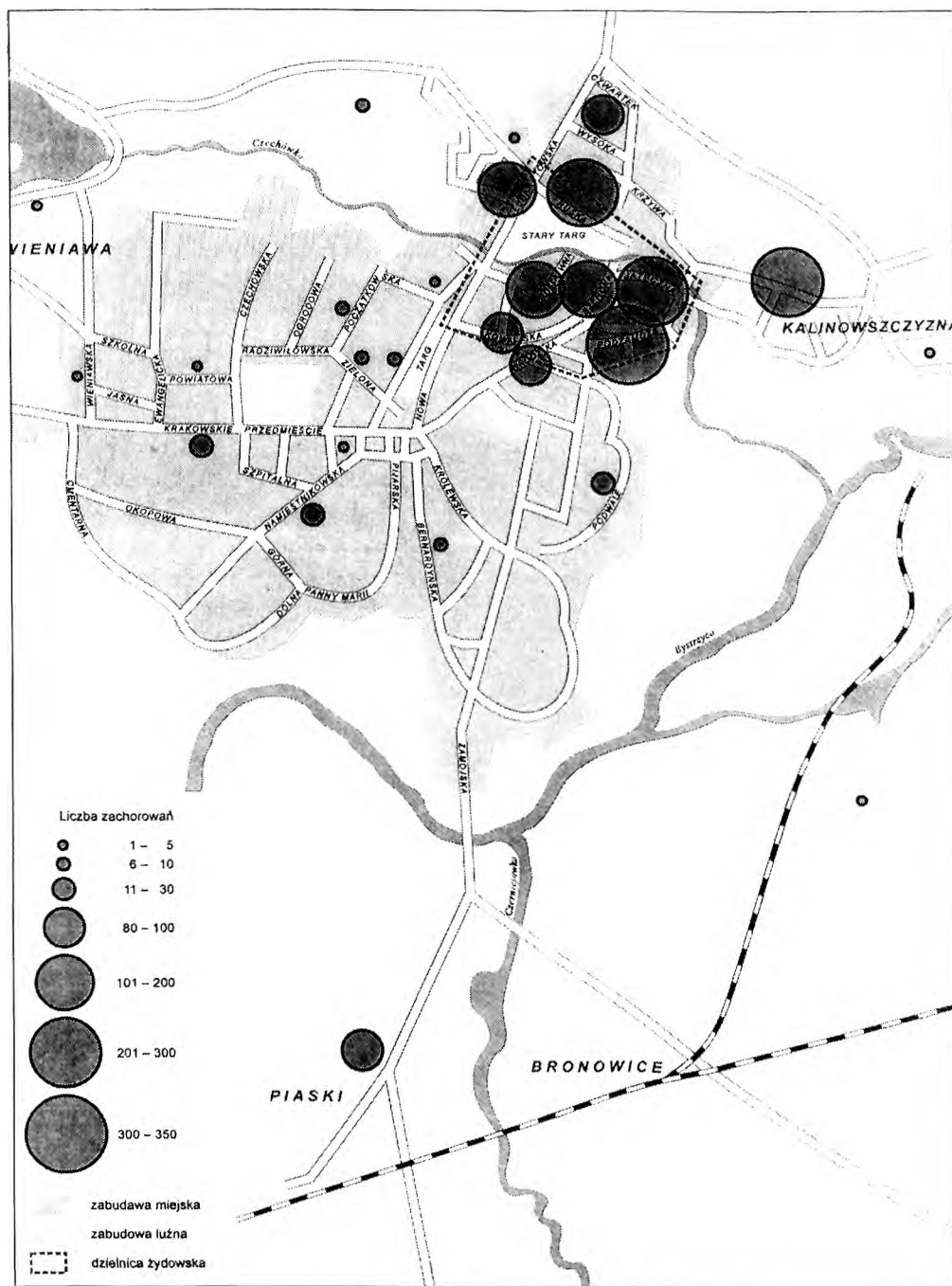
31 „Kurier Lubelski” nr 75 z 30.09.1873 r.

32 „Gazeta Lubelska” nr 183 z 1.09.1892 r. – „Niepodobna sobie wyobrazić czegoś równie wzruszającego. Cisza cmentarna zakłócona śpiewem weselnym, nęcza krańcowa pokryta nimbem godów weselnych”.

33 „Gazeta Lubelska” nr 184 z 2.09.1892 r.

34 APL, RGL L IV 1867/5 s. 141, 157.

Rozmieszczenie zachorowań na cholera w Lublinie w 1892 r.



Początki lubelskiej profilaktyki

Zainteresowanie zdrowiem towarzyszy człowiekowi od zarania ludzkości. Ale początki zrozumienia jego istoty wiążą się z odkryciem drobnoustrojów.



DR KRYSZYNA PŁATAKIS-RYSAK

Leczenie, czyli usuwanie objawów choroby wymagało natychmiastowego działania i dlatego całkowicie absorbowało dawnych lekarzy. Profilaktyka ograniczała się do mycia rąk przed zabiegami chirurgicznymi i do izolowania zakaźnie chorych.

Profilaktyką w szerszym tego słowa znaczeniu zaczęto interesować się w Polsce w sposób zorganizowany dopiero po odzyskaniu niepodległości. Chyba prekursorem w tej dziedzinie był Poznań – miasto uniwersyteckie. Pamiętam, że w końcu lat dwudziestych chodziłam jako dziecko na jakieś badania kontrolne. Byłam ważona, mierzona. Na szczyt przeciw ospie skierowano mnie do

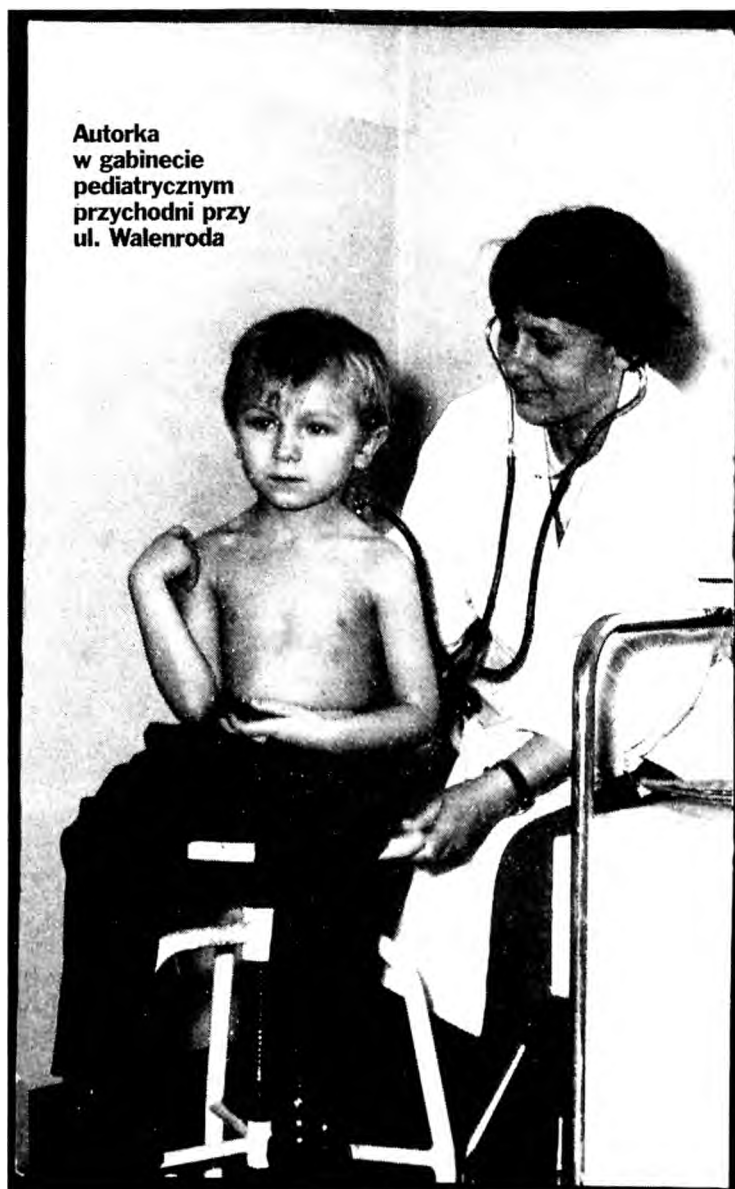
Pierwsza od lewej Rozalia Biela, czwarta od prawej dr Kazimiera Litwiniukowa; obok przychodni przy ul. Morsztynów 2-4

*Profilaktyką
w szerszym tego słowa
znaczeniu zaczęto
interesować się
w Polsce w sposób
zorganizowany
dopiero po odzyskaniu
niepodległości*

ośrodka akademickiego. Wiem na pewno, że w 1936 przeprowadzano pod okiem profesora pediatrii indywidualne szczepienia BCG metodą doustną. Takim królikiem doświadczalnym była moja siostra.

Narodziny profilaktyki w Lublinie wiążą się chyba z wybudowaniem i zorganizowaniem przez władze miasta Ośrodka Zdrowia przy ulicy Górnej 4 jeszcze w latach trzydziestych. Ośrodek był pomyślany jako placówka zdecydowanie profilaktyczna nastawiona na zapobieganie chorobom społecznym. Znajdowały się w nim poradnie: przeciwgruźlicza, przeciwweneryczna i poradnia profilaktyczna dla dzieci, której działalność była połączona z kuchnią mleczną, zaopatrywaną w mleko przez gospodarstwo, w którym krowy były poddawane systematycznym badaniom, zwłaszcza przeciwgruźliczym. Początkowo kierownikiem był doktor Adam Żurakowski. Doktor Żurakowski mieszkał w dzielnicy Dziesiąta, przy ulicy Bychawskiej i do pracy dojeżdżał na rowerze. Któregoś dnia na skrzyżowaniu z ulicą Fabryczną poniósł śmierć pod kołami niemieckiej ciężarówki. Po jego śmierci kierownictwo Ośrodka objął doktor Jan Daniel-ski – przedwojenny naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, związany ściśle z AK, członek Delegatury Rządu. Po wojnie zorganizował i prowadził Katedrę Higieny na Wydziale Lekarskim UMCS. W Ośrodku, pod jego kierunkiem, odbywało się stałe szkolenie personelu średniego i ochotniczek patroli sanitarnych. Bezpośrednio organizacją tych szkoleń zajmowała się doktor Jadwiga Olecka. Doktor Zofia Wykowska prowadziła szkolenia z zakresu musztry sanitarnej.

Właściwie wszyscy zatrudnieni w Ośrodku Zdrowia nr 1 przy Górnej 4 byli związani z konspiracyjną działalnością w ramach AK. Do



*Narodziny profilaktyki
w Lublinie wiążą się
z wybudowaniem
i zorganizowaniem
przez władze miasta
Ośrodka Zdrowia przy
ulicy Górnej 4
jeszcze w latach
trzydziestych.*



**Krystyna
Platakis-Rysak**

bieżących zadań należało kompletowanie toreb sanitarnych z materiałami opatrunkowymi i lekami dla drużyn sanitarnych i oddziałów partyzanckich, przygotowywanie i dostarczanie paczek dla więźniów na Zamku Lubelskim. Przemycania grypsów podejmował się z narażeniem życia lekarz więzienny doktor Kostecki.

Władze polskie obejmując opiekę nad leczeniem po wycofaniu się okupanta stanęły wobec bardzo trudnego zadania. Brakowało lekarzy, brakowało pielęgniarek, nie mówiąc już o bazie materialnej. Początkowo organizację opieki medycznej oparto, tak jak przed wojną, na ubezpieczalni społecznej i lekarzach domowych. Jediną placówką profilaktyczną był nadal Ośrodek Zdrowia przy ul. Górnej 4.

W listopadzie 1947 roku Wydział Zdrowia UM w Lublinie podjął inicjatywę zorganizowania dla ulicy Dziesiąta drugiej placówki profilaktycznej, czyli Ośrodka Zdrowia nr 2. Na ten cel wykupił od doktor Julii Krajewskiej i doktora Teodora Lipeckiego za symboliczne 5 złotych bliźniaczy, jednopiętrowy budynek przy ulicy Morsztynów 2-4. W każdym z bliźniaków były po dwa pomieszczenia

mieszkalne. Pokój z małą kuchenką i duży strych na piętrze oraz dwa, czy

też trzy pokoje z kuchnią na parterze. Budynek podpiwniczony, ale bez kanalizacji, bez wody. Na podwórzu studnia na korbę, mały budynek gospodarczy, a na jego tyłach ubikacje. Wszystko razem na terenie, który mógłby być ogrodem, a był terenem zdewastowanym przez działania wojenne. Po wyremontowaniu budynku powierzono zorganizowanie w nim, na wzór istniejącego już Ośrodka na Górnej 4, następnego Ośrodka Zdrowia, działającej na tym terenie od 1940 r. na stanowisku lekarza domowego doktor Kazimierze Litwiniukowej, a mojej matce. Małe, służbowe mieszkanie na piętterku, które otrzymała w miejscu pracy, po powrocie z

przymusowego, trzyletniego pobytu w lagrach ZSRR miało niebagatelną wartość. W tamtych czasach wyposażenie gabinetów lekarskich stanowiło nie lada problem, a kwota stu tysięcy złotych przeznaczona na ten cel była śmiesznie mała. Mebli sanitarnych, ani nawet zwykłych w handlu raczej nie było. Udało się jedynie kupić pięćdziesiąt krzesel. Pozostałe meble były kupowane od prywatnych osób ogłaszających w gazetach chęć sprzedaży prostych stolów, szaf i następnie przerabiane przez znajomego stolarza-emeryta na kozetki lekarskie, szafki pielęgniarskie, stoliki zabiegowe, ramy do parawanów i inne potrzebne przedmioty. Cennym nabytkiem były uzyskane z demobilu osobiste szafki żołnierskie. Wszystkie te zaimprovizowane meble doktor Litwiniukowa z pomocą pierwszej, zatrudnionej w Ośrodku pielęgniarki Janiny Wojciechowskiej pomalowała osobiście. Również dziełem ich rąk były szyte z płótna zasłony okienne i parawany, a także prześcieradła na kozetki. Ćartuchy uszyła mieszkająca w sąsiedztwie krawcowa. Aparat rentgenowski był darem UNRRY. Był to polowy Picker do zdjęć. Trzeba było przerobić go na aparat do prześwietleń. Pierwszą przełożoną na Morsztyno-

wie była doświadczona pielęgniarka, pani Dybowska. W Ośrodku Zdrowia nr 2 znalazły miejsce poradnie: przeciwweneryczna prowadzona przez doktor Michalską z pomocą pielęgniarki, pani Zenony Kawińskiej, antyalkoholowa przez doktora Ossendowskiego, dyrektora szpitala dla umysłowo chorych w Abramowicach, późniejszego kierownika Kliniki Psychiatrycznej. Doktor Włodzimierz Dworak prowadził poradnię przeciwgruźliczą. Dzielnie pomagała mu doświadczona pielęgniarka z Górnej, pani Halina Fijałkowska. Poradnią dla dzieci zaopiekował się mieszkający w tej dzielnicy, a więc znany wielu pacjentom doktor Kazimierz Trejgiel.

Nie lada wyczynem jak na owe czasy było zorganizowanie przesiewowych badań małowobrazkowych dla wszystkich mieszkańców dzielnicy „za tunelem”. Pielęgniarki odwiedziły każde mieszkanie. Każdemu mieszkańcowi wręczono specjalnie zredagowaną kartę kontrolną i skierowano na „mały obrazek”. Dla usprawnienia badań został na teren dzielnicy sprowadzony z Wojewódzkiej Poradni Przeciwgruźliczej ambulans z aparatem małowobrazkowym. Osoby, u których na małym obrazku stwierdzono zmiany, kierowano na szczegółową kontrolę, a po wykryciu gruźlicy rejestrowano w poradni przeciwgruźliczej w celu objęcia bezpłatnym leczeniem. Dzieciom do lat dziesięciu nie robiono zdjęć małowobrazkowych, tylko od razu je prześwietlano.

Dzięki tym badaniom wykryto wiele ognisk gruźliczych i wiele zaniedbanych przypadków. Zaistniała konieczność specjalnego zajęcia się dziećmi i zorganizowania osobnej poradni przeciwgruźliczej dla dzieci. Nie było w Lublinie ftyzjopediatry. Doktor Litwiniukowa uzupełniła swoje kwalifikacje i po uzyskaniu specjalizacji z diagnostyki i leczenia gruźlicy dziecięcej otworzyła w Ośrodku Zdrowia na Morsztynowie pierwszą poradnię przeciwgruźliczą dla dzieci, w fazie początkowej choroby, korzystając z tego samego lokalu, co poradnia dla dorosłych.

Okazało się, że ośrodek ma za mało pomieszczeń, że jest za ciasny. Wtedy zaistniała koncepcja wykorzystania dużej przestrzeni strychów na rozbudowę placówki. Miasto nie miało pieniędzy. Doktor Litwiniukowa sama zaprojektowała placówkę, z prawie bezinteresowną pomocą znajomego technika, przygotowała kosztorys na niezbędne materiały budowlane, uzyskała zgodę Ministerstwa

Zdrowia na „kapitalny remont” oraz pieniądze na realizację własnych planów. Pracę wykonał z pomocą cieśli i murarza emerytowany stolarz – były pracownik PKP. Niezależnie od kapitalnego remontu i rozbudowy Ośrodek został rozbudowany i zaadaptowany budynek gospodarczy na mieszkanie dla woźnej, pani Rozalii Bieli, dźwigającej z całkowitym zaangażowaniem czasu, sił i serca ciężar odpowiedzialności za sprawne funkcjonowanie placówki, w swym odczuciu, na równi z kierownikiem. Z zakupionych materiałów budowlanych pozostały jeszcze deski na różne drobne remonty. Pieniędzy wystarczyło na doprowadzenie wody i zainstalowanie lokalnej

kanalizacji i szamba oraz urządzenie w piwnicy pralni z prawdziwego zdarzenia, takiej z kotłem, drewnianymi baliemi, tarą i fachową praczką. I warto wspomnieć, że nigdy później, po zlikwidowaniu tej pralni i włączeniu się Przychodni do systemu centralnego prania przy ulicy Hipotecznej, fartuchy nie były tak białe. tak pięknie wykrochmalone i wyprasowane, z uzupełnionymi guzikami jak te, które wyszły spod ręki tradycyjnej pralki z „Morsztynowa”. W przebudowanym Ośrodku Zdrowia znalazło się miejsce nie tylko dla przeciwgruźliczej poradni dziecięcej ale i poradni dla kobiet, gabinetu stomatologicznego, gabinetu zabiegowego i gabinetu szczepień. Została zorganizowana pracownia analityczna. Znalazło się również miejsce na gabinet lekarza domowego, dotychczas przyjmującego pacjentów z dzielnicy w gabinecie wynajętym w sąsiednim, drewnianym domu.

Od lipca 1948 roku w posunięciach Ministerstwa Zdrowia zaczyna zarysowywać się tendencja scalania zadań służby zdrowia. Przypomniano sobie wówczas o potrzebie zorganizowania poradni ogólnych leczniczych w okręgowych ośrodkach zdrowia, zajmujących się dotychczas profilaktyką. W marcu 1949 roku polecono współdziałanie ośrodków z Ubezpieczalnią Społeczną. Powstaje tzw. ZLEP To był koniec wyłącznie profilaktycznych ośrodków zdrowia.

W efekcie przeprowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia reformy służby zdrowia łączącej profilaktykę z lecznictwem, przy Górnej 4 powstaje Specjalistyczna Przychodnia Pediatriczna, a przy ulicy Morsztynów 2-4, Przychodnia Rejonowa nr 6. □

*W listopadzie 1947
roku Wydział
Zdrowia UM
w Lublinie podjął
inicjatywę
zorganizowania dla
ulicy Dziesiąta
drugiej placówki
profilaktycznej,
czyli Ośrodka
Zdrowia nr 2.*

Moje związki z lubelskim Wydziałem Farmaceutycznym AM 1946-1993

Po ośmiu latach pracy (począwszy od 1 listopada 1949 r.) w Zakładzie Chemii Nieorganicznej, w dniu 1 grudnia 1957 r. zostałem, jako adiunkt, przeniesiony służbowo do Zakładu Chemii Toksykologicznej i Sądowej, w którym przepracowałem 30 lat – aż do 31 stycznia 1988 r. Przekroczyłem progi zakładu pełen niepokoju i obaw; rozpoczynał się dla mnie kolejny okres działalności naukowo-dydaktycznej w nowym miejscu pracy, w dodatku na stanowisku p.o. kierownika.

PROF. DR HAB. HENRYK ROMANOWSKI

Funkcję tę pełniłem dwukrotnie w okresach: 1 grudnia 1957 – 31 stycznia 1961 r., oraz 1 października 1962 – 1 grudnia 1965 r. W międzyczasie jego kierownikiem była dr Halina Bronisz, docent Katedry i Zakładu Chemii Toksykologicznej Warszawskiego Wydziału Farmaceutycznego. Byłem czwartym kierownikiem lubelskiego Zakładu Chemii Toksykologicznej i Sądowej. Jego organizator, zastępca profesora mgr Józef Wójcik kierował Zakładem dwukrotnie: 1 października 1947 – 30 września 1949 r. i 1 listopada 1950 – 31 maja 1956 r., natomiast zast. prof. dr Jan Bader 1 października 1949 – 30 września 1950 r. i zast. prof. mgr Jan Kubalski w okresie od 1 listopada 1956 do 30 września 1957 r.

Jakby na osłodę tej nowej, a jakże trudnej dla mnie sytuacji kuratorem Zakładu został mój były szef, dziekan prof. dr hab. Andrzej Waksmundzki, do którego zwracałem się często w istotnych sprawach, szczególnie naukowych, organizacyjnych oraz personalnych.

W tym też czasie w związku z ukończeniem rozpoczętej w 1946 r. budowy drugiego Collegium Pharmaceuticum (ul. Staszica 4, 4a, 6) zaszły na Wydziale istotne zmiany lokalowe, w wyniku których wspomniany Zakład został w 1958 r. przeniesiony z pomieszczenia przy ul. Pełowiaków 12 do lokalu w budynku przy ul. Radziwiłłowskiej 5. Były w nim bardzo trudne warunki pracy dydaktyczno-naukowej z powodu ciasnoty lokalowej oraz wa-



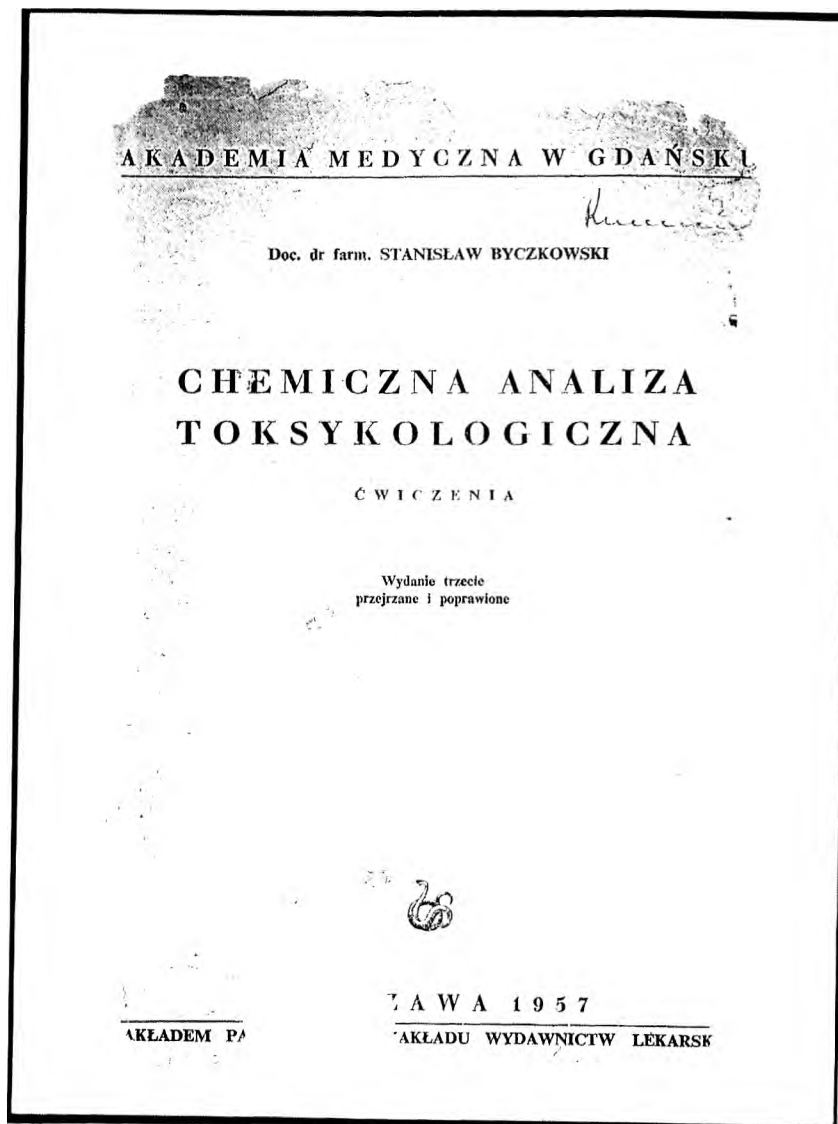
**Prof. dr hab.
Henryk Romanowski**

dliwie działających urządzeń wentylacyjnych. Ćwiczenia początkowo odbywały się w atmosferze oparów gryzących, drażniących i toksycznych gazów – tlenków azotu i chloru oraz stosowanego w analizie trucizn metalicznych siarkowodoru. Po pewnym czasie został on zastąpiony tioacetomidem. W pierwszym okresie – do ok. 1962 r. nie było też odpowiednich warunków dla uprawiania działalności naukowej. Ja zaś uzyskałem oddzielną pracownię naukową.

Rok 1963 jest bardzo ważny w historii tego Zakładu – w lipcu tego roku został przemianowany na Katedrę.

Katedra mieściła się w budynku przy ul. Dymitrowa 5 na trzecim piętrze, do dnia 1 września 1999 r. Był to najstarszy, od początku 1945 r., lokal Wydziału Farmaceutycznego, a jeden z najstarszych w macierzystej uczelni – UMCS w Lublinie. Obecnie Katedra ta, Katedra Toksykologii kierowana przez prodziekana prof. dr hab. Ewę Jagiełło-Wójtowicz, mieści się przy ul. dr. W Chodźki 7.

Kreślę te wspomnienia nie tylko w nowym roku, ale również w nowym wieku oraz już nowym tysiącleciu – aby przywołać chwilę, kiedy przeszło 51 lat temu (5 grudnia 1949 r.) przekroczyłem po raz pierwszy progi Zakładu Chemii Toksykologicznej i Sądowej na II piętrze budynku, jeszcze przy ul. Staszica 4, jako student IV roku – asystent Zakładu Chemii Nieorganicznej, by odrobić ćwiczenia, zdać kolokwium końcowe – zaliczeniowe oraz



Zostałem w Zakładzie m. in. używany skrypt do ćwiczeń

w dniu 12 lipca 1950 r. złożyć egzamin z chemii toksykologicznej i sądowej z wynikiem dobrym u kierownika Zakładu prof. dr Jana Badera.

Po przejściu do Zakładu Chemii Toksykologicznej i Sądowej pamiętałem o propagowaniu historii farmacji i nauki wśród studentów i pracowników Zakładu. Jego ściany ozdobiłem portretami pierwszych zasłużonych polskich profesorów farmacji, zarazem pierwszych wybitnych toksykologów, Jana Szastera, Józefa i Floriana Sawiczewskich, docenta Adolfa Aleksandrowicza ponadto profesorów Jana Fryderyka Wolfganga oraz Józefa Jana Celińskiego, także dobrze nam znanych proaiców nauk medycznych i przyrodniczych Hipokratesa, Galena, Awicenny oraz Paracelsusa. Nie zapomniałem o portrecie wielkiego chemika Dymitra Mendelejewa, któremu wcz-

śniej poświęciłem specjalną publikację (Farmacja Polska 1954 r. T. 10 nr 2, ss. 52-54), którego zachowany gabinet odwiedziłem i zwiędziłem będąc w 1968 r. z lubelskimi studentami farmacji w Uniwersytecie Leningradzkim. Nie mogłem wreszcie pominąć wizerunku patronki naszej macierzystej uczelni – UMCS w Lublinie – Marii Curie Skłodowskiej. Jej pamięci poświęciłem specjalną publikację (Farmacja Polska 1957, T. 13 nr 11 ss. 285-288). Patronkę tę w ostatnich latach przypominałem sobie dosyć często, wędrując do pracy i z pracy obok jej pomnika, który stał przy placu noszącym jej imię.

Po przejściu do Zakładu Chemii Toksykologicznej i Sądowej sytuacja kadrowa tej jednostki organizacyjnej uczelni była nie do pozazdroszczenia, bowiem st. asystent mgr Barbara Władysława Sykut została 1 października 1958 r. służbowo przeniesiona do Zakładu Farmacji Stosowanej, a st. asystent mgr Danuta Chojnacka w tym czasie przestała pracować w Zakładzie ze względów rodzinnych i wyjechała z Lublina. W Zakładzie pozostał tylko jeden jedyny pracownik naukowo-dydaktyczny – st. asystent Jerzy Ochyński. Wiele mu zawdzięczam bowiem bardzo mi pomógł w prowadzeniu działalności dydaktycznej i organizacyjnej Zakładu, w tym tak dla mnie trudnym okresie. Zapamiętałem też laboranta Jana Frączka jakże przywiązanego do Zakładu, dbającego o jego sprawy, lubianego przez studentów.

W 1959 r. na stanowisko st. asystenta została mianowana wychowanka lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego mgr farm. Kazimiera Izdebska – dotychczasowy pracownik Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie. Odbyła w roku akademickim 1960/61 przeszkolenie, z zakresu enzymatycznej metody oznaczania alkoholu etylowego we krwi, w Zakładzie Medycyny Sądowej AM w Poznaniu.

Dwa lata później został asystentem mgr farmacji Władysław Latkowski. Wcześniej związany był z Zakładem jako współorganizator oraz członek Studenckiego Koła Naukowego. Już jako asystent zapoznał się w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi z metodyką badania czystości powietrza, które to umiejętności wykorzystał w trakcie wykonywania prac magisterskich oraz naukowych.

Pracę w Zakładzie Chemii Toksykologicznej i Sądowej rozpocząłem w 1958 r., w roku znaczącym dla historii polskiej farmacji, roku wielkiej reformy studiów farmaceutycznych,

wprowadzenia ukierunkowanych pięcioletnich studiów farmaceutycznych zakończonych pracą magisterską. Ziściły się wreszcie wielkie marzenia polskiej farmacji, spełniły się postulaty m. in. lubelskie z listopada 1956 r. przekazane w ramach ogólnopolskiej dyskusji także z moim udziałem, przeprowadzonej na łamach „Farmacji Polskiej” – „W sprawie programu studiów farmaceutycznych” (Farmacja Polska 1956, T. 12. nr 11, ss. 302-304).

W pierwszym roku należało więc realizować nowy, zmodyfikowany program zajęć dydaktycznych z chemii toksykologicznej (ustalany centralnie przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej). „Zastałem” w Zakładzie m. in. używany skrypt do ćwiczeń, poza tym po raz pierwszy w historii Zakładu musieliśmy zgodnie z programem wykonywać pierwsze prace magisterskie – co oczywiście dodatkowo zwiększało poczucie mojej odpowiedzialności za Zakład. W celu ustalenia ich tematyki wykorzystałem swoje chemiczno-analityczne doświadczenia zdobyte podczas pracy w Zakładzie Chemii Nieorganicznej pod kierunkiem prof. dr hab. A. Waksmundzkiego. W pierwszym roku reformy studiów farmaceutycznych (1958/59) wykonane zostały z tego zakresu pod moim kierunkiem trzy pierwsze w historii Zakładu prace magisterskie przez studentów V roku kierunku aptecznego: Tadeusza Kucharskiego, Mariana Nieściora, Andrzeja Zuba.

Ważnym, często dyskutowanym problemem przed i po 1960 r., jakże istotnym dla rozwoju Wydziału i jego pracowników był fakt, że nie posiadał on uprawnień do nadawania stopnia naukowego doktora nauk farmaceutycznych

W tematyce kolejnych prac magisterskich, w tym wspólnych z mgr Kazimierą Izdebską, uwzględniłem wykorzystanie metod chromatograficznej oraz elatograficznej w analizie trucizn metalicznych (rtęci, antymonu, ołowiu, kadmu) czy organicznych – antypiryny

i nikotyny. Tematyka dalszych prac, w tym wspólnych z mgr Władysławem Latkowskim, dotyczyła opracowywania metodyki badania czystości powietrza zanieczyszczonego parami rtęci lub pyłem cynkowym. Z satysfakcją pragnę podkreślić, że 3 prace były referowane podczas wydziałowych konkursów prac magisterskich (1962, 1963, 1964 r.).

Tematyka niektórych prac magisterskich oraz naukowych wiązała się z wykonywanymi w Zakładzie pracami doktorskimi pod kierunkiem prof. dr hab. Władysława Rusieckiego i doc. dr Haliny Bronisz z Katedry Chemii Toksykologicznej AM w Warszawie, tj. mgr Jerzego Ochyńskiego – na temat toksyczności insektycydu dieldryny [wyniki ich badań wspólnie z doc. dr H. Bronisz referował podczas VI Naukowego Zjazdu PTFarm. we Wrocławiu – (1962 r.)] i podczas Sesji Chemii Toksykologicznej w Gdańsku (1965 r.) mgr Kazimierzy Izdebskiej – na temat dokładności metody Widmarka oznaczania alkoholu etylowego we krwi.

Po przejściu do Zakładu Chemii Toksykologicznej i Sądowej rozpocząłem nowy okres pracy dydaktyczno-naukowej również w zakresie historii farmacji, uwzględnionej w nowym programie studiów farmaceutycznych. Byłem trzecim w historii Wydziału jej wykładowcą. Pierwszym zaś jego współorganizatorka oraz organizatorka i kierownik Zakładu Farmakognozji prof. dr Zofia Kalinowska (1948-50), drugim ojciec piastującej obecnie funkcję prorektora do spraw studenckich AM w Lublinie prof. dr hab. Alicji Sawy – mgr praw absolwent Lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego mgr farm. Franciszek Członkowski, który wcześniej (1950-53) wykładał też propedeutykę farmacji. Jako student IV roku słuchałem jego interesujących wykładów z zakresu historii farmacji (1949/50), a egzamin zdałem z wynikiem dobrym.

Historię farmacji wykładałem w sali wykładowej im. prof. B. Koskowskiego (drugie Collegium Pharmaceuticum przy ul. Staszica 4, 4a, 6) ok. czterdzieści lat, w tym od 1974 r. łącznie z seminariami, od 1988 r. do 1995 r. w ramach pracy w Zakładach Historii Farmacji i Historii Nauk Medycznych, których byłem organizatorem i kierownikiem.

Na IV roku studiów słuchałem wykładów wspomnianego mgr F. Członkowskiego dotyczących „Administracji i pracy zawodowej w aptece”. Zapamiętałem organizowane przez niego, z udziałem studentów farmacji, „rozprawy dyscyplinarne” na temat odpowiedzialności zawodowej farmaceutów – bardzo znane i omawiane w miejscowej prasie. W ramach Okręgowej Izby Aptekarskiej w Lublinie, podczas specjalnych zebrań dotyczących dziedziny buchalteryjno-podatkowej, mgr F. Członkowski omawiał rachunkowość apteki. Należy uzupełnić, że dr Henryka Członkowska – matka teraźniejszej prorektor prof. dr hab. Alicji Sawy aktywnie uczestniczyła w działalności tej Izby od 1946 roku (dookoptowana do Zarządu), zaś od 30 sierpnia 1948 r. jako członek z wyboru Rady Okręgowej Izby Aptekarskiej w Lublinie do chwili jej likwidacji, tj. 8 stycznia 1951 r.

Uważałem za konieczne pogłębianie i poszerzanie swej dotychczasowej wiedzy historyczno-farmaceutycznej, toteż wygłaszałem często referaty podczas posiedzeń naukowych Oddziałów PTFarm. lubelskiego i rzeszowskiego oraz publikowałem artykuły w „Farmacji Polskiej”.

Zwróciłem m. in. szczególną uwagę na lamach „Farmacji Polskiej” (1961 R. 17, nr 6, ss. 128-129) na postać farmaceuty, wybitnego etnografa oraz historyka farmacji Michała Rawity-Witanowskiego.

Na lamach tego czasopisma również przybliżyłem czytelnikom postać związanego z farmacją – profesora chemii farmaceutycznej Uniwersytetu Lwowskiego – Bronisława Radziszewskiego (1838-1914), dyrektora Studium Farmaceutycznego, redaktora „Czasopisma Towarzystwa Aptekarskiego”, zasłużonego badacza wód mineralnych Podkarpacia.

Nie zapominałem o jego uczniu – też profesorze Uniwersytetu Lwowskiego Mieczysławie Dunin-Wąsowiczu (1849-1913), jednocześnie zasłużonym dla toksykologii chemiku sądowym (miejskim) miasta Lwowa.

Uzupełniłem też wiedzę o twórcy toksykologii w Polsce – prof. Janie Szasterze (1741-1793), pionierze medycyny sądowej w Europie. Po przejściu w 1957 r. do Zakładu Chemii Toksykologicznej i Sądowej kontynuowałem rozpoczęty w 1953 r. na lamach „Farma-

—

*Pracę w Zakładzie
Chemii Toksykologicznej
i Sądowej rozpocząłem
w 1958 r., w roku
znaczącym dla historii
polskiej farmacji, roku
wielkiej reformy studiów
farmaceutycznych,
wprowadzenia
ukierunkowanych
pięcioletnich studiów
farmaceutycznych
zakończonych pracą
magisterską*

—

pełnionej po brzegi sali wykładowej Collegium Pharmaceuticum (ul. Staszica 6), odbyła się obrona pracy doktorskiej pt. „Wyodrębnienie i rozdział stachydryny od choliney w materiale roślinnym metodą chromatografii” (promotor: prof. dr hab. Andrzej Waksmundzki).

Obrona przebiegała wtedy nieco inaczej niż obecnie, ponieważ toczyła się w obecności całej Rady Wydziału (obecnie w obecności Komisji). Poza tym egzaminy doktorskie odbywały się w dniu obrony. W tym dniu nadawano też ten stopień. Kilkanaście dni później (18 kwietnia) przeprowadzono dalsze dwa doktoraty – mojej koleżanki z roku mgr Lucyny Marii Bieganowskiej, st. asystenta Katedry Chemicznych Środków Leczniczych, obecnie emerytowanej profesor Katedry Chemii Nieorganicznej i Analitycznej oraz młodszego kolegi ze studiów mgr Romualda Bulińskiego wykładowcy Katedry Nauki o Środkach Spożywczych i Higieny Żywnienia – obecnie emerytowanego kierownika i profesora Katedry i Zakładu Bromatologii.

Chciałbym podkreślić, że mój współpracownik – st. asystent Zakładu, wspomniany już mgr Jerzy Ochyński, uzyskał stopień doktora nauk farmaceutycznych we wrześniu następnego tj. 1964 roku na podstawie rozprawy „Badania nad oznaczaniem dieldryny u szczurów zatrutych”. Promotorem był prof. dr hab. Władysław Rusiecki – kierownik Katedry i Zakładu Chemii Toksykologicznej Warszawskiego Wydziału Farmaceutycznego, jednym z recenzentów doc. dr H. Bronisz.

1964 rok był wyjątkowy oraz jedyny w historii Wydziału bowiem w tym czasie aż 17 osób uzyskało doktoraty. Dla całości można wspomnieć jeszcze o roku 1972 r., w którym 12 osób otrzymało ten stopień naukowy (do 2000 r. – 137 osób).

Nadszedł rok 1964 – jubileusz 20-lecia lubelskiej Akademii Medycznej. Z tej okazji opracowano specjalne, jubileuszowe wydawnictwo „Akademia Medyczna w Lublinie – w XX-lecie Polski Ludowej 1944-1964” – byłem jedynym przedstawicielem Wydziału Farmaceutycznego w jego Komitecie Redakcyjnym. W wydawnictwie tym omówionym w „Farmacji Polskiej” (1965, nr 1-2, s. 35) podano historię oraz dorobek nie tylko uczelni i Wydzia-

łów, ale po raz pierwszy jednostek dydaktyczno-naukowych, także 9 Katedr i 3 Zakładów Wydziału Farmaceutycznego, w tym opracowaną przeze mnie historię i dorobek Katedry Chemii Toksykologicznej. Ponadto z okazji tego jubileuszu zorganizowano 26 października 1964 r. wydziałową sesję naukową, podczas której przedstawiłem swój dorobek z okresów gdy pracowałem w Katedrach Chemii Nieorganicznej i Analitycznej (1949-57) oraz Chemii Toksykologicznej (1958-64) dotyczący nowych odczynników w analizie leków oraz trucizn metalicznych i organicznych, a dr Jerzy Ochyński zaprezentował własne osiągnięcia w analizie dieldryny i jej metabolitów.

W omawianym okresie (1957-1966) oczywiście nie zapomniałem o pracy w Polskim Towarzystwie Farmaceutycznym. Uczestniczyłem we wszystkich posiedzeniach naukowych członków Oddziału, podczas których poszerzałem i pogłębiałem swoją farmaceutyczną i pokrewną wiedzę. Posiedzenia te to dla mnie ważne okazje do nawiązywania ścisłych kontaktów szczególnie z farmaceutami – praktykami Lublina i Lubelszczyzny oraz wymiany poglądów.

Od 1961 roku, po trzyletniej przerwie (1957-60), ponownie rejestrowałem na lamach „Farmacji Polskiej” działalność Oddzia-

łu Lubelskiego PTFarm. Czyniłem to na skutek prośby dziekana prof. dr Henryka Nerlo, który 11 lutego 1961 r. wybrany został przewodniczącym tego Oddziału. Funkcję tę pełnił 25 lat (do 1985 r.) kierując niezwykle ożywioną oraz wszechstronną działalnością Oddziału, jego Kół i Sekcji. Systematycznie i szczególnie ją dokumentowałem i opisywałem w „Farmacji Polskiej” szczególnie, że przez 22 lata (1970-92) wchodziłem w skład jego Zarządu jako bibliotekarz, zastępca sekretarza lub członek do chwili przejścia jak i po przejściu na emeryturę (1996).

Skorzystałem z okazji, że w 1959 r. przypadało piętnastolecie lubelskiego farmaceutycznego ruchu naukowego, aby opracować jego historię. Wykorzystałem do tego odpowiednio przechowane materiały archiwalne dotyczące działalności Okręgu Lubelskiego Polskiego Powszechnego Towarzystwa Farmaceutycznego (PPTF) (1944-47) oraz Oddziału Lu-

—

**1964 rok
był wyjątkowy
oraz jedyny
w historii Wydziału
bowiem w tym czasie
aż 17 osób uzyskało
doktoraty.**

**Dla całości można
wspomnieć jeszcze
o roku 1972 r.,
w którym 12 osób
otrzymało
ten stopień naukowy
(do 2000 r. – 137 osób)**

—

Mgr. Jerzy Dunin - Borkowski,
Krośniewice,
pl. Wolności I, tel. 28.

Krośniewice, 15.I.1961 r.

**Znany
kolekcjoner
pamiątek
narodowych
mgr farm. Jerzy
Dunin-Borkowski
w specjalnym
liście do mnie
z 15 stycznia
1961 r.
zapowiedział
swoją wizytę
w Lublinie**

Wielce Szanowny Panie Magistrze!

Oddawna noszę się z serdecznym podziękowaniem za tak przyjemną i zycziwą dla mnie notatkę w "Farmacji Polskiej", która był Pan łaskaw napisać i ogłosić.

Wiele się na to przyczyniło, że tak późno to czynię. Parokrotnie prosiłem naszą Koleżankę, Irenę Partykiewiczową o podanie mi Pańskiego adresu. Nie jestem złośliwy / to uczucie jest mi obce - może to potwierdzić SzKoleżanka!/, ale od pół roku podaje mi Pański adres w ten sposób, że albo nieczytelnie nazwę ulicy, albo brak nr. domu i co ja, nieszośliwy człowiek miałem czynić?

Z licznych Pańskich publikacji i stylu wyrobiłem sobie również zdanie, że jest Drogi Pan i wyrozumiały i tak wysoculturalny, że nie weźmie mi tego opóźnienia w podziękowaniu za wielkie przestępstwo i daruję moją winę?

Serdecznie będę rad jeśli mnie Pan Magister zechce odwiedzić i naocznie się przekonać, że treść artykułu była zgodna z prawdą. B.o to proszę!

W ostatnim nr. FP. ukazał się nieco obszerniejszy artykuł o moich zbiorach, pióra mego serd. kolegi, częstego mego gościa, również kolekcjonera i miłośnika przeszłości jak i ja.

Chętnie i ja bym wpaść do Lublina, z którym zawsze łączęło mnie wiele miłych i rodzinnych wspomnień, nie omieszkam wówczas i ja złożyć Panu Magistrowi swego uszanowania.

Łączę jeszcze raz słowa wdzięczności, prosząc o pamięć i odwiedziny, pozostając z poważaniem

Jerzy Dunin-Borkowski

lubelskiego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego - PTFarm (1948-59). Wykorzystałem też własne odpowiednie materiały kronikarskie publikowane w „Farmacji Polskiej” (1955-57). To rocznicowe, źródłowe opracowanie

opublikowałem w tym czasopiśmie (1960, R. 16, nr 23-24, ss. 484-485).

Jest okazja, aby podkreślić aktywny udział w organizowaniu lubelskiego farmaceutycznego ruchu naukowego w czasie i po II woj-

nie światowej (1944-55) szczególnie już wspomnianej dr farm. Henryki Członkowskiej oraz mgr praw, wychowanka lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego mgr farm. Franciszka Członkowskiego, rodziców prof. dr hab. Alicji Sawy. Dr H. Członkowska zaraz po wyzwoleniu Lublina jesienią 1944 r., jeszcze w czasie działań wojennych wzięła aktywny udział w reaktywowaniu (8 października 1944 r.) Lubelskiego Towarzystwa Farmaceutycznego – Okręgu Lubelskiego Polskiego Powszechnego Towarzystwa Farmaceutycznego (PPTF) jako skarbnik jego Zarządu i członek Komisji Cennikowej (1944-47). Po powołaniu w 1947 r. nowego towarzystwa – Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego (PTFarm.) była w 1948 r. współorganizatorką lubelskiego Oddziału PTFarm. – weszła jako członek w skład pierwszego oraz drugiego (1948-51) i jako skarbnik kolejnego Zarządu (1951-52). Sekretarzem Zarządu w następnej kadencji (1952-55) był mgr Franciszek Członkowski, z którym ściśle współpracowałem szczególnie przy organizacji Wojewódzkiej Konferencji Naukowej tego towarzystwa w Lublinie (ok. 48 lat temu) – 14 maja 1953 r.

Warto również przypomnieć i podkreślić rolę, podczas okupacji, apteki Henryki i Franciszka Członkowskich, mieszczącej się w Rynku pod numerem 2. Pisze na ten temat we „Wspomnieniach farmaceutów z lat 1939-45” (1975, str. 283, 313-315, 345) jej była pracownica – wysiedlona z bydgoskiego mgr farm. Henryka Pawłowska, żona mgr farm. Piotra Pawłowskiego – więźnia hitlerowskich obozów koncentracyjnych, „(...) W czasie okupacji zetknęłam się bliżej z mgr Henryką Członkowską. Jest to osoba, na określenie której brak mi słów. Nie mogę wspominać jej bez wzruszenia. Apteka za Krakowską Bramą i jej mieszkanie przy ulicy Lubartowskiej były azylem dla wszystkich, o których dowiedziała się, że są w biedzie. Ileż tam osób się przewinęło. Dla każdego Pani Henia znalazła miłe słowo, pracę lub doraźną pomoc materialną”.

We wspomnieniach tych podaje również, że jej dziesięcioletni syn Michał wtedy w obszarpanej torbie, jak dorosły „odstawiał towar” – leki, pod wskazane adresy, przeznaczone dla więźniów na Zamku Lubelskim i na Majdanku.

Wspomniany Michał – obecnie płk rez. mgr farm. Inspektor Farmaceutyczny w Bydgoszczy Michał Pawłowski, podczas spotkania w ubiegłym roku ze mną, wspominał te czasy oraz rzeczony dostawy leków. Należy podać, że H. F. Członkowscy przekazali Wydziałowi swoją aptekę jako darowiznę, w której z udziałem mgr H. Członkowskiej prowadzone były zajęcia dla lubelskich studentów farmacji.

Zapamiętałem oraz zarejestrowałem przeprowadzoną, podobnie jak w innych ośrodkach krajowych także przez Oddział Lubelski PTFarm. konferencję na bardzo aktualny – nie tylko w okresie popaździernikowym (1956 r.) – temat, tj. „pozycji magistra farmacji w społeczeństwie polskim i perspektywy jej poprawy”. 20 kwietnia 1960 r. zorganizowano w Lublinie środowiskową konferencję farmaceutyczną z udziałem kierowników aptek Lubelszczyzny, władz lubelskich, Akademii Medycznej oraz Wy-

działu Farmaceutycznego. Akcja ta odbiła się głośnie echem i znacznie ożywiła lubelskie środowisko farmaceutyczne, zarazem je skonsolidowała, aby mocniej, bardziej skutecznie upominać się o należne dla siebie miejsce, uznanie i prestiż w społeczeństwie.

Zwróciłem nieco później uwagę na kolejny, wtedy ogólnopolski problem, problem tzw. farmacji wiejskiej. Uczestniczyłem w zorganizowanej w Lublinie 19 kwietnia 1963 r. na ten temat ogólnopolskiej konferencji. Przedyskutowano możliwości wykorzystania wiedzy i dorobku naukowego oraz zawodowego farmaceutów w pracy w ośrodkach wiejskich, szczególnie w zakresie analityki lekarskiej oraz szerzenia tam oświaty sanitarnej i higieny.

Jako pierwszy w polskiej farmacji zainteresowałem się „Muzeum nad apteką w Krośniewicach” czemu dałem wyraz na ten temat na łamach „Farmacji Polskiej” (1960, R. 16, nr 13-14, s. 272). Jego kustosz, organizator – znany kolekcjoner pamiątek narodowych mgr farm. Jerzy Dunin-Borkowski w specjalnym liście do mnie z 15 stycznia 1961 r. złożył za to serdeczne podziękowania oraz zapowiedział swoją wizytę w Lublinie.

Dlatego szczególnie zainteresowałem się jego pobytem w Lublinie w dniu 27 kwietnia 1963 r., kiedy to podczas uroczystego posiedzenia naukowego członków Oddziału Lubelskiego PTFarm. wspólnego z już wymienioną Sekcją Farmaceutyczną Zarządu Okręgu Lubelskiego ZZPSZ wygłosił referat pt. „500 lat książki polskiej z uwzględnieniem medyczno-farmaceutycznej”. Z tej okazji w lubelskiej aptece nr 1 im. prof. B. Koskowskiego (ul. Bramowa 2/8) pod kierunkiem zastępcy dyrektora Lubelskiego Zarządu Aptek (LZA) mgr farm. Leona Jamrozka zorganizowano „Wystawę starej książki farmaceutycznej” - pomagałem w jej organizowaniu. Referat i wystawa wzbudziły duże zainteresowanie w lubelskim środowisku farmaceutycznym.

W czasie tej wizyty mgr J. Dunin-Borkowski odwiedził mnie w Zakładzie Chemii Toksykologicznej i Sądowej. Bardzo miłe wspominał to spotkanie, podczas którego mogłem choć trochę poznać jego interesującą i oryginalną osobowość – entuzjasty muzealnictwa także farmaceutycznego, którego był wybitnym znawcą oraz doskonałym propagatorem. Uważam, że bardzo się zasłużył dla farmacji. Przez szereg lat dokładnie śledziłem jego wieloletnią, jakże potrzebną działalność.

W latach 1956-57 nawiązywałem pisemne kontakty z powstałą w 1956 roku przy Polskim Towarzystwie Farmaceutycznym Sekcją Historii Farmacji pracującą pod przewodnictwem doc. dr hab. Roberta Rembielińskiego, organizatora i kierownika Zakładu Historii Farmacji w Łodzi. Utrzymywałem je przez kolejne lata, aby w 1975 r. zorganizować lubelską Sekcję Historii Farmacji. □

W następnym odcinku wspomnienia z drugiego okresu pracy w Katedrze Chemii Toksykologicznej, kierowanej przez doc. dr Halinę Bronisz – „W toksykologicznej (1966-1974)”.

MEDICINA ET PHARMACIA IN NUMMIS

Medale Mennicy Państwowej z roku 1997

PROF. DR HAB. EDWARD SOCZEWIŃSKI

W grudniu 2000 r. Mennica Państwowa w Warszawie opublikowała kolejny katalog medali wybitych w 1997 r. Redaktorem i głównym autorem monografii jest Tomasz Bylicki – kurator Gabinetu Numizmatycznego Mennicy. Katalog obejmuje 167 pozycji ilustrowanych wyraźnymi fotografiami wykonanymi przez Kazimierza Bałakiera i Hannę Kuszewską. Katalog opracowany przez Bylickiego jest poprzedzony artykułami (także w wersji angielskiej) na temat historii Gabinetu Numizmatycznego Mennicy (T. Bylicki), biogramem zasłużonego medaliera – Stanisławy Wątróbskiej-Frindt (1934-1994) (E. Olszewska-Borys i T. Bylicki) oraz sprawozdaniem z działalności Gabinetu Numizmatycznego w r. 1997 (T. Bylicki). Książka jest starannie i estetycznie wydana i stanowi wartościowe źródło o emisjach medali Mennicy Państwowej w Warszawie.

Jak co roku, wśród emitowanych medali znaczny procent jest bezpośrednio lub pośrednio związany z medycyną i farmacją (12 medali); siedem z nich to medale portretowe.

Polskie Towarzystwo Mikrobiologów uczciło pamięć dr Odo Feliksa Bujwida (1857-1942), specjalisty w zakresie bakteriologii i immunologii (Ryc. 1); w latach 1893-1920 był profesorem



Ryc. 1.

Prof. Odo Bujwid – Polskie Towarzystwo Mikrobiologów. Av.: popiersie w lewo, po bokach daty: 1857-1942. U dołu napis – faksymile podpisu: PROF. ODO BUJWID. Rev. Postać kobieca z wężem i wstęgą, na której napis: HIGIENA, na tle antycznej kolumnady zwieńczonej gzymsem z napisem: ROK ZAŁ. 1927. Wzdłuż krawędzi napis: POLSKIE TOWARZYSTWO MIKROBIOLOGÓW. Niesygnowany. Projektował i wykonał: Robert Kotowicz



Ryc. 2.

Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem – Prof. Wiktor Dega. Av.: Logo z liter TWK. Wzdłuż krawędzi napis: POLSKIE TOWARZYSTWO WALKI Z KALECTWEM. Rev.: Głowa. Wzdłuż krawędzi napis: PROFESOR WIKTOR DEGA – 1896-1995. Sygnowany na rewersie.: inicjały KS - AR. Projektował: Andrzej Renes. Wykonał: Krzysztof Skóra

Uniwersytetu Jagiellońskiego. Pierwszy w Polsce wprowadził metodę leczenia wścieklizny wg metody Pasteura; w r. 1886 założył drugi w świecie instytut zapobiegania wściekliznie, w Warszawie, a następnie w Krakowie; w roku 1894 założył wytwórnię surowic i szczepionek. Był również zasłużonym działaczem oświatowym.

Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem emitowało medal (Ryc. 2) z portretem prof. Wiktora Degi (Ryc. 2, 1896-1995) chirurga-ortopedy, w latach 1945-1967 profesora i kierownika Kliniki Ortopedii Wy-

działu Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego i AM w Poznaniu, w latach 1960-1977 przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem, a od 1977 r. prezesa honorowego. W Polsce był pionierem rehabilitacji narządu ruchu. Wprowadził szereg nowatorskich metod operacyjnych i leczniczych, m.in. dla przypadków wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego. Ekspert WHO do spraw rehabilitacji (1961-1967), członek licznych krajowych i zagranicznych towarzystw naukowych. Za owocną działalność został wyróżniony najwyższymi orderami kra-

juowymi, otrzymał m.in. nagrody naukowe im. Laskera i Fundacji Jurzykowskiego oraz doktoraty h.c. akademii medycznych w Poznaniu, Wrocławiu, Krakowie, Łodzi i Halle oraz AWF w Poznaniu. Od 1962 r. członek Polskiej Akademii Nauk. Autor 4 monografii i ponad 230 prac naukowych.

Witold Eugeniusz Orłowski (1874-1966. Ryc. 3) był lekarzem internistą; w latach 1907-1919 był profesorem Uniwersytetu w Kazaniu, 1920-1925 Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1925-1947 Uniwersytetu Warszawskiego (w czasie wojny prowadził taj-



Ryc. 3.

Szpital Kliniczny im. Prof. dr Witolda Orłowskiego.

Av. - Popiersie mężczyzny w okularach na wprost. Po bokach, wzdłuż krawędzi napis: **PROF. DR. WITOLD ORŁOWSKI - 1874-1966.** **Rew.** Gmach, daty: **1957-1997** i tarcza herbowa. Wzdłuż krawędzi napis: **40 LAT SZPITALA KLINICZNEGO IM. PROF. DR. WITOLDA ORŁOWSKIEGO.** Sygnowany na awersie monogram **ABW.** Projektowała i wykonała: **Anna Beata Wątróbska-Wdowiarska**



Ryc. 4.

Michał Sędziwój - Instytut Przemysłu Organicznego.

Av. - Popiersie na wprost, obok znaki alchemiczne. Wzdłuż krawędzi napis: **MICHAŁ SĘDZIWÓJ - 1556-1636.**

Rew. W przenikających się wzajemnie okręgach logo z jabłkiem i kłosem oraz napis: **50-LAT / INSTYTUT / PRZEMYSŁU / ORGANICZNEGO.** Sygnowany na awersie monogram **EG.** Projektował i wykonał **Edward Gorol**



Ryc. 5.

Stulecie odkrycia radu.

Av. Głowa. Wzdłuż krawędzi napis: **TOWARZYSTWO MARI SKŁODOWSKIEJ-CURIE W HOŁDZIE.** **Rew.** Kolba z symbolem **Ra**, wokoło para i promienie. U dołu wzdłuż krawędzi napis: **1898-1998. STULECIE ODKRYCIA RADU.** Sygnowany na **Av.** monogram **ABW.** Projektowała i wykonała: **Anna Beata Wątróbska-Wdowiarska**



Ryc. 5a.

Moneta 20 zł (1988) z wizerunkiem laureatów nagrody Nobla - Marii Skłodowskiej-Curie i Piotra Curie

Panteon lubelskiej medycyny akademickiej

W kamieniu i spiziu

PAMIĘCI
PROFESORA
MIECZYSLAWA KACZYŃSKIEGO
TWÓRCY
LUBELSKIEJ SZKOŁY PSYCHIATRII
KIEROWNIKA KATEDRY I KLINIKI
PSYCHIATRII AKADEMII
MEDYCZNEJ W LUBLINIE
DYREKTORA
SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO
W LATACH 1952-1953
W 50 ROCZNICĘ POWSTANIA
KLINIKI I SZPITALA
ABRAMOWICE 24.02.1995 R.

KATEDRA OKULISTYKI
AKADEMII MEDYCZNEJ W LUBLINIE



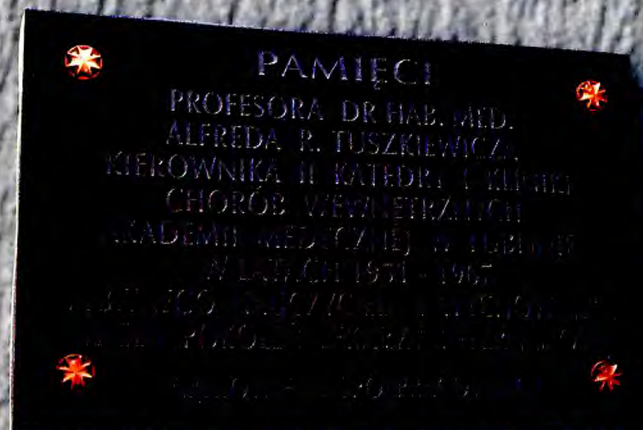
IM. PROFESORA
TADEUSZA KRWAWICZA
KIEROWNIKA KATEDRY
I KLINIKI OKULISTYKI AM
W LUBLINIE 1948-1980



PROFESOR HILENA MYSAKOWSKA
(1908-1996)
ZAMOYCIŁI I KIEROWNIK
KLINIKI CHOROBY PŁUC I GRUZIŁCY
W LATACH 1953-1978
ORGANIZATOR WALKI Z GRUZIŁCĄ
I LARCI SPOŁECZNIK

PROFESOROWI DR-MED
CZESŁAWOWI
RYLL-NARDZEWSKIEMU
ZAŁOZCZCIELOWI I PIERWSZEMU
KIEROWNIKOWI KATEDRY
I KLINIKI DERMATOLOGICZNEJ
A-M W LUBLINIE 1945-1961
AKADEMIA MEDYCZNA
LUBLIN-POZDZIENIK-1965

W kamieniu i spizu



*W kamieniu
i spizu*



SALA
IM. PROF. DR. MED.
MIECZYŚŁAWA KĘDRY



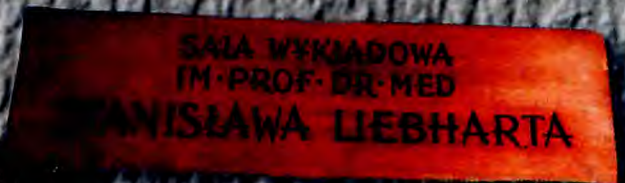
SALA
WYKŁADOWA
IM. PROFESORA
MIECZYŚŁAWA STELMASIAKA



SALA WYKŁADOWA
IMIENIA PROF. DR. MED.
WITOLDA KLEPACKIEGO
1897-1960



SALA WYKŁADOWA
IM. PROF. DR. MED.
ANNA OSTROWSKIEGO



SALA WYKŁADOWA
IM. PROF. DR. MED.
STANISŁAWA LIEBHARTA



SALA
IM. PROF. DR. HAB.
STANISŁAWA
GRZYCKIEGO

od obuwia, za ledwie był cierpiącym między obywatelstwem oszmańskim, gdzie on miał majątność ziemską. Nie mogło się im pomieścić w głowie, aby ów Śniadecki, cyrulik i nic więcej, za pan brat był ze szlachtą rodową; postanowili go nauczyć rozumu i do porządku doprowadzić. W czasie obiadu, czy też obywatelskich wyborów powiatowych, jeden z obywateli zapytał się głośno Śniadeckiego, czy swego syna wy kieruje również na doktora. Śniadecki niezwłocznie mu odpowiedział: mój syn na doktora za głupi, ale marszałkiem szlachty będzie dobrym". Wybitnym naukowcem był również jego brat, Jan Śniadecki, matematyk, astronom i filozof.

Naczelna Izba Lekarska, reaktywowana w 1989 r. wydała medal z portretem dr Edmunda Faustyna Biernackiego (1861-1911, Ryc. 8) lekarza patologa, w latach 1897-1902 ordynatora Szpitala Wolskiego w Warszawie, od 1908 r. profesora Uniwersytetu Lwowskiego. Dr Biernacki pierwszy opisał znieczulenie nerwu łokciowego jako objaw władu rdzenia kręgowego i pierwszy dostrzegł zależność szybkości sedimentacji krwinek czerwonych od rodzaju schorzenia (odezyn Biernackiego – OB), zależnej od proporcji albumin i globulin w osoczu, stanowiącej ważny wskaźnik diagnostyczny. Autor kilku monografii.

Szereg medali emitowały inne

towarzystwa naukowe i instytucje bezpośrednio lub pośrednio związane ze służbą zdrowia.

Ryc. 9 przedstawia medal upamiętniający 50-lecie Polskiego Towarzystwa Parazytologicznego, a Ryc. 10 – 45-lecie Instytutu Farmaceutycznego. Jednostronny medal wydały też lubelskie Zakłady Sprzętu Ortopedycznego (Ryc. 11).

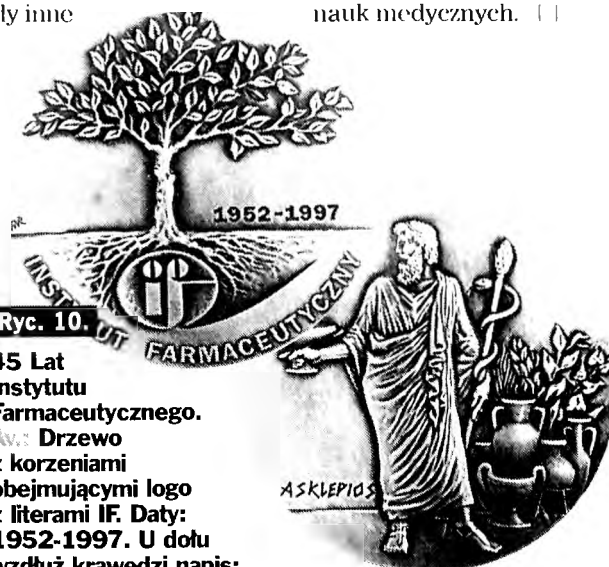
Instytut Chemii Przemysłowej w Warszawie upamiętnił 75-lecie swego istnienia (Ryc. 12).

Medale wybite przez Mennicę Państwową w 1997 r. emitowane przez różne instytucje i towarzystwa naukowe przypominały kolejnych lekarzy i przyrodników zasłużonych dla rozwoju nauk medycznych. | |



Ryc. 9.

Polskie Towarzystwo Parazytologiczne. Av: Daty: 1948 / 1998. Wzdłuż krawędzi napis: 50 LAT POLSKIEGO TOWARZYSTWA PARAZITOLOGICZNEGO. Rev: Logo. W otoku napis: SOCIETAS PARASITOLOGORUM POLONA. Niesygnowany. Projektowała i wykonała: Ewa Krynicka



Ryc. 10.

45 Lat Instytutu Farmaceutycznego. Av: Drzewo z korzeniami obejmującymi logo z literami IF. Daty: 1952-1997. U dołu wzdłuż krawędzi napis: INSTYTUT FARMACEUTYCZNY.

Rev: Brodaty mężczyzna w antycznym stroju z czarą i laską z wężem. Obok amfory, gałązki roślin i napis ASKLEPIOS. Sygnowany na awersie ANR. Projektowali i wykonali: Andrzej i Roussana Nowakowscy



Ryc. 11.

Zakłady Sprzętu Ortopedycznego w Lublinie. Av: Litery ZOS oraz drzewko o jednym liściu przywiązane do palika sznurem. Sygnowany na awersie herb Korab. Projektował i wykonał: Marek Piątkowski



Ryc. 12.

75 Lat Instytutu Chemii Przemysłowej. Av: W sześciokąt wpisany napis: 75 / LAT / INSTYTUTU / CHEMII / PRZEMYSŁOWEJ / IM. PROF. / I. MOŚCICKIEGO oraz logo ze stylizowanych liter IP.

Rev: W sześciokącie wzory chemiczne oraz centralnie w okręgu daty: 1922 / 1997. Niesygnowany. Projektowała i wykonała: Grażyna Romandąbrowska

Porozmawiajmy o Klubie Absolwentów

Z największym zainteresowaniem przeczytałem ostatni numer Alma Mater z ubiegłego roku (4/37), znajdując w nim jak zwykle wiele znakomitych artykułów i relacji z ciekawych wydarzeń, życia Akademii, wyjazdów, spotkań, nominacji, wspomnień, felietonów i refleksji, oraz wiele nazwisk moich najbliższych Kolegów z mego rocznika '54, którzy chwytają z powodzeniem za pióro.

A może byście wstąpili, Drogie Koleżanki i Koledzy, w szeregi Unii Polskich Pisarzy Lekarzy (UPPL)?

PROF. DR HAB. JAN PIETRUSKI
ABSOLWENT WYDZIAŁU LEKARSKIEGO ('54)
AM W LUBLINIE
CZŁONEK ZG UPPL

Sprawozdanie Prezesa Towarzystwa Absolwentów i Przyjaciół Akademii Medycznej (TAiP AM) w Lublinie prof. Ryszarda Kocjana z działalności klubu za ostatnią trzyletnią kadencję zdumiewa szerokim zakresem aktywności. Gratuluję Prezesowi i Zarządowi tego sukcesu. Nie znam składu nowych władz TAiP AM, ale sądzą że dowiem się z następnego numeru, które systematycznie otrzymuję, kosztem trudu kolegów z Zakładu Chemii Nieorganicznej i Analitycznej Wydziału Farmaceutycznego, co cenię wysoko i za co wyrażam Wam koleżanki i koledzy gorące podziękowanie. Jestem pewien, że nowy zarząd będzie pracował równie aktywnie jak dotychczasowy, bo wszystko przecież zależy od człowieka, ściślej od jednostki obdarzonej potrzebą działania.

Na naszym roku był i nadal jest takim człowiekiem starosta Czesław Popik

który nie tylko stał się animatorem i organizatorem regularnych spotkań absolwentów, których odbyło się już siedem, ale potrafił skupić wokół siebie i zachęcić do pracy innych kolegów, którzy kontynuują i rozwijają działalność naszego Klubu Absolwentów, że wymienię obecną Przewodniczącą, kol. Domicelę Pomykałską-Wośko. Jak zawsze, gdy czytam Alma Mater żałuję, że nie mieszkam w Lublinie, co uniemożliwia mi aktywne uczestni-

czenie w życiu klubu, którego byłem inspiratorem przed kilku laty, a o czym nikt z autorów nie wspominał w jubileuszowych artykułach... (Klub Absolwentów i Przyjaciół Akademii Medycznej w Lublinie. Alma Mater AM Lublin, 1996, 1 (18), 33) Oprócz artykułu, w którym zawarłem schemat działalności, wymieniłem z kolegami wiele listów i odbyłem wiele rozmów, na ten temat. Sądzę naturalnie, że bez mojego udziału klub także by powstał, ale z pewnością o wiele później.

Nazwa *Klub '54* jest doskonała i powinna pozostać na stałe. Słowo „klub” ma swoją pozytywną wymowę i kojarzyć się może, a nawet powinno z Rotary Club, Lyons Club, Club Méditerranée, czy BCC, że nie będę już wymieniał innych. Wszystkie powyższe kluby, także i nasz skupiają pewne grupy ludzi i służą jednemu wielkiemu celowi zbliżenia ludzi i rozmaitych form pomocy. Istnienie klubów i ich formy działalności są w naszym kraju nowością.

Warto przypomnieć,

że kształt działalności jest rzeczą ewolucyjną, a jeśli znajduje się w rękach tak świątliwych ludzi jak w klubach, stale będzie doskonałony. W miarę zwiększania się liczby członków, o co apelował w sprawozdaniu Prezes TAiP AM, rozszerzy się nie tylko na krąg absolwentów naszego roku, bo przecież będzie nas niestety coraz mniej, ale o roczniki młodsze, które będą wносить ze sobą świeży powiew nowości i młodości i nadawać Klubowi nowszą, a przede wszystkim nowocześniejszą formę, zgodną z przemianami jakie niesie czas.

Publikując przed pięcioma laty propozycję kreowania klubu, zamierzeniem moim było, aby w swojej działalności klub skupiał jak największe grono ludzi. Nie tylko naszych absolwentów, ale także z innych uczelni, z innych miast, a nawet mieszkających za granicą, gdy będą mieli okazję po latach, podczas wakacji odwiedzić swoje uniwersyteckie, a może i rodzinne miasto. I właśnie w Klubie będą mogli spotkać swoich kolegów, zamiast błąkać się po zmienionym nie do poznania mieście, gdzie np. w okresie urlopów trudno o jakikolwiek kontakt. Przy takich spotkaniach tematami nie będzie końca.

Wierzę głęboko w rozwój naszego klubu, a w przeszłości w jego wpływ na kształtowanie pozytywnych cech spotykających się tam ludzi. Jedną z nich jest potrzeba wyrobienia w młodym pokoleniu szacunku dla starszych odchodzących kolegów, którzy w miarę lat czują się coraz bardziej samotni. Nie ukrywajmy tego.

Odchodzący na emeryturę

zabierają ze sobą ogrom swojego doświadczenia zdobytego przez całe życie zawodowe, są kopalnią wiedzy, której niewykorzystanie jest wielkim marnotrawstwem i z czego młodzi nie zawsze zdają sobie sprawę. W naszym przecież niebogatym kraju nie powinno się do tego dopuszczać. Paradoksalnie w krajach bogatych ludzie tacy są na wagę złota. Nawet na niedalekich Węgrzech istnieje w uniwersytetach stanowisko *professor emeritus*, który jeśli chce może nadal pracować w swoim zakładzie na pół etatu. Czymże jest ta połówka etatu, wobec encyklopedycznego doświadczenia emerytowanego kolegi?

W klubie przy spotkaniach i rozmowach, będzie z pewnością miała miejsce jak najszerza wymiana doświadczeń, poszukiwanie najlepszych kandydatów na wakujące stanowiska i informowanie się kto na określone stanowisko byłby najodpowiedniejszy, według – mam nadzieję – wreszcie doboru pozytywnego itp. Po klubach uniwersyteckich na Zachodzie „krążą poszukiwacze” talentów z innych uczelni i miast, wylawiając najlepszych. I wierzę, że klub nasz będzie się rozwijał podobnie i znajdzie naśladowców w innych miastach uniwersyteckich naszego kraju.

Chcielibyśmy przy kawie

czy koniaku porozmawiać o minionych latach spędzonych przy łóżku chorego, czy przy stole laboratoryjnym, ale także na aktualne tematy; dowiedzieć się o swoich rodzinach, a także pasjonować się zwycięstwami Adama Małyszki. Tam znajdziemy okazję wymiany poglądów z kimś

kogo nie znamy, ale poznaliśmy właśnie podczas poprzedniej bytności w Klubie. Gama możliwości jest olbrzymia i nie sposób wszystkiego tu wymieniwać ani przewidzieć.

Klub ma i powinien zachować charakter elitarny, co jest oczywiste, gdyż spotykać się w nim będą absolwenci wyższych uczelni, co już samo jest wielką społeczną nobilitacją. Samotni starsi absolwenci znajdują w Klubie rówieśników nie koniecznie ze swojego roku, ponieważ koledzy z sąsiednich lat wcześniejszych lub późniejszych to po latach też rówieśnicy. W gościnnej sali klubu będzie można zawierać ciekawe znajomości, przyjaźnie bo je jak wiadomo zawiera się w każdym wieku, i to pojemnie w od-cieniu słowo należy rozumieć jako słowo źródłowe do przyszłych sukcesów w jak najszerzym jego pojęciu.

Dziś klub korzysta z gościnności

i pomieszczeń Ludzi Dobrej Woli. Należy się im podziękowanie i wdzięczność. W przyszłości, nie wiem kiedy to nastąpi, ale nastąpi na pewno, klub znajdzie stałe pomieszczenie w nowych budynkach Akademii, Uniwersytetu czy Centrum Kongresowego, co widzę oczami wyobraźni. Jeżeli nawet wyobraźnia daje obraz dziś przesadnie piękny i nieprawdopodobny, miejmy świadomość że w przeszłości realizowano takie projekty we wszystkich dziedzinach, czego życzy nam wszystkim wirtualny, jak na razie, bywalec klubu piszący te słowa.



Pozostaje wszelako jedna rzecz fundamentalna: klub musi działać zawsze w tej samej godzinie, w te same dni. W żadnym wypadku nie wolno tego zmieniać i w żadnym wypadku w godzinach swojej działalności nie może zdarzyć się, że ktoś zastanie drzwi zamknięte. W każdym numerze Alma Mater zawsze w tym samym miejscu i zawsze na tej samej stronie, najlepiej na wewnętrznej stronie okładki powinna się znajdować powyższa informacja. ||

XIV Tydzień Kultury Zdrowotnej w Urzędowie

Tradycyjnie już od wielu lat w dniach listopadowych organizowane są Tygodnie Kultury Zdrowotnej, zapoczątkowane przez śp. prof. dr hab. Ignacego Wośko zasłużonego prezesa Towarzystwa Ziemi Urzędowskiej.

DR DOMICELA POMYKALSKA-WOŚKO

Tegoroczny Tydzień Kultury Zdrowotnej odbywał się od 5 listopada do 11 listopada i został zakończony świętem niepodległościowym. Współorganizatorami byli: Apteka w Urzędowie, Firma Bristol Mayers, Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Urzędowie, Gminny Ośrodek Kultury w Urzędowie, Rada i Urząd Gminy, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Urzędowie oraz Stowarzyszenie Klub Abstynenta „Płomyk”.

Uroczystego otwarcia dokonał p. Antoni Sochał przewodniczący Rady Gminy. Następnie prezes TZU dr Wojciech Serafin omówił program XIV TKZ. Mgr Tomasz Mroczek z Zakładu Farmakognozji AM w Lublinie wygłosił wykład nt. „Nowe produkty naturalne o działaniu przeciwnowotworowym”.

Dr Domicela Pomykalska-Wośko wystąpiła ze sprawozdaniem z VIII Zjazdu Towarzystw Regionalnych Lubelszczyzny, jaki odbył się w Hrubieszowie, mieście obchodzącym w roku 2000 jubileusz 600-lecia swego istnienia. Był to wspaniały zjazd, w którym, uczestniczyli przedstawiciele 72 towarzystw regionalnych (łącznie liczba towarzystw na Lubelszczyźnie wy-

nosi 82). W zjeździe wzięło udział ponad 200 osób. Jednocześnie Towarzystwo Regionalne Hrubieszowskie obchodziło Jubileusz 40-lecia. Poprzednio istniało Towarzystwo Rolnicze Hrubieszowskie założone przez Stanisława Staszica. Obecne Towarzystwo Regionalne Hrubieszowa działa od 1960 roku. Ma bogaty dorobek swojej działalności. Jest jednym z najstarszych towarzystw regionalnych Lubelszczyzny.

Po referatach został wyświetlony film-reportaż o Urzędowie „Młyn mojego życia” emitowany w I Programie TVP 8 września br. w cyklu „Polskie młyny i wiatraki”.

W drugim dniu TKZ 6 listopada, w Dniu Profilaktyki Zdrowotnej dr Anna Stankiewicz-Światała specjalista chirurgii onkologicznej wygłosiła bardzo interesujący wykład nt. możliwości leczenia raka sutka, jak również badań profilaktycznych. Omówiono konkretne możliwości zorganizowania takich badań dla mieszkańców Urzędowa na wiosnę przyszłego roku. Dr Jarosław Furtak – specjalista chirurgii ogólnej miał wykład nt. raka jelita grubego i badań laparoskopowych. Równie ciekawie przedstawił słuchaczom to zagadnienie szczególnie ważne w dobie coraz większej zachorowalności i umieralności z tego powodu.

Wtorek 7 listopada był Dniem Promocji Zdrowia. Dr Anna Maj specjalista rehabilitacji omówiła zespoły korzeniowe. Przedstawiła profilaktykę i sposoby leczenia tych tak częstych schorzeń występujących u ludzi w różnym wieku, a szczególnie w wieku starszym. Wykład dr A. Maj sponzorowała firma Bristol Mayers, pozostałe wykłady lekarzy finansowało Towarzystwo Ziemi Urzędowskiej.

Dr Dariusz Rzedzicki – specjalista urolog mówił o chorobach gruczołu krokowego występujących u mężczyzn w wieku od 40 do 50 lat.

8 listopada w środę, w Dniu Trzeźwości, odbyły się dwa koncerty rockowe duetu TU I TERAZ pt. „Dopóki masz wybór”, gdzie wystąpili Piotr Nagiel i Krzysztof Jaryczewski – ex lider i założyciel Oddziału Zamkniętego. Muzyka i dialogi z młodzieżą cieszyły się największą frekwencją. W pierwszym koncercie w szkole o godz. 10 wzięło udział ok. 700 młodych ludzi, zaś w GOK o godz. 17 ok. 300 osób. Koncerty finansowała Gmina Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Urzędowie.

9 listopada – czwartek, był Dniem Ochrony Środowiska. Mgr Grażyna Michalska i mgr Łukasz Michalski mówili o możliwościach rewaloryzacyjnych wałów urzędowskich. Jest to bardzo ważny i ciekawy temat dla Urzę-



Zespół specjalistów udzielający konsultacji medycznych w Urzędowie. Fotografie wykonano 12 listopada 1994 r.

dowa, ponieważ zabytkowe wały są w tej chwili w stanie postępującej dewastacji i wymagają w możliwie szybkim czasie restauracji i zagospodarowania. Tym tematem należy zainteresować nie tylko mieszkańców Urzędowa, ale również władze urzędowskiego grodu. W debacie uczestniczyła również inż. arch. Jadwiga Jamiółkowska.

Po referacie ponownie wyświetlono film o Urzędowie. W Zespole Szkół Ogólnokształcących trwał dzień ekologiczny, podczas którego wygłoszono szereg pogadanek oraz zaprezentowano pokaz zwierząt przydomowych.

W piątek 10 listopada, w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Urzędowie odbył się XVIII Dzień Konsultacji Medycznych. Przybyli z Lublina lekarze udzielali specjalistycznych porad. Dr med. Zbigniew Łastowski – specjalista chorób wewnętrznych udzielił 15 konsultacji oraz wykonał 3 zabiegi elektroakupunktury. Dr Roman Gawęda – specjalista ortopedii skonsultował 30 chorych, dr med. Grzegorz Kandzierski – specjalista ortopedii dziecięcej przyjął 15 małych pacjentów, a dr Domicela Pomykalska-Wośko – specjalista chorób oczu skonsultowała 28 chorych, uczestnicząc już po raz osiem-

nasty w konsultacjach. W sumie udzielono porad 88 chorym. Jest to społecznikowskie Judymowe działanie, co w dzisiejszym skomercjalizowanym świecie należy do rzadkości.

W czasie Lubelskiego Kongresu Kultury Polskiej 2000 podkreślono te tzw. „białe niedziele urzędowskie”. To działanie ludzi wielkiego serca, jak napisano w recenzji pokongresowej.

Wykładów w ramach TKZ wysłuchało od 250 do 300 osób.

11 listopada przypadła 82 rocznica odzyskania niepodległości Polski. O godz. 10 w kościele parafialnym w Urzędowie została odprawiona Msza św.: za Ojczyznę przez ks. proboszcza Edwarda Kozyrę, który wygłosił okolicznościową homilię. Po nabożeństwie odbył się pochód z udziałem młodzieży, pocztów sztandarowych, straży pożarnej, organizacji kombatanckich i społeczeństwa: Złożono kwiaty pod pomnikami Józefa Piłsudskiego i Orląt Lwowskich. W uroczystościach wzięła udział ośmioosobowa delegacja Towarzystwa Miłośników Lwowa i Kresów Południowo-Wschodnich z prezesem prof. dr hab. Władysławem Stążką na czele. Od czasów prezesury prof. Ignacego Wośko Lwowiacy przyjeżdżają do Urzędowa na uroczystości Święta Niepodległo-

ści, bo tu jest jedyny w Polsce pomnik Orląt Lwowskich i ta przyjaźń naszych towarzystw trwa. Urzędowiacy walczyli też o Lwów, a na cmentarzu urzędowskim spoczywa lwowianka, zasłużona profesor gimnazjum urzędowskiego, śp. Józefa Wojtowicz.

W Gminnym Ośrodku Kultury odbyła się akademii poświęcona 82 rocznicy odzyskania niepodległości Polski oraz wspaniała inscenizacja słowno-muzyczna w wykonaniu młodzieżowych zespołów artystycznych GO-Ku. Udana były również występy tańeczne młodzieży.

Ponadto, 16 listopada, w Zespole Szkół Rolniczych dwoje pracowników naukowych Politechniki Lubelskiej mgr inż. Małgorzata Ciosmak i dr Józef Sawa wygłosili wykład nt. „Rolnicze wykorzystanie osadów pościekowych”.

XIV Tydzień Kultury Zdrowotnej, tak jak i poprzednie, spełnił swe zadania profilaktyczno-ekologiczne oraz zamysł niesienia konkretnej pomocy medycznej w postaci konsultacji specjalistycznych nie tylko dla mieszkańców Urzędowa, ale i okolic. □

Myślenie systemowe w medycynie holistycznej

Od teorii do praktyki

Holistyczny paradygmat zdrowia i medycyny, omawiany wielokrotnie w różnych jego aspektach na łamach „Alma Mater”, stanowi alternatywę dla modelu biomedycznego o charakterze redukcjonistycznym, opartego o takie rozumienie człowieka, w którym materialna cielesność stanowi jedyny, zawsze dominujący jego element, a w konsekwencji pomijane są psychiczne, społeczne i środowiskowe aspekty zdrowia i choroby.

DR N. MED. MICHAŁ SKRZYPEK

PRACOWNIA SOCJOLOGII MEDYCINY
MIĘDZYWYDZIAŁOWA KATEDRA
NAUK HUMANISTYCZNYCH AM W LUBLINIE

„Nauki biomedyczne, posłuszne Kartezjuszowi – jak uważa F. Capra – zanadto skoncentrowały się na maszynopodobnych właściwościach materii żywej, tracąc jednocześnie wrażliwość na jej [...] systemową naturę”, co oznacza, że „współczesna biologia i medycyna [...] próbują sprowadzać funkcjonowanie żywych organizmów do ściśle określonych mechanizmów komórkowych i molekularnych”. G. Gusdorf napisał: „Dla medycyny pozytywnej cały proces chorobotwórczy sprowadza się do przejawów klinicznych i zapisów anatomicznych i fizjologicznych; wchodzi tu w grę wyłącznie sam organizm. Lekarz obserwuje chorobę, nie patrząc na chorego [...], jakby choroba nie należała do chorego, jakby każdy chory nie chorował na swój jednostkowy sposób.”² Medycynę funkcjonującą według takich założeń Tischner określił jako pozytywistyczną lub „medycynę od dołu”, upatrując jej zasadniczych źródeł u Kartezjusza z jego maszynopodobnym modelem ciała ludzkiego, który dookreślony został przez francuskiego lekarza de la Mettrie w słynnym postulacie „człowiek-maszyna”. W ślad za takimi założeniami zdrowie człowieka ujmowane było jedynie w wymiarze fizjologicznym, czego konsekwencją stało się niedocenicenie wpływu zjawisk niebiologicznych na przebieg procesów determinujących zdrowie. Wynikające stąd ograniczenia paradygmatu biomedycznego, omówione wyczerpująco w roku 1994 na łamach „Alma Mater” przez prof. M. K. Klamutę³, doprowadziły do poszukiwania takiej płaszczyzny odniesienia, która ujmowałaby szerszy zakres zjawisk mieszczących się w obszarze zdrowia. Propozycję taką stanowi **holistyczny paradygmat zdrowia i medycyny**, którego źródła spoczywają w systemowym obrazie życia. W świetle takiego ujęcia, zdaniem Doliń-

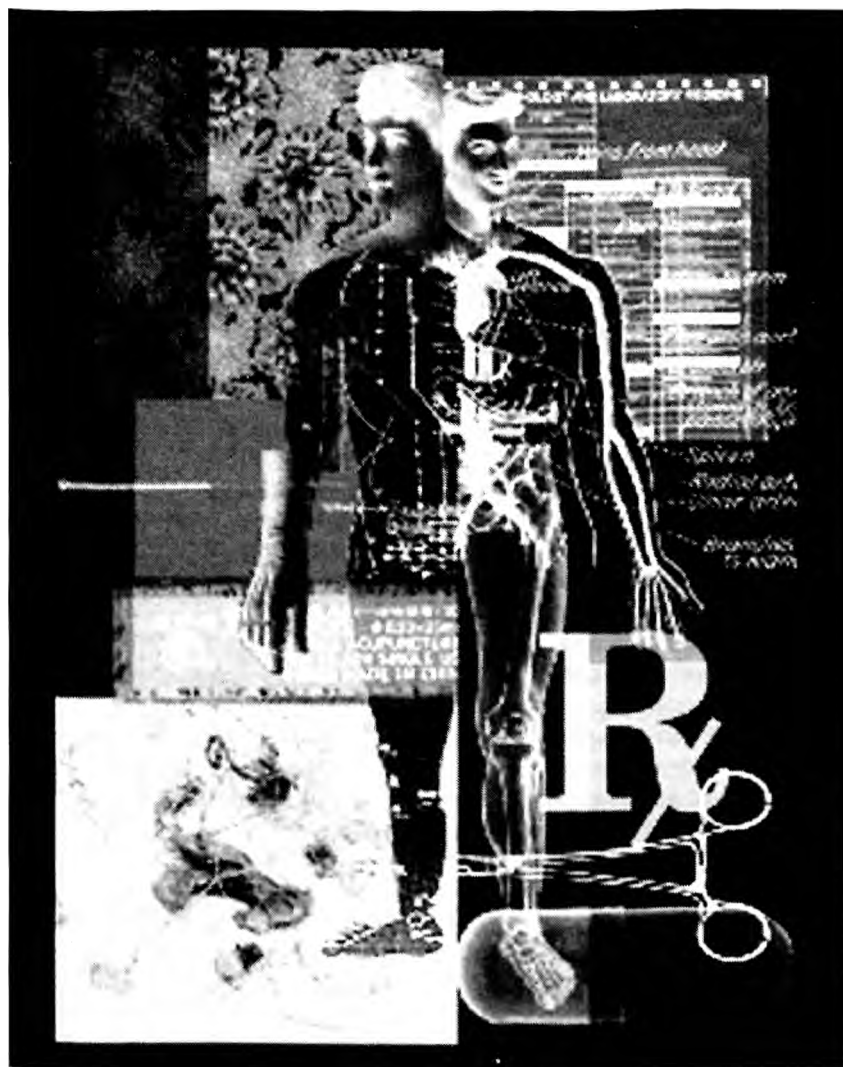
skiej-Zygmunt, pojawia się „wielowymiarowy model człowieka, w którym organizm ludzki ujmuje się jako żywy system, stanowiący niepodzielną całość wzajemnie zależnych elementów biologicznych, społecznych i psychologicznych, będący nieodłączną częścią szerszych systemów i znajdujący się w ciągłym współdziałaniu ze swym fizycznym i społecznym środowiskiem”¹. Także zdaniem Klamuła „holizm w medycynie oznacza, że organizm ludzki traktuje się jako żywy system, którego wszystkie części są wzajemnie powiązane i zależne, [ten zaś] stanowi podsystem i nieodłączną część wyżej zorganizowanych systemów”². Zdrowie jest w takim ujęciu zjawiskiem, które nie mo-

że być wyczerpująco opisane za pomocą parametrów wyłącznie biomedycznych, jest bowiem fenomenem dynamicznym i wielowymiarowym, obejmującym wzajemnie od siebie zależne aspekty fizyczne, psychologiczne i społeczne. Perspektywa systemowa w praktyce medycznej, której podstawowe założenia zostaną poniżej naszkicowane, pozwala na analizę szczególnie tych uwarunkowań zdrowia, które umiejscowione są w sferze *soeijum*.

Teoria systemów ogólnych rozwinęła się w ramach nauk przyrodniczych na początku XX wieku, zaś pierwsze próby zastosowania jej na gruncie medycyny i nauk psychospołecznych datują się na lata 50-te mi-

nionego stulecia. Jej podstawowe pojęcie to „system”, który w rozumieniu F. Capry oznacza zintegrowaną całość, której własności nie są prostą sumą własności poszczególnych części, ponieważ są one również efektem wielokierunkowych procesów (transakcji) przebiegających zarówno w obrębie samego systemu, jak i pomiędzy nim a systemami sąsiadującymi. W świetle założeń teorii systemowej zjawiska wyjaśniane są sumacyjnym wpływem wielu czynników, nie zaś pojedynczych elementów przyczynowych. Oznacza to odejście od linearnych zależności typu jedna przyczyna – jeden skutek na rzecz współzależności nieliniarnych, przybierających formę „cyklicznych schematów przepływu informacji zwanych pętlami sprzężenia zwrotnego”³. Mamy tutaj do czynienia ze sposobem myślenia, który znajduje bezpośrednie przełożenie na rozumienie procesów etiologicznych w medycynie, które w odniesieniu do zdecydowanej większości chorób cywilizacyjnych mają charakter wieloczynnikowy. Warto tutaj wspomnieć o poglądach na etiopatogenezę choroby wieńcowej. Klasyczne biologiczne czynniki ryzyka, określone w oparciu o badania populacji Framingham, pozwalają na wyjaśnienie zaledwie 50% zmienności w zakresie zachorowalności na tę chorobę, a pozostały odsetek można, w świetle obszernego zasobu dowodów, przypisać oddziaływaniu czynników socjopsychologicznych, w tym w znacznej mierze fenomenom mieszczącym się w kategorii wsparcia społecznego.

Teorię systemową na grunt medycyny przeniósł m.in. von Bertalanffy, jeden z pionierów podejścia systemowego⁴, który opisał człowieka jako istotę zbudowaną z podsystemów o coraz mniej skomplikowanej strukturze (od społeczności, rodziny, do tkanki, komórki itd.), przy czym podsystemy na każdym poziomie tej hierarchii wchodziły w interakcje z podsystemami na własnym poziomie oraz z podsystemami lub nadsystemami położonymi wyżej lub niżej w hierarchii, zaś każdy z tych poziomów należy do jednego z trzech obszarów rzeczywistości – biologicznego, psychologicznego lub społecznego⁵. W ślad za zało-



zeniami systemowymi pojawiło się w medycynie ujęcie zdrowia jako „zjawiska dynamicznego, wielowymiarowego, obejmującego wzajemnie od siebie zależne aspekty fizyczne, psychologiczne i społeczne, które nie daje się ostro odgraniczyć od choroby”⁹. Zdrowie postrzegane jest w kategoriach procesu ukierunkowanego na przywracanie stale zakłócającej równowagi organizmu, związanej ze zmianami zachodzącymi wewnątrz niego i w otaczającym środowisku. Rozumienie takie znalazło wyraz w klasycznym pojęciu *continuum* zdrowie – niezdrowie (choroba). Obserwator myślący w kategoriach podejścia systemowego – zdaniem de Barbaro – zwraca uwagę na kontekst analizowanych proble-

Kluczem do zrozumienia objawów osoby leczonej są relacje pomiędzy tą osobą a jej otoczeniem społecznym

mów (podsystemy w systemie) i na sprzężeniach zwrotnych, czyli współzależności pomiędzy elementami obserwowanego systemu. Dzięki temu wrażliwość systemowa stanowić może uzupełnienie linearnego (jednokierunkowego) i atomistycznego (abstrahującego od kontekstu) ujmowania rzeczywistości, a przez to „zachęć do nieatomistycznego spojrzenia, doceniania kontekstu w wyjaśnianiu zdarzeń oraz rozumienia powiązań i zależności między poszczególnymi piętami rzeczywistości”. Jak podkreśla de Barbaro taki sposób postrzegania rzeczywistości „zabezpiecza przed zawężonym i redukcjonistycznym spojrzeniem biomedycyny”¹⁰.

Praktyczną aplikację teorii systemów na gruncie medycyny stanowi **systemowy model choroby**, implikujący możliwość systemowej interwencji terapeutycznej. Funkcjonuje przede wszystkim w odniesieniu do chorób psychosomatycznych, czyli takich, w których etiopatogenezie wiodącą rolę odgrywają czynniki natury socjopsychologicznej. Warto w tym miejscu zauważyć, że czołowi psychosomacyści podkreślają udział czynników behawioralnych w etiopatogenezie i/lub przebiegu każdej niemal choroby, przy czym różnice pomiędzy poszczególnymi chorobami w tym wzglę-

dzie dotyczą jedynie proporcji. Już Franz Alexander, jeden z twórców i pionierów medycyny psychosomatycznej podkreślał, że czynniki emocjonalne wpływają na każdą praktycznie chorobę, a napięcie emocjonalne wpływa na wszystkie procesy ciała człowieka, chociaż znaczenie stresu emocjonalnego różne jest w poszczególnych przypadkach¹¹.

W opisie choroby związanej z emocjami dokonywanym w ramach teorii systemów głównym obiektem zainteresowania nie jest pacjent (co oczywiście nie oznacza pomijania problemu, który pacjent prezentuje), lecz system, w którym funkcjonuje, ponieważ osoba pacjenta jest „tylko” nosicielem „choroby” systemu. Przyczyn zaburzenia zdrowia poszukuje się więc w środowisku społecznym pacjenta, nie zaś – jak np. w podejściu psychoanalitycznym, które dominowało w początkowym okresie rozwoju psychosomatyki – w zjawiskach zachodzących „wewnątrz” osoby. Kluczem do zrozumienia objawów osoby leczonej są relacje pomiędzy tą osobą a jej otoczeniem społecznym. Jeden z czołowych współczesnych psychosomatyków, Boris Luban-Plozza opisał w roku 1977 mieszczącą się w podejściu systemowym koncepcję **rodziny jako patogenetycznego i socjoetiologicznego czynnika ryzyka**, w świetle której zaburzenia psychosomatyczne jednostki sygnalizują patologię w obrębie rodziny. Np. przedstawiane do leczenia dziecko z chorobą psychosomatyczną może pełnić rolę „kozła ofiarnego”, będąc nośnikiem tzw. objawów rzutowanych, podczas gdy właściwi chorzy członkowie rodziny pozostają klinicznie zdrowi¹². W podejściu systemowym choroba, podobnie jak objaw, rozumiane są jako swego rodzaju „komunikat”, zaś zachorowanie rozumiane jest jako oznaka destabilizacji systemu, która potencjalnie doprowadzić może do jego przebudowy w kierunku funkcjonowania bardziej dojrzałego. W podejściu systemowym mniejsze znacznie przywiązuje się do leczenia objawowego (Luban-Plozza pisze w tym kontekście o „zbiorowym połykaniu środków uspokajających”), gdyż nie odpowiada ono na pytanie o to, do czego służy w rodzinie objaw psychosomatyczny, przez co nie zapewnia osiągnięcia trwałej poprawy stanu zdrowia pacjenta. Głównym celem interwencji systemowej jest wprowadzenie takiej zmiany do systemu, która wyeliminowałaby potrzebę posługiwania się objawami.

Za autora pierwszej interwencji systemowej w psychosomatyce uznaje się Erasystrata, działającego w III wieku p.n.e. lekarza ze szkoły aleksandryjskiej. Erasystros, ba-

Przypisy

- 1 Capra F. Punkt zwrotny. PIW, Warszawa 1987, str. 364.
- 2 Za: Tischner J. Intencja humanistyczna w medycynie. Wykład. GW 30-31.01.1993
- 3 Klamut M.K., Między biotechnicznym i holistycznym modelem medycyny, ALMA MATER 1994, 4 (13), 38-39.
- 4 Dolińska-Zygmunt G.: Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu. W: Dolińska-Zygmunt G. (red.), Elementy psychologii zdrowia. Acta Universitatis Wratislaviensis No 1818. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego. Wrocław, 1996, 9-16.
- 5 Klamut M.K. Między biotechnicznym a holistycznym modelem medycyny. Alma Mater 1995, 1, 26-29.
- 6 Zob. Capra F., dz. cyt., str. 363 i n.
- 7 Zob. L. von Bertalanffy. Ogólna teoria systemów. Tłum. Ewa Woydyłło. Warszawa 1984.
- 8 Wg Budzyna-Dawidowski P., de Barbaro B., Furgal M. Podejście systemowe w diagnostyce i leczeniu chorób psychosomatycznych. I.: Systemowe rozumienie chorób psychosomatycznych. Psychoterapia 2000, 114, 41-50.
- 9 Klamut M.K., dz. cyt.
- 10 De Barbaro B. pacjent w swojej rodzinie. Przewodnik lekarza praktyka. Springer PWN. Warszawa 1997, str. 12-14.

dając ciężko chorego syna króla Syrii stwierdził, że tężno pacjenta wzrosło, gdy do pokoju weszła Stratonike, druga młoda żona króla i zinterpretował ten fakt nie-szczęśliwą miłością syna monarchy do jego żony. Oznaczało to, że w rzekomo nieuleczalną chorobę królewskiego syna zaangażowane były co najmniej trzy osoby (oprócz pacjenta także jego ojciec i jego druga żona). Opierając się na diagnozie Erasystrotosa król rzekł się Stratonike na rzecz syna po to, aby ratować jego zdrowie¹¹. Współczesne inspiracje teoretyczne dla myślenia systemowego w medycynie psychosomatycznej pochodzą w dużej mierze z nurtu systemowego w psychoterapii, którego początki datują się na lata 1940-1950, kiedy to opisano rolę nadopiekuńczej matki w kształtowaniu się patologii u dzieci (Levy, 1940), wprowadzono pojęcie „schizofrenogennej matki” (Fromm-Reichman, 1948) oraz opisano zaburzenia psychiczne dzieci oderwanych od matki w okresie niemowlęcym (Spitz, 1955)¹⁴. Obecnie w ramach



11 Alexander F.G., Selesnick S.T. The psychosomatic approach in medicine. W: Alexander F.G., Selesnick S.T. The history of psychiatry. A Mentor Book. New American Library. New York 1968, 476-492.

12 Luban-Plozza B. Rodzina patogenetycznym i socjologicznym czynnikiem ryzyka. W: Hopps H.C. Ekologia choroby. W: Kosiński S. (red.) Socjologia medycyny. Międzyuczelniany Instytut Filozofii i Socjologii. Lublin 1978, 58-69.

13 Za: Luban-Plozza B, Pöldinger W. i wsp. Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej. PZWL. Warszawa 1995, str.17.

14 Grzesiuk L., Jakubowska U. Podejście systemowe. W: Grzesiuk L. (red.) Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy. PWN. Warszawa 1994, 60-68.

15 Tamże

16 Budzyna-Dawidowski P., de Barbaro B., Furgal M. Podejście systemowe w diagnozie i leczeniu chorób psychosomatycznych. II: Systemowa terapia rodzin w leczeniu chorób psychosomatycznych. Psychoterapia 2000, 114, 51-58.

17 Tamże

18 Klamut M.K., 1995, dz. cyt.

podejścia systemowego – jak podaje Grzesiuk¹⁵ – wyróżnia się szkołę komunikacyjną (główni przedstawiciele: Bateson, Watzlawick i Selvini-Palazzoli, twórca „szkoły mediolańskiej”), szkołę strukturalną Salvadora Minuchina i szkołę strategiczną z Palo Alto w Kalifornii. Zdaniem Budzyny-Dawidowskiego w leczeniu zaburzeń psychosomatycznych zgodnie z podejściem systemowym najbardziej przydatne jest podejście strukturalno-strategiczne łączące dwie ostatnie z wymienionych szkół terapeutycznych¹⁶.

Istotne zadanie w poszukiwaniu sposobów praktycznych zastosowań teorii systemowej w medycynie przypada lekarzowi rodzinnemu, którego silną stroną, zdaniem de Barbaro, może być – w przeciwieństwie do eksperta-specjalisty, otoczonego zaawansowaną technologicznie aparaturą i skomplikowanymi pytaniami diagnostycznymi i technikami terapeutycznymi – rozumienie zjawisk związanych z chorobą w kontekście społecznym, rodzinnym i psychologicznym.

Podkreślić należy, że w podejściu systemowym nie są pomijane aspekty biologiczno-somatyczne chorób: chodzi tutaj o model biopsychospołeczny, a więc taki, który „pozwała lekarzowi-terapeucie docenić poziom biolo-

giczny, rozpatrywać reakcje emocjonalne i zastanawiać się nad relacjami wewnątrzrodzinnymi”, a także ocenić, w jaki sposób elementy znajdujące się na tych trzech poziomach wzajemnie oddziałują na siebie¹⁷. Jak napisał prof. M.K. Klamut „lekarz o podejściu holistycznym, po udzieleniu doraźnej pomocy zgodnie z profesjonalną wiedzą medycyny naukowej, szuka wspólnie z chorym prawdziwej przyczyny choroby, która zwykle leży w sferze umysłowej lub emocjonalnej i jest związana ze środowiskiem. [...] Ustalenie, jaki względny udział w wywoływaniu choroby mają czynniki biologiczne, psychiczne, społeczne i środowiskowe należy do najtrudniejszych, ale i najważniejszych zadań lekarza¹⁸”. Wracając do tezy postawionej w pierwszym zdaniu artykułu, wypada w świetle zacytowanych powyżej wypowiedzi nieco ją zmodyfikować: jak się bowiem wydaje, chodzi nie tyle o poszukiwanie alternatywy dla modelu biomedycznego, ale modelu integrującego dorobek biomedycyny z ustaleniami nauk o zachowaniu. Modelu, który umożliwiłby bardziej wiarygodne opisywanie człowieka, łączącego wzajemnie zależne zjawiska biologiczne, psychologiczne, społeczne i środowiskowe. □

Geneza medycyny społecznej w regionie lubelskim

Medycyna społeczna, jako dział medycyny ogólnej, tworzona jest w Polsce od 250 lat. Już w 1768 r. Sejm Rzeczypospolitej postanowił roztoczyć kontrolę państwową nad istniejącymi przy kościołach lub utrzymywanych przez inne wyznania szpitalami¹.

DR N. MED. ANNA
JABŁOŃSKA-CHMIELEWSKA
PROF. DR HAB. LEON JABŁOŃSKI
KATEDRA I ZAKŁAD EPIDEMIOLOGII
AM W LUBLINIE

W 1775 r. ogłoszono w Polsce tzw. Konstytucję Szpitalną, która była pierwszą i jedyną w Europie próbą uporządkowania szpitalnictwa i organizacji ochrony zdrowia². Był to już okres polityczno-społeczny w Europie, w Polsce i na Lubelszczyźnie, w którym cele leczenia i opieki społecznej określano na podstawie idei lekarskich sięgających medycyny starogreckiej i staroegipskiej. Dojrzała konieczność szerokiego omawiania sytuacji osób chorych i znaczenia chorób nie tylko zgodnie z zasadami religii, lecz także z potrzebami państwowymi, wojskowymi i społecznymi.

Kościół katolicki przez całe wieki organizował szpitale i opiekował się nimi. Były to właściwie domy opieki społecznej nad starcami, podrzutkami, wdowami, inwalidami, związane z zasadami wiary. Chodziło o zdrowie człowieka i uwalnianie go od cierpienia, po to, by nie utracił wiary w Boga³.

W owych czasach te zasady już nie zaspokajały potrzeb poszczególnych jednostek i rozwijającego się społeczeństwa. Nowe poglądy na rolę medycyny wynikały nie tylko z budzących się ruchów filozoficzno-społecznych (np. Rewolucja Francuska), lecz

także z rozpowszechniania poglądów ściśle lekarskich wśród studentów i lekarzy, jak na przykład, że dobre zdrowie zapewnia człowiekowi godne i dostatnie życie, że państwu (królowi, innym przywódcom) potrzebni są zdrowi obywatele.

Ze znaczących polskich lekarzy należy wymienić Macieja Miechowitę (1457-1525) profesora i rektora Akademii Krakowskiej, którego pisma w sprawie zachowania zdrowia i w sprawie obrony przed dżumą można uznać za próby szerzenia profilaktyki.

W XVII w. ukazuje się szereg dzieł znanych lekarzy za granicą i w Polsce, w których omawiane są zagadnienia higieny ogólnej, osobistej i wojskowej⁴. Te i inne prace stanowiły podstawę do bardzo bujnego rozwoju higieny komunalnej i metod zapobiegawczych w drugiej połowie XVIII wieku.

Należy przypomnieć, że włoski profesor medycyny w Modenie i w Padwie Bernard Ramazzini (1653-1714), uważany za ojca higieny pracy i współczesnej medycyny zapobiegawczej, wydał ok. 1700 r. dzieło „Naukowa rozprawa o chorobach przemysłowych”, w którym dokładnie omawia choroby 52 zawodów – w przemyśle, wojsku, rzemiośle, górnictwie, hutnictwie, w teatrach itd. On to jest autorem aktualnej do dziś sentencji „Znaczniej lepiej jest zapobiegać chorobie niż ją leczyć”. Dalej pisze on „Zarobek pieniężny jest bez wartości, jeśli doprowadza do utra-

ty tego co jest najważniejsze, to jest zdrowia”.

Duży wpływ na powolny, ale ciągle nasilający się wpływ na rozwój medycyny społecznej miało także oficjalne powołanie przez Napoleona pierwszej katedry higieny na paryskim wydziale lekarskim w 1794 r.

Pierwszym lekarzem realizującym zasady medycyny społecznej nie tylko w publikacjach, lecz także w praktyce, był Michał Bergonzoni (1748-1819), lekarz włoski przybyły z Bolonii z nuncjuszem papieskim. Na terenie Lublina uprawiał praktykę lekarską, z której większość pieniędzy przeznaczał na zakup leków dla najbiedniejszych pacjentów. Walczył o poprawę warunków higienicznych i sanitarnych w mieście. Dał temu wyraz w pracy „Lublin podług ustaw medyki uważany w jednej dissertationi” wydanej 1782 r. Są w niej zalecenia dotyczące wodociągów, usuwania nieczystości, walki ze szczurami, budowy szpitali itd. Władze miejskie zrealizowały tylko część wskazań. Powodem była sytuacja ekonomiczna i finansowa miasta, przez które przechodziły wojska zaborców.

Przez okres kilkudziesięciu lat, aż do połowy XIX wieku, nie było na terenie Lubelszczyzny wybitniejszych postaci w świecie lekarskim, które zajmowałyby się szerzeniem higieny publicznej i opieki społecznej. Opieka społeczna była nadal w rękach kościoła i niektórych zakonów, a sprawami higieny komunalnej i zabezpieczeń przeciw epidemicznym zajmował się tzw. fizyk miejski.

W latach 1790-1830 dotychczasowe szpitale zmieniły charakter z funkcji opieki społecznej na funkcje lecznicze. Na terenie Lublina świat lekarski działał z filantropijnej inicjatywy poszczególnych osób, co polegało przeważnie na przyjmowaniu najbiedniejszych oraz organizowaniu im pomocy. Podobnie było w całym kraju.

W latach siedemdziesiątych XIX w. liczba lekarzy na Lubelszczyźnie i w Lublinie była na tyle duża, że zorganizowano Lubelskie Towarzystwo Lekarskie. Założono je 4 lipca 1874 r. i na początku liczyło 64 członków rze-

czywistych pochodzących z całego regionu, np. z Tomaszowa Lub., Zamościa, Janowa Lub. Wśród lekarzy był, znany ze społecznych poglądów, dr Gustaw Doliński (1847-1906), który stworzył projekt organizacji pomocy lekarskiej dla wsi współpracując z rządami gmin guberni lubelskiej. Projekt ten ogłosił fragmentami w kolejnych numerach Przeglądu Lekarskiego w 1872 r. Chodziło o powoływanie gminnych ośrodków zdrowia. Wiadomo też, że w 1873 r. dr G. Doliński miał popularne odczyty w Lublinie, jak np.: „Skąd się biorą choroby i jak się od nich ochronić”, w których zwracał szczególną uwagę na jakość i przygotowywanie żywności oraz na higienę osobistą i otoczenia.

„ Znacznie lepiej jest zapobiegać chorobie niż ją leczyć „

Bernard Ramazzini
(1653-1714)

Lubelscy prezesi tego Towarzystwa, działający do I wojny światowej, byli ludźmi o zainteresowaniach społecznych. Prowadzono więc szkolenie z zakresu medycyny zapobiegawczej, wyrażające się w postaci referatów i organizacji naukowych zjazdów lekarskich. Na przełomie XIX i XX wieku z inicjatywy członków tego Towarzystwa powołano stowarzyszenia społeczne, takie jak: Towarzystwo Higieniczne, stowarzyszenie „Kropla Mleka”, stowarzyszenie „Kąpieliska dla Włościan”.

W akcjach tych szczególnie odznaczał się dr Witold Chodźko, późniejszy Minister Zdrowia Publicznego³. Współpracowali z nim tacy ludzie jak Stefan Żeromski, Maria Konopnicka,

Katedra (Zakład) Medycyny Zapobiegawczej Wydziału Lekarskiego UMCS w Lublinie w latach 1946-1950

DR HAB. IRENA D. KARWAT
PROF. DR HAB. LEON JABŁOŃSKI
INSTYTUT MEDYCYNY WSI W LUBLINIE
KATEDRA I ZAKŁAD EPIDEMIOLOGII
AM W LUBLINIE

Ministerstwo Oświaty w 1946 r., zezwoliło na organizację na Wydziale Lekarskim, Katedry Medycyny Zapobiegawczej. JM Rektor UMCS i Dziekan Wydziału Lekarskiego z początkiem roku akademickiego 1946/47 powołali na jej kierownika, zastępcę profesora dr med. Józefa Freytaga (1898-1973), który nieco wcześniej, bo od 15 czerwca 1946 r. (pierwszy wykład 18.06. o godz. 15.00 w sali przy Pl. Litewskim 5) prowadził kurs organizacji i prawodawstwa w zakresie higieny społecznej dla studentów V r. Wydziału Lekarskiego¹.

W 1948, a następnie w 1949 r. na różnych zebraniach i odprawach ostro poruszano sprawę zmian w strukturze nauczania medycyny w polskich uczelniach i wskazywano na wzorzec „starszego brata” w tym zakresie. Dr J. Freytag był doświadczonym lekarzem, społecznikiem i chcąc nie chcąc politykiem. Widocznie nie chciał narażać się na oficjalne odwołanie, więc złożył rezygnację. Wbrew pozorom było to bardzo mądre pociągnięcie, bo zarówno on sam mógł nadal wykładać, jak i władze nowo powołanej Akademii Medycznej mogły zlecić Profesorowi wykłady z przedmiotu o podobnym zakresie wie-

dzy lekarskiej. Gdyby czekał na oficjalne odwołanie to prawdopodobnie musiałby zerwać kontakty ze studentami i studiami.

Sprawę tę dobrze charakteryzuje dr J. Freytag w piśmie uzasadniającym rezygnację (w dniu 19 stycznia 1950 r.) ze stanowiska kierownika. Przytaczamy je w całości:

„Do JM Pana Rektora Akademii Lekarskiej przez Dziekanat A.L. w Lublinie.

Panie Rektorze!

W 1946 r. otrzymałem zaszczytną propozycję objęcia Katedry Medycyny Zapobiegawczej na Wydz. Lek. UMCS, w charakterze zastępcy profesora. Ministerstwo Oświaty kreując tę katedrę nie podało programu nauczania! Biorąc pod uwagę, że wykłady zostały przewidziane dla V-go roku studium lek. uważam, że należałoby opracować zagadnienia, które z jednej strony uwzględniałyby głębokie przemiany społeczno-polityczne, a z drugiej zdolność już klinicznego rozumowania studenta ostatniego roku. Chodziło o to, by przyszłego lekarza zaznajomić z nową problematyką. W opracowany program wstawione zostały zagadnienia: pracy jako czynnika pośrednio chorobotwórczego, chorób zawodowych, społecznych, które w pewnych warunkach stają się zawodo-

wymi, ochrony zdrowia człowieka pracującego, zadań lekarza fabrycznego, pracy młodocianych, pojęcie inwalidztwa w polskim ubezpieczeniu społecznym, orzecznictwo inwalidzkie, rehabilitacja inwalidów, ustawodawstwo ubezpieczeniowe w kraju i zagranicą. Uwzględniając niejako regionalny charakter Uczelni lubelskiej wprowadzono do programu zagadnienie: chorób zawodowych wsi, zoonoz, przyczyn szybkiego starzenia się ludzi na wsi i wiele innych. Tematyka dość obszerna, ujęta przede wszystkim z punktu widzenia kliniczno-higienicznego. Medycyna zapobiegawcza tak pojęta staje się działem wyjętym z całości higieny, aczkolwiek z nią powiązanym. Takie ujęcie jest w pewnym sensie analogią, np. Katedry Chorób Zakaźnych, wydzielonej z Katedry Interny. Stanowisko to podzielał prof. dr Paluch, a dalej Bytom – prof. dr Nowakowski. Konieczności, znane J. M. (lokal, pomoc asystenta itd) spowodowały, że praca ograniczyła się do dydaktyki. Zwiedzano zakłady pracy: Huta Szkła, cukrownia, młyn, rzeźnia, garbarnie itd. badając na miejscu pracujących, badając warunki pracy omawiano kwalifikacje zdrowotne kandydatów do danego zawodu. Dopiero w ubiegłym roku Zakład Medycyny Zapobiegawczej uzyskał ml. asystentkę sty-pendystkę (nb. nieregularnie optacaną, zaległe pobory za sierpień i od października do końca ub. roku). Od początku (Zakład) korzystał ze współpracy lekarzy U.S. w gmachu Ubezpieczalni uzyskano 3-pokojowy lokal pełno-zaopatrzonej (światło, opał), otwarta została Przychodnia Chorób Zawodowych. Ministerstwo Zdrowia zaczęło nadsyłać dotację (35.000 zł. miesięcznie, tj. ok. 1.200 zł obecnych), zakład zaczął się wyposażać.

Rozumiejąc konieczność współpracy z tymi, którzy niejako od-

gruzowują naszą naukę, dzieliłem swój czas U.S., na której pracuję 19 lat a UMCS. Na osiągnięcie mych zamierzeń brakło mi jednak godzin. Dzisiaj minął już najtrudniejszy okres pierwszego pięciolecia, w pewnych warunkach dopuszczalna improwizacja winna ustąpić głęboko realnemu ujmowaniu swego zadania. Dlatego składam z końcem br. akademickiego rezygnację z zajmowanego stanowiska w A.L., gorąco dziękuję Panom Profesorom za to że mogłem spotykać się z życzliwością w Ich dostojnym gronie, proszę Pana Rektora o przyjęcie mego postanowienia do zatwierdzającej wiadomości. Następcy pragnęlbym przekazać nasz skromny dorobek. Jest jeszcze jeden motyw natury osobistej – stan mego zdrowia, który wymaga poświęcenia mu trochę uwagi z mej strony.

Proszę J.M. o przyjęcie zapewnienia o moim wysokim szacunku.
Dr J. Freytag”

Powyższe pismo datowane jest na 19 stycznia 1950 r. Rektor Akademii Lekarskiej przemianowanej później na medyczną nie wyraża zgody na rezygnację dr Freytaga i nie rozwiązuje umowy do dnia 1 listopada 1950 r. W związku z powołaniem Akademii Medycznej, wśród licznych zmian, wprowadzono także nowy program studiów na Wydziale Lekarskim, w którym m.in. nie przewidziano tego przedmiotu¹. Tak kończy się działalność Katedry Medycyny Zapobiegawczej i dr J. Freytaga w tym zakresie. Należy tu dodać, że dr Freytagowi zlecono prowadzenie wykładów z zakresu organizacji ochrony zdrowia dla studentów IV r. Wydziału Lekarskiego w latach 1951-1954.

Z perspektywy 55 lat, dziś można powiedzieć, że decyzja o zaprzestaniu działalności dydaktycznej i naukowej w zakresie szeroko pojętej profilaktyki, nie była słuszną. Wrócono do tych za-

gadnień w programie studiów w 1973 r., czyli dopiero po 22 latach.

Czym była uzasadniana taka decyzja podjęta po stworzeniu podstaw Akademii Medycznej? Należy pamiętać o ówczesnej sytuacji politycznej. Mamy na myśli nasilenie wpływów i indoktrynacji typu stalinowskiego w Polsce i polskich uczelniach. Był to okres nasilonych napięć międzynarodowych (wojna w Korei), a w polskich uczelniach, w tym w nowo powołanych, akademiach lekarskich (od 1 marca 1950 r. medycznych) panowały, w zakresie nauczania i programowania studiów, zwyczaje przedwojenne i europejskie. Politycy rządzący Polską, raczej musieli niż chcieli zmieniać, wbrew stanowisku kadry naukowców, m.in. strukturę uczelni w tym i wydziałów lekarskich na wzór struktur radzieckich. Tam w instytutach medycznych były (i są) osobne wydziały „ogólnolekarskie” i osobne wydziały „sanitarно-epidemiologiczne”. Taki wydział, działający krótko, powołano wówczas w warszawskiej Akademii Medycznej (1950-1954). Stąd w polskim Ministerstwie Zdrowia pomysł o likwidacji wykładów i zajęć z medycyny zapobiegawczej i epidemiologii na wydziałach „ogólnolekarskich”. Poza tym ten dział medycyny nasycony był wartościami patriotycznymi i historycznymi o polskich osiągnięciach w tym zakresie. Szczególne osiągnięcia dotyczyły naukowego opracowania higieny przemysłowej, a w tym polskiego, oryginalnego prawodawstwa pracy. Razem składało się to na polityczną decyzję o likwidacji tak ważnego i w praktyce i w teorii przedmiotu.

Powyższy opisany epizod, po 50 latach, stanowi ostrzeżenie, że ingerencja ideologii politycznych do spraw nauki i do dydaktyki, szczególnie w medycynie, nie przynosi niczego dobrego.

Przypisy

- 1 Pismo Dziekana Wydz. Lek. z dnia 15 VI 1946 r.
- 2 Pisma Ministra Zdrowia nr SiN-II-9690/50 z 6 XI 1950 r.

Bolesław Prus, Władysław Żeleński (Boy).

Równoległe z działalnością Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego prace prowadził Lubelski Oddział Towarzystwa Higienicznego, w którym ważną rolę odgrywał dr Władysław Tołwiński. Pełnił on także funkcję prezesa Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego (1902-1911).

Jednym z przykładów działalności w zakresie medycyny społecznej może być Zjazd Lekarzy Prowincjonalnych w Lublinie w dniu 31 czerwca 1914 r., na którym były obecne 282 osoby. Dr Adam Jarosiński ze Stredyni wygłosił referat „O zadaniach społecznych lekarza prowincjonalnego w naszych warunkach”.

W 1916 r., w Warszawie, powstało Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej z inicjatywy psychiatry dr R. Radziłłowicza (1860-1929), okulisty dr Z. Kramsztyka (1849-1920) oraz dr W. Chodźki, dr W. Knappe, dr K. Pawlikowskiego, dr W. Szejnacha, dr J. Szmurły i dr M. Bernsteina. Między innymi w latach 1915-1917 zarząd tego towarzystwa opracował projekt „Prawo o zdrowiu publicznym”. Miało to zasadnicze znaczenie dla rozwoju tego kierunku medycyny w Polsce, we wszystkich ośrodkach medycznych.

W 1775 r. ogłoszono w Polsce tzw. Konstytucję Szpitalną, która była pierwszą i jedyną w Europie próbą uporządkowania szpitalnictwa i organizacji ochrony zdrowia

Od pierwszych dni niepodległego państwa polskiego w 1918 r., naczelnikiem Miejskiego Wydziału Zdrowia w Lublinie został znany społecznik dr Marcin Garbaczewski (1869-1948). Był on naczelnikiem do 15 lipca 1935 roku i w tym czasie zagadnienia medycyny społecznej zajmowały należne miejsce w codziennej praktyce służ-

by zdrowia. Wśród kilku lubelskich lekarzy społeczników wyróżniał się dr Jan Danielski (1892-1958), który od 1 grudnia 1932 roku do września 1939 był naczelnikiem Wojewódzkiego Oddziału Zdrowia Publicznego w Lublinie⁶.


Oprócz Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego, Towarzystwa Higienicznego i administracji publicznej dużą rolę odegrało założone w 1906 r. Lubelskie Towarzystwo do Walki z Gruźlicą założone przez Różę Mączewską przy współpracy szeregu lekarzy, m. in. Garbaczewskiego, Chodźki, Bierneckiego, później Danielskiego. Towarzystwo to w latach po II wojnie światowej, pod kierunkiem prof. dr Heleny Mysakowskiej, poza leczeniem chorych i pomocą rodzinom chorych,

informowało i wprowadzało w Lublinie przeciw gruźlicze szczepienia BCG⁷.

W czasie II wojny światowej, od lipca 1944 r., poglądy na rolę medycyny społecznej, szczególnie na higienę komunalną, organizację ochrony zdrowia i epidemiologię zakaźną uległy w Polsce znacznej i pozytywnej zmianie. Zagadnienia te miały priorytet i podstawowe znaczenie w służbie zdrowia. Świadczą o tym następujące fakty. Z protokołów posiedzeń Lub. Tow. Lekarskiego w latach 1944-48 wynika, że ok. 1/3 referatów, w tym takich referatów jak głoszone przez m. in. prof. dr W. Chodźko, poświęconą była medycynie zapobiegawczej. Drugim faktem o podstawowym znaczeniu było powołanie Katedry Medycyny Zapobiegawczej przez Mini-

sterstwo Oświaty w 1946 r. Rektor UMCS i Dziekan Wydz. Lekarskiego powołali na jej kierownika zastępcę profesora dr med. Józefa Freytaga (1898-1973). Pierwszy wykład w zakresie organizacji, prawodawstwa i higieny społecznej dla studentów V ro-

W latach siedemdziesiątych XIX w. liczba lekarzy na Lubelszczyźnie była na tyle duża, że zorganizowano Lubelskie Towarzystwo Lekarskie. Założono je 4 lipca 1874 r. i na początku liczyło 64 członków rzeczywistych pochodzących z całego regionu



**„ Zarobek pieniężny
jest bez wartości,
jeśli doprowadza do utraty tego
co jest najważniejsze
– to jest zdrowia „**

**Bernard Ramazzini
(1653-1714)**

ku medycyny miał miejsce 18 czerwca 1946 r. o godz. 15.00 w sali przy Pl. Litewskim 5. Mimo trudnych warunków pracy Katedra ta przez ponad 4 lata, tj. do 1 listopada 1950 r. spełniała swoje zadania. Wykłady i zajęcia praktyczne obejmowały zakres chorób zawodowych, ochrony zdrowia człowieka pracującego, zadań lekarza fabrycznego, orzecznictwa w zakresie inwalidztwa, rehabilitacji inwalidów itd. Praca doc. dr J. Freytaga w tym zakresie była pionierska. Wzorowały się na niej inne ośrodki akademickie, jak Łódź, Warszawa, Bytom.

Po powołaniu Akademii Medycznej i zmianie programu nauczania studentów medycyny, w 1950 r. Ministerstwo Zdrowia zamknęło Katedrę Medycyny Zapobiegawczej, likwidując także prowadzone w ramach zajęć z higieny i z chorób zakaźnych od 5 lat wykłady z epidemiologii zakaźnej. Nadal pracowała tylko Katedra Higieny pod kierownictwem prof. W. Chodźki następnie doc. dr J. Danielskiego, a od 1958 r. pod kierunkiem prof. dr J. Brzozowskiego.

Należy tutaj wspomnieć, że grupa lekarzy społeczników w latach 1950-52

czyniła starania o powołanie Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi. Byli to: prof. dr W Chodźko (jego imię nosi obecnie Instytut), doc. dr J. Freytag, prof. J. Parnas (był później długoletnim dyrektorem tego Instytutu). Instytut ten przez 50 lat jest nie tylko ośrodkiem naukowo-badawczym, lecz także społecznym w zakresie promocji i ochrony zdrowia na wsi.

W latach 1950-54 doc. J. Freytag prowadził wykłady z zakresu organizacji ochrony zdrowia. Przez krótki okres asystentami jego byli dr Bolesław Semczuk i dr Michał Bokinieć (po latach zostali profesorami).

Dopiero w 1972 r. nastąpił powrót do zagadnień medycyny społecznej w programie studiów lekarskich. Głównym inicjatorem tego trendu na terenie kraju był ówczesny docent dr hab. Janusz Indulski z Akademii Medycznej w Łodzi. W akademiach powoływano wówczas Instytuty Medycyny Społecznej.

W latach 1975-77 władze Uczelni (prof. hab. dr B. Semczuk, prof. dr hab. L. Jabłoński i inni) czyniły starania, dzięki którym w 1977 r. minister zdrowia i opieki społecznej powołał Instytut Medycyny Społecznej. Pierwszym dyrektorem został prof. dr L. Jabłoński. Dzięki pomocy Ministerstwa Zdrowia i poparciu przez różne organizacje w Uczelni, dla potrzeb nauki i dydaktyki, włączono do Instytutu Katedrę Higieny pod kierunkiem prof. dr Jana Brzozowskiego, od podstaw zorganizowano Zakład, a później Katedrę Epidemiologii, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia, Zakład Statystyki Medycznej, Zakład Historii Medycyny, Zakład Psychologii Lekarskiej (nie powstał). Równocześnie podjęto działania w zakresie kształcenia samodzielnych i pomocniczych kadr naukowych. Dzięki temu przeprowadzono kilkanaście przewodów doktorskich i kilka habilitacyjnych⁸. Ważne jest to, że nauczano studentów na wydziale lekarskim i pielęgniarskim, higieny, epidemiologii, organizacji ochrony zdrowia, historii medycyny i statystyki medycznej, na odpowiednio wysokim poziomie.

W końcu lat osiemdziesiątych i w pierwszych latach dziewięćdziesiątych ówczesne władze rektorskie i dziekańskie powołały nowe jednostki, tj. zakład zdrowia publicznego, zakład podstawowej opieki zdrowotnej, zakład nauk humanistycznych, przekształcone następnie w katedry, w których organizowano nowe zakłady i pracownie. Poszerzono znacznie obszar nauczania medycyny społecznej, między innymi o etykę i filozofię, a znaczną uwagę zwrócono na ekonomię ochrony zdrowia i na socjologię medyczną. Dotyczyło to wszystkich wydziałów w Uczelni.

Na początku lat dziewięćdziesiątych, w oparciu o nieuzasadnione poglądy, że medycyna społeczna jest wytworem zanikającego ustroju i reliktem postkomunistycznym, prawie we wszystkich uczelniach, w tym i w akademiach medycznych, zlikwidowano instytuty. Nie omięnęło to także naszej Uczelni. Pozostały jednak katedry i zakłady, w których prowadzone jest szkolenie przed- i podyplomowe, specjalistyczne.

Od 1979 r. na terenie województwa lubelskiego działa oddział Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego (PTMSiZP), który skupia lekarzy różnych specjalności z różnych placówek ochrony zdrowia.

O merytorycznych i dydaktycznych wartościach lubelskiego ośrodka medycyny społecznej między innymi świadczą takie fakty, jak to, że aktualny przewodniczący zarządu głównego (prof. dr hab. L. Wdowiak), przewodniczący głównej komisji rewizyjnej (prof. dr hab. L. Jabłoński), członek prezydium zarządu głównego (prof. dr hab. M. Latański), sekretarz zarządu głównego PTMSiZP (dr n. med. K. Radecka), są pracownikami naszej Uczelni. W innych towarzystwach naukowych o profilu medycyny społecznej (higienistów, epidemiologów, gerontologów i geriatrów, rehabilitantów, pielęgniarstwa społecznego, lekarzy rodzinnych, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej) pracuje szereg samodzielnych i pomocniczych pracowników nauki z naszej Uczelni.

Na podkreślenie zasługuje też fakt opracowywania i wydawania podręczników i monografii z zakresu medycyny społecznej przez lubelski ośrodek. Przykładem mogą być: „Zdrowie Publiczne”, pod red. naukową M. Latańskiego, „Epidemiologia”, II wyd., pod red. L. Jabłońskiego, „Zdrowie w medycynie i naukach społecznych”, pod red. Teresy B. Kulik i Ireny Wrońskiej, Karwat D. Irena: „Analiza problemów medycznych i społecznych niepełnosprawnych mieszkańców wsi”.

Redakcja miesięcznika „Problemy medycyny społecznej”, głównego pisma naukowego także mieści się w Lublinie, w naszej Uczelni.

Trendy rozwojowe medycyny jako całości, określane przez WHO oraz przez zasady społeczne demokratycznego ustroju wskazują, że dział profilaktyki zdrowotnej w przyszłości będzie odgrywał główną rolę w ochronie zdrowia polskiej populacji. Dlatego opierając się na bogatych tradycjach medycyny społecznej naszego regionu widzimy ważną rolę w zakresie szkolenia przeddyplomowego, podyplomowego i nadzoru specjalistycznego, jak i w zakresie nadawania stopni naukowych. □

Przypisy

1 Patrz: Góralski Z.: Szpitale na Lubelszczyźnie w okresie przedrozbiorowym. PWN, Warszawa-Lódź 1982.

2 Patrz: Konstytucja Szpitalna i „Komisja nad Szpitalami w Koronie y Wielkim Xsięstwie Litewskim”.

3 Patrz pod poz. 1.

4 Patrz: Dzierżanowski R.: Słownik chronologiczny dziejów medycyny i farmacji.. PZWL, Warszawa 1983.

5 Witold Chodźko (1875-1954) ukończył Wydz. Lek. UW w 1899 r., neurolog, psychiatra, higienista i społecznik. Od kwietnia 1918 r. do maja 1923 r. był Ministrem Zdrowia Publicznego. Od 1945 r. do 1954 r. był kierownikiem Katedry Higieny Ogólnej naszej Uczelni.

6 Jan Danielski (1892-1958) ukończył Wydz. Lek. w Charkowie w 1918 r. Był lekarzem powiatowym spisko-orawskim i nowotarskim, a następnie naczelnikiem wydziału zdrowia województwa tarnopolskiego i lubelskiego. W latach 1944-1947 uwięziony za działalność w AK i wywieziony do Rosji. Od 1 stycznia 1948 r. był adiunktem w Katedrze Higieny Ogólnej i Społecznej, od 1954 r. po śmierci prof. W. Chodźko był kierownikiem tej Katedry do 1958 r.

7 Patrz: Helena Mysakowska: 50 lat walki z gruźlicą na Lubelszczyźnie. Wyd. Lubelskie. Lublin 1962.

8 Patrz: Dzieje Akademii Medycznej w Lublinie 1944-1974, dzieło zbiorowe pod red. L. Jabłońskiego. Wyd. AM. Lublin 1974, oraz: Rubinowy Jubileusz, dzieło zbiorowe pod red. L. Jabłońskiego. Wyd. AM. Lublin 1985.



ZASADY I TRYB PRZYJMOWANIA NA STUDIA W AKADEMII MEDYCZNEJ W LUBLINIE

Akademia Medyczna w Lublinie przeprowadza rekrutację na I rok studiów w roku akademickim 2001/2002 na Wydziałach: Lekarskim z Oddziałem Stomatologicznym, Farmaceutycznym z Oddziałem Analityki Medycznej oraz Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Zaocznym.

Postępowanie rekrutacyjne odbywa się na podstawie kwalifikacji wstępnej (dopuszczenie do egzaminu) oraz egzaminu wstępnego. Kwalifikowane na studia będą wyłącznie osoby spośród kandydatów na poszczególne kierunki, którzy zdawali egzamin na te kierunki studiów w Akademii Medycznej w Lublinie.

WYDZIAŁ LEKARSKI Z ODDZIAŁEM STOMATOLOGICZNYM ORAZ WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY Z ODDZIAŁEM ANALITYKI MEDYCZNEJ

I. Studia dzienne

1. Limity przyjęć na poszczególne kierunki studiów:

Lekarski	165 miejsc
Stomatologia	72 miejsc
Farmacja	125 miejsc
Analityka medyczna	30 miejsc

2. Na kierunek lekarski, stomatologię, farmację będą kwalifikowani kandydaci, których punktacja mieści się w przyjętych limitach miejsc. Na kierunek analityki medycznej nie zostaną przyjęci kandydaci, którzy uzyskają z egzaminu testowego równorzędną punktację, a przyjęcie ich stanowiłoby przekroczenie limitu miejsc.
3. Kandydaci na poszczególne kierunki studiów, którzy nie zdobędą minimum 60 punktów nie będą kwalifikowani na żaden z kierunków studiów.
4. W przypadku nie wypełnienia limitu 30 miejsc, Komisja Wydziałowa zaproponuje studia na kierunku analityki medycznej kan-

dydatom, którzy zdawali egzamin na farmację, nie zostali przyjęci na te studia, ale uzyskali przynajmniej 60 punktów. Przyjęcia odbędą się wg największej liczby punktów.

5. Na kierunek lekarski i stomatologię obowiązuje test centralny z biologii, chemii, fizyki (po 40 pytań z każdego przedmiotu) obejmujący 120 pytań z czterema wariantami odpowiedzi na każde pytanie. Egzamin odbędzie się w dniu 3 lipca 2001 roku i trwać będzie 4 godziny.
6. Na farmację i analitykę medyczną obowiązuje test centralny z biologii i chemii (po 60 pytań z każdego przedmiotu) obejmujący 120 pytań z czterema wariantami odpowiedzi na każde pytanie. Egzamin odbędzie się w dniu 3 lipca 2001 roku i trwać będzie 4 godziny.
7. Za poprawne rozwiązanie każdego pytania testowego zdający otrzymuje jeden punkt. Nie obowiązują żadne punkty preferencyjne. W przypadku wycofania pytania każdemu zdającemu zostaje przyznany jeden punkt i doliczony jest do całkowitej punktacji uzyskanej przez kandydata w wyniku egzaminu.
8. Przygotowaniem ogólnopolskiego egzaminu testowego oraz obliczeniem wyników zajmuje się Rada Programowa Egzaminów Medycznych, która jest odpowiedzialna za przebieg tej części egzaminu.
9. Zakres egzaminu obejmuje materiał nauczania szkół średnich wg obwieszczenia MEN z dnia 14 czerwca 2000 r. w sprawie *wykazów podręczników szkolnych i książek pomocniczych dopuszczonych lub zalecanych do użytku szkolnego* (MP nr 18, poz. 395).

10. Z pominięciem postępowania kwalifikacyjnego będą przyjmowani laureaci stopnia centralnego olimpiad: biologicznej, fizycznej, chemicznej i matematycznej na podstawie zaświadczenia Głównego Komitetu Olimpiady o uzyskaniu I-III miejsca.

II. Studia wieczorowe

1. Limity przyjęć na poszczególne kierunki studiów:

Lekarski	30 miejsc
Stomatologia	15 miejsc
Farmacja	20 miejsc

2. Zakwalifikowanie na studia wieczorowe uzależnione jest od liczby punktów uzyskanych na egzaminie wstępnym, licząc od najwyższej liczby punktów aż do wyczerpania określonego limitu miejsc, nie mniej jednak niż 60 punktów oraz od złożenia podania o przyjęcie na te studia w terminie wskazanym poniżej.
3. W przypadku uzyskania przez kandydatów jednakowej liczby punktów przyjęci zostaną wszyscy kandydaci z tą liczbą punktów.
4. W przypadku nie wyczerpania limitu miejsc dopuszcza się możliwość dodatkowej rekrutacji spośród kandydatów, którzy zdawali egzamin wstępny na poszczególne www. kierunki studiów w innych akademiach medycznych w Polsce i uzyskali minimum 60 punktów.
5. Studia wieczorowe są płatne przed rozpoczęciem semestru.

WYDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU Z ODDZIAŁEM ZAOCZNYM

I. Studia magisterskie

Na studia magisterskie przyjmowane będą tylko dyplomowane pielęgniarki i położne na podstawie rozmowy kwalifikacyjnej.

1. Limity przyjęć:

Studia dzienne:

Pielęgniarstwo 45 miejsc

Studia zaoczne:

Pielęgniarstwo 120 miejsc

2. Zakwalifikowanie na studia uzależnione jest od liczby punktów uzyskanych na egzaminie wstępnym, licząc od najwyższej liczby punktów aż do wyczerpania określonego limitu miejsc nie mniej jednak niż 35 punktów.

3. W przypadku uzyskania przez kandydatów jednakowej liczby punktów przyjęci zostaną wszyscy kandydaci z tą liczbą punktów.

4. Proponowana tematyka rozmowy kwalifikacyjnej:

- zdrowie i jego wyznaczniki; zadania pielęgniarstwa i pielęgniarki/położnej w opiece nad zdrowiem społeczeństwa;
- Pielęgniarstwo: zakres znaczeniowy pojęcia, zadania w systemie opieki zdrowotnej i społecznej, uwarunkowania i perspektywy rozwoju;
- Pielęgniowanie zawodowe; działania pielęgniarki/położnej na rzecz podopiecznego;
- Pielęgniarka/położna; rola zawodowa, zadania w promocji zdrowia, profilaktyce, w procesie diagnozowania, leczenia i usprawniania pacjenta.

5. Literatura do samodzielnego przygotowania przez kandydata:

- Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 1996 r. nr 91, poz. 410)
- Ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 1991 r. nr 41, poz. 178)
- Kodeks etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej, PTP Warszawa 1995
- Narodowy program zdrowia 1996-2005. MZ Biuro Przekształceń Systemowych w Ochronie zdrowia, Warszawa 1996
- Karski J.: Promocja zdrowia, Sanmedica, Warszawa 1994

6. Maksymalna punktacja możliwa do uzyskania z egzaminu wstępnego wynosi 70 punktów.

7. Termin rozmowy kwalifikacyjnej 25-30 czerwca 2001.

8. Z pominięciem postępowania kwalifikacyjnego będą przyjmowani laureaci stopnia centralnego olimpiady pielęgniarskiej lub położnych, na podstawie zaświadczenia Głównego Komitetu Olimpiady o uzyskaniu I-III miejsca.

II. Studia licencjackie

1. Limity przyjęć na kierunku studiów:

a) Pielęgniarstwo

Collegium w Lublinie 45 miejsc

Collegia zamiejscowe 90 miejsc

(Biała Podlaska, Chelm, Zamość po 30 miejsc)

b) Pielęgniarstwo o specjalności położnictwo 30 miejsc

c) Pielęgniarstwo o specjalności dietetyka i żywienie 30 miejsc

2. Na studia przyjmowani będą kandydaci legitymujący się świadectwem dojrzałości.

3. Obowiązuje egzamin testowy z biologii obejmujący materiał nauczania szkół średnich wg obwieszczenia MEN z dnia 14 czerwca 2000 r. w sprawie wykazów podręczników szkolnych i książek pomocniczych dopuszczonych lub zalecanych do użytku szkolnego (MP Nr 18, poz. 395).

4. Egzamin odbędzie się w dniu 4 lipca 2001 roku. W przypadku nie wyczerpania limitu miejsc przewiduje się dodatkową rekrutację we wrześniu 2001 roku.

5. Zakwalifikowanie na studia uzależnione jest od liczby punktów uzyskanych na egzaminie wstępnym, licząc od najwyższej liczby punktów aż do wyczerpania określonego limitu miejsc nie mniej jednak niż 50 punktów. Maksymalna punktacja możliwa do uzyskania z egzaminu wstępnego wynosi 100 punktów.

6. W przypadku uzyskania przez kandydatów jednakowej liczby punktów przyjęci zostaną wszyscy kandydaci z tą liczbą punktów.

7. Laureaci Centralnej Olimpiady z biologii miejsca I-III będą przyjęci bez egzaminu wstępnego.

Warunkiem do przystąpienia do egzaminu na wszystkie wydziały jest uiszczenie przez kandydata opłaty egzaminacyjnej, której wysokość ustalona zostanie w terminie późniejszym oraz złożenie w odpowiednich dziekanatach wymaganych dokumentów.

Termin składania dokumentów na studia dzienne, kierunki: lekarski, stomatologię, farmację i analitykę medyczną upływa z dniem 15 czerwca 2001 roku dla maturzystów 2001 r. i z dniem 15 maja 2001 roku dla maturzystów lat wcześniejszych.

Termin składania dokumentów na studia wieczorowe upływa z dniem 28 lipca 2001 roku.

Dokumenty na magisterskie studia dzienne i zaoczne o kierunku pielęgniarstwo należy składać od 15 maja do 15 czerwca 2001 roku, zaś na studia licencjackie o kierunku pielęgniarstwo, pielęgniarstwo o specjalności położnictwo i pielęgniarstwo o specjalności dietetyka i żywienie od 20 maja do 20 czerwca 2001 roku.

WYKAZ DOKUMENTÓW WYMAGANYCH OD KANDYDATÓW

1. Podanie – kwestionariusz, podanie o studia wieczorowe.
2. Świadectwo dojrzałości, dyplom pielęgniarki (w oryginale) położnej (w oryginale).
3. Cztery fotografie o wymiarach 37x55 mm bez nakrycia głowy na jasnym tle.
4. Zaświadczenie lekarskie na odpowiednim druku stwierdzającym przydatność kandydata do studiów na obranym kierunku, skierowanie wydaje Wydział.
5. 2 koperty pótktowe z adresem korespondencyjnym kandydata i znaczkami na list polecony.
6. Wyciąg lub kserokopia dowodu osobistego z numerem PESEL – str. 1, 2, 3, 6, 7.
7. Dowód wpłaty opłaty egzaminacyjnej na konto Akademii Medycznej:
Bank Przemysłowo-Handlowy S.A. II Oddział w Lublinie **Nr 10601480-320000184149**
8. Ewentualnie dyplom laureata olimpiady przedmiotowej i zaświadczenie Głównego Komitetu Olimpiady o zajęciu I-III miejsca.
9. Oświadczenie pisemne jeżeli kandydat nie uczył się języka łacińskiego (dotyczy kandydatów na kierunek pielęgniarstwo dzienny).
10. Dokumenty przesłane listownie winny posiadać na kopercie dopisek określający kierunek studiów: lekarski, stomatologia, farmacja, analityka medyczna, pielęgniarstwo: studia dzienne, zaoczne bądź licencjat.

Wszystkie wymienione wyżej dokumenty winny być składane w białej tekturowej teczce aktowej (wiązanej).

**Szczegółowych informacji
udzielają Dziekanaty
Wydziałów Akademii
Medycznej w Lublinie,
Aleje Racławickie 1.**

Z życia Lubelskiego Koła Stowarzyszenia Farmaceutów Katolickich

Farmaceuci zrzeszeni w SFKP, podczas spotkania opłatkowego w dniu 21 stycznia 2001 r. dokonali wyboru nowych władz Stowarzyszenia. Przewodniczącą Lubelskiego Koła została prof. dr hab. Teresa Wawrzynowicz, zastępcą mgr farm. Edward Stanek, sekretarzem mgr farm. Halina Dąbrowska, a skarbnikiem mgr farm. Teresa Pawłowicz.

MGR FARM. HALINA DĄBROWSKA

Z powodu choroby nie mógł przybyć na spotkanie dotychczasowy przewodniczący koła prof. dr hab. Stanisław Zaręba. Dlatego sprawozdanie z czteroletniej działalności Koła przedstawiła, na podstawie pisemnego upoważnienia, mgr farm. Halina Dąbrowska.

Lubelskie Stowarzyszenie Farmaceutów Katolickich Polski powstało w dniu 27 stycznia 1997 r. Oficjalną siedzibą jest Apteka im. Św. Łukasza w Lublinie przy ul. Czwartek 17 (tel./fax 747-02-46). Duchowym opiekunem Koła do czerwca 2000 roku był ks. Marek Maj. Po służbowym wyjeździe ks. Marka z Lublina, nowym opiekunem Koła został ks. Mirosław Bielecki. Myślą przewodnią comiesięcznych spotkań SFKF w Lublinie są słowa Ojca Św. Jana Pawła II wypowiedziane w Rzymie do Międzynarodowego Stowarzyszenia Farmaceutów Katolickich: „Farmaceuta Katolik musi być uważnym doradcą ludzi nabywających lekarstwo, a także służyć moralnym wsparciem tym wszystkim, którzy kupując rozmaite środki potrzebują także rady, słów nadziei i wskazówek na dalsze życie”.



Rys. Krystyna Główniak

W czasie spotkań Koła podejmowano i omawiano następujące zagadnienia:

- Kartę Pracownika Służby Zdrowia wydaną przez Papieską Radę do spraw Duszpasterstwa Służby Zdrowia (Watykan 1995),
- Encyklikę Jana Pawła II – *Evangelium Vitae* – Ewangelia Życia, ze szczególnym uwzględnieniem relacji prawa stanowionego do prawa Bożego wpisanego w naturę człowieka,
- raport ministra zdrowia i opieki społecznej z dn. 11 listopada 1996 r. dotyczący czynników rakotwórczych dla człowieka, wśród których wymienione są m. in. doustne środki antykoncepcyjne,
- rozbieżności i sprzeczności między Kodeksem Etyki, a ustawą „O środkach farmaceutycznych, artykułach medycznych, aptekach, hurtowniach i nadzorze farmaceutycznym z dn. 10 października 1991 r., oraz możliwość ich pogodzenia w pracy aptekarza farmaceuty,
- współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnienia „dziecka z probówki”,
- eutanazja i jej alternatywa (tzw. opieka paliatywna),
- encyklika Jana Pawła II – *Laborem Exercens* – O Ludzkiej Pracy,

- opieka farmaceutyczna, potrzeba, możliwości, realizacja,
- referaty naukowe związane z postępem nauk farmaceutycznych.

Za sukces można uznać także objęcie opieką ludzi chorych na cukrzycę i trzy serie rekolekcji dla diabetyków.

Lubelskie Kolo zorganizowało również pielgrzymkę do Kalkowa – Godowa, Wąchocka i na Święty Krzyż. W kawiarence u stóp góry odbyło się spotkanie przy kolacji z aptekarzami z Kieleckiej Izby Aptekarskiej. Kolejną pielgrzymką do Wąwolnicy odbyła się w intencji członków stowarzyszenia w której polecano Matce Boskiej Kębelskiej trudy i sprawy zawodowe wszystkich aptekarzy.

W roku dwutysięcznym – Roku Łaski – odbyły się pierwsze rekolekcje dla farmaceutów w Ognisku Światła i Miłości w Kaliszanach, później zorganizowana była diecezjalna pielgrzymka farmaceutów do sanktuarium Matki Boskiej Loretańskiej w Chodlu. Pielgrzymka ta zgromadziła ponad 100 osób z całego województwa lubelskiego.

Podsumowując cały okres działalności Lubelskiego Koła wydaje się, że zrobiono bardzo dużo dla integracji środowiska aptekarskiego wokół

wartości chrześcijańskich. Zawsze jednak pozostaje pewien niedosyt, że można było zrobić więcej, lepiej. Trzeba zaznaczyć, że minęła dopiero pierwsza kadencja, wszyscy uczyliśmy się dopiero takiej formy pracy. Pragnę podziękować w imieniu Zarządu Lubelskiego SFKP wszystkim którzy wspierali nas swoimi pomysłami, czynami i zaangażowaniem, zmuszali do podejmowania nowych wyzwań, pokazywali jak dużo jest jeszcze do zrobienia.

Myszę, że teraz bardziej niż kiedykolwiek wcześniej potrzebna jest integracja i rozsądne, wspólne działanie. Wciąż wśród nas są aptekarze, którym zysk przesłania inne aspekty naszego zawodu. Ciągłe pojawiają się nowi „uzdrowiciele” służby zdrowia, w tym farmacji, a kondycja aptek wciąż spada. Nie umiemy prawidłowo wartościować i podporządkowywać się wyższemu celom. Odpowiedzialność i moralność wciąż pozostaje w większości wypadków na marginesie.

Mam nadzieję, że polscy farmaceuci będą umieli zjednoczyć się tak jak nasi europejscy koledzy, że uda nam się rozwiązać problemy etyczne, prawne, organizacyjne i ekonomiczne.

Szczęść Boże tym, którzy podejmą ten trud. □

Aby dotrzeć do jak największej grupy farmaceutów cyklicznie urządzone były spotkania wyjazdowe:

- zimowe spotkania integracyjne w Poniatowej u Państwa Staników,
- spotkanie w Zaklikowie, gdzie gościł nas mgr Henryk Ptasieński, (podczas których prowadzono dyskusję na aktualne tematy zawodowe, śpiewano kolędy i wzajemnie poznawano się).
- wakacyjne spotkanie w Bożej Woli na zaproszenie Państwa Belniaków i Kałużów, które okazało się „balsamem na rany” po

tygodniach wytężonej pracy zawodowej,

- każdego roku w listopadzie ekipa SFKP w Lublinie brała udział w Tygodniu Kultury Zdrowotnej gminy Urzędów, gdzie spotyka się duże grono farmaceutów i lekarzy. W tym miejscu należy zaznaczyć, że pracujący tam od lat mgr farm. Henryk Dąbrowski jest żywym przykładem zaangażowania w sprawy zdrowotne środowiska w którym żyje.





Nasi nauczyciele zawsze z nami (cz. VI)

Kończymy całoroczny cykl prezentacji sylwetek kilkudziesięciu nauczycieli akademickich lubelskiej AM, czynnych zawodowo u zarania dziejów naszej Uczelni.

DR N. MED. WŁODZIMIERZ MATYSIAK

Pomysł, aby zgromadzić biografie żyjących i nieżyjących dydaktyków zrodził się w Klubie Absolwenta Wydziału Lekarskiego (rocznik 1949-1954) TAiP AM. Grupa znanych lekarzy (przewodzą jej byli Rektor lubelskiej AM prof. dr hab. Marian Kazimierz Klamut, jak również niegdysiejszy starosta i zarazem teraźniejszy wiceprezes Towarzystwa Absolwentów i Przyjaciół AM w Lublinie dr n. med. Czesław Popik) nadzwyczaj troskliwie pielęgnująca swe akade-

mickie korzenie rzuciła myśl, aby pochylić czoła nad tym co nieprzemijające, raz jeszcze przywrócić wdzięcznej pamięci nieżyjących, którzy wciąż trwają na kartach historii, przybliżyć młodym adeptom sztuki lekarskiej wiele prześwietnych postaci lubelskiej medycyny. Niemalym wysiłkiem wykonano także dokumentację fotograficzną miejsc wiecznego spoczynku profesorów. Cenne opracowanie, które jest dziełem wielu osób, zostało zaprezentowane po raz pierwszy w maju 1999 r. w Collegium Novum, podczas VII Zjazdu Koleżeńskiego absolwentów rocznika 1949-1954 Wydziału

Lekarskiego. Ponownie prezentowano je w styczniu 2000 roku podczas obchodów Jubileuszu 50-lecia AM w Lublinie.

Żywimy nadzieję, iż znajdą się wśród Czytelników osoby mogące odtworzyć niepełne życiorysy – co uczynił już dr n. med. Stanisław Sobocki nadsyłając sylwetkę prof. Aleksandra Goldschmieda, pragnące wzbogacić niektóre szkice biograficzne o nowe, nieznane dotychczas szczegóły, fakty bądź wydarzenia, jak również mające możliwość opracowania biografii nicodżałowanej pamięci naszych nauczycieli akademickich. □



**Doc. dr hab.
Wanda Zbroja
-Sontag
1930-1986**

Urodziła się 5 lutego 1930 roku w Lublinie jako córka inteligenta pracującego. Z tym miastem wiąże się całe Jej życie, okres szkolny i maturalny, pięcioletnie studia na Wydziale Lekarskim, rozpoczęte w 1949 roku, a następnie długotrwała, bo 35-letnia praca nauczyciela akademickiego w Akademii Medycznej w Lublinie.

