

GAZETA AMG

GDĄŃSK

1 sierpnia 1991

Nr 8

str 4-5

Z dr Martą Kłosowską - Kierownikiem Studium Wychowania
Fizycznego AM rozmawia Leszek Kalinowski

L.K.: Czy mogłaby Pani dokonać krótkiej prezentacji pracy Studium?

M.K.: Tradycje mamy bogate. Studium Wychowania Fizycznego rozpoczęło swoją działalność jako pierwsze w Polsce w 1946 r. zanim jeszcze podobne kreowano w latach 1950 i 1951 na innych uczelniach. Stało się to możliwe dzięki ogromnemu zaangażowaniu ówczesnego Rektora prof. Grzegorzewskiego i mojego poprzednika, dr Zawrockiego. Odnowiono wówczas salę gimnastyczną, która przed wojną była obiektem szkoły średniej dla dziewcząt, a w latach 1944-1945 służyła Armii Czerwonej jako stajnia dla koni. Początkowo zajęciami wychowania fizycznego objęto studentów pierwszego roku studiów, a w następnym - także studentów drugiego roku. Od 1974 r. na podstawie zarządzenia Ministra Szkolnictwa Wyższego obejmuje się obowiązkowym wychowaniem fizycznym tyłu studentów lat starszych, na ilu pozwalają warunki. My, z uwagi na złe warunki, zajęliśmy się dodatkowo tylko rokiem trzecim na wszystkich kierunkach studiów. Zgodnie z programem, na pierwszych dwóch latach studiów prowadzi się zajęcia sportowe ogólnorozwojowe, natomiast na roku trzecim, w zależności od zainteresowań, studenci dokonują wyboru uprawianej dyscypliny sportowej: pływanie na basenie we Wrzeszczu przy ulicy Wajdeloty, gry sportowe w hali przy ulicy Kołobrzeskiej na Przymorzu i w sali naszego Studium. Dla dziewcząt proponujemy ponadto aerobic. Bardzo dogodnie ułożony jest program dydaktyczny dla studentów trzeciego roku studiów, który rezerwuje środy wyłącznie na wychowanie fizyczne. Poza tym oferujemy ćwiczenia fakultatywne na starszych latach studiów dla tych studentów, którzy chcą uprawiać sport - w wymiarze zależnym od istniejących warunków. Mogliśmy zorganizować zajęcia w soboty na basenie dla 90 osób.

L.K.: Jakie cele stawiają sobie pracownicy Studium Wychowania Fizycznego?

M.K.: Staramy się tak organizować i prowadzić ćwiczenia, aby służyły zdrowiu. Studentów trzeciego roku uczymy pływać. Okazuje się bowiem, że 40% mężczyzn i 70% kobiet przyjmowanych na pierwszy rok studiów w naszej Uczelni nie umie pływać. Prawie 99% tych, którzy decydują się na naukę pływania na basenie, zdobywa karty pływackie w ciągu roku. Jest to duże osiągnięcie. O wybitnych wynikach i sporcie wyczynowym nie może być mowy, poza tym rzeczywiście nie jest

to naszym celem. Prowadzimy jednak sekcje sportowe, które biorą udział w Mistrzostwach Polski Akademii Medycznych. Proponujemy naszym studentkom i studentom 14 takich sekcji: piłka siatkowa, piłka koszykowa, pływanie, tenis stołowy i żeglarstwo, a ponadto judo i taniec nowoczesny dla dziewcząt, piłka ręczna i piłka nożna dla mężczyzn. Rywalizacja sportowa w tych sekcjach stanowi mały sport, nie związany z wyczynem.

L.K.: Czy mogłaby Pani wymienić najważniejsze sukcesy sportowe naszej Uczelni?

M.K.: Myślę, że do najbardziej znaczących sukcesów należy zaliczyć zdobycie pierwszego miejsca w 1954 r. w punktacji ogólnej Mistrzostw Polski Akademii Medycznych. Potem, sukces ten udawało się powtarzać w latach 1971-1976. W ten sposób zdobyliśmy na własność przechodni Puchar Ministra Zdrowia. W ostatnich latach wyprzedzają nas w tej rywalizacji inne uczelnie. Obecnie wiele z nich ma wspaniałe, nowoczesne hale sportowe z basenami, gabinetami odnowy i sauną. My, praktycznie mamy tę samą bazę od 1946 roku.

L.K.: Czy były czynione starania wzbogacenia Uczelni w nowe obiekty sportowe?

M.K.: Już w roku 1972 proponowałam ówczesnym władzom Uczelni adaptację sali wykładowej Zakładu Anatomii Prawidłowej przy alei Zwycięstwa na halę sportową. Wykonano dwie bardzo kosztowne ekspertyzy inżynieryjno-architektoniczne i założenia techniczne takiej adaptacji. Projekty z tamtych lat z całą pewnością można odszukać. Pomysł realizacji tego przedsięwzięcia ożywa ostatnio na nowo. Jest wiele powodów do podjęcia tego dzieła. Istniejąca sala wykładowa w "Starej Anatomii" od 1976 roku świeci pustką i jest tylko w nieznacznym stopniu wykorzystywana. Usytuowanie jej w tak atrakcyjnym miejscu sprawia, że cały budynek mógłby spełniać wiele funkcji. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby taki obiekt przynosił zyski będąc jednocześnie centrum zjazdowym, wystawowym oraz miejscem imprez sportowych. W ubiegłym roku akademickim koszt wynajmu obiektów sportowych (basenów i hal) w wymiarze 44 godzin tygodniowo kosztował Uczelnię blisko 45 milionów zł.

L.K.: Zajęcia sportowe można dobrze prowadzić tylko wówczas, jeżeli osoby biorące w nich udział wykazują chęć aktywnego uczestnictwa. Czy zaangażowanie ze strony studentów jest duże i czy Studium zaspokaja należycie naturalne zapotrzebowanie na czynny wypoczynek?

M.K.: Należałoby tu wyraźnie rozgraniczyć postawę dziewcząt i chłopców. Kobiety znacznie częściej wolą uczestniczyć w zajęciach poprawiających sylwetkę ciała. Próbuje temu zadaniu sprostać. Rezygnujemy powoli z przeżywanego się już aerobiku na rzecz stretchingu i canalleticsu. Nasze panie nie podejmują zwykle wysiłku rywalizacji i współzawodnictwa sportowego. Nasze kontakty ze studentami zacieśniają się ponownie na starszych latach studiów. Zwykle po okresie przerwy od obowiązkowych zajęć ruchowych przychodzi moment uświadomienia sobie, że jednak, kiedy regularnie uprawiano sport, samopoczucie było lepsze. Badania ankietowe wśród studentów pierwszych i piątych lat studiów we wszystkich akademiach medycznych wykazały, że studenci piątego roku najchętniej ocenili to, co dla nich robimy.

L.K.: Mówiąc o sporcie studenckim nie należy pominąć problemu zdrowotności. Zawszą dochodzą sygnały, że młodzież fizycznie jest coraz słabsza. Czy Pani obserwacje mogą potwierdzić te obawy?

M.K.: Z niepokojem stwierdzam, że przychodząca na studia młodzież z roku na rok jest istotnie coraz słabsza fizycznie. Twierdzenie to opieram chociażby na wynikach testu sprawności wysiłkowej, wykonywanego co roku wśród studentów objętych obowiązkowym programem wychowania fizycznego. Obecnie na 1784 studentek i studentów ćwiczących 80 osób uczęszcza na gimnastykę leczniczą, 62 osoby w tej

grupie mają skrzywienia kręgosłupa. Osoby świadome posiadanej wady samorzutnie przynoszą skierowania od lekarzy na gimnastykę leczniczą. Gdyby rzetelnie badać studentów, to osób wymagających gimnastyki korekcyjnej byłoby więcej. Brak od dwóch lat odpowiedniej komisji lekarskiej w ZOZ dla studentów stwarza okazję do nieuzasadnionego rezygnowania ze sportu. Pośród osób zwalnianych z obowiązkowych zajęć wychowania fizycznego z powodu krótkowzroczności, chorób układu krążenia, chorób reumatycznych, stanów pourazowych bywają też osoby z rozpoznaniem na przykład "słabej konstrukcji fizycznej" lub nerwicy. Wydaje się, że w tych przypadkach ruch fizyczny jest właśnie doskonałym środkiem przezwyciężania ułomności.

L.K.: Osoby zwolnione z zajęć wychowania fizycznego muszą "zaliczać" materiały teoretyczne zaczerpnięte z książek. Czy jest to celowe?

M.K.: Jest to jedyna okazja dla pokazania osobom, które nie korzystają z zajęć sportowych świadomie lub z przyczyn od nich niezależnych, że można leczyć ruchem, nawet w sytuacji, gdy samemu z tej możliwości nigdy się nie skorzystało. Bezwzględnie chcemy poszerzyć świadomość, że można leczyć przez ruch fizyczny i chcemy nauczyć tego studentów. To jest nasz cel realizowany we współpracy z Zakładem Rehabilitacji AM. Przez lata pracy w Studium udało mi się skupić zespół ludzi, któremu autentycznie zależy na popularyzowaniu sportu dla zdrowia i sprawności fizycznej.

L.K.: Bardzo dziękuję za rozmowę.



U zajęciach dydaktycznych prowadzonych przez "niekonwencjonalnych nauczycieli akademickich"

W ciągu ostatniego 20-lecia w krajach Zachodniej Europy, USA i Kanadzie na wielu wydziałach lekarskich wprowadzono nauczanie medycyny ogólnej (general medicine), rodzinnej (family medicine), podstawowej opieki zdrowotnej (primary health care). Ze względu na specyfikę problemów kontaktu lekarza z pacjentem poza szpitalem, nauczanie tej dyscypliny musiało "wyjść" poza kliniki oraz oddziały szpitalne i oprzeć się na lekarzach zatrudnionych w poradniach społecznej ochrony zdrowia lub prowadzących prywatne praktyki. Truizmem jest dziś stwierdzenie, że podniesienie jakości świadczeń zdrowotnych na poziomie pierwszego kontaktu jest najważniejszą drogą do zwiększenia efektywności całego złożonego systemu ochrony zdrowia, a także stanowi sposób na obniżenie stale narastających kosztów opieki zdrowotnej.

W naszym kraju zainteresowanie potrzebą lepszego przygotowania lekarzy do podjęcia pracy w przychodniach i wiązanie z nią kariery zawodowej przypada na koniec lat 70-tych.

W roku 1979, jako drugi w Polsce, zorganizowany został w naszej Uczelni Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, dla którego bazę dydaktyczną stanowiło 6 dużych Przychodni Rejonowych, zatrudniających grupę lekarzy ogólnych, internistów, pediatrów, położników-ginekologów.

Biorąc pod uwagę 40-letnie zaniedbania w kształceniu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w naszym kraju oraz niski prestiż lekarza rejonowego w hierarchii zawodowej byliśmy pełni obaw o właściwy poziom i efektywność prowadzonych w przychodniach zajęć. Patrząc z perspektywy 12-letniej działalności Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej nasze obawy okazały się niesłuszne.

Opinie studentów corocznie zbierane w badaniach ankietowych oraz stosowany przez nas końcowy sprawdzian testowy po zajęciach pozwoliły na pozytywną ocenę naszego eksperymentu dydaktycznego, który stał się modelowym rozwiązaniem, przyjmowanym przez inne uczelnie.

Aktualna baza dydaktyczna została rozszerzona do 12 Przychodni Rejonowych, a ilość lekarzy zaangażowanych w kształceniu przekracza 120 osób. Umożliwiło to stosowanie zasady, że z 1 lekarzem pracuje 1-2 studentów.

Podejmując się organizacji zajęć dla studentów wysunęliśmy hipotezę, że mogą one mieć istotne znaczenie dla poprawy jakości świadczeń zdrowotnych lekarzy POZ, jak też przyczynić się do podniesienia prestiżu zawodowego i społecznego lekarzy rejonowych.

W 1987 roku przeprowadziliśmy badania opinii 82 lekarzy - "niekonwencjonalnych nauczycieli akademickich", dotyczących wielu aspektów prowadzonych przez nich zajęć. Ograniczę się do prezentacji odpowiedzi lekarzy na dwa pytania:

1. Czy zajęcia ze studentami w trakcie podstawowej działalności lekarskiej utrudniają, czy stanowią pomoc w pracy lekarskiej?

Okazało się, że na znaczne utrudnienie w pracy lekarskiej, spowodowane zajęciami ze studentami, zwraca uwagę blisko 2/3 pediatrów. Ćwiczenia nie utrudniają pracy lekarzom wybranych Poradni Specjalistycznych i większości lekarzy Poradni Ogólnych. Ogółem około 40% lekarzy uważa, że ćwiczenia utrudniają im pracę. Na podkreślenie zasługują fakty, że aż 62% ankietowanych ocenia "wspólne działanie ze studentami" za pomocne w pracy lekarskiej, a także, że spośród lekarzy Poradni Ogólnych, bardzo obciążonych dużą ilością przyjmowanych pacjentów, 77% odpowiadających ocenia zajęcia dydaktyczne jako pomocne.

- 2 Czy zajęcia ze studentami dają lekarzom satysfakcję, czy skłaniają ich do poszerzania i uzupełniania własnej wiedzy medycznej?

Okolo 3/4 respondentów odczuwa satysfakcję z nauczania i uważa, że zajęcia ze studentami VI roku skłaniają ich do ustawicznego podnoszenia wiedzy medycznej. Interesującym zjawiskiem jest to, że przy stosunkowo niskim wynagrodzeniu, jakie lekarze prowadzący studentów otrzymują od Uczelni, większość z nich ubiega się o udział w zajęciach dydaktycznych, traktując to jako rodzaj wyróżnienia. W oparciu o ocenę jakości prowadzonych zajęć nie ze wszystkimi lekarzami, niestety, odnawiamy umowę o pracę.

Podsumowując możemy ocenić, że działalność "niekonwencjonalnych nauczycieli akademickich" w nauczaniu podstawowej opieki zdrowotnej nie tylko umożliwia nabywanie przez studentów potrzebnej wiedzy i umiejętności, ale podnosi również jakość świadczeń udzielanych przez lekarzy pierwszego kontaktu oraz ich prestiż w hierarchii zawodowej i społecznej.

Prof. dr hab. Marek Hebanowski

Rehabilitacja - oczekiwania i możliwości

Rehabilitacja jest to proces medyczno-społeczny, którego celem jest optymalne przywrócenie utraconych na skutek choroby funkcji narządów, układów lub całego ustroju.

U dzieci z wadami wrodzonymi i dysfunkcjami wcześniej nabytymi rehabilitację rozumie się jako kształtowanie brakujących funkcji i wyrównywanie opóźnień w rozwoju fizycznym i/lub psychicznym. Ostatecznym celem postępowania rehabilitacyjnego jest skrócenie czasu leczenia i zapewnienie lepszej jakości życia człowieka niepełnosprawnego, umożliwienie mu powrotu do środowiska i stworzenie warunków integracji społecznej. W procesie tym ściśle zalegają się u dorosłych formy postępowania medycznego z postępowaniem resocjalizacyjnym, a u niepełnosprawnych dzieci i młodzieży - z edukacją i wychowaniem. Powinniśmy więc jednoznacznie określić, co należy do zakresu działania medycznego, a co do resocjalizacji. Tak pojęta rehabilitacja i przyjęte w niej współczesne sposoby postępowania mają w leczeniu ściśle określone funkcje, miejsce i czas działania. Każdy bowiem człowiek chory jest niepełnosprawny, a jedynie rodzaj i stopień naruszenia sprawności (wieloukładowe, jednoukładowe, narządowe itp.) oraz czas jej trwania wyodrębnia grupy chorych i nakreśla dobór sposobów usprawniania.

Elementy postępowania rehabilitacyjnego, bardzo złożonego w swojej istocie, można sprowadzić w uproszczeniu do aspektu medycznego, czyli usprawniania leczniczego oraz, w trwałych lub długotrwałych naruszeniach sprawności, do postępowania resocjalizacyjnego. Klinicyści są najbardziej zainteresowani medycznym aspektem rehabilitacji, czyli usprawnianiem leczniczym. Na postępowanie to składa się przede wszystkim wstępna i okresowa ocena wydolności psychofizycznej, fizjoterapia (wykorzystywanie w procesie leczenia różnych rodzajów energii fizycznej), psychoterapia, terapia zajęciowa oraz zaopatrzenie w protezy, orlezy i inne pomoce rehabilitacyjne (kule, balkoniki, wózki, urządzenia do

samoobsługi itp.). Postępowanie to uzupełnia się farmakoterapią, leczeniem chirurgicznym (zabiegi korekcyjne), dietetyką, a u niektórych chorych - alternatywnymi metodami postępowania leczniczego (akupunktura, bioenergoterapia, trening autogeniczny itp.).

Z badań przeprowadzonych przez WHO wynika, że nie wszyscy niepełnosprawni wymagają usprawniania leczniczego pod specjalistycznym nadzorem: 30% osób niepełnosprawnych osiąga samousprawnienie, 40% wymaga prostych sposobów usprawniania przy pomocy odpowiednio przygotowanego podstawowego i pomocniczego personelu medycznego, 18% potrzebuje specjalistycznej pomocy w czasie pobytu w szpitalu lub ambulatorium, a tylko 12% wymaga wysokospecjalistycznej pomocy w ośrodkach rehabilitacji, często z długotrwałą hospitalizacją. Fakty te przeniesione na grunt naszego kraju powinny znaleźć odzwierciedlenie w modelu organizacyjnym opieki zdrowotnej.

W Akademii Medycznej w Gdańsku powołano w 1972 r. Zakład, który w 1985 r. przekształcono w Katedrę i Zakład Rehabilitacji. Pod opieką Zakładu znajduje się przeciętnie od 120 do 200 chorych leżących w klinikach PSK 1. Potrzeby klinik są znacznie większe i szacunkowo usprawnianiem leczniczym powinno się objąć ok. 600 chorych. Dotychczasowa praktyka wykazała, że Katedra Rehabilitacji w swej obecnej strukturze organizacyjnej, zatrudnionym personelu oraz wyposażeniu technicznym nie ma możliwości czuwania nad merytorycznym wykonywaniem zabiegów usprawniających we wszystkich klinikach. Każda bowiem klinika pracuje swoim rytmem, do którego nie można zawsze efektywnie dostosować czasu pracy pracowników Zakładu oraz personelu fizjoterapeutycznego. Nie daje się również zharmonizować oczekiwań i planów lekarzy klinik z zaleceniami personelu rehabilitacyjnego. Dlatego uważam, że każda klinika powinna zatrudniać fizjoterapeutę, który pracowałby pod nadzorem organizacyjnym i fachowym ordynatora (lekarza leczącego) i wykonywał zabiegi przy łóżku obłożnie chorego, wchodzące w zakres tzw. przyłóżkowego usprawniania leczniczego. Istnieją już sprawdzone przykłady takiego postępowania w Klinikach Kardiologii, Kardiochirurgii, Chirurgii Klatki Piersiowej, Neurologii, Rozwojowej, Klinikach Chorób Psychiczych. Natomiast specjalistyczny zespół Zakładu Rehabilitacji nie posiadający jak dotychczas własnych łóżek klinicznych, na zlecenie klinik, powinien konsultować chorych wymagających dodatkowych zabiegów, ustalać programy całościowego postępowania rehabilitacyjnego i obejmować szerszym zakresem usprawniania chorych, którzy mogą dotrzeć do części ambulatoryjnej Zakładu, bądź kierować ich do specjalistycznych ośrodków rehabilitacji. Analogicznie powinny być zorganizowane działy rehabilitacji w pozostałych szpitalach klinicznych AMG.

Katedra i Zakład Rehabilitacji prowadzi zajęcia dydaktyczne przeddyplomowe ze studentami VI roku Wydziału Lekarskiego i słuchaczami Wydziału Fizjoterapii Medycznego Studium w Gdańsku. W roku akademickim 1990/91 podwyższono wymiar godzin dydaktycznych do 30, co zapewnia możliwość nauczania absolwentów podstaw medycznych i społecznych rehabilitacji. SeminaRIA i ćwiczenia kończą się obecnie oceną wiadomości studentów; pracą w Katedrze zainteresowało się kilkunastu zdolnych absolwentów.

Specjalistyczne staże odbywają w Katedrze, w ramach kształcenia podyplomowego, specjalizujący się w rehabilitacji lekarze i magiSTRzy fizjoterapii z terenu Polski Północnej. Tutaj także, odbywają się egzaminy specjalizacyjne na I stopień z rehabilitacji. Lekarze innych specjalności - ortopedzi, chirurdzy, neurologdzy, a także psycholodzy kliniczni i logopedzi odbywają tu staże cząstkowe. Katedra nasza jest jedyną w Polsce Północnej akademicką placówką rehabilitacji, a sposób i zakres prowadzonego u nas kształcenia odbiega od modelu realizowanego w innych, nielicznych zresztą ośrodkach (Poznań, Warszawa) w kraju i obejmuje problematykę rehabilitacyjną we wszystkich specjalnościach klinicznych. Ponadto zdobycie wiadomości ułatwia kształcącym się opracowany przez nas, dobrze przyjęty przez czytelników, podręcznik "Medyczne i społeczne podstawy

rehabilitacji" (ANG 1990), obejmujący całość wielospecjalistycznej problematyki rehabilitacji. Uważam, że każdy absolwent Wydziału Lekarskiego powinien posiąść podstawową wiedzę o rehabilitacji w czasie studiów, a klinicysta poprzez staże cząstkowe, pogłębiać ją w ramach zdobywania specjalizacji. Wówczas wiedza o rehabilitacji będzie pełniejsza, a leczenie osób niepełnosprawnych będzie obejmować wszystkie współczesne sposoby postępowania terapeutycznego. Czy dotychczas osiągnięto dużo? Chyba tak, gdyż obecnie w naszej Uczelni już niemal nikogo nie trzeba przekonywać o potrzebie prowadzenia różnych form postępowania rehabilitacyjnego. Krąg klinicystów, którzy uważają, że postępowanie to jest konieczne, również systematycznie powiększa się. Zapotrzebowanie na zabiegi, chociażby usprawniające, przerasta aktualne możliwości ich zaspokojenia przez Zakład Rehabilitacji i ten problem, ze względu na podmiot działania, jakim jest niepełnosprawny człowiek, powinien znaleźć rozwiązanie w konkretnych, rzeczywistych posunięciach, a nie w truistycznych stwierdzeniach. Należy dążyć do tego, aby postępowanie rehabilitacyjne rozpoczynało się wcześniej, było stosowane u wszystkich chorych niepełnosprawnych w sposób ciągły oraz wielospecjalistyczny. Cel ten będzie można osiągnąć poprzez powszechne kształcenie pracowników opieki zdrowotnej. Katedra jak dotychczas ma bardzo skromne wyposażenie techniczne i zbyt małą ilość zatrudnionych osób, aby temu zadaniu sprostać.

Prof. dr hab. Kazimierz Szawłowski

Informacje, informacje ...

Z sekretariatu Rektora uzyskaliśmy następujące informacje:

Prof. dr Leszek Zaborowski został powołany na stanowisko kierownika Zakładu Higieny i Epidemiologii.

Doc. dr Kazimierz Krajka został powołany na stanowisko kierownika Kliniki Urologicznej.

Doc. dr Marek Wesółowski został powołany na stanowisko kierownika Katedry i Zakładu Chemii Analitycznej.

Powołano Uczelniany Ośrodek Medycznego Kształcenia Podyplomowego, którego zadaniem będzie koordynowanie i organizowanie szkolenia podyplomowego dla regionu obejmującego województwa: gdańskie, elbląskie, słupskie oraz wspomaganie działalności Wojewódzkich Ośrodków Doskonalenia Kadr Medycznych regionu.

Termin inauguracji roku akademickiego 1991/92 ustalono na dzień 30 września 1991 r., wykład inauguracyjny wygłosi prof. Jerzy Rogulski.

Wykaz nie obsadzonych etatów nauczycieli akademickich w AMG wg stanu na dzień 30.06.1991 r.:

II Klinika Chirurgii Ogólnej	- 2 etaty stałe
Klinika Gastroenterologii	- 1 etat czasowy do 30.09.1992 r.
Klinika Nefrologii Dziecięcej	- 1 etat stały
Klinika Ortopedii	- 1 etat stały
Zakład Stomatologii Zachowawczej	- 1 etat czasowy do 30.09.1994 r.
Samodzielna Prac. Diagnostyki Laboratoryjnej	- 1 etat stały
Katedra Anatomii	- 1 etat czasowy do 31.12.1991 r.
Katedra Biofizyki	- 1/2 etatu stałego
	- 1 etat czasowy do 30.04.1992 r.
Katedra Biochemii	- 1 etat stały
Samodzielna Pracownia Informatyki Medycznej	- 1,5 etatu stałego
Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia	- 1 etat stały
Katedra Patomorfologii	- 2 etaty stałe
Katedra Farmakologii	- 1 etat czasowy do 31.03.1992 r.
Katedra Fizjopatologii	- 1 etat czasowy do 31.08.1992 r.
Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych	- 1 etat nielimitowany
Studium Wychowania Fizycznego i Sportu	- 1 etat stały
Katedra Mikrobiologii Farmaceutycznej	- 2 etaty stałe
Katedra Farmacji Stosowanej	- 1 etat czasowy do 30.06.1992 r.

Plan kosztów działalności Uczelni w 1991r. wg układu rodzajowego kosztów – podany przez Kwesturę:

Rodzaj kosztów	w tysiącach zł.
1. Aparatura specjalna	700.000
2. Materiały i przedmioty nietrwałe	9.505.000
3. Energia	8.200.000
4. Usługi remontowe i konserwacyjne	12.250.000
5. Usługi transportowe	750.000
6. Inne usługi materialne (?)	2.750.000
7. Amortyzacja (budynków, aparatury ?)	3.000.000
8. RAZEM KOSZTY MATERIALNE	37.155.122
9. Wynagrodzenia	38.832.000
10. Ubezpieczenia społeczne	14.999.670
11. Odpis na ZFS	1.666.630
12. Odpis na ZFM	999.978
13. Usługi bankowe	420.000
14. Podróże służbowe	600.000
15. Pozostałe usługi niematerialne (?)	1.450.000
16. RAZEM KOSZTY NIEMATERIALNE	58.968.878
OGÓŁEM KOSZTY	96.124.000

Znaki zapytania "?" pochodzą od Redakcji.

Z Działu Spraw Osobowych uzyskaliśmy następujące informacje:

W pierwszym półroczu 1991 r. przyjęto do pracy w AMG na stanowiska nauczycieli akademickich następujące osoby:

Piotr Adamkiewicz, Jacek Brodzicki, Ewa Bryl, Maciej Chojnicki, Leszek Chrostowski, Mieczysław Cichecki, Maria Dobrowolska, Beata Englot, Grażyna Galińska, Magdalena Góra-Gębka, Izabela Grygiel, Jolanta Hreczecha, Janina Jarosławska, Hanna Maria Jasiel-Wojculewicz, Ewa Kazmierska, Mariola Kobuszeńska, Małgorzata Kurzawa, Zofia Majdańska, Beata Mazur, Bogusław Mikaszewski, Ewa Mrózek, Anna Paprocka, Jolanta Pawlak, Henryk Raszczyk, Ewa Rybicka, Urszula Słowik, Mikołaj Winnicki, Dariusz Zacharek, Arnold Zander, Piotr Zaorski, Witold Zarzycki.

Na stanowiska inżynieryjno-techniczne przyjęto 11 osób, na stanowiska ekonomiczno-administracyjne - 26 osób, w pozostałych grupach - 30 osób.

Na stanowisko adiunkta awansowano następujące osoby:

Waldemar Budziński, Tomasz Gorczyński, Zdzisław Janowiak, Monika Lichodziejewska, Alina Muzyka, Stefan Popadiuk, Wiesław Sawicki, Barbara Skoczylas-Stoba, Anna Skuratowicz-Kubica, Jerzy Smutek, Małgorzata Sznitowska, Tomasz Wierzba.

W pierwszym półroczu 1991 r. 40 lat pracy w AMG osiągnął prof. dr Jan Ruszel.

30 lat pracy osiągnęli: doc. dr med. Alicja Księżopolska-Kaczorowska, dr med. Barbara Góra, dr med. Gabriela Romankiewicz-Woźniczko, Seweryna Jeziorska, Helena Zubielewicz.

25 lat pracy w AMG osiągnęli: dr med. Wojciech Bogusławski, dr med. Małgorzata Hermann-Jankau, dr med. Hanna Karnicka-Młodkowska, prof. dr hab. med. Andrzej Kopacz, dr med. Barbara Krajewska, Marta Krauze, dr farm. Anna Krechniak, dr med. Roman Kunicki, dr med. Marian Machel, dr farm. Maria Matuszek, Benon Maźniewski, Tadeusz Megger, dr hab. med. Zbigniew Nowicki, dr hab. farm. Anastasis Pacanis, dr med. Odon Petlak, Anna Rozmaryn.

W pierwszym półroczu 1991 r. przeszli na emeryturę (rentę): prof. dr Edward Kowalski, prof. dr Genowefa Stachowska, dr n. w.f. Marta Kłosowska, dr med. Daniela Pawelec, inż. Jadwiga Kempa-Leonowicz, mgr Mieczysław Misiewicz, mgr Hanna Sciepurko, Regina Bałszewska, Zenona Bińczak, Stefania Dybek, Maria Fudacz, Brygida Gotowiec, Teresa Janowska, Zofia Kolbusz, Irena Kusz, Janina Łalak, Regina Lenc, Zofia Littwin, Józef Maćko, Władysława Marcinkowska, Janina Pomierska, Anna Świderska.

W pierwszym półroczu br. roku zmarli: dr n. przyr. Beata Ciećko, dr med. Andrzej Faczyński, mgr. Janina Kowalczyk, doc. dr hab. n. chem. Romuald Skórko, Wanda Steblin-Kamińska.

W pierwszym półroczu 1991 r. odeszło z pracy w AMG 21 osób ze stanowisk nauczycieli akademickich, 8 osób ze stanowisk inżynieryjno-technicznych, 33 osoby z pozostałych grup pracowników.

Za zgodą Autorów: prof. dr Józefa Terleckiego i dr Sławomira Bautembacha zamieszczamy, w formie przedruku, artykuł, który wszechstronnie przedstawia obecną sytuację oraz kierunki zmian nauczania fizyki w medycynie. Artykuł ma też szerszą wymowę – dotyczy jednego z tzw. przedmiotów teoretycznych, objętych programem szkoły średniej i egzaminem wstępnym. Mamy nadzieję, że zapoczątkuje merytoryczną dyskusję programową.

Redakcja

POSTĘPY FIZYKI – TOM 41 – ZESZYT 5 – 1990

ZAGADNIENIA DYDAKTYKI FIZYKI W SZKOŁACH WYŻSZYCH

Józef Terlecki, Sławomir Bautembach

O miejsce fizyki w nauczaniu medycyny*

1. Fizyka w dotychczasowych planach studiów na wydziałach lekarskich

W okresie międzywojennym kształcenie lekarzy odbywało się na wydziałach lekarskich w uniwersytetach, a program kursu fizyki nie różnił się od programów na innych kierunkach przyrodniczych; na ogół zajęcia dydaktyczne (wykłady) odbywały się wspólnie dla kilku wydziałów. Wyjątek stanowił Uniwersytet Poznański, na którym powołana została odrębna katedra fizyki dla wydziału lekarskiego (1921 r.); jak się można zorientować z ówczesnego podręcznika Stanisława Kalandyka, program obejmował podstawowy kurs fizyki z elementami fizyki lekarskiej, takimi jak np. akustyka i optyka fizjologiczna, promieniowanie X.

Po powołaniu w 1950 r., w miejsce uniwersyteckich wydziałów lekarskich, akademii medycznych (w Gdańsku w 1945 r.) w uczelniach tych powstały samodzielne katedry fizyki lekarskiej. Programy nauczania nadal wzorowały się na programach podstawowego kursu fizyki w uniwersytetach i uzupełniono je elementami fizyki lekarskiej. Zajęcia obejmowały początkowo wymiar 210 godzin, później zaś 150 godzin – na pierwszym roku studiów.

W latach 1964–65 fizykę zastąpiono biofizyką, której program nauczania – opracowany przez ośrodek poznański – zatwierdzono w 1968 r. W świetle tego programu określenie „biofizyka” jest w mojej opinii na wyrost; ściśle biorąc, są to elementy fizyki medycznej, którą można traktować jako jeden z działów fizyki stosowanej. Zatem w dalszym ciągu będę używać dla określenia tego przedmiotu zamiennie nazw: fizyka – w znaczeniu szerszym, fizyka medyczna lub biofizyka – umownie.

Na realizację programu omawianego przedmiotu przewidziano wówczas 120 godzin (60 godzin wykładów, 60 godzin ćwiczeń laboratoryjnych) i umieszczono go na drugim roku studiów (w bloku przedmiotów fizjologicznych).

W odróżnieniu od poprzedniego, program ten wyróżniał się dużym stopniem spójności i był niewątpliwie ambitny. Niestety, w wyniku kolejnej reformy studiów w 1972 r. ilość zajęć została zmniejszona o dalsze 30 godzin, a przedmiot został przeniesiony na pierwszy rok. Przekreślone zostały tym samym założenia, na których został oparty omawiany program. Powstała sytuacja zmusiła

* Referat plenarny, wygłoszony na Międzynarodowej Konferencji nt. Kształcenia w Dziedzinie Fizyki Medycznej i Biofizyki, Poznań, 22 września 1989 r.

286

wykładowców do znacznego okrojenia programu, co zostało w pewnym zakresie uzgodnione na konferencji kierowników katedr w Łodzi w 1974 r.; prawdopodobnie obecnie w poszczególnych akademiach medycznych wybór zakresu treści tego przedmiotu jest zróżnicowany.

W ostatnich latach są podejmowane próby dalszego ograniczania nauczania fizyki w uczelniach medycznych. Taka próba była również reforma planów studiów na wszystkich wydziałach akademii medycznych (a.m.) w 1986 r. Tym razem, prawdopodobnie dzięki stanowisku zajętemu przez przedstawicieli uczelni, w których działalność katedr fizyki znajduje większe uznanie, ograniczono się jedynie do poważniejszej redukcji liczby godzin na wydziałach farmaceutycznych. Natomiast w odniesieniu do wydziałów lekarskich i oddziałów stomatologicznych nie doszło do zamierzonego zmniejszenia liczby godzin, a nawet dokonano w niektórych przypadkach pozytywnej korekty warunków realizacji programów nauczania. Za taką pozytywną zmianę należy uznać np. przeniesienie biofizyki w Akademii Medycznej w Gdańsku na drugi rok studiów.

Aktualną liczbę godzin (do r. ak. 1989/90), przeznaczoną w planie studiów na fizykę na poszczególnych wydziałach w akademiach medycznych zestawiliśmy w tab. 1. Dla porównania podajemy w tab. 2 siatkę godzin fizyki na wydziałach medycznych w innych krajach. Sądzymy, że porównanie to nie wymaga komentarza.

T a b e l a 1. Liczba godzin fizyki w akademiach medycznych w Polsce

Wydział	Liczba godzin		
	wykłady	ćwiczenia laborat.	razem
Lekarski	30	60	90
Stomatologiczny	15	45	60
Farmaceutyczny	—	45	45

T a b e l a 2. Liczba godzin fizyki na wydziałach medycznych w wybranych krajach

Kraj	Liczba godzin
ZSRR	218
Bułgaria	196
NRD	196
Francja	ok. 200
W. Brytania	ok. 200

Stan obecny przedmiotu „biofizyka” nadal nie jest stabilny. Jak wiadomo, projektuje się generalne zmniejszenie obciążenia studentów (o ok. 30%) na studiach medycznych. Według zaleceń ogólnych liczba godzin zajęć z fizyki miałaby również ulec zmniejszeniu w większości uczelni o ok. 30%. Zaplanowana reforma miała być wdrożona już w najbliższym roku akademickim (1989/90) i na wszystkich latach studiów równocześnie. W ostatniej chwili realizacja tych projektów została w niektórych uczelniach zawieszona, w innych zmniejszono liczbę godzin przeznaczonych na fizykę medyczną nawet do połowy (45 godzin).

2. Źródła słabości pozycji fizyki w akademiach medycznych

Wśród wielorakich przyczyn, których skutkiem jest niedocenianie znaczenia nauk podstawowych w szczególności fizyki, dla postępu nauk medycznych (w tym i klinicznych) wymienić należy na pierwszym miejscu ogólną słabość nauk medycznych w naszym kraju. Konsekwencją tego stanu jest niske zapotrzebowanie na efekty działalności dydaktycznej i naukowej nauk podstawowych i szeregu dalszych, niekorzystnych skutków: to małe zainteresowanie pracowników naukowych – klinicystów – studiami w Gdańsku m.in. na przykładzie skromnego ich udziału w corocznych sympozjach „Fizyka i elektronika w medycynie” i w odczytach o tematyce ściśle fizyko-medycznej (tomografia, leczenie nowotworów, hipertermia), nawet jeśli prelegentami są specjaliści zagraniczni. Niejednokrotnie frekwencja lekarzy na tego rodzaju odczytach bywała żenująco mała, jeśli się zważy znaczenie tematu odczytu.

Podobnie ma się rzecz z nowymi opracowaniami z dziedziny techniki medycznej, które z dużym trudem przebijają się przez bariery rutyny lekarskiej.

W szerszej skali współpraca katedr fizyki i klinik ogranicza się do prac o charakterze przyrządkowym w zakresie aparaturowo-technicznym. Do wyjątków należą zespoły, w skład których wchodzi fizycy i lekarze, wykonujące poważniejsze badania podstawowe.

Faktem, którego nie należy ukrywać, jest ciągle jeszcze słaby potencjał kadrowy większości katedr fizyki a.m.; jakkolwiek według zestawień statystycznych liczba zatrudnionych obecnie w a.m. pracowników nauki oraz pracowników ze stopniem doktora jest już pokaźna, nie można jeszcze mówić o powstaniu w szerszej skali ośrodków naukowych. Są niestety jeszcze i takie uczelnie medyczne, w których katedry fizyki nie wykazują większej aktywności naukowej czy szkoleniowej, co nie zakłóca dobrego samopoczucia władzom tych uczelni. W uczelniach tych fizycy nie mają praktycznie nic do zaproponowania katedrom i klinikom, chociaż jest dla mnie oczywiste, że nie ma dyscypliny medycznej, w której współpraca z należytą przygotowanym fizykiem nie byłaby owocna.

Żadna (bez wyjątku) z katedr fizyki nie dysponuje dostatecznie wyposażonym warsztatem pracy, co uniemożliwia efektywną realizację zarówno zadań badawczych, jak i dydaktycznych. Dopelniają ten zły stan rzeczy słabe kontakty z nauką światową (trudności w dostępie do informacji naukowej, ograniczone możliwości wyjazdów na staże zagraniczne), przeciążenie zadaniami dydaktycznymi, niskie uposażenia. Niedostatki te, odczuwalne obecnie powszechnie, dotyczą od wielu lat ze szczególnym nasileniem placówki fizyki w a.m. Nie można się zatem dziwić przypadkom porzucania przez jednostki zdolne, ambitne i przedsiębiorcze zatrudnienia w tych katedrach i brakowi przepływu ludzi zdolnych z uniwersytetów do akademii medycznych. Akcentując problem działalności naukowej, pragnę podkreślić prawdę oczywistą o ścisłym związku między tą działalnością i poziomem nauczania oraz pozycją fizyki w a.m.

Skutkiem ogólnej słabości katedr biofizyki (fizyki medycznej) w większości a.m. jest brak zainteresowania ze strony klinik tą dyscypliną; do wyjątków należą katedry rozwijające szerszą współpracę z klinikami, inicjujące postęp w naukach medycznych. Na domiar złego niektórzy przedstawiciele dyscyplin ściśle medycznych, mając zakodowany w pamięci obraz katedr fizyki i ich działalności dydaktycznej z lat 50-tych, działając dzisiaj w Radzie Głównej Szkolnictwa Medycznego, w komisjach programowych, senatach, nie wyrażają poparcia dla postulatów zgłaszanych do tych gremiów przez środowiska fizyków medycznych.

W podsumowaniu powyższych uwag można stwierdzić, że koło się zamyka: niski poziom nauk medycznych ogranicza zapotrzebowanie na „usługi” ze strony fizyki i hamuje jej rozwój w a.m., a słabość tej ostatniej nie sprzyja postępowi tych nauk.

3. Cele i zadania nauczania fizyki w a.m.

3.1. Cele ogólne

Jest sprawą oczywistą, że nauczanie fizyki w uczelniach medycznych musi być dostosowane do założonego modelu absolwenta. Można przyjąć w naszych warunkach, że studia lekarskie winny przygotowywać z jednej strony do jak najlepszego wykonywania zawodu lekarza – praktyka, z drugiej

288

do pracy twórczej w wybranej dyscyplinie medycznej, przy czym zdobyta wiedza i umiejętności muszą być wystarczające dla dalszego, ustawicznego samokształcenia. Realizacja tych zasad w szerokiej skali nie jest łatwa i wydaje się celowe rozważenie wprowadzenia (wzorem niektórych uniwersytetów zagranicznych) na wydziałach lekarskich dwóch kierunków: zawodowego i naukowego, a nawet włączenia a.m. do uniwersytetów.

Wychodząc z powyższych założeń i obecnego stanu medycyny na świecie, cele nauczania fizyki można sformułować bardziej szczegółowo, następująco:

- a) przyswojenie wybranych wiadomości (pojęć, praw, zjawisk fizycznych) umożliwiających zrozumienie procesów zachodzących w układach żywych na różnych poziomach ich organizacji;
- b) zapoznanie z mechanizmami oddziaływania czynników fizycznych na organizm ludzki — ich działanie patologiczne i zasady ochrony;
- c) opanowanie podstawowych metod badania struktury i funkcji układów biologicznych;
- d) zaznajomienie z podstawami fizycznymi nowoczesnych metod i aparatury biomedycznej — diagnostycznej;
- e) rozwijanie umiejętności samodzielnego rozwiązywania problemów o charakterze poznawczym i praktycznym, wdrażanie myślenia abstrakcyjnego.

3.2. Zadania szczegółowe

Ocena realizowanego obecnie programu i procesu nauczania biofizyki na wydziałach lekarskich a.m. jest, niestety, negatywna. Takie opinie są wygłaszane zarówno przez studentów, jak i klinicystów. Na przykład, w materiale przygotowywanym przez Samorząd Studentów AMG na konferencję dydaktyczną w maju 1989 r. postulowano m.in. znaczne ograniczenie biofizyki w obecnym kształcie na rzecz szerszej prezentacji nowoczesnej aparatury medycznej, fizycznych podstaw medycyny nuklearnej i tematyki ekologicznej. Proponuje się również przesunięcie części zajęć na 4-ty lub 5-ty rok studiów. Należy również przyznać, że w kilku ośrodkach zdarzają się głosy skrajne, domagające się całkowitej likwidacji przedmiotu.

Jest dla nas oczywiste, że w nauczaniu przedmiotu pomocniczego (jakim jest niewątpliwie fizyka) treść programu musi spełniać w pierwszej kolejności wymagania bezpośredniej przydatności w procesie przygotowania studenta do pracy zawodowej.

Dlatego też przytoczone wyżej postulaty konstruktywne zostały w znacznym stopniu już uwzględnione w opracowanym przez Zespół Redakcyjny (A. Piławski, F. Jaroszyk, J. Terlecki) konspekcie nowego podręcznika *Biofizyka medyczna* i w zaproponowanym przez nas projekcie ramowego programu tego przedmiotu.

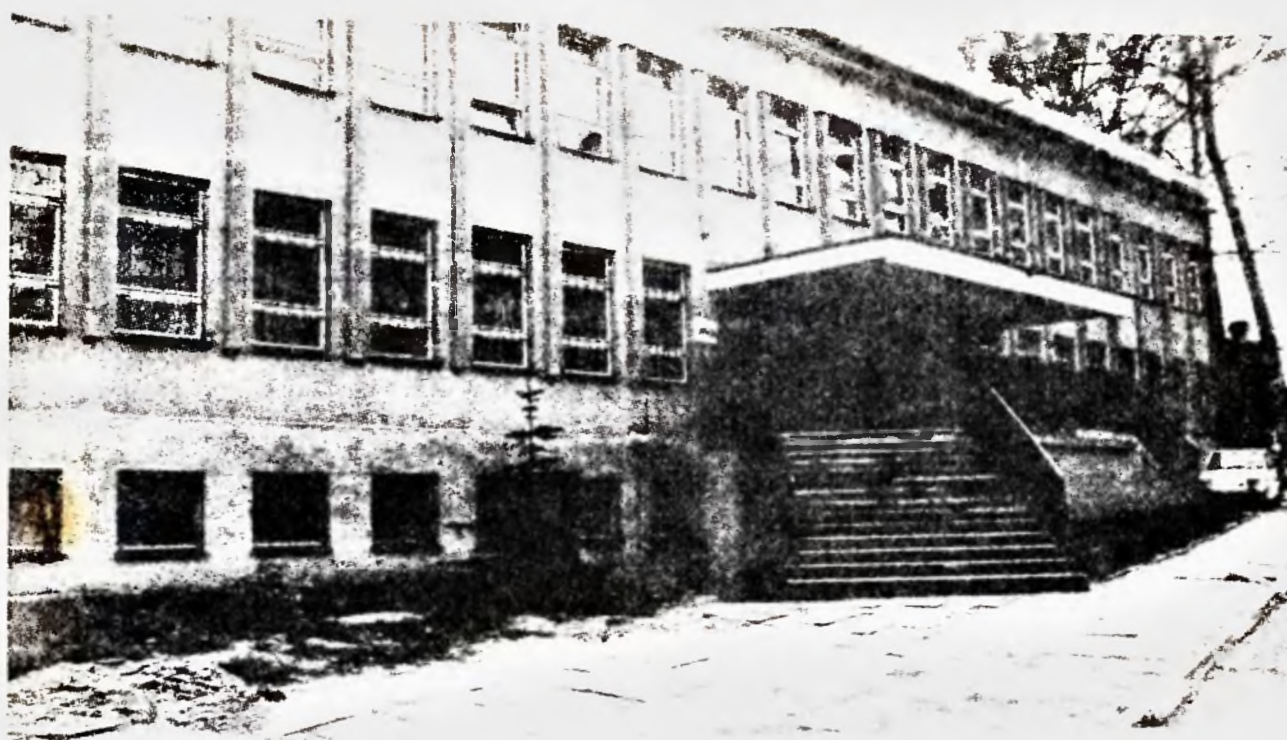
Projekt ten przewiduje m.in. zmianę nazwy przedmiotu na „biofizykę medyczną” obejmującą praktycznie 3 części: a) elementy biofizyki (podstawy biofizyki molekularnej, biofizykę komórek i tkanek; b) biofizykę medyczną (termografia, mikroskopia elektronowa, współczesna elektroniczna aparatura biomedyczna, fizyczne metody obrazowania tkanek i narządów, podstawy fizyczne medycyny nuklearnej i technika pomiarów promieniowania jonizującego); c) biofizykę ekologiczną (wpływ czynników fizycznych na organizm ludzki: hałasy, wibracje, działanie pól elektromagnetycznych niskiej i wysokiej częstotliwości, działanie biologiczne promieniowania jonizującego, działanie aerojonów — zasady ochrony przed działaniem poszczególnych czynników).

Dla stworzenia ścisłych związków międzyprzedmiotowych należałoby rozłożyć nauczanie tego przedmiotu w planie studiów na 2 etapy: elementy biofizyki i ćwiczenia laboratoryjne w bloku przedmiotów fizjologiczno-biochemicznych (na 2-gim roku), i dalsze dwie części w bloku przedmiotów klinicznych (na roku 4-tym).

Jest sprawą oczywistą, że wobec szybkiego postępu w różnych dyscyplinach medycznych i w technice, dobór treści nauczania winien być starannie przeprowadzony i systematycznie korygowany. Stawia to wysokie wymagania przed nauczycielami tego przedmiotu.

Przedstawiona propozycja ramowego programu biofizyki medycznej „grzeszy” niestety brakiem spójności. Jednak w obecnej sytuacji — przy obowiązującej siatce godzin oraz stosunku do dotychczasowego programu — rozsądna jest jedynie koncepcja programu stanowiącego wybór tematów traktowanych przez środowiska medyczne jako priorytetowe.

Od Redakcji



Akademia Medyczna widziana optymistycznie



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).

Powiel. Biblioteka Główna AMG
Rej. 845/91. nakł. 600 egz. form. A-4.