

GAZETA GDAŃSK AMIG

1 lipca 1992

Rok 2 nr 7(19)

sl.: 11 - 12
13 - 14.

Afirmacja życia

(Referat wygłoszony podczas Konferencji Jubileuszowej -
25 lat Telefonu Zaufania w Polsce, Sopot-Gdynia 9-10.05.1992)

Afirmacja, to według słownika wyrazów obcych - wzmocnienie, potwierdzenie czegoś. Afirmacja życia, to po prostu umocnienie chęci, potwierdzenie wartości i sensu życia.

Na co dzień człowiekowi nie potrzebna jest afirmacja życia. Życie człowieka jest niejako faktem oczywistym, czymś, co nie wymaga specjalnego potwierdzenia, szczególnej argumentacji potwierdzającej jego wartość, czy sens. W chwilach szczególnie radosnych człowiekowi niemal spontanicznie narzucają się stwierdzenia typu: "życie jest piękne", czy też "żyć, nie umierać" itp. Oczywiście, to co nam się w tym momencie zdarza, to sympatyczne doznanie, przyjemne przeżycie same w sobie są afirmacją życia i naprawdę niczego innego w tej chwili człowiek nie oczekuje, być może poza tym, by to przyjemne doznanie trwało długo, jak najdłużej, najlepiej na zawsze.

Problem potrzeby afirmacji życia pojawia się w zupełnie innych sytuacjach, w sytuacjach długotrwałego stresu, bardzo ciężkich doświadczeń życiowych, w sytuacjach kryzysu psychicznego, wtedy, kiedy wszyscy i wszystko jest przeciw nam. Mówiąc o afirmacji życia w takim momencie trudno nie sięgnąć do pytania o wartość życia ludzkiego. Życie człowieka może mieć wartość różnorodną. Wartością może być realizacja swoich potencjalnych możliwości, może być tą wartością drugi człowiek, jego dobro - np. dziecko dla rodziców; może to być realizacja jakiejś idei, jakiejś prawdy, co do której jesteśmy absolutnie przekonani. Wartością mogą być różne formy twórczości realizowane przez człowieka. Można by mnożyć niemal w nieskończoność przykłady tego, co może stanowić wartość ludzkiego życia i w efekcie afirmuje to życie, czyli - mówiąc inaczej - potwierdza jego sens. I w tym momencie dochodzimy do ważnego stwierdzenia, do uchwycenia istotnego związku między afirmacją życia i jego sensem. Sens życia jest chyba tą treścią, która sama w sobie zawiera afirmację życia. Życie ludzkie, które ma sens, nie potrzebuje żadnej innej afirmacji. To jest najbardziej istotna i niepodważalna afirmacja życia.

Przeciwieństwem pojęcia afirmacja, jest negacja, zaprzeczenie. Negacja, czy zaprzeczenie wartości życia, pojawia się w

dramatycznie, czy wręcz tragicznie trudnych momentach. Spotykając się z ludzką tragedią, która kończy się samobójstwem, zastanawiamy się, dlaczego tak się stało, co było tego przyczyną? Bardzo często tajemnica takiej tragedii pozostaje nierozwiązalna na zawsze, obracamy się jedynie w sferze domysłów. Ale zdarza się, że człowiek, który tragicznie sam przerwał swoje życie, wyjaśnia motyw tej decyzji pozostawiając list, czy jakąś inną formę swoistego wyznania. Z tego tragicznego przesłania często dowiadujemy się, że istotną przyczyną desperackiej decyzji było uświadomienie sobie faktu braku sensu własnej egzystencji. A zatem u podłoża tej tragicznej decyzji leży to, co jest negacją, zaprzeczeniem wartości życia. Życie pozbawione sensu jest życiem bez wartości.

Zagadnienie sensu ludzkiego życia należy chyba do kluczowych spraw człowieka, do spraw najpoważniejszych dla istoty ludzkiej. Psychologia jest tą dziedziną wiedzy, która z samej definicji, w sposób najbardziej całościowy, zajmuje się człowiekiem. Ale trzeba stwierdzić, że psychologia "nie rozpieszczała" tego kluczowego zagadnienia. Nic, albo bardzo niewiele znajdziemy na ten temat w większości ze współcześnie znanych kierunków psychologii. Nie było miejsca na to zagadnienie we francuskiej psychoanalizie. Trudno byłoby szukać tej problematyki u Adlera. Jeszcze trudniej chyba u przedstawicieli behawioryzmu. A te kierunki przez wiele lat nadawały ton współczesnej psychologii. Rollo May - jeden z czołowych przedstawicieli psychologii egzystencjalnej, fenomenologicznej, w książce "Psychologia i dylemat ludzki" snuje takie rozważanie: Do bram nieba podchodzi psycholog. Staje przed św. Piotrem i zdaje relację ze swojego długiego, pracowitego życia. Przytacza listę swoich znakomych prac. Wszystkie miały uznanie, bardzo dobre recenzje. Św. Piotr sprawiał wrażenie nie do końca usatysfakcjonowanego. Wreszcie odezwał się: -"Rzeczywiście, prace były wspaniałe. Nie ma zarzutu lenistwa, nie ma też zarzutu dotyczącego twoich poglądów. Jest tylko jeden, ale istotny zarzut, który zresztą jest zarzutem nie tylko wobec ciebie. Ten zarzut brzmi: "nimis simplicandum" tzn. nadmierne uproszczenie".

Jest w tej anegdocie sporo prawdy. Nie można powiedzieć, że poglądy psychoanalityków są nieprawdziwe, że psychologia Adlerowska, czy behavioralna zawierają fałsz. Nie, tego powiedzieć nie wolno. Ale pewnie nie zawierają całej prawdy o człowieku, zubożają obraz człowieka, czegoś istotnego go pozbawiają. W latach pięćdziesiątych psychoterapeuci zaczęli dostrzegać nowy typ pacjentów, których Charles T. Tart w książce "Waking up" nazywa "odnoszącymi sukcesy malkontentami". Ci ludzie, wg współczesnych kryteriów społecznych są ludźmi o normalnej dozie sukcesu. Zwykle mają przyzwoitą pracę i dochody, przyzwoite życie rodzinne, są w miarę akceptowani i szanowani przez swoje otoczenie. Mają więc wszystko, co we współczesnym społeczeństwie jest gwarancją sukcesu. Oczywiście ich życie nie jest wolne od cierpień, czy trudności, ale to jest składnik normalnego życia i tak to jest postrzegane. "Odnoszący sukcesy malkontent" wie, że wg powszechnie przyjętych standardów on powinien być szczęśliwy. A jednak szuka pomocy, bo mimo wszystko życie wydaje mu się "puste". Czyż życie to tylko pieniądze, kariera, dobra doczesne, życie towarzyskie - pyta? Gdzież jest tego wszystkiego sens? Wyraźnie pojawia się pytanie o sens życia ludzkiego.

W związku z tym w ostatnich latach coraz większym zainteresowaniem cieszą się kierunki psychologii antropologicznej, stawiającej pytania dotyczące samej istoty człowieka, analizującej zagadnienia ludzkiego istnienia i jego sensu, zagadnienie ducha, sumienia, wolności i odpowiedzialności człowieka. Idzie tu o podejście fenomenologiczne - zrozumienie człowieka z jego własnego, jednostkowego punktu widzenia; idzie o próbę zrozumienia ludzkiej egzystencji.

Wśród wszystkich kierunków antropologicznych na szczególną uwagę zasługuje analiza egzystencjalna V.E. Frankla.

W przeciwieństwie do psychoanalizy jako analizy popędowości, analiza egzystencjalna jest analizą sensowności. Przedmiotem analizy egzystencjalnej jest właśnie sens istnienia. Dla analizy egzystencjalnej podstawowym założeniem jest stwierdzenie, że człowiek zorientowany jest na sens. Analiza egzystencjalna widzi życie ludzkie jako przepełnione dążeniem do sensu. Tak patrząc, z punktu widzenia analizy egzystencjalnej, afirmacja życia jest poczucie sensu własnego istnienia oraz realizacja tego sensu w życiu codziennym.

Pytając o możliwość znalezienia sensu, otrzymujemy odpowiedź, że sens życia tkwi w samym życiu. Takie stwierdzenie pozornie może wydawać się tautologią, a rozwiązanie problemu - rozwiązaniem pozornym.

Przyglądając się jednak temu stwierdzeniu uważniej okaże się, że stawianie znaku równości między sensem życia a samym życiem nie jest paradoksem, ani też sformułowaniem tautologicznym. Mówiąc, że sensem życia jest samo życie, dwukrotnie używamy słowa "życie", ale występuje ono w dwóch różnych znaczeniach. W pierwszym przypadku mówimy o życiu faktycznym, w drugim - mowa jest o życiu fakultatywnym, z wyboru. Raz mówimy o bycie ludzkim, który jest mi dany, a drugi raz mówimy o bycie ludzkim, który jest mi zadany. Innymi słowy - teza o życiu zawierającym sens w samym sobie brzmiałaby - to co fakultatywne, z wyboru, jest sensem tego, co faktyczne, co zostało dane.

Można powiedzieć, że człowiek nigdy nie jest w pełni człowiekiem, ale dopiero nim się staje. Tylko Bóg mógłby o sobie powiedzieć: Jestem, który Jestem, tzn. jestem zaktualizowaną potencją, urzeczywistnioną możliwością. U Boga zachodzi kongruencja tego, co istnieje (Dasein), z tym, co istnieć powinno (Sosein), egzystencji z esencją, istnienia z istotą. U człowieka natomiast zawsze przeciwstawiają się sobie z jednej strony byt, a z drugiej możliwość i powinność. Ta rozbieżność, ten dystans między bytem a istotą cechuje całe ludzkie życie. Zadaniem człowieka jest ten dystans zmniejszać, czyli byt ludzki zbliżać do istoty, do własnej istoty. A zatem istoty, która jest istotą tego konkretnego człowieka, istotą jedyną, niepowtarzalną.

Sens życia polega na realizowaniu przez człowieka swojej własnej istoty. Jest to więc konkretna istota konkretnej osoby, więcej - dotyczy to również konkretnej sytuacji. Pytając więc o sens życia, trzeba pytać o sens konkretnej osoby, w konkretnej sytuacji.

W ten sposób dochodzimy do aspektu praktycznego dotychczas teoretycznych rozważań na temat analizy egzystencjalnej. Tym praktycznym aspektem jest propozycja specyficznej psychoterapii, którą przedstawia Frankl, czyli logoterapia. Nie jest to oczywiście kierunek zupełnie nieznany na polu różnych oddziaływań psychoterapeutycznych, ale pewnie - mimo wszystko - mniej znany niż wcześniej wspomniana psychoanaliza, czy behawioryzm. Stąd parę słów o naczelnych zasadach kierunku psychoterapeutycznego zwanego logoterapią. Bazą teoretyczną logoterapii jest logoteoria, która ukazuje typowe wymiary egzystencji człowieka. Posługuje się przy tym takimi terminami jak: sens, wartość, wolność, odpowiedzialność, kreatywność, otwartość, cel, intencjonalność itp. Zdaniem Frankla, tym co leży u podłoża cierpień psychicznych współczesnego człowieka jest zablokowanie głównego dynamizmu rozwojowego, podstawowej ludzkiej motywacji, jaką jest spełnienie sensu życia poprzez realizację wartości. Ignorowanie, czy zagubienie tego specyficznie ludzkiego działania powoduje patologiczne funkcjonowanie jednostki, które Frankl nazywa pustką egzystencjonalną, nerwicą noogenną, czy też patologią ducha czasu. I w tym momencie jawi się potrzeba logoterapii. Czym ona jest?

Mówiąc najogólniej, jest pracą nad sobą, jest refleksją nad światem własnych wartości, priorytetów, refleksją nad strukturą i hierarchią własnych i nie tylko własnych potrzeb psychicznych - po to, by swojemu życiu nadać sens. To ciężka i długotrwała praca. Bardzo trudno wykonać ją samemu. Łatwiej, chociaż też trudno, przy pomocy psychoterapeuty. Przy czym rola terapeuty jest rolą wyłącznie inspirującą, zachęcającą, podtrzymującą. Terapeuta nie może narzucać swojej hierarchii wartości, nie wolno mu narzucać swoich przekonań, dawać gotowych rozwiązań. Terapeuta nie może być swoistym bankiem różnych sensów, czy celów życiowych. Jego, psychoterapeuty, rola polega przede wszystkim na inspiracji i podtrzymaniu wtedy, kiedy jest trudno. Wybór i decyzja należą do wolnego i odpowiedzialnego człowieka, który "zderzył się" z własnym problemem egzystencjalnym.

I tu widzę szansę afirmacji życia w sytuacjach, kiedy to życie afirmacji bardzo potrzebuje.

Dr Bogusław Borys, psycholog
I Klinika Chorób Psychiczych AMG

Scena publiczna w oczach naszych studentów

W połowie maja br. Zakład Socjologii i Psychologii Medycyny AMG przeprowadził wśród studentów naszej Uczelni kolejny sondaż, pozwalający uchwycić orientacje i postawy wobec życia publicznego oraz preferencje polityczne młodzieży*. Sondaż został zrealizowany po kolejnym posiedzeniu Sejmu i orędziu prezydenta wygłoszonym w dniu 8 maja. Zastosowana została kombinacja doboru celowego w aspekcie przekrojowym (I, III i VI rok studiów Wydz. Lek.) z próbą zespołową. Badaniu poddano metodą audytoryjną wylosowane grupy**. W opracowaniu wyników uwzględniono elementy porównawcze (m.in. OBOP).

Od Rzecznika Praw Obywatelskich do OPZZ

Podaliśmy alfabetycznie trzynaście instytucji biorących udział w rankingach opinii publicznej, zwracając się do studentów z prośbą o podanie przy każdej z nich stopnia aprobaty (w skali od 0 do 5). Następnie uszeregowaliśmy pozycje wymienionych instytucji według łącznej ilości wskazań, w odniesieniu do dużego (4) i bardzo dużego (5) stopnia aprobaty***. Okazało się, że najwięcej osób wyraziło aprobatę dla Rzecznika Praw Obywatelskich (75-38.5%), następnie Kościoła (37-19.0%) oraz Władz Miasta (30-15.4%). W pierwszej piątce preferowanych przez wskazania instytucji mieszczą się jeszcze dwie: Wojsko (27-13.8%) i Prezydent (24-12.3%). Policja, notowana w badaniach opinii publicznej na ogół wysoko, tu znalazła się dopiero na szóstym miejscu. Pozycje od siódmej do dziesiątej zajmują: NIK, Senat, Rząd i Sejm. Trzy związki zawodowe otrzymały minimalną ilość wskazań: NSZZ "S" RI - 11 miejsce, NSZZ "S" - 12 miejsce i OPZZ, najmniejszą ilość pkt. - 13 miejsce (3 pkt - 1.5%).

Dopełnieniem są dane obrazujące całkowity brak aprobaty (czyli ilość ankietowanych wskazujących "0" pkt.). 116 osób wskazało na OPZZ (59.4%); 80 osób na Prezydenta (41.0%); 68 na Sejm (34.8%); następnie na Rząd i NSZZ "S" RI. (W kwietniowych badaniach OBOP najwięcej osób - 71% wyrażało zaufanie do Wojska; Policji - 64% i Kościoła Katolickiego - 54%).

Niezależnie od ilości osób dokonujących wyboru, został określony maksymalny stopień aprobaty dla danej instytucji ****. Wśród pięciu pierwszych instytucji znalazły się: Rzecznik Praw Obywatelskich (54.4%), Policja (39.0%), Kościół (38%), Władze Miasta (37.6%) i Wojsko (35.7%). Wyniki badania stopnia aprobaty są bliższe tendencji ogólnopolskiej, oznacza to, że Policja i Wojsko otrzymały więcej punktów (suma pkt. od 1 do 5), przez co ich pozycje wzrosły. Na dalszych miejscach: NIK (34.2%), Senat (30.2%), Rząd (29.5%), Prezydent (29.2%), NSZZ "S" (28.8%). Trzy kolejne pozycje zajęły: Sejm (24.3%), NSZZ "S" RI (23.1%) i zdecydowanie na ostatnim miejscu OPZZ (12.1%).

Na wszystkich badanych latach studiów pierwsza pozycja Rzecznika Praw Obywatelskich jest niekwestionowana. Podobnie OPZZ zajmuje zdecydowanie pozycję ostatnią. Na VI roku Kościół (2 miejsce) jest obdarzony większą aprobatą niż na III, a zwłaszcza na I roku, gdzie jego pozycja obniżyła się do miejsca dziewiątego. Także na VI roku wyżej plasują się oba związki zawodowe Solidarność. Natomiast gorzej oceniany jest Rząd. Z kolei na I roku większym zaufaniem cieszy się NIK, Senat i Prezydent.

Nie ma prawie różnic między kobietami i mężczyznami w ocenie Rzecznika Praw Obywatelskich i OPZZ, natomiast kobiety większą aprobatą obdarzają Władze Miasta, Kościół oraz NSZZ Solidarność, mężczyźni zaś - NIK i Prezydenta.

W pewnym sensie może być zaskakujące, że studenci zamieszkujący wielkie miasta przypisują wyższe miejsce w skali aprobaty Kościołowi, niż mieszkańcy średnich i małych miast oraz wsi.

Z kolei Prezydent cieszy się większym zaufaniem w mniejszych ośrodkach miejskich i na wsi. Studenci wywodzący się ze wsi na pierwszym miejscu stawiają Wojsko, minimalnie przed Rzecznikiem Praw Obywatelskich, którego przodujące miejsce w mieście jest niekwestionowane. Także wyraźnie wyżej oceniane są tu oba związki zawodowe Solidarność - zwłaszcza NSZZ "S" RI. Większa jest też tu tolerancja dla OPZZ, chociaż lokuje się go również na ostatnim miejscu.

Powyższe badania wydają się świadczyć o ponownie występującym pewnym kryzysie zaufania do instytucji broniących interesów ludzi pracy - związków zawodowych; jedynie instytucja Rzecznika Praw Obywatelskich - może ze względu na swą apolityczność - jest wyraźnie aprobowana, dominując nad pozostałymi. Stosunkowo wysoko oceniane są instytucje stojące na straży prawa i chroniące ludzi przed przestępczością: Policja i NIK. Kościół i Wojsko należą do instytucji zajmujących czołowe miejsca w rankingach opinii publicznej, ale w opinii studentów ich pozycja nie jest wysoka - być może wiąże się to z ostatnimi "przetargami" wokół tej instytucji. Jest uderzające, że władze miasta cieszą się znacznie większym stopniem aprobaty niż instytucje państwowe - zarówno przedstawicielskie, jak i wykonawcze, które zostały ocenione krytycznie, poprzez przyznanie im niewielkiego stopnia aprobaty lub jej braku.

Partie "Małej Koalicji" wybierane częściej

Z kolei podaliśmy alfabetycznie partie (ugrupowania polityczne), które w wyborach do Parlamentu RP w 1991 r. zajęły pierwszych siedemnaście miejsc, zwracając się do studentów, aby wybrali pięć (lub mniej) ugrupowań, których działalność cieszy się ich sympatią oraz aby przy każdym z nich podali stopień aprobaty (w skali od 1 do 5).

Zdecydowana większość studentów (przeszło 85%) wśród wskazanych ugrupowań dokonała jakiegoś wyboru. Najwięcej osób, bo 122 (62.5%) wskazało na Unię Demokratyczną, następnie 106 (54.3%) - Kongres Liberalno-Demokratyczny oraz Unię Polityki Realnej - 75 (38.4%). Na czwartym miejscu znalazła się Konfederacja Polski Niepodległej - 66 (33.8%), a na piątym Porozumienie Centrum - 39 (20.9%). Następne miejsca zajęły: NSZZ Solidarność - 25 (12.8%), Polski Program Gospodarczy ex aequo z Sojuszem Lewicy Demokratycznej - 22 (11.2%) oraz Solidarność Pracy - 20 (10.2%). Pozostałych osiem partii wymieniano już bardzo sporadycznie (od 6.1% do 2.0%).

Należy dodać, że 32 osoby, tj. 16.4% uznało, że nie ma w ogóle takiej partii, która by odpowiadała ich oczekiwaniom. (W kwietniowych badaniach OBOP Unię Demokratyczną popiera 45%, (głosowałoby na nią 16.1%), NSZZ Solidarność - 42% (gł. 5.2%), Solidarność Pracy - 42% (gł. 3.7%). Dalsze miejsca wg kolejności zajęły: Porozumienie Ludowe (gł. 2.9%), Chrześcijańska Demokracja (gł. 3.3%), Porozumienie Centrum (poza pierwszą dziesiątką), Konfederacja Polski Niepodległej (gł. 6.5%), Polska Partia Przyjaciół Piwa (gł. 3.3%) oraz Kongres Liberalno-Demokratyczny (gł. 2.8%).

Dla przypomnienia podajemy, że w wyborach do Parlamentu RP w 1991 r. największy odsetek głosów wśród studentów AMG uzyskał Kongres Liberalno-Demokratyczny (37%) i Unia Demokratyczna (32%). Trzecią pozycję uzyskała Unia Polityki Realnej (7.0%). Wszystkie inne ugrupowania zdobyły wówczas niewielką ilość głosów, od 5% do 0.5%

Zobaczmy teraz - podobnie jak poprzednio - jak wygląda stopień aprobaty (na podstawie przyznanych w sumie punktów) dla poszczególnych partii. Wśród pięciu pierwszych ugrupowań politycznych znalazły się: Unia Demokratyczna (44.0%), Kongres Liberalno-Demokratyczny (33.9%), Unia Polityki Realnej (22.4%), Konfederacja Polski Niepodległej (20.3%) oraz Porozumienie Centrum (9.0%) ***** Na dalszych miejscach: Polski Program Gospodarczy (6.4%), NSZZ Solidarność (6.3%), Sojusz Lewicy Demokratycznej (5.8%), Solidarność Pracy (5.7%) oraz Zjednoczenie Chrześcijańsko-Narodowe (3.2%).

Poza pierwszą dziesiątką znalazły się więc wszystkie pozostałe ugrupowania, w tym tak znaczące jak: Polskie Stronnictwo Ludowe (2.5%) oraz Partia "X" (2.1%) i Mniejszość Niemiecka (0.8%).

Na wszystkich latach studiów pod względem stopnia aprobaty UD plasuje się zdecydowanie na pierwszym miejscu. Podobnie pozostałe cztery ugrupowania z pierwszej piątki. Na I roku wyższe lokaty uzyskiwały ugrupowania bardziej radykalne (KPN - 2 miejsce i NSZZ "S" - 5 miejsce).

Płeć prawie nie wpływa na różnice w stopniu aprobaty. Kobiety jednak nieco wyżej plasują Sojusz Lewicy Demokratycznej i Solidarność Pracy.

Pewne różnice można zaobserwować w preferencjach studentów mieszkających na wsi i w mieście, mianowicie - ci pierwsi cenią wyżej ugrupowania chłopskie (zwłaszcza Porozumienie Ludowe), natomiast nie darzą aprobatą partii chrześcijańskich. Tutaj też znajduje pewne uznanie Partia "X", wymieniana na 8 miejscu (w dużym mieście - 11 miejsce). Z kolei mieszkańcy miast nieco wyżej plasują ugrupowania chrześcijańskie oraz w wielkim mieście - Solidarność Pracy.

Uzyskane dane, choć nie są skorelowane z postawą wyborczą, to jednak wskazują na utrzymywanie się preferencji politycznych i względną ich stałość. Studenci AMG opowiadają się nadal za opcją liberalną, w większości w wersji umiarkowanej (UD-KDL), w pewnym stopniu zaś za bardziej radykalną (UPR). Obok tej dominującej tendencji można zaobserwować (w porównaniu do listopada 1991 r.) wzrost znaczenia partii bardziej radykalnych: KPN i NSZZ "S" oraz partii o orientacji lewicowej. Partie o orientacji chrześcijańskiej nie mają większego znaczenia w opinii studentów, chociaż Kościół zajmuje bardzo wysoką lokatę wśród instytucji życia publicznego. Należy dodać także, że ugrupowania chłopskie - w tym PSL oraz Partia "X" - zajmują najniższe pozycje.

Dziesięciu znaczących ludzi sceny publicznej

Nie podawaliśmy studentom listy osób do wyboru, pozostawiając pulę nieograniczoną. Wychodziliśmy z założenia, że osób znaczących na scenie publicznej jest zbyt wiele, aby przesądzać z góry ich selekcję, ponadto mogą być wśród nich ludzie związani nie tylko z polityką, ale np. z Kościołem, czy działalnością społeczną, kulturą i nauką. Prosimy zatem o wymienienie nazwisk ludzi, których darzą uznaniem. Przy każdym nazwisku studenci po-

dawali zarazem stopień aprobaty w skali od 1 do 5 pkt. - podobnie jak poprzednio.

W pierwszej dziesiątce, wg ilości wymienianych ich studentów, znaleźli się: Mazowiecki - 68 (34.9%), Skubiszewski - 47 (24.1%), Wałęsa - 44 (22.6%), Łętowska - 39 (15.4%) i ex aequo Kuroń i J.K. Bielecki - 29 (14.9%), następnie Balcerowicz - 26 (13.3%), Tusk - 25 (12.8%) i Michnik - 21 (10.8%). Warto dla kontrastu pokazać, że wielu znanych polityków i ludzi sceny publicznej zgromadziło stosunkowo niewielką ilość wskazań, m.in. Moczulski - 18, Olszewski - 15, Geremek - 12, J. Kaczyński - 5, Stelmachowski - 7, Urban - 6, Cimoszewicz - 4, Jaruzelski - 4, Tymiński - 7. (W kwietniowych badaniach OBOP najpopularniejszymi politykami byli: Olszewski - 21%, Skubiszewski - 7%, Wałęsa - 6%, Kuroń - 3%; 42% ankietowanych nie wskazało nikogo).

Przed wszystkim należy zauważyć, że badani studenci medycyny wymienili w sumie aż 57 nazwisk znaczących dla nich osób, wśród nich 18 osób spoza polityki: dziennikarzy, ludzi kultury i nauki (był wymieniony także prof. Religa). Uzasadnia to traktowanie sceny nie tylko jako politycznej - chociaż niewątpliwie stykanie się z sondażami opinii publicznej powoduje, że ta dziedzina staje się pierwszoplanowa w wyborach osób znaczących. Tylko 19.9% nie wskazało nikogo - jest to prawie trzykrotnie mniej w porównaniu do próby ogólnopolskiej.

Stopień aprobaty wg zgromadzonej ilości punktów, dla pierwszych dziesięciu wybranych osób przedstawia się następująco: Mazowiecki (24.1%), Skubiszewski (20.7%), Łętowska (16.3%), Wałęsa (13.6%), Kuroń (11.2%), Balcerowicz (10.9%), Korwin-Mikke (10.9%), J.K. Bielecki (10.5%), Tusk (9.3%), Michnik (7.6%). Następne miejsca zajęli kolejno: Moczulski, Olszewski, Geremek, Rewiński, Olechowski.

Na III roku na pierwszym miejscu plasuje się Łętowska, stosunkowo wysokie miejsca uzyskali: Kuroń (4 m.) oraz Michnik (5 m.). Na VI roku wysoko notowani byli: Balcerowicz (3 m.) i Korwin-Mikke (4 m.). Na I roku zaś: Wałęsa (2 m.) i Moczulski (4 m.).

Kobiety najwyżej oceniały Łętowską, a następnie w kolejności: Mazowieckiego i Skubiszewskiego. Mężczyźni najwyższe noty przyznali: Mazowieckiemu i Skubiszewskiemu.

Studenci wywodzący się ze wsi stosunkowo nisko oceniali Wałęsę (9 m.). Mazowiecki i Łętowska byli natomiast gorzej oceniani przez mieszkańców średnich i małych miast (2 m. i 7 m.), podczas gdy mieszkańcy dużych miast, obok Mazowieckiego, preferowali właśnie Łętowską (2 m.).

Wybór ludzi znaczących w opinii publicznej studentów świadczy, że chociaż gremialnie preferowani są politycy, to jednak nie jest to regułą (np. E. Łętowska). Wiele osób wskazało również na Papieża, Brzezińskiego i innych.

Gdyby wybory były dzisiaj

Pytaliśmy także studentów, czy w przypadku rozpisania nowych wyborów uczestniczyliby w nich: aż 101 ankietowanych (51.8%) odpowiedziało twierdząco (frekwencja studentów AMG w wyborach w 1991 r. wynosiła 58.5%), oznacza to nadal dominację postawy prowyborczej wśród młodzieży. Jest to warte podkreślenia także w kontekście faktu, iż 141 osób (tj. aż 73%) oceniło, że sytuacja obecnie w Polsce idzie w złym kierunku, mimo jednak tej pesymistycznej oceny studenci nadal widzą możliwość jej odmiany w wyniku aktywnej postawy obywatelskiej, nie zaś wycofania się. Z pozostałej części badanych 37 osób (19.0%) zadeklarowało absencję wyborczą, zaś 57 (29.2%) odpowiedziało, że nie wie, czy uczestniczyliby w ewentualnych, przyszłych wyborach.

W zbiorowości studentów, którzy zadeklarowali udział w wyborach, 87.0% głosowało w 1991 r., odsetek ten jest niższy w kategorii osób, które zapowiedziały przyszłą absencję wyborczą (poprzednio głosowali oni w 2/3, tj. 67.6%); wśród osób niezde-

cydowanych obecnie, procent głosujących uprzednio wynosił tylko 49.1. Istnieje zatem pewna zależność pomiędzy udziałem w wyborach w roku 1991, a postawą wyborczą w ewentualnych, kolejnych wyborach. Jeżeli przyjmiemy, że część osób wahających się wzięłaby w nich także udział, to należy przypuszczać, że frekwencja w kolejnych wyborach mogłaby być nawet wyższa niż poprzednio.

Interesujące są dane dotyczące rozkładu postaw prowyborczych na poszczególnych latach studiów. Okazuje się, że największą frekwencję deklarowano na VI roku - 59.2%, także zgłaszana absencja byłaby tu najniższa - 8.7%. Ze wszystkich badanych lat najmniejszą frekwencję można byłoby rokować na III roku - 39.0%, przy odmowie głosowania - 20.3%. Na I roku frekwencja - 56.0%, deklarowana absencja - 14.0%.

Można zaobserwować też pewne różnice wśród kobiet i mężczyzn dotyczące zapowiadanej absencji: kobiety 12%, mężczyźni tylko 6.7%.

Mówiąc o ewentualnych postawach prowyborczych w przyszłych wyborach nie należy tego w żadnym razie rozumieć jako optowanie studentów za szybkimi, przyszłymi wyborami - takich danych nie mamy.

Ogólnie postawa studentów AMG wobec sceny publicznej jest dość krytyczna, przy utrzymywaniu się jednak zainteresowania sprawami polityki i wyborów.

Doc. dr hab. Marek Latoszek

- * W realizacji badań udział wzięła mgr Wanda Chadrian.
- ** Na poszczególnych latach przebadano następujące grupy:
I rok: 2,4,5 - 50 osób, 20.3%; III rok: 17, 4 i 5 gr. pediatri. 32,33,34 - 64 osoby, 19%; VI rok: poł. gr. 2,4,7 - 81 osób, 22%. Na wybranych latach założono dobór ok. 1/5 studentów, w skali całej Uczelni ok. 10% studentów Wydziału Lekarskiego.
- *** Ankietę wypełniło 195 osób (100%).
- **** Gdyby wszyscy studenci obdarzyli daną instytucję największą ilością punktów, tzn. 5, zgromadziłaby ona 975 pkt. - co przyjmujemy za 100%. Zsumowanie wszystkich stopni aprobaty w pkt. określa procent w stosunku do 100.
- ***** Pokrywa się idealnie z preferencjami wg wskazań.

Wizyta Prezydenta Polish Gift of Life w naszej Uczelni

Działania Fundacji na rzecz dzieci z ciężkimi wadami wrodzonymi serca

Fundacja Polonijna Polskiego Daru Życia (Polish Gift of Life) powstała na przełomie lat 1978/79. W maju 1978 r. odbywał się w Budapeszcie doroczny kongres Europejskiego Towarzystwa Kardiologów Dziecięcych, w którym miałam zaszczyt uczestniczyć. Spotkałam tam dr Zoltana Mesko, Amerykanina słowackiego pochodzenia, który z wiadomych powodów wyemigrował do USA w 1968 roku. Doktor Mesko zaproponował mi wówczas współpracę, polegającą na wysyłaniu polskich dzieci z ciężkimi wadami wrodzonymi serca do St. Francis Hospital w Roslyn niedaleko Nowego Jorku. Powiedział, że w Nowym Jorku znajduje się liczna Polonia, która mogłaby zorganizować się wokół St. Francis Hospital i korzystać również z po-

mocy tamtejszego Klubu Rotariuszy (Rotary Club). Wspomniał również z żalem, że jeśli nie może pomagać dzieciom czeskim czy słowackim (w owym czasie było to zupełnie niemożliwe), to chciałby pomagać dzieciom polskim, jako najbliższemu swojemu, słowiańskiemu sercu.

Pobyt w szpitalu, wszystkie badania jak i zabieg operacyjny miały być bezpłatne dzięki założonej wkrótce Fundacji Polish Gift of Life. Również koszty przelotu były w większości pokrywane przez tę Fundację. I tak to się zaczęło.

W lipcu 1979 roku odbyła się pierwsza operacja 17-letniej wówczas Małgosi z ubytkiem m-komorowym i fenestracją zastawek aorty, które trzeba było wymienić. Operację wykonał znakomity kardiochirurg dr Thomson. Małgosia skończyła szkołę pielęgniar-ską i jakiś czas nawet pracowała w Klinice Kardiologii Dziecięcej, a obecnie jest szczęśliwą mamą 2-letniego, zdrowego Stasia. Wkrótce po tym została zoperowana następna Małgosia, także 17-latką, z podobną wadą, dziś matka dwojga zdrowych dzieci. Chciałabym dodać, że dr Thomson wykonał drugiej operowanej pacjentce plastykę zastawek aorty, które pracują niesłyszalnie sprawnie już ponad 10 lat.

Przez pierwsze lata wysyłane były tylko dzieci z obszaru Polski Północnej (woj. gdańskie, elbląskie, słupskie, koszalińskie, bydgoskie i toruńskie). Od 1988 roku Fundacja rozszerzyła swą działalność na całą Polskę, faworyzując nadal Gdańsk. Proces wysyłania chorych dzieci wymaga z naszej strony dużej pracy i poważnego działania. Na początku lat 80-tych były to dzieci starsze od 10 do 16 lat, głównie z zespołem Fallota, już po przebytej operacji paliatywnej. W ostatnich 5 latach wysyłamy dzieci z bardzo ciężkimi wadami wrodzonymi serca, które obecnie nie mają zbyt optymistycznych szans operacji w kraju. Są to ciężkie postaci zespołu Fallota z trudną anatomią wady, zarosnięcie zastawki tętnicy płucnej oraz zastawki trójdzielnej, pojedyncza komora, wspólny pień tętnicy itp. Dokładnie opracowane historie choroby w języku angielskim przesyłamy na ręce prezydenta Polish Gift of Life, który wysyła je do odpowiednich ośrodków kardiologicznych. Po dokładnym zapoznaniu się z kartą informacyjną dany ośrodek wyraża zgodę na przeprowadzenie badań diagnostycznych i operacji kardiologicznej. St. Francis Hospital jako centrala zawiadamia Akademię, wzywając dzieci do Ameryki. Dzieci są odbierane przez członków Polish Gift of Life z lotniska i kierowane do hotelików przyszpitalnych lub do polsko-amerykańskich rodzin, co pozwala skrócić pobyt w szpitalu. Matki czy ojcowie z naszymi dziećmi nie są osamotnieni, czuwają nad nimi nasi dobrzy przyjaciele z Polskiego Daru Życia. Ogromne zasługi pod tym względem ma p. Frania Ratajczak, urodzona w Ameryce, ale biegle mówiąca po polsku. Niezastąpiona Ciocia Frania działa głównie na terenie St. Francis Hospital. W latach osiemdziesiątych małżeństwo Ratajczakowie zaadoptowali Andrzeja J. po operacji zespołu Fallota. Przed wyjazdem Andrzej przebywał przez dłuższy czas w Domu Dziecka na Orunii.

Do obecnej chwili wyjechało do USA już 85 dzieci i prawie wszystkie cieszą się prawdziwym darem życia po szczęśliwie przeprowadzonej operacji serca, (jedno dziecko zginęło po operacji zespołu Fallota i jedno z pojedynczą komorą zmarło nagle tuż przed operacją). Najmłodszą naszą pacjentką była 2.5 miesięczna Joasia F. z zespołem Bland White Garland'a, czyli nieprawidłowym odejściem lewej tętnicy wieńcowej, operowana przez dr Damusa w St. Francis Hospital. Tętnicę wieńcową lewą, odchodzącą od tętnicy płucnej dr Damus przeszczepił do aorty metodą tunelową. Jest to chirurg znany w świecie ze swych śmiałych rozwiązań i sposobów operacji kardiologicznych.

Członkowie Polish Gift of Life są to głównie ludzie starsi, na emeryturze, mówiący jeszcze po polsku, którzy pracują bardzo ofiarnie i są doskonale zorganizowani. Pieniądze na rzecz tej Fundacji zdobywają organizując imprezy kulturalne, różne wenty,

pokazy, mody itp. Prezes czyli prezydent Fundacji Polish Gift of Life jest wybierany raz na 5 lat. Prezydentem Fundacji od 1988 r. jest Józef Częstochowski. Jest to doskonały organizator i dzięki swej energii a także koneksjom ranga Polish Gift of Life ogromnie zyskała na znaczeniu.

W dniach od 28-30 maja br. gościliśmy w naszych progach Pana Częstochowskiego z Małżonką. Wszystkie Jego zasługi są wymienione obok fotografii z okazji mianowania Go **Człowiekiem Roku 1992**.

Wizyta Prezydenta Polish Gift of Life z Małżonką była bardzo bogata pod względem programowym. Pan Józef Częstochowski był również gościem prof. Wiesławy Zielińskiej, ponieważ jest bardzo zainteresowany zagadnieniem zakażeń AIDS. Zwiedził jedyny na Wybrzeżu oddział dla chorych na AIDS. Państwo Częstochowscy zobowiązali się pomóc w uzyskaniu stypendiów dla asystentów prof. Zielińskiej.

29 maja odbyła się miła uroczystość w Rektoracie naszej Uczelni. Pan Rektor Czesław Stoba wręczył Panu Częstochowskiemu Medal Pamiątkowy AMG za szczególne zasługi dla naszej Uczelni. 30 maja było bardzo mile i wdzięczne spotkanie z operowanymi dziećmi w Bibliotece Kliniki Dziecięcej. Zgłosiło się około 50 dzieci wraz z rodzicami nie tylko z Gdańska i okolic, ale także z woj. bydgoskiego i koszalińskiego. Były kwiaty, podziękowania, wierszyki i łzy wzruszenia w oczach gości. Dzieci, które przed operacją były bardzo ograniczone w swojej wydolności życiowej, pokazały się ze swojej najlepszej strony. Zachwyciły Pana Częstochowskiego i wszystkich obecnych swą żywotnością, nieposkromioną energią i radością życia. Jednym słowem zachowywały się jak zupełnie zdrowe dzieci. I to było największym podziękowaniem dla naszego Gościa i wszystkich ludzi dobrej woli zrzeszonych wokół Polish Gift of Life.

Prof. dr hab. Stanisława Małecka-Dymnicka



JOSEPH S. CZESTOCHOWSKI, SR.

"Man of the Year - 1992"

Joseph S. Czestochowski, Sr.

Upon graduating from Fordham University in 1942 (B.S.) Joseph entered the U.S. Navy Flight Training Program, received his "Wings of Gold" and was commissioned as 2nd Lt. U.S. Marine Corps. He served in the South Pacific area during World War II. After separation from the service in 1946 — he continued "week-end" flying with his squadron at Floyd Bennet Field Naval Air Station. In 1960, as a member of a Marine Corps Intelligence Unit he completed his Masters Comprehensive after two years of study at St. John University Graduate School of Asian Studies, specializing in area study of China, Japan and India. This was followed by two year study of Turkish Language and customs.

Joseph served as President of Fordham University College of Pharmacy Alumni and became Vice-Chairman of the University Alumni Federation, serving on the President's Board.

He was associated as Vice President and member of the Executive Board of the Ocean Club, Inc. of Atlantic Beach, L.I.

He has been President of The Polish Gift of Life Committee since 1988 and is currently a member of Ampola, Pulaski Business and Professional Men, Inc., Polish American Health Association (Washington, D.C.) and recently inducted into the National Polish American Medical Society (Alexandria, VA).

He is also a member of The Kosciuszko Foundation and was Chairperson together with his wife, Julia, for The Kosciuszko Foundation Debutante Ball in 1990.

He is also active in Veterans Organizations, Polish Institute of Arts and Sciences of America, Inc. as well as professional and Academic Alumni Associations.

Joseph retired from the U.S. Marine Corps with the rank of Major.

The Czestochowskis have a son, Joseph, who is Executive Director of the Cedar Rapids Museum of Art and resides in Cedar Rapids, Iowa with his wife, Debra (who is Public Information Director of Cornell College) and their son, Stefan. Joseph Jr. is also a member of the Executive Committee of the Board of Trustees of The Kosciuszko Foundation.

Their daughter, Victoria, is a Registered Nurse (N.Y.U. Medical Center) and very active in the Polish Gift of Life. Her husband, Kevin, is a Field Engineer with Eastman Kodak Co. They have two lovely daughters Heather and Caitlin.

His wife, Julia (nee Skowron) was a former pianist for Rada Oświatowa, Matusz Folk Dance Group, Henryk Sienkiewicz, Maria Konopnicka Supplementary Polish Schools and Kasa Pomocy. Julia is active in the Polish Gift of Life and serves as a Volunteer worker with The Kosciuszko Foundation and also assists The Polish Institute of Arts and Sciences of America.

Sprawozdanie z prac Komisji Planów i Programów Studiów Wydziału Lekarskiego AMG przedstawione na Radzie Wydziału w dniu 23.04.92

Na wstępie chciałbym podkreślić, że Komisja nie rości sobie prawa do reformowania studiów lekarskich. Celem jej natomiast jest modernizacja i optymalizacja procesu edukacyjnego, wychodząc na przeciw konieczności zmian wynikających z trzech podstawowych przyczyn:

1. ze stałego postępu nauk medycznych zarówno podstawowych jak i klinicznych,
2. z potrzeb i oczekiwań indywidualnego pacjenta jak i społeczeństwa,

3. z kierunku rozwoju naszego systemu ochrony zdrowia, w którym priorytetowe miejsce powinna zająć medycyna prewencyjna oraz medycyna rodzinna.

Odzyskana przez polskie uczelnie samorządność pozwala (powinna pozwalać) na opracowanie zmian w programach i metodach nauczania.

Chciałbym tu zwrócić uwagę, że samorządność jest niestety zagrożona przez różne zespoły, organizacje i instytucje, które dążą do zunifikowania programów nauczania, narzucania programów, ingerując w szczegóły procesu dydaktycznego.

Jeżeli będziemy zachowywać się biernie i jeżeli nie przełamiemy barier świadomościowych wielu nauczycieli akademickich naszej Uczelni, którzy często reprezentują dawny rodzaj myślenia, nie opracujemy programu nauczania, który miałby odpowiadać uwarunkowaniom naszej Uczelni, a co gorsze - zmarnujemy potencjał intelektualny naszej kadry nauczającej.

Komisja ma już za sobą 16-miesięczny okres pracy, z której mam złożyć sprawozdanie. Grupa aktywna Komisji pod kierunkiem prof. B. Śmiechowskiej złożona z prodziekanów i przewodniczącego tzw. zespołu integrującego odbyła sześć posiedzeń. Przeprowadziła 3 badania ankietowe w celu uzyskania jak najszerszej opinii, dotyczącej wielu problemów edukacyjnych w naszej Szkole. Respondentami byli: kierownicy jednostek dydaktyczno-naukowych Uczelni, członkowie Komisji i grupa doświadczonych adiunktów. Dla uzyskania orientacji w opiniach nt. obecnego programu kształcenia studentów medycyny przeprowadzono sondażową ankietę. Na pytanie dotyczące wykładów 43 (57%) spośród 76 respondentów jest za utrzymaniem dotychczasowej liczby i charakteru wykładów; 27 osób (35,5%) uważa, że liczby godzin wykładów należy jeszcze zmniejszyć na rzecz aktywizujących metod nauczania. Za zwiększeniem liczby wykładów wypowiedziały się 4 osoby (5,7%).

Opinie kierowników katedr, klinik i zakładów dotyczące zajęć blokowych przemawiają za ich utrzymaniem w obecnej formie i liczbie godzin. Wypowiadają się za tym 53 osoby (88,7%), a za ich zniesieniem - 9 osób (11,32%). Trzech respondentów (3,9%) uważa, że zajęcia blokowe winny odbywać się w mniejszym wymiarze godzin.

Kolejne pytanie dotyczyło potrzeby humanizacji studiów lekarskich. Za humanizacją wypowiedziało się 60 respondentów (78,9%). Jednak za utrzymaniem dyscyplin humanizujących (etyka, psychologia, socjologia) opowiada się tylko 36 (47,4%) respondentów.

47 (61,8%) respondentów uważa, że należy afilliować oddziały szpitalne niekliniczne (zwłaszcza zabiegowe).

Pytanie, które wzbudzało znaczne kontrowersje dotyczyło zasadności anonimowych badań ankietowych przeprowadzanych wśród studentów w celu otrzymania ocen dotyczących różnych elementów procesu nauczania. Za - wypowiedziało się 41 (56,9%) respondentów, przeciw - 31 (43,1%).

Na podstawie przeprowadzonych dyskusji i analizy uzyskanych wyników badań ankietowych można ustalić dalsze kierunki prac Komisji, która powinna skupić się na:

- dostosowaniu programu kształcenia do zakładanego "profilu absolwenta"
- zwiększeniu wymiaru zajęć praktycznych w toku studiów lekarskich, z określeniem minimum umiejętności praktycznych obowiązujących absolwenta
- zwiększeniu udziału studentów w konstruowaniu i ocenie programu studiów. Służyć temu celowi mają anonimowe ankiety, oceniające program i sposób jego realizacji.
- integracji wiedzy i umiejętności praktycznych nabywanych przez studentów.

Propozycje integracji w zakresie nauczania onkologii opracowuje doc. J. Jassem, natomiast w zakresie nauczania immunologii - prof. J. Myśliwska, w zakresie medycyny prewencyjnej - prof. L. Zaborski, a kierunki humanizacji studiów lekarskich przedstawią prof. A. Bilikiewicz i prof. M. Hebanowski.

Prof. dr hab. Marek Hebanowski

Przeddyplomowa edukacja medyczna: stan obecny i perspektywy na przyszłość

(Tłumaczenie artykułu R.C. Fraser: Undergraduate medical education: present state and future needs. *British Medical Journal* 1991, 303, 41-43)

W 1988 roku odbyła się w Wielkiej Brytanii konferencja 67 państw, poświęcona problemom medycyny przeddyplomowej. Powołana przy General Medical Council (GMC) komisja ds edukacji uznała, że poziom nauczania medycyny pozostawia wiele do życzenia, bowiem większość szkół medycznych nie realizuje podstawowych celów edukacyjnych. Przyczyn tej sytuacji należy upatrywać nie tyle w niewłaściwym doborze kandydatów na studia, ile raczej w ograniczeniach budżetowych, które dotknęły większość uczelni. Powoduje to odchodzenie z pracy wartościowej kadry dydaktycznej. W ostatnim okresie niedobór pracowników stał się przyczyną zamknięcia dwóch wydziałów lekarskich.

W uczelniach, które funkcjonują nadal, większość kadry nauczającej stanowią ludzie zainteresowani w pierwszym rzędzie pracą zawodową (leczeniem chorych) i własnym rozwojem naukowym. Osoby te są nie przygotowane do prowadzenia dydaktyki, nie rozumieją celów nauczania, nie widzą potrzeby modernizacji systemu edukacyjnego. Realizują się głównie w "produkowaniu" prac naukowych, nie troszcząc się zresztą o ich jakość, lecz ilość. Przegląd najważniejszych czasopism wskazuje, że 50% tych prac nigdy nie jest cytowanych w innych publikacjach, a 25% - tylko raz. Ludzie odpowiedzialni za nauczanie medycyny w Wielkiej Brytanii nie zdają sobie sprawy z głównego celu edukacji, jaki w 1968 roku wyznaczyła komisja królewska: absolwentem uczelni medycznej powinien być nie wysoko kwalifikowany specjalista, lecz osoba, która stanie się wykwalifikowanym lekarzem-specjalistą w trakcie nauczania podyplomowego. Problem więc tkwi w tym, że zbyt wielu nauczycieli nadal pragnie "wyprodukować" "bezpiecznego GP" (General Practitioner) trwając przy niemożliwym do zrealizowania zadaniu, by w krótkim czasie przekazać ogrom fachowej wiedzy. Sytuacja taka powoduje przeładowanie programu nauczania, a studentów zmienia w biernych odbiorców informacji, ze szkodą dla samokształcenia.

Absolwenci brytyjskich uczelni medycznych wynoszą ze studiów ogrom podręcznikowej wiedzy, której w większości nie potrafią praktycznie wykorzystać. Przykładowo: każdy student wie, że leki moczopędne mogą wywołać skazę moczaniową, ale niewielu z nich jest w stanie powiązać zapalenie stawów z ewentualnym przyjmowaniem takich środków. Tego rodzaju sytuacje biorą się stąd, że przewaga nauczania pamięciowego nad kształtowaniem zdolności do logicznego myślenia uniemożliwia powiązania faktów w ciągi przyczynowo-skutkowe.

Uczelniom medycznym zarzuca się również i to, że swoich studentów poddają swoistemu treningowi, który dominuje nad kształceniem. Rzecz jasna, jeśli system edukacyjny nastawiony jest głównie na rozwijanie umiejętności technicznych, wówczas poza wyćwiczeniem zdolności radzenia sobie z typowymi problemami medycznymi, nie daje studentom szansy stawiania czoła stale zmieniającej się sytuacji w trakcie późniejszego wykonywania pracy zawodowej.

Osoby nauczające medycynę muszą więc skoncentrować się na rozwijaniu u studentów takich cech, jak zdolność krytycznego myślenia, umiejętność przystosowania się do zmian zarówno w odniesieniu do warunków pracy, jak i rozwijającej się ustawicznie wiedzy medycznej.

Odrębnym problemem w ramach medycznej edukacji przeddyplomowej jest stworzenie właściwego środowiska, w którym studenci będą się uczyć obcowania i pracy z pacjentem. Dotychczas odbywało się to głównie w szpitalu. Jednakże specyfika tego miejsca uniemożliwia na dłuższą metę poznanie problemów zdrowotnych w przekroju społecznym, ponieważ daje jedynie obraz specyficznych zaburzeń w wyselekcjonowanej populacji pacjentów. Preferuje przy tym biologiczny model podejścia do chorego, traktujący ciało jak maszynę, chorobę jak awarię, a lekarza jak fachowca naprawiającego uszkodzony mechanizm. Wszystkie te argumenty przemawiają za koniecznością przejścia do nauczania medycyny w oparciu o leczenie podstawowe. Celów wyznaczonych przez GMC nie można bowiem realizować bez odwołania się do praktyki ogólnolekarskiej. Tylko w taki sposób studenci mogą osiąść wiedzę opartą na integracji somatycznych, społecznych i psychologicznych aspektów choroby.

Tłum. mgr psychol. Joanna Kliszc

DIAGNOSTYKA ZAKAŻEN WIRUSEM HIV

HIV (Human Immunodeficiency Virus) - ludzki wirus niedoboru odporności.

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrom) - zespół nabytego niedoboru odporności.

AIDS został po raz pierwszy zarejestrowany w piśmiennictwie medycznym w połowie 1981 r. Do głównych objawów choroby należą różnorodne i nawracające zakażenia bakteryjne, pierwotniakowe, grzybicze i wirusowe. Szczególnie częste są zapalenia płuc wywołane przez pierwotniaka *Pneumocystis carinii*. Rejestracja i analiza zachorowań wykazała, że choroba jest przenoszona poprzez płyny ustrojowe, głównie przez krew. W roku 1983 zespół L.Montagnier'a z Instytutu Pasteur'a w Paryżu przedstawił wnioski, które mówiły, że wyizolowany w ich pracowni wirus, nazwany LAV - lymphadenopathy associated virus, jest czynnikiem etiologicznym AIDS. W niecały rok później zespół R.Gallo z Narodowego Instytutu Badań nad Rakiem w Stanach Zjednoczonych opublikował wyniki prac wskazujące, że wyizolowany przez nich wirus, nazwany HTLV-III - human T lymphotropic virus type III, powoduje AIDS. Badania porównawcze wykazały, że w obu przypadkach chodziło o tego samego wirusa; w maju 1986 r. Międzynarodowy Komitet Kłasyfikacji Wirusów nadał im wspólną nazwę Human Immunodeficiency Virus - HIV. W tym samym roku z krwi osób chorych na AIDS, u których nie stwierdzano obecności przeciwciał anty-HIV, wyhodowano wirusa o podobnych właściwościach biologicznych lecz o nieco odmiennej budowie w porównaniu z wirusem już znanym. Dla ich odróżnienia pierwotnie wyizolowany nazwano HIV-1, a poznany później - HIV-2.

Zarówno wirus HIV-1 jak i HIV-2 są przenoszone podobnie, to znaczy:

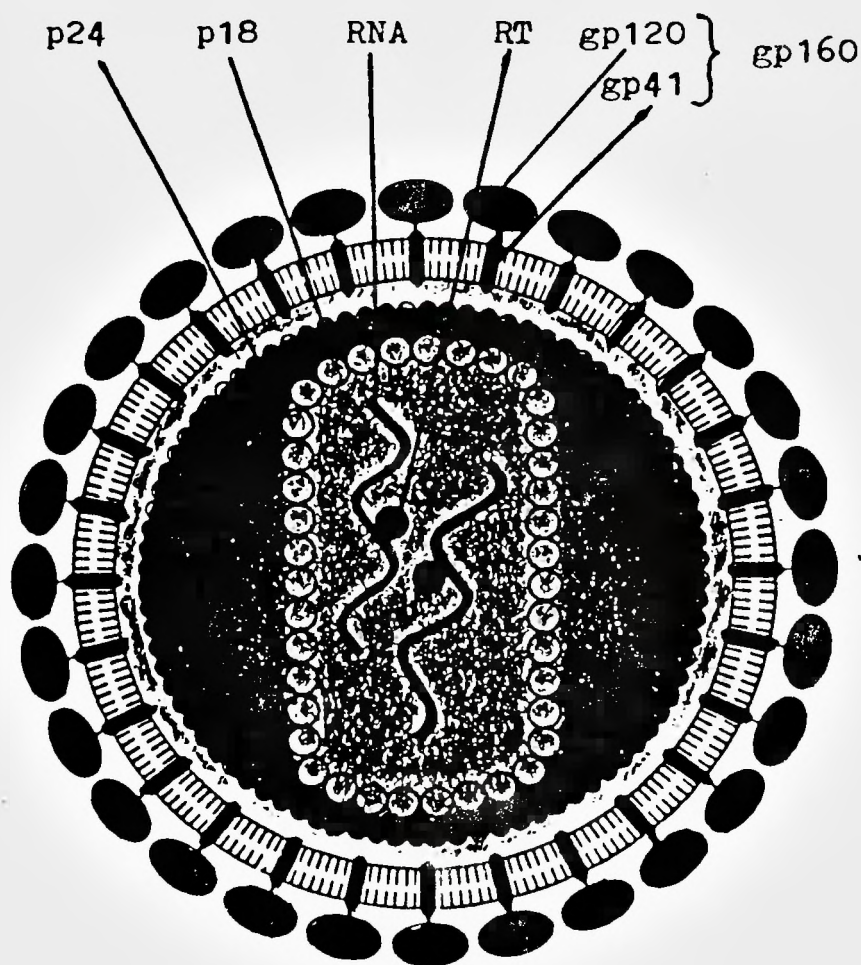
- poprzez krew i preparaty krwiopochodne
- drogą płciową (kontakty homo- i heteroseksualne)
- drogą transmisji wertykalnej (matka - płód/novorodek).

BUDOWA WIRUSA.

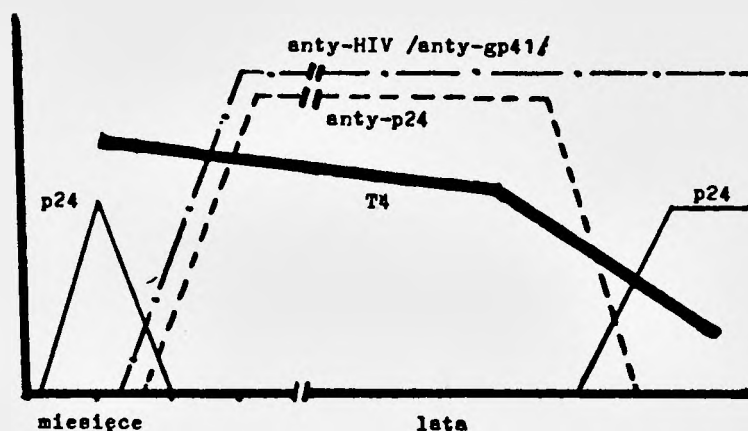
Schematyczną budowę wirusa przedstawiono na rys.1. Komponentę zewnętrzną stanowi otoczka lipidowa z osadzonymi w niej glikoproteinami - gp 41 i gp 120(gp 160). Liczba oznacza masę cząsteczkową w kilodaltonach. Bezpośrednio pod nią położona jest warstwa białkowa (p 18) okrywająca nukleokapsyd, czyli rdzeń wirusa (p 24), wewnątrz którego znajduje się dwuniciowy RNA i odwrotna transkryptaza (RT). HIV cechuje się powinowactwem do komórek wykazujących reaktywność antygeny CD 4, głównie do limfocytów T 4, a ponadto monocytów, makrofagów i komórek dendrytycznych. Nie wyklucza się możliwości infekcji już na poziomie wielopotencjalnej komórki pnia. Proces zakażenia komórki rozpoczyna się od powstania kompleksu gp 120 : CD 4.

Wnikanie wirusa do wnętrza komórki zachodzi na drodze endocytozy przy współudziale gp 41. Informacja genetyczna zawarta w wirusowym RNA zostaje przepisana przez odwrotną transkryptazę na komplementarny DNA.

Powstały cDNA przenika do jądra, integruje się z genomem komórki i w tej postaci może pozostawać tak długo, jak długo żyje komórka (postać latentna). Nie są do końca poznane mechanizmy aktywujące procesy replikacyjne. Ich uruchomienie obniża aktywność metaboliczną zakażonej komórki i w konsekwencji, obok innych czynników, prowadzi do jej destrukcji. Schematyczną sekwencję zjawisk serologicznych w przebiegu zakażenia przedstawiono na rys. 2.



Rys.1. Schemat budowy wirusa HIV. Objaśnienia w tekście



Rys.2. Wybrane wykładniki zakażenia HIV

Pierwsze wykładniki zakażenia pojawiają się już po kilku tygodniach od chwili inokulacji. Jako pierwszy wykrywalny jest antygen p 24, a następnie pojawiają się produkty odpowiedzi humoralnej gospodarza - przeciwciała przeciw antygenom otoczki (gp 41, gp 120) i nieco później przeciw antygenowi rdzeniowemu (p 24). Procesowi serokonwersji (zanikanie antygenów - pojawianie się specyficznych przeciwciał) często towarzyszą objawy kliniczne, określane jako zespół mononukleozopodobny. Po tym okresie następuje faza zakażenia bezobjawowego trwająca z reguły kilka lat (średnio 8 lat). Bezpośrednio przed wystąpieniem pełnoobjawowego zespołu chorobowego obserwuje się spadek poziomu przeciwciał anty-p 24 i ponowne pojawienie się antygenu p 24. Zdaniem wielu autorów oznaczanie tych parametrów może mieć znaczenie nie tylko diagnostyczne, ale i prognostyczne. Poszczególne fazy zakażenia i towarzyszące im objawy laboratoryjno-kliniczne wg Centers for Disease Control przedstawiono w tabeli I.

STRATEGIA BADAŃ LABORATORYJNYCH.

I. Badania przesiewowe - oznaczanie przeciwciał anty-HIV w surowicy techniką EIA. Zasada metody polega na tym, że badaną surowicę inkubuje się z antygenami p 24, gp 41 wirusa HIV-1 i gp 36 wirusa HIV-2 osadzonymi na fазie stałej. Obecne w surowicy przeciwciała tworzą kompleksy z ufixowanymi antygenami. Powstałe kompleksy traktujemy surowicą antyglobulinową znakowaną enzymem, a następnie substratem tego enzymu. Ilość barwnego produktu reakcji enzymatycznej jest proporcjonalna do poziomu przeciwciał. Wynik ujemny oznacza, że w surowicy badanej nie stwierdzono przeciwciał anty-HIV, zarówno anty-HIV-1, jak i anty-HIV-2. Jeżeli wynik badania jest pozytywny, badanie MUSI być wykonane powtórnie. Przy dodatnim wyniku drugiego badania próbkę traktujemy jako seropozytwną. Jeżeli w drugim badaniu wynik jest ujemny, badanie powtarzamy po raz trzeci. Wynik interpretujemy jako negatywny, jeżeli w dwóch badaniach na trzy wykonane - rezultat był ujemny, a jako pozytywny, jeżeli rezultat był dwukrotnie dodatni.

Pozytywny wynik testu przesiewowego NIE JEST WYNIKIEM OSTATECZNYM i jako taki nie powinien być przekazywany badanemu, albowiem pomimo wysokiej specyficzności metody, czasami uzyskuje się wyniki fałszywie dodatnie. Dane z piśmiennictwa mówią, że dotyczy to szczególnie osób z przewlekłymi chorobami wątroby, nowotworami, kolagenozami. Przy okazji badań własnych wyniki fałszywie dodatnie stwierdzaliśmy w ostrej fazie rzeżączki, u pacjenta z gruźlicą i kiłą. Ponadto problemy diagnostyczne (test EIA dodatni a testy potwierdzenia ujemne lub "nierozstrzygnięte") odnotowujemy u pacjentów przewlekłe dializowanych. Każdy wynik pozytywny MUSI być potwierdzony przy pomocy tzw. "testu potwierdzenia".

II. Testy potwierdzenia. Dotychczas w Polsce testy potwierdzenia są wykonywane w 2 ośrodkach. Zakład Immunopatologii PZH w Warszawie wykonuje badania dla potrzeb placówek Służby Zdrowia z całego kraju a Instytut Hematologii w Warszawie - dla potrzeb Stacji Krwiodawstwa. W testach potwierdzenia stosuje się technikę Western-blot: surowicę badaną inkubuje się z antygenami wirusa (p 17, p 24, p 31, gp 41, p 51, p 55, p 66, gp 120, gp 160) ufixowanymi na pasku z nitrocelulozy. Obecne w surowicy przeciwciała tworzą kompleksy z homologicznymi antygenami. Powstałe kompleksy są uwiadczniane drogą kolejnych reakcji chemicznych, w postaci barwnych prążków. Jako dodatnie kwalifikuje się te surowice, które dają wynik pozytywny przynajmniej z p 24, p 31 i gp 41 lub gp 160. Brak reakcji barwnej oznacza wynik negatywny. Natomiast próbki nie spełniające wymienionych kryteriów, a reagujące z innymi antygenami są weryfikowane jako "nierozstrzygnięte" i kwalifikowane do powtórnego badania po upływie 3-6 m-cy.

Bardzo duży problem diagnostyczny stanowią noworodki i niemowlęta urodzone z matek nosicielek wirusa HIV. Wymienione techniki badawcze są w zasadzie nieprzydatne, albowiem przeciwciała matczyne swobodnie przechodzą do krążenia płodu i są wykrywalne przez okres kilku do kilkunastu miesięcy po porodzie. Dodatkowo wyniki wymienionych badań są miarodajne, jeżeli były wykonane po upływie 12, a zdaniem niektórych autorów - 15 miesięcy od urodzenia. Mało przydatne okazało się oznaczanie antygenu p 24 (jest blokowany przez matczyne anty-p 24) i przeciwciał anty-HIV klasy IgM (trudności interpretacyjne uzyskiwanych wyników). Podejmowane są próby oznaczania przeciwciał anty-HIV klasy IgA (techniką Western-blot), które mają być typowe dla wczesnej fazy zakażenia. Duże nadzieje budzi nowa technologia - polimerazowa reakcja łańcuchowa - PCR (polymerase chain reaction), pozwalająca na potwierdzenie zakażenia w oparciu o identyfikację śladowych ilości materiału genetycznego wirusa. Ze względu na wymienione problemy diagnostyczne niemowląt należy traktować bardzo krytycznie doniesienia prasowe o "kilkumiesięcznych dzieciach - nosicielach HIV". W naszej placówce badano dwoje dzieci urodzonych z matek nosicielek HIV. W obu przypadkach stwierdzono obecność przeciwciał zarówno techniką EIA, jak i Western-blot, (jedno dziecko było badane w 3 dni po urodzeniu, a drugie w 4 tygodniu życia). Badania kontrolne wykonane w 13 miesiącu życia były negatywne. W ocenie lekarza-pediatry prowadzącego te dzieci, rozwijają się one prawidłowo i ich stan ogólny nie budzi zastrzeżeń. Szacuje się, że 20% - 50% dzieci rodzących się z matek nosicielek HIV ulega zakażeniu albo w życiu płodowym albo w okresie okołoporodowym. Dzieci zakażone w tym okresie i nie leczone prezentują pełny kliniczny zespół chorobowy już w przeciągu kilku, kilkunastu miesięcy.

III. Laboratoryjne monitorowanie pacjentów anty-HIV/+/-.

W oparciu o kilkuletnie doświadczenie CDC ustanowiło schemat postępowania zalecany przy monitorowaniu osób z potwierdzonym zakażeniem HIV. Bez względu na to, czy pacjent manifestuje jakiegokolwiek objawy chorobowe czy nie, winien być poddany bardzo starannemu badaniu lekarskiemu (podmiotowemu i przedmiotowemu) i laboratoryjnemu. Badania laboratoryjne obejmują:

- podstawowe badania hematologiczne (składniki komórkowe, wzór odsetkowy krwinek białych, hemoglobina, OB);
- oznaczenie liczby limfocytów T4 i T8, a przynajmniej limfocytów T4;
- laboratoryjne testy funkcji wątroby;
- laboratoryjne testy funkcji nerki;
- badanie moczu;
- serologiczne badania w kierunku kiły;
- serologiczny profil HBV;
- skórny test tuberkulinowy;
- serologiczne badania w kierunku toksoplazmozy;

Wymienione badania laboratoryjne są istotne także w przypadku chorych nie wykazujących żadnych objawów choroby, albowiem służą jako dane wyjściowe do prognozowania rozwoju choroby oraz do późniejszego monitorowania procesu terapeutycznego. Niektóre ośrodki wymieniony profil badań poszerzają o inne testy, pomocne przy ocenie fazy zakażenia, a mianowicie Ag p 24/anty-p 24, B-2-mikroglobulinę, neopterynę. Badania podstawowe winny być powtarzane w odstępach 6 miesięcy, lub częściej, jeżeli zaiskrnieją wskazania lekarskie. Szczególnie ważna jest ocena poziomu subpopulacji limfocytów T4, albowiem ich liczba determinuje wdrożenie odpowiedniego leczenia. Zgodnie z zaleceniami CDC poziom limfocytów poniżej $500/\text{mm}^3$ nakazuje rozpoczęcie leczenia przeciwwirusowego, natomiast poniżej $200/\text{mm}^3$ - dodatkowo podawanie preparatów zapobiegających zakażeniom oportunistycznym. Inne badania, zarówno ich częstotliwość jak i zakres, są wykonywane ze wskazań lekarskich. Należy zwrócić uwagę, że obok kluczowej roli oznaczeń subpopulacji limfocytów T4 i T8 bardzo istotne znaczenie mają badania mikrobiologiczne (patrz tabela I). Placówka zajmująca się leczeniem tej grupy chorych winna mieć dostęp, obok pracowni hematologicznej i biochemicznej, również do pracowni mikrobiologicznej, która nie tylko potwierdzi zakażenie (bakterie, pierwotniaki, grzyby, wirusy), ale i ustali celowane leczenie.

HIV - AIDS A PRACOWNICY SŁUŻBY ZDROWIA.

Pracownicy służby zdrowia, ze względu na charakter wykonywanej pracy, są zaliczani do grup zwiększonego ryzyka na zakażenie wirusem HIV. Pamiętając o tym, że wirus jest przenoszony głównie drogą krwi, wszystkie czynności, w których istnieje prawdopodobieństwo bezpośredniego kontaktu z materiałem biologicznym, należy wykonywać w rękawiczkach ochronnych (każdy materiał może być z domieszką krwi). Z drugiej zaś strony należy pamiętać, że rutynowo stosowane środki dezynfekcyjne i bakterioobójcze (woda utleniona, etanol, alkohol izopropylowy, formaldehyd, chloramina, podchloryny, sucha i mokra sterylizacja) skutecznie inaktywują wirusa oraz o tym, iż nie ma dowodów na to, że wirus jest przenoszony poprzez powietrze, wodę czy pożywienie. Wiadomym jest również, że nie dochodzi do zakażenia podczas codziennych kontaktów z nosicielem wirusa HIV.

UWAGI KOŃCOWE.

Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej Woj. Zespołu Chorób Zakaźnych w Gdańsku jest jednym z ogniw Centrum Diagnostyczno-Klinicznego AIDS woj. gdańskiego, kierowanego przez prof. dr med. W. Zielińską. Decyzją władz wojewódzkich, z dniem 01.04.90 przejęliśmy obowiązek wykonywania badań przesiewowych (przeciwciała anty-HIV) dla potrzeb placówek służby zdrowia regionu gdańskiego (łącznie z więzienną służbą zdrowia, Woj. Poradnią HIV/AIDS i Ośrodkami Detoksyzacji, Rehabilitacji i Resocjalizacji Narkomanów). Do dnia 31.03.1992 przebadano ogółem 7646 próbek krwi nadsyłanych z wymienionych placówek. Wyniki pozytywne (potwierdzone) odnotowano w 163 (2,1%) przypadkach. Najwyższą częstość wyników pozytywnych - 128/660 badanych (19,4%) - stwierdzano wśród osób przyjmujących dożylne środki odurzające, w 27 przypadkach były to kobiety.

W grudniu 1991 Komisja d/s AIDS przy Głównym Inspektorze Sanitarnym wytypowała naszą placówkę do wykonywania testów potwierdzenia dla 10 województw Polski północnej. Zadania te mieliśmy przejąć z dniem 01.01.1992. Niestety, do chwili obecnej nie uzyskaliśmy środków na zakup, stosunkowo drogich, odczynników. Zaznaczam, że badania mogą być rozpoczęte natychmiast z chwilą pozyskania odczynników (przeszkolony personel, przygotowane potrzebne oprzyrządowanie).

Ze względu na fakt, że obserwujemy dużą niefrasobliwość(?) w sposobie znakowania probówek, czy też ich transportu, chciałbym zwrócić uwagę na przestrzeganie następujących zasad:

- 4 ml krwi pobrać do czystej, suchej probówki "na skrzep" (NIE pobierać do wysokich probówek "bakteriologicznych");
- probówka musi być oznakowana w sposób umożliwiający jednoznaczny identyfikację (najlepiej nazwisko i imię, data urodzenia)
- probówkę zabezpieczoną przed stłuczeniem i/lub wylaniem krwi przesłać wraz ze skierowaniem, zawierającym nazwisko i imię, rok urodzenia, miejsce zamieszkania badanego oraz nazwę placówki, nazwisko i - bardzo ważne w przypadku potrzeby pilnego kontaktu - numer telefonu lekarza kierującego na badanie.

Jest to niezbędne minimum wymogów chroniących przed ewentualną pomyłką i zapobiegających narażaniu pracowników, głównie laboratorium, na bezpośredni kontakt z krwią. W przypadku próbek anonimowych przesyłana probówka winna być również oznaczona w sposób wykluczający możliwość pomyłki.

=====

TABELA I. FAZY ZAKAŻENIA HIV wg CDC

=====

I. OSTRA FAZA ZAKAŻENIA: objawy przypominające mononukleozę zakaźną; wykrywalne przeciwciała anty-HIV;

II. ZAKAŻENIE BEZOBJAWOWE: brak objawów klinicznych; mogą być zmienione parametry hematologiczne - umiarkowana limfopenia i trombocytopenia, obniżony poziom subpopulacji limfocytów T4;

III. PRZEWLEKŁA UOGÓLNIANA LIMFODENOPATIA: powiększenie węzłów chłonnych innych niż pachwinowe dłużej niż 3 m-ce, przy wykluczeniu przyczyn innych niż AIDS; badania laboratoryjne jak w II.

IV. INNE OBJAWY CHOROBY:

- a. utrata wagi ciała, stany podgorączkowe i biegunki utrzymujące się dłużej niż 1 miesiąc;
 - b. demencja, mielopatia, neuropatia obwodowa;
 - c. infekcje wtórne charakterystyczne dla AIDS:
 - c-1. laboratoryjnie potwierdzone zakażenie, przynajmniej jedno z wymienionych: pneumocystydoza płuc, przewlekła kryptosporydioza, toksoplazmoza, strongyloidydoza pozajelitowa, izosporydioza, kandydoza, kryptokokoza, histoplazmoza, zakażenie *Mycobacterium avium* lub *kansaii*, CMV, HSV, przewlekła uogólniona leukoencefalopatia;
 - c-2. laboratoryjnie potwierdzone zakażenie, przynajmniej jedno z wymienionych: leukoplakia błonowa, rozsiały Herpes zoster, nawracająca salmonelloza, nokardioza, gruźlica, kandydoza jamy ustnej;
 - d. nowotwory wtórne: mięsak Kaposiego, pierwotny chłoniak mózgu, chłoniaki nieziarnicze;
 - e. inne objawy nie wymienione w IVa-IVd, a mogące wskazywać na upośledzenie odpowiedzi komórkowej
- =====

CDC - Centers for Disease Control (Centrum Kontroli Chorób w Stanach Zjednoczonych). MMWR. 1986, 35, 334-339.

Dr Mikołaj Własiuk

Co mi zostało z tych lat

Pomysł podsumowania dwóch pierwszych lat studiów (tzw. teoretycznych) podsunął mi Redaktor Naczelny już spory kawał czasu temu. Do tej pory nie miałem jednak czasu, by usiąść i napisać. Ale może to i lepiej, bo teraz mogę ocenić je z perspektywy pierwszego roku "klinicznego". Zachowałem tu porządek chronologiczny (tj. wg kolejnych egzaminów lub zaliczeń).

I rok

Chemia. Do tej pory nie mogę dociec, jaki był konkretny cel jej nauczania. Jeśli było nim powtórzenie materiału z liceum ("wyrównanie poziomu"), to po co spora ilość nowego, jeśli zaś rozszerzenie wiedzy z chemii ogólnej, to po co powtarzać znane już rzeczy (w końcu każdy z nas był w miarę świeżo po egzaminach wstępnych). Słyszałem głosy płynące z tej katedry, że stara się ona przygotować studentów na spotkanie z biochemią, po co w takim razie jednak pół semestru chemii nieorganicznej? Zaś przydatność sporej liczby szczegółów z chemii ogólnej na III roku jest znikoma, choć nie można negować wartości rozumienia języka chemicznego używanego niekiedy w farmakologii.

Embriologia - z tego przedmiotu został mi w pamięci ogólny zarys rozwoju zarodka i znajomość podstawowych wad wrodzonych (materiały nt. serca przydały się do powtórki z patofizjologii). Dużo to, czy mało? Chyba tyle, ile trzeba. Poza tym obok wiedzy został w sercu cichy kącik dla pani prof. Zegarskiej.

Histologia. Zapamiętane preparaty i wprawiona ręka - wszystko to dzięki rysowaniu "obrazków spod mikroskopu" - przydały się na ćwiczenia histopatologiczne, zaś to, co zostało w pamięci lub zeszytach, procentowało na fizjologii (sic! - hematologia), immunopatologii i wspomnianej już patomorfologii. Nb. myślę, że decyzja o przeniesieniu na III rok immunologii była słuszną - na I roku było to rzeczywiście ciężko strawne.

Anatomia - nic dodać, nic ująć, może poza tym, że ćwiczenia były trochę za długie, a grupy zbyt liczne (choć i tak preparował, kto chciał). Pozytywnie odebrałem też anatomię kliniczną na III roku - można było ogólnie powtórzyć ten, jakby nie patrzeć, najbardziej podstawowy z przedmiotów.

II rok

Biofizyka. Dla mnie najważniejsze było powtórzenie i rozszerzenie wiadomości z optyki i akustyki, ale uważam, że cały program spełniał ważny cel - nauczania rozumienia pewnych problemów przy pomocy fizyki. Poza tym na biofizyce po raz pierwszy zostałem sprowokowany do samodzielnego myślenia - na ćwiczeniu poświęconym pomiarowi ciśnienia dostaliśmy we trójkę problem do rozwiązania i - co najważniejsze - udało nam się go rozwiązać przez wspólną dyskusję.

Genetyka. Przedmiot o bardzo dobrze skonstruowanym programie - oprócz powtórzenia z liceum i podstawowych zagadnień klinicznych, obejmował też genetykę bakterii, co przydało się na mikrobiologii. Poza tym program ten nie był przeładowany - spora część materiału "klinicznego" została przeniesiona (i słusznie) na rok IV. Przyda się na pewno.

Fizjologia - drugi po anatomii podstawowy z przedmiotów. Jednak jego słabym punktem jest koncepcja nauczania oparta na podręczniku Traczyka (który jaki jest - każdy wie), w związku z czym brakowało mi pojmowania pewnych zjawisk całościowo, wiązania szczegółów ze sobą. Ponadto system testowy oceniania premiował "suche" zapamiętywanie i odtwarzanie jak największej ilości faktów, nawet bez ich zrozumienia. O przydatności nie piszę - to sprawa ewidentna, jednak lepszą orientację w tych problemach zawdzięczam patofizjologii.

Biochemia. Pomogła mi zrozumieć wiele problemów w patofizjologii (ergo w internie), biochemii klinicznej czy farmakologii. Moim zdaniem jednak w programie nauczania biochemii w naszej Uczelni zostały odwrócone proporcje pomiędzy tym, co ogólne i podstawowe, a tym, co szczegółowe. Być może będę nudny, ale powtórzę to, co moi starsi koledzy mówili już wcześniej - wymagano od nas znajomości zbyt dużej ilości wzorów strukturalnych (pod presją, że brak jednego wodoru "kosztuje" określoną część punktu na kolokwium lub egzaminie). W ich gąszczu ginęło wszystko inne, łącznie z regulacjami metabolicznymi - dla mnie sprawą najbardziej przydatną na starszych latach. Przedstawione powyżej "resume" jest oczywiście fragmentaryczne (ograniczyłem się do największych objętościowo przedmiotów) oraz niewątpliwie subiektywne, ale inne być nie mogło.

Kamil Jankowski

Informacje z posiedzenia Senatu w dniu 8.06.1992 r.

Senat przyjął sprawozdanie finansowe Uczelni za rok 1991.

Wyciąg z Protokołu Nr 5/91/92 posiedzenia Senatu Akademii Medycznej w Gdańsku w dniu 8.06.1992 r.:

"Przewodniczący Senackiej Komisji Budżetu i Finansów AMG, prof. P. Gałuszko przedstawił sprawozdanie finansowe Akademii Medycznej w Gdańsku za rok 1991. Senacka Komisja Budżetu i Finansów odbyła 4 posiedzenia i na ostatnim z nich przyjęło sprawozdanie, które przedstawia do zatwierdzenia Wysokiemu Senatowi. Podstawowym źródłem informacji dla sporządzenia sprawozdania jest bilans Uczelni na dzień 31 grudnia 1991 r. oraz sprawozdanie o przychodach, kosztach i wyniku finansowym za 1991 r. Sprawozdania te zostały przyjęte przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w dniu 30.III.1992 r. Bilans Uczelni zbadany został przez biegłego księgowego i otrzymał urzędowe stwierdzenie zwerifikowania.

Sprawozdanie finansowe za rok 1991 po stronie aktywów i pasywów zamyka się kwotą 232.375.363.944 zł. Wynik finansowy Uczelni dodatni, czyli zysk wynosi 248.030.512 zł.

Następnie prof. P. Gałuszko zapoznał zebranych z poszczególnymi wynikami działalności Uczelni, którą obrazują tabele zawarte w sprawozdaniu stanowiącym załącznik do protokołu.

Po dyskusji Senat w głosowaniu jawnym **j e d n o m y ś l n i e** **z a t w i e r d z i ł** sprawozdanie finansowe Akademii Medycznej w Gdańsku za rok 1991.

Rektor, prof. S. Angielski na ręce prof. P. Gałuszki złożył serdeczne podziękowanie całej Komisji Budżetu i Finansów za wkład pracy i terminowe sporządzenie sprawozdania finansowego.

Następnie rektor podał kwotę wydatkowaną przez Państwowe Szpitale Kliniczne Nr 1, 2 i 3 za okres od 1.01-31.05.92 r., która wynosiła 83.090.792.500 zł, co stanowi 90.74% otrzymanych środków. W ocenie rektora - gospodarka finansowa naszych szpitali jest prawidłowa."

Przemianowano:

- Katedrę i Zakład Postawowej Opieki Zdrowotnej w Katedrę i Zakład Medycyny Rodzinnej
- Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia na Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej w Instytucie Medycyny Społecznej
- Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Katedrę i Klinikę Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Przekształcono:

Samodzielną Pracownię Diagnostyki Izotopowej Instytutu Chorób Wewnętrznych w Zakład Medycyny Nuklearnej Instytutu Radiologii i Radioterapii.

Powołano Instytut Kardiologii, w skład którego weszły:

- I Klinika Chorób Serca
- nowo powołana II Klinika Chorób Serca
- Zakład Diagnostyki Chorób Serca i Naczyn
- Klinika Kardiokirurgiczna

Przyznano

Medal Zasłużonemu Akademii Medycznej w Gdańsku **dr Zenonowi Wróblewskiemu** z Kliniki Chirurgii Rekonstrukcyjnej Uniwersytetu w Göteborgu.

Ustalono

termin uroczystej inauguracji roku akademickiego 1992/93 na dzień 1 października 1992 r. godz. 10.00.

SYMPOZJUM PEDIATRYCZNO - REHABILITACYJNE

Marcia Barbacki, założyciel stowarzyszenia "Global Opportunities" (USA), ma zaszczyt powiadomić o tygodniowym symposium pediatryczno - rehabilitacyjnym, rozpoczynającym się 16 lipca 1992r. Program symposium skierowany jest do lekarzy specjalizujących się w rehabilitacji, magistrów rehabilitacji ruchowej, techników fizjoterapii, terapeutów zajęciowych, psychologów klinicznych, pielęgniarek i pracowników socjalnych oraz rodziców dzieci specjalnej troski.

W ramach symposium prezentowane będą wykłady i pokazy rehabilitacji pediatrycznej, a w szczególności techniki badania czynnościowego oraz metody leczenia, wózki inwalidzkie i ich pomiary, adaptacja mieszkań i środowiska dla osób niepełnosprawnych, demonstracja protez i szyn stabilizujących, technologia komputerowa i informacyjna, omówienie aktualnych metod łączenia dzieci niepełnosprawnych z pełnosprawnymi w klasie szkolnej w USA. Wykłady i zajęcia praktyczne ilustrowane będą filmami i przeżroczami.

Symposium odbędzie się w Radziszowie k. Krakowa a następnie w Bardejowie (Czecho-Słowacja) oraz Gyor (Węgry). Sprzęt rehabilitacyjny i kliniczny z USA zostanie przekazany odwiedzanym placówkom w wymienionych krajach.

"Global Opportunities" jest organizacją społeczną utrzymującą się z dobrowolnych datków, mającą na celu wymianę poglądów na tematy medyczne, edukacyjne i opieki społecznej oraz zacieśnianie więzi pomiędzy specjalistami z różnych krajów. Osoby zainteresowane symposium proszone są o skontaktowanie się z dr Ireną Solecką-Szpejdową, Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci "Solidarność", 32-052 Radziszów.

Z ukosa

Kolejny rok akademicki za nami, ja jednak chciałbym się podzielić refleksją na temat przyszłości. Nasunęła mi się ona podczas Rady Wydziału, na której uchwalano plany i programy studiów na rok następny. Okazało się, że studenci Stomatologii (i w ogóle cały ten Oddział) wyprzedzili Wydział Lekarski (tj. całą jego resztę) o kilka długości, jeśli chodzi o zmiany procesu dydaktycznego. Dokonano tam bardzo prostego zabiegu. W zeszłych latach stosunek przedmiotów ogólnomedycznych do zawodowych był jak 2:1. Studenci domagali się zmiany tych proporcji na korzyść przedmiotów zawodowych (praktycznych). Ponieważ na konferencji rektorów w Nałęczowie przyjęto, że ilość godzin na oddziałach stomatologicznych powinna wynosić 4500 w ciągu 5 lat, dodano do istniejących dodatkową liczbę godzin, przeznaczając je na przedmioty zawodowe. W ten sposób ww. proporcja wynosi 1:1 (oczywiście jest to grube uproszczenie, jednak zasada właśnie na tym polegała). Pani Dziekan pochwaliła nawet studentów Stomatologii "ex cathedra" za dobre przygotowanie do specjalnej Rady Wydziału poświęconej właśnie Stomatologii. A na Lekarskim? Nihil novi. Jeżeli kiedyś na wniosek studentów wszystkim katedrom mniej więcej po równo godzin obcinano, to teraz wskutek uchwał z Nałęczowa (stwierdzających, że na WL ilość godzin winna wynosić 5500 w ciągu 6 lat), wszystkim (prawie) godzin dodano. Na sali usłyszałem głos komentacza: "przelewanie z pustego w próżne". Istotnie, już teraz część czasu przeznaczanego na zajęcia nie jest efektywnie wykorzystana, abstrahując od tego, kto jest temu winien, czyli decyzja owa jest "mnożeniem bytów ponad potrzebę". Pojawiły się też plany wprowadzenia nowych przedmiotów - endokrynologii i reumatologii. Wszystko to jednak w ramach starego modelu nauczania, który nakierowany jest na kształcenie (wg założeń studentckiego "bojownika o dydaktykę") "pseudospecjalisty" wszystkich dziedzin, a nie lekarza ogólnego, pierwszego kontaktu, rodzinnego. Być może pierwszą jaskółką zwiastującą wiosnę jest zwiększenie ilości godzin i rozszerzenie (w stronę medycyny paliatywnej - i dobrze) programu medycyny rodzinnej (dawniej POZ). Czy nastąpią jednak zmiany gruntowniejsze? Wątpię. I według mnie, aktywność studentów (czyli jej brak - to także zostało wspomniane przez Panią Dziekan) nie ma tu znaczenia zasadniczego. Ale - być może się mylę

Kamil Jankowski

Wykaz aparatury zakupionej w maju br. dla Uczelni i Szpitali Klinicznych

Zakład Biochemii Klinicznej		
Wstrząsarka z łaźnią wodną typ 357	6.667.000	Grant-3
Zakład Biofarmacji i Farmakodynamiki		
Kolumna do chromatografii	40.000.000	Grant-6
Zakład Analityki Klinicznej		
Wirówka laboratoryjna MPW-50	6.468.000	St-47
Zakład Medycyny Sądowej		
Zamrażarka 6-cio szufladkowa GS-246	6.900.000	St-33
Samodzielna Pracownia		
Diagnostyki Laboratoryjnej		
Termostat ŁW-11 z metalową pokrywą	5.950.000	St-48

Zakład Higieny i Epidemiologii

Audiometr diagnostyczny AAD-80	1.666.000	z pracy 812
Luksomierz L-02	402.000	z pracy 812
Impulsowy miernik poziomu dźwięku I-10	893.000	z pracy 812

Klinika Chorób Oczu

Wypożyczenie do mikroskopu operacyjnego OPTON	22.099.632	z pracy 319
Zestaw komputerowy XT	9.700.000	z pracy 319
Monitor Neptun D-505	1.365.000	z pracy 319
Magnetowid GHU-1223-K		
Gold-Star-Unitra	1.715.000	z pracy 319

III Klinika Chorób Wewnętrznych

Palifizjograf typ Mingograf 720	57.533.742	z prac 135 i 136
Mingograf-7	434.088.718	" "
Echokardiograf Ultramark 4	118.066.410	" "
Bieżnia do prób wysiłkowych typ CASE-12	125.188.258	" "

Aparat do 24 godz. monitorowania ciśnienia krwi ERKA	72.182.880	Sponsor - "Pol Nord" Gdańsk
---	------------	-----------------------------------

Zakład Rehabilitacji

Laser IR 904-30	24.000.000	dar - Agencja Handl.-Usługowa "FUTURE" W-wa
-----------------	------------	---

Klinika Urologii

Echokamera SSW-210DXII	107.721.026	dar - ks. H.Krak, Düsseldorf
Standard Optik 25	25.939.980	dar - R. Wolf, Niemcy

III Klinika Chorób Wewnętrznych

Oddział Kardiologii		
Kardiostymulator NP-4D	16.000.000	dar - Morski Port Handlowy, Gdańsk

Klinika Chirurgii Dziecięcej

Serwowentylator 900 - dodatkowe wyposażenie	77.528.000	dar - Stowarzy- szenie Pomocy Dzieciom Chi- rurgicznie Chorym, Gdańsk
	2.104.480	fundusz rozwoju

Klinika Dermatologiczna

Zestaw do leczenia łuszczycy przez naświetlanie "PUVA"	297.434.500	śr.budż. PSK 1
---	-------------	----------------

Dział Administracyjno-Gospodarczy

Kontener na śmieci ST-8B	45.180.000	"
--------------------------	------------	---

Poradnia Chirurgii Stomatologicznej

Fotel stomatologiczny SM-32 "Beskid 1" (2 szt.)	31.000.000	"
--	------------	---

Redaguje zespół: Marek Hebanowski, Kamil Jankowski, Leszek Kalinowski, Józefa de Laval, Waldemar Narożny, Jerzy Rogulski (redaktor naczelny), Urszula Wojdak (sekretarz Redakcji)
Adres Redakcji: Katedra Biochemii Klinicznej AM (pawilon 29)
Telefon Redakcji: 41-29-15 lub 47-82-22 wewn. 15-70

Powiel. Biblioteka Główna AMG
 Rej. 636/92, nakł. 700 egz. form. A-4.