



MEDYCINA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

ISSN 0137-6543

ROK XXXVIII

AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

NR 2/2007

Zespół redakcyjny:

Prof. dr hab. Stefan Kruś – redaktor honorowy
Prof. dr hab. Mirosław Łuczak – redaktor naczelny
Dr Dariusz Kawecki – z-ca redaktora naczelnego
Sekretarz redakcji – vacat
Mgr Magdalena Zielonka – korekta
e-mail: magda.zielonka@am.edu.pl

Rada Programowa i Naukowa:

Prof. dr hab. **Leszek Pączek** – Rektor Akademii Medycznej w Warszawie, prof. dr hab. **Ryszarda Chazan** – Prorektor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą, prof. dr hab. **Wiesław Gliński** – Prorektor ds. Klinicznych, Inwestycji i Współpracy z Regionem, prof. dr hab. **Jerzy Stelmachów** – Prorektor ds. Kadr, prof. dr hab. **Piotr Zaborowski** – Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych, prof. dr hab. **Marek Krawczyk** – Dziekan I Wydziału Lekarskiego, prof. dr hab. **Renata Górka** – Prodziekan ds. Oddziału Stomatologicznego, prof. dr hab. **Maciej Karolczak** – Dziekan II Wydziału Lekarskiego, dr hab. **Waldemar Koszewski** – Prodziekan ds. Oddziału Nauczania w Języku Angielskim, prof. dr hab. **Józef Sawicki** – Dziekan Wydziału Farmaceutycznego, prof. dr hab. **Piotr Małkowski** – Dziekan Wydziału Nauki o Zdrowiu, prof. dr hab. **Zbigniew Gaciong** – Dziekan Wydziału Kształcenia Podyplomowego.

Wydawca:

Akademia Medyczna w Warszawie,
Senacka Komisja ds. Informacji Naukowej i Wydawnictw.

Adres redakcji:

mdw@am.edu.pl
www.amwaw.edu.pl/biuletyn

Zdjęcia:

Dział Fotomedyczny AM

Prawa autorskie zastrzeżone. Żadna część publikacji nie może być powielana bez zgody Wydawcy. Redakcja nie zwraca materiałów nie zamówionych, zastrzega sobie prawo redagowania i skracania tekstów i nie odpowiada za treść publikowanych reklam.

Skład i druk:

Oficyna Wydawnicza AM tel. (22) 5720-327, fax (22) 5720-328
e-mail: oficyna.wydawnicza@am.edu.pl

Spis treści

JUBILEUSZ 5-LECIA ODDZIAŁU FIZJOTERAPII

- Maciej Karolczak, Artur Mamcarz*
Jubileusz 5-lecia Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie..... 5
Marek Kiljański
List Gratulacyjny Prezesa Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii..... 6
Joanna Juskowa
Historia powstania Oddziału Fizjoterapii w Akademii Medycznej w Warszawie..... 7
Jerzy Jurkiewicz
Niestacjonarne (zaoczne) studia I stopnia w Oddziale Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego AM 10
Dariusz Białoszewski
Powstanie i rozwój Studenckiego Koła Naukowego Fizjoterapii – uwagi o metodach kształcenia 11
Witold Rongies
Rola i znaczenie nauczania historii rehabilitacji w procesie kształcenia studentów w Oddziale Fizjoterapii..... 16
Izabela Korabiewska, Michał Dwornik, Dariusz Białoszewski
Miejsce i znaczenie terapii manualnej w nauczaniu studentów Fizjoterapii..... 17
Jakub Adamczyk, Zenon Jaszczur
Aktywność ruchowa i adaptacyjna, sport inwalidów 21
Anna Ostaszewska
Pedagogika – dziedzina niezbędna w procesie nauczania studentów fizjoterapii 23
Jakub Stolarski
Sylwetka zawodowa absolwenta fizjoterapii a rzeczywistość..... 25
Anna Słupik
Podejmowanie pracy w krajach Unii Europejskiej – perspektywy polskiego fizjoterapeuty 27
Katarzyna Zięba, Anna Słupik
Życie towarzyskie „FIZJOSTUDENTÓW” 29

Z ŻYCIA AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

- Elwira Zielińska*
Z Senatu Akademii Medycznej w Warszawie w dniu 12 lutego 2007 r..... 30
Grzegorz Lisicki
Wizyta delegacji rządu Malezji w warszawskiej AM 33
Włodzimierz Sawicki
Sesja Sprawozdawcza Studium Doktoranckiego II WL ... 34

NAUKA

- Obrony prac doktorskich**..... 35

DYDAKTYKA

- H. Cieślak, A. Fidos, M. Stosio*
Realizacja przedmiotu Podstawowa Opieka Zdrowotna i Pielęgniarstwo Środowiskowe/Rodzinne..... 35

Zeszyt Jubileuszowy „Medycyny Dydaktyki Wychowania”
z okazji 5–lecia Oddziału Fizjoterapii
ukazuje się pod Patronatem
Dziekana II Wydziału Lekarskiego prof. dr hab. n. med. Macieja Karolczaka