Pierwszą pracę, jako studentka III roku Wydziału Lekarskiego, podjęła w 1951 roku w Zakładzie Chemii Fizjologicznej Akademii Medycznej w Lublinie, pod kierunkiem prof. dr hab. Janiny Opieńskiej-Blauth, którą kontynuowała do 1954 roku. Trzyletni okres pracy w zakładzie teoretycznym umożliwił Jej nie tylko poznanie pracy dydaktycznej i wychowawczej z młodzieżą akademicką, ale stworzył też możliwości opanowania techniki badań laboratoryjnych, metodyki prowadzenia

prac naukowo-badawczych oraz zezwolił na dogłębne zrozumienie przemian biochemicznych zachodzących zarówno w stanach fizjologicznych jak i patologicznych.

Dyplom lekarza medycyny uzyskała w 1954 roku. W tym samym roku podjęła pracę w I Klinice Położnictwa i Chorób Kobiety Akademii Medycznej w Lublinie, kierowanej przez prof. dr hab. Stanisława Liebhartha. Pod Jego kierunkiem uzyskała w 1957 roku pierwszy stopień specjalizacji z zakresu położnictwa i ginekologii,

a w 1961 roku – drugi stopień. Rada Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie nadała Jej w 1965 roku stopień doktora nauk medycznych za rozprawę zatytułowaną „Badania nad współzależnością między wydalaniem w moczu estrogenami a poziomem wapnia w surowicy krwi u kobiet w okresie przekwitania”. Swoje wiadomości poszerzała na licznych szkoleniach w kraju oraz podczas pobytów szkoleniowych w zagranicznych placówkach naukowych. Zdobyte doświadczenia i wiedzę z dziedziny endokrynologii przeniosła na teren własnej pracy.

Była współautorką pracowni hormonalnej w Klinice i wprowadziła do diagnostyki klinicznej oznakowanie w moczu 17-ketosteroidów, 11-oksysteroidów, pregnandioli, estrów globalnych oraz ich frakcji, estronu, i estradiolu. W 1969 roku wyjechała na szkolenie do

Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, gdzie przez okres 6 miesięcy pracowała nad oznaczeniem w moczu estronu, 17-beta estradiolu, estradiolu oraz innych frakcji, przy zastosowaniu metody chromatografii gazowej. W tym okresie przebywając nieprzerwanie w Wyckoff Heights Hospital of Brooklyn, New York, zarówno na oddziale ginekologicznym i położniczym, jak i w Ośrodku Badań Naukowych Szpitala, miała możliwość zapoznania się z testami immunologicznymi, stosowanymi w diagnostyce klinicznej, oraz z metodyką badań prowadzonych na zwierzętach w hodowlach tkankowych i komórkowych. Uwaga Jej koncentrowała się głównie na dysfunkcji jajników oraz na stanach zapalnych i nowotworowych narządu rodnej kobiety. Wyniki badań zostały ogłoszone lub zakwalifikowane do druku w *American Journal of Reproductive Immunology*, oraz zostały wygłoszone na II Światowym Kongresie Immunologii Reprodukcyjnej w Kyoto w 1983 roku. Dorobek naukowy obejmuje około 60 prac opublikowanych oraz około 45 referatów wygłoszonych na zjazdach lub sympozjach krajowych i zagranicznych.

Dnia 17 maja 1984 roku Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego uzyskała stopień naukowy doktora habilitowanego na podstawie rozprawy pod tytułem „Rola mechanizmów immunologicznych oraz ocen komórkowych i hu-

moralnych wskaźników immunologicznych w zapalnych i nowotworowych uszkodzeniach jajnika”. Doc. dr hab. Wanda Zbroja-Sontag, bardzo utalentowana i niezmiernie pracowita, zyskała sobie szacunek i uznanie tak przełożonych Uczelni jak i młodzieży akademickiej.

Jej wrażliwość i oddanie chorym oraz pracy społecznej na niwie ochrony zdrowia kobiet zostały uhonorowane wieloma wyróżnieniami i odznaczeniami państwowymi i społecznymi. Została wysoko oceniona i wyróżniona przez władze Akademii Medycznej - dwukrotnie Honorową Złotą Odznaką Akademii Medycznej w Lublinie, Złotym Krzyżem Zasługi, Honorową Odznaką Łigi Kobiet, Honorową Odznaką Polskiego Czerwonego Krzyża i wieloma innymi wyróżnieniami.

Przedwczesna śmierć wyrwała z naszego grona wybitnego człowieka. Mogła jeszcze długie lata pracować dla dobra chorych kobiet, młodzieży akademickiej, szkolących się lekarzy i dla nauki. Za swoją wzorową, ofiarną, aktywną i pełną życzliwości pracę zawodową i społeczną zasłużyła sobie na najwyższy szacunek i wdzięczną pamięć społeczeństwa, przyjaciół, kolegów, szczególnie tych z okresu studiów i tych, którzy z nią długie lata pracowali.

Zmarła 1 sierpnia 1986 roku i została pochowana na cmentarzu przy ul. Lipowej w Lublinie.



**Prof. dr hab.
Antoni Szczerbo
1904-1991**

Urodził się 2 sierpnia 1904 r. w Żarach na Wileńszczyźnie w rodzinie polskiej szlachty zaściankowej i na całe życie zachował kresowy akcent, a w rzadkich chwilach spokoju w szpitalu umiał zachwycić słuchaczy historiami z kraju swej młodości. W domu rodzinnym panowała atmosfera patriotyczna, wielka literatura romantyczna stanowiła codzienną strawę duchową, uwieśbienie dla Mickiewicza zachował na zawsze. W Dolhinowie ukończył rosyjską szkołę podstawową. Naukę gimnazjalną w Mołodecznie przerwała I wojna światowa. Po jej zakończeniu ukończył I Gimnazjum im. Króla Zygmunta Augusta w Wilnie i w roku 1926 zdał maturę. Była to szkoła w pewnej mierze elitarna. Uczęszczał do niej w późniejszych latach Czesław Miłosz. Studiował potem medycynę na Uniwersytecie Stefana Batorego, w r. 1931 otrzymał dyplom doktora wszech nauk lekarskich z pierwszą lokatą. Pod koniec studiów przez 2 lata

był asystentem zakładów, najpierw Anatomii Prawidłowej, potem Topograficznej USB, po czym – wciąż jeszcze przed dyplomem – objął asystenturę w Klinice Chirurgicznej prof. Kornela Michejdy. Wkrótce, wyuczwszy się urologii od przybyłego do Wilna emigranta niemieckiego, docenta Perelmanna, objął w klinice prof. Michejdy oddział urologii. Perelmann, współautor jednego z pierwszych podręczników radiologii urologicznej, pracując w tej klinice przekazał Mu tradycję wiodącą wówczas w świecie urologii berlińskiej. W 1936 r. wykonał w Klinice profesora Michejdy, wraz z dr Zdzisławem Kieturtakisem, późniejszym kierownikiem Kliniki Chirurgii Akademii Medycznej w Gdańsku, pierwszą angiografię tętnic mózgowych u chorego z guzem mózgu. Konieczność udzielenia pomocy matce i ośmiorgu rodzeństwa zmusiła doktora A. Szczerbo do objęcia w roku 1937 ordynatury ogólnochirurgicznej w Święcianach, wkrótce po zatwierdzeniu przez Wileńską Izbę Lekarską tytułu specjalisty w chirurgii i urologii. Jako dyrektor szpitala buduje w Święcianach nowy gmach i organizuje oddział chirurgiczny na wzór kliniki, tam też zakłada rodzinę. W zawierusze II wojny światowej dr A. Szczerbo musi uciekać ze Święcian. Operuje w różnych szpitalach, m.in. w Wilkomierzu, często udzielając pomocy żołnierzom Armii Krajowej, szkoli też dla niej chirurgów. W r. 1940 przebywa przez 3 miesiące w Kownie. Pełni następnie w Wileńskim Szpitalu Miejskim i w Szpi-

talu dla Jeńców Wojennych funkcję ordynatora oddziału chirurgicznego. Nieraz ukrywa partyzantów, zaopatruje w sprzęt i materiały opatrunkowe oddziały AK. Zatrudnia na rozmaitych stanowiskach szpitalnych, np. jako noszowych, osobiście ze świata nauki i sztuki, chroniąc je w ten sposób od deportacji. W r. 1944 przenosi się na polecenie wojewody białostockiego do Lublina, potem do Krasnegostawu, gdzie organizuje szpital powiatowy. Jednocześnie pracuje w 40-lóżkowym oddziale chirurgicznym Szpitala św. Jana Bożego w Lublinie. W r. 1946 zostaje jego dyrektorem. Pracując tam 5 lat zdołał podnieść go na taki poziom, że stał się zaczątkiem późniejszej Akademii Medycznej. Stworzył też w nim 20-lóżkowy Oddział Urologiczny, gdzie przeprowadził szereg pionierskich zabiegów operacyjnych. Tam wykonał pierwsze w Lublinie cystektomie. Nie dane Mu było kontynuowanie pracy i działań na rzecz dalszego rozwoju tego Szpitala. Decyzją Ministra Zdrowia został przeniesiony do Katowic z poleceniem zorganizowania 88-lóżkowego Oddziału Urologicznego, w którym jednak wykonuje także duże operacje chirurgiczne i ginekologiczne nie tylko dla ludności miejscowej, ale i dla licznych chorych ciągnących za Nim z Lubelszczyzny i innych regionów Polski. Jego niezwykle intensywna działalność chirurgiczna w Katowicach zostaje nagle przerwana przez chorobę, zawał mięśnia sercowego. W r. 1954 wraca do Lublina. Tu organizuje 60-lóżkowy oddział urologiczno-chirurgiczny

w Szpitalu Kolejowym. W r. 1956 tworzy 40-lóżkowy oddział urologiczny w I Klinice Chirurgii AM, z którego w 1964 r. powstaje Katedra i Klinika Urologii. Prowadził ją przez 10 lat. Nadal pełnił obowiązki ordynatora w Szpitalu Kolejowym. W r. 1968 uzyskał tytuł profesora. Po przejściu na emeryturę w AM w 1974 r., przez dalszych 5 lat pracował i operował w Szpitalu Kolejowym. Nawet w okresie swej największej aktywności nie dbał o rozgłos. Bliscy współpracownicy najlepiej znali bogactwo Jego wiedzy i intuicji lekarskiej opartej na wszechstronnym doświadczeniu, niezwykle talent operacyjny i zwykłą ludzką dobroć dla chorych i swego otoczenia. Był prawdziwym fanatykiem pracy szpitalnej, którą rozpoczynał zawsze o 7 rano, a kończył późnym popołudniem. Wyjątkowo tylko korzystał z urlopów. Jego pracowitość i obowiązkowość najlepiej doceniali chorzy, którzy Go uwielbiali. Operował z dużą precyzją, szybko ale bez pośpiechu, często improwizując modyfikacje i oryginalne rozwiązania. Wcześniej wprowadził najbardziej nowoczesne sposoby znieczulania operacyjnego. Po mistrzowsku wykonywał znieczulenia miejscowe i przewodowe w wielkich operacjach brzusznych i urologicznych. Ze szkoły Profesora Antoniego Szczerbo wyszło 3 profesorów urologii, 7 ordynatorów oddziałów urologicznych i chirurgicznych, kilkunastu doktorów i wielu specjalistów chirurgii i urologii. Zmarł 15 grudnia 1991 r. Pochowany został w Lublinie na cmentarzu przy ul. Lipowej.



**Doc. dr hab.
Barbara Trębicka-
Kwiatkowska
1923-1981**

Barbara Trębicka-Kwiatkowska urodziła się 15 października 1923 r. w Lublinie. Ojciec Tomasz był urzędnikiem sądowym, matka z domu Machnikowska prowadziła dom. Po ukończeniu Szkoły Powszechniej uczęszczała do Gimnazjum im. Unii Lubelskiej w Lublinie. W okresie okupacji niemieckiej po ukończeniu jednorocznej Szkoły Handlowej, w latach 1941-1944 pracowała w biurze Izby Rzemieślniczej i jednocześnie kontynuowała naukę na tajnych kompletach. Po wyzwoleniu w dniu 11 grudnia 1944 roku otrzymała, po weryfikacji, świadectwo dojrzałości Liceum Ogólnokształcącego. W 1944 r. wstąpiła na Wydział Lekarski UMCS w Lublinie, a w 1949 roku otrzymała absolutorium na okoliczność ukończenia studiów lekarskich. Podczas ostatnich lat studiów (1948-1949) pracowała jako pielęgniarka w I Miejskim Ośrodku Zdrowia w Lubli-

nie, zaś po uzyskaniu absolutorium – jako lekarz szkolny w Liceum Przemysłu Terenowego. W latach 1946-1948 studiowała jednocześnie na Wydziale Przyrodniczym UMCS psychologię, lecz po dwóch latach studiów przerwała je ze względu na podjęcie pracy w Klinice Położnictwa i Ginekologii. Dyplom lekarza medycyny otrzymała w dniu 20 marca 1951 roku, a w 1955 roku tytuł specjalisty II stopnia z zakresu położnictwa i ginekologii. W tym samym roku została wykładowcą w państwowej Szkole Położnych. Od 1 lipca 1948 roku pracowała jako wolontariuszka, później stypendystka, a od 1 stycznia 1951 roku jako asystentka. W 1958 roku została mianowana adiunktem. W 1961 roku uzyskała stopień doktora nauk medycznych na podstawie rozprawy pt. „Badania porównawcze nad wartością metod diagnostycznych przy ocenie procesu jajczkowania”. B. Trębicka-Kwiatkowska w dniu 15 lutego 1967 r. uzyskała stopień doktora habilitowanego w zakresie położnictwa i ginekologii decyzją Rady Wydziału Lekarskiego na podstawie pracy pt. „Wpływ działania insuliny na przebieg czynności porodowej i stan płodów w świetle badań klinicznych i biochemicznych”. Na podstawie decyzji Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w dniu 1 kwietnia 1968 roku została mianowana docentem etatowym przy I Katedrze i Klinice Położnictwa i Chorób Kobięcych AM w Lublinie. Doc. dr hab.

B. Trębicka-Kwiatkowska przez wiele lat kierowała Kliniką Patologii Ciąży i Porodów, a od lutego 1973 roku do października 1974 r. była dyrektorem Instytutu Położnictwa i Chorób Kobięcych. W 1973 roku pełniła obowiązki konsultanta ds. położnictwa i ginekologii. W latach 1974-1976 była przewodniczącą Rady Instytutu Położnictwa i Chorób Kobięcych. Odeszła z Kliniki w marcu 1974 roku z powodu ciężkiej choroby. Doc. dr hab. B. Trębicka-Kwiatkowska odbyła studia za granicą: w 1949 r. 2-miesięczną praktykę w Uniwersyteckiej Klinice Położnictwa i Ginekologii w Pradze w zakresie zastruc ciążyowych, w 1958 r. 2-tygodniowy kurs z zakresu planowania rodziny i szkoły rodzenia metodą Reada w Londynie i w 1966 r. 4-tygodniowe szkolenie w Instytucie Seksuologii w Pradze. Opublikowany dorobek naukowy zawiera 85 pozycji, w tym: 24 prace oryginalne, 16 klinicznych, 9 kazuistycznych, 15 poglądowo-naukowych, 9 popularyzatorskich, 2 skrypty. Posiada współautorstwo i autorstwo w 4 podręcznikach lekarskich oraz inne prace: recenzje książek, popularne broszury. Głównymi kierunkami Jej działalności naukowej były prace poświęcone zagadnieniom niepłodności żeńskiej, planowania rodziny i seksuologii, z zakresu fizjopatologii ciąży, porodu i połogu oraz medycyny prenatalnej i ginekologii dziecięcej. Zawsze otwarta na nowości z zakresu nauki i lecznictwa

wprowadzała je do praktyki. Doc. B. Trębicka-Kwiatkowska była kierownikiem wielu specjalizacji młodych lekarzy i promotorem kilku prac doktorskich. Przez całe życie, działalność zawodową łączyła ze społeczną, wychodząc z założenia, że każdy lekarz winien być również społecznikiem. Toteż nie szczędziła czasu na działanie w Towarzystwie dawniej planowania – a obecnie Rozwoju Rodziny. Głównie koncentrowała się w tej pracy na problemach niepłodności kobiecej. Była też rzecznikiem przygotowania młodych do życia w rodzinie i jako jedna z pierwszych w kraju, projektowała wprowadzenie tego problemu do szkół. W działaniu tym wychodziła poza region, jako członek Zarządu Głównego Towarzystwa. Bogaty dorobek naukowy, dydaktyczny i społeczny zapewnił Jej ogromne uznanie. Otrzymała szereg wysokich odznaczeń państwowych: Odznaka Tysiąclecia, Złoty Krzyż Zasługi, Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, złota odznaka Zasłużonego dla Lublina oraz wiele innych wyróżnień było dobitnym dowodem Jej osiągnięć i zasług. Nade wszystko jednak doc. B. Trębicka-Kwiatkowska zaskarbiła sobie uznanie i wdzięczność rzesz pacjentek. Cieszyła się też ogromnym uznaniem i szacunkiem współpracowników. Na pewno pozostanie na długo w pamięci wielu ludzi. Zmarła 24 października 1981 roku. Pochowana została na cmentarzu przy ul. Lipowej w Lublinie.



**Prof. dr hab.
Maria Tuskiewicz
1910-1999**

Urodziła się we Lwowie 22 listopada 1910 roku. Ojciec był inżynierem. W czasie I wojny światowej został powołany do Marynarki Austriackiej, przebywał w Wiedniu oraz w Fiumie (obecnie Rijeka) wtedy mieście należącym do Włoch. Tam zamieszkali, tam też rozpoczęła naukę we włoskiej szkole i tam urodził się Jej jedyny brat. Był to chyba okres trudny; matka zachorowała „na płuca” i wyjechała do sanatorium na kilka miesięcy, a domem z dwójką małych dzieci rządził głównie ordynans ojca – Włoch. Włoski był zawsze bliskim Jej językiem i bardzo chętnie się nim posługiwała. Po powrocie do Lwowa rozpoczęła naukę w gimnazjum, a następnie liceum i świadectwo dojrzałości uzyskała w 1931 roku. Następnie studiowała na Wydziale Prawa Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. W 1935 roku uzyska-

ła tytuł magistra prawa. W tym zawodzie pracowała krótko; w biurze prawnym Kolektury Loterii Państwowej. W 1932 roku wyszła za mąż za lekarza, w 1939 roku urodziła się córka Ewa. W latach 1932-1939 przebywała przez rok w Wiedniu i dwa lata w Paryżu, gdzie Jej mąż szkolił się w zakresie chorób wewnętrznych. Od roku 1942 do końca Powstania Warszawskiego przebywała wraz z mężem i córką w Warszawie. Po wojnie mąż został zatrudniony na stanowisku asystenta w Klinice Chorób Wewnętrznych we Wrocławiu.

Lata czterdzieste nie były okresem, w którym chciałaby zostać zatrudniona w swoim wyuczonym zawodzie, rozpoczęła więc pracę na stanowisku asystenta technicznego w Zakładzie Mikrobiologii we Wrocławiu pod kierunkiem prof. Ludwika Hirszfelda. Atmosfera panująca w Zakładzie spowodowała, iż w 1949 roku wstąpiła na Wydział Biologii Uniwersytetu Wrocławskiego. W 1952 roku ukończyła studia. Gdy mąż w 1951 roku objął kierownictwo Kliniki Chorób Wewnętrznych w Lublinie, przeniosła się i od 1952 roku rozpoczęła pracę w Zakładzie Mikrobiologii Lekarskiej pod kierunkiem prof. Ludwika Flecka. W tym też Zakładzie obroniła w 1960 roku pracę doktorską. W 1958 roku przebywała na 2-miesięcznym stypendium naukowym w Instytucie Pasteura w Paryżu.

Część swojej pracy habilitacyjnej wykonała w Bukareszcie w Instytucie „Cantacurino” – tematem pracy była endotoksyna pałeczek Brucella. Prowadziła pracownię immunologii, która wchodziła w skład Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej, była promotorem kilku prac doktorskich wykonanych w tej pracowni i wielu prac magisterskich oraz recenzentem prac doktorskich i habilitacyjnych. Była zaangażowana w życie uczelni pracując w wielu komisjach wydziałowych i senackich. Przez wiele lat pełniła funkcję Przewodniczącej Senackiej komisji do spraw Studenckich Kół Naukowych.

Była Przewodniczącą Lubelskiego Oddziału Towarzystwa Kopernika i przez wiele lat głównym organizatorem olimpiad biologicznych dla szkół średnich. Prowadziła wykłady, seminaria i ćwiczenia ze studentami Wydziału Lekarskiego, była bardzo lubianym przez studentów dydaktykiem. Wielokrotnie otrzymywała nagrody zarówno za dydaktykę, jak i osiągnięcia naukowe – Medal Komisji Edukacji Narodowej.

Profesor, po niezwykle aktywnej i owocnej działalności naukowej, docenionej przez światowych i krajowych mikrobiologów odeszła na emeryturę jako docent w roku 1980. System, w którym przyszło Jej żyć i pracować, dotkliwie karał niepokornych i nieprawomyślnych. Zatwierdzony jednogłośnie przez CKK

tytuł profesora został zablokowany i zamknięty w szufladzie „strażnika systemu” – gorliwego wykonawcy poleceń partii. Po kilkunastu latach, w 1989 roku, nowe władze Uczelni wystąpiły ponownie o profesurę. Doc. dr hab. Maria Tuskiewicz odebrała swój tytuł profesora z rąk Prezydenta III RP Lecha Wałęsy. Czynnie zaangażowana w działalność NSZZ Solidarność, służyła młodym ludziom swymi życiowymi doświadczeniami, mądrością i gorącym sercem. Była jedną z najbardziej czynnych organizatorek Lubelskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku.

Była jednym z najbardziej czynnych organizatorów Lubelskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku, wykorzystywała swój prestiż naukowy i powszechny szacunek dla pozyskiwania wykładowców oraz pomocy materialnej od lubelskich Uczelni.

Świeża pamięć tych, którzy Ją dobrze znali, przyzywa wspomnienie przyjaciół, rozświetla twarz wyrzeźbioną przez czas i przeżycia. Zmarła 15 października 1999 r. Pochowana została na cmentarzu przy ul. Lipowej w Lublinie.



**Prof. zw. dr hab.
med. Ignacy Wośko
1925-1997**

Urodzony 2 stycznia 1925 roku w Urzędowie jako syn rolnika i położnej. Z rodzinnego domu wyniósł, ugruntowane później w szkole o patriotycznych tradycjach, umiłowanie Ojczyzny oraz system wartości ceniący poszanowanie prawdy, uczciwości, sprawiedliwości, odwagi i gotowości do poświęceń. W czasie okupacji hitlerowskiej kształcił się na kompletach tajnego nauczania oraz walczył w szeregach Armii Krajowej pod pseudonimem „Piaś”, gdzie był komendantem sekcji łączników Narodowej Organizacji Wojskowej. W 1947 r. zdał maturę i rozpoczął studia medyczne na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. W 1950 roku, aby uniknąć prześladowań przez Urząd Bezpieczeństwa, przenosi się do Gdańska i tam w 1952 r. otrzymuje dyplom lekarza medycyny. W latach 1952-1955 w ramach tzw. „naku-pracy” pracował na od-

dziale chirurgicznym w Szczytnie, gdzie uzyskał specjalizację I stopnia z chirurgii. W 1956 r. rozpoczął pracę w Klinice Otopedii Akademii Medycznej w Lublinie. Bardzo wcześnie naukowe i fachowe zainteresowania prof. I. Wośko skoncentrowały się na problemach ortopedii dziecięcej, a w szczególności na: zapobieganiu, diagnozowaniu i leczeniu dysplazji stawu biodrowego, problemach psychologicznych leczonych ortopedycznie dzieci oraz na zagadnieniach ortopedyczno-rehabilitacyjnych u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym i przepukliną oponoworodzeniową. Dorobek naukowy obejmuje 85 prac własnych i 351 prac zespolonych, opublikowanych w czasopiśmie polskich, angielskich i niemieckich oraz 3 monografie. W 1970 r. został kierownikiem pierwszej w Polsce Kliniki Ortopedii Dziecięcej w Lublinie. Prowadził ją, rozwijał i wzbogacał do czasu przejścia na emeryturę w 1995 r. Stopień doktora medycyny uzyskał w roku 1964, doktora honoris causa w 1971 r., tytuł profesora nadzwyczajnego w 1984, a zwyczajnego w 1991 roku. Członek Senatu Uczelni w latach 1987-1990. Profesor Wośko posiadał nieocenione zasługi w kształceniu studentów, lekarzy i kadry naukowej. Wprowadził ortopedię dziecięcą do programu nauczania na wydziale lekarskim, wykładał na kursach CMKP, propagował ultrasonograficzną diagnostykę stawu biodrowego, organizował posiedzenia szkole-

niowe, uczestniczył w zjazdach, sympozjach i kongresach naukowych w kraju i za granicą. Był opiekunem dwu przewodów habilitacyjnych, promotorem 5 prac doktorskich i 3 magisterskich. Wykształcił 20 specjalistów. Pełnił liczne, odpowiedzialne funkcje w Zarządzie Głównym i Oddziale Lubelskim Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego oraz czterech innych towarzystwach naukowych i społecznych. Zaślugą prof. I. Wośko było zorganizowanie w 1991 r. a potem przewodniczenie Sekcji Ortopedii Dziecięcej PTOiTr, która skupiała ponad 300 ortopedów. Dzięki współpracy prof. I. Wośko z Oekenden Ventrue (państwo Beryl Taylor i Robert Mirzyński), Klinika Ortopedii Dziecięcej otrzymała od sponsorów z Wielkiej Brytanii aparat do badań sonograficznych, dzięki czemu w r. 1990 rozpoczęto na Lubelszczyźnie diagnostykę sonograficzną bioder. Wielką miłością i pasją Profesora była Ziemia Urzędowska. Wraz z grupą przyjaciół kontynuował dobrą tradycję rozbu-

dzania miłości do ziemi przodków, a przez to do całej Polski. W 1984 r. założył i do końca życia prowadził Towarzystwo Ziemi Urzędowskiej, które odważnie i bezkompromisowo przedstawiało historyczną prawdę, inicjowało rozległe działania dotyczące promowania zdrowia ludności, ochrony środowiska naturalnego, zachowania folkloru. Trwałym znakiem tej działalności jest pismo „Głos Ziemi Urzędowskiej”, Zeszyty Urzędowskie oraz coroczne Tygodnie Kultury Zdrowotnej. Za swoją twórczą aktywność i skuteczność działań wielokrotnie nagradzany, wyróżniany i odznaczany, najwyżej cenił sobie Order Przyjaciół Dzieci, Order Uśmiechu, a także Krzyż Partyzancki i Krzyż Armii Krajowej. Żona – Domicela Pomykańska-Wośko, specjalista chorób oczu ze szkoły prof. Tadeusza Krwawicza. Dwaj synowie – Marek i Dariusz, wnuczka Kasia. Wzorowy syn, mąż, ojciec i dziadek. Zmarł nieoczekiwanie 10 lutego 1997 r., pochowany na cmentarzu w Urzędowie.



Pamięci

lek. med. Aleksandra Hevelke

urzędowskiego potomka
gdańskiego astronoma Jana Heveliusza



Dr Aleksander Hevelke

Aleksander Hevelke urodził się 10 sierpnia 1946 r. w Urzędowie. Ojciec Jego dr med. Alojzy Hevelke urodził się 15 października 1911 r. w Gdańsku. Losy wojenne skierowały go do Urzędowa, dokąd przybył 8 grudnia 1939 r. i tu zamieszkał. Ożenił się z Haliną Pomykalską, córką Piotra, zasłużonego Urzędowianina. Dr med. Alojzy Hevelke pracował jako kierownik Ośrodka Zdrowia w Urzędowie. Był lekarzem z powołania; zwano Go Judymem XX wieku. Był On wielkim społecznikiem. Zasłużył się wielce dla Urzędowa i pozostał tu już do końca swoich dni, pochowany na cmentarzu urzędowskim.

Dr med. Alojzy Hevelke wywodził się w prostej linii od Jana Heveliusza, sławnego astronoma gdańskiego. Matka Aleksandra, Halina Hevelke pieczołowicie przechowuje przekazywane z pokolenia na pokolenie pamiątki po astronomie Janie Heveliuszu: Księgę Zjazdów Rodzinnych z drzewem genealogicznym rodu Heveliuszów od 1434 r., jego dzieła „Uranografie” i „Selenografie” oraz pierścień rodowy, który dziedziczy zawsze najstarszy syn z rodu. Stąd Aleksander Hevelke dziedziczył ten pierścień, a obecnie przeszedł on w posiadanie syna Aleksandra-Piotra, również lekarza, zamieszkałego w Warszawie.

Aleksander miał jeszcze dwie córki Agatę i Ewę. Aleksander Hevelke miał troje rodzeństwa: siostrę Jadwigę Hevelke-Fijałkowską i brata Jerzego mieszkających w Gdańsku oraz siostrę Marię Hevelke-Matysiak zamieszkałą w Urzędowie.

Aleksander Hevelke uczęszczał do Szkoły Podstawowej w Urzędowie. Szkołę średnią – Gimnazjum i Liceum im. Hetmana Jana Zamoyskiego w Lublinie ukończył w 1964 r., otrzymując świadectwo dojrzałości. W latach 1964-71 studiował na Wydziale Lekarskim AM w Lublinie. Dyplom lekarza medycyny otrzymał w 1971 r. Po ukończeniu studiów wyjechał do Tarnobrzega, gdzie od sierpnia 1971 r. do 31 lipca 1972 r. był lekarzem stażystą w Szpitalu Powiatowym. 1 sierpnia 1972 r. został młodszym asystentem oddziału wewnętrznego. W latach 1975-1978 pracował także jako lekarz zakładowy w Przychodni Przychodni Zakładowej dla Pracowników Służby Zdrowia. W latach 1976-1978 zatrudniony był także jako lekarz dyżurny w Zespole Wyjazdowym Działu Pomocy Doraźnej w Tarnobrzegu.

Dnia 20 października 1976 r. uzyskał specjalizację I stopnia w zakresie chorób wewnętrznych i od 1 stycznia 1977 r. został zatrudniony na stanowisku asystenta medycznego oddziału wewnętrznego w szpitalu w Tarnobrzegu. Od 1 lipca 1980 r. do 19 września 1982 r. pełnił obowiązki zastępcy ordynatora tego oddziału. 20 września 1982 r. został powołany na stanowisko zastępcy dyrektora do spraw opieki zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Tarnobrzegu, które pełnił do dnia 30 września 1988 r. Pracując na tym stanowisku dał się poznać jako bardzo dobry organizator pracy. Działalność lecznictwa zamkniętego i otwartego dzięki Jego wyczerpanej pracy uległa znacznej poprawie. Przez cały 1984 r. był dodatkowo zatrudniony w wymiarze 2 godz. dziennie jako zastępca ordynatora oddziału wewnętrznego. Od stycznia 1985 r. do 1988 r. pracował jako asystent poradni gastroscopowej w niepełnym wymiarze czasu pracy. Z dniem 1 października 1988 r. przeszedł na rentę inwalidzką i w związku z tym został zatrudniony w niepełnym wymiarze czasu w Przychodni Rejonowej nr 2 w Tarnobrzegu na stanowisku asystenta.

Z dniem 31 grudnia 1988 r. przeszedł do pracy w Samodzielnym Publicznym Miejskim Zakładzie Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Tarnobrzegu, gdzie pracował do 30 czerwca 2000 r. Z dniem tym nastąpiło rozwiązanie umowy o pracę w związku z likwidacją zakładu pracy.

W okresie swojej pracy w służbie zdrowia lek. med. Aleksander Hevelke dał się poznać jako człowiek bezinteresowny, koleżeński, wzorowy przyjaciel, zawsze dyspozycyjny, posiadający talent lekarski w rozpoznawaniu chorób.

Swoją pracę zawodową wykonywał zawsze wzorowo, z poświęceniem dla chorego.

Z pełnym zaangażowaniem brał udział w szkoleniach i pracach koła PTL. Przez dwie kadencje piastował funkcję skarbnika PTL. Był również lekarzem orzecznikiem w Komisji Lekarskiej do spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia w Tarnobrzegu.

Za wzorową pracę w służbie zdrowia otrzymał w 1979 r. Brązowy Krzyż Zasługi i w 1982 r. Srebrny Krzyż Zasługi.

Dr Aleksander Hevelke był lekarzem z powołania. „Salus aegroti suprema lex” – zdrowie chorego było dla Niego najwyższym prawem. W swojej pracy lekarskiej szedł śladami wspaniałego Ojca, zasłużonego lekarza, Judyta XX. wieku.

Dr Aleksander Hevelke odszedł do Pana 28 listopada 2000 r. w szpitalu w Sandomierzu. Pogrzeb Jego odbył się 1 grudnia 2000 r. w Urzędowie, gdzie został pochowany w grobowcu rodzinnym obok swego Ojca. Żegnały Go rzesze Urzędowian, koledzy, lekarze z Tarnobrzega, znajomi i rodzina.

Odszedł zbyt wcześnie, w wieku 54 lat, lecz niezbadane wyroki Wszechmogącego.

Oby „To Życie, po Życiu” było Światłem w Twojej Wieczności, w Tym Drugim, Lepszym Świecie.

DOMICELA POMYKALSKA-WOŚKO

Na podstawie relacji dyrektora szpitala w Tarnobrzegu lek. med. Jana Kosa o przebiegu pracy lek. med. Aleksandra Hevelke.

Tam, gdzie prowadzą wszystkie drogi...

„Nie ma nic nudniejszego na tym świecie jak czytanie opisów włoskich podróży – chyba produkowanie tych opisów – i tylko w ten sposób autor może je uczynić do pewnego stopnia znośnymi, jeżeli o samych Włoszech postara się mówić najmniej.”

Heinrich Heine, *Die Bader von Lucca*



DR N. MED. WOJCIECH REMISZEWSKI

Temperatura powietrza spadała tym bardziej im bardziej podążaliśmy na południe. Tuż przed wschodem słońca zatrzymaliśmy się na parkingu pod Florencją. Po wyjściu z autokaru wstrząsnął nami przenikliwy chłód. Nie dziwnego było minus sześć stopni. Na szczęście nie

widać było śniegu, a jedynie szadź, która pokrywała wszystko srebrnoszarą patyną. W skośnych promieniach wschodzącego słońca przybrała ona jednak jakiś niesamowity wygląd, daleki od tych żółci, pomarańczy i różów, jakie spodziewaliśmy się ujrzeć.

Po dalszej godzinie jazdy świetlne termometry nad autostradą pokazywały niezmiennie tę samą temperaturę, a na dodatek na polach i zbo-

zach pojawiać się zaczęły coraz większe połacie śniegu. Słońce za oknami stało już wysoko i grzało nas całkiem przyjemnie przez szyby. Nie mogliśmy się jednak napić gorącej kawy z autokarowego barku, na którą tak liczyliśmy, gdyż woda w kranach na stacji benzynowej po prostu zamarzała.

A jeszcze dwa dni temu prognozy pogody były takie obiecujące: w Rzymie 15 stopni powyżej zera, lekki przyjemny wiatr..

A jednak „trudno mi opisać wzruszeń które uczułem gdy się zbliżałem do Rzymu. Całe dzieje potężnego tego ludu Pana świata, stanęły mi w pamięci. Stąpać po ziemi klasycznej, po ziemi po której stąpało tylu bohaterów mężstwem, miłością ojczyzny, świętymi cnotami świetnych, zanurzyło mię w głębokich dumaniach.” Takie myśli widać było na twarzach niemal wszystkich.

Okolo południa byliśmy w Wiecznym Mieście. Ani śladu śniegu! Temperatura powietrza 4°C! Potem już stałe rosła...

• • •

Cel podróży: nagroda za całoroczny wysiłek. Program podróży: zwiedzanie Rzymu, a przede wszystkim audyencja u Ojca Świętego i, przy odrobinie szczęścia, krótki koncert Jemu dedykowany. Przygotowanie: całkiem dobre.

Dzień przed wyjazdem z Polski – koncert afiszowy w Akademii Muzycznej im. F. Chopina w Warszawie w ramach cyklicznych koncertów „Interpretacje Muzyki Chóralnej”. Trzy chóry, jeden z Lublina – to my. Gorące przyjęcie przez publiczność. Prawie

pełna sala. Burzliwe oklaski, szczególnie po „*Regina coeli*” R. Twardowskiego. Profesjonalne nagranie analogowe i cyfrowe. Niedługo oficjalna recenzja w „*Życiu Muzycznym*”.

Po koncercie p. Romuald Twardowski, kompozytor, złożył osobiście gratulacje dyrygentce i chórowi oraz zaprosił do współpracy. Gdy po tygodniu wróciliśmy do Lublina w skrzynce znaleźliśmy kopertę wypełnioną nutami i ciepły list do dyrygentki.

Wysiedliśmy na parkingu nieopodal Watykanu. Pierwsze kroki skierowaliśmy więc, rzecz jasna, na Plac Świętego Piotra, aby oswoić to miejsce. Trafiliśmy łatwo. To samo przeżycie dla nowicjuszy i dla bywalców – obezwładniające! Ale jeszcze nie wiemy, co nas naprawdę czeka...

Nad jeziorem Garda przyroda kipiała już na całego, podczas gdy w Polsce śnieg zasypywał wprost drogi. Autostrady w Austrii oflankowane grubym wałem śniegu. Potężne świerki uginały się pod jego ciężarem. A tu ciepło i kolorowo, choć to dopiero początek kwietnia. Nawet gorąco. Nasz pierwszy festiwal. Pot spływał po czołach. Czuliśmy zmęczenie. Przeklinaliśmy w duchu nasz los, ale zagryzaliśmy zęby. Piękny kraj zapraszał na spotkanie, ale my staraliśmy się go nie widzieć. Potem, potem... Próby do końca... Był rok 1996. Zdobyliśmy Srebrny Dyplom... i zrobiło się jeszcze cieplej.

Po dwudniowej podróży nie odpoczywaliśmy. Ruszyliśmy łapczywie chłonąć Rzym wszystkimi zmysłami. Niektórzy na ślepo, inni bardziej planowo, ale wszyscy ze świętym obłędem w oczach. Były już oczekiwane żółcienie i róże, pozorny chaos splątanych uliczek, wszechobecny gwar i ruch, nieprzytomne bogactwo zabytków i arcydzieł sztuki, wpisanych we współczesną codzienność i w przedziwny sposób z nią zharmonizowanych. Istny kalejdoskop! Ale jeszcze nie wiemy...

Niektórzy narzekali, że przełożyliśmy wyjazd z grudnia 2000 roku na luty 2001, ale rok jubileuszowy spowodował przeciążenie miasta i utrud-

nił znalezienie noclegów, a co najważniejsze nie sprzyjał bliskiemu spotkaniu z papieżem. Dlatego ci, którzy pojechali w lutym mogli już doświadczyć niezapomnianych wzruszeń.

Był wtorek. Trzy lata i jeden dzień temu w Rosenmontag staliśmy w towarzystwie naszych przyjaciół z Uniwersytetu w Münster na ulicy tego miasta z pomalowanymi twarzami, podziwialiśmy paradę na zakończenie karnawału. Dziś ostatki.

Środa Popielcowa przywitała nas deszczem, który choć ciepły, nie wróżył żadnej poprawy, ale przeciwnie, stopniowo przybierał na sile. Na Plac Św. Piotra dotarliśmy w togach całkowicie przemokniętych i zastaliśmy tłum oczekujący na wejście do sali audiencyjnej przed bramkami z wykrywaczami metalu. Tłum gęstniał nieustannie. Wszystko wyglądało nie zachęcająco.

Jednak dość szybko zaczęto nas wpuszczać do środka i niebawem znaleźliśmy się w owej sali, w której mieści się ponoć kilkanaście tysięcy ludzi. Mieliśmy dużo czasu, aby nieco wyschnąć, odetchnąć i nastroić się. Duchowo i wokalnie. Do audiencji było ponad dwie i pół godziny.

Jak się wkrótce okazało nie byliśmy jedynym chórem na sali. Co i rusz z różnych miejsc rozlegały się śpiewy, początkowo nieśmiało, potem coraz głośniejsze, aż wreszcie doszło do swobodnego festiwalu, podczas którego słuchano i oklaskiwano się nawzajem. Emocje rosły, a czas upływał niepostrzeżenie. W międzyczasie sala wypełniła się po brzegi i zdaliśmy sobie sprawę, że należymy do tych szczęśliwców, którzy zajęli jedno z najlepszych miejsc. Za nami, jak okiem sięgnąć, czerniał ogromny tłum, a przed nami tylko grupa z USA, której trzon stanowił całkiem pokaźny chór...

I wreszcie pojawił się ten, na którego wszyscy czekali. Wszedł powoli, z pewnym trudem, poprzedzony przez Gwardię Szwajcarską. Na sali zawrzało, rozszalały się oklaski. Papież zatrzymał się i pozdrowił zebranych ręką. Burza wzmogła się. Następnie Jan Paweł II zasiadł na tronie, oświetlony punktowym światłem. Kiedy powitał

rodaków i wymienił nazwę naszego chóru powstał i zaśpiewaliśmy „*Modlitwę do Bogarodzicy*” J. Świdra do słów K.K. Baczyńskiego. Papież słuchał w skupieniu, na sali panowała cisza, a potem rozległy się oklaski. Po wygłoszeniu nauki i pozdrowień w językach wszystkich obecnych grup, wybrani szczęśliwcy mogli podejść do Ojca Świętego, aby otrzymać błogosławieństwo i zamienić z Nim kilka słów.

I oto nagle okazało się, że i my do tych szczęśliwców należymy! Ojciec Konrad Hejmo, dominikanin „kierujący ruchem” na sali otworzył nam nagłe bramkę i pozwolił podejść do tronu papieskiego! Podczas, gdy papież rozmawiał z różnymi osobami my staliśmy za tronem i daliśmy krótki koncert, złożony z czterech utworów. Następnie, na zakończenie audiencji, dyrygentka Monika Mielko i niżej podpisani mieli szczęście porozmawiać bezpośrednio z Ojcem Świętym i wręczyć mu upominek, zaś cały chór otoczył Jana Pawła II i tak został uwieczniony na fotografiach, które można obejrzeć na stronach niniejszego czasopisma.

Nie sposób opisać emocji towarzyszących temu wydarzeniu. Dla nas, jako zespołu było ono bodaj najważniejsze w całej naszej krótkiej historii i pozostawi niezatarty ślad w naszej pamięci...

Wszystko, co miało miejsce potem było już tylko dopełnieniem tego spotkania i jego cennym obramowaniem: odnowiona Kaplica Sykstyńska, i wnętrza pałacu watykańskiego, grób Św. Piotra i krypty papieży, widok z kopyły Bazyliki Św. Piotra, katakumby Św. Kaliksta przy *Via Appia Antica*, bazyliki: Św. Pawła za Murami i Św. Jana na Lateranie, Koloseum, *Forum Romanum*, Panteon, fontanny...

W ciepłych promieniach rzymskiego słońca...

To dopiero początek wielu osobistych podróży do Wiecznego Miasta, to początek jego odkrywania. Będą powroty do znanych już miejsc...

W drodze do Polski Wenecja. Dla części (małej) chórzystów to właśnie jeden z takich powrotów. Wszystko jest jak było. I jest jeszcze więcej... Czego wówczas nie dostrzegliśmy... □

10-lecie samorządności studenckiej

JOANNA TKACZUK

STUDENTKA VI ROKU WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE
RADA STUDENTÓW PSRP

Dnia 3 marca 2001 roku odbyła się w Warszawie w sali Plenarnej Sejmu RP, uroczysta sesja Parlamentu Studentów RP. Wszyscy obchodziliśmy szczególną bardzo rocznicę – dziesięciolecie samorządności studenckiej.

Honorowymi gośćmi naszych obrad byli: Marszałek Sejmu RP – Maciej Płażyński, Wicemarszałek Sejmu RP Marek Borowski, Wicemarszałek Sejmu RP Jan Król, Wicemarszałek Sejmu RP Franciszek Stefaniuk, Wiceminister Edukacji Narodowej prof. Jerzy Zdrada, Przewodniczący KRASP prof. Jerzy Woźnicki.

Na te historyczne uroczystości Parlament studentów zaprosił również wszystkich rektorów uczelni wyższych w kraju. Akademię Medyczną w Lublinie reprezentowała, ze strony władz naszej uczelni – prorektor do spraw studenckich prof. dr hab. Alicja Sawa. Studentów natomiast reprezentowała delegacja w składzie: Joanna Parkitna, Joanna Tkaczuk – Rada Studentów PSRP oraz Rafał Włach – Rada Fundacji PSRP

Dla wszystkich osób związanych z działalnością samorządową był to wielki dzień. Kiedy słuchaliśmy listu Pre-

zydenta RP – Aleksandra Kwaśniewskiego, później przemówień zaproszonych gości czuliśmy się wyróżnieni i dumni z tego, że pracujemy dla studentów w organizacji jaką jest Parlament Studentów RP. W tym szczególnym dniu podkreślano rangę i zasługi PSRP dla rozwoju demokracji w naszym kraju. Ważne jest także to, jak wiele na przestrzeni tych dziesięciu lat PSRP dokonał dla studentów.

Każda uroczystość jubileuszowa sprzyja refleksjom, wspomnieniom, także bilansowaniu i uporządkowaniu tego co już było. Jest też doskonałym momentem na to aby dokonać pewnych podsumowań, także próbą odpowiedzi na pytanie – czy wszystko to co było, było tym najlepszym, czy można było zrobić coś więcej?

Dziesięć lat funkcjonowania zorganizowanej samorządności to niewątpliwie doskonały i poważny materiał do przemyśleń.

Jednocześnie znamienne jest fakt, że nasza rocznica zbiega się z innym doniosłym wydarzeniem jakim jest koniec starego i początek nowego wieku i tysiąclecia. Na naszych oczach zmienia się świat, obserwujemy postęp technologii w różnych dziedzinach, następuje przyspieszenie tempa codziennego życia, otwierają się nowe możliwości. Dziś coraz więcej mówi się o innym modelu pracy, gdzie częste przekwalifikowanie będzie ko-

nieczną codziennością. Jak wobec tego zmieniają się studia, studenci, skoro tak wiele zmieniło się w tym środowisku na przestrzeni ostatnich dziesięciu lat.

Przyjrzyjmy się więc tym przemianom. W roku 1989 było tylko ok. 350 tysięcy studentów uczelni państwowych. Dziś na uczelniach wyższych, zarówno państwowych jak i niepaństwowych jest ich przeszło 1,5 miliona. W ostatnich latach obserwuje się więc wyraźny wzrost liczby studiujących. Zdobywanie wyższego wykształcenia stało się nie tylko modą, ale i poważnym etapem drogi do osiągnięcia sukcesu w przyszłej pracy zawodowej. Wzrosła nie tylko liczba studiujących, ważnym faktem jest też wzrost liczby uczelni wyższych, głównie niepaństwowych. Możliwości prawne dała ku temu ustawa o szkolnictwie wyższym z dnia 12 września 1990 roku.

Ustawa ta ustaliła również prawne ramy dla funkcjonowania samorządów studenckich. Mimo, że ruch samorządności rozwijał się już wcześniej na polskich uczelniach, to jednak datę 12 września 1990 r. przyjęliśmy za symboliczny początek. Wtedy oficjalnie samorzady studenckie zyskały swój powszechny charakter.

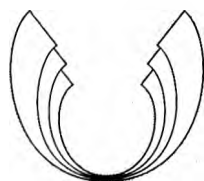
Nadrzędnym celem realizowanym przez samorzady miało być reprezentowanie i obrona praw studentów przed władzami uczelni. Dla wspoma-

**W ławach sejmowych
prof. dr hab. Alicja
Sawa – prorektor do
spraw studenckich
lubelskiej Akademii
Medycznej, prof. dr
hab. Marian Harasi-
miuk – rektor Uni-
wersytetu Marii
Curie Skłodowskiej,
oraz reprezentacja
studentów naszej
Uczelni – Rafał
Włach, Joanna
Parkitna i Joanna
Tkaczuk**



**Od lewej:
Joanna Parkitna (AM
w Lublinie), Beata
Minkowska (UMK
w Toruniu), Joanna
Tkaczuk (AM
w Lublinie) i Rafał
Włach (AM
w Lublinie)**





PARLAMENT STUDENTÓW
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Władze Parlamentu Studentów RP Kadencja 2000/2001

Przewodniczący Piotr Ebbig UAM Poznań

Rada Wykonawcza

Komisja Kultury

Krzysztof Bąk ASP Wrocław

Komisja Socjalno-Ekonomiczna

Przemysław Kowalski SGGW Warszawa

Komisja Prawna

Daniel Kozdęba Politechnika Rzeszowska

Komisja Spraw Zagranicznych

Radosław Os ZSB Szczecin

Rada Studentów

Joanna Tkaczuk AM Lublin

Anna Żyłka WSZ Rzeszów

Zbigniew Cnota UŚ Katowice

Damian Dobrzycki AE Katowice

Ryszard Herod WSSMiA Warszawa

Rafał Jakubowicz Politechnika Wroclawska

Kazimierz Mierzejewski Politechnika Warszawska

Mirosław Moch Uniwersytet Wroclawski

Robert Musiałkiewicz UMK Toruń

Piotr Spadło Politechnika Krakowska

Łukasz Surowy Politechnika Łódzka

Krzysztof Węglarz AWF Warszawa

Komisja Rewizyjna

Przewodniczący Mariusz Mroczek WSH Kielce

Łukasz Borys KUL Lublin

Piotr Grygiel WSZIM Wrocław

Grzegorz Rzepka Politechnika Śląska

Paweł Malinowski Politechnika Poznańska

gania tych działań ustawa dawała studentom odpowiednie narzędzia. Studenci mają do dziś prawo min. 10-procentowej reprezentacji w senatach, radach wydziałów, kolegiach elektor- skich. Dodatkowo prorektor i prodzie- kan do spraw studenckich, aby objąć stanowisko muszą uzyskać poparcie elektorów studenckich. Studenci ma- ją prawo do przeprowadzania akcji protestacyjnej, a w ostateczności rów- nież do strajku.

Dziś, jako władze PSRP, pracuje- my nad opiniowaniem nowego, pro- ponowanego przez Ministerstwo Edu- kacji Narodowej „Prawa o szkolnic- twie wyższym”. Niestety z przykrością muszę stwierdzić, że próbuje się ode- brać te uprawnienia studentom. Dzię- ki spotkaniom z przedstawicielami MEN oraz zdecydowanej reakcji śro- dowiska studenckiego większości „no- wych” pomysłów nie udało się prze- forsować, jednak batalia wciąż trwa.

Sama ustawa powołała do życia tzw. Ogólnopolskie Przedstawiciel- stwo Samorządów Studenckich, któ- re w 1995 roku zostało przemianowa- ne na PARLAMENT STUDENTÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

Parlament reprezentuje od tej po- ry, i tak jest do dziś, wszystkich stu- dentów oraz ich uczelniane samorzą- dy wobec władz Rzeczypospolitej Pol- skiej. Parlament corocznie zwołuje Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy, gdzie dokonywany jest wybór władz krajowych na okres rocznej kadencji. Delegaci na zjazd przyjeżdżają ze wszystkich uczelni w kraju, z tym że na każde 4 tys. studentów przypada jeden mandat wyborczy.

Nowym zjawiskiem, znamiennym dla mijającego dziesięciolecia jest rozwój szkół niepublicznych. To głów- nie dzięki nim wzrosła liczba studiu- jących; kształcą obecnie blisko jedną trzecią studentów. Parlament Studen- tów jest głównym propagatorem sa- morządności w tych nowych uczel- niach. Miało to najlepsze odbicie w fak- cie powstania w 1995 roku Między- uczelnianego Ogólnopolskiego Nieza- leżnego Stowarzyszenia Studentów Uczelni Niepaństwowych „MONSUN”.

Obserwując ostatnie przemiany go- spodarcze w naszym kraju należy stwierdzić, że drastycznie wzrosły kosz-



Członkowie Rady Studentów:
Joanna Tkaczuk (AM Lublin), Anna Żyłka (WSZ Rzeszów), Zbigniew Cnota (UŚ Katowice), Damian Dobrzycki (AE Katowice), Ryszard Herod (WSSMiA Warszawa), Rafał Jakubowicz (Politechnika Wroclawska), Kazimierz

Mierzejewski (Politechnika Warszawska), Mirosław Moch (Uniwersytet Wroclawski), Robert Musiałkiewicz (UMK Toruń), Piotr Spadło (Politechnika Krakowska), Łukasz Surowy (Politechnika Łódzka), Krzysztof Węglarz (AWF Warszawa)

Członkowie Komisji Rewizyjnej:
Mariusz Mroczek (WSH Kielce), Łukasz Borys (KUL Lublin), Piotr Grygiel (WSZiM Wrocław), Grzegorz Rzepka (Politechnika Śląska), Paweł Malinowski (Politechnika Poznańska)



ty studiowania. Tymczasem paradoksalnie, wciąż jest ograniczony dostęp do bezzwrotnej pomocy materialnej. Należało więc pomóc studentom, stworzyć inny system pomocy dostępny dla wszystkich. Stąd inicjatywa PSRP jaką były kredyty studenckie. W 1998 roku Sejm RP jednogłośnie przyjął ustawę o kredytach i pożyczkach studenckich umożliwiającą pobieranie przez studentów preferencyjnych kredytów. Był to wielki sukces w skali kraju. Parlament Studentów stał się na długi czas „ulubieńcem mediów”.

PSRP był również propagatorem wymiany międzynarodowej oraz zawsze popierał ideę integracji europejskiej. Parlament Studentów w 1998 roku został przyjęty do „The National Unions of Students in Europe” – ESIB.

W 1998 pojawiła się również kolejna ważna inicjatywa PSRP wspólna z Fundacją Crescendument Polonia oraz Magazynem Studenckim „Dlaczego”. Był to projekt utworzenia Narodowej Fundacji Stypendialnej. Jej celem było przekazywanie części środków pochodzących z prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych na cele edukacyjne. Zdecydowaliśmy się złożyć obywatelski projekt ustawy powołującej NFS. W ciągu miesiąca dzia-

laczom samorządowym w całym kraju udało się zebrać ponad 60 tysięcy podpisów popierających inicjatywę. Ostatnio trafił do Sejmu jako inicjatywa poselska. W 2000 roku z identyczną propozycją pod nazwą Fundacja Edukacji Narodowej wyszła Unia Wolności. Podobny projekt opracowało PSL. Obecnie wszystkie trzy inicjatywy są przedmiotem obrad specjalnej komisji.

Dnia 2 kwietnia 1997 roku, kiedy Sejm RP przyjął Konstytucję RP rozgorzała w środowisku studentów dyskusja nad możliwością ewentualnej odpłatności za studia.

Dopiero orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego pozwoliło na jasną interpretację artykułu 70 ust. 2,4. Według niego uczelnie publiczne mają prawo do pobierania opłat za studia, odbywanych w trybie innym niż stacjonarny. Jednocześnie dopuszczenie odpłatności trybunał obwarował kilkoma warunkami. Uznał mianowicie, że pieniądze pobierane przez uczelnie nie mogą być wyższe niż faktyczny koszt studiów odbywanych na danym kierunku. Jasne więc stało się, że pieniądze te nie mogą być źródłem dochodów dla uczelni. Po drugie trybunał uznał, że na uczelniach wyższych większość studentów po-

**Uroczysta Sesja
Parlamentu
Studentów RP
w sali posiedzeń
sejmowych**



winna być przyjmowana na studia odbywane w systemie stacjonarnym, padło wreszcie stwierdzenie, że jakość nauczania powinna być taka sama na studiach płatnych jak i bezpłatnych.

Na początku grudnia 2000 roku zdarzył się nieprzewidziany precedens. Uczelnie nie otrzymały dotacji na działalność, przez co zmuszone zostały do zaciągania kredytów. Inne ograniczyły wydatki. Wstrzymano również dotację dla studentów. Przyczyną tego stanu było złe oszacowanie przez rząd przychodów budżetowych na rok 2000. Parlament Studentów stanął natychmiast w obronie interesów studentów. W naszej działalności zawsze jednym z priorytetów była realizacja konstytucyjnej zasady dostępności do edukacji na poziomie wyższym.

Dziś, wspominając najważniejsze wydarzenia, nie sposób pominąć sukcesu który szczególnie ucieszył zainteresowanych studentów medyków. Dla mnie osobiście ważne jest to, że miało to miejsce za obecnej kadencji władz PSRP Chodzi oczywiście o decyzje Sejmu, a następnie Senatu przyjmujące poprawki, dzięki którym LEP (Lekarski Egzamin Państwowy) został przesunięty w czasie, na dzień 31 września 2003. Niewątpliwie w dziedzinie legislacyjnej był to jeden z największych sukcesów Parlamentu Studentów. Stało się to możliwe dzięki szerokiej akcji w całym kraju, a także dzięki lobbingowi prowadzonemu wśród posłów i senatorów. Ten sukces przyczynił się również do wzrostu znaczenia Parlamentu Studentów jak i samego środowiska studenckiego, które dało się poznać jako zjednoczone i skuteczne.

Podsumowując muszę przyznać, że ogromnym osobistym zaszczytem była dla mnie możliwość zasiadania w ławach poselskich w tak ważnym dla studentów dniu. Cieszę się, że los pozwolił mi pracować w Parlamencie Studentów i poznać tylu wspaniałych ludzi. Kiedy obchodzi się wspólnie „urodziny”, a zarazem mały jubileusz, warto pamiętać o życzeniach dla solenizanta. Życzę Parlamentowi Studentów RP dalszego rozwoju, dalszych sukcesów i tego, aby nadal godnie reprezentował interesy studentów w obecnym i następnych dziesięcioleciach. □

JUWENALIA 2001

KONKURS FOTOGRAFICZNY

**PODCZAS TEGOROCZNYCH DNI KULTURY
STUDENCKIEJ JUWENALIA 2001
ODBĘDZIE SIĘ KONKURS FOTOGRAFICZNY.
Może do niego przystąpić każdy student
pragnący zaprezentować swoje zdolności.
Najlepsze prace zostaną nagrodzone!**

**Fotografie należy dostarczać do Jacka Źródła
(Studencka Agencja Fotograficzna)
D. S. nr 3, pokój 112
lub Łukasza Hawryłuka D. S. nr 3, pokój 113**

XII Konferencja Komisji do spraw Wyższego Szkolnictwa Medycznego

W dniach 3-4 marca 2001 r. odbyła się w Lublinie XII Konferencja Komisji do spraw Wyższego Szkolnictwa Medycznego Parlamentu Studentów RP (KWSM) zorganizowana przez Samorząd Studentów Akademii Medycznej. Przybyli na nią studenci-delegaci ze wszystkich Akademii Medycznych i uniwersyteckich wydziałów medycznych w Polsce.

MARTA WĘGRZYN
MICHAŁ BĄK
SAMORZĄD STUDENTÓW
AM W LUBLINIE

Obrady rozpoczęły się w sobotę o godz. 15 w Sali Senatu. Otwarcie zaszczylicili swoją obecnością Jego Magnificencja Rektor prof. dr hab. Maciej Latański oraz Dziekan Wydziału Lekarskiego prof. dr hab. Marian Wielosz.

Głównym tematem pierwszego dnia obrad była kwestia Lekarskiego Egzaminu Państwowego, którego przeprowadzenie jest planowane nie wcześniej niż 1 października 2003 r. Dyskutowaliśmy nad naszymi wymaganiami i oczekiwaniami jakie powinny być według nas spełnione przez Krajową Radę Egzaminów Lekarskich.

Sformułowane zostały następujące postulaty:

- stworzenie banku przykładowych pytań podanych do wiadomości stażystów na co najmniej pół roku

przed planowanym pierwszym egzaminem,

- upowszechnienie standardów postępowania w medycynie,
- egzamin powinien być przeprowadzony w ciągu jednego dnia i obejmować maksimum 300 pytań,
- uzupełnienie i wyszczególnienie zagadnień zawartych w sylabusie.
- przygotowanie regulaminu LEP-u.

Będziemy domagać się ich realizacji. Nowym tematem dyskutowanym podczas obrad Komisji, stal się projekt ustawy o zawodzie aptekarza/farmaceuty i diagnosty laboratoryjnego. W związku z tym pojawiła się propozycja stworzenia podsekcji do spraw farmacji i analityki medycznej w KWSM, która będzie w swoim gronie dyskutować trapiące ją tematy. Zapoznaliśmy się z problemami naszych kolegów z tych wydziałów i ze swojej strony zapewnił im nasze poparcie.

Poruszona została propozycja utworzenia programu międzyuczelnianej wymiany studentów – program Koper-



Głos zabrał JM Rektor
prof. dr hab. Maciej Latański

nik. Dałby on szansę zrealizowania wybranych części programu nauczania na innej uczelni medycznej w Polsce. Mogliby uczestniczyć w nim studenci IV-VI roku i dotyczyłby on przedmiotów klinicznych. Aby projekt mógł dojść do skutku, spełnionych musi zostać wiele warunków, takich jak: akceptacja przez władze uczelni i kierowników poszczególnych katedr, określenie zasad zaliczania przedmiotów (potrzeba honorowania i uznawania przez uczelnię ECTS – Europejski System Transferu Punktów), zapewnienie warunków mieszkaniowo-socjalnych dla przyjeżdżających studentów. Pomysł ten zyskał naszą aprobatę i zamierzamy zapoznać się z możliwościami jego wprowadzenia na naszych uczelniach.

Pierwszy dzień owocnych obrad zakończyliśmy wieczornym spacerem po lubelskiej starówce oraz imprezą integracyjną. Stały się one okazją do mniej oficjalnych rozmów i stworzyły szansę lepszego poznania się.

Akredytacja uczelni medycznych była głównym tematem drugiego dnia konferencji. Podczas obrad był obecny prof. dr hab. Marian Wielosz – członek Komisji Akredytacji Uczelni Medycznych (KAUM) i koordynator akredytacji na naszej uczelni. Dotychczas komisja akredytacyjna gościła w czterech uczelniach, również w naszej. Dzięki temu mogliśmy wspólnie z profesorem M. Wieloszem podzielić się refleksjami i udzielić wskazówek naszym kolegom z innych akademii. Dotyczyły one celów akredytacji oraz korzyści jakie może ona przynieść studentom i całej uczelni. W przerwie uczestniczyliśmy w panelu szkoleniowym pt. „Autoprezentacja”.

Po zakończeniu dyskusji podsumowaliśmy i zamknęliśmy Konferencję. Z pewnością pozostanie ona w naszej pamięci i w pamięci wszystkich uczestników. Cieszymy się bardzo, że mieliśmy okazję i szansę zorganizowania jej w Lublinie. Było to dla naszej Uczelni dużym wyróżnieniem.

Chcielibyśmy serdecznie podziękować władzom Uczelni za umożliwienie organizacji Konferencji oraz aktywny udział w jej obradach. Dziękujemy również naszym kolegom i koleżankom za pomoc w trakcie trwania Konferencji. □



Fot. Jarosław Zródło

Miedzy nami studentami...



W obradach uczestniczył również prof. dr hab. Marian Wielosz – Dziekan Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie i członek KAUM



Fot. Jarosław Zródło

Impreza integracyjna stworzyła okazję do mniej oficjalnych rozmów i dała możliwość lepszego poznania się

Hi-Fi u medyków

Z końcem ubiegłego roku odbyło się w murach naszej Akademii niemałe wydarzenie kulturalne.

ŁUKASZ HAWRYLUK

PRZEWODNICZĄCY KOMISJI KULTURY
SAMORZĄDU STUDENTÓW
AM W LUBLINIE

14 grudnia w Auditorium Maximum Collegium Novum wystąpił kabaret Hi-Fi, reprezentujący zielonogórskie zagłębie kabaretowe. Organizatorem przedstawienia był Samorząd Studentów AM w Lublinie.

Zaproszony kabaret od niedawna działa pod nazwą Hi-Fi. W jego skład wchodzi znani nam ze „szklanego ekranu” i słuchowisk radiowych Grzegorz Halama („Oklasky”) i Dariusz Kamys („Potem”).

Zaproszeni goście i studenci, przekroczywszy oczekiwania organizatorów wypełnili salę po brzegi. Już przed rozpoczęciem spektaklu wytworzyła się wspaniała atmosfera, która towarzyszyła widzom przez cały czas trwania widowiska.

Punktualnie o 19.15 na scenie pojawili się artyści i rozpoczęło się...

Repertuar składał się ze starszych, sprawdzonych numerów, jak i wielu nowych hitów. Skecze, piosenki, gagi rozbawiły publiczność do łez. Wśród pozycji, które zapadły nam z pewnością w pamięci były takie jak „Monolog z kanapką”, „Dialogi Platona”, „Listonosz”, „Józek”. Do „medycznej publiczności” artyści skierowali szczególnie skecz pt. „Wywiad z lekarzem”, którym podbili serca słuchaczy. Wszystko to zaowocowało wytworzeniem specyficznej więzi na linii scena - widownia.

Wspaniała zabawa trwała przez prawie dwie godziny, kończąc się numerami na bis. Pożegnały nas : „Wołeczek”, „Żółt Kleofas”,

jak i znana z anten radiowych piosenka „Ja wiedziałem, że tak będzie” w wykonaniu której czynny udział wzięli widzowie.

Publiczność była zachwycona występem, co bardzo ucieszyło organizatorów. Pokrzepieni entuzjazmem przedstawiciele Samorządu postanowili raz jeszcze zaprosić kabaret z Zielonej Góry, który obiecał odwiedzić nas podczas Juwenaliów 2001. Niecierpliwie czekamy.. □

Do następnego roku!
Chcemy wrócić!
G. Halama
Oklasky

Lublin 14.12.00.



Fotografował: Jacek Źródło

Cukrzyca

Czy aby na pewno wiesz o niej wszystko?

W dniu 22 marca 2001 roku w murach Collegium Novum Akademii Medycznej EMSA-Lublin zorganizowała spotkanie naukowe pod tytułem „Cukrzyca – czy aby na pewno wiesz o niej wszystko?”.

MAGDALENA PIĘTKA

STUDENTKA VI ROKU WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AM W LUBLINIE
PRZEWODNICZĄCA EMSA-LUBLIN



**European Medical
Students' Association**

W czwartkowe popołudnie zgromadzili się bardzo licznie studenci, lekarze, a nawet przedstawiciele Uniwersytetu III Wieku, którzy również pragnęli pogłębić swoją wiedzę o tej jakże częstej chorobie, dotyczącej tak wielu ludzi w naszym społeczeństwie.

Zaproszonymi gośćmi byli: prof. dr hab. Leszek Szewczyk, kierownik III Katedry Pediatrii, prof. dr hab. Andrzej Nowakowski, kierownik Katedry Endokrynologii, przedstawiciele Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków oraz firmy Eli Lilly Polska.

Spotkanie rozpoczął prof. dr hab. Leszek Szewczyk, który w bardzo ciekawy sposób przedstawił problem cukrzycy typu I, niezwykle rzeczowo aczkolwiek przystępnie omówił patogenезę, diagnostykę oraz leczenie tej choroby. Następnie, zagadnienie cukrzycy typu II miał przybliżyć prof. dr hab. Andrzej Nowakowski, który niestety, z powodu choroby, nie mógł skorzystać z zaproszenia. Pan Profesor obiecał jednak zaprezentować przygotowany wykład w innym terminie, na co czekamy z niecierpliwością, szczególnie, że specjalnie na tę oka-

zję firma Lilly zapowiedziała prezentację filmu z wizyty Miss America 1999 w Polsce, osoby również dotkniętej cukrzycą. Kolejną osobą, która zabrała głos, była prezes lubelskiego oddziału stowarzyszenia diabetyków, która zapoznała obecnych na spotkaniu z historią, celami oraz kierunkami działań koła, uświadomiwszy wszystkim jak ważna jest działalność tego typu samopomocowych organizacji pozarządowych dla ludzi chorych i ich rodzin. Z dużym zainteresowaniem wysłuchano następnego gościa, drugiego przedstawiciela stowarzyszenia diabetyków, który opowiedział historię swojej choroby, leczenia, jak również etapy zdobywania wiedzy na temat cukrzycy i niezwykle istotnego udziału stowarzyszenia w tym procesie. Część merytoryczną zakończono prezentacją najnowszych możliwości leczenia cukrzycy z zastosowaniem insuliny analogowych produkowanych przez firmę Lilly.

Wśród osób przybyłych na spotkanie rozlosowano ciekawe prezenty, organizery, fotoalbumy, notatniki adresowe. A dzięki temu, że większość obecnych zgodziła się wypełnić ankietę dotyczącą tematów najbardziej nurtujących obecnych i przyszłych lekarzy Organizacja Studentów Medycyny EMSA-Lublin postara się uwzględnić je w kolejnych spotkaniach i warsztatach naukowych. □



EMSA European Medical Students' Association

ORGANIZACJA STUDENTÓW MEDYCYNY

EMSA – LUBLIN

SERDECZNIE ZAPRASZA

**STUDENTÓW, LEKARZY I WSZYSTKICH
ZAINTERESOWANYCH**

NA SPOTKANIE PROWADZONE PRZEZ

**PROF. DR HAB. ANDRZEJA NOWAKOWSKIEGO
ORAZ PROF. DR. HAB. LESZKA SZEWCZYKA**

pt.

CUKRZYCA

**CZY ABY NA PEWNO WIE SZ O NIEJ WSZYSTKO –
PRZYJDŹ I PRZEKONAJ SIĘ!!!**

W DNIU **22 MARCA** (CZWARTEK) NA GODZ. **18.00**

DO AUDITORIUM MAXIMUM **COLL. NOVUM**

AL. RACLAWICKIE 1

SWOIMI DOŚWIADCZENIAMI PODZIELĄ SIĘ TAKŻE GOŚCIE ZE
„STOWARZYSZENIA CHORYCH NA CUKRZYCĘ”

PRZEWIDZIANY POKAZ NAJNOWSZYCH OSIĄGNIĘĆ W DZIEDZINIE:
PREPARATÓW INSULINOWYCH FIRMY **LILLY**

WŚRÓD OSÓB PRZYBYŁYCH NA SPOTKANIE
ROZŁOSOWANE ZOSTANĄ **CIEKAWE NAGRODY!**

Z cukrzycą na Ty

Polskie
Stowarzyszenie
Diabetyków



**Czy aby na
pewno
wiesz o niej
wszystko?**

Lilly
**Humulin®
Humalog®**

Humalog

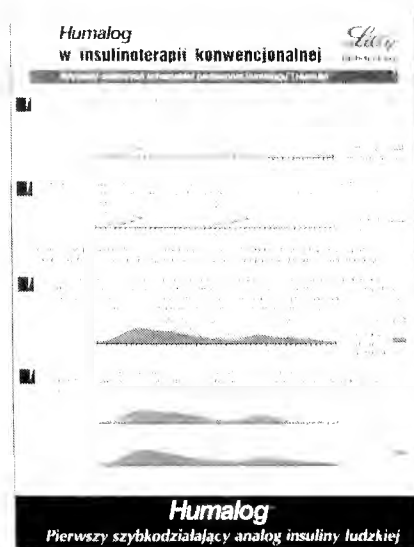
nowe możliwości
leczenia cukrzycy



OD 1991 R. PSD JEST CZŁONKIEM
MIĘDZYNARODOWEJ ORGANIZACJI
DIABETYKÓW

PSD

jest pozarządową samopomocową
organizacją ludzi z cukrzycą, osób nią
zagrożonych, rodziców dzieci z cukrzycą,
osób działających na rzecz chorego



Obradowała Rada Studentów

10 marca 2001 r. odbyło się w lubelskiej AM posiedzenie Rady Studentów Parlamentu Studentów Rzeczypospolitej Polskiej. Była to dla nas historyczna chwila, ponieważ Rada Studentów po raz pierwszy obradowała w Akademii Medycznej.

JOANNA TKACZUK

STUDENTKA VI ROKU WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
AKADEMII MEDYCZNEJ W LUBLINIE
RADA STUDENTÓW PSRP

Gościliśmy studentów reprezentujących władze krajowe Parlamentu Studentów oraz przedstawicieli wszystkich wyższych uczelni w kraju, jak również wszystkie samorządy lubelskich uczelni. Honorowymi gośćmi Rady byli w Lublinie przedstawiciele władz naszej uczelni: JM Rektor AM prof. dr hab. Maciej Latalski, prorektor do spraw studenckich prof. dr hab. Alicja Sawa oraz dziekan Wydziału Lekarskiego prof. dr hab. Marian Wielosz. Gościliśmy również dr Ewę Rybałt, która pełni rolę sekretarza do spraw Kolegium Polsko-Ukraińskiego w Lublinie.

Radę Studentów PSRP tworzy 12 studentów wybieranych spośród studentów całego kraju podczas Zjazdu Parlamentu Studentów, który odbywa się raz w roku w Jachrance pod Warszawą. Ponadto w skład Rady Studentów wchodzi także przewodniczący Parlamentu. W tym roku funkcję tę pełni student Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu Piotr Ebbig. W Radzie Studentów zasiada również pisaćca te słowa studentka VI roku Wydziału Lekarskiego lubelskiej Akademii Medycznej.

Rada Studentów jest najważniejszym, urzędującym między zjazdami,

organem Parlamentu Studentów, jest reprezentantem całego środowiska studenckiego wobec władz i organów Państwa Polskiego. Rada opiniuje akty prawne dotyczące studentów oraz podejmuje wszystkie uchwały w imieniu Parlamentu Studentów. Deleguje swoich członków do Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego, współpracuje z Ministerstwem Edukacji Narodowej, współdecyduje o pozycji środowiska studenckiego w ruchu młodzieżowym i w polityce państwa wobec młodzieży. Organizuje także wymianę międzynarodową, współpracuje z zagranicznymi organizacjami o podobnym profilu. Głównym zadaniem PSRP, w tym także Rady Studentów jest dbałość o dobrze pojęte interesy studentów. Wspierane są również działania zmierzające do wzrostu liczby studiujących, doinwestowania uczelni i pomocy materialnej, podniesienia poziomu kształcenia, reformy programu studiów.

Przyjęte jest, że posiedzenia Rady Studentów odbywają się m. in. dwa razy w miesiącu, najczęściej w Warszawie w gmachu Ministerstwa Edukacji Narodowej, niekiedy jednak obrady trwają poza stolicą. Taką właśnie Radą „wyjazdową” było ostatnie posiedzenie w Lublinie.

Obrady rozpoczęliśmy od powitania naszych gości. Głos zabrał JM Rektor naszej Uczelni prof. dr hab. Ma-

ciej Latalski, który podkreślił rolę studentów w kształtowaniu życia uczelni wyższych.

Później zajęliśmy się kwestią tworzącego się w Lublinie Uniwersytetu Polsko-Ukraińskiego (obecnie Kolegium Polsko-Ukraińskie), którego przedstawicielkę w osobie dr Ewy Rybałt gościliśmy na obradach Rady Studentów. Pani dr E. Rybałt opowiedziała nam w skrócie o planach i pracach nad nowym przedsięwzięciem, jakim jest nowa uczelnia. Niestety wiele jest jeszcze do zrobienia, najczęstsze problemy to niestety te natury finansowej. Nasza Uczelnia również przyłączyła się – jak podkreślała prof. dr hab. Alicja Sawa – do organizowania nauki dla przyjezdnych zza wschodniej granicy studentów. Trzeba jeszcze wiele pracy i dobrej woli mnóstwa osób, także ze strony Ministerstwa Edukacji, aby całe przedsięwzięcie udało się. Są jednak w Lublinie już pierwsi studenci, przyjechali na okres trzech tygodni, aby tutaj w Polsce zdobywać wiedzę. To bardzo pozytywne i wspierające przedsięwzięcie, my jako środowisko studenckie bardzo je popieramy. Widzimy jednak jak wiele szczegółów zostało do dopracowania np. w kwestii ubezpieczenia zdrowotnego studentów obcokrajowców; w obliczu powstawania takich „międzynarodowych” uczelni obecna ustawa o ubezpieczeniach zdrowotnych nie poma-

ga, ale wręcz utrudnia życie studenta, zwłaszcza obcokrajowca.

Dyskusję na ten temat Rada Studentów zakończyła jednogłośnie podjęciem uchwały, w której wyraziła swoje poparcie dla inicjatywy lubelskiej i innych podobnych, zmierzających do budowania jedności i współpracy między sąsiedzkimi krajami. Cieszy nas fakt, że w budowaniu takiej solidarności biorą udział również i studenci.

Drugim punktem obrad była informacja o wydatkach budżetu państwa na szkolnictwo wyższe w roku 2001, jaką przedstawiło Ministerstwo Edukacji Narodowej.

Po jej przeanalizowaniu doszliśmy jednak do niepokojących wniosków. Według naszych obliczeń, mimo zakładanego w przyjętej 3 lutego br. przez Sejm ustawie budżetowej wzrostu nakładów na szkolnictwo wyższe o 11,2%, studentom nie będzie lepiej. Wynika to stąd, że pieniądze przekazane tytułem dotacji mogą być wykorzystane jedynie na podwyżki dla pracowników uczelni, natomiast reszta zostanie wydatkowana na nowo tworzone uczelnie np. Kolegium Europejskie w Gnieźnie czy Uniwersytet w Rzeszowie. Niestety taka sytuacja stawia w opozycji zapewnienia polityków oraz rządu o wspieraniu studentów; każdy chyba sam najlepiej wie patrząc na swój portfel studenta jak szybko topnieją otrzymane w postaci stypendiów środki finansowe. Dodatkowo wciąż ograniczane są nakłady przeznaczane na bezzwrotną pomoc materialną. Parlament Studentów RP wyszedł z propozycją ustanowienia Kredytów i Pożyczek Studenckich oraz Narodowej Fundacji Stypendialnej.

Kredyty już funkcjonują, a ich warunki są co roku renegocjowane przez Parlament Studentów z Ministerstwem Finansów, natomiast projekt fundacji jest opracowywany przez specjalną komisję. Mamy nadzieję, że niedługo rozpocznie swą działalność i będzie kolejną szansą zwłaszcza dla mniej zamożnych studentów. Dyskusja nad budżetem trwała długo, planujemy szeroką akcję informacyjną wśród studentów oraz dyskusję z przedstawicielami MEN oraz rządu.



Po obiedzie, korzystając z pięknej pogody zwiedzaliśmy miasto, wieczorem nasi goście podejmowani byli w lubelskim klubie „Megido”. W niedzielny poranek natomiast zwiedzaliśmy Kaplicę Świętej Trójcy oraz Zamek Lubelski. Wszyscy goście byli zachwyceni, zwłaszcza Kaplicą i – jak zapewniali organizatorów – ciężko było im opuszczać Lublin.

Na zakończenie pragnę serdecznie podziękować wszystkim osobom, które przyczyniły się do zorganizowania posiedzenia Rady Studentów w naszej Uczelni. Myślę, że te lubelskie obrady na długo pozostaną w pamięci parlamentarzystów studenckich.

Prezydium posiedzenia:
prof. dr hab. Alicja Sawa –
prorektor do spraw studenckich
lubelskiej AM, prof. dr hab.
Maciej Latański – JM Rektor
lubelskiej AM, Piotr Ebbig –
przewodniczący Parlamentu
Studentów RP, Joanna Tkaczuk
– studentka VI roku Wydziału
Lekarskiego AM w Lublinie



BŁĄD LEKARSKI

spojrzenie klinicysty

„Nil mirari, nil indignari, sed intellegere”
(nie dziwić się, nie oburzać, ale zrozumieć)

Aby ustrzec się zarzutów, że minimalizuję problem błędów lekarskich, już na wstępie stwierdzę, że lekarze popełniali, popełniają i niestety nadal popełniać będą wiele błędów diagnostycznych i terapeutycznych. Toteż proszę nie sądzić, że problemów związanych z błędem lekarskim nie dostrzegam, że je bagatelizuję lub że pragnę je ukryć.

Środowisko lekarskie jednoznacznie potępia wszelkie zaniedbania i zaniechania w procesie leczenia. Dlatego też w prezentacji niniejszej nie poruszę przypadków kryminalnych, bowiem powinny one z natury rzeczy i bezdyskusyjnie podlegać deontologicznej i prawnej ocenie. Przypadki takie powinny być rozpatrywane i karane z całą obiektywnością prawa, z tym jednak zastrzeżeniem, że błędu w organizacji ochrony zdrowia nie będzie się traktować jako błędu lekarskiego, a pomyłki wynikłej z braku wyposażenia nie oceni się jako zaniedbania lub zaniechania. Są to różnice oczywiste, choć dla „niewtajemniczonych” – jak się okazuje – zupełnie niedostrzegalne.

Tylko lekarze, borykający się w swej codziennej pracy z deontologicznymi dylematami związanymi z niedostat-

kiem, bardzo dokładnie wiedzą, gdzie przebiega granica między lekarskim a organizacyjno-finansowym zaniedbaniem i zaniechaniem. Chory tej granicy dostrzegać nie musi, ale osoby kształtujące opinię publiczną powinny włożyć przynajmniej minimum wysiłku by nie mylić skutków z przyczynami. Niektórym dziennikarzom bezpiecznej i łatwiej jest przedstawić problem jako moralne przewinienie lekarza, niż ujawnić błąd organizacyjny i zaniedbanie finansowe ministerialnych i parlamentarnych decydentów.

Jest rzeczą bardzo zastanawiającą jak osoby, które nigdy nawet w charakterze sanitariuszy nie były na sali operacyjnej, nigdy nie pracowały w pogotowiu lub na izbie przyjęć mogą czuć się upoważnione do kreowania opinii na temat sytuacyjnych uwarunkowań

pracy lekarskiej i odróżniać to co jest pożądane od tego co jest możliwe.

Na samym wstępie pragnę podkreślić, że lekarze znacznie częściej i znacznie surowiej niż prawnicy osądzają sami swoje, nie zawsze optymalne, rozwiązania problemów lekarskich. Ta własna niedoskonałość staje się wielokrotnie przyczyną dożywotniej moralnej, psychologicznej oraz intelektualnej udręki. Wątpliwości i rozterki dotyczące słuszności podjętej decyzji towarzyszą lekarzowi nieraz przez wszystkie dni jego zawodowej pracy.

Oczekiwania chorego i jego rodziny

Ostatnie pokolenia wychowały się na „cudach medycyny”. Niewłaściwa popularyzacja wielkich odkryć wpoili przekonanie, że życie musi być wolne od bólu i śmierci, a jeśli już śmierć ma nastąpić to w odległym i zupełnie nieokreślonym czasie. Ponadto ten krytyczny moment w świadomości ludzkiej, w miarę upływu czasu, odsuwany jest znów w zupełnie nieokreślonej przyszłość. Wynika to z faktu, że ludzie chcą mieć kontrolę nie tylko nad własnym życiem, ale i nad śmiercią.

W sytuacji zagrożenia zdrowia i życia chorego i ich rodziny oczekują od



lekarza doskonałości pomimo oczywistości, że lekarze jako ludzie są niedoskonalymi. Toteż wszystko co znajdzie się w przestrzeni między oczekiwaną doskonałością a rzeczywistą niedoskonałością z założenia oceniane jest jako błąd, zaniedbanie, ignorancja. Codzienna praktyka jakże często potwierdza zasadę, że winą za niespełnione nadzieje i oczekiwania w odniesieniu do chorego obarcza się lekarza.

Nagła śmierć lub ciężka choroba kogoś bliskiego, zwłaszcza młodego, jest nie tylko przerażająca, ale także porażająca logiczny tok rozumowania. Za takie nieszczęście ktoś musi być winien. Kto? Pan Bóg, los, układ genów? Te ewentualne przyczyny są nieosiągalne, a więc trudno je obarczyć winą i odpowiedzialnością. Zawsze ktoś jednak musi być winny. Pod ręką jest lekarz.

A więc to on!

Zgodnie z powszechną opinią usprawiedliwiona może być tylko śmierć „na serce” i ewentualnie „na raka”. W odniesieniu do innych chorób powikłanie, niekiedy śmiertelne, traktuje się jedynie jako „błąd techniczny” lub błąd „z zaniedbania”.

Stanowisko lekarzy

W tym miejscu poczuwam się w obowiązku przedstawić stanowisko lekarzy. Otóż lekarze ten tok rozumowania chorych nie tylko pojmują, ale wręcz go akceptują. Do takiego merytorycznie nieuzasadnionego toku rozumowania chory ma prawo. Ale tylko chory! Dlatego bezpodstawne żale i oskarżenia wyrażane przez chorych (ale tylko chorych oraz rodziców w odniesieniu do dzieci), lekarze wliczają w ciężar i koszt wykonywania zawodu. Bywa to niekiedy bardzo bolesne, ale jest akceptowane.

Należy również zrozumieć, że agresywny, wulgarny, niekiedy wprost ordynarny sposób wyrażania pretensji przez rodzinę chorego, uwłaczający godności lekarza wywołuje reakcję. W krańcowych przypadkach hiperergiczne reakcje lekarza należy co najmniej zrozumieć, jeśli nie usprawiedliwić.

O „czystym błędzie” popełnionym przez człowieka można mówić tylko w rachunkach. Ktoś kto się myli w dawkowaniu i odejmowaniu popełnia oczywisty błąd. Medycyna jednakże

»» Lekarze znacznie częściej i znacznie surowiej niż prawnicy osądzają sanni swoje, nie zawsze optymalne, rozwiązania problemów lekarskich. Ta własna niedoskonałość staje się wielokrotnie przyczyną dożywotniej moralnej, psychologicznej oraz intelektualnej udręki »»

to nie matematyka i 2+2 niestety rzadko równa się 4. Czasami równa się 3,999, ale niekiedy zero. Można powiedzieć, że w miarę postępu i stosowania coraz bardziej precyzyjnych metod diagnostycznych i terapeutycznych 2+2 w medycynie asymptotycznie zbliża się do 4. Toteż różnica po-



między wartością oczekiwaną (wzrost, zdrowienie) a rzeczywistą (powikłanie, śmierć) nie stanowi dowodu zaniedbania, zaniechania czy też lekarskiego błędu.

Przyczyny pomyłek w medycynie

Podobnie jak w innych dziedzinach nauki, tak i w medycynie popełniany bywa błąd we wnioskowaniu. Wówczas wnioski nie wynikają logicznie z przesłanek, nawet jeśli są one prawdziwe. *Errare humanum est* i popełniany bywa błąd w założeniu (*error fundamentalis*), gdy skutek jest niezgodny z oczekiwaniem. Przyjmuje się np., że stwierdzony na zdjęciu radiologicznym gaz pod przeponą dowodzi perforacji jelita lub żołądka.

Perforacja jelita jest natomiast bezwzględnym wskazaniem do operacji. Niestety, wprawdzie rzadko, ale zdarza się że pomimo radiologicznego stwierdzenia „gazu pod przeponą”, perforacji podczas operacji nie stwierdza się. Czy w tej sytuacji popełniony został błąd lekarski, a otwarcie jamy brzusznej dowodzi lekarskiego błędu?

Ta sama choroba u różnych chorych, zwłaszcza w początkowym okresie jej rozwoju, może mieć „poronny”, zupełnie odmienny od opisu książkowego przebieg. Ponadto ten sam sposób leczenia u jednego chorego może być skuteczny, u innego zaś nie spowoduje żadnej poprawy. Ten sam lek u jednego chorego np. z nadciśnieniem tętniczym może doprowadzić do

normalizacji ciśnienia, natomiast u innego nie wywoła żadnego efektu terapeutycznego. Rozpoznanie i rodzaj zastosowanego leczenia oparte są na wynikach badań diagnostycznych. Wszyscy się zgadzają, że istnieją błędy pomiaru. Błąd pomiaru to niezgodność wyniku pomiaru z wartością rzeczywistą. Zupełnie jednak nie dopuszcza się możliwości błędu pomiaru w medycynie, błędu niezależnego od człowieka. Wszyscy akceptują fakt i nikogo to nie dziwi, że np. na jednych zdjęciach jesteśmy fotogeniczni, a na innych wychodzimy wręcz okropnie. Dwa zdjęcia radiologiczne wykonane nawet w krótkim odstępie czasu mogą dać odmiennie interpretowane obrazy. Tak więc opracowane standardy metodyki badań mogą w poszczególnych przypadkach nie gwarantować prawidłowego wyniku.

Pamiętać należy, że istnieje również systematyczny błąd pomiaru – gdy błąd się nie zmienia przy wielokrotnym powtarzaniu pomiarów. Zależać on może zarówno od narzędzi pomiarowych, jak i czynników zewnętrznych. Z drugiej strony wyniki badań w medycynie klinicznej są przecież zmienne w czasie. To na takich wynikach badań, które mogą być zarówno fałszywie pozytywne, jak i fałszywie negatywne, lekarz opiera decyzję diagnostyczną i terapeutyczną. Ponieważ za błędny wynik nie można obarczyć instrumentu pomiarowego, to jednak za skutek błędu pomiaru w postaci niewłaściwego rozpoznania i niewłaściwie ukierunkowanego leczenia odpowiedzialnością obarcza się lekarza.

Coraz częściej słyszy się o postępowaniu odszkodowawczym za zakażenie szpitalne. Winą obarcza się lekarza, nie zadając pytania: kto jest odpowiedzialny za zatłoczone sale szpitalne, a niekiedy i korytarze, dlaczego jest niewystarczająca liczba personelu pomocniczego utrzymującego czystość, dlaczego nie ma klimatyzowanych z odpowiednim nawiewem powietrza sal operacyjnych, dlaczego nie ma możliwości rutynowego stosowania tzw. staplerów (automatycznych zszywek). To właśnie te i wiele innych czynników jest istotną przy-

czyną zakażenia, a nie chirurg wykonujący operację. A ponadto kto i gdzie jest w stanie rutynowo określić poziom odporności operowanego chorego na zakażenia? Znamienne dużą liczbę zakażeń stanowią zakażenia endogenne – wywołane florą bakteryjną chorego.

Popęlnić błąd i błędzić

W praktyce klinicznej odróżnić należy błąd od błędzenia. To zupełnie co innego, pomimo że skutek może być w obu tych sytuacjach niepożądanym. Konieczność błędzenia – a więc poszukiwania optymalnego rozwiązania terapeutycznego jakże często wynika z faktu, że ustalone rozpoznanie „robocze” jest wyrazem największego prawdopodobieństwa spośród wielu innych możliwości diagnostycznych.

Trudności diagnostyczne wynikają z faktu, że w sytuacjach klinicznych mamy do czynienia z ciągiem zmiennych losowych, do tego zmiennych w czasie, a najczęściej chodzi o jedno równanie o nieokreślonej i niezliczonej liczbie niewiadomych. Jak błędnie rozwiązać takie zadanie? „Wybiera” się wówczas rozpoznanie o największym prawdopodobieństwie. Nie oznacza to wcale, że to robocze, najbardziej prawdopodobne rozpoznanie jest prawidłowe. Może być ono błędne.

Najprostszy przykład. W okresie epidemii grypy zgłasza się do lekarza w pełni zdrowa do tej pory osoba z powodu kaszlu, podwyższonej temperatury i dreszczy. Lekarz rozpoznaje grypę i przepisuje odpowiednie leczenie. Choroba jednak postępuje i w końcu ustalone zostaje rozpoznanie np. wirusowego zapalenia wątroby. Najbardziej prawdopodobne pierwotne rozpoznanie robocze okazuje się więc być błędne. Najłagodniejsza natomiast opinia brzmiałaby, że „lekarz się nie poznał”. Co to za lekarz, który nie potrafił rozpoznać wirusowego zapalenia wątroby – napiszą dziennikarze. Jak można? Gdzie on kończył studia? Życie dostarcza jednak wiele dużo bardziej skomplikowanych przykładów.

Jakże często ustala się rozpoznanie na drodze wykluczania kolejno najbardziej prawdopodobnych moż-

liwości. W końcu „błądząc”, rozpoznaje się właściwe, ale pierwotnie najmniej prawdopodobne schorzenie. W tak łatwej ocenie *a posteriori* kiedy wszystko staje się jasne i oczywiste, pierwotne rozpoznanie i zastosowane leczenie uznane zostanie za błędne. Pamiętać jednak należy, że sądy *a posteriori* też bywają błędne.

Zdarza się jednak, że podobnie jak zagubieni wędrowcy, lekarze szukając wyjścia – błądzą i błądzą, aż w końcu... zabłądzą i zupełnie się zagubią. Tak więc posuwając się od błędu do błędu nie zawsze można wykryć prawdę. Przez wieki postęp w medycynie oparty był na empirii – a więc na metodzie prób i błędów. W klinicznej medycynie metoda ta coraz rzadziej, nadal bywa stosowana.

Błąd organizacyjny i niedostateczne finansowanie

Istnieje w kraju niepisane ale stosowane prawo, że im wyższe stanowisko tym mniejsza odpowiedzialność, ale za to wyższe pensje. Wobec „rozmytej” odpowiedzialności za wszelkie błędy organizacyjne winnymi najczęściej okazują się pracownicy najniższego szczebla zawodowej hierarchii – najczęściej lekarze. To na lekarza pogotowia rzuca się grubiańskie inwektywy za to, że długo nie przyjeżdżała karetka. To lekarz jest odpowiedzialny za długie oczekiwanie na badanie diagnostyczne. To lekarz jest winien, że brakuje krwi i że operacja nie mogła być wykonana w zaplanowanym terminie, a dawców krwi już nie tylko honorowych, ale również rodzinnych jest niewielu.

Bardzo typowy i pouczający był przypadek niewysłania karetki do chorego w jednym z terenowych miast. Zgodnie z dziennikarskimi doniesieniami, opartymi na wypowiedziach wysokich urzędników Ministerstwa Zdrowia i lokalnych władz, odpowiedzialność zrzucano na najniższy szczebel drabiny organizacyjnej – na dyspozytorkę. Wiadomo bowiem, że ona nawet przed nieprawdziwymi zarzutami nie może się bronić.

Błąd organizacyjny może wynikać z niedostatecznego finansowania. Środki finansowe nie wystarczają na spraw-

na organizację pracy w szpitalu i choroby ze wskazaniami nagłymi do operacji muszą nieraz przez wiele godzin czekać. Za długie oczekiwanie chorego w kolejce na operację rodziny chorych winią oczywiście lekarza.

Przedłużony czas oczekiwania chorego na badanie diagnostyczne i np. operację wobec postępującego, a niekiedy galopującego przebiegu choroby może stać się natomiast rzeczywistą przyczyną istotnego zagrożenia życia i zdrowia.

„Podobnie jak w innych dziedzinach nauki, tak i w medycynie popełniany bywa błąd we wnioskowaniu. Wówczas wniosek nie wynika logicznie z przesłanek, nawet jeśli są one prawdziwe”

Błędy w organizacji ochrony zdrowia występują zarówno w skali makro – w skali państwa, jak i w skali mikro w odniesieniu do szpitala czy oddziału. Nikt jednak nie odważy się przyznać, że błąd w skali makro musi ujawnić się w odniesieniu do pojedynczego chorego. W tej skali odpowiedzialność i tak da się sprowadzić do lekarskiego przewinienia.

Ani sąd, ani opinia publiczna nie ocenia czy alokacja środków przyznanych przez parlament, rząd, ministerstwo i dyrekcję została dokonana prawidłowo i zabezpiecza sprawne funkcjonowanie poszczególnych jednostek organizacyjnych i całej ochrony zdrowia. Skutkami złych decyzji obarcza się natomiast lekarza, który nie jest w stanie zapobiec konsekwencjom niedoborów finansowych i złej dystrybucji przeznaczonych środków.

Ryzyko

W życiu niewiele jest rzeczy pewnych. Pewne są tylko śmierć i podatki. W medycynie bardzo rzadko mówi się o pewności. Są więc zdarzenia bardzo prawdopodobne, mało prawdopodobne i „takie sobie”, bo reakcje organizmu ludzkiego – tak jak całej przyrody – bywają nieprzewidywalne. Dlatego jesteśmy narażeni właśnie na nieprzewidywalne i niezidentyfikowane ryzyko. Istnieją w medycynie metody zmierzające do identyfikacji, pomiaru i oceny ryzyka i prawdopodobieństwa jego ujawnienia. Działania profilaktyczne i zapobiegawcze starają się to ryzyko wyeliminować lub ograniczyć. Ujawnia się konieczność umiejętności „zarządzania ryzykiem”. Ryzyko stosowania jakiegoś leku czy wykonania operacji może przewyższać spodziewane korzyści. Jednakże w medycynie ocena korzyści i ryzyka bywa zwykle opisowa, a nie wymierna – tak więc trudno porównywalna. Wobec nieznaney i nieograniczonej liczby również nieznanych parametrów mających znaczenie w leczeniu choroby, lekarze zmuszeni są zarządzać tym ryzykiem „intuicyjnie”. Jeśli jednak ta intuicja w szczególnie trudnym i skomplikowanym przypadku zawiedzie, czy oznacza to, że lekarz popełnił błąd?

Jak zmniejszyć ryzyko

Żadne procesy sądowe i audycje telewizyjne nie zmieniają ryzyka związanego z leczeniem. Ryzyko to ulegnie znamienemu zmniejszeniu tylko w przypadku sprawnej i odpowiedzialnej organizacji oraz racjonalnych nakładów finansowych na niezakłócone i powszechne funkcjonowanie stale unowocześnianej ochrony zdrowia.

Powołam się tu na przykłady. Lekarz dyżurny izby przyjęć szpitala w ciągu kilku popołudniowych godzin „załatwić” musi około 50 chorych, w tym pacjentów z drobnymi, ale bolesnymi chorobami, pacjentów z zagrożeniem życia, nieprzytomnych z powodu urazu, choroby lub upojenia alkoholowego. Lekarz musi uodpornić się na pretensje, wyzwiska, prośby, i groźby ze strony chorych i ich ro-

dzin, pracując w wielkim stresie i poczuciu odpowiedzialności.

W pewnym momencie, w wyniku narastającego przemęczenia i stresu, jedna z jego komórek mózgowych ulega zablokowaniu i nie nawiązuje łączności z drugą. W rezultacie lekarz, załatwiając jednocześnie kilku chorych na raz, omyłkowo wręczy mężczyźnie skierowanie na konsultację do ginekologa. Wyobrażam sobie, ile radości przysporzyłoby to prasie, w której pojawiłyby się tytuły, że lekarze u nas nie umieją rozpoznawać płci.

Przykład drugi. Temperatura na sali operacyjnej latem pod lampą sięga nieraz 40°C. Czy w tych warunkach podczas wielogodzinnych operacji można oczekiwać, że wszystkie podejmowane przez chirurga decyzje i wykonywane ruchy będą optymalne. Logicznie i przyczynowo myśląc nie można, a jednak się żąda.

W 1998 r. w paryskiej „Kulturze” ukazał się bardzo inspirujący artykuł Pani Prof. Ewy Łętowskiej pod znamienym tytułem: „Być sędzią w trudnych czasach...”, z którego dowiedziałem się, że „nowe zadania spotkać się muszą z oporem sądownictwa..., ludzkiego strachu, przed nowymi i nieznanymi zadaniami... Wszak trzeba mieć wiedzę w zakresie dotąd nieznanym, orientować się w zasadach prawa konstytucyjnego, a to... nie jest powszechne...”. Pomyślałem sobie wówczas, że chociażby ilościowo nowych sytuacji klinicznych, którym sprostać musi lekarz, jest równie dużo, jeśli nie więcej niż nowych sytuacji prawnych. Czy można więc w lekarskich procesach sądowych oceniać decyzje lekarza praktyka na podstawie opinii „wysoko wyspecjalizowanych specjalistów”, których wiedza ex natura jest supernowoczesna i jakże często ograniczona do wąskiej dziedziny medycyny w stosunku do wiedzy lekarza praktyka. Wszak lekarze praktycy nie mają żadnych szans by osiągnąć wiedzę i doświadczenie „w zakresie dotąd nieznanym” w każdej dziedzinie medycyny klinicznej, którą uprawiają. Chirurg podczas operacji nie może zarządzić przerwy i udać się na naradę lub przesunąć proces leczenia na dalszy termin. Lekarze nie mają też „przywileju” bez-

karnego odmówienia wykonywania zawodowych powinności.

Istnieją do tego zarówno granice wiedzy medycznej, jak granice wiedzy poszczególnego lekarza. W tym zakresie nasze możliwości są ex natura ograniczone. Powinny więc też być i granice odpowiedzialności. Z drugiej strony lekarze za naukowo uzasadnione uważają tylko to, czego się sami nauczyli.

W wielu pozycjach prasowych i telewizyjnych trudno jest niejednokrotnie dopatrzeć się śladu myśli na temat rzeczywistych przyczyn chorej sytuacji w służbie zdrowia i skutków jakie stwarzają dla przeciętnego chorego. Nie ma też w tych programach najmniejszego pomysłu na poprawienie, uzdrowienie sytuacji.

Trzeba zadać sobie pytanie jaki cel mają takie skandalizujące audycje i artykuły. Jakie korzyści odniosą chorzy, miotający się między strachem a zaufaniem, z obejrzenia takiego programu? A przecież należałoby się spodziewać, że miał on w czymś pomóc. Czy pomógł przezwyciężyć strach? – Nie. Wręcz przeciwnie. A więc może zwiększył zaufanie do lekarza? Nie. Dziennikarskie intencje są tu więc sprzeczne zarówno z interesem chorego, jak i interesem społecznym.

Błędów lekarskich, przypadków zaniedbania i zaniechania ukrywać nie można i nie wolno. Społeczeństwo musi być w pełni o tym informowane. Jednak powinna to być uczciwa i rzeczowa informacja z procesu sądowego. W przypadku rzeczywistego popełnienia zaniedbania lekarskiego poparłbym doniesienie o przestępstwie do Sądu Lekarskiego czy prokuratury.

Największe ryzyko dla przyszłości medycyny i powszechnej ochrony zdrowia tkwi w naukowej i myślowej stagnacji. Aby się rozwijać, tworzyć i iść z postępem nie można uciekać przed problemami, nie można uciekać przed uzasadnionym ryzykiem. Ażeby nauczyć się chodzić musimy narazić się na potknięcie i upadek. Postęp medycyny obfituje w przypadki, które z współczesnego punktu widzenia nie wahałobyśmy się nazwać błędami.

* * *

Rzeczywiste zaniedbania i zaniechania w przebiegu leczenia powinny być oceniane i karane z całą obiektywnością prawa. Jednakże tak jak przedstawiciele innych zawodów, również lekarze powinni mieć prawo do omylnej normalności.

Lekarz jednak nie może pod żadnym pozorem odpowiadać za skutki niesprawnej organizacji i niewystarczającego finansowania ochrony zdrowia. Najbardziej skutecznym sposobem uniknięcia przypadków często określanymi jako błędy lekarskie oraz zaniechanie i zaniechanie jest finansowanie ochrony zdrowia umożliwiające realizację światowych standardów. Niewystarczające finansowanie ochrony zdrowia jest przyczyną wielu problemów etycznych, za które od-

powiedzialność powinni ponosić i politycy i ekonomiści i lekarze. Ale nie tylko lekarze.

Jeżeli narzucimy lekarzom normę prawną, z założenia opartą na jakimś systemie etycznym, to będzie to oznaczać, że zmuszamy wszystkich do podporządkowania się temu systemowi.

Będzie to całkowity totalitaryzm myślowy i pojęciowy. Jeśli nie chcemy wprowadzić chaosu do kryteriów oceny lekarskiego postępowania to musi być doceniona wartość klauzuli lekarskiego sumienia, bowiem obowiązek moralny lekarza idzie znacznie dalej niż obowiązek prawny. Oparcie się tylko na kryteriach czysto formalno-prawnych miałyby zgubne skutki i dla chorych i dla medycyny.

Niebezpieczeństwo jakie zagrażać może medycynie i chorym ze strony prawników polega na doprowadzeniu do sytuacji, w której lekarz bę-

dzie zmuszony zastanawiać się jak w złożonym procesie leczenia, obarczonego najwyższym ryzykiem chorego, w pierwszym rzędzie ratować siebie, przed niezrozumieniem i brakiem lekarskiej intuicji prawników.

W ocenie troski o dobro chorych i ochrony zdrowia, największym błędem graniczącym z przestępstwem jest ocena lekarskiego postępowania na podstawie własnych, amatorskich przypuszczeń i dowolnego doboru faktów. Nieuzasadnione, naciągane procesy o odszkodowania sprowadzą układ lekarz-chory do układu handlowego klient-sprzedawca.

Nieuchronnym tego następstwem będzie dalsze odhumanizowanie medycyny. Winą za to oczywiście obarczy się lekarzy.

PROF. DR HAB. TADEUSZ TOŁŁOCZKO
PRAWO I MEDYCYNA 5/2000

Konferencja Komisji Bioetyki Rady Europy i modyfikacje Deklaracji Helsińskiej

W dniach 26-27 października 2000 r. odbyła się w Bratysławie międzynarodowa konferencja bioetyczna „Ethics committees in Central and Eastern Europe: present state and perspectives” w ramach działalności Komisji do spraw Bioetyki Rady Europy (Dpartament I Prawny). Oprócz przedstawicieli Rady Europy wzięli w niej udział również eksperci z European Science Foundation, z Włoch, Francji i USA.

Główne tematy konferencji koncentrowały się wokół zagadnień podstaw legistacyjno-merytorycznych działalności komisji etycznych w ogóle i w szczególności w nauce i badaniach klinicznych, w tym komisji etycznych działających w szpitalach. Przedstawiono aktualną sytuację w tym zakresie w krajach europejskich i kierunki aktywizacji działań niezbędnych w okresie przedintegracyjnym w państwach ubiegających się o członkostwo w Unii Europejskiej.

Jest oczywiste, że kraje wschodnioeuropejskie są opóźnione w stosunku do Unii i USA. Odniosłem wrażenie, że nasz kraj jest również opóźniony w relacji do niektórych naszych sąsiadów, np. Czech

czy Słowacji (bardzo aktywna - mimo wielu trudności - jest również Gruzja). W Bratysławie i Pradze istnieją np. specjalne instytuty zajmujące się działalnością dydaktyczno-naukową w dziedzinie bioetyki. Do końca br. Komisja Bioetyki Rady Europy ma wydać specjalną publikację z materiałami konferencji, nie będę zatem wchodził w dalsze szczegóły.

Moje wystąpienie dotyczyło m. in. sprawy dokonanych w październiku br. zmian w Deklaracji Helsińskiej. Jak wiadomo, uchwalona przez World Medical Association (www.wma.net) w 1964 r. była już 4-krotnie zmieniana, ostatnia jednak modyfikacja zdaje się sięgać najgłębiej. Oto najważniejsze zmiany:

- wyniki badań powinny być odnoszone do wyników uzyskiwanych przy zastosowaniu optymalnego leczenia dostępnego (nie zaś placebo, jak było dotychczas);
- podjęcie badań jest uzasadnione jedynie w przypadku, gdy stan badanej populacji może ulec poprawie;
- prowadzący badania powinni ujawnić wszelkie powiązania finansowe (i inne sytuacje typu konfliktu interesów) z producentem badanego środka;

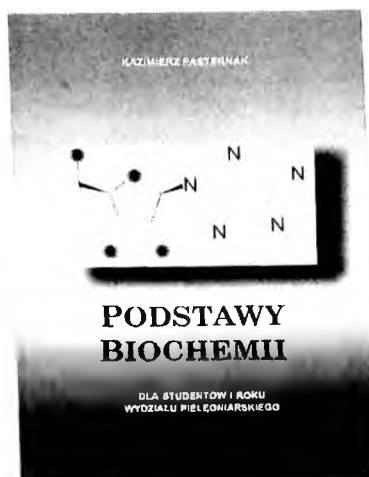
• powinno się publikować (bądź udostępnić w innej formie) wszelkie uzyskiwane wyniki, w tym negatywne.

Oczywiście zalecenia te spowodują wiele zasadniczych zmian w sposobie myślenia o badaniach klinicznych, ich prowadzeniu i ocenie uzyskiwanych wyników.

W szczególnym stopniu dotyczy to zasady używania placebo, co uważano dotychczas za podstawową zasadę wiarygodności badań, a co zostało obecnie odrzucone (trzeba jednak przyznać, że w ostatnim czasie zasadność placebo była krytykowana, toteż nie można uważać postanowienia WMA za całkowite zaskoczenie).

Pierwsze reakcje świata medycznego są - jak się tego należało spodziewać podzielone, od bardzo pozytywnych („Brit. Med. J.”) poprzez pełnych rezerwy przynajmniej z powodów formalnych (krótki okres przeznaczony na konsultację zmian z międzynarodowym środowiskiem medycznym („The Lancet”) do braku oficjalnej reakcji (amerykańska Komisja Leków - FDA). Jest jednak dość wcześnie na ich pełną ocenę. Ogólnie sądzi się, że jest to zwycięstwo praw człowieka (w tym oczywiście praw pacjenta) nad zasadami „czystej nauki”.

PROF. DR HAB. ANDRZEJ GÓRSKI
IITD PAN IM. L. HIRSZFELDA - WROCLAW
REKTOR AM W WARSZAWIE W LATACH 1996-1999
FAKTY 12/2000



PODSTAWY BIOCHEMII

Prof. dr hab. Kazimierz Pasternak

Wyd. Polihymnia
Lublin 2000

Przyjęte w dniu 29 czerwca 2000 r. przez Radę Główną Szkolnictwa Wyższego minimum programowe w kształceniu pielęgniarek na studiach magisterskich i pielęgniarskich przewiduje w grupie B. PRZEDMIOTY PODSTAWOWE nauczanie z przedmiotu BIOCHEMIA w ilości min. 15 godz. Uchwała Rady Głównej nr 76/2000 w sposób niezwykle lapidarny określa treści programowe przedmiotu sprowadzając je do dwóch niezwykle pojemnych pojęć, cyt. „*Biologiczne podstawy integralności organizmu ludzkiego. Budowa i funkcja ważniejszych związków chemicznych występujących w organizmie ludzkim*”.

Zarysowany w ten sposób program nie wytycza jasno, w jakim kierunku należy kształcić przyszłe pielęgniarki, tak na studiach licencjackich, jak i na studiach magisterskich. Należy podkreślić, że chodzi tu o kształcenie w systemie dziennych studiów stacjonarnych dla absolwentów liceów ogólnokształcących. Absolwent taki posiada stosunkowo ograniczony zakres wiedzy z zakresu biologii i chemii, a szczególnie biochemii. W tej sytuacji niezwykle trudnym zadaniem jest przygotowanie podręcznika, który pozwoliłby uzupeł-

nić w ograniczonym czasie zakres materiału przekazywany w ramach zajęć programowych. Podręcznik taki powinien ułatwić studentowi zrozumienie podstawowych procesów zachodzących w ustroju człowieka, a jednocześnie ułatwić studiowanie przedmiotów pokrewnych (fizjologia, patofizjologia, farmakologia, genetyka, patomorfologia).

Ambitnego zadania w zakresie przygotowania podręcznika z zakresu podstaw biochemii, dostosowanego do potrzeb kształcenia pielęgniarek zgodnie z nowymi wytycznymi, podjął się prof. dr hab. n. med. K. Pasternak. Autor zdaje sobie sprawę ze skali trudności, czemu daje wyraz we wstępie.

Recenzowany podręcznik jest stosunkowo obszernym opracowaniem zawierającym 242 strony. Składa się z dwóch części. Część pierwsza, obszerniejsza, stanowi wprowadzenie teoretyczne do zagadnień biochemicznych, część druga poświęcona jest doświadczeniom laboratoryjnym.

W części pierwszej autor krótko przypomina podstawowe pojęcia chemiczne, dotyczące biologii komórki oraz omawia zasadnicze grupy biologicznie istotnych grup związków chemicznych poczynając od aminokwasów i białek, poprzez kwasy nukleinowe, enzymy, węglowodany, tłuszcze, a skończywszy na składnikach mineralnych, witaminach i hormonach. Uważam, że zakres informacji zawartych w rozdziałach omawiających powyższe grupy związków stanowi bardzo dobrze dobrane, niezbędne kompendium wiedzy z tego zakresu. Studiujący ma pełną informację dotyczącą budowy danej grupy związków, sposobów ich wykrywania, a także ich roli biologicznej w podstawowych procesach życiowych organizmu. Przedstawiony w ten sposób materiał w znacznym stopniu ułatwi zrozumienie i przyswojenie wiedzy z przedmiotów pokrewnych, a w przyszłości, na kolejnych latach studiów, będzie niezwykle przydatny przy studiowaniu przedmiotów klinicznych.

Autor bardzo trafnie włączył do podręcznika i szczegółowo omówił zagadnienia mające zastosowanie w praktyce pielęgniarskiej. Są to przykładowo: zaburzenia metaboliczne w cukrzycy, bilans energetyczny organizmu czło-

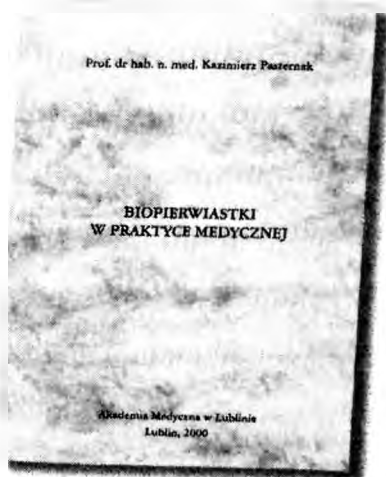
wieka w aspekcie prawidłowego żywienia i odżywiania, a także szczegółowa charakterystyka tkanek i narządów ze szczególnym podkreśleniem roli krwi. Podobnie trafnie w końcowej części opracowania teoretycznego autor krótko omawia praktyczne tematy z diagnostyki biochemicznej.

W części doświadczałnej przedstawiono podstawowe metody badania płynów ustrojowych. Autor wybrał proste w wykonaniu metody analityczne, które w sposób wystarczający pozwalają poszerzyć wiadomości teoretyczne. Wybór doświadczeń jest znacznie szerszy, niż możliwości czasowe programu. Sądzę, że korzystający z podręcznika będą we własnym zakresie dokonywać stosownych wyborów.

Reasumując ocenę merytoryczną podręcznika pragnę stwierdzić, że stanowi on niezwykle cenną pozycję dydaktyczną. Autor dokonał trafnego wyboru materiału z zakresu biochemii kierując się specyfiką studiów pielęgniarskich. Uważam, że przedstawione treści będące przeglądem nie tylko zagadnień z zakresu biochemii, ale również fizjologii, patofizjologii i diagnostyki laboratoryjnej, z podkreśleniem wykorzystania w praktyce zawodowej, pozwalają lepiej zrozumieć i opanować trudny przedmiot, jakim jest biochemia. Z podręcznika tego mogą i powinni korzystać studium pielęgniarstwo na kolejnych latach studiów, co stanowi jego niezaprzeczalny walor.

Professor K. Pasternak wypełnił lukę na rynku podręczników akademickich w zakresie biochemii. Liczne opracowania z tego zakresu nie zawsze mogą być wykorzystywane na kierunku pielęgniarskim, o czym pisze we wstępie. Autor jest doświadczonym nauczycielem akademickim, mającym wieloletnią praktykę w nauczaniu biochemii na kierunku pielęgniarskim. Zdobyte doświadczenia, co daje się zauważyć, znajdują odzwierciedlenie w podręczniku, który oceniam niezwykle pozytywnie. Uważam, że jest to aktualnie jedyna książka z podstaw biochemii, którą należałoby zalecić we wszystkich uczelniach podejmujących kształcenie pielęgniarek w systemie dziennych studiów licencjackich i magisterskich.

DR HAB. JAN KARCZEWSKI



BIOPIERWIASTKI W PRAKTYCE MEDYCZNEJ

Prof. dr hab. Kazimierz Pasternak

Instytut Edukacji Zdrowotnej
i Opieki Człowieka
Lublin 2000

Rozwój nauki poświęconej roli biopierwiastków w organizmie ludzkim datuje się około 40 lat i jest nierozłącznie związany z postępem nowoczesnych metod analitycznych, które stały się podstawą do wiedzy o roli i znaczeniu tzw. pierwiastków śladowych w wielu procesach fizjologicznych i patologii.

Możliwość dysponowania nowoczesnymi metodami analitycznymi pozwoliła w sposób wiarygodny prześledzić procesy wchłaniania biopierwiastków, dystrybucję, rozmieszczenie w organizmie, narządach, tkankach, płynach ustrojowych, komórkach i strukturach subkomórkowych. Większość biopierwiastków wchodzi w skład enzymów, dla których stają się aktywatorami w podstawowych dla życia procesach metabolicznych przemiany węglowodanowej, białkowej, tłuszczowej oraz przemiany kwasów nukleinowych. Uczestniczą w syntezie wiązań wyso-

koenergetycznych przy wytwarzaniu, magazynowaniu i wykorzystywaniu energii. Część enzymów z udziałem biopierwiastków odgrywa ważną rolę obronną w mechanizmach ochronnych przed działaniem szkodliwych czynników, w tym przede wszystkim wolnych rodników tlenowych.

Rozwój nowoczesnych technik analitycznych przyczynił się do szybkiego rozwoju biochemii nieorganicznej i nowej gałęzi biochemii klinicznej jaką jest nauka o roli biopierwiastków w fizjologii i patologii organizmu ludzkiego. Oprócz dobrze poznanych wcześniej takich biopierwiastków jak sód, potas, wapń, żelazo, które znalazły trwałe miejsce w diagnostyce medycznej, w ostatnich latach szczególne zainteresowanie badaczy budzi magnez oraz mniej poznane pierwiastki jak selen, miedź, cynk, kobalt, mangan, chrom molibden oraz metale toksyczne jak glin, ołów, kadm i rtęć. Znajomość roli fizjologicznej i patofizjologicznej tych pierwiastków w warunkach prawidłowych jak również w stanach niedoboru lub nadmiaru powinna stanowić element podstawowego, obowiązującego wykształcenia studentów medycyny, a szczególnie lekarzy różnych specjalności klinicznych.

Posiadając podstawową wiedzę na temat roli jaką odgrywają poszczególne pierwiastki w patologii wielu chorób można przez odpowiedni dobór diety, kontrolowanej suplementacji prowadzić bardziej skuteczną profilaktykę i leczenie wielu schorzeń o charakterze społecznym.

Diagnostyka biochemiczna stężeń biopierwiastków i prawidłowa suplementacja pod kontrolą badań analitycznych pozwoli na racjonalne, przyczynowe postępowanie, gdy objawy chorobowe niejednoznacznie definiują rzeczywistą przyczynę choroby.

Z satysfakcją można stwierdzić, że ogólna wiedza społeczna o pozytywnej roli biopierwiastków jest coraz większa o czym świadczy stale wzrastające zainteresowanie i popyt na liczne preparaty farmaceutyczne i wody mineralne zawierające biopierwiastki.

Z przykrością, natomiast należy zauważyć, że na rynku polskim jest bardzo niewiele wydawnictw poświęco-

nych roli biopierwiastków przeznaczonych dla studentów medycyny i lekarzy różnych specjalności klinicznych.

Przyczyną tej luki wydawniczej upatruję w trudności jakiej sprostac musi autor takiej publikacji tzn. osiąść dogłębną wiedzę w zakresie chemii, biochemii, fizjologii, patofizjologii, analityki lekarskiej i kliniki chorób spowodowanych niedoborem lub nadmiarem pierwiastków.

Prof. dr hab. Kazimierz Pasternak podjął się trudnego, ale bardzo aktualnego i przydatnego zadania, zbiorczego opracowania niezbędnej wiedzy o biopierwiastkach posiadających istotne znaczenie w praktyce medycznej. Od wielu lat przedmiotem zainteresowań naukowych autora jest rola i znaczenie biopierwiastków, a szczególnie magnezu, w stanach niedoboru lub nadmiaru na funkcję ustroju, a głównie biochemiczne wykładniki funkcji narządów. Świadczy o tym bogaty i znaczący dorobek naukowy autora w postaci bardzo licznych publikacji prac badawczych, doświadczalnych i klinicznych w zakresie oceny stężeń biopierwiastków w ustroju, różnych narządach oraz ich roli patofizjologicznej w stanach niedoboru i nadmiaru.

W przygotowanej publikacji pt. „Biopierwiastki w praktyce medycznej” autor przedstawił zbiór najważniejszych, zgodnych ze stanem współczesnej wiedzy informacji o biopierwiastkach mających największe znaczenie w praktyce medycznej. Informacje zawierają krótką charakterystykę biopierwiastka, występowanie, rozmieszczenie, zapotrzebowanie i rolę w organizmie oraz przyczyny i objawy kliniczne spowodowane niedoborem lub nadmiarem danego pierwiastka w ustroju. Uzupelnienie praktyczne stanowią informacje dotyczące diagnostyki analityczno-klinicznej stanów niedoboru oraz wskazań i sposobu suplementacji dostępnymi preparatami farmaceutycznymi.

Najwięcej uwagi, bo około połowę publikacji, poświęcił autor magnezowi. Jest to ze wszech miar uzasadnione, gdyż rola i znaczenie tego pierwiastka w medycynie posiada największe znaczenie oraz największe zainteresowanie badaczy i klinicystów. Skala osób wykazujących niedobór magnezu się-

ga 40-60% w społeczeństwach uprzemysłowionych, a negatywne skutki zdrowotne tego zjawiska zostały wiarygodnie udokumentowane.

Dlatego też z uznaniem należy przyjąć szerokie i szczegółowe potraktowanie przez autora informacji o magnezie obejmujące nie tylko zagadnienia ogólne o jego rozmieszczeniu, wchłanianiu, zapotrzebowaniu i objawach niedoboru. Szczególnie cenne informacje z punktu widzenia praktycznego posiadają rozdziały dotyczące szczegółowej diagnostyki klinicznej i analitycznej stanów jawnego i utajonego niedoboru magnezu oraz roli magnezu w licznych schorzeniach jak stres, nerwice, zaburzenia rytmu serca, choroba niedokrwienna i zawał serca, nadciśnienie, niewydolność krążenia, nowotwory, cukrzyca i inne.

Świadczy to o bardzo dużej wiedzy autora oraz doskonałym wyczuciu zapotrzebowania czytelników na znacznie szerszą i szczegółową wiedzę w tym zakresie.

Czytając publikację „Biopierwiastki w praktyce medycznej” autorstwa prof. Kazimierza Pasternaka zwraca uwagę jasne i zwięzłe przedstawianie informacji, umiejętnie i wyważone zachowanie proporcji podawanych informacji z zakresu biochemii, fizjologii, patologii, analityki i kliniki. Wielką zaletą publikacji jest staranność w usystematyzowaniu podawanych informacji, co sprawia możliwość łatwego przyswojenia podanych wiadomości.

Publikacja posiada obok wartości poznawczych wiele cennych walorów praktycznych dla lekarzy w zakresie diagnostyki i leczenia stanów zaburzonej homeostazy biopierwiastków.

Opracowanie stanowi bardzo przydatne kompendium wiedzy o biopierwiastkach. Na rynku wydawniczym istnieje duży brak tego typu publikacji.

Jestem głęboko przekonany, że publikacja pt. „Biopierwiastki w praktyce medycznej” autorstwa prof. dr hab. Kazimierza Pasternaka spotka się z szerokim zainteresowaniem czytelników, a autor w krótkim czasie zostanie zobligowany do opracowania nowego wydania, poszerzonego i uzupełnionego o najnowsze zdobycze wiedzy oraz bibliografię.

PROF. DR HAB. LECH WALASEK

Jeszcze o sylwetce nieodżałowanej pamięci Profesora Czesława Ryll-Nardzewskiego



Na tablicy przyjęć w przychodni widziałem także nazwisko Profesora i zgłosiłem się z zastarzałą grzybicą obu stóp, z obrzękami utrudniającymi odbywanie nocnych wart z bronią, całodobowych służb wewnętrznych itp. zajęć typowo wojskowych. Dziś schorzenie to określiłbym z angielska „athletic foot”, czyli zmiany chorobowe spowodowane ciężko pracującą, przy dużym obciążeniu, stopą – w wyniku zawodniczego uprawiania przeze mnie piłki nożnej, biegów, narciarstwa, nasilone chodzeniem od szóstej rano do dwudziestej drugiej i co najmniej jeden raz w tygodniu całonocnymi wartami lub służbą, bez zdejmowania butów ogólnowojskowych, z których każdy, do dziś waży 1,1 kilograma.

Z gabinetu lekarskiego wyszedł w mundurze kapitana okulista dr Tadeusz Krwawicz, wkrótce nadszedł także w mundurze uszytym z dobrego materiału i dobrze skrojonym, w stopniu podpułkownika – Profesor Czesław Ryll Nardzewski. Obaj chwilę rozmawiali literacką i wyraźnie mówioną polszczyzną.

Mówi się, że dobrego lekarza pozna się między innymi po tym, że jest dobrym człowiekiem, szczególnie, gdy okaże pacjentowi zainteresowanie jego chorobą, nieco życzliwości, a szczególnie odrobinę tzw. „serca”. Takim Go zobaczyłem po raz pierwszy i takim był aż do końca życia.

Właściwie podczas kolejnych wizyt dobieierałem z apteki szpitala wojskowego kolejne porcje proderminy – wyciągu z węgla drzewnego, czarnej i z charakterystyczną wonią smoły. Woń ta dominowała w czasie ćwiczeń z dermatologii i od tej maści pościel, bielizna osobista i ręczniki były ziemistozsare. Dziś ten preparat jest bezbarw-

Cale moje dojrzałe życie to kilkakrotna przeplatanka służby wojskowej, pracy w cywilnej służbie zdrowia oraz jako lekarza cywilnego w szpitalu wojskowym w Lublinie. Na każdym z tych odcinków miałem kontakt z profesorem Czesławem Ryll Nardzewskim, mym czcigodnym nauczycielem i wychowawcą.

Po raz pierwszy zetknąłem się z Nim jesienią 1945 r. jako student I roku medycyny, a zarazem żołnierz licznej społeczności, jaką była Katedra Medycyny Wojskowej, mieszcząca się przy ul. Narutowicza 1 od września 1945 do lipca 1946. Potem był wybór: mogłem się przenieść jako wojskowy do Łodzi, albo pozostać w Lublinie idąc do „cywila”. Wolałem jednak pozostać w Lublinie. W czasie mej służby we wschodnim skrzydle budynku była przychodnia lekarska, w której jako tzw. lekarz załogi przyjmował świeżo dyplomowany kpt Alfred Bieliński, pracując także w szpitalu wojskowym.

ny i bezwonny, natomiast jego czarne postacie są łączone z innymi maściami.

Tak naprawdę do końca lat czterdziestych nie było czym leczyć. Dominowała maść salicylowo-siarkowo-mydlana na żółtej wazelinie, znana jako maść Lenartowicza, profesora z Krakowa. Ma ta maść ciągle zastosowanie i wzięcie, bo nie powoduje alergii i co najważniejsze, jest tania, znajduje się pod ręką (wytworza ją m. in. Laboratorium Galenowe lubelskiego Cefarmu), wprowadzona przez nas obu jako gotowy produkt do aptek, od wielu lat cieszy się sporym powodzeniem.

Obrzęki i schorzenie ustąpiły po miesiącu leczenia, leczenie okazało się radykalne. Nie było nawrotu, kiedy w 1950 roku byłem „wzięty” z kliniki do wojska lekarzem na siedmiotygodniowe intensywne, typowe rekruckie przeszkolenie z karabinkiem w rękę w Śremie nad Wartą.

W czasie studiów miałem zwyczaj siadania na wykładach i na ćwiczeniach jak najbliżej wykładowcy; na kolokwia i egzaminy szedłem jak na rozmowę dwu dobrze znanych sobie ludzi. Mile wspominam ćwiczenia z dermatologii z dr Jadwigą Wojtkiewiczową, zawsze pogodną i uśmiechniętą.

Dominowały wtedy wszystkie postacie kiły – od wrodzonej, poprzez śródmiąższowe zapalenie rogówki powodujące ślepotę, a objawiające się nie leczoną kiłą wrodzoną w okresie pokwitania, rozległe owrzodzenia skóry, wiał rdzenia, porażenie postępujące. Pierwsze „jaskółki” penicylinowe w postaci kryształicznej tego leku, a później oleistej, pojawiły się znacznie później, w użyciu był nieśmiertelny bizmut (i.m.) oraz neosalvarsan rozpuszczalny w glukozie, stosowany dożylnie w dawkach od 0,3 do 0,6 g. Niewiele to pomagało, niszczyło wątrobę. Dużo było gruzlicy skóry, wszelkich postaci zadawnionych grzybic, miejsc mało, o budowie baraku – (dziś oddział A), nie było w ogóle mowy, w kotłowni palacz Lalak grzał tylko wodę, w piecach paliło się jeszcze przez długie, długie lata. Ataki łuszczycy jakby przycichły przez te biedne i głodne lata okupacji i co najmniej przez 10 lat po wkroczeniu Armii Czerwonej w lipcu

1944 r. Rzeźączkowe zapalenia cewki u mężczyzn leczyło się wlewkami do cewki za pomocą strzykawki Janeta z gumową końcówką, jak w zabiegu Credego po urodzeniu, azotanem srebra. O tym jak to było bolesne wiedzą tylko ci, którzy mieli te zabiegi i ci, którzy je robili.

Dobra znajomość wiedzy interdyscyplinarnej przydała mi się na przedypłomowym egzaminie z chorób wewnętrznych u profesora Michała Voita, który, choć życzliwy, był bardzo wymagający. Profesor M. Voit nie wiedział, że pracowałem już na dermatologii, i wiem wiele na temat kiły i tak mi utrafił z pytaniem o kiłę serca, że zdałem na ocenę dobrą za pierwszym podejściem.

Moje wojenne losy to cała odyseja i rzucanie mnie z jednego końca Polski na drugi. Młode serce wytrzymało, ojca – nie. Po Jego śmierci zostałem bez pomocy z domu, zdany podczas studiów na własne siły. Z racji ukończenia w czasie okupacji tajnego liceum pedagogicznego ze specjalnością wychowanie fizyczne, w latach 1948-49 podjąłem pracę na całym etacie w VI Liceum (dzielnica Dziesiąta). W wyniku powiększenia potencjału szkolnictwa ponadpodstawowego studenci po zdaniu egzaminu kierunkowego chętnie przyjmowani byli do szkół jako nauczyciele. Wdzięczny byłem Janowi Kudejce, z którym wspólnie trenowaliśmy w AZS skok o tyczce, ja także biegi, i graliśmy w piłkę nożną. Ja na poziomie mistrzowskim, on – amatorskim. Zarekomendował mnie latem 1949 Profesorowi. Zostałem przyjęty, jako że byłem po egzaminie z dermatologii, na p.o. młodszego asystenta, a po dyplomie awansowałem na młodszego asystenta wraz z możliwością rozpoczęcia specjalizacji. Czasy były bardzo ciężkie, wszystkim żyło się ubogo, do końca 1946 roku nawet papierosy były na kartki, podobnie zresztą jak w latach 1976-82, nawet na obuwie. To ubóstwo odczuwało się dopiero po wyjściu z kliniki. Profesor w pracy pogodą ducha stwarzał niepowtarzalną, nadzwyczajną atmosferę na każdym kroku, pomagał, doradził, był kilkakrotnie w ciągu dnia na dwu oddziałach, umiał życzliwie i bezpośrednio rozmawiać z pacjentami, znał ich potrzeby. Nam przypominał, by publiko-

wać prace kazuistyczne, co czyniono między innymi w Przeglądzie Dermatologicznym przesyłając do redakcji tekst i opisy demonstrowanych chorych.

Ugruntowywał m. in. tym sposobem dobre imię lubelskiej dermatologii w skali kraju i za granicą. Często gościł w Lublinie prof. Stefanę Jabłońską i wiele innych sław naukowych. Żał było opuszczać Lublin, i taką pracę, do której przychodziło się z przyjemnością, a wychodziło z poczuciem dobrego jej spełnienia. Tu miałem rodzinę, możliwość uprawiania sportu, tu działałem itp.

Po trzech latach pracy, w 1952 roku dostałem powołanie na kurs przysposobienia oficerskiego w Śremie. Następnie dalsze lekarskie szkolenie w Łodzi, kolejna przysięga, stopień porucznika i skierowanie do VI Dywizji Przelamania Artyleryjskiego w Szladze na Mazurach.

Rozdętą do blisko 600 tysięcy żołnierzy armię oraz około 950 tysięcy żołnierzy Armii Czerwonej rozmieszczonych na Mazurach i Śląsku w wyniku narastającej psychozy trzeciej wojny światowej kraj nasz żywił bezpłatnie. 24-milionowa ludność z ogromnym trudem utrzymywała tego kolosa, zrzekliśmy się nawet reparacji wojennych na rzecz Związku Radzieckiego. Ludność na Ziemiach Odzyskanych w niepewności siedziała na walizkach – zwłaszcza w okolicach Szczecina. Dziś państwo polskiego nie stać na utrzymanie 330-tysięcznego wojska, (w planach jest redukcja armii do 150 tysięcy). Stąd rotacja w wyniku ciągłego ubywania lekarzy widoczna także w klinice. Dr Leon Błazewski odszedł do Polikliniki MSW. Jerzy Platakis wyjechał z rektorem UMCS prof. Tadeuszem Kielanowskim do nowo powstającej Akademii Medycznej w Białymstoku. Otwarto wojewódzką przychodnię skórno-wenerologiczną z dr Piotrowskim na czele. Brano do wojska nawet absolwentów bez kilku egzaminów końcowych, jako że był to sposób uniknięcia służby wojskowej, każąc im składać te egzaminy, niemal czwórkami, z marszu w Łodzi.

Mój pułk artylerii ciężkiej (haubice 152 milimetrów niosące pociski na odległość 17 kilometrów) prowadził nieustannie ostre strzelania na duże odległości, dochodząc w tym niemal do per-

fekcji. Działo się to kosztem zdrowia fizycznego, psychicznego i człowieczeństwa żołnierza traktowanego niemal jak automat do strzelania podczas dwóch lat służby, a w marynarce wojennej i łączności przez trzy lata. Byliśmy wkrótce kandydatami do wyjazdu na wojnę koreańską w roli tzw. „chińskich ochotników”. Psychoza trzeciej wojny światowej zaczęła powoli zmniejszać się, zwłaszcza po śmierci Stalina w dniu 5 marca 1953 r.

Na zaproszeniu na październikową sesję poświęconą pamięci Profesora Czesława Rylla Nardzewskiego u góry widniała myśl wypowiedziana niegdyś przez Alberta Einsteina „Kto żyje dla dobra innych – ten żyje naprawdę”.

Moje sześć lat wojska to udział własny w tej refleksji Einsteina. Szlaga, której nie ma na mapie, cztery kilometry od przystanku kolejowego i dziesięć od najbliższego ośrodka ludzkiego, najgorszego zielonego garnizonu otoczonego drutem kolczastym z lasem za drutami. Pierwszą moją czynnością zaraz po przybyciu było wystawienie świadectwa zgonu żołnierza, który się powiesił w kotłowni, co nie było przypadkiem rzadkim, choć wieszano się i w innych miejscach.

Jak zbawienie dla mnie przychodzi rozkaz odkomenderowania na trzy miesiące do szpitala w Lublinie w miesiącach kwiecień – czerwiec 1953 r. W Lublinie dowiaduję się, że mam zastępować ppłk dr med. A. Bielińskiego wobec jego dłuższej nieobecności jako p. o. ordynatora, bo do tej pory był tylko taki etat. Łóżek 24, przyjęć ambulatoryjnych dużo, dochodzą emeryci i ich rodziny, dotychczas leczone poza cywilną służbą zdrowia.

Do Profesora przywoziłem na konsultacje żołnierzy, szczególnie tych, którzy byli przewidziani do zwolnienia z wojska ze względu na stan zdrowia. Komórka zwalnająca to garnizonowa wojskowa komisja lekarska wymagająca potwierdzenia klinicznego i histopatologicznego przez kierownika kliniki, jako że nastąpiły serie czerniaków skóry. Jak się później okazało robiono z jednego prawdziwego wycinka 10 preparatów i umiejętnie podstawiano i seriami zaczęli się zgłaszać chorzy na gruźlicę

pluc z identycznymi zmianami. Zawsze odbywałem konsultacje o wyznaczonej godzinie, bo w sprawach organizacji pracy, jak zawsze Profesor był niezawodny, a dla chorego zawsze znalazł czas, nigdy nie odmówił konsultacji niezależnie od tego, kiedy i jaką drogą pacjent do Niego trafił. Do pracy przychodził pierwszy, a ostatni z niej wychodził. Był w niedziele i święta, przed świętami składał pracownikom i pacjentom na salach okolicznościowe życzenia. Jakby w dowód Jego pamięci gabinet do dziś pozostał bez zmian. Profesor był wzorem skromności i grzeczności i tylko raz słyszałem, kiedy się bardzo złościł na mnie w 1958 roku, w czasie mojego rocznego kształcenia w klinice na stypendium przed zdaniem pierwszego stopnia specjalizacji.

Po likwidacji „boga wojny”, tj. artylerii na rzecz wojsk raketowych w 1957 r. zdjąłem mundur po raz drugi i na zawsze. Jeszcze w wojsku próbowałem przenieść się na oddział dermatologiczny szpitala wojskowego w Lublinie, ale zarówno ordynator jak i komendant orzekli zgodnie, że jako niepartyjny i nie deklarujący wstąpienia do PZPR nie mogę tu pracować, gdyż każdy oficer lekarz musi być członkiem tej partii.

Przez sześć lat mojej nieobecności w Lublinie wyszło sześć roczników lekarzy. Przez rok z konieczności pracowałem w fabryce samochodów ciężarowych czekając na stypendium, a po uzyskaniu specjalizacji – musiałem objąć funkcję kierownika przychodni dermatologicznej w Bełżycach i Janowie po pół etatu, z koniecznością niezawodnej obecności jeden raz w tygodniu. Pozostałe cztery dni, bo pracowało się także we wszystkie soboty, zatrudniony byłem na pół etatu w poradni chorób zawodowych. W czasie stypendium pełniłem dyżury. Przy wieczornym obchodzie zdarzało mi się wypisać receptę do zakupu leku w aptece miejskiej, bo właśnie ten lek robi znakomicie innemu pacjentowi, a klinika go nie ma. Zaopatrzenie w leki, w tym i zagraniczne, było dobre, ludzie byli już bogatsi. Pacjent żądał od Profesora zastosowania tego leku przez klinikę ponieważ tak orzekł lekarz wczoraj dyżurujący. Profesor wyprosił z gabi-

netu lekarzy – prócz mnie, chodził wokół ogromnego biurka – antyku na pierwszym piętrze i gniewnym głosem przez pół godziny mówił na temat, że tylko polski głupek może sądzić, że jedynie zagraniczny lek może pacjenta wyleczyć. Słuchałem na stojąco w końcu sali na baczność, jak regulamin wojskowy nakazuje, mimo, że Profesor był tylko o jeden stopień starszy, przeprosiłem nie próbując się tłumaczyć. Przyzwyczajony do utarczek słownych z Ludwikiem Piasekim Profesor udobruchał się i wyszedł skreśliwszy mnie z listy dyżurujących.

Do Janowa i Bełżyc jeździłem przez cztery lata nie opuściwszy nawet jednego dnia, kiedy nie kursowały autobusy Państwowej Komunikacji Samochodowej ze względu na 25° mrozy i kilkumetrowe zasy. Zawdzięczam to wtedy, jeszcze zwanej samochodem, syrenie 101, pierwszej w Lublinie, z przednim napędem i łańcuchami na przednich kołach.

Ta kolejna moja mała stabilizacja nie trwała długo. Od stycznia 1963 r. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej wprowadziło zarządzenie, że lekarz musi być zatrudniony na pełnym etacie, a prace dodatkowe wykonywać ma za zgodą pracodawcy. Miało to wykluczyć przypadki, jak u dr J. z Lublina, który brał łącznie pieniądze za 26 godzin pracy na dobę, wobec czego musiał go dzień wstawać o dwie godziny wcześniej. Dr A. Bieliński, u którego nie mogłem pracować w 1957 roku nie chcąc sprzedać swoich przekonań za trzydzieści srebrników. Po nieudanym transferze rodzinnym i drugim transferze z kliniki dr A. Bieliński zaproponował etat cywilny przy czym ogrom pracy jest ten sam, tylko znacznie mniejsze pieniądze teraz i przy emeryturze. Przyjąłem propozycję i tak zostało do mojej emerytury.

Profesor często wyjeżdżał do szesnastu wtedy powiatowych przychodni dermatologicznych, które prawie wszystkie obsadził specjalistami promowanymi w Jego klinice. Szczególnie często bywał w Janowie u brata profesora Mienickiego – kierownika kliniki dermatologii w Łodzi, gdzie spotykali się w trójkę jak za dawnych lat. Przy Nim i ja byłem zapraszany do ich domu na obiady. Szczególnie tu Profesor okazał się znakomi-

tym gawedziarzem, miał swoje zdanie w sprawach polityki, kultury, gospodarki, szkolnictwa itp., co dowodziło Jego szerokich horyzontów i dużej wiedzy ogólnej. Niedosięgniętym wzorem lekarza – humanisty był rektor UMCS prof. dr hab. Tadeusz Kielanowski (vide mój artykuł w *Alma Mater* 1/18/1996). Profesor Ryll Nardzewski jest tuż za nim, na drugim miejscu, między innymi i za to, że kiedy pracowałem w klinice na stypendium w 1958 roku jeździłem jeden raz w tygodniu do Ludwina, 4 kilometry za Łęczną, jako lekarz ogólny prywatnie praktykujący. Oplacało się. Myślałem, że ujdzie to uwadze Profesora. Nie uszło... Profesor przyszedł po południu do mego domu przy ul. Narutowicza 14 i pytał, czy przypadkiem nie jestem chory, gdyż nie było mnie w pracy. Zaproszony przez teściową na herbatę, z ciekawością wysłuchał w towarzystwie jej matki i dwóch chłopaków, że zdrowie mam żelazne, płatnie sędziuję zawody piłki nożnej, lekkiej atletyki, jestem pełnokwalifikowanym trenerem biegaczy i skoczków narciarskich WKS Lublinianki itp. rzeczy, o których się przy herbacie mówi, i że mimo pracy córki i mojej w domu się nie przelewa, gdyż płacimy raty na mieszkanie w LSM. Profesor sprawę pominął milczeniem, w stosunku do mnie w pracy jakby cicho akceptując ten stan rzeczy. Nadużywano często dobroci Profesora. Jego wiarę w ludzi i wrodzoną łagodność nadużywali nawet dwaj starsi asystenci rano zdobywający pieniądze na alkohol od pacjentów, a w południe udający się do najbliższego Baru Centralnego.

Swoimi poczynaniami Profesor dobrze zapisał się w pamięci wszystkich, którzy się z Nim zetknęli.

Spoczywaj w spokoju, mój Nauczycielu i Wychowawco, po wzorowo i pracowicie spędzonym życiu. Dbateś więcej o każdego pacjenta niż o siebie samego, a w swym postępowaniu wyprzedziłeś o wiele lat wypowiedź księdza Jana Twardowskiego: „*Śpieszmy się kochać ludzi – tak szybko odchodzą*”.

LEK. MED. LUCJAN PIĄTEK

Uzupełnione dane biograficzne

Po opublikowaniu pierwszych sylwetek nieżyjących nauczycieli akademickich napisał do nas dr n. med. Stanisław Sobocki z Jarosławia z prośbą o zamieszczenie uzupełniającego biogramu prof. dr hab. Aleksandra Goldschmieda.

Oto wspomniany szkic biograficzny pióra dr n. med. Stanisława Sobockiego.



Prof. dr hab. Aleksander Goldschmied
1906-
(data śmierci nie znana)

Ukończył studia na Wydziale Lekarskim UJ i otrzymał dyplom lekarza 25 czerwca 1930 r. Habilitował się 25 stycznia 1947 r. na podstawie pracy pt. „Badania nad glikemią w przebiegu choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy oraz spraw zapalnych”. Posiadał specjalizację II° z zakresu chorób wewnętrznych oraz II° z chorób zakaźnych. W 1949 r. przybył do Lublina i objął kierownictwo I Kliniki Chorób Wewnętrznych w Bobolanum (Szpital Św. Andrzeja Boboli – obecnie szpital wojskowy przy Al. Racławickich). W czasie swej pracy od 1950 r. został powołany na stanowisko Dziekana

Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie. Wykładał propedeutykę chorób wewnętrznych dla studentów III, IV i V roku Wydziału Lekarskiego oraz choroby zakaźne dla V roku Wydziału Lekarskiego.

Znacznie rozbudował i unowocześnił klinikę chorób wewnętrznych tworząc specjalny „Oddział leczenia snem” zwłaszcza choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy jak i innych chorób psychosomatycznych. Wyniki uzyskiwane w oddziale leczenia snem były bardzo obiecujące. W Lublinie mieszkał przy ul. Szopena i, co należy podkreślić, był zawsze dostępny nawet dla studentów, mimo częstych niedyspozycji zdrowotnych. Był człowiekiem wielkiej inteligencji i wiedzy, zwłaszcza lekarskiej, odznaczał się kulturą osobistą. W czasie pracy w UMCS i AM w Lublinie zasłużył się dla naszej Uczelni.

Po wyjeździe z Lublina w 1953 r. dość krótko pracował w Łodzi, gdzie został prorektorem i kierownikiem Kliniki Chorób Zakaźnych tamtejszej Akademii Medycznej, następnie został mianowany dyrektorem Departamentu Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia w Warszawie. Wyjechał do Tel Awiwu i pracował tam jako lekarz. Zmarł w Izraelu.

OPR. STANISŁAW SOBOCKI

Uśmiech Eskulapa

- No i jak moja metoda na bezsenność?
- Liczy pan?
- Liczę. Wczoraj doliczyłem się 265789!
- I zasnął pan?
- Nie. Musiałem już wstawać.

Przychodzi pacjent do lekarza.

Po zbadaniu lekarz stwierdza:

- Ma pan rozedmę płuc. Prawdopodobnie jest pan muzykiem i gra na instrumencie wymagającym dużo powietrza, nieprawdaż?
- Zgadza się.
- A na czym pan gra? Na trąbie, puzonie...?
- Na akordeonie.

- Czy lekarstwo, które dałam pani przed tygodniem, przydało się?

- Tak, jest nadzwyczajne! Wątroba już mnie nie boli, syn przestał kasłać, mąż nie ma reumatyzmu, dziadkowi przeszło lumbago, ale najbardziej jestem ucieszona z tego, że wspaniale wyczyściłam nim srebrne sztucce!

Pacjent budzi się w szpitalu. Czuje, że gdzieś go wiozą.

- Dokąd mnie wieziecie? - pyta sanitariuszy,
- Do kostnicy.
- Cooo?! Przecież ja jeszcze żyję!
- Nie drzyj się pan, w administracji wiedzą lepiej.

Panie doktorze! Nie mogę nic jeść!

- Nie przejmuj się pan. Teraz wszystko jest takie drogie...

- Czemu mnie siostra budzi? - pyta zaspany chory.

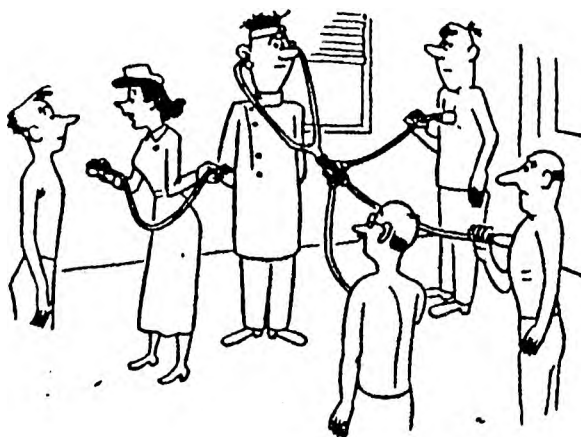
- Zapomniał pan wziąć proszek nasenny.

Kto pana tak pogryzł?

- Mój pies. Wróciłem wczoraj trzeźwy i drań mnie nie poznał.

- Panie doktorze. Zoperował pan moją żonę na pęcherzyk, usunął pan kamienie, ale dlaczego ona ma wciąż tyle żółci?

- Proszę brać te leki i przez miesiąc nie siadać do pianina.
- Dlaczego, panie doktorze?
- Bo ja mieszkam piętro wyżej.



Przysłowia o zdrowiu

W winie prawda, w wodzie zdrowie

LACIŃSKIE

Wesołość człowieka świadczy o jego zdrowiu

MURZYŃSKIE

Zmęczenie ciała jest zdrowe dla duszy

FRANCUSKIE

Czystość to zdrowie

POLSKIE

Dla zdrowego wszystko wydaje się zdrowe

ROSYJSKIE

Higiena przyjaciółką zdrowia

LACIŃSKIE

**Lekarz choremu dogodzi,
gdy w chorobie nie zaszkodzi**

POLSKIE

Mędrzec nie leczy chorych, lecz zdrowych

CHIŃSKIE

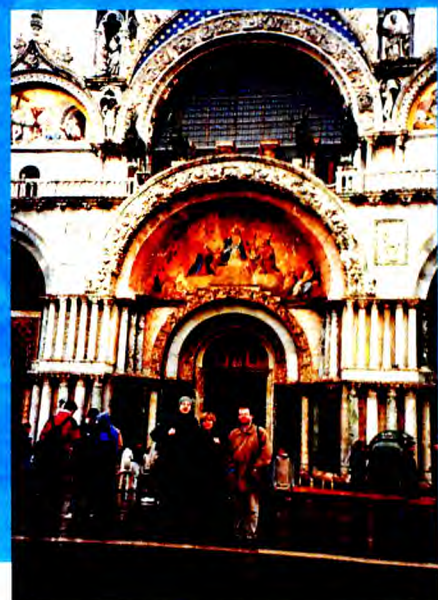
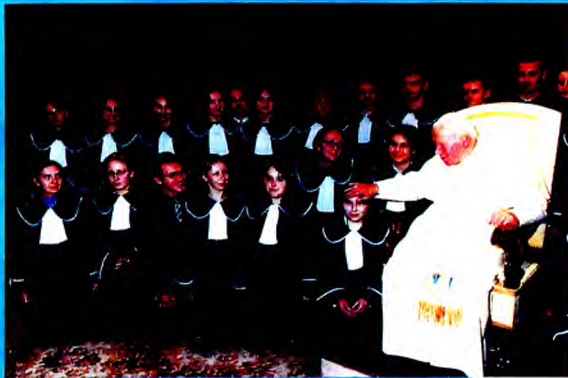
**Nie jest ważne, co wywołuje chorobę,
ale co ją usuwa**

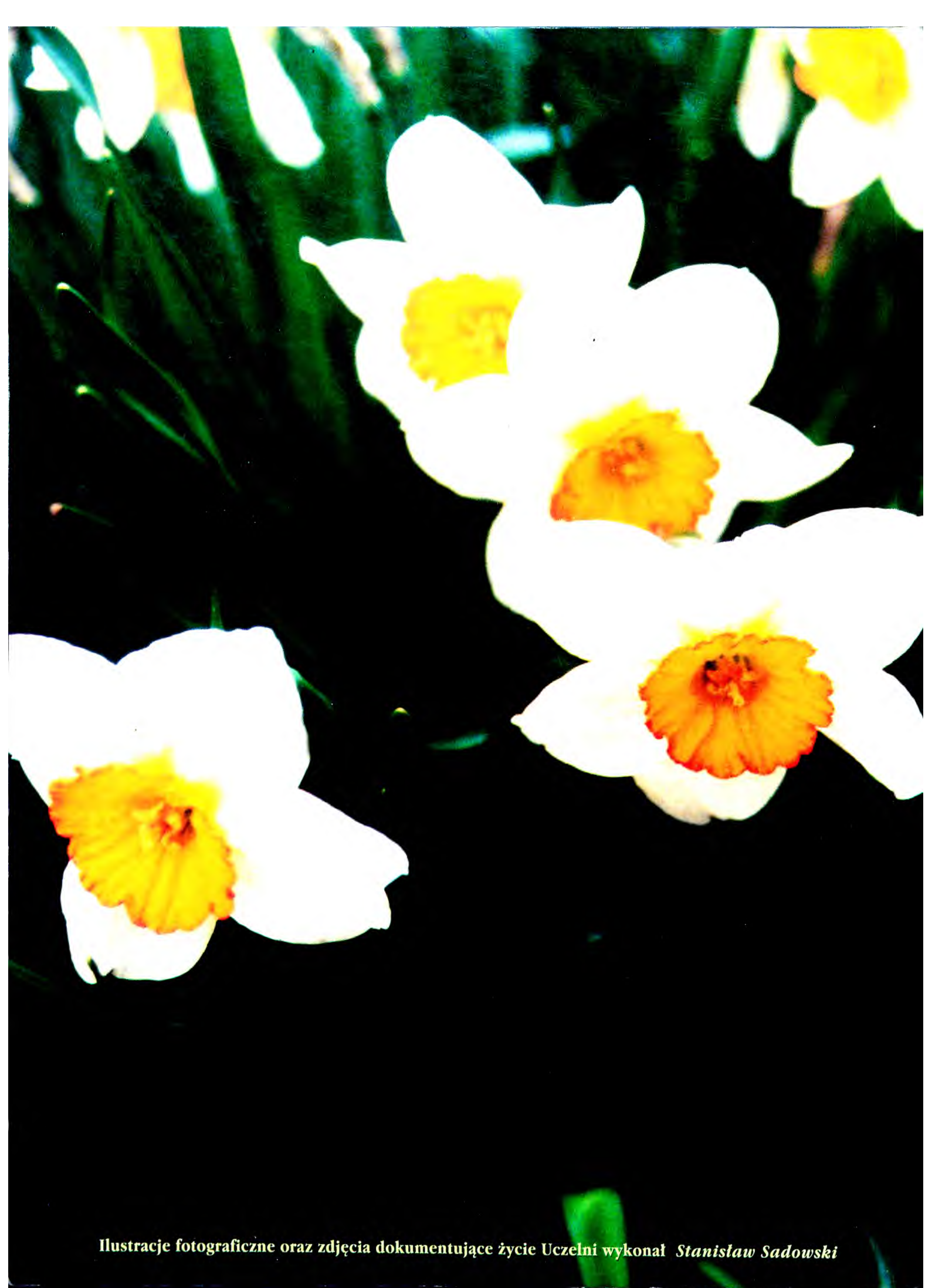
LACIŃSKIE

Sytość zdrowiu i cnotie szkodliwa

POLSKIE

Tam, gdzie prowadzą wszystkie drogi...





Ilustracje fotograficzne oraz zdjęcia dokumentujące życie Uczelni wykonał *Stanisław Sadowski*