



MEDYCYN DYDAKTYKA WYCHOWANIE

ISSN 0137-6543

ROK XLIV

WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

NR 3/2012

Zespół redakcyjny:

Prof. dr hab. Stefan Kruś – redaktor honorowy
Dr hab. Izabela Strużycka – redaktor naczelny
Dr Dariusz Kawecki – z-ca redaktora naczelnego
Mgr Cezary Ksel – sekretarz redakcji
Mgr Magdalena Zielonka – korekta

Rada Programowa i Naukowa:

Prof. dr hab. Marek Krawczyk – Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, **prof. dr hab. Sławomir Majewski** – Prorektor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą, **dr hab. Sławomir Nazarewski** – Prorektor ds. Klinicznych, Inwestycji i Współpracy z Regionem, **prof. dr hab. Anna Kamińska** – Prorektor ds. Kadr, **prof. dr hab. Marek Kulus** – Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych, **prof. dr hab. Mirosław Wielgoś** – Dziekan I Wydziału Lekarskiego, **prof. dr hab. Renata Górka** – Prodziekan ds. Oddziału Stomatologicznego, **prof. dr hab. Jerzy A. Polański** – Dziekan II Wydziału Lekarskiego, **dr hab. Kazimierz Szopiński** – Prodziekan ds. Oddziału Nauczania w Języku Angielskim, **prof. dr hab. Marek Naruszewicz** – Dziekan Wydziału Farmaceutycznego, **prof. nadzw. dr hab. Zdzisław Wójcik** – Dziekan Wydziału Nauki o Zdrowiu, **prof. dr hab. Zbigniew Gaciong** – Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego.

Wydawca:

Warszawski Uniwersytet Medyczny,
Senacka Komisja ds. Informacji Naukowej i Wydawnictw

Adres redakcji:

ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa
tel. (22) 57 20 615
e-mail: mdw@wum.edu.pl
http://mdw.wum.edu.pl

Zdjęcia:

Dział Fotomedyczny WUM
Prawa autorskie zastrzeżone. Żadna część publikacji nie może być powielana bez zgody Wydawcy. Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych, zastrzega sobie prawo redagowania i skracania tekstów.

Skład i druk:

Oficyna Wydawnicza WUM
ul. Pawińskiego 3, 02-106 Warszawa
tel. (22) 57 20 327, fax (22) 57 20 380
e-mail: oficynawydawnicza@wum.edu.pl
http://oficynawydawnicza.wum.edu.pl

Nakład: 500 egzemplarzy

CZASOPISMO JEST PUNKTOWANE W SYSTEMIE INDEX COPERNICUS

Spis treści

Z ŻYCIA WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

<i>Cezary Ksel</i>	
Otwarcie Domu Medyka po remoncie	2
<i>Redakcja „MDW”</i>	
Nowy aparat RTG w Klinice Urologii	4
<i>Olga Korycińska</i>	
Wszystko, co o prawie w medycynie wiedzieć trzeba	6
Rozmowa z dr. Markiem Balickim	9
<i>Marta Suchojad, Magdalena Wilk</i>	
Dzień Otwarty na WUM	10
<i>Marta Suchojad, Magdalena Wilk</i>	
Finał Konkursu Prac Magisterskich na Wydziale Farmaceutycznym	12
<i>Aleksandra Piechuta, Tomasz Urbankowski</i>	
Konferencja „Choroby psychosomatyczne – ciało czy umysł?”	14
<i>Dominika Cichońska</i>	
XVI Czwartek Chirurgiczny	16
<i>Cezary Ksel</i>	
Konferencja „Duchowa troska w praktyce medycznej”	18
<i>Karolina Krawczyk</i>	
Konferencja „Aktywność fizyczna na każdej receptce”	19
<i>Elwira Zielińska</i>	
Z Senatu WUM	20

PRO MEMORIA

<i>Cezary Ksel</i>	
Profesor Andrzej Szczeklik we wspomnieniach przyjaciół	21

ETYKA

<i>Tadeusz Tołłoczko</i>	
List skierowany do profesora Zbigniewa Szawarskiego dotyczący kontrowersji wokół „klauzuli sumienia”	23

NAUKA

<i>Katarzyna Stawicka, Aleksandra Szyper,</i> <i>Grażyna Bączek</i>	
Wiedza i opinie studentów kierunku lekarskiego WUM na temat kompetencji zawodowych położnej – członka zespołu terapeutycznego. Badania wstępne	26
Terminy obron prac doktorskich	35

Otwarcie Domu Medyka po generalnym remoncie

Od wielu lat studenci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego czekali na gruntowny remont Domu Medyka. 23 marca 2012 roku odbyło się oficjalne otwarcie odnowionego budynku, który od pokoleń łączy kolejne roczniki żaków naszej Uczelni i innych szkół wyższych.

Nakładem ponad 5 milionów złotych dokonano renowacji budynku, w którym mieści się Dom Medyka oraz gruntownie odnowiono i unowocześniono wnętrze. Oficjalne otwarcie odbyło się w obecności Rektora Uczelni prof. Marka Krawczyka, Prorektora ds. Dydaktyczno-Wychowawczych prof. Marka Kulusa, Prorektora ds. Klinicznych, Inwestycji i Współpracy z Regionem dr. hab. Sławomira Nazarewskiego, Dziekana I Wydziału Lekarskiego prof. Mirosława Wielgosia, Prodziekana ds. Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego dr. hab. Dariusza Szukiewicza, Kanclerz WUM mgr Małgorzaty Kozłowskiej, Kwestor mgr Katarzyny Szczęśniak. W uroczystości brali udział ponadto dr Bronisław Petsch, prezes i wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej Mieczysław Szatanek i dr Krzysztof Makuch, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł, studenci, absolwenci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, obecni i byli samorządowcy. Szczególną postacią uroczystości był prof. Marek Pertkiewicz, który stał się *spiritus movens* niezwyklej publikacji wydanej specjalnie z okazji oddania do użytku odnowionego Domu Medyka.

Przewodniczący Samorządu Studentów WUM Łukasz Marczałak podkreślił, że liczne pokolenia studentów naszej Uczelni oczekiwały od dawna momentu



Wyremontowany budynek Domu Medyka przy ulicy Oczki

gruntownego remontu tego szczególnego dla każdego żaka miejsca. – Wiem, ile dobrej woli, czasu i zaangażowania było potrzebne, aby rozpocząć i, mimo różnych przeciwności, zakończyć ten remont. Dlatego w imieniu społeczności akademickiej chciałem podziękować Władzom Rektorskim i Pani Kanclerz oraz byłym samorządowcom za pomoc – mówił Łukasz Marczałak. Wyraził ponadto nadzieję, że „Medyk” (jak potocznie określa się Dom Medyka) w nowej odsłonie przyciągnie pod swój dach jeszcze więcej studentów, i stanie się nie tylko miejscem do zabawy, ale też zachęci do współpracy z licznymi organizacjami studenckimi działającymi w budynku. – Postaramy się utrzymać, a nawet jeszcze bardziej wzbogacić charakter tego miejsca. Chcielibyśmy, by „Medyk” był takim

miejszem, do którego z przyjemnością wraca się pamięcią – zakończył Łukasz Marczałak.

– Oddajemy dziś studentom nowy Dom Medyka. Zawsze był on miejscem szczególnym nie tylko dla naszej Uczelni i jej studentów. Wiele pokoleń młodzieży z Warszawy i innych stołecznych uczelni korzystało z tego obiektu. Atmosfera zawsze była znakomita i jestem przekonany, że tak będzie nadal – zwrócił się do zebranych Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Marek Krawczyk. Przypomniał, że klub zajmował i wciąż zajmuje wyjątkowe miejsce w sercach absolwentów naszej Uczelni, ponieważ w budynku tym integrowało się życie akademickie. Rektor podkreślił, że przeznaczenie na gruntowny remont kwoty ponad 5 milionów złotych było jak najbardziej słuszne. – Dom Medyka



Rektor prof. Marek Krawczyk oraz Przewodniczący Samorządu Studentów Łukasz Marczak podczas oficjalnego otwarcia Domu Medyka po generalnym remoncie



Goście uroczystości przekazywali przedmioty, które po zamknięciu w „Kapsule Czasu”, staną się pamiątką naszych czasów dla przyszłych pokoleń studentów medycyny



Filip Dąbrowski (na zdjęciu po lewej) opowiedział o kulisach odnalezienia egzemplarza książki „XX lat pracy Koła Medyków” oraz starań o dokonanie jej reprintu



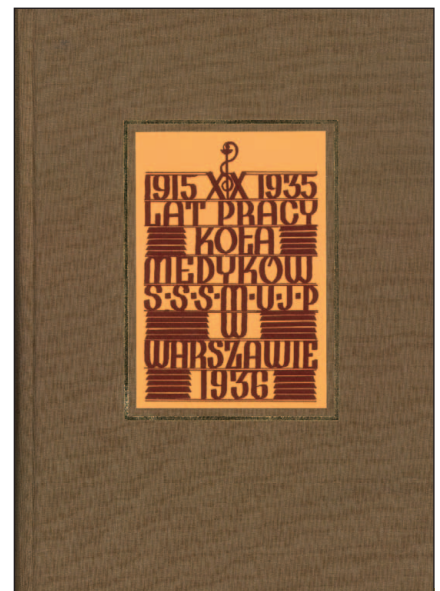
Prof. Marek Pertkiewicz przybliżył zebranim historię powstania książki o 20 latach pracy Koła Medyków, której redaktorem był ojciec profesora, prof. Marian Pertkiewicz

przyciągał i jestem przekonany, że teraz, w nowej szacie, będzie przyciągał jeszcze bardziej. Natomiast to, jak będzie przyciągał, nie zależy już od Władz Uczelni, tylko od studentów, ich inicjatywy, zaangażowania. Myślę, że będziecie umieli wykorzystać swoją szansę – mówił prof. Marek Krawczyk.

Rektor przypomniał kilka faktów oraz nazwiska osób, mających w przeszłości znaczący wpływ na powstanie i rozwój Domu Medyka, który do użytku oddany został 22 lutego 1936 roku. JM wspomniał m.in. prof. Franciszka Czubałskiego – opiekuna Koła Medyków, orędownika budowy Domu

Medyka, który w momencie jego otwarcia piastował funkcję Prorektora Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego, prof. Stefana Wesołowskiego – organizatora tzw. „Szopki Medycznej” zbierającej fundusze na budowę Domu Medyka, prof. Witolda Orłowskiego – Dziekana Wydziału Lekarskiego UW w chwili otwarcia Domu Medyka, Bronisława Kostkowskiego – przewodniczącego budowy, prof. Mariana Pertkiewicza – w momencie oddania do użytku Domu Medyka sprawującego funkcję Przewodniczącego Koła Medyków.

Rektor mówił też o wielkim znaczeniu, jakie Dom Medyka spełniał podczas lat PRL-u, kiedy



Reprint książki wydanej specjalnie z okazji otwarcia Domu Medyka

budynek ten był oazą niezależności i wolności, kwitło w nim intensywne życie „drugiego obiegu”, a dla odwiedzających go studentów i kadry naukowej miejscem, które broniło się przed cenzurą oraz propagandą.

Podczas uroczystości otwarcia zmodernizowanego Domu Medyka zaprezentowano także reprint niezwyklej książki „XX lat pracy Koła Medyków Stowarzyszenia Samopomocowego Studentów Medycyny Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie”, wydanej w 1936 roku, której redaktorem był prof. Marian Pertkiewicz, a jedyny zachowany eg-

zemplarz odnalazł się w zbiorach jego syna prof. Marka Pertkiewicza. Książka ta jest bezcennym opisem działalności Koła Medyków oraz historii budowy Domu Medyka stworzonym przez członków koła. W przedmowie do nowego wydania książki Samorząd Studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego napisał m.in.: „Pomysł wydania reprintsu książki narodził się w Klubie Medyków podczas jego generalnego remontu. W wydawnictwie odnajdziemy Państwo historię powstania i działania Domu Medyków, zapis tego, jak ówcześni adepci medycyny, sprzedając ce-

giełki, zbierali fundusze na jego budowę, organizowali imprezy, robili wszystko, aby zrealizować marzenia o własnej siedzibie. Budynek przy ulicy Oczipki na długie lata stał się drugim domem studenckiej braci. Remont klubu uzmysłowił nam, że mamy własną historię. Przekazując publikację w Państwa ręce, pragniemy podzielić się tą kroniką dziejów z obecnymi i przyszłymi studentami naszej Uczelni. Reprint książki to symbol wiechy wieńczącej koniec remontu. Nadszedł czas pisania dalszej historii...”.

Cezary Ksel
Redakcja „MDW”

Nowy aparat RTG w Klinice Urologii

Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej WUM jest jednym z głównych w kraju ośrodków leczenia kamicy dróg moczowych. Zakup nowoczesnej aparatury – systemu RTG UROSKOP Omnia – jeszcze bardziej wzmocni pozycję tej jednostki, a także usprawni i polepszy jakość wykonywanych badań.

Uroczystość inauguracji systemu RTG UROSKOP Omnia odbyła się 9 marca 2012 roku w Katedrze i Klinice Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Na zaproszenie, kierującego Kliniką od niemal 20 lat, prof. Andrzeja Borkowskiego w wydarzeniu tym wzięli udział m.in. Rektor Uczelni prof. Marek Krawczyk, Dziekan I Wydziału Lekarskiego prof. Mirosław Wielgoś, dyrek-

tor Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus prof. Janusz Wyzgał, a także pracownicy i przyjaciele Kliniki.

Rektor prof. Marek Krawczyk, w specjalnym liście wystosowanym do kierownika Kliniki prof. Andrzeja Borkowskiego, wyraził gratulacje z okazji zakupu i uruchomienia systemu RTG UROSKOP Omnia. Pan Rektor napisał ponadto, że „zespół Katedry i Kliniki ze wszech miar zasługuje na najnowo-



WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW
REKTOR

Warszawa, 9 marca 2012 roku

Szanowny Pan
Prof. dr hab. Andrzej Borkowski
Kierownik
Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Szanowny Panie Profesorze,

Serdecznie dziękuję za zaproszenie do udziału w inauguracji nowoczesnego systemu RTG UROSKOP Omnia w Katedrze i Klinice Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Gratuluję wszystkim, którzy przyczynili się do zakupu aparatury – tak potrzebnej Klinice kierowanej przez Pana prof. Andrzeja Borkowskiego.

Dzisiaj, dzięki determinacji Zespołu Kliniki, wsparciu Władz naszej Uczelni i Dyrekcji Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Odrzeżeń, Jednostka zyskuje sprzęt najwyższej jakości. Poprawę sytuacji wyposażenia Kliniki umożliwiło finansowanie nabytku przez Ministerstwo Zdrowia w ramach projektu „Modernizacja aparatury i zaplecza naukowo-badawczego na badaniach klinicznych i oceny nowoczesnych metod leczenia kamicy moczowej”. Nowoczesne urządzenie będzie służyło w najlepszym z możliwych celów – będzie służyło ratowaniu zdrowia pacjentów.

Zespół Katedry i Kliniki ze wszech miar zasługuje na najnowocześniejszą aparaturę. Kierowana od października 1992 roku, a więc od blisko 20 lat, przez Prof. Andrzeja Borkowskiego Jednostka jest wiodącym w Polsce ośrodkiem leczenia kamicy moczowej, krajowym pionierem wdrażania kompleksowego programu leczenia kamicy moczowej metodami małoinwazyjnymi. Klinika to również prężny ośrodek badawczy – jej pracownicy są autorami wielu prac naukowych, rozdziałów w podręcznikach, a ponaście przygotowali plany i jacyś w kraju podręcznik poświęcony tej tematyce.

Dzięki nowemu sprzętowi poprawią się nie tylko warunki pracy Zespołu, ale co cenniejsze i nadzwyczajnie polepszy się jakość wykonywanych badań, co wpłynie na skuteczniejsze diagnozowanie pacjentów. Zyskają również studenci – będą się kształcić na sprzęcie na miarę XXI wieku.

Jestem przekonany, że nowy system RTG UROSKOP będzie dobrze służył Katedrze i Klinice Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, jej pracownikom, studentom Uczelni, a przede wszystkim pacjentom.

*2 pozostawiam
Marek Krawczyk*

ul. Żwirki i Wigury 9, 02-093 Warszawa
tel. 1-22-64-94-11, fax. 1-22-64-94-10
e-mail: rektor@uw.edu.pl
www.um.edu.pl

Prof. dr hab. n. med. Marek Krawczyk

List Rektora prof. Marka Krawczyka skierowany do prof. Andrzeja Borkowskiego w związku z inauguracją systemu RTG UROSKOP Omnia



Rektor prof. Marek Krawczyk przecięciem wstęgi dokonał oficjalnej inauguracji nowego systemu



Prof. Andrzej Borkowski (w środku) w towarzystwie dr. Boleśława Kuzaki (z lewej) oraz dr. Janusza Judyckiego (z prawej)



Prof. Andrzej Borkowski odczytuje specjalny list gratulacyjny wręczony przez Rektora prof. Marka Krawczyka



Prezentacja urządzenia

czniejszą aparaturę. Kierowana od października 1992 roku, a więc od blisko 20 lat, przez Prof. Andrzeja Borkowskiego Jednostka jest wiodącym w Polsce ośrodkiem leczenia kamicy moczowej, krajowym pionierem wdrażania kompleksowego programu leczenia kamicy moczowej metodami małoinwazyjnymi. Klinika to również prężny ośrodek badawczy – jej pracownicy są autorami wielu prac naukowych, rozdziałów w podręcznikach, a ponadto przygotowali pierwszy i jedyny w kraju podręcznik poświęcony tej tematyce”. Prof. Marek Krawczyk zauważył w liście, że „dzięki nowemu sprzętowi poprawią się nie tylko warunki pracy Zespołu, ale co oczywiste i nadrzędne po-

lepszy się jakość wykonywanych badań, co wpłynie na skuteczniejsze diagnozowanie pacjentów. Zyskają również studenci – będą się kształcić na sprzęcie na miarę XXI wieku”.

Zakup systemu RTG URO-SKOP Omnia wieńczył wieloletnie starania kierownictwa kliniki, aby posiadać aparaturę służącą do tego typu zabiegów, a stojącą na światowym poziomie, spełniającą najnowocześniejsze standardy. Zabiegi instrumentalne (PCNL, URSL) stanowiące podstawę postępowania w przypadku skomplikowanej kamicy, przeprowadzane pod kontrolą rentgenowską, wykonywane były dotychczas na aparacie RTG z 1988 roku. Apa-

rat ten nie był dostatecznie przygotowany do przeprowadzania takich procedur, nie posiadał dostatecznej mocy, szczególnie w przypadku zabiegów u osób otyłych. Sytuacja zmieniła się w 2009 roku, kiedy do Ministerstwa Zdrowia złożono wniosek „Modernizacja aparatury i zaplecza naukowo-badawczego do badań klinicznych i oceny nowoczesnych metod leczenia kamicy moczowej”. Starania Dyrekcji Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus oraz wsparcie Władz Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego sprawiły, że wniosek ten uzyskał pozytywną ocenę ministerstwa.

Redakcja „MDW”

Zakupiony w lutym 2012 r., następnie zainstalowany i uruchomiony system RTG UROSKOP Omnia firmy Siemens, zaprojektowany został i specjalnie dedykowany do diagnostyki i zabiegów endourologicznych. Aparat posiada płaski detektor 43 x 43 cm, z matrycą wysokiej rozdzielczości 2840 x 2840, połączony z cyfrowym systemem obrazującym, co umożliwia wykonanie zdjęć całości dróg moczowych w jednym naświetleniu i daje obrazy o wyjątkowej jakości. Jako jedyna konstrukcja systemów rentgenowskich o zwartej budowie, UROSKOP, dzięki łukowej kolumnie, pozwala na swobodny dostęp do pacjenta z obu stron na wysokości lampy rtg. Obraz rejestrowany jest na podwójnym monitorze TFT umieszczonym na obracającym, sprężynowo-przegubowym ramieniu, co zapewnia możliwość bezpośredniego obserwowania obrazu ze wszystkich stron stołu w czasie zabiegu i optymalną widoczność podczas wszystkich procedur urologicznych. Dodatkową zaletą jest brak konieczności zmiany ułożenia pacjenta, anestezjolog cały czas pozostaje przy stole po stronie głowy. System posiada szereg interfejsów do podłączania aparatury endoskopowej, ultradźwiękowej i video-urodynamicznej, umożliwia wyświetlanie na prawym, kolorowym monitorze TFT zewnętrznych sygnałów video wysokiej rozdzielczości (HD) i zapisywanie obrazów endoskopowych

i ultradźwiękowych razem ze wszystkimi prześwietleniami RTG w jednej kartotece pacjenta, w postaci obrazów DICOM, które jednym kliknięciem można przesłać w postaci pakietu do PACS. Dodatkowe dwa monitory powielają obrazy w sterowni, co pozwala na obserwację przebiegu wykonywanej procedury i wykorzystanie systemu do szkolenia studentów i lekarzy.

Uzyskany wysokiej klasy system RTG UROSKOP Omnia pozwoli na utrzymanie wysokiego poziomu leczenia w Klinice Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus kamicy górnych dróg moczowych, tym bardziej że do kliniki trafiają z całego kraju przypadki najbardziej skomplikowane, niejednokrotnie zdyskwalifikowane do leczenia w innych ośrodkach, wymagające niekiedy wieloetapowych zabiegów i długiego czasu skopii. System ten pozwala na bardzo dobre obrazowanie, jak i dokumentację, przy możliwości ograniczenia dawki promieniowania zarówno dla chorych, jak też dla personelu biorącego udział w zabiegach radiologii interwencyjnej.

prof. Andrzej Borkowski

Katedra i Klinika Urologii
Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wszystko, co o prawie w medycynie wiedzieć trzeba

Współcześnie praktyka lekarska musi opierać się nie tylko na zasadach wynikających z przysięgi Hipokratesa, regułach etycznych czy moralnych. W coraz większym stopniu na działalność medyka mają wpływ normy i przepisy prawa. Odbывające się w marcu „Warsztaty prawa” IFMSA - Poland w praktyczny sposób pozwoliły zapoznać się z najbardziej aktualnymi przepisami dotyczącymi pracy lekarza.

Podczas trzech spotkań „Warsztatów prawa” studenci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego mieli możliwość wysłuchania i porozmawiania z wybitnymi specjalistami (lekarze, prawnicy i rzecznik pacjentów),

k którzy dzielili się z uczestnikami swoją wiedzą na temat prawa medycznego, przedstawiali kazusy ujawniające skomplikowane nierzadko powiązania pomiędzy medycyną a prawem, odpowiadali na pytania i dawali porady.

Aktualne kazusy prawne, definicje podstawowych pojęć prawnych i najpotrzebniejsze informacje o Izbie Lekarskiej – te tematy zdominowały dyskusję pierwszego spotkania cyklu „Warsztaty prawa” IFMSA, które

odbyło się 7 marca w Centrum Dydaktycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Wydarzenie odbyło się dzięki współpracy z KNPK „Legislator” oraz Okręgową Izbą Lekarską. Spotkanie rozpoczęło się wystąpieniem Izabeli Syty, która skupiła się na podstawowych definicjach prawnych i źródłach prawa. Był to niezbędny wstęp, aby uczestnicy warsztatów mogli zrozumieć istotę prawną omawianych przypadków. Drugim prelegentem był prezes KNPK „Legislator”, Michał Krajewski, który przedstawił trzy przypadki. Dotyczyły one orzeczenia Sądu Najwyższego w sprawie orzeczenia na wypadek utraty przytomności (III CK 155/55), orzeczenia Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie opatentowania metody wytwarzania embrionów ludzkich, oraz decyzję Prezesa UOKiK (DOK 6/2011) w sprawie uznania za praktykę naruszającą konkurencję decyzję samorządu lekarskiego o zakazie ordynowania przez lekarzy leków homeopatycznych. Gościem specjalnym spotkania był wiceprezes Okręgowej Izby Lekarskiej dr Krzysztof Makuch. W interesujący sposób przedstawił historię oraz aktualne struktury, obowiązki i przywileje Izb Lekarskich, podając również przykłady praktyczne, które ułatwiły zrozumienie przyszłym lekarzom istoty lekarskiego samorządu zawodowego. To wystąpienie zamknęło teoretyczną część spotkania. Warsztaty zakończyły się quizem z wiedzy uzyskanej na zajęciach oraz rozdaniem nagród studentom, którzy bezbłędnie odpowiedzieli na podchwytliwe pytania przygotowane przez prelegentów. Było to pierwsze spotkanie z cyklu trzech podejmujących temat prawa w medycynie, organizowanych przez Oddział Warszawski Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA.



Maciej Janik – koordynator „Warsztatów Prawa” organizowanych przez IFMSA-Poland



Dr Krzysztof Makuch – wiceprezes Okręgowej Izby Lekarskiej był gościem specjalnym pierwszej edycji warsztatów

Jak lekarz powinien zachować się według obowiązującego w Polsce prawa, gdy pacjent odmawia zabiegu ratującego życie? Przed tym oraz innymi równie trudnymi zagadnieniami stanęli uczestnicy drugiego spotkania cyklu „Warsztaty prawa”, które odbyło się pod hasłem „Prawa pacjenta” 14 marca w Centrum Dydaktycznym. Jako pierwszy gość wypowiadała się pani mecenas Joanna Koch z kancelarii prawnej Legalmed. Przy okazji omawiania każdego prawa pa-

cyjenta – a jest ich 14! – byliśmy wprowadzani w przypadek medyczno-prawniczy ilustrujący dany przepis lub rozpoczynała się dyskusja o ewentualnych problemach, które można napotkać przy egzekwowaniu tegoż przepisu. Najwięcej pytań wzbudziły kwestie praw pacjenta nieletniego – od 16 roku życia dziecko może nie wyrazić lub wyrazić zgodę na procedurę medyczną, co do której rodzice mają zdanie odmienne; dowiedzieliśmy się przy okazji o zasadach działania sądów

opiekuńczych. Inne zagadnienie, które bardzo poruszyło studentów, dotyczyło tzw. zgody „pro futuro” – czyli oświadczenia na przyszłość co do podejmowania resuscytacji lub innych zabiegów medycznych ratujących życie. Kolejnymi tematami, ciekawymi z punktu widzenia przyszłych pracowników służby zdrowia, był status prawny i, co się z tym wiąże, prawa osoby ubezwłasnowolnionej, zagadnienie „poszerzenia pola operacyjnego”, przypadki, w których lekarz może odstąpić od obowiązującej tajemnicy lekarskiej i wiele innych. Drugim gościem była pani Monika Strycharz z biura Rzecznika Praw Pacjenta, która wprowadziła nas w tematykę praw pacjenta od strony... pacjenta właśnie. Dowiedzieliśmy się rzeczy bardzo konkretnych, związanych z funkcjonowaniem biura – czyli jak się kontaktować z Rzecznikiem, jakie działania prawne może podjąć RPP, w jaki sposób powinno się udostępniać dokumentację medyczną, oraz zostaliśmy zaznajomieni z bardzo interesującym kazusem dotyczącym prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności oraz działań Rzecznika w tej sprawie. Po części teoretycznej już tradycyjnie przyszła pora na quiz, w którym można było wygrać PharmIndexy Podręczne oraz Kompendium, a także nagrody specjalne od Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

Podczas kolejnego spotkania poruszane zostały takie kwestie, jak rodzaje odpowiedzialności prawnej, przed którymi może być postawiony lekarz naruszający obowiązujące prawo. Uczestnicy warsztatów dowiedzieli się także, czym przede wszystkim powinien kierować się klinicysta wykonujący zabieg lub świadczący usługę



Warsztaty dotyczące medycyny prawa spotkały się z ogromnym zainteresowaniem studentów

medyczną, czym jest zgoda dorożumiana oraz jak powinien postąpić lekarz w sytuacji zagrożenia życia w przypadku orzeczenia „żadnej krwi”. Tę edycję warsztatów zaszczyciło swoją obecnością dwoje gości specjalnych: lekarz, dyrektor szpitala i były minister zdrowia Marek Balicki oraz mecenas Piotr Pawłowski. Spotkanie rozpoczęło się od wstępu na temat odpowiedzialności karnej i cywilnoprawnej lekarza w obliczu różnych szkód wyrządzonych pacjentowi – szkody moralnej, z tytułu straty finansowej czy nieumyślnego spowodowania śmierci. Mecenas Piotr Pawłowski przedstawił nam również obowiązujące prawo dotyczące konkretnych przepisów wywołujących kontrowersje, dotyczących wypisywania recept na leki refundowane. Również ważnymi z punktu widzenia przyszłej praktyki lekarskiej okazały się być informacje o tym, że lekarz, podejmujący się wykonania zabiegu specjalistycznego, odpowiada jako specjalista, oraz że istnieją różne rodzaje błędów lekarskich – diagnostyczne, terapeutyczne oraz co do rokowania.

Następnie wypowiedział się dr Marek Balicki, komentując z punktu widzenia lekarskiego wcześniej wspomniane przepisy prawne. Dowiedzieliśmy się, że podczas gdy lekarzom zostało narzucone wypisywanie leków

tylko zgodnie z ich charakterystyką, w praktyce około 50% leków wypisywanych jest inaczej (w pediatrii liczba ta może sięgać nawet 80-90%!), gdyż nie zawsze wszystkie działania terapeutyczne specyfików są w nią wpisane. Został przytoczony również kazus dotyczący braku zgody na interwencję medyczną z powodu przekonań religijnych, który okazał się bardzo ciekawy dla uczestników,

wywołując wiele pytań. Dodatkowo, dr Marek Balicki przedstawił nam niekiedy skomplikowaną sytuację w przychodniach i szpitalach dotyczącą „klauszuli sumienia”. Należy pamiętać, że jest to decyzja osobista i nie może być narzucona odgórnie, np. przez dyrektora szpitala lub ordynatora oddziału, a lekarz ma obowiązek udzielić informacji, gdzie pacjent może uzyskać daną pomoc oraz podać powody swojej odmowy.

Niewątpliwie nowoczesna medycyna nie może istnieć i sprawnie funkcjonować bez dokładnie uregulowanych kwestii prawnych dotyczących obowiązków, praw i odpowiedzialności lekarza, praw pacjenta, wydawania zgód na zabiegi medyczne a nawet kwestii etycznych. Znajomość prawa medycznego powinna być bardzo ważna dla każdego studenta medycyny – przyszłego lekarza, ponieważ ułatwia ona podejmowanie decyzji oraz chroni przed popełnieniem błędów mogących wpłynąć na przyszłość zawodową. Celem „Warsztatów prawa” było zwiększenie tej wiedzy i pokazanie, że poznanie prawa medycznego naprawdę wpływa na polepszenie jakości wykonywania zawodu, zarówno dla lekarza, jak i pacjenta.

Olga Korycińska

Fot. Olga Chrząstek

Rozmowa z dr. Markiem Balickim, ministrem zdrowia w latach 2003 i 2004-2005

Z dr. Markiem Balickim rozmawiała Olga Korycińska,
Koordynator ds. Mediów IFMSA-Poland Oddział Warszawa.

Jak ocenia Pan inicjatywę studencką – zorganizowanie warsztatów prawa medycznego?

Myszę, że to bardzo dobra inicjatywa. Dokładna znajomość prawa medycznego jest naprawdę potrzebna lekarzom i na pewno pomaga w praktyce zawodowej.

Z racji zajmowanych przez Pana funkcji posiada Pan ogromne doświadczenie na wielu polach. W swojej pracy spotykał się Pan z wieloma problemami natury prawnej. Jakiego rodzaju problemy prawno-medyczne są najważniejsze z punktu widzenia ministra zdrowia?

Śledząc ostatnie kontrowersje związane z wprowadzaniem listy leków refundowanych, a także z własnego doświadczenia mogę powiedzieć, że sposób wprowadzania każdej ustawy zdrowotnej jest bardzo ważny. Odpowiednie przygotowanie urzędników, lekarzy oraz pacjentów, tak aby jej wprowadzenie powodowało najmniej pytań, a także, aby potrzeba było wprowadzać jak najmniej poprawek jest dużym wyzwaniem.

A z jakimi problemami spotyka się Pan najczęściej jako dyrektor szpitala?

Niewątpliwie tutaj pojawia się kwestia wypisywania recept. Lekarze nie zawsze dobrze orientują się w obowiązujących przepisach, pacjenci również mają wątpliwości, prawo jest skomplikowane. Z tego wynikają różnice zdań i problemy. Chciałbym również zwrócić uwagę na dwie sytuacje prawne, które są stosunkowo nowe dla polskiego szpitala, a które wynikają z wielkiego postępu medycznego, którego dziś jesteśmy świadkami. Pierwsza



Na zdjęciu od prawej: dr Marek Balicki - dyrektor Szpitala Wolskiego w Warszawie, Michał Janik - IFMSA-Poland, mec. Piotr Pawłowski - Kancelaria Prawna DZP

to zgoda „pro futuro”. Polega ona na tym, że pacjent określa na przyszłość, jakie zabiegi są przez niego akceptowane w momencie, gdy jest niezdolny do podjęcia decyzji – np. w sytuacji nagłego pogorszenia się stanu zdrowia czy nieszcześliwego wypadku. Ponieważ coraz więcej pacjentów udaje się uratować, ale może się to wiązać ze znaczącym pogorszeniem jakości życia, pacjent ma możliwość określenia, jak bardzo agresywnej terapii sobie życzy, oraz jaka jakość życia byłaby dla niego nie do zaakceptowania. Następną ważną kwestią jest zwyczaj, który jest szeroko rozpowszechniony w USA, mianowicie funkcja „advokata” chorego – pacjent mianuje bliskiego członka rodziny na osobę, która będzie podejmowała ważne medycznie decyzje, gdyby on sam był nieświadomy i niezdolny do ich podjęcia. Jest to ułatwienie nie tylko dla pacjenta, który sam wybiera osobę

godną zaufania oraz rodziny, ale także dla lekarzy.

Jakiego rodzaju wątpliwości natury medyczno-prawnej może mieć każdy lekarz?

Często podnoszona jest „klauzula sumienia”, każdy lekarz może z niej skorzystać – przy każdym rodzaju świadczeń medycznych. Najczęściej pojawia się przy zabiegach terminowania ciąży czy wypisywaniu środków antykoncepcyjnych. Prawo jednak zobowiązuje do tego, aby podać pacjentowi uzasadnienie odmowy zabiegu, oraz wskazać realny sposób jego wykonania w innym gabinecie lub jednostce. Należy pamiętać, że ordynator oddziału lub dyrektor szpitala nie może ogólnie zakazać wykonywania zabiegów medycznych, które są zgodne z polskim prawem, decyzja ta należy indywidualnie do każdego lekarza.

Dziękuję za rozmowę.

Dzień Otwarty na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym

W niedzielę, 18 marca 2012 roku, odbył się Dzień Otwarty Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W trakcie wydarzenia, zorganizowanego specjalnie z myślą o osobach chcących ubiegać się o indeks naszej Uczelni, można było otrzymać nie tylko szczegółowe informacje dotyczące zasad rekrutacji, ale także spotkać się ze studentami, którzy na przygotowanych przez siebie stoiskach dzielili się ciekawostkami dotyczącymi nauki w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

O godzinie 9.30 w Centrum Dydaktycznym przy ulicy Księcia Trojdena 2a tłumnie pojawili się zainteresowani ofertą edukacyjną Uczelni. Gości przywitał występ Orkiestry Kameralnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego pod dyktando Beaty Herman. Uzdolnieni medycy wykonali kilka fragmentów pochodzących z utworów klasycznych i standardów muzyki rozrywkowej, pokazując zebranym na Auli, że studia to także czas rozwijania swoich pozanaukowych pasji. Po muzycznym początku przyszła kolej na specjalnie przygotowane spotkania rekrutacyjne, w trakcie których dr Henryk Rebandel – sekretarz Uczelnianej Komisji Rekrutacyjnej szczegółowo informował o zasadach naboru na poszczególne kierunki i specjalności oraz udzielał odpowiedzi na liczne pytania licealistów związane z zasadami przyjęcia na Warszawski Uniwersytet Medyczny. Cennych wskazówek dotyczących warunków formalnych koniecznych do spełnienia, aby zostać przyjętym w poczet studentów WUM udzielali również pracownicy Sekcji Rekrutacji i Organizacji Nauczania. W podjęciu życiowej decyzji dotyczącej wyboru studiów maturzystom pomagało uczelniane Biuro Karier, które przybliżyło szanse i możliwości na rynku pracy po



Wejście do Centrum Dydaktycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, w którym odbywał się Dzień Otwarty na naszej Uczelni

uzyskaniu dyplomu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Wszyscy zainteresowani nauką w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym mogli zaczerpnąć dodatkowej wiedzy podczas rozmów z naszymi studentami, którzy stanęli na wysokości zadania, aby w jak najbardziej zajmujący i niebanalny sposób przybliżyć kandydatom warunki nauki oraz podzielić się własnymi doświadczeniami w roli studenta. Przygotowali oni prawie 30 tematycznych stoisk, na których w atrakcyjnej formie przedstawiali kierunki, specjalizacje, koła naukowe i organizacje studenckie. Fizjoterapeuci prezentowali techniki masażu, ćwiczenia rehabilitacyjne oraz niezbędny sprzęt do prowadzenia fi-

zjoterapii. AZS WUM przedstawił m.in. pokaz tańca współczesnego i towarzyskiego oraz techniki tai chi – chińskiej sztuki walki i gimnastyki medytacyjnej w jednym. Farmaceuci dzielili się swoimi umiejętnościami w przygotowywaniu mieszanin kosmetycznych oraz przeprowadzania przeróżnych reakcji chemicznych, techniki dentystyczne prezentowały protezy dentystyczne, a u studentów audiofonologii można było zrobić badanie słuchu za pomocą wprawionego w drganie stroika oraz obejrzeć różnego rodzaju aparaty słuchowe. Niezwykle dużym zainteresowaniem cieszyły się stoiska pielęgniarstwa, przy których studenci m.in. sprawdzali ciśnienie, mierzyli stężenie glukozy we



Muzycznym akcentem Dni Otwartych był koncert Orkiestry Kameralnej WUM pod dyktando Beaty Herman



Na organizowany przez Biuro Informacji i Promocji Dzień Otwarty przybyły setki zainteresowanych



Na stoisku studentów stomatologii dużą atrakcją było przeprowadzenie zabiegu na symulatorze



Studenci przybliżyli wszystkim chętnym warunki nauki na poszczególnych kierunkach

krwi, demonstrowali prawidłowe wprowadzanie igły do żył oraz stoisko położnictwa, gdzie można było dowiedzieć się, jak wygląda praca z noworodkami oraz kobietami w ciąży. Studenci z organizacji IFMSA uczyli sposobów szycia chirurgicznego. Z kolei ratownicy medyczni zaaranżowali przed wejściem do Centrum Dydaktycznego pozorację – wypadek samochodowy z pojawieniem się karetki i motocykla medycznego. Prezentacje wszystkich stoisk były wyjątkowo oryginalne i przyciągały uwagę licznych odwiedzających. Bezpośrednie rozmowy ze studentami, którzy opowiadali o nauce, możliwościach rozwoju i wszelkich aktywnościach dostępnych na naszym Uniwersytecie, pozwoliły zainteresowanym



Ratownicy medyczni zaaranżowali wypadek samochodowy i zaprezentowali prawidłowe postępowanie służb medycznych

lepiej poznać Uczelnię i jej propozycję edukacyjną.

Dzień Otwarty swoją obecnością zaszczylił Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych – prof. Marek Kulus.

Organizatorem przedsięwzięcia było Biuro Informacji i Promo-

cji Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przy ogromnym wsparciu wszystkich studentów, którzy zechcieli włączyć się w przygotowanie Dnia Otwartego.

Marta Suchojad, Magdalena Wilk
Biuro Informacji i Promocji WUM

Finał Konkursu Prac Magisterskich na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Analityki Medycznej w roku akademickim 2010/2011

Pod koniec lutego i w pierwszych dniach marca rozstrzygnięto kolejną edycję Konkursu Prac Magisterskich Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej. Idea konkursu zakłada wyłonienie najlepszych prac magisterskich oraz promowanie młodych, uzdolnionych absolwentów Wydziału. Jego organizatorem był tradycyjnie Samorząd Studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wspierany przez Władze Uczelni oraz Władze Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej.

Formuła Konkursu Prac Magisterskich Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej opiera się na bezpośredniej dyskusji przy plakacie z autorem pracy, w której uczestniczą członkowie jury konkursu, recenzenci, profesorowie oraz studenci. Oceny uzyskane w trakcie trwania sesji plakatowej są następnie sumowane z ocenami uzyskanymi w sesji referatowej II etapu konkursu. Drugą odsłoną konkurencji polega na dyskusji zdobywców I miejsca w poszczególnych grupach tematycznych w postaci prezentacji multimedialnych, które są uprzednio analizowane w sesji plakatowej.

Na konkurs za rok akademicki 2010/2011 wpłynęły 34 prace. Z ich autorów wyłoniono laureatów w 10 grupach tematycznych.

29 lutego, w auli im. Prof. Olszewskiego na Wydziale Farmaceutycznym, odbył się II – decydujący etap konkursu dla kierunku farmacja. Proroktor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych prof. Marek Kulus, który był gościem wydarzenia, powinszował studentom ich rozległej wiedzy naukowej i umiejętności badawczych. Stwierdził również, że zwycięzcy i uczestnicy konkursu na pewno wniosą duży wkład w rozwój polskiej nauki. W trakcie finału obecni byli również przedstawiciele Władz Dziekańskich Wydziału Farmaceutycznego: Prodziekan ds. Oddziału Medycyny Laboratoryjnej – prof. Piotr Wroczyński i Prodziekan ds. Dydaktyczno-Wychowawczych – dr hab. Agnieszka Pietrosiuk, a także zaproszeni goście.

Po wysłuchaniu wszystkich osób prezentujących prace na kierunku farmacja, Jury przyznało nagrody (patrz ramka).

Lista nagrodzonych w Konkursie Prac Magisterskich Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej

Kierunek Farmacja

- I nagroda: Olga Flis
- II nagroda: Dorota Ulma
- III nagroda: Magdalena Soin

Dalsze miejsca zajęli w kolejności:

- IV: Lidia Śliwka
- V: Gabriela Parka
- VI: Michalina Kozioł
- VII: Justyna Jodłowska

Kierunek Analityka Medyczna

- I nagroda: Karol Perlejewski
- II nagroda: Aleksandra Giza
- III nagroda: Katarzyna Smolińska

Dalsze miejsca zajęli w kolejności:

- IV: Agata Justyna Maciejak
- V: Katarzyna Hoffman
- VI: Magdalena Lewandowska
- VII: Dominika Lachowicz



Dr hab. Agnieszka Pietrosiuk – Prodziekan ds. Dydaktyczno-Wychowawczych podczas Finału Konkursu Prac Magisterskich na Wydziale Farmaceutycznym



Finał konkursu na kierunku analityka medyczna zaszczylił swoją obecnością Rektor prof. Marek Krawczyk. Na zdjęciu z Prodziekanem prof. Piotrem Wroczyńskim



Finalistki konkursu prac magisterskich na kierunku farmacja



Pracownicy naukowcy oraz finaliści konkursu na kierunku analityka medyczna

Ostatnią fazę konkursu dla kierunku analityka medyczna, która odbyła się 7 marca br. w Auli Centrum Dydaktycznego, swoją obecnością zaszczylił JM Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – prof. Marek Krawczyk. JM Rektor serdecznie podziękował za zaproszenie z okazji tak niezwykle wydarzenia, pogratulował sukcesu magistrów oraz wyraził przekonanie, że stoją przed nimi ogromne szanse na rozwój w wybranych przez nich dziedzinach.

W trakcie uroczystego finału obecni byli także: Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych – prof. Marek Kulus, Dziekan Wydziału Nauki o Zdrowiu – prof. nadzw. Zdzisław Wójcik, Prodziekan ds. Oddziału Medycyny Laboratoryjnej – prof. Piotr Wroczyński, Prodziekan ds. Nauki Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej – prof. Dorota Maciejewska, Prodziekan ds. Dydaktyczno-Wychowawczych Wydziału Far-

maceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej – dr hab. Agnieszka Pietrosiuk, Kwestor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – mgr Katarzyna Szczęśniak, były prezes Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej – dr Henryk Owczarek, Przewodnicząca Warszawskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej – dr Hanna Zborowska, Wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych – Ewa Augustynowicz-Kopeć. Szczególne podziękowania złożono prof. Dagnie Bobilewicz za wybitny wkład w kształcenie diagnostów laboratoryjnych.

Na zakończenie Finału Przewodnicząca Jury Prodziekan ds. Dydaktyczno-Wychowawczych dr hab. Agnieszka Pietrosiuk wręczyła wszystkim laureatom konkursu dyplomy i nagrody.

*Marta Suchojad, Magdalena Wilk
Biuro Informacji i Promocji WUM*

Otwarcie świetlicy dla chorych dzieci w szpitalu zakaźnym

Małym pacjentom należą się szczególne warunki podczas pobytu w szpitalu. Dlatego właśnie otwarto świetlicę dla maluchów, która pomoże im choć na chwilę zapomnieć o chorobie i terapii.

Otwarcie pięknie odmalowanej świetlicy, 7 marca br., na pewno osłodzi maluchom pobyt w placówce. – Nasza klinika opiekuje się na stałe ok. 150 dzieci. Bywa, że jednocześnie hospitalizowanych jest kilkoro, ale zdarza się i tak, że przez miesiąc dziecko jest w szpitalu samo. Dlatego ta świetlica jest tak istotna. Głęboko wierzę, że szczęśliwsze dzieci lepiej znoszą pobyt w szpitalu i w efekcie ich terapia przynosi lepsze efekty – powiedziała prof. nadzw. dr hab. Magdalena Marczyńska z Kliniki Chorób Zakaźnych Wieków Dziecięcego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W świetlicy, której inicjatorem było Stowarzyszenie Pozytywnie Otwarcie, pojawiły się już nowe meble, w tym schodkopółka, po której dzieci mogą bezpiecznie się wspinać i stolik z kolorowymi krzesłkami. Jest też rozkładany stół dla większych

dzieci. – Świetlica dla dzieci z HIV w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym przy ul. Wolskiej w Warszawie to dla zakażonych maluchów jedno z najważniejszych miejsc w życiu. Właśnie tam czekają z rodzicami na wyniki badań i decyzję o hospitalizacji. A kiedy już są w szpitalu, uczą się tam i bawią. Dzieciom będzie tu dobrze. Będą uśmiechnięte. To ważne, bo są wśród nich takie, które spędzają samotnie w szpitalu miesiąc i więcej – mówiła Krystyna Sokołowska ze Stowarzyszenia Wolontariuszy na Rzecz Dzieci „Mały Książę”. Dzieciom z pewnością spodoba



Wyremontowana świetlica dla małych pacjentów Szpitala Zakaźnego w Warszawie

się zakup 42-calowego plazmowego telewizora oraz Play Station 3, na którym maluchy będą mogły grać w swoje ulubione gry. W planach jest dodatkowo zakupienie m.in. odtwarzacza dvd oraz dekodera do telewizji satelitarnej.

Redakcja „MDW”

Oprac. na podstawie materiałów prasowych

Konferencja „Choroby psychosomatyczne – ciało czy umysł?”

Szybki tryb życia, stres czy sytuacje konfliktowe nie pozostają bez wpływu na funkcjonowanie naszego organizmu. Niezdrowe emocje mogą prowadzić do wielu powikłań, których leczenie wymaga dużej determinacji zarówno pacjenta, jak i personelu medycznego.

Głównym organizatorem konferencji odbywającej się 3 marca w Auli Centrum Dydaktycznego było Studenckie Koło Naukowe „Alveolus” działające

przy Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W organizacji wydarzenia brały też

udział: Gastroenterologiczne Koło Naukowe działające przy Katedrze i Klinice Gastroenterologii i Chorób Przemiany Materii Warszawskiego Uniwersytetu



Na zdjęciu od lewej: dr hab. Joanna Domagała-Kulawik i dr Marta Maskey-Warzęchowska



Członkowie SKN „Alveolus”: Paulina Miłkowska i Maciej Rygański



Prelegentom oraz uczestnikom konferencji wręczono upominki



Tematyka symposium przyciągnęła duże grono słuchaczy

Medycznego oraz Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Patronat nad wydarzeniem objął Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych – prof. Marek Kulus, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – prof. Ryszarda Chazan oraz Studenckie Towarzystwo Naukowe WUM.

Pieczę nad całym wydarzeniem sprawowała dr hab. n. med. Joanna Domagała-Kulawik, opiekunka SKN „Alveolus” oraz pomysłodawca konferencji. Osobą odpowiedzialną za organizację wydarzenia była studentka Aleksandra Piechuta z SKN „Alveolus”.

Konferencja była poświęcona chorobom, w których stan psychiczny pacjentów jest ważnym elementem etiologii. Jej celem

było, między innymi, zwrócenie uwagi na czynniki psychospołeczne mogące mieć wpływ na rozwój i przebieg niektórych chorób. W trakcie wykładów wielokrotnie podkreślana była także istotność uwzględniania powyższych czynników w procesie terapeutycznym.

Konferencja „Choroby psychosomatyczne – ciało czy umysł?” rozpoczęła się wykładem inauguracyjnym dr. n. med. Dariusza Myszkę z Katedry i Kliniki Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Następnie odbyła się sesja prowadzona przez Studenckie Koło Naukowe „Alveolus”, w której dr n. med. Marta Maskey-Warzęchowska przedstawiła problemy natury psychicznej dotyczące chorych na sarkoidozę, m.in. depresję oraz przewlekłe zmęczenie. Pozostałe wykłady w tej sesji dotyczyły aleksytymii (problemu

z nazywaniem i wyrażaniem emocji), stanu psychicznego pacjentów chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc oraz zespołu Münchhausena.

Po krótkiej przerwie kawowej odbyła się druga sesja, którą prowadzili studenci z Gastroenterologicznego Koła Naukowego wraz z opiekunką dr Beatą Mrozikiewicz-Rakowską. W jej trakcie omówiono m.in. udział czynników psychosomatycznych w etiopatogenezie nieswoistych chorób zapalnych jelit. Kolejne prezentacje dotyczyły następujących chorób, w których istotną rolę odgrywają czynniki psychiczne: zespołu jelita drażliwego, bulimii oraz dyspepsji czynnościowej.

Ostatnia sesja poświęcona była schorzeniom dermatologicznym. Prowadzili ją członkowie Studenckiego Koła Naukowego przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego ze wsparciem dr Małgorzaty Pawłowskiej-Kisiel, jednej z opiekunek koła. Wykłady w tej sesji dotyczyły świądu – jako istotnego problemu w pęcherzowych chorobach autoimmunologicznych oraz jako istotnej składowej obrazu klinicznego w liszaju płaskim. Poruszono także problem zamierzonych uszkodzeń skóry przez pacjentów oraz wpływu

stresu na przebieg i występowanie zaostrzeń atopowego zapalenia skóry.

Po zakończeniu prezentacji uczestnicy konferencji zadawali wiele ciekawych pytań, po których toczyła się żywa dyskusja z udziałem lekarzy oraz studentów uczestniczących w spotkaniu.

Podczas finału konferencji odbyło się wręczenie upominków

wszystkim prelegentom, a także losowanie nagród wśród uczestników. Pragniemy podziękować wszystkim Fundatorom Nagród i Partnerom Konferencji: wydawnictwom ABE-IPS, MED-TUBE, „Medycyna Praktyczna” i „Terapia” oraz stowarzyszeniom IFMSA-Poland i EMSA.

Mamy nadzieję, że organizowana przez nas konferencja

spełniła swoje zadanie i wszyscy jej uczestnicy – młodzi adepci zawodów medycznych – będą pamiętać, aby na chorego człowieka patrzeć, jako na całość, nie skupiając się tylko na objawach i chorobach somatycznych.

*Aleksandra Piechuta,
Tomasz Urbankowski
SKN „Alveous”*

XVI Czwartek Chirurgiczny „Ostry brzuch”

**22 marca 2012 r. Aula A Centrum Dydaktycznego WUM
zgromadziła ponad 300 słuchaczy na XVI edycji studenckiej
konferencji „Czwartki Chirurgiczne”, której motywem przewodnim
był „ostry brzuch”.**

Podczas spotkania studenci reprezentujący koła naukowe WUM omówili szczegółowo najczęstsze patologie jamy brzusznej i miednicy mogące skutkować obrazem klinicznym w postaci tytułowego „ostrego brzucha” – łącznie zaprezentowano 8 prac. Gościem specjalnym oraz Przewodniczącym Komitetu Naukowego był prof. Krzysztof Bielecki. Nad poziomem merytorycznym wystąpień czuwali również prof. Waldemar Kostewicz, dr Marcin Trochimczuk, dr Tomasz Guzel oraz dr Ewa Romejko.

Konferencję rozpoczął prof. Waldemar Kostewicz – opiekun „Czwartek Chirurgicznych” – krótkim wprowadzeniem definiującym główny przedmiot zainteresowania wieczoru: „ostry brzuch”, termin powszechnie używany przez chirurgów. Następnie kol. Marta Rutkowska oraz kol. Maciej Nowak powitali gości, prelegentów oraz słuchaczy, a także omówili zasady obowiązujące podczas spotkania.

Pierwsze studenckie wystąpienie wygłoszone przez kol. Marię Bedyńską, reprezentującą SKN przy Oddziale Chirurgii Ogólnej i Oddziale Chirurgii Naczyniowej Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej w Warszawie, dotyczyło perforacji wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy. W prezentacji ujęto krótki rys historyczny, epidemiologię, etiopatogenezę, obraz kliniczny oraz metody postępowania. Kolejny problem: ostre choroby pęcherzyka żółciowego oraz dróg żółciowych przedstawił kol. Rafał Roszkowski z SKN przy Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Każde ze schorzeń zostało scharakteryzowane w kontekście patogenezy, czynników ryzyka, objawów klinicznych, diagnostyki oraz leczenia. Następnie prezentację pt. „Ostre zapalenie trzustki” wygłosił kol. Marcin Radoch, reprezentant SKN przy Kate-

drze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W swoim wystąpieniu omówił epidemiologię, etiologię, patogenezę, objawy, przebieg, rokowanie oraz opcje terapeutyczne dotyczące tytułowego zagadnienia. Ostatnia przed przerwą prezentacja była poświęcona tematyce niedrożności mechanicznej jelita cienkiego i grubego, którą przybliżyła słuchaczom kol. Justyna Smaga z SKN przy II Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Wystąpienie obejmowało etiopatogenezę, obraz kliniczny, diagnostykę, leczenie ze zróżnicowaniem w zależności od poziomu niedrożności. Tematem następnego wystąpienia, wygłoszonego przez kol. Dominikę Cichońską, reprezentantkę SKN przy Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Międzyleskiego Szpitala Specjalistycz-



Gość specjalny prof. Krzysztof Bielecki (po prawej) i prof. Waldemar Kostewicz – opiekun „Czwartków Chirurgicznych”



Na zdjęciu od prawej: Piotr Wojcieszak – organizator konferencji, oraz prowadzący: Marta Rutkowska i Maciej Nowak



„Czwartki Chirurgiczne”, które na stałe wpisały się w kalendarz Uczelni, tradycyjnie przyciągnęły tłumy chętnych



Prof. Krzysztof Bielecki wręcza nagrodę Marcinowi Radochowi – zwycięzcy w plebiscycie na najlepszą prezentację

nego w Warszawie, było ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, stanowiące najczęstszą przyczynę „ostrego brzucha” oraz zapalenie uchyłków jelita grubego. Omówiono epidemiologię, etiopatogenezę, obraz kliniczny, diagnostykę, postępowanie w każdym z przypadków. Kolejna prezentacja poświęcona była naczyniowym przyczynom „ostrego brzucha”: pęknięciu tętniaka aorty oraz niedrożności tętnicy krezkowej górnej (ostre niedokrwienie jelit). Wymienione patologie zostały scharakteryzowane w kontekście epidemiologii, etiopatogenezy, obrazu klinicznego, diagnostyki oraz dostępnych metod leczenia przez kol. Katarzynę Malinow-

ską z SKN Chirurgicznego przy Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Następnie kol. Michał Lipa, reprezentujący SKN przy II Klinice Ginekologii i Położnictwa Szpitala im. ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie, dokonał przeglądu ginekologicznych oraz urologicznych przyczyn „ostrego brzucha” z uwzględnieniem m.in. skrętu przydatków, ciąży ektopowej, pęknięcia macicy podczas porodu, kamicy układu moczowego, ZUM. Ostatnie wystąpienie wygłoszone przez kol. Alicję Przywózkę z SKN „Skalpel” przy Oddziale Chirurgii Ogólnej i Kolo-

w Warszawie dotyczyło współczesnych poglądów na temat zapalenia otrzewnej i stanowiło podsumowanie poprzednich prezentacji. Omówiono definicję, klasyfikację, przyczyny, etiologię, objawy, diagnostykę oraz leczenie prezentowanego zagadnienia.

Po każdym z wystąpień odbywała się żywa dyskusja, głównie z udziałem prof. Krzysztofa Bieleckiego, który komentował omawiane zagadnienia na bieżąco, dzieląc się swoim doświadczeniem. Nie zabrakło zatem praktycznych uwag, anegdot oraz dowcipów.

Po studenckiej części konkursowej, wykład specjalny wygłosił Przewodniczący Komitetu Naukowego prof. Krzysztof Bielecki, przybliżając słuchaczom

sylwetkę lekarza chirurga. Poza scharakteryzowaniem przymiotów dobrego chirurga, Pan Profesor zwrócił również uwagę na znaczenie pozazawodowych zainteresowań, jako przykład *a capella* wykonał utwór „What a wonderful world”, co zostało nagrodzone owacją na stojąco.

Następnie wśród publiczności rozlosowano talony na zakup

pozycji wydawnictwa „Medycyna Praktyczna” oraz zaproszenia na Konferencję „15. Szkoła Interny” z ramienia STN-u. Najlepsza studencka prezentacja: „Ostre zapalenie trzustki” wygłoszona przez Marcina Radocha, została uhonorowana nagrodą książkową ufundowaną przez wydawnictwo „Medycyna Praktyczna”. Wszyscy

prelegenci otrzymali roczną prenumeratę czasopism wydawnictwa Evereth.

Zapraszamy serdecznie na kolejny „Czwartek Chirurgiczny” już w przyszłym roku akademickim!

Dominika Cichońska
Komitet Organizacyjny
„Czwartków Chirurgicznych”

Konferencja „Duchowa troska w praktyce medycznej”

Odbywająca się w dniach 16-17 marca 2012 roku Międzynarodowa Konferencja „Duchowa troska w praktyce medycznej” podjęła ważne tematy związane z duchową pomocą chorym, wpływem wiary na postępy leczenia czy związkiem pomiędzy misją lekarza i posługą kapłanów w konfrontacji z pacjentem.

Organizatorem tego niezwykłego wydarzenia był Wydział Nauk Pedagogicznych UKSW w Warszawie, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Katolicki Uniwersytet w Eichstätt – Ingolstadt w Bawarii oraz Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia w ramach „Tygodnia dla Życia”. Konferencja zgromadziła wybitne grono lekarzy, teologów i psychologów z wielu uczelni krajowych i zagranicznych. Podczas otwarcia konferencji głos zabrali: Rektor UKSW ks. prof. Henryk Skorowski, abp dr Zygmunt Zimowski z Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, bp dr Stefan Regmunt – Przewodniczący Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia przy Konferencji Episkopatu Polski, w imieniu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego do zebranych zwrócił się Prorektor prof. Sławomir Majewski.

W pierwszym dniu uczestnicy sympozjum spotkali się

w Auditorium Maximum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego. W Auli pojawili się m.in.: prof. Tadeusz Tołłoczko, prof. Jan Tatoń, prof. Jacek Imiela, prof. Mirosław Łuczak, prof. Tomasz Pasierski, dr Maria Turos, dr Alicja Domańska, dr Hanna Celnik. Drugi dzień konferencji odbył się w Centrum Dydaktycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i miał formę warsztatów poświęconych zespołowej opiece duszpasterskiej w służbie zdrowia.

Podczas dwóch dni konferencji szeroko omawiano powiązania pomiędzy służbą lekarską a duszpasterską w sytuacji spotkania z chorym. Leczenie chorego nie ogranicza się tylko do medycznej pomocy w uśmierzaniu bólu czy walki ze schorzeniami. Dobroczynny wpływ na stan pacjenta oraz jego bliskich ma również wsparcie psychologiczne oraz pomoc

kapłana, która pomaga wyzwolić w sobie optymizm i nadzieję, pokonać poczucie rezygnacji i zwątpienia, rozpocząć walkę z chorobą. Często spotykaną samotność pacjenta w konfrontacji ze schorzeniami czy bólem można ukoić duchowym wsparciem, rozmową, empatią. Wśród wielu poruszanych zagadnień konferencji znalazły się takie jak: rola i kategorie opieki duchowej w medycynie, znaczenie duchowości w polityce prozdrowotnej, jakość służby zdrowia – standardy a duchowość, multidyscyplinarność opieki nad chorym uwzględniającej aspekt duchowy, aspekty etyczno-aksjologiczne w pracy lekarza, podnoszenie jakości opieki szpitalnej poprzez wprowadzenie opieki duchowej, problematyka duchowości w badaniach i praktyce medycznej.

Cezary Ksel
Redakcja „MDW”

Konferencja „Aktywność fizyczna na każdej recepcie”

O tym, że „ruch jest w stanie zastąpić prawie każdy lek, a wszystkie leki razem wzięte nie są w stanie zastąpić ruchu”, wydaje się, że wie każda osoba związana ze służbą zdrowia. Jednak w toku studiów medycznych temat aktywności fizycznej, którą powinniśmy zalecać pacjentom, jest podejmowany rzadko i bardzo pobieżnie. W odpowiedzi na tą lukę w programie kształcenia lekarzy, zorganizowano Interdyscyplinarną Studencką Konferencję Naukową „Aktywność fizyczna na każdej recepcie”.

Inicjatywy podjęło się Studenckie Koło Naukowe Medycyny Sportowej przy Centralnym Ośrodku Medycyny Sportowej. Spotkanie odbyło się 31 marca 2012 roku w Centrum Dydaktycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Wzięło w nim udział ponad 300 uczestników: studentów kierunku lekarskiego, fizjoterapii, dietetyki, pielęgniarstwa, położnictwa, psychologii oraz lekarze. Ogromne zainteresowanie konferencją sprawiło, że internetowa rejestracja, dzięki której przysługiwały materiały podsumowujące projekt, została zamknięta z powodu wyczerpania limitu miejsc na dwa tygodnie przed wydarzeniem.

Patronat nad konferencją objęli: JM Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Marek Krawczyk, Centralny Ośrodek Medycyny Sportowej oraz Sekcja Medyczna Polskiego Komitetu Olimpijskiego.

Wśród prelegentów znaleźli się studenci działający w jedenastu uczelnianych kołach naukowych oraz eksperci. Swoimi wykładami studentów zaszczylicili: dr n. med. Hubert Krysztofiak (specjalista medycyny sportowej), dr n. med. Tomasz Chomiuk (fizjoterapeuta), mgr Katarzyna Błaże-



Dr Tomasz Chomiuk – fizjoterapeuta z III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM

jewska (dietetyk) oraz dr n. med. Andrzej Folga (kardiolog).

Tematy omawiane na konferencji zostały podzielone na pięć grup. W pierwszej części spotkania organizatorzy podjęli się wprowadzenia w obszar zainteresowań medycyny sportowej, podsumowania ogólnych korzyści płynących z aktywności fizycznej. W kolejnej sesji zestawiono różne rodzaje wysiłku fizycznego zalecanego odpowiednio do wieku i stanu fizjologicznego pacjentów (kobiety ciężarne, dzieci, osoby starsze). W trzeciej części rozwinęto temat korzyści płynących z regularnie uprawianego sportu w profilaktyce i leczeniu



Dr Hubert Krysztofiak – specjalista medycyny sportowej – współorganizator konferencji, dyrektor COMS

najczęstszych chorób układu sercowo-naczyniowego, przewodu pokarmowego czy depresji. Czwarta sesja została poświęcona diecie właściwej przy podejmowaniu aktywności fizycznej, ewentualnej suplementacji, wyborowi dyscyplin zalecanych dla pacjentów, sposobom motywowania pacjentów do uprawiania sportu, czyli szeregowi zagadnień towarzyszących tematowi wysiłku fizycznego. Konferencję zamykały bardzo istotne prelekcje na temat przeciwwskazań (stosunkowo niewielu w porównaniu ze wskazaniami!) do aktywności fizycznej.

Podjęte tematy nie zostały wyczerpane do końca, raczej

stanowiły podstawę do dalszego pogłębiania wiedzy dotyczącej ruchu i jego znaczenia w medycynie. Wniosek płynący z wielkości opracowań był taki, że rola aktywności fizycznej jest nie do przecenienia i powinna być zalecana każdemu pacjentowi, niezależnie od wieku, chorób przewlekłych czy stopnia dotychczasowej aktywności. Tylko jej

forma i intensywność powinna zostać dobrana przez lekarza indywidualnie. Każdy pracownik służby zdrowia powinien proponować ruch swoim pacjentom, motywując ich poprzez wskazanie korzyści z niego płynących.

W odpowiedzi na pytanie z ankiety dla uczestników, czy konferencja o tej tematyce powinna zostać powtórzona, wszy-

scy studenci zgodnie potwierdzili taką potrzebę. Świadczy to o tym, jak ważna jest to wiedza i jak, niestety, zaniedbana w toku studiów medycznych. Ruch to w końcu najskuteczniejszy lek na wiele chorób.

Karolina Krawczyk
Przewodnicząca SKN
Medycyny Sportowej przy COMS

Z Senatu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego 27 lutego 2012 roku

1. Wręczenie odznaczeń państwowych i resortowych przyznanych pracownikom Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w 2011 roku.

JM dokonał aktu dekoracji zasłużonych pracowników Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego odznaczeniami państwowymi i resortowymi.

Odznaczenia otrzymali:

Złoty Krzyż Zasługi

- Pan Leszek Adadyński.
- Brązowy Krzyż Zasługi*
- Pani Katarzyna Charazińska-Carewicz,
- Pani Barbara Sieradzka.

Medal Złoty za Długoletnią Służbę

- Pani Lilia Buniewicz.

Medal Srebrny za Długoletnią Służbę

- Pani Ewa Wierzbńska.

Medal Brązowy za Długoletnią Służbę

- Pani Anna Bielińska,
- Pani Maria Tarnawska.

Medal Komisji Edukacji Narodowej

- Pani Beata Śpiewankiewicz.

Odznaka „Za Zasługi dla Ochrony Zdrowia”

- Pani Barbara Siemińska-Piekarczyk.

2. Nominacje, gratulacje.

JM wręczył Panu dr. Witoldowi Pawłowskiemu akt powołania na stanowisko Kierownika Studium Medycyny Katastrof.

3. Uchwała zmieniająca zasady pobierania opłat za usługi edukacyjne świadczone przez Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Senat przyjął uchwałę zmieniającą zasady pobierania opłat, za zaświadczone przez Warszawski Uniwersytet Medyczny usługi edukacyjne. Zmiana polega na wprowadzeniu zasady naliczania odsetek ustawowych, w przypadku stwierdzenia opóźnień w spłatach czesnego rozłożonego na raty.

4. Regulamin Organizacyjny Biblioteki Uczelnianej.

Senat uchwalił Regulamin Biblioteki Głównej, określający jej strukturę, organizację i zadania.

5. Sprawa utworzenia spółki z ograniczoną odpowiedzialnością „Synergia!”

Senat wyraził zgodę na utworzenie spółki kapitałowej z ograniczoną odpowiedzialnością „Synergia!”.

Spółka ta jest spółką celową, utworzoną dla komercjalizacji wyników badań naukowych, prowadzonych w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

6. Uzupełnienie składu Senackiej Komisji ds. Finansów o przedstawiciela Związku Zawodowego Pracowników Administracji i Obsługi.

Senat, w ramach uzupełnienia, powołał w skład Senackiej Komisji ds. Finansów Panią Dorotę Rostkowską, jako przedstawiciela Związku Zawodowego Pracowników Administracji i Obsługi.

7. Sprawy finansowe.

Senat uchwalił zmiany w Prowizorium Planu rzeczowo-finansowego na 2012 rok.

Zmiany dotyczyły następujących załączników do Prowizorium:

- Załącznika nr 5 – Środki wydziałowe, wydatki bieżące;
- Załącznika nr 6 – Koszty ogólnouczelniane – koszty zadań i własne;
- Załącznika nr 9 – Fundusz inwestycji budowlanych.

8. Omówienie najważniejszych spraw bieżących Uczelni.

JM Rektor poinformował o następujących sprawach:

W dniu 24 i 25 lutego br. odbył się nadzwyczajny XI Krajowy Zjazd Lekarzy. Organizatorem Zjazdu był Pan dr Maciej Hamankiewicz – Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Uczestnikami spotkania byli m.in. Pan Premier Jerzy Buzek, Pani Senator prof. dr hab. Alicja Chybicka, Jego Ekscelencja Arcybiskup Henryk Hoser,

Rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego – Pan prof. dr hab. Janusz Moryś oraz Pani Prezes Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego prof. dr hab. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska.

Tematem spotkania była m.in.:

- ustawa refundacyjna dotycząca leków,
- sprawa zniesienia stażu podyplomowego dla studentów na kierunku lekarskim oraz lekarsko-dentystycznym. Zniesienie roku stażowego oraz związane z tym zmiany w programach dydaktycznych rodzą dodatkowe koszty dla uczelni medycznych,
- dyskutowano również o konieczności oddzielnego uregulowania prawnego (sprawy funkcjonowania i finansowania szpitali klinicznych),
- w roku 2012 na budowę Szpitala Pediatrycznego zostały przy-

znane środki finansowe w wysokości 127,5 mln zł,

- trwa przetarg na wykonawcę Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

9. Komunikaty i wolne wnioski.

JM poinformował o zmianie terminu kwietniowego posiedzenia Senatu i Kolegium Rektorskiego.

Posiedzenie Senatu oraz Kolegium Rektorskiego odbędzie się w dniu 23 kwietnia br.:

- Kolegium Rektorskie rozpocznie się o godzinie 10⁰⁰,
- Senat – godzina 12⁰⁰.

mgr Elwira Zielińska

Biuro Organizacyjne

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Pro memoria



Profesor Andrzej Szczeklik we wspomnieniach przyjaciół

Warszawskie Towarzystwo Internistów Polskich, działające przy Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego WUM, zorganizowało sesję naukową poświęconą wybitnemu lekarzowi, naukowcowi i humaniście, zmarłemu na początku lutego 2012 roku prof. Andrzejowi Szczeklikowi.

Profesor Andrzej Szczeklik był lekarzem z powołania, a w wykonywaną pracę wkładał duszę, czyniąc z praktyki lekarskiej sztukę pomagania ludziom. Jednak Profesor Szczeklik zapamiętany został także jako przyjaciel chorych i potrzebujących, artysta pasjonujący się muzykologią, zafascynowany dokonaniami krakowskiej „Piwnicy pod Baranami”, humanista i pisarz intrygujących książek. Nie-

złomny Piotr Skrzynecki nazwał swego czasu prof. Szczeklika „Czarodziejem Kliniki Snów”.

Nic więc dziwnego, że kierowany przez prof. nadzw. Annę Doboszyńską Warszawski Oddział Towarzystwa Internistów Polskich zatytułował zorganizowane sympozjum „Między nauką a sztuką”. Prof. Doboszyńska zaprosiła ks. prof. dr. hab. Wojciecha Bołozę z Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego oraz gości

z Krakowa, prof. dr. hab. Romana Nowobilskiego i dr. Wiesława Królikowskiego, współpracowników profesora z Uniwersytetu Jagiellońskiego, do wygłoszenia referatów przypominających niezwykle dokonania prof. Szczeklika. W spotkaniu poświęconym temu wybitnemu lekarzowi i człowiekowi uczestniczyli także Prorektorzy Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego: dr hab. Sławomir Nazarewski oraz prof.

Anna Kamińska, która, w imieniu Władz Uczelni, podziękowała za inicjatywę zorganizowania na naszej Uczelni konferencji. Prof. Kamińska zwróciła uwagę, że prof. Szczeklik dla społeczności naszej *Alma Mater* był i pozostanie postacią szczególną, ponieważ w 2002 roku został uhonorowany przez – wówczas Akademię Medyczną w Warszawie – Doktoratem Honoris Causa. – 10 lat temu na wniosek Rady I Wydziału Lekarskiego Senat Akademii Medycznej nadał to odznaczenie w uznaniu wybitnych osiągnięć naukowych i dokonań, głównie w zakresie mechanizmów astmy oraz kardiologii, zaburzeń krzepnięcia, także za wieloletnią współpracę z klinikami naszej Uczelni – mówiła prof. Kamińska.

Prof. nadzw. Anna Doboszyńska, cytując wypowiedzi prof. Szczeklika oraz fragmenty jego książek, ukazała niezwykłą osobowość Profesora, jego nieprzeciętną empatię i pragnienie kontaktu z chorym. Przypomniała ponadto, jak ważna dla prof. Szczeklika była komunikacja z pacjentem, będąca próbą budowania zaufania pomiędzy medykiem a chorym, ponieważ mówienie wspólnym językiem nie tylko pomagało wybrać skuteczną metodę terapii, ale wpływało pozytywnie na samego pacjenta. – O mistrzach warto pamiętać. Warto się od nich uczyć i wzorować na ich działalności – zakończyła prof. Doboszyńska.

Następnie głos zabrał ks. prof. Wojciech Bołoz, który swoje wystąpienie nazwał „Osoba i dokonania prof. Andrzeja Szczeklika z perspektywy nielekarza, bioetyka”. Gość z UKSW spojrzał na prof. Szczeklika jako na niezwykłego człowieka, bogatą osobowość, autorytet kierujący się moralnym systemem myślenia, przyjaciela chorych i potrzebujących, który mawiał, że „lekarz jest ostatnim depozytariuszem ludzkiej godności”, humanistę



Profesor Andrzej Szczeklik podczas ceremonii przyznania Doktoratu Honoris Causa Akademii Medycznej w Warszawie w 2002 roku



Konferencję prowadziła prof. nadzw. Anna Doboszyńska – Prodziekan ds. Oddziału Pielęgniarstwa WNoZ



Spotkanie zaszczyciła swoją obecnością prof. Anna Kamińska – Prorektor ds. Kadr

o szerokim wachlarzu zainteresowań, w końcu patriotę, kultuwującego swoje przywiązanie do kraju i pięknej polszczyzny. Prof. Roman Nowobilski przedstawił kilka wspomnień z przeszło 20-letniej współpracy z prof. Szczeklikiem, początkach kariery naukowej u boku Profesora, późniejszych prac badawczych, wspólnych wyjazdów na liczne konferencje, ale też towarzyskie spotkania pełne aktywnego wypoczynku oraz inspirujących konwersacji o literaturze i życiu. Prof. Nowobilski przybliżył zebrany kulisie przygotowania jednej z ostatnich prac prof. Szczeklika,

która dotyczyła wpływu muzykoterapii na leczenie astmy. Z kolei dr Wiesław Królikowski w osobistej wypowiedzi zaprezentował wspomnienia z ok. 30-letniej pracy i znajomości z prof. Szczeklikiem. Określił prof. Szczeklika mianem człowieka renesansu, osoby o licznych, czasem odległych od siebie zainteresowaniach – od fizyki kwantowej, przez biologię molekularną, literaturę, po muzykę czy sport. Był nie tylko wrażliwy na cierpienie chorego, ale także wzorcem do naśladowania w kontaktach z innymi lekarzami. – Profesor Andrzej Szczeklik był i jest mistrzem, nauczycie-



fot. 1



fot. 2



fot. 3

Goście specjalni konferencji poświęconej pamięci i dokonaniom Profesora Andrzeja Szczeklika: ks. prof. dr hab. Wojciech Bołoz (fot. 1), prof. dr hab. Roman Nowobilski (fot. 2) oraz dr med. Wiesław Królikowski (fot. 3)

lem i wychowawcą – mówił dr Królikowski. Zwrócił też uwagę, że prof. Szczekliki nie tylko kochał sztukę, ale też żył sztuką, czego przykładem było organizowanie w kierowanej przez siebie klinice

koncertów fortepianowych dla wszystkich chętnych, ale przede wszystkim dla pacjentów. Głos zabrała także Elżbieta Kot z wydawnictwa „Znak”, która mówiła o wielkim potencjale naukowym,

literackim i filozoficznym kryjącym się w książkach prof. Szczeklika – „Kore” oraz „Katharsis”.

Cezary Ksel
Redakcja „MDW”

Etyka



Prawo do „klauzuli sumienia” jest obecnie głośno dyskutowanym problemem, zarówno w środowisku medyków, prawników, jak i polityków. Pojawiające się doniesienia dotyczące „klauzuli sumienia” dla farmaceutów dodatkowo wzbudzają zainteresowanie tą kwestią. Różnice w interpretowaniu prawa do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego stały się powodem rozpoczęcia dyskusji nad „klauzulą sumienia” w Komisji Bioetyki Polskiej Akademii Nauk, której prof. Tadeusz Tołłoczko jest członkiem. Jej zwieńczeniem było wystosowanie przez Komisję specjalnej rezolucji wyrażającej niepokój spowodowany nadużywaniem lub korzystaniem z „klauzuli sumienia” wbrew przepisom ustawy. Poniżej prezentujemy list prof. Tadeusza Tołłoczko, wybitnego chirurga i etyka, byłego Rektora naszej Uczelni, będący głosem w dyskusji nad tym skomplikowanym zagadnieniem.

Prof. emer. dr hab. Tadeusz Tołłoczko Warszawski Uniwersytet Medyczny*

Warszawa 12.03.2012

W.P.

Prof. dr hab. Zbigniew Szawarski
Przewodniczący Komitetu Bioetyki
przy Prezydium PAN Warszawa

Szanowny Panie Profesorze,

Ponieważ prawo dopuszcza w określonych sytuacjach aborcję i diagnostykę prena-

talną, dlatego procedury takie dokonywane będą legalnie niezależnie ich od oceny moralnej. W tej rzeczywistości ujawnia się problem interpretacji „klauzuli

sumienia”. Przedstawiam swoją interpretację, starając się, by wynikała ona z realizmu, ale bez konformizmu.

Rozumiem, że w otrzymanym projekcie „Stanowisko Komitetu Bioetyki... (...)” zawarte stwierdzenia:

„Komitet Bioetyki oczekuje, że podjęte przez władze ustawodawcze działania w zakresie regulacji medycyny reprodukcyjnej... (...)”;

„Komitet ma również nadzieję, że ustawodawca... (...)”

dotyczą również pkt. 4 tego projektu, a omawiającego problem „klausuli sumienia”.

Odczytać to można jako propozycję zwrócenia się Komitetu Bioetyki do polityków o prawne, a więc siłowe rozwiązanie etycznego problemu lekarskiego sumienia i odpowiedzialności. Nie rozumiem, dlaczego Komisja Bioetyczna ma podporządkować normę etyczną normie prawnej?

Przypominam sobie dyskusję z okresu rozpatrywania przez Trybunał Konstytucyjny w 1992 roku zaskarżenia przez Rzecznika Praw Obywatelskich Kodeksu Etyki Lekarskiej pod zarzutem niezgodności z prawem. Trybunał, rozstrzygając tę sprawę, odrzucił podporządkowanie norm etycznych normom stanowionym przez państwo i stwierdził, że „zbiory norm prawnych i norm etycznych nie pokrywają się [...] i tworzą dwa względnie niezależne od siebie kręgi. Nieuprawnione jest więc twierdzenie, że norma etyczna musi być zgodna z normą prawną. Twierdzenie takie zakładałoby priorytet norm prawnych nad normami etycznymi. To raczej prawo powinno mieć legitymację etyczną. Etyka nie wymaga legitymacji legalistycznej”.

Szczególną wartość i znaczenie ma dla mnie stwierdzenie, że „etyka nie wymaga legitymacji legalistycznej”. Myślę, że na tej zasadzie powinna opierać się działalność naszej Komisji.

„Klausula sumienia” uniezależnić więc powinna lekarza od administracyjnie, politycznie i światopoglądowo sterowanych presji zmuszających lekarza do przyjęcia postawy koniunkturalnej, a konformizm i koniunkturalizm stał się współcześnie niemal powszechną i skuteczną metodą na życiowe sukcesy.

Trudno jest mi też zgodzić się z wydaniem poprzez ogólnikowe sformułowania legislatorom



Prof. Tadeusz Tołłoczko

zgody „in blanco” na zakładanie kleszczy na sumienie odmienne niż oni myślących lekarzy o odmiennym światopoglądzie. Byłaby to niebezpieczna decyzja, na którą powoływaliby się legislatorzy po opracowaniu nawet niezgodnego z etyką przepisu. Myślę tu oczywiście o ustawodawstwie, a nie prawodawstwie. Oczekiwałem, że Komitet sam określi, jakie kroki należy podjąć, by były one i skuteczne, i moralnie uzasadnione. W ten sposób można uniknąć wydania zgody „w ciemno” na każdą decyzję legislatorów.

Wyobrażam sobie, co to by było, gdyby to legislatorom próbowano w jakikolwiek sposób ograniczyć swobodę myśli i narzucić wyłącznie etyczne rozwiązanie problemu.

Sumienie jest nierozłącznym atrybutem Człowieczeństwa i cechą tylko ludzkiej natury. Jakiegokolwiek ograniczanie sumienia oznaczałoby przejście do niższego od ludzkiego poziomu.

Sumienie posiada i posiadać może granice, ale tylko etyczne, a nie prawne. Dlatego „klausula sumienia” nie daje podstaw do jakiegokolwiek formy przemocy lekarza wobec chorego. Nie daje też podstaw do jakiegokolwiek formy

przemocy prawodawców wobec lekarskiego sumienia. W sumienie lekarza jako człowieka nie można ingerować, ani też jego ignorować.

Zdaję sobie sprawę, że „klausula sumienia” nie ma charakteru obiektywnego i że sumienie nasze nie jest istotą doskonałą, bowiem jesteśmy na takim poziomie intelektualnej biegłości, sprytu, chytrych, sprawności, zręczności, umiejętności i wykształcenia, że potrafimy już nie tylko innych, ale nawet i siebie samego do wszystkiego, co nam jest potrzebne przekonać, bez względu na etyczną tego wartość.

Na problem ten w sposób szczególny powinni być uczuleni Członkowie wszelkich Komisji Etycznych, bo sumienie ma być przecież bezkompromisowym obrońcą prawdy i dobra.

Myślę, że problem trudności w skorzystaniu ze świadczeń z zakresu medycyny reprodukcyjnej i diagnostyki prenatalnej, został sztucznie stworzony, wyolbrzymiony i nagłośniony, zwłaszcza że są to zdarzenia rzadkie. Niewątpliwie ich znaczenie i waga są znacząco duże.

Rozwiązanie tego problemu jest tak proste, że zagadką pozostaje fakt, dlaczego, pomimo swej prostoty, problem ten nie został rozwiązany.

Proste organizacyjne rozwiązanie polega na umożliwieniu swobodnego skorzystania ze świadczeń lekarzy, którzy nie odczuwają konfliktu sumienia w tej dziedzinie. Nie ma żadnej trudności w zorganizowaniu „pełnoprofilowych” gabinetów, poradni, oddziałów udzielających tego rodzaju świadczeń. Lekarze tych organizacyjnych jednostek z pewnością się na takie rozwiązanie zgodzą, bowiem uzyskiwać będą z NFZ przewidziane prawem dotacje. Zniknie też problem odmowy udzielania tego typu świadczeń przez lekarzy w powszechnej służbie zdrowia, a udzielania w praktyce prywatnej.

Jeszcze chętniej problem ten rozwiążą prywatne jednostki organizacyjne otrzymujące refundację z NFZ. Będzie to dodatkowo zgodne z realizowaną koncepcją prywatyzacji ochrony zdrowia.

W ten prosty sposób uniknęłoby się stosowania presji administracyjnych i kaleczenia sumień ze wszystkimi tego następstwami, a świadczeniobiorcy bezproblemowo zostaliby załatwieni. Sprawy z tego zakresu są trudne, dotkliwe i przykre, ale na szczęście stosunkowo rzadkie, co ułatwia rozwiązanie organizacyjne.

Tworzyć należy taką rzeczywistość, w której sumienie obywatela nie będzie prawnie ograniczane, lub nawet prawnymi przepisami kaleczone. Zniknie wówczas problem gry z władzami, i władzy z lekarzami, pojedynków z myślami, walki lekarza za sobą. Chodzi o to, by lekarz jako człowiek nie przestał być sobą. Nie tylko chory, ale i lekarz jest człowiekiem, którego obejmują zasady Deklaracji Praw Człowieka.

Zranione sumienie

Piękno i harmonia życia uwarunkowane są między innymi zgodą z własnym sumieniem. Natomiast każda władza ma niezliczone możliwości łamania ludzkich sumień i zmuszania do konformizmu, chociażby decyzjami finansowymi czy groźbą zwolnienia z pracy.

W systemach totalitarnych wychowanie młodzieży polegało właśnie na zaplanowanym systemie łamania sumień. Skutki tego są i tragiczne, i dalekosiężne.

Czego możemy spodziewać się od ludzi, którym zraniono sumienie? Z pewnością stracą oni wiarę w istnienie wolności i prawdy w sumienie innych ludzi i urzędów, zwłaszcza w środowisku, w którym funkcjonują i państwie, w którym żyją.

Czy można spodziewać się, że osoba zmuszona przeróżnymi metodami do konformizmu i z okaleczonym sumieniem będzie nadal postępowała moralnie, czy najwyżej tylko zgodnie z prawem?

Stopień wielości, wielorakości i złożoności wielu problemów moralnych kreowanych przez postęp naukowy i technologiczny oraz niedostatek finansowy ochrony zdrowia jest tak wielki, że sumienie może tracić orientację. W tej sytuacji etyka stwarza szanse na prawidłowe rozwiązania.

W rodzimej ochronie zdrowia brak jest równowagi między finansowaniem a obowiązkami, a im mniej pieniędzy, tym więcej jest pułapek na nasze lekarskie sumienie. Po co więc stwarzać nowe?

Jeśli z mocy prawa zmusza się kogoś do, w jego ocenie, niegodziwego czynu łamiącego jego sumienie, pomimo istniejących możliwości uniknięcia takiej sytuacji to oznacza to, że jest w tym jakiś inny ukryty cel.

Myślę, że raczej w wyniku nieużywania sumienia niż jego nadużywania doszło do pomieszczenia pojęć prawdy i kłamstwa, dobra i zła, uczciwości i nieuczciwości, a nawet przyzwoitości i nieprzyzwoitości. Satyrycy mówią, że ktoś ma czyste sumienie, bo nieużywane.

Sumienie straci swą wartość, jeśli wypełnione zostanie papierami z wydrukowanymi paragrafami, a nie zasadami moralnymi. W takiej sytuacji z łatwością może błędzić, podporządkowując się wyłącznie treści paragrafów prawa.

Zawarte w piśmie stwierdzenie, że „Komitet... (...) Stanowczo sprzeciwia się jednak przypadkom nadużywania lub

korzystania z „klauzuli sumienia” wbrew przepisom ustawy, z pogwałceniem fundamentalnych praw reprodukcyjnych polskich pacjentek i pacjentów” wyraża w swej treści oskarżenie lekarzy o to, że nie chcą podporządkować swego sumienia legislatorom. Raz jeszcze podkreślę, że nie będzie żadnej potrzeby zmuszania lekarzy do działania wbrew własnemu sumieniu przy chęci bezkolizyjnego organizacyjnego rozwiązania tego problemu. Dlaczego więc w publikatorach rozważa się tylko drogę ograniczania sumienia? Wyrażać to może zamierzone narzucanie jedynie słusznego światopoglądu. Osobiście wspierałbym współpracę ludzi o różnych światopoglądach, szukając bezkolizyjnego rozwiązania, które w konkretnym przypadku, jak wykazałem, jest niezwykle proste. W ten sposób wolność światopoglądowa i pluralizm przekonań nie będą tylko wyborczą obietnicą.

Rzymianie

Swoje uwagi uzasadnię znanymi mi jeszcze z lat licealnych sentencjami klasyków rzymskich, którzy mawiali: „*Ius est quod iustum est*” – prawem jest to, co jest prawe – a nie to, co mówią legislatorzy. I dlatego „*Non omne licitum honestum*” – nie wszystko, co jest zgodne z prawem jest godziwe, bowiem „*Non veritas, sed auctoritas facit legem*” – nie prawda, lecz władza stanowi prawo. A z władzą, jak wiemy, różnie bywa.

A nie o polemiczne argumenty tu chodzi, lecz o prawdę.

Tadeusz Tołłoczko

P.s. Niedawno przeczytałem w Internecie, że amerykańscy farmaceuci stanu Washington uzyskali prawo do „klauzuli sumienia”.

* Pismo skierowane przez Pana Profesora Tadeusza Tołłoczko do Przewodniczącego Komitetu Bioetyki Pana Profesora Zbigniewa Szawarskiego w sprawie „klauzuli sumienia”

Wiedza i opinie studentów kierunku lekarskiego WUM na temat kompetencji zawodowych położnej – członka zespołu terapeutycznego. Badania wstępne.

Knowledge and opinions of medical students of Medical University of Warsaw on professional competence of a midwife – a member of the therapeutic team – a preliminary study.

Katarzyna Stawicka, Aleksandra Szyper, Grażyna Bączek

*Koło Naukowe Zakładu Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej
opiekun KN – dr n. med. Grażyna Bączek*

*Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny
kier. prof. dr hab. n. med. Ewa Dmoch-Gajzlerska*

STRESZCZENIE

ABSTRACT

Wstęp: Sprawne funkcjonowanie zespołu terapeutycznego, a co za tym idzie, otoczenie pacjenta kompleksową opieką, nie jest możliwe bez znajomości wzajemnych kompetencji zawodowych. Celem niniejszej pracy było poznanie wiedzy i opinii studentów kierunku lekarskiego na temat zakresu kompetencji położnej.

Materiał i metody: Badaniami objęto 50 studentów V oraz VI roku kierunku lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Przeprowadzono je za pomocą samodzielnie skonstruowanego arkusza ankiety. Badania prowadzone były w terminie od stycznia do czerwca 2011 roku. Ankieta miała charakter anonimowy, a udział w niej był dobrowolny.

Wyniki: Badania wykazały, że wśród studentów przeważała opinia, iż do zadań położnej należy prowadzenie porodu fizjologicznego, porodu drogami natury z ewentualnym nacięciem kroczka, edukacja zdrowotna czy też realizacja zleceń lekarskich. Studenci uznali jednakże, iż do kompetencji położnej nie należy rozpoznawanie ciąży czy kierowanie na badania umożliwiające wczesne rozpoznanie ciąży wysokiego ryzyka. Nie byli oni również zgodni co do samodzielności zawodowej położnych bądź ich prawa do badania i opieki nad noworodkiem.

Introduction: The effective functioning of the therapeutic team and thus the patient care environment is not possible without knowledge of the mutual professional competence. The purpose of this study was to examine medical students knowledge and opinions about the medical competence in midwifery.

Material and Methods: The study involved 50 students of fifth and sixth year of medical specialization in Medical University of Warsaw. The research was conducted using self-designed questionnaire sheet. The research was carried out in the period from January to June 2011. The study participants voluntarily completed an anonymous survey designed by the authors.

Results: Research has exerted, that prevailing opinion among student is that the midwife should carry physiological childbirth, childbirth with episiotomy, health education or medical order completion. Although, students recognize that the competence of the midwife is not to diagnose pregnancies and advising on the examinations for early detection of high-risk pregnancy. They were not also agreed on the self-reliance of midwives or their right to study and care of the newborn.

Wnioski: Wiedza przyszłych lekarzy na temat zespołu terapeutycznego i kompetencji zawodowych położnej jest niewystarczająca, mimo jednoczesnej opinii wszystkich respondentów o potrzebie znajomości kompetencji współpracowników.

Słowa kluczowe: zespół terapeutyczny, współpraca, kompetencje położnej, studenci kierunku lekarskiego.

Conclusions: Future doctors knowledge about the treatment team and the professional competence of midwives is inadequate, despite the concurrent opinion of all respondents about the need for knowledge of the competence of colleagues.

Key words: therapeutic team, cooperation, midwives reference, medical students.

WSTĘP

Obecnie coraz większą wagę przykładą się do współpracy w zespole terapeutycznym. Jest to bowiem czynnik wpływający na efektywną opiekę nad pacjentem. Osoby rozpoczynające kształcenie na kierunkach medycznych zazwyczaj posiadają już wyrobione zdanie na temat pracy poszczególnych pracowników ochrony zdrowia. Przeważnie zdanie to wyrobione jest pod wpływem panujących stereotypów i nie ulega sprostowaniu w toku studiów, wręcz przeciwnie – ugruntowuje się. Biorąc pod uwagę fakt, jak istotna dla odpowiedniej współpracy w zespole jest świadomość wzajemnych kompetencji, postanowiono przeprowadzić badania wśród studentów kierunku lekarskiego dla zobrazowania ich świadomości wobec kompetencji pracy jednego z członków zespołu terapeutycznego, jakim jest położna [1]. Głównym celem przeprowadzonych badań było poznanie wiedzy, a także opinii studentów kierunku lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na temat kompetencji zawodowych położnej oraz ich wpływu na funkcjonowanie zespołu terapeutycznego.

1. Skład i funkcjonowanie zespołu terapeutycznego

Z uwagi na biopsychospołeczną sferę człowieka w okresie choroby, powinien być on otoczony specjalistami z różnych dziedzin. Praca różnych zawodów ochrony zdrowia przebiegająca w atmosferze współdziałania i współodpowiedzialności może przynieść szereg pozytywnych skutków dla pacjenta [2]. Z tego właśnie powodu niezbędnym elementem opieki jest stworzenie sprawnie działającego zespołu terapeutycznego. Według Jankowiak i Bartoszewicz jest nim „grupa osób wspólnie realizujących proces leczenia” i cechuje się „współnotą celu działania i odpowiedzialności za jego realizację, wspólne ustalenie zakresu działań oraz związanych z nimi indywidualnych obowiązków i uprawnień, sprawny obieg informacji” [3].

Prawidłowe funkcjonowanie zespołu interdyscyplinarnego skutkuje korzyściami zarówno dla pacjenta, jak i współpracowników [2]. Praca w zespole polega na dzieleniu się doświadczeniami własnymi i czerpaniu z zasobów pozostałych członków. Działanie członków zespołu charakteryzuje przejawianie własnej inicjatywy i ponoszenie odpowiedzialności za podjęte czynności. Obowiązują prawa i zasady pracy zespołowej, czyli: zaufanie, rzetelność, wzajemne wsparcie, prezentowanie swoich decyzji oraz współdecydowanie o opiece nad pacjentem. Opieka powinna być wszechstronna i planowa [4].

W zależności od oddziału, na którym sprawowana jest opieka, skład zespołu terapeutycznego może się różnić. Jego członkowie mają odmienne przygotowanie teoretyczne oraz różne doświadczenie. Są również źródłem różnych informacji na temat pacjenta i manifestowanych przez niego objawów [3].

Trzon zespołu na oddziale położniczym/bloku porodowym/patologii ciąży stanowi lekarz położnik. W zależności od oddziału i rodzaju wymaganej opieki, w skład zespołu wchodzi: lekarze położnicy i neonatolodzy, położne, pielęgniarki, psycholodzy, rehabilitanci oraz inne potrzebne w danym momencie osoby. Nie należy zapominać, że główną osobą w zespole i podejmowaniu decyzji jest pacjent, który jest podmiotem opieki. Przy odpowiednio prowadzonych relacjach pomiędzy wszystkimi członkami, działanie zespołu terapeutycznego pozwala na szybszą diagnozę i prognozuje lepsze wyniki leczenia [5].

1.1 Powody i konsekwencje złego funkcjonowania zespołu terapeutycznego

Warunkiem wymaganym do uzyskania skutecznej współpracy w zespole terapeutycznym jest prawidłowa komunikacja [6]. Członkowie zespołu wspólnie podejmują decyzje dotyczące taktyki postępowania w opiece nad pacjentem [7]. Sytuacją zaburzającą komunikację w zespole jest często



Studentki położnictwa prowadzą warsztaty nt. porodu fizjologicznego dla studentów wydziału lekarskiego – Koło Naukowe Zakładu Dydaktyki Ginekologiczno – Położniczej (autor A. Dowgiałło)



Prezentacja kierunku położnictwo na Pikniku Naukowym (autor G. Bączek)

występujące hierarchizowanie jego członków [8]. Dotyczy to szczególnie braku stosunków partnerskich pomiędzy lekarzem a pozostałymi współpracownikami [6, 8]. Przyczynę takiej sytuacji może stanowić stereotypowe postrzeganie osób pracujących w zawodach medycznych. W toku nauczania studenci, posiadający już wyrobione zdanie, zazwyczaj nie weryfikują swoich poglądów, wręcz przeciwnie – stereotypy zostają ugruntowywane. Dlatego też konieczne wydaje się uwzględnienie w programie kształcenia zagadnień związanych z prawidłową współpracą w zespole interdyscyplinarnym oraz kształtowanie relacji na poziomie partnerstwa pomiędzy jego członkami podczas zajęć praktycznych [6].

Przeszkodą dla współpracy w zespole terapeutycznym stanowią również negatywne relacje pomiędzy lekarzem a pielęgniarką. Brak wzajemnej akceptacji oraz zrozumienia wśród przedstawicieli tych zawodów wynika z występujących różnic w możliwościach działania, wykształceniu, zarobkach, stanie społecznym a nawet różnicach płci. Przyzwalanie pielęgniarek na lekceważące traktowanie oraz niechętna postawa lekarzy wobec kwestionowania podjętej przez nich decyzji nie wpływa pozytywnie na pracę zespołową. Stosunkowo często pojawiającą się blokadą jest również występowanie w środowisku lekarskim stereotypu przedstawiającego pielęgniarkę oddziałową jako całkowicie podporządkowaną lekarzom [8]. Należy jednak pamiętać, iż współpraca na zasadzie partnerstwa stanowi o optymalnym objęciu opieką pacjenta,

gdyż każdy z członków zespołu pełni indywidualną funkcję, wspólnie się uzupełniając [7, 8].

2. Kompetencje zawodu położnej

2.1 Wytyczne dyrektywy Unii Europejskiej oraz Ustawy o Zawodzie Pielęgniarki i Położnej

Kompetencje położnej ściśle regulowane są przez „Ustawę o zawodzie pielęgniarki i położnej” oraz dyrektywę Unii Europejskiej. Według powyższych, zawód położnej jest zawodem samodzielnym. Używanie samodzielności możliwe jest dzięki wysokiemu poziomowi procesu kształcenia, w trakcie którego student zdobywa zarówno szeroką wiedzę teoretyczną, jak i doświadczenie oraz umiejętności wymagane do sprawowania opieki nad noworodkiem oraz kobietą w każdym momencie jej życia. Na szczególne podkreślenie zasługuje pkt 7 z art. 7 „Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej”, według którego student w trakcie praktyk zawodowych powinien stać się członkiem zespołu terapeutycznego. Dzięki temu uczy się on współpracy w zespole interdyscyplinarnym, planowania i realizowania opieki zdrowotnej wobec osób zdrowych i chorych [9, 10].

Według ustawy do obowiązków położnej pracującej zawodowo należy wykonywanie zleceń lekarskich. Jednak jako osoba samodzielna, a także jako członek zespołu terapeutycznego, położna ma prawo uzyskania informacji od lekarza zlecającego podania zasadności wykonania danej czynności. Komunikacja w zespole możliwa jest także dzięki prawu

położnej do uzyskania informacji o aktualnym stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, planowanych działaniach czy też przewidywanych następstwach tych działań – w zakresie wymaganym do prawidłowego udzielania świadczeń zdrowotnych [9].

Rola położnej nie ogranicza się jedynie do wykonywania zleceń. Dzięki ustawie ma ona możliwość wykonywania szeregu działań niezbędnych do prowadzenia samodzielnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a są to między innymi, cytując:

- „Prowadzenie działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa”;
- „Rozpoznawanie ciąży i sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej oraz przeprowadzanie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej”;
- „Kierowanie na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka”;
- „Prowadzenie porodu fizjologicznego oraz monitorowanie płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej”;
- „Przyjmowanie porodu siłami natury wraz z nacięciem i szyciem naciętego krocza”;
- „Badanie noworodków i opiekę nad nimi”;
- „Samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych”;
- „Profilaktykę chorób kobiecych i patologii położniczych” [9].