Redaktorzy prowadzący:
Dr n. med. Dariusz Białoszewski
Dr hab. n. med. Artur Mamcarz
Mgr Joanna Gotlib

JUBILEUSZ
5 – LECIA
ODDZIAŁU FIZJOTERAPII

Władze Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie

w latach 2001 – 2005



Prof. dr hab. med. Jerzy Stelmachów
Dziekan II Wydziału Lekarskiego



Dr hab. med. Joanna Juskowa,
prof. nadzw.
Prodziekan ds. Oddziału Fizjoterapii

w latach 2005–2009



Prof. dr hab. med. Maciej Karolczak
Dziekan II Wydziału Lekarskiego



Dr hab. med. Artur Mamcarz
prof. nadzw.
Prodziekan ds. Oddziału Fizjoterapii

Pełnomocnik Rektora ds. Studiów Zaocznych w Oddziale Fizjoterapii w latach 2004 – 2009



Dr hab. med. Jerzy Jurkiewicz,
prof. nadzw.

JUBILEUSZ 5–LECIA ODDZIAŁU FIZJOTERAPII II WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

Prof. nadzw. dr hab. med. Artur Mamcarz
Prodziekan ds. Oddziału Fizjoterapii

Prof. dr hab. med. Maciej Karolczak
Dziekan II WL AM w Warszawie

Przed rokiem, jesienią 2005 roku nowe władze dziekańskie rozpoczęły swoją kadencję. Zastaliśmy Wydział w pełni rozkwitu, stanęliśmy więc przed niełatwym zadaniem, aby ten rozkwit podtrzymać, pielęgnować, dynamizować. Jednym z zasadniczych zadań było przeprowadzenie studentów Oddziału Fizjoterapii przez rok, w którym po raz pierwszy w historii naszej Akademii promowaliśmy magistrów w zakresie fizjoterapii. W poprzednich latach wielu studentów studiów pierwszego stopnia zdobyło tytuły licencjata, ale przed nami były magisteria, jeden stopień wyżej. To był trudny, ale piękny rok. Tworzyliśmy wspólnie zasady przygotowania prac, dyskutowaliśmy ze studentami, nauczycielami akademickimi, promotorami, członkami Rady Wy-

działu. Powstało wiele bardzo wartościowych opracowań z niezwykle szerokiego zakresu. Niektórzy zajęli się fizjoterapią w ortopedii, neurologii, neurochirurgii, inni w pediatrii, kardiologii dziecięcej i kardiologii dorosłych. Były prace dotyczące hipoterapii i muzykoterapii. Wiele osób – nauczycieli akademickich – uczestniczyło w Komisjach obron. Było to dla nas duże, z reguły bardzo miłe doświadczenie. Podziwialiśmy dojrzałość, wnikliwość, sposób prezentacji własnych doświadczeń, krytyczną dyskusję na temat spraw nie do końca wyjaśnionych lub kontrowersyjnych. Ta dyskusja rozbudzała często potrzebę dalszego ciągu...

W tym roku jesienią nastąpił ciąg dalszy, kilkanaście osób otrzymało stypendia i rozpoczęło studia doktoranckie w naszej uczelni. Już wiemy, że to bardzo wartościowi nauczyciele akademicy, wiedzą, czego oczekuje przyszły fizjoterapeuta i w jaki sposób go kształcić. Uzyskanie doktoratu otworzy kolejne możliwości rozwoju naukowego.

W Akademii Medycznej w Warszawie, na II Wydziale Lekarskim tworzymy dyscyplinę, którą należy nazwać fizjoterapią kliniczną. Doskonale rozumiemy, że lekarz i fizjoterapeuta, a czasem psycholog, dietetyk, pielęgniarka czy promotor zdrowia, tworzą zespół, który tylko w pełnym składzie może osiągnąć sukces – przywrócić pełną sprawność pacjentowi.

Fizjoterapia kliniczna rozwija się dynamicznie, na Wydziale powstają nowe jednostki dydaktyczno–naukowe dla Oddziału Fizjoterapii, chcemy się pięknie różnić – uczyć studentów fizjoterapii rehabilitować osoby niesłyszące, niewidome, chcemy uczyć psychoterapii, mamy ambitne plany.

Te 5 lat minęło bardzo szybko, nowe władze dziekańskie zdają sobie sprawę, że kolejne miną równie błyskawicznie. Pamięamy, chcemy pamiętać, że początek nauczania fizjoterapii na II Wydziale to praca Pani Dziekana Profesor Joanny Juskowej i Pana Dziekana, a obecnie Prorektora – Profesora Jerzego Stelmachowa. To dzięki Ich śmiałej wizji możemy dziś realizować nowe, odważne pomysły i rozwijać nasz wspólny Wydział.



Inauguracja roku akademickiego w Oddziale Fizjoterapii. Na zdjęciu (od lewej) prof. J. Polański, prof. M. Krawczyk, rektor prof. L. Pączek, prof. J. Stelmachów, prof. M. Karolczak, prof. J. Juskowa

List gratulacyjny Prezesa Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii

Mgr Marek Kiljański

*Prezes Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii*

Fizjoterapia stanowi obecnie uznaną i w pełni samodzielną dyscyplinę medycyny klinicznej. Wykorzystuje ogólnomedyczne oraz własne metody diagnostyczne i terapeutyczne, wypracowane przez wielu specjalistów na świecie, oparte głównie na różnych rodzajach energii fizycznej (mechanicznej, elektrycznej, termicznej, świetlnej itp.).

Fizjoterapia obejmuje takie działy jak: kinezyterapia, fizykoterapia, masaż leczniczy, terapia manualna. Wszystkie metody i techniki lecznicze stosowane w wymienionych działach wykorzystywane są w różnych specjalnościach medycznych, takich jak ortopedia, neurologia, kardiologia, pediatria itd.

Bardzo intensywny rozwój współczesnej fizjoterapii sprawił, że powołano do życia organizację zawodową fizjoterapeutów. Światowa Konfederacja Fizjoterapii (WCPT) utworzona 8 września 1951 roku w Kopenhadze, zrzesza obecnie fizjoterapeutów z 86 krajów świata. Ponadto, organizacja prowadzi działalność w zakresie szeroko rozumianej ochrony zdrowia na podstawie mocnych fundamentów naukowych, edukacyjnych i organizacyjnych. WCPT rozpoczęła również oficjalną współpracę z WHO. Przez 50 lat aktywnie uczestniczyła we wszystkich ważnych konferencjach i programach dotyczących ochrony zdrowia, jest m.in. oficjalnym konsultantem UNICEF. Polscy fizjoterapeuci poprzez członkostwo w Polskim Towarzystwie Fizjoterapii są członkami WCPT od 1967 roku.

Historia rehabilitacji w Polsce sięga XVI wieku. Już wtedy nadworny lekarz polskiego króla Stefana Batorego, Wojciech Oczko, wzorując się na Galenie, propagował leczenie ruchem. W XVII wieku profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego Sebastian Petrycy zalecał stosowanie ćwiczeń jako czynnika leczniczego. W 1837 roku chirurg Ludwik Bierkowski zorganizował w Krakowie zakład gimnastyczno-ortopedyczny. Na terenie Warszawy około 1844 roku powstały zakłady gimnastyczno-ortopedyczne, założone przez Roberta Eichlera i Gustawa Manna. W następnych latach utworzono kolejne zakłady gimnastyczne, m.in. H. Kuczalskiej w Warszawie, Majówny w Krakowie, A. Gabryszewskiego we Lwowie.

W roku akademickim 1925/26 zostały wprowadzone zajęcia z zakresu teorii i praktyki gimnastyki leczniczej i masażu na III roku studiów Wyższej Uczelni

Wychowania Fizycznego w Poznaniu. Po 1930 roku coraz więcej szpitali i klinik wprowadziło jako jeden ze środków terapeutycznych gimnastykę leczniczą.

Po II wojnie światowej rozwój rehabilitacji we wszystkich krajach stał się palącą potrzebą. Rehabilitację uznano za dziedzinę nauk medycznych przyczyniającą się do zmniejszenia stopnia kalectwa, liczby osób niezdolnych do pracy oraz przyspieszającą powrót do zdrowia. Powstało wiele ośrodków o wysokim poziomie naukowym, a polscy specjaliści reprezentujący „polską szkołę rehabilitacji” znaleźli uznanie na całym świecie. Nasi koledzy rozpoczęli pracę w znanych ośrodkach w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Australii, przekazując wiedzę zdobytą w Polsce.

Obecnie PTF zrzesza ok. 40 tys. fizjoterapeutów. Większość z nich pracuje w szpitalach i zakładach fizjoterapii na terenie całej Polski, stosując tradycyjne i nowoczesne metody fizjoterapeutyczne. Swoją siedzibę w Polsce ma m.in. Filia Międzynarodowego Instytutu McKenziego, filia IPNFA, Polskie Stowarzyszenie NDT-SI, Polskie Stowarzyszenie Neurokinezylogiczne im. Wojty, jak również Towarzystwo Terapii Manualnej. Wraz z Polskim Towarzystwem Fizjoterapii prowadzą kursy i szkolenia zgodne z normami międzynarodowymi, a certyfikaty, które otrzymują absolwenci kursów, są honorowane na całym świecie. Należy również podkreślić, iż wielu polskich fizjoterapeutów jest międzynarodowymi instruktorami poszczególnych metod.

Obecnie w Polsce kształcenie fizjoterapeutów na poziomie magisterskim prowadzone jest w niektórych Akademiach Wychowania Fizycznego, Akademiach Medycznych, Uniwersytetach i Politechnikach oraz, na poziomie licencjackim, w kilkunastu Wyższych Szkołach Zawodowych.

Do jednego z młodszych ośrodków kształcących fizjoterapeutów w systemie studiów dwustopniowych, należy zaliczyć właśnie Oddział Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie.

W piątym – jubileuszowym – roku istnienia Oddziału Fizjoterapii warszawskiej Akademii Medycznej składam, w imieniu swoim i Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Władzom i Nauczycielom Oddziału, życzenia wielu dalszych sukcesów i wytrwałości w kontynuowaniu tej jakże odpowiedzialnej i trudnej pracy.

Obecnym Studentom i Absolwentom życzę zaś radości ze stałego doskonalenia się w tej niezwykle ciekawej i dynamicznie rozwijającej się dziedzinie nauk medycznych.



HISTORIA POWSTANIA ODDZIAŁU FIZJOTERAPII W AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

Prof. nadzw. dr hab. med. Joanna Juskowa
Prodziekan ds. Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie w latach 2002 – 2005

Dekada lat dziewięćdziesiątych obfitowała w różne trudności dotyczące funkcjonowania wyższych uczelni, także i naszej Akademii Medycznej. Jednym z istotnych problemów było utrzymanie równowagi pomiędzy liczbą nauczycieli akademickich a liczbą rekrutowanych corocznie studentów. Dziś trudno jest wytłumaczyć ówczesne kłopoty i ich przyczyny. Należy jednak podkreślić świadomość Władz Uczelni, iż istniejące kierunki: lekarski, stomatologiczny i farmaceutyczny nie były w stanie wyczerpać listy zawodów medycznych, które obejmują również inne kierunki kształcenia, jak właśnie Fizjoterapię lub Pielęgniarstwo, Ratownictwo Medyczne czy Dietetykę i inne. Stąd zrodziła się konieczność rozszerzenia oferty edukacyjnej Uczelni i urealnienia relacji: zadania dydaktyczne z liczebnością kadry nauczającej. JM Rektor prof. dr hab. Janusz Piekarczyk powziął decyzję rozszerzenia merytorycznego zakresu działalności Uczelni. Zadanie utworzenia nowych kierunków nauczania zostało powierzone Prorektorowi ds. dydaktycznych i wychowawczych prof. dr hab. Leszkowi Pączkowi.

Kierunek fizjoterapia zakłada leczenie ruchem z użyciem różnych czynników poprawiających i stymulujących ruch fizyczny. Zespół metod usprawniających ruch można zamknąć w ogólnym słowie „fizykoterapia”. Szeroko pojęta fizjoterapia i metody fizykoterapii pozwalają na podjęcie próby usprawnienia fizycznego każdego chorego w końcowej fazie choroby, czyli w okresie, kiedy sam pacjent po przebyciu i leczeniu choroby somatycznej pozostaje niedostatecznie sprawny fizycznie. Takie założenia leżały u podstaw kierunku fizjoterapia, który miał za zadanie nauczania studentów na poziomie uniwersyteckim wszystkich metod, form i sposobów, wielu przedmiotów zawodowych fizjoterapii, a także wybranych przedmiotów podstawowych i klinicznych z nauk medycznych wchodzących w skład treści dydaktycznych kierunku fizjoterapia.

W tamtym okresie czasu w kraju ośrodkami zajmującymi się w różnym stopniu nauczaniem fizjoterapii były Akademia Wychowania Fizycznego oraz powoływane nowe małe ośrodki (tzw. Studia Medyczne) kształcące na poziomie średnim fizjoterapeutów. Na-



Prof. dr hab. med. Leszek Pączek – ówczesny Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych wręcza, pierwsze w historii Uczelni, dyplomy licencjata fizjoterapii

tomiast w krajach UE istniała tendencja integracji samodzielnych ośrodków kształcących fizjoterapeutów z Centrami Medycznymi nauczającymi zarówno kierunku medyczne, jak i fizjoterapię na poziomie uniwersyteckim.

Ówczesne władze naszej Uczelni podjęły próbę połączenia wysiłków kształcenia fizjoterapeutów wspólnie z Akademią Wychowania Fizycznego w Warszawie.

W roku akademickim 2000/2001 nauczano około 140 rekrutowanych studentów w tzw. wspólnym (AM-AWF) Wydziale Rehabilitacji. Pełnomocnikiem Rektora ds. wspólnego Wydziału była prof. nadzw. dr hab. Joanna Juskowa. Jednak tej formy wspólnego wydziału z powodów formalno-prawnych nie udało się kontynuować.

JM Rektor i Senat Akademii Medycznej uchwalili w dn. 25 czerwca 2001 r. (uchwała nr 22) powołanie Oddziału Fizjoterapii w strukturach II Wydziału Lekarskiego naszej Uczelni, którego Dziekanem był prof. dr hab. Jerzy Stelmachów. Prodziekanem Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego od 01.09.2002 r. została prof. nadzw. dr hab. Joanna Juskowa, która zorganizowała od podstaw nauczanie na kierunku fizjoterapii, a także utworzyła pierwszą jednostkę Oddziału Fizjoterapii, tj. Zakład Rehabilitacji i została jego kierownikiem.

Credo działalności prof. nadzw. dr hab. Joanny Juskowej było zawarte w słowach: „byłam zafascynowana koncepcją tworzenia kierunku fizjoterapii, ponieważ w mojej prywatnej opinii kierunek ten zamykał wszystkie specjalistyczne metody i etapy leczenia chorego, a także ewentualnej jego profilaktyki poza



Podziękowania prof. dr hab. med. Joannie Juskowej – Pani Prodziekan ds. Oddziału Fizjoterapii II WL składa delegacja absolwentów studiów licencjackich

właśnie usprawnieniem fizycznym, które było utrudnione z powodu braku w naszej Uczelni kształcenia kadry fizjoterapeutów i rehabilitantów. Powstanie Oddziału Fizjoterapii z możliwością nauczania studentów wszystkich przedmiotów zawodowych fizjoterapii w połączeniu z dydaktyką wybranych przedmiotów podstawowych i klinicznych z nauk medycznych, pozwalało perspektywicznie myśleć o dobrze wykształconej kadrze fizjoterapeutów, która niemal każdego chorego usprawni fizycznie i pozwoli na poprawę jakości jego życia”.

DYDAKTYKA Pierwszym etapem kształcenia fizjoterapeutów były 3-letnie Studia Licencjackie uprawniające do pracy zawodowej fizjoterapeuty lub uzyskania kwalifikacji (egzamin) do dalszego kształcenia w ramach Uzupełniających Studiów Magisterskich 2-letnich (drugi etap kształcenia) i uzyskania stopnia magistra fizjoterapii.

Rekrutacja na I-szy rok Studiów Licencjackich odbyła się w roku akademickim 2001/2002. Przyjęto 100 studentów dziennych i około 20% z tej liczby, tzw. studentów wieczorowych (z odpłatnością za kształcenie, bez różnic w programie nauczania w porównaniu z programem studiów dziennych). W kolejnych latach akademickich zawsze mieliśmy nadmiar rekrutującej się młodzieży na studia w Oddziale Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego naszej Uczelni. W roku akademickim 2005/2006 liczba chętnych do studiów fizjoterapeutycznych w AM wynosiła 16 osób na 1 miejsce, a w roku 2006/2007 (informacje od Dziekana II Wydziału Lekarskiego prof. dr hab. Macieja Karolczaka) wyniosła 20 osób na 1 miejsce.

Tak korzystna dla Uczelni sytuacja w procesie rekrutacji na studia fizjoterapeutyczne w Akademii Medycznej świadczy między innymi o akceptacji przez młodzież programu nauczania na kierunku fizjoterapia, który jest zgodny z zaleceniami UE i z proponowanymi standardami Ministerstwa Zdrowia. Ta zbieżność programów nauczania w I etapie kształcenia w ramach 3-letnich Studiów Licencjackich i w II etapie 2-letnich

Uzupełniających Studiów Magisterskich dotyczyła zarówno merytorycznego doboru przedmiotów: kształcenia zawodowego; przedmiotów kierunkowych; przedmiotów podstawowych, jak i przedmiotów kształcenia ogólnego, a także praktyk zawodowych śródrocznych i wakacyjnych. Liczbę godzin nauczania poszczególnych przedmiotów (w ramach ćwiczeń, seminariów i wykładów), a także grup przedmiotów przeliczyliśmy na punkty kredytowe wymagane w ECTS (European Credit Transfer System).

Każda propozycja programu zajęć dla kierunku fizjoterapia była konsultowana i akceptowana przez Dziekana II Wydziału Lekarskiego, niektóre zagadnienia były omawiane na Kolegiach Dziekańskich, a także przedstawiane Radzie II Wydziału Lekarskiego do akceptacji.

Wszystkie szczegółowe opracowania planów dydaktycznych dla 3 lat Studiów Licencjackich i 2 lat Uzupełniających Studiów Magisterskich znajdują się w Dziekanacie Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego, w gmachu Rektoratu, ul. Żwirki i Wigury 61.

Program 3-letnich Studiów Licencjackich w założeniach i realizacji praktycznej składał się z dwóch podstawowych części tematycznych:

1) z przedmiotów medycznych podstawowych, jak: anatomia prawidłowa, fizjologia z podstawami genetyki, biochemia, biofizyka itp. W tematyce uwzględniono wybrane zagadnienia stanowiące bazę dla przyszłego fizjoterapeuty usprawniającego chorego z różnym stopniem niesprawności w jednym lub w wielu układach i narządach, pamiętając o wpajanych zasadach nowoczesnej fizjoterapii, iż „leczy się całego chorego, a nie tylko jego niesprawną część ciała”,

2) z przedmiotów podstawowych fizjoterapii, jak np.: metodyka nauczania ruchu, kinezyterapia, fizykoterapia, ćwiczenia ruchowe indywidualne i zbiorowe, zasady masażu klasycznego i inne. Ćwiczenia z tych tzw. przedmiotów zawodowych fizjoterapii były prowadzone przez magistrów lub/i specjalistów fizjoterapii/rehabilitacji.



Dyplom magistra fizjoterapii wręcza nowo wybrany Dziekan II Wydziału Lekarskiego prof. dr hab. med. Maciej Karolczak

Dydaktykę prowadzono w formie wykładów, seminariów i ćwiczeń.

Przedmioty podstawowe medyczne i podstawowe zawodowe wchodzące w skład dydaktyki Studiów Licencjackich były nauczane przez początkowe 3 semestry. Następnie zajęcia z fizjoterapii były kontynuowane przez kolejne 3 semestry w poszczególnych klinikach specjalistycznych w haśle: fizjoterapia w klinice: kardiologii, ortopedii, pediatrii itd., gdzie ćwiczenia były prowadzone przez lekarza specjalistę z udziałem chorego i fizjoterapeuty/rehabilitanta, który praktycznie pokazywał i nauczał studenta, jakimi metodami usprawnia się fizycznie danego chorego.

Studia Licencjackie kończą się napisaniem pracy licencjackiej pod kierunkiem wybranych promotorów, a każda praca podlega ocenie przez recenzenta, specjalistę w danej dziedzinie.

Egzamin końcowy licencjata i obrona pracy jest ostatnim etapem kwalifikującym do uzyskania dyplomu ukończenia Studiów Licencjackich. Dyplom jest wizytówką do rozpoczęcia pracy zawodowej w charakterze fizjoterapeuty/rehabilitanta lub po zaliczeniu egzaminu wstępnego upoważnia do kontynuowania 2-letnich Studiów Uzupełniających Magisterskich.

Program dydaktyczny II etapu kształcenia studentów Fizjoterapii, to jest 2-letnich Uzupełniających Studiów Magisterskich, został ułożony pod względem tematyki na podstawie programu wydziałów fizjoterapii Centrów Medycznych w krajach UE. Liczba godzin nauczania poszczególnych przedmiotów tak medycznych, jak i dotyczących metod fizjoterapii w klinikach specjalistycznych, była dostosowana do proponowanych standardów dydaktycznych Ministerstwa Zdrowia. Przedmioty ogólne, jak np.: zdrowie społeczne i zawodowe czy metody badawcze i metodologia naukowa dla kierunku Fizjoterapia były także zgodne z zaleceniami UE lub mieściły się w autonomicznych decyzjach Władz Uczelni.

Celem rozszerzenia tematyki nauczanych metod fizjoterapii i rehabilitacji korzystano z uprzejmości Dyrektorów/Kierowników i Kadry Publicznych Za-



Mamy wreszcie ten dyplom

kładów Rehabilitacji: przy ul. Banacha, Wołoskiej i przy ul. Kondratowicza, a także z Zakładów Rehabilitacji Instytutu Reumatologii, Instytutu Onkologii i Instytutu Gruźlicy w Warszawie, które prowadziły specjalistyczną dydaktykę (ćwiczenia, seminaria, wykłady) z przedmiotów zawodowych dla studentów Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie.

KADRA Organizacja nowego kierunku w Uczelni wymaga obecności studentów (o których była mowa wcześniej), programu dydaktycznego, ale także nie mniejszą rolę odgrywa kadra nauczająca oraz wyposażenie i liczba pracowni specjalistycznych fizjoterapii, sal seminaryjnych, gimnastycznych (o klasycznych wymiarach) i sal wykładowych. Nie było istotnego problemu z nauczycielami akademickimi podstawowych i klinicznych przedmiotów medycznych: kierunek fizjoterapia czerpał dydaktyków z licznych Klinik/Zakładów II Wydziału Lekarskiego, korzystał również z uprzejmej pomocy kierowników Zakładów i Katedr międzywydziałowych w Uczelni. Natomiast początkowo były problemy z właściwą liczbą dydaktyków do nauczania przedmiotów zawodowych fizjoterapii. W związku z tymi trudnościami Władze Uczelni zawarły umowę z Przewodniczącym Sejmiku Mazowieckiego o zatrudnieniu w Akademii Medycznej niektórych magistrów fizjoterapii/rehabilitacji i specjalistów w tej dziedzinie, pracujących w szkole średniej fizjoterapii. W wyniku zawartej umowy zatrudnieni magistrowie otrzymali etaty w Zakładzie Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego. W kolejnych latach liczba magistrów – specjalistów fizjoterapii/rehabilitacji w Zakładzie ulegała zmianie, proporcjonalnie do zmiany programów dydaktycznych i zwiększającej się liczby rekrutowanych z każdym rokiem akademickim studentów.

Powstający Oddział Fizjoterapii AM zatrudnił 8 nauczycieli do nauczania przedmiotów zawodowych (kinezyterapii, fizykoterapii, ćwiczeń ruchowych itp.), organizując w używanych pomieszczeniach Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II Wydziału



W imieniu studentów podziękowania Władzom Uczelni składa Starosta Roku, już magister, Jakub Stolarski

Lekarskiego. W kolejnych latach akademickich liczba studentów Fizjoterapii szybko wzrastała do liczby ponad 400 w roku akademickim 2005/2006. Niedobór nauczycieli przedmiotów zawodowych uzupełniano magistrami/specjalistami fizjoterapii zatrudnionymi z zewnątrz na bazie umowy – zlecenia.

LOKALIZACJA Władze Sejmiku Mazowieckiego zgodziły się w pierwszym okresie użyć odpłatnie specjalistyczne pracownie fizjoterapii przy ul. Grenadierów 30a dla Zakładu Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii. Jednak po niespełna dwóch latach władze samorządowe wycofały się z użyczenia części pomieszczeń Studium Medycznego Nr 4. Kolejnym miejscem odpłatnie użyczonym była średnia Szkoła Fizjoterapii (Studium Medyczne Nr 6) przy ul. Solec 57.

ZAKŁAD REHABILITACJI Zakład Rehabilitacji prowadził dydaktykę przede wszystkim dla studentów Studiów Licencjackich, ale także dla Uzupełniających Studiów Magisterskich nauczając teoretycznie (wykłady i seminaria) oraz praktycznie (prowadząc ćwiczenia) z zakresu metod i form fizjoterapii/rehabilitacji.

Studenci Oddziału Fizjoterapii chętnie pracowali w Kole Naukowym Zakładu Rehabilitacji poza obowiązującym planem zajęć dydaktycznych. Opiekunem Koła Naukowego był (jest) dr med. Dariusz Białoszewski. Studenci – członkowie Koła Naukowego zgodnie ze swoimi zainteresowaniami pracowali usprawniając chorych pod kierunkiem poszczególnych magistrów – nauczycieli Zakładu Rehabilitacji w 5 sekcjach (ortopedycznej, neurologicznej, kardiologicznej, pediatrycznej i nefrologicznej) w godzinach popołudniowo-wieczornych w odpowiednich Klinikach Uczelni.

Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii prowadził także działalność naukową oraz samokształcenie, organizując wewnętrzne posiedzenia naukowe 2 razy w miesiącu, a także wyjazdy na Kongresy Naukowe

i Dni Fizjoterapii, na które przygotowywano zawsze doniesienia i referaty. Łącznie przygotowano 8 prezentacji ustnych lub plakatowych oraz opublikowano 10 prac w czasopismach zawodowych fizjoterapii lub/ i lekarskich. Zespół Dydaktyczny Zakładu Fizjoterapii ułożył także 2 skrypty (redakcja: prof. nadzw. dr hab. Joanna Juskowa) dla studentów Oddziału Fizjoterapii:

- „Założenia programowe nauczania podstaw fizjoterapii”. Dział Wydawnictw AM, Warszawa 2004;
- „Fizjoterapia w wybranych chorobach: układu oddechowego i krążenia”. Dział Wydawnictw AM, Warszawa 2005.

Szczegółowe informacje z działalności Zakładu znajdują się w corocznych sprawozdaniach składanych w Akademii Medycznej.

ODDZIAŁ FIZJOTERAPII W czerwcu 2004 r. po raz pierwszy w historii Uczelni absolwenci Studiów Licencjackich Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego otrzymali dyplomy Licencjata a w lipcu 2006 absolwenci Uzupełniających Studiów Magisterskich odebrali swoje dyplomy magistrów, są to pierwsi w historii Uczelni magistrowie Fizjoterapii w Akademii Medycznej w Warszawie.

Wszystkim Nauczycielom Akademickim naszej Uczelni biorącym udział w kształceniu studentów Oddziału Fizjoterapii oraz Nauczycielom wymienionych Zakładów Rehabilitacji składam serdeczne wyrazy podziękowania.

Kierownictwu i pracownikom Administracji Uczelni dziękuję za życzliwą pomoc w rozwiązywaniu tak wielu problemów organizacyjnych.

JM Rektorowi i Władzom Uczelni dziękuję za uwieńczenie mojej 40-letniej pracy w naszej Uczelni decyzją utworzenia nowego Oddziału – Fizjoterapii, który kształci specjalistów leczących ruchem fizycznym.

Niestacjonarne (zaoczne) studia I stopnia w Oddziale Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego AM

Prof. nadzw. dr hab. Jerzy Jurkiewicz
*Pełnomocnik Rektora ds. Studiów Zaocznych
w Oddziale Fizjoterapii*

W 2004 roku władze Akademii Medycznej w Warszawie podjęły uchwałę o rozpoczęciu nauczania fizjoterapii w trybie studiów niestacjonarnych (zaocznych) I stopnia. Jego Magnificencja Rektor na stanowisko Pełnomocnika Rektora do spraw Studiów Zaocznych

w Oddziale Fizjoterapii powołał dr hab. n. med. Jerzego Jurkiewicza, któremu zlecono opracowanie zasad rekrutacji i treści programowych nauczania.

Przyjęto zasadę, że studia zaoczne I stopnia będą traktowane jako studia uzupełniające, pogłębiające posiadaną już wiedzę praktyczną i teoretyczną przez techników fizjoterapii i absolwentów szkół pomaturalnych o kierunku fizjoterapia. Przyjęto, iż kandydatami na tego typu studia będą wyłącznie technicy

fizjoterapii i absolwenci odpowiednich szkół pomaturalnych. Przy rekrutacji preferowano osoby pracujące w zawodzie (warunek obligatoryjny), posiadające staż zawodowy (za każdy rok pracy przyznając 1 punkt, ale nie więcej niż 5) oraz posiadające dyplomy ukończenia kursów doszkalających (2 punkty za kurs, nie więcej niż 6).

Program dydaktyczny opracowano przestrzegając zasady, iż liczba godzin dydaktycznych dla tego rodzaju studiów nie może być mniejsza niż 60% pensum obowiązującego na studiach stacjonarnych. Przy układaniu treści programowych wzorowano się na przygotowanym dla studiów dziennych przez prof. dr hab. Joannę Juskową rozkładzie zajęć, które podzielono na wykłady, seminaria i praktyki kliniczne.

Rok akademicki 2004/2005 rozpoczęło 63 studentów, w większości z Warszawy i Mazowsza. W roku 2007 Uczelnia wręczy im pierwsze dyplomy licencjackie.

Decyzja utworzenia w 2004 roku niestacjonarnych studiów licencjackich na kierunku fizjoterapia okazała się decyzją niezwykle trafną i wyszła naprzeciwko

istniejącemu zapotrzebowaniu. Świadczy o tym fakt, że w bieżącym roku akademickim 2006/2007 tym tokiem studiuje 186 studentów. Podczas wielokrotnych rozmów z nimi oraz podczas tworzenia programu dla studiów niestacjonarnych w Oddziale Fizjoterapii utwierdziłem się w przekonaniu, że konieczne jest stałe wzbogacanie treści dydaktycznych o najnowsze osiągnięcia wiedzy fizjoterapeutycznej, których nuczaniem mogą się zająć tak naprawdę jedynie wybitni specjaliści pracujący w Oddziale Fizjoterapii warszawskiej Akademii Medycznej.

W opinii zarówno Władz Uczelni, jak i mojej, konieczne jest zatem dedykowanie tej grupie studentów pełnego cyklu kształcenia uniwersyteckiego, to jest również studiów magisterskich. Chęci to jedno, a realia to drugie i niestety nie jesteśmy obecnie w stanie przyjąć na ten tok studiów satysfakcjonującej nas liczby studentów. Być może, powstanie w niedalekiej przyszłości na terenie Kampusu Banacha nowoczesnego Centrum Rehabilitacyjno-Sportowego umożliwi pełną realizację naszych zamierzeń. Tego życzę zarówno Uczelni, jak i naszym studentom.

POWSTANIE I ROZWÓJ STUDENCKIEGO KOŁA NAUKOWEGO FIZJOTERAPII – uwagi o metodach kształcenia

Dr n. med. Dariusz Białoszewski

*p.o. Kierownika Zakładu Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II WL AM w Warszawie
Opiekun Studenckiego Koła Naukowego Fizjoterapii*

Powstanie koła naukowego poprzedzone zostało wieloma rozmowami ze studentami, którzy wyrażali wielokrotnie chęć pogłębienia swojej wiedzy na zajęciach organizowanych poza obowiązującą siatką zajęć i zbiegło się z ostatecznym podjęciem przeze mnie pracy w Zakładzie. Moja propozycja utworzenia Studenckiego Koła Naukowego na kierunku Fizjoterapia uzyskała pełną zadowolenia akceptację ówczesnej Prodziekan II Wydziału Lekarskiego ds. Oddziału Fizjoterapii Pani prof. nadzw. dr hab. med. Joanny Juskowej, kierującej wtedy równocześnie jego jedyną strukturą organizacyjną, tzn. Zakładem Rehabilitacji. Pani Dziekan powierzyła mi w rezultacie tych rozmów zadanie organizacji koła i opiekę nad nim.

Po dokonaniu w listopadzie 2002 r. stosownych aplikacji Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii przy Zakładzie Rehabilitacji OF II WL rozpoczęło swoją działalność w styczniu 2003 r. Od tej pory

do dzisiaj odbyło się wiele zebrań Koła, spotkań jego sekcji oraz niezapomniany Obóz Naukowy w Olsztynie.

Na zebrania Koła wielokrotnie zaglądała Pani Dziekan i współpracujący z nami Koledzy z Zakładu, którzy nie zważając na późną porę spotkań (zawsze 19.30– 21.00) brali żywy udział w toczących się dyskusjach. Z tych dyskusji narodziła się niejedna praca prezentowana później z sukcesem na kongresach i sympozjach młodych medyków.

Prof. Joanna Juskowa obecnie przestała już bywać na naszych zebraniach, ale moja przygoda ze studentami z Koła trwa nadal i działa na mnie zba wiennie. Zawsze bowiem budowało mnie obcowanie z ludźmi, zwłaszcza młodymi, chcącymi od życia czegoś więcej. Spotkania z nimi bardzo inspirują mnie do działania, ale i zobowiązują do jeszcze lepszej pracy. Poza tym po prostu młodziej się czuję!

W tym miejscu składam serdeczne podziękowania za tę inspirację zarówno Pani Dziekan, jak i współpracującym ze mną Kolegom z Zakładu oraz, przede wszystkim, moim dzielnym i pracowitym Kolegom Studentom z Koła Fizjoterapii. Bez nich nic by się przecież nie wydarzyło!

KALENDARIUM

ROK AKADEMICKI 2002/2003

Koło Fizjoterapii rozpoczęło pracę w listopadzie 2002 roku. Odbyło się wtedy pierwsze organizacyjne zebranie, na którym sporządzono listę członków i wybrano władze koła. Pierwszym jego Przewodniczącym został kol. Sebastian Wