

Rużyło, Edward

Sprawozdanie z działalności TNW : Sprawozdania z działalności Wydziałów TNW : Wydział V nauk lekarskich : Lekarz we współczesnym społeczeństwie [Streszczenie]

Rocznik Towarzystwa Naukowego Warszawskiego 48, 112-117

1985

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych oraz w kolekcji mazowieckich czasopism regionalnych mazowsze.hist.pl.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

ośrodka oddechowego. Przedstawił najnowsze informacje dotyczące organizacji i funkcji tego ośrodka, a ściślej tzw. oscylatora czynności oddechowej. Odczyt wywołał duże zainteresowanie i żywą dyskusję, w której udział brali zarówno teoretycy, jak klinicyści (streszczenia brak).

Dnia 21 lutego 1985 r. prof. dr Edward Rużyłło wygłosił odczyt pt. *Lekarz we współczesnym społeczeństwie*. Przedstawił w nim wiele istotnych zagadnień dotyczących miejsca i roli lekarza we współczesnym społeczeństwie. W zebraniu wzięli udział goście z innych Wydziałów. Rozwinęła się długa i interesująca dyskusja.

Dnia 21 marca 1985 r. — prof. dr Elżbieta Promińska: *Problemy współczesnej paleomedycyny* (streszczenia brak).

dnia 18 kwietnia 1985 r. — prof. dr Janusz Komender: *Przeszczepy biostatyczne. Podstawy teoretyczne i zastosowanie w klinice* (streszczenia brak).

dnia 20 czerwca 1985 r. — prof. dr Stanisław Pużyński: *Depresje jako interdyscyplinarny problem medyczny i społeczny* (streszczenia brak).

dnia 21 listopada 1985 r. — prof. dr Andrzej Danysz: *Czy kryzys farmakoterapii klasycznej?* (streszczenia brak).

STRESZCZENIE

Edward Rużyłło

LEKARZ WE WSPÓŁCZESNYM SPOŁECZEŃSTWIE

Ciągle zmieniające się biologiczne i społeczne warunki życia powodują, że tradycyjne kryteria, postawy lub opinie stają się nieaktualne. Proces ten dotyczy również, a może nawet przede wszystkim ludzkich chorób oraz sposobów i warunków ich leczenia. Przyczyną tego jest zarówno wspaniały rozwój nauk medycznych, jak i zmieniające się życie społeczne i jego uwarunkowania.

Tradycyjna pozycja zawodowa i społeczna lekarza ulega zmianie. Lekarz był bezapelacyjnym opiekunem i doradcą chorego. Powszechny szacunek otaczający lekarza powodował, że w wielu krajach był on autorytetem społecznym, a opinie jego było oficjalnie akceptowane również w zagadnieniach nielekarskich.

Był to również okres, w którym badania podmiotowe i przedmiotowe wyczerpywało zasób przesłanek diagnostycznych, a uroczyste oglądanie moczu było jedynym badaniem dodatkowym, a więc okres, w którym wszystko było zawarte w jednoosobowej działalności lekarza.

W miarę rozwoju wiedzy medycznej zachodziła potrzeba korzystania z pośrednictwa fizycznego, a w dalszym okresie z pośrednictwa interpretacyjnego. Były to pierwsze objawy dezintegracji działalności lekarza.

Przyczyną tej dezintegracji medycyny praktycznej był nie tylko ol-

brzymi rozwój nauki i aparatury, ale również i zmieniający się system opieki zdrowotnej.

Dominowanie metod administracyjnych w działalności lekarskiej i zagubienie tradycyjnych lekarskich cech działania narusza bowiem relacje lekarza ze społeczeństwem.

Złożoność systemu organizacyjnego i jego wieloogniskowość powoduje, że chory ma trudność w zlokalizowaniu swojego tradycyjnego zaufania i szacunku na ręce jednego lekarza.

Chyba można przyjąć, że współczesne społeczeństwo jeszcze nie obdarza całego systemu ochrony zdrowia takim szacunkiem i zaufaniem, jak dawniej obdarzano indywidualnych lekarzy, w pojedynkę prowadzących leczenie chorego. W interesie zarówno społeczeństwa, jak i lekarzy jest, aby cały system ochrony zdrowia cieszył się szacunkiem i autorytetem. Osiągnąć to można poprzez jego sprawność organizacyjną, materialną i funkcjonalną.

Postęp medycyny spowodował, że stała się ona przedmiotem ogólnego zainteresowania. Jest tematem modnym. Mówi się i pisze dużo o medycynie. Ludzie są zafascynowani jej postęпами. To co dzisiaj osiąga się w leczeniu człowieka, usprawnianiu jego narządów, tkanek, przywracaniu mu zdolności do życia, jest rzeczywiście nadzwyczajne. Wydaje się jednak, że osiągnięcia medycyny powodują, że ludzie coraz mniej zdają sobie sprawę, że wiele zależy od nich samych i że wiele zależy od warunków i sposobu życia, jakie prowadzą. A ponieważ najważniejszą i najskuteczniejszą osobą leczącą jest sam pacjent, zaczyna to być niepokojące.

Medycyna jest nauką stosowaną, stąd nie wszystkie osiągnięcia nauk teoretycznych mogą być natychmiast wykorzystywane w medycynie praktycznej. Wymaga to czasu i szeregu doświadczeń laboratoryjnych, zanim osiągnięcia nauki teoretycznej będą mogły być wprowadzone do użytku leczniczego. Powstaje w ten sposób wyraźna luka czasowa pomiędzy nauką teoretyczną a nauką stosowaną.

Sytuację w tym zakresie pogarsza fakt, że często pojeci poruszają sprawę nowości naukowych znanych im tylko powierzchownie i fragmentarycznie i to w czasie porad lekarskich, a więc w czasie pracy lekarza. Odpowiedzialna praca lekarza wymaga skupienia, lekarz w czasie tej pracy jest pod presją wymogów czasu, okoliczności te nie stwarzają warunków do odpowiedzi na niejasne i często trudne pytania. Z konieczności więc lekarz uchyla się od odpowiedzi lub daje odpowiedź zdawkową. To często nieprawidłowe pytanie powoduje więc czasem nieprawidłową odpowiedź. W efekcie pochopnie ocenia się negatywnie poziom wiedzy tego lekarza.

Odrębną przyczyną negatywnych ocen wiedzy lekarzy jest ich specjalizacja. Zawęża to sferę ich zainteresowań naukowych i w efekcie ogranicza zasięg ogólnej wiedzy medycznej. W rozmowach z pacjentami

nie do uniknięcia są pytania dotyczące innych układów czy narządów człowieka, zwłaszcza że zawsze w jakiś sposób pozostałe narządy związane są ze stanem chorobowym narządu leczonego przez specjalistę. Odpowiedzi niepełne lub ogólnikowe dziwią, a może w wielu przypadkach niepokoją pytającego chorego. Zmniejsza to zaufanie do lekarza specjalisty i wywołuje podniecie, aby zwrócić się do innego lekarza, który jest specjalistą w interesującej chorego dziedzinie. Niektórzy chorzy w tych warunkach wprost wyrażają chęć oddania się pod opiekę lekarza, który nie jest specjalistą, ale za to rozpoznaje i leczy wszystkie choroby, które chory może mieć.

Dla uniknięcia takich dwuznacznych sytuacji lekarz specjalista często sam oświadcza pacjentowi, że znając się dobrze na patologii jednego układu czy narządu nie ma tej znajomości w zakresie patologii innych narządów. To pozornie „uczciwe” stwierdzenie wywołuje u chorego leczonego takie same skutki, jak wyżej opisane. Chory zdaje sobie sprawę, że jego chory układ czy narząd jest pod opieką lekarską, lecz nie jest pod opieką lekarską sam pacjent jako człowiek.

Do czynników pozamedycznych, mających wpływ na formowanie pozycji lekarza we współczesnym społeczeństwie, należą praca i środki masowego przekazu oraz przemysł. Rola prasy przy tym ma na to wpływ pośredni tylko, podczas gdy przemysł farmaceutyczny i handel lekami ma wpływ już bezpośredni.

Działalność prasy, radia, telewizji oraz produkcja filmowa inspirowana jest między innymi również przez wielki postęp nauk medycznych i w wyniku tego powstają różne relacje osiągnięć naukowych. Na bazie tych osiągnięć tworzy się fikcje literackie oraz opowieści fantastyczne, powstają sytuacje dobroczynne i kryminalne. Osiągnięcia nauki pobudzają wyobraźnię ludzi dobrych i złych, ludzi mądrych i odpowiedzialnych i ludzi o niskich pobudkach moralnych i społecznych. Cała ta równorodność oddziaływania na fascynujące wyniki badań naukowych nie jest bez znaczenia dla świadomości społecznej i ma wpływ na ocenę działalności lekarzy i zakładów leczniczych. Zrozumiałą jest również rzeczą, że zagadnienia te stają się przedmiotem rozmów towarzyskich, podczas których różni ludzie wypowiadają się często kategorycznie i wyciągają wnioski bardzo uproszczone. Cała ta świadomość o wiedzy medycznej ma charakter wycinkowy i powierzchowny. Istnieją oczywiście osoby poważnie interesujące się jakimś zagadnieniem i dążące do jej pogłębienia i wyjaśnienia. Sądzę, że część takich osób sięga do źródeł naukowych. Większa jednak część z nich poszukuje rozwiązań w rozmowach towarzyskich, a również przy każdej nadarzającej się okazji kontaktu z lekarzem. Jest zmorą współczesną zjawisko, że lekarz zarówno w pracy, jak i w warunkach towarzyskich nagabywany jest o wiadomości naukowe z zakresu medycyny lub nauk pokrewnych. Jest to wielka i trud-

na próba prestiżowa dla każdego lekarza. Nie muszą zwracać uwagi na dwa fakty, z którymi wówczas może się mieć do czynienia.

Pierwsze, że rozmówca laicki nie rozumie istoty rzeczy, o której chce rozmawiać, albo że nie mając odpowiedniego przygotowania nieczęsto jest w stanie zrozumieć podawane objaśnienia.

Po drugie, że nie każdy lekarz może odpowiedzieć zadowalająco na postawione pytanie z dziedziny, często mało związanej z medycyną stosowaną, lub że nie ma czasu podczas swojej pracy, aby takiego wyjaśnienia udzielać. W obu przypadkach pytający jest zwykle niezadowolony i uważa, że lekarz ma brak w swojej wiedzy medycznej. Jak bardzo takie stanowisko jest niesłuszne, nie muszą wyjaśniać. Natomiast nie możemy sobie nie zdawać sprawy z tego, że przeważnie cierpi na tym prestiż lekarza. Dlatego zarówno w warunkach towarzyskich, a zwłaszcza w czasie pracy lekarskiej trzeba umiejętnie, ale stanowczo uchylać się od takich rozmów. Podejmować takie rozmowy tylko wówczas, jeżeli lekarz jest w stanie dać pełnowartościową odpowiedź.

Specjalny rodzaj trudności powstaje wówczas, gdy zagadnienia naukowe z zakresu medycyny poruszane jest przez niektórych dziennikarzy. Wielu dziennikarzy nie zadaje sobie trudu dokładnego poznania problemu medycznego poruszanego przez nich w prasie i wiadomościom takim nadają charakter sensacji. Bulwersuje to opinię społeczną i prowokuje do dalszych wyjaśnień. Niepokój w ten sposób wywołany zawsze ociera się o lekarzy, którzy w warunkach wyżej opisanych muszą, w miarę taktownie, sprawy takie wyjaśniać. Nie zawsze to jest możliwe bądź ze względu na naukowo niezrozumiałą wiadomość lub też ze względu na emocje, jaką wiadomość ta wywołała. Współczesne społeczeństwo, żyjące w coraz większym napięciu psychicznym, powinno być oszczędzane i dlatego wiadomości związane z chorobami i ich leczeniem powinny być ogłaszane z wielkim poczuciem odpowiedzialności społecznej za skutki przez nie wywołane.

Innym problemem współczesnego społeczeństwa w jego relacjach z lekarzami jest działalność przemysłu farmaceutycznego i jego akcje reklamowe.

W ślad za osiągnięciami naukowymi biochemii wspaniale rozwinęła się chemia przemysłowa, która w produkcji leków osiągnęła doskonałe wyniki merytoryczne i handlowe. Wiele z tych nowych leków otworzyło nowy rozdział w leczeniu niektórych chorób i są błogosławieństwem dla chorych.

Wyniki handlowe takich sukcesów powodowały rozrastanie się zakładów produkujących leki i znaczne zwiększanie się ich liczby. Osiągnięty potężny potencjał wytwórczy zakłady te produkowały leki konkurencyjne, nadając im odmienne nazwy. Mnogość produkcji i jej różnorodność pobudziła handel, który rozpoczął intensywną akcję rekla-

mującą poszczególne leki. W wyniku tego zarówno lekarze, jak i społeczeństwo otrzymują liczne informacje o lekach. W informacjach tych podaje się charakter leku oraz wskazania do jego stosowania. Rozprzeczanie nowych leków wśród chorych spowodowało zainteresowanie nimi pomiędzy członkami rodzin chorych i wśród ich znajomych. Pacjenci zaczęli dowiadywać się o wskazania co do stosowania tych leków z opakowania leku lub z ulotki informacyjnej, które każde opakowanie leku posiada. Rozmowy pomiędzy chorymi i inne źródła informacji o leku powodowały, że chorzy wyrabiają sobie pogląd co do przydatności określonego leku w leczeniu ich dolegliwości. W ten sposób pacjenci zaczęli wykazywać inicjatywę co do leczenia się określonym lekiem. Niektórzy opierając się na opisach fabrycznych leku zaczęli go sami przyjmować, inni zaczęli domagać się od swoich lekarzy, aby im ten lek zapisał. Powstał poważny problem w procesie leczenia chorego. Chory nie znając farmakodynamiki leku, nie mając zrozumienia dla wielkości jego dawek ani skutków kojarzenia różnych leków ze sobą, ani też dynamiki swoich zmian chorobowych nalegali na zapisywanie im leku, który pomógł komuś w rodzinie lub wśród ich znajomych. Z tych samych powodów chorzy wymieniają między sobą opinie o lekach i utwierdzają się w przekonaniu co do ich przydatności. Wobec mnogości leków identycznych, ale o różnej nazwie, bądź leków zbliżonych do siebie chemicznie, ale różniących się cechami farmakodynamicznymi, lekarz często jest zaskakiwany przez chorego nazwą leku i jego działaniem leczniczym. U niektórych chorych wywołuje to przekonanie, że lekarz nie jest w pełni przygotowany. Duża liczba leków różnego pochodzenia dostępna na naszym rynku stwarza wielkie trudności lekarzom, a w opinii wielu osób tracą oni niesłusznie na prestiżu zawodowym, gdyż często nie znają leku zagranicznego, o którym mówi pacjent, a magia leku „zagranicznego” ciągle u nas odgrywa dużą rolę.

Ważnym problemem współczesnego społeczeństwa jest zagrożenie jego kondycji biologicznej. Człowieka trzeba widzieć jako jednostkę biologiczną, która w określonych warunkach żyje i działa. Trzeba sobie również zdawać sprawę z tego, że człowiek jest częścią biocenozy, czyli że współżyje z florą i fauną żyjącą w określonym środowisku, w którym stosunki ilościowe utrzymują się ciągle na tym samym poziomie. Sytuacja ta jest wyrazem jakiejś generalnej, nadrzędnej, niekontrolowanej, a jednak dość precyzyjnie realizowanej zasady współżycia biologicznego.

Ta zależność człowieka od warunków, w których żyje, była obserwowana bardzo dawno. Dzisiaj sytuacja pod tym względem jest znacznie gorsza. Społeczeństwo współczesne podlega bowiem systematycznemu zatruciu wewnętrznemu i zewnętrznemu. Stan biologiczny wody i powietrza stale pogarsza się o ilość przyjmowanych przez człowieka związków chemicznych związanych z uprawą roli, hodowlą, konserwacją żywności i leczeniem farmakologicznym. Jeśli dodamy do tego organopre-

paraty stosowane coraz powszechniej przez całe lata w działalności anty-koncepcyjnej, to możemy sobie wyobrazić, że w pokoleniowym wymiarze czasu prowadzić to musi do degeneracji genetycznej.

Lekarze również powinni w sposób systematyczny informować społeczeństwo o groźbie postępującej degeneracji metabolicznej, nowotworowej i psychicznej. Lekarze współcześni powinni piętnować i aktywnie zwalczać nałogi szkodliwe dla zdrowia.

Lekarze wreszcie, a nie dziennikarze, powinni informować społeczeństwo o zdobyczach nauk medycznych i prowadzić ogólnokrajowe szkolenie, jak współczesne społeczeństwo powinno żyć i jak powinno leczyć się w istniejącym systemie ochrony zdrowia.

Wydział VI nauk technicznych

Przewodniczący: Bogumił Staniszewski

Sekretarz: Jerzy Osiewski

Składający niniejsze sprawozdanie: przewodniczący i sekretarz Wydziału VI TNW zostali wybrani do pełnienia swych funkcji w dniu 26 października 1982 r. na kadencję trzyletnią. Decyzją Zarządu TNW kadencja ta, podobnie jak i kadencje innych organów Towarzystwa, została przedłużona do końca pierwszego kwartału bieżącego roku. Sprawozdanie to obejmuje zatem okres od października 1982 r. do marca 1986 r. W okresie tym miała miejsce czasowa zmiana na stanowisku przewodniczącego Wydziału VI TNW. W związku z wyjazdem zagranicznym prof. B. Staniszewskiego funkcję przewodniczącego pełnił w okresie od listopada 1983 do listopada 1984 prof. Z. Brzoska.

Mijająca kadencja była pierwszą regularną kadencją działalności Towarzystwa po jego restytuowaniu pod koniec roku 1981 oraz rocznej działalności władz tymczasowych. Nie mając tytułu do omawiania funkcjonowania Wydziału VI w okresie 1981—1982 nie sposób jednak przy najmniej nie wspomnieć, jak wielki wkład w dzieło odtworzenia Towarzystwa i Wydziału VI mieli jego członkowie-założyciele, będący członkami dawnego TNW, rozwiązanego w roku 1952. A byli nimi, w obszarze nauk technicznych, profesorowie: Jerzy Bukowski, niestrudzony organizator odrodzonego Wydziału Nauk Technicznych, Władysław Fiszdon, Janusz Groszkowski, Janusz Lech Jakubowski, Tomasz Kluz, Stanisław Kończykowski, Witold Kotowski, Ignacy Malecki, Jerzy Mu-termilch, Witold Nowacki, Eugeniusz Olszewski — po śmierci prof. J. Bukowskiego organizator Wydziału VI, Zygmunt Rybicki, Jerzy Skowroński i Adam Smoliński. Działania członków-założycieli doprowadziły do wyboru w r. 1982 nowych 19 członków zwyczajnych i 17 członków korespondentów Wydziału VI oraz do wspomnianego już na początku wyboru przewodniczącego i sekretarza.

Podstawę do wznowienia działalności naukowej Wydziału VI stanowiły „Wytyczne działalności naukowej Wydziału Nauk Technicznych