Poza realizacją zawodową w kontakcie z pacjentem, położna ma możliwość rozwoju naukowego w postaci nauczania zawodu położnej, prowadzenia prac naukowych, badawczych z dziedziny położnictwa, kierowania pracą zawodową pielęgniarek i położnych oraz w pracy na stanowisku położnej w żłobku czy klubie dziecięcym. Jak więc widać, regulacje prawne dotyczące zawodu położnej pozwalają jej na samodzielność, samorealizację w kraju, jak i za granicą oraz pozostanie pełnoprawnym członkiem zespołu terapeutycznego [9, 10].

2.2 Położnictwo położnych (midwifery) a położnictwo położników (obstetrics).

W języku polskim zawód wykonywany zarówno przez położną, jak i lekarza położnika ma tę samą nazwę – położnictwo. Jest to mylące o tyle, że zakres działań i sposoby pracy charakterystyczne dla obu tych profesji są, z założenia, odmienne. Język angielski jest pod tym względem bardziej precyzyjny, gdyż istnieje w nim rozróżnienie na „midwifery” i „obstetrics”. Midwifery – pochodzące od

słowa „midwife” – położna, odnosi się do pracy położnej. Słowo „midwife” zaś składa się ze słów „mid” oznaczającego „z” i „wife”, czyli „kobieta”, oznacza więc osobę towarzyszącą kobiecie. Określenie „obstetrics” pochodzące od łacińskiego czasownika „obstare” oznaczającego „stać przy”, „być w gotowości” odnosi się do specjalności lekarskiej zajmującej się zagadnieniami związanym z patologią ciąży, porodu i połogu.

Położna jest osobą, której zadaniem powinno być wspieranie kobiety, w szczególności pomoc w sytuacji fizjologicznej ciąży, porodu i połogu. Powołaniem zaś lekarza jest wykrywanie i leczenie patologii. Sensowne jest więc spostrzeżenie, że obszar kompetencji obu tych zawodów jest różny – położna jest właściwą osobą, by otoczyć kobietę i jej dziecko opieką, wsparciem i fachową radą, a lekarz położnik powinien wkroczyć do akcji, gdy zaistnieje stan patologiczny lub pojawi się realne zagrożenie takim stanem. Optymalne byłoby więc dla kobiet rozdzielenie zakresu kompetencji położnych i lekarzy, przy jednoczesnej ścisłej ich współpracy [11].

3. Kształcenie w kierunku relacji w zespole terapeutycznym na kierunku lekarskim WUM.

Zdolność nawiązywania relacji z drugim człowiekiem jest wyzwaniem dla każdego lekarza, jeśli akceptuje on opinię, że uprawianie medycyny to także przedsięwzięcie moralne [12]. Ważnym elementem w relacjach lekarza z pacjentem, jak i innymi ludźmi jest komunikacja interpersonalna [13]. Nieumiejętne relacje komunikacyjne, jak i ich brak powodują efekty jatrogenne. Najlepszą drogą nauczania relacji studentów w zespole jest czerpanie z doświadczeń praktycznych od starszych kolegów z grupy zawodowej [12].

Warszawski Uniwersytet Medyczny realizuje kształcenie w relacjach lekarza z innymi osobami w ramach różnych przedmiotów oraz na wielu etapach nauki.

Już na pierwszym roku kształcenia w ramach przedmiotu Socjologia Medycyny omawiane są kwestie relacji lekarz-pacjent, roli społecznej lekarza oraz uwarunkowań społecznych i kulturowych zawodu [14].

Problem nawiązywania prawidłowego kontaktu z chorym pojawia się ponownie podczas trzeciego roku studiów, w ramach przedmiotu Psychologia Lekarska, gdzie kładziony jest nacisk na kontakt słowny i emocjonalny oraz uwrażliwienie na błędy jatrogenne w tym zakresie [15].

Kolejny okres studiów nie tylko umacnia trenowane do tej pory relacje lekarz-pacjent w zakresie Etyki Lekarskiej, ale wprowadza przyszłych

lekarzy w funkcjonowanie zespołów terapeutycznych i relacji między jego członkami. W ramach Medycyny Rodzinnej studenci uczą się o kompetencjach pielęgniarki i położnej, co pozwala na sprawne funkcjonowanie zespołów interdyscyplinarnych w przyszłości [16].

Podczas nauki na ostatnim roku studiów w ramach przedmiotu Humanistyczne Podstawy Medycyny omówione są wszystkie najważniejsze kwestie dla prawidłowych relacji lekarza z innymi członkami zespołu:

- Lekarz a społeczeństwo;
- Właściwe relacje między lekarzami a administracją opieki zdrowotnej;
- Prawidłowe kontakty w obrębie zespołów medycznych;
- Kontakty emocjonalne między lekarzem a pacjentem;
- Właściwe relacje między lekarzami a firmami farmaceutycznymi.

Powtórzenie wszystkich istotnych kwestii podczas nauczania na ostatnim roku daje narzędzia i możliwości do budowania prawidłowych relacji w zespołach interdyscyplinarnych [17].

4. Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród studentów V i VI roku kierunku lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Przebadano 50 osób, w tym 30 studentów V oraz 20 studentów VI roku oraz 27 kobiet i 23 mężczyzn.

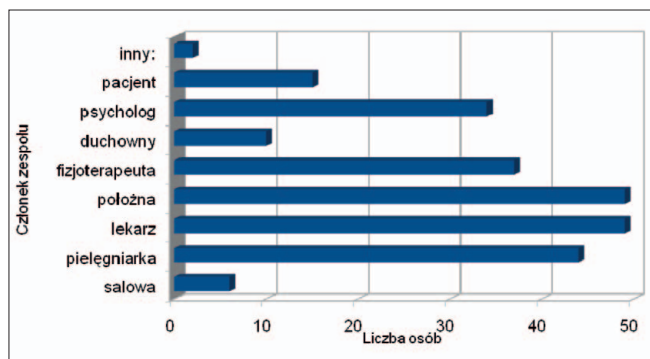
Badania przeprowadzone zostały za pomocą samodzielnie skonstruowanej ankiety liczącej 8 pytań o charakterze pytań zamkniętych jednokrotnego bądź wielokrotnego wyboru, przy czym 3 pytania miały charakter pytań półotwartych, a 3 przedstawione zostały w postaci tabeli. Badania prowadzone były w terminie od stycznia do czerwca 2011 roku. Ankieta miała charakter anonimowy, a udział w niej był dobrowolny.

5. Wyniki

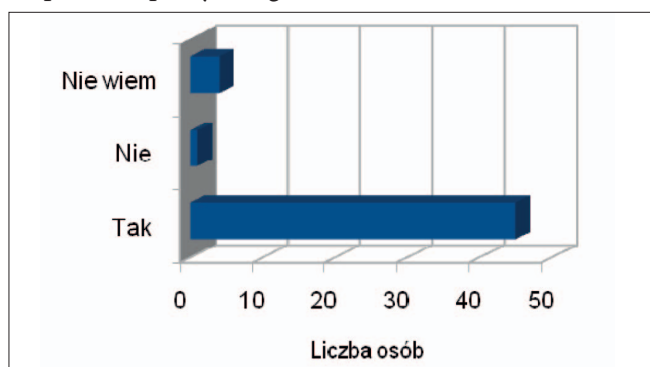
Pierwsze pytanie ankiety wymagało od studentów określenia, kto wchodzi w skład zespołu terapeutycznego. Ankietowani jednoznacznie stwierdzili, iż członkami zespołu są lekarz oraz położna. Większość z nich wymieniła również pielęgniarkę, fizjoterapeutę oraz psychologa. Niewielu zaś wskazało, iż członkiem zespołu jest pacjent (15 osób) czy duchowny (10 osób). Szczegóły ilustruje Rycina 1.

Kolejne pytanie odnosiło się do zasadności istnienia zespołu terapeutycznego oraz znajomości

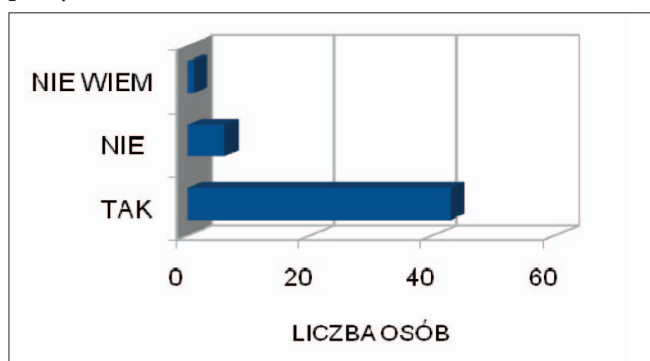
Ryc. 1. Opinia studentów na temat składu zespołu terapeutycznego.



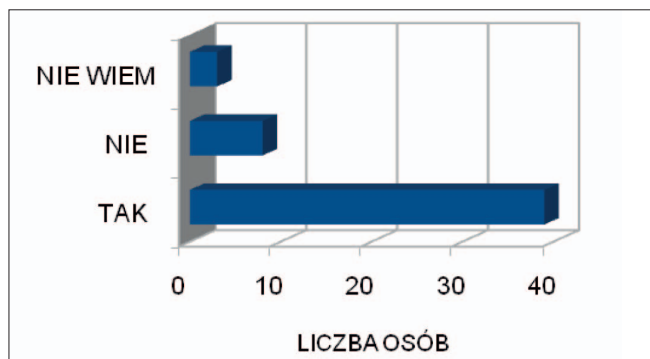
Ryc. 2. Zdanie studentów na temat potrzeby istnienia zespołu terapeutycznego.



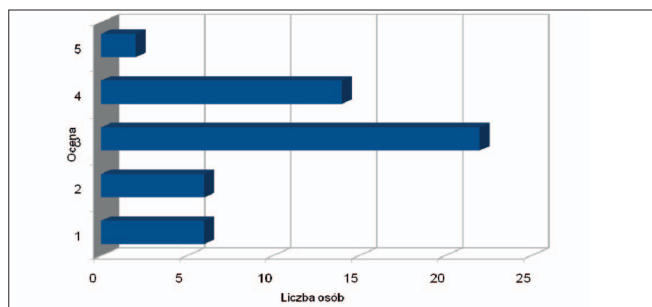
Ryc. 3. Zdanie respondentów na temat wpływu nieznamomości kompetencji współpracowników na zaburzenia pracy na oddziale.



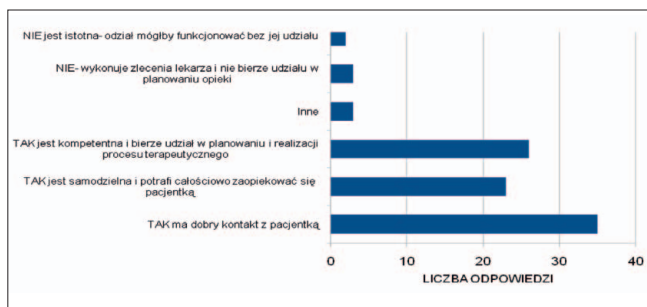
Ryc. 4. Opinia ankietowanych odnośnie negatywnego wpływu wkraczania w kompetencje innych osób pracujących w oddziale na jakość pracy.



Ryc. 5. Samoocena stopnia posiadanej przez ankietowanych wiedzy o kompetencjach położnej.



Ryc. 6. Opinia studentów wobec znaczenia roli pełnionej przez położną w zespole terapeutycznym.



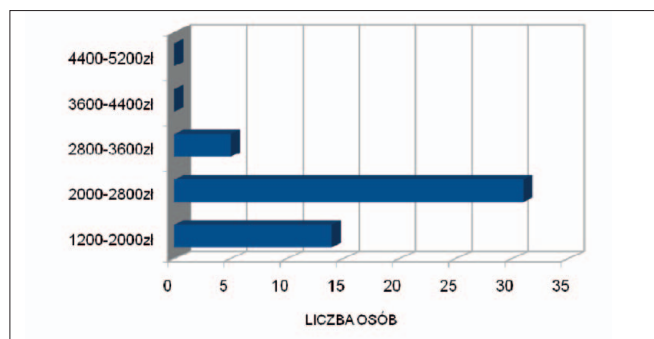
Tab. I. Znajomość kompetencji położnej wśród studentów kierunku lekarskiego.

Wykonywanie zawodu położnej polega na:	TAK	NIE	NIE WIEM
Rozpoznawaniu ciąży.	8	40	2
Sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej.	32	16	2
Prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej.	26	24	0
Kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka.	14	34	2
Prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej.	42	6	1
Przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza.	45	5	2
W przypadkach nagłych przyjęcie także porodu z położenia miednicowego.	37	8	4
Podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w przypadku potrzeby ręcznego zbadania macicy.	43	4	3
Sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego.	39	10	1
Badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w przypadku potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji.	24	25	1
Realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.	41	7	2
Samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.	24	16	10
Profilaktyce chorób kobiecych i patologii położniczych.	40	10	0
Rozpoznawaniu u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza.	45	5	0
Sprawowaniu opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą.	28	18	4
Prowadzeniu działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie: przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa.	38	6	6
Prowadzeniu działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie: przygotowywania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia.	44	2	4

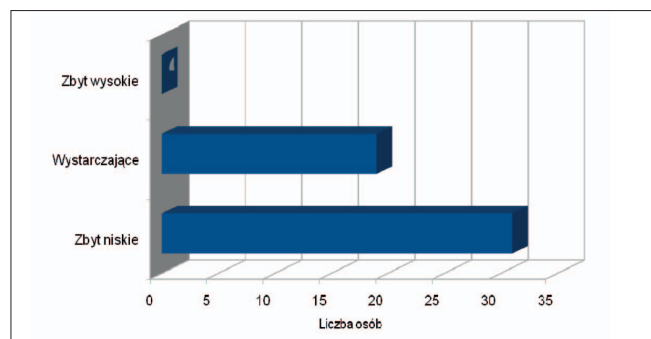
kompetencji jego członków. 45 osób uznało, iż funkcjonowanie zespołu interdyscyplinarnego jest konieczne (Ryc. 2). Wszyscy studenci zgodnie uznali, iż znajomość kompetencji współpracowników jest niezbędna w pracy zawodowej, 43 osoby wyraziły także zdanie, że nieposiadanie takiej wiedzy może w jakikolwiek sposób zaburzyć pracę w oddziale (Ryc. 3). Negatywny wpływ na jakość pracy w opinii 39 osób może mieć także wkraczanie w kompetencję współpracowników (Ryc. 4).

W znacznej mierze studenci określali własną znajomość kompetencji położnej na poziomie dobrym bądź średnim (36 osób). Szczegółowe dane przedstawiono na Rycinie 5. Jednocześnie zdecydowana większość ankietowanych wyraziła opinię, iż położna pełni istotną rolę w zespole terapeutycznym, gdyż posiada dobry kontakt z pacjentką, jest osobą kompetentną oraz bierze udział w planowaniu i realizacji procesu terapeutycznego. Niewiele osób uznało położną jako zbędnego członka zespołu (Ryc. 6).

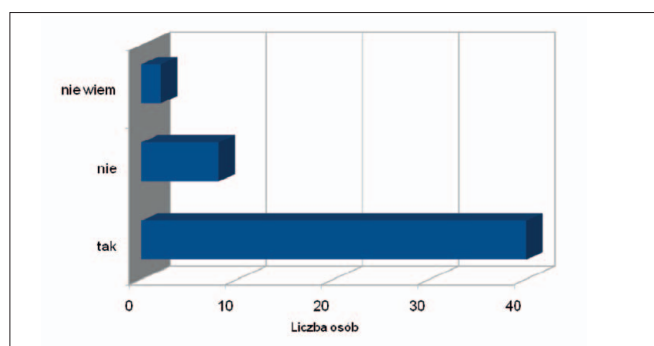
Ryc. 7. Szacowana przez ankietowanych miesięczna pensja (netto) położnej.



Ryc. 8. Zdanie respondentów na temat poziomu wynagrodzenia położnych.



Ryc. 9. Opinia studentów na temat istnienia wpływu pomiędzy wysokością zarobków a zaangażowaniem położnej w pracy w zespole terapeutycznym.



W kolejnym pytaniu zbadano wiedzę studentów na temat kompetencji położnej. Wyszczególniono w tym celu 17 punktów zawartych w „Ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej”, stawiając przed ankietowanymi zadanie określenia, które z wymienionych czynności mogą być wykonywane przez położną. Szczegóły przedstawia Tabela I.

Studenci w zdecydowanej większości wyrazili opinię, iż do kompetencji położnej należy prowadzenie fizjologicznego porodu oraz porodu drogami natury z ewentualnym nacięciem kroczu. Uznali także prawo położnej do prowadzenia profilaktyki chorób kobiecych, edukacji zdrowotnej w zakresie przygotowywania do rodzicielstwa i porodu, a także rozpoznawanie objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza. Ankietowani wyrazili również zdanie, iż do zadań położnej należy realizacja zleceń lekarskich czy podejmowanie działań w nagłych sytuacjach – do czasu przybycia lekarza.

W opinii badanych studentów do zadań położnej nie należy rozpoznawanie ciąży (40 osób) czy kierowanie na badania niezbędne do wczesnego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka (34 osoby). Ankietowani nie wykazali natomiast pewności, co do możliwości prowadzenia badań koniecznych do monitorowania ciąży fizjologicznej przez położną. Nie wiedzieli także, czy do jej kompetencji należy

badanie i opieka nad noworodkami oraz podejmowanie niezbędnych działań – w tym reanimacji – w razie konieczności (Tab. 1).

Kolejny badany element stanowiła opinia o używanych przez położną miesięcznych zarobkach i ich wpływie na jej pracę. Większość studentów (31 osób) wyraziła zdanie, iż pensja położnej wynosi 2000-2800 zł, z kolei 14 osób określiło ją jako niższą, zaznaczając przedział 1200-2000 zł (Ryc. 7). Jednocześnie ankietowani uznali (31 osób), że wynagrodzenie to jest zbyt niskie (Ryc. 8) i może wpłynąć na zaangażowanie położnej w pracy w zespole interdyscyplinarnym (Ryc. 9).

Badani studenci określali również, jakie cechy charakteryzują położną. Większość z nich twierdziła, iż jest ona osobą postępującą zgodnie z zasadami etyki, szanując prawa pacjenta, posiadając i wykorzystując w praktyce aktualną wiedzę medyczną oraz wykonując zawód z należytą starannością. Położna nie była uważana przez ankietowanych jako osoba zagrażająca zawodowi lekarza położnika i ginekologa, mimo iż nie uważano, by wykonywała jedynie zlecenia lekarskie. Jednakże studenci nie określili jednoznacznie zawodu położnej jako samodzielnego, nie wiedzieli także, czy może ona prowadzić praktykę medyczną indywidualnie. Szczegółowe wyniki przedstawiono w Tabeli II.

DYSKUSJA

W dostępnej literaturze medycznej nie odnaleziono publikacji dotyczących wiedzy i opinii studentów kierunku lekarskiego na temat kompetencji położnej, jako członka zespołu terapeutycznego. Dostępnych jest jednak wiele artykułów dotyczących funkcjonowania zespołu terapeutycznego i roli pielęgniarki.

Badaniami przeprowadzonymi przez Babską i wsp., dotyczącymi współpracy w zespole terapeutycznym, zostały objęte 82 pielęgniarki pracujące w Stacjach Dializ województwa łódzkiego. Ponad

Tab. II. Położna w opinii studentów kierunku lekarskiego WUM.

	TAK	NIE	NIE WIEM
Wykonuje zawód z należytą starannością.	33	4	13
Wykonuje zawód zgodnie z zasadami etyki zawodowej.	44	0	6
Wykonuje zawód z poszanowaniem praw pacjenta.	40	0	10
Posiada i wykorzystuje aktualną wiedzę medyczną.	34	3	13
Może prowadzić indywidualną praktykę medyczną.	26	16	8
Może stanowić konkurencję/zagrożenie dla zawodu lekarza położnika i ginekologa.	9	39	2
Wykonuje jedynie zlecenia lekarza.	8	39	3
Nie jest zawodem samodzielnym.	17	28	5

30% ankietowanych stwierdziło brak obecności zespołu terapeutycznego w opiece nad pacjentem. Zapytane, kto wchodzi w skład zespołu interdyscyplinarnego w oddziale, badane panie uznały w 97,5% (77 pań) za niezbędną obecność lekarza i pielęgniarki w zespole, 37 pań (46,8%) wskazało, że jest tam także dietetyk, 27 pań (34,2%) określiło, że w zespole interdyscyplinarnym jest pracownik socjalny, natomiast 12 (15,2%), że jest tam psycholog [4].

Taką opinię podzielają ankietowani z badań własnych, gdyż uważają w 100%, że członkami zespołu są lekarz oraz położna. Większość z nich wymieniła również pielęgniarkę (84%), fizjoterapeutę (66%) oraz psychologa (64%). Niewielu zaś wskazało, iż członkiem zespołu jest pacjent (30%) czy duchowny (20%).

Kolejnym poruszonym przez Babską i wsp. zagadnieniem była relacja i wzajemna współpraca pielęgniarki i lekarza. Jak określa autorka działania zespołu cechuje podejmowanie własnej inicjatywy i ponoszenie odpowiedzialności. Jednak ponad 30% badanych pielęgniarek uznawało, że, wyrażając swoje zdanie i pomysły na realizację procesu opieki, nie miały wpływu na decyzję o leczeniu – zostały zignorowane przez lekarza [4].

W badaniach własnych w zakresie wiedzy nt. kompetencji położnych jedynie 48% badanych studentów przyznało położnym prawo do samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, a 16% zgodziło się z możliwością rozpoznawania ciąży przez położną. Ponadto 34% badanych studentów uznało, że położna nie jest zawodem samodzielnym, a 16% ankietowanych uznało, że wykonuje jedynie zlecenia lekarskie [9].

W pracy Babskiej i wsp. zwrócono również uwagę na rolę pielęgniarki w zespole. Oczekuje się od niej wiarygodnej informacji i profesjonalizmu ze względu na jej stały i dobry kontakt z chorym [4].

W badaniach własnych studenci kierunku lekarskiego zapytani o rolę położnej, w zdecydowanej większości wyrazili opinię, iż położna pełni istotną rolę w zespole terapeutycznym, gdyż posiada dobry kontakt z pacjentką (70%), jest osobą kompetentną oraz bierze udział w planowaniu i realizacji procesu terapeutycznego (52%).

Przedstawiony w badaniach własnych rozkład opinii jest zbliżony z badaniami Rybki i wsp., w których badani lekarze w 90% określili personel pielęgniarski jako wykwalifikowany i kompetentny, a jedynie 10% badanych określiła pielęgniarki jako zdolne jedynie do wykonywania zleceń lekarskich [18].

W badaniach dotyczących samodzielności pielęgniarek w zespole terapeutycznym przeprowadzonych przez Babską i wsp. określono wpływ czynników na małą samodzielność w opiece nad pacjentem w porównaniu do innych członków zespołu. Znaczącym ograniczeniem okazał się niedobór wiedzy u pielęgniarek, ponieważ 30% nie posiadało dostatecznej wiedzy, by zaopiekować się całościowo pacjentem, a 60% nie było dostatecznie przygotowanych merytorycznie do wykonywania pracy. Kolejnym czynnikiem była również opinia 42% respondentów, że pielęgniarki powinny jedynie częściowo pracować samodzielnie [19].

W badaniach własnych ankietowani odpowiadają w 68%, że położna posiada i wykorzystuje aktualną wiedzę medyczną. W 52% ankietowani wyrazili opinię, że położna może prowadzić indywidualną praktykę medyczną, a 56% uważa, że jest zawodem samodzielnym.

Według badań prowadzonych przez Gottlib i wsp. studenci kierunku lekarskiego uznają wyższość swojego zawodu nad pozostałymi zawodami medycznymi. Jednocześnie studenci reprezentujący kierunki związane z naukami o zdrowiu uznają zasadę partnerstwa w pracy zespołowej [6].

Badania własne przedstawiły, iż nie wszyscy ankietowani studenci kierunku lekarskiego

WUM uważają, że członek zespołu terapeutycznego, jakim jest położna, posiada wystarczające kompetencje pozwalające jej na samodzielne udzielanie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych w określonym zakresie (48%). Aż 80% z nich twierdzi, że położna nie posiada wystarczających kompetencji w zakresie rozpoznawania ciąży. 48% ankietowanych jest także zdania, iż prowadzenie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej w określonym zakresie nie leży w kompetencji położnej. Jedynie 56% studentów uważa, że położna może sprawować opiekę ginekologiczno-położniczą nad kobietą, także 68% jest zdania, że posiada aktualną wiedzę medyczną i wykorzystuje ją.

Badana przez Gottlib i wsp. grupa studentów wyraziła potrzebę znajomości kompetencji i umiejętności członków zespołu terapeutycznego (76%) jako czynnika najważniejszego dla prawidłowego funkcjonowania tego zespołu. Wymienili oni także, jako istotny czynnik, szacunek do pozostałych członków zespołu (68%) oraz możliwość wspólnej edukacji (59%) [6].

Według badań własnych studenci odczuwają potrzebę istnienia zespołu terapeutycznego (90%) oraz znajomości (100%) i niewkraczania w kompetencje pozostałych członków zespołu, gdyż może to zaburzyć jego prawidłowe funkcjonowanie (78%).

Prezentowane wyniki dowodzą, że studenci V i VI roku kierunku lekarskiego WUM nie posiadają wystarczającej wiedzy na temat kompetencji członka zespołu terapeutycznego, jakim jest położna. Jednakże wyrażają oni konieczność znajomości kompetencji członków zespołu medycznego. Jako że obecni studenci kierunku lekarskiego w przyszłości stanąć mogą przed zadaniem współpracy w zespole terapeutycznym, tok nauki powinien zwracać uwagę na wszelkie aspekty pracy zespołowej oraz zaznajomienie z kompetencjami pozostałych kierunków zawodów medycznych.

WNIOSKI

1. Wiedza przyszłych lekarzy na temat zespołu terapeutycznego i kompetencji zawodowych położnej jest niewystarczająca, mimo jednocześnie opinii wszystkich respondentów na temat potrzeby znajomości kompetencji współpracowników.
2. Większość respondentów widzi potrzebę istnienia zespołu terapeutycznego, co należy rozwijać w kierunku nabywania umiejętności pracy w zespole, zaczynając od współpracy między

studentami poszczególnych kierunków oraz od przykładu nauczycieli.

3. Niska świadomość członków zespołu terapeutycznego na temat kompetencji pozostałych może prowadzić do wzajemnego wkraczania w swoje kompetencje, a w konsekwencji do złego funkcjonowania zespołu i gorszej jakości wykonywanej pracy.

BIBLIOGRAFIA

1. Gottlib J. i wsp.: Zmiana postaw studentów fizjoterapii wobec współpracy w interdyscyplinarnym zespole medycznym. *Zdrowie Publiczne* 2010; 120(1): 69-75.
2. Kapała W.: Lekarze i pielęgniarki – w stronę aktywnego współdziałania. *Nowoczesne Pielęgniarstwo i Położnictwo* 2007; 1(1). Portal Pielęgniarek i Położnych – www.pielęgniarki.info.pl.
3. Jankowiak B., Bartoszewicz A.: Komunikowanie się w obrębie zespołu terapeutycznego. Red. Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W.: *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Wyd. CZELEJ, Lublin 2003, 117-125.
4. Babska K., Tkaczyk M., Nowicki M.: Współpraca w zespole terapeutycznym – podstawowa zasada profesjonalnej opieki nad chorym dializowanym otrzewnowo – założenia a rzeczywistość. *Pol Merk. Lek.* 2008, XXIV, Supl. 4, 12-14.
5. Bulsa M., Czaja-Bulsa G., Podolska M.: Współpraca zespołów terapeutycznych w onkologii, pediatrii i położnictwie. Red. Krajewska-Kułak E. i wsp.: *Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego*. Białystok 2005, 67-71.
6. Gottlib J. i wsp.: Współpraca interdyscyplinarna zespołu terapeutycznego – praca u podstaw czy Idee fixe? *Zdrowie Publiczne* 2011; 121(3): 288-294.
7. Boczuła M.: Rola zespołu terapeutycznego w podnoszeniu jakości życia pacjentów przewlekle chorych (hemodializowanych). Red. Krajewska-Kułak E. i wsp.: *Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego*. Białystok 2005, 115-120.
8. Kapała W.: Lekarze i pielęgniarki – w stronę aktywnego współdziałania. *Nowoczesne pielęgniarstwo i położnictwo. Czasopismo internetowe pielęgniarek i położnych*. 2007; 1(1).
9. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. 09.151.1217.
10. Dyrektywa 2005/36WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, Dz.U.UE.L.05.255.22.

11. Karzel K.: Położnictwo położnych a położnictwo położników – czy istnieją różnice? www.rozdzicpoludzkupl.pl, wejście dnia 5.11.201.
12. Szulc R.: Komunikacja lekarz – pacjent. Spojrzenie nauczyciela – klinicysty i pacjenta. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2010; 4: 99-110
13. Szulc R.: Zagrożenie relacji lekarz-pacjent we współczesnej praktyce medycznej. *Medycyna Praktyczna Chirurgia* 2010/01,51-56.
14. Przewodnik dydaktyczny dla studentów I roku WUM. <http://1wl.wum.edu.pl/dziekanat-1wl/przewodniki-dydaktyczne>.
15. Przewodnik dydaktyczny dla studentów III roku WUM. <http://1wl.wum.edu.pl/dziekanat-1wl/przewodniki-dydaktyczne>.
16. Przewodnik dydaktyczny dla studentów IV roku WUM. <http://1wl.wum.edu.pl/dziekanat-1wl/przewodniki-dydaktyczne>.
17. Przewodnik dydaktyczny dla studentów VI roku WUM. <http://1wl.wum.edu.pl/dziekanat-1wl/przewodniki-dydaktyczne>.
18. Rybka M., Mrozowski M.: Rola i zadania pielęgniarki ratunkowej w opinii lekarzy. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. Wyd. CZELEJ, Lublin 2005; nr 1(9); 49-54.
19. Babska K., Nowicki M., Tkaczyk M.: Samodzielność pielęgniarek w zespole terapeutycznym na przykładzie stacji dializ województwa łódzkiego, *Pol. Merk. Lek.* 2009; XXVI, 154, 306-310.

Obrony prac doktorskich

I Wydział Lekarski

1 marca 2012 roku

godz. 10³⁰

lek. Anna Dagmara Bareła-Malczewska *Ocena częstości występowania *Mycoplasma pneumoniae* w drogach oddechowych chorych ze stabilną astmą, za pomocą badania płwociny indukowanej z wykorzystaniem metody PCR*

promotor: prof. dr hab. Ryszarda Chazan
recenzenci: prof. dr hab. Danuta Dzierżanowska
prof. dr hab. Renata Jankowska

godz. 12⁰⁰

lek. Marek Mądrecki *Analiza czynników prognostycznych wpływających na wyniki leczenia chorych na raka jelita grubego w I Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku*

promotor: dr hab. Mariusz Frączek
recenzenci: prof. dr hab. Ireneusz W. Krasnodębski
prof. dr hab. Marek Maruszyński

godz. 13³⁰

lek. Tomasz Rusinowicz *Stratyfikacja ryzyka amputacji u pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej – algorytm dla lekarzy rodzinnych*

promotor: prof. dr hab. Waldemar Karnafel
recenzenci: prof. dr hab. Anna Czech
prof. dr hab. Bogna Wierusz-Wysocka

Obrony prac doktorskich

godz. 15⁰⁰

mgr inż. Anna Midak-Siewirska *Ocena aktywności przeciwwirusowej in vitro związków peptydowych izolowanych od stawonogów oraz syntetycznych pochodnych tych związków*

promotor: prof. dr hab. Mirosław Łuczak

recenzenci: prof. dr hab. Małgorzata Polz-Dacewicz
prof. dr hab. Andrzej Członkowski

19 marca 2012 roku

godz. 13⁰⁰

mgr Beata Kaźmierczak *Ekspresja transferazy S-glutationowej pi w chorobie neuronu ruchowego*

promotor: prof. dr hab. Anna Barańczyk-Kuźma

recenzenci: prof. dr hab. Ewa Birkner
dr hab. Marta Stryjecka-Zimmer
dr hab. Ewa Widy-Tyszkiewicz

29 marca 2012 roku

godz. 10³⁰

mgr Magdalena Sikora *Analiza zmienności fenotypowej i genotypowej grzybów izolowanych od chorych z żywieniem pozajelitowym w aspekcie odróżnienia kolonizacji od zakażenia*

promotor: prof. dr hab. Grażyna Młynarczyk

recenzenci: prof. dr hab. Zofia Zwolska
prof. dr hab. Robert Słotwiński

Prace doktorskie znajdują się do wglądu w Bibliotecę Główną Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przy ul. Oczki 1 w Warszawie.

II Wydział Lekarski

6 marca 2012 roku

godz. 11⁰⁰

Lek. Bartosz Fiderkiewicz *Dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego w odniesieniu do jakości życia u pacjentów przewlekle hemodializowanych i po transplantacji nerki*

promotor: prof. dr hab. Andrzej Rydzewski

recenzenci: prof. dr hab. Piotr Ciostek
prof. dr hab. Jacek Manitius

Z rozprawą można zapoznać się w Bibliotecę Główną Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przy ul. Oczki 1 w Warszawie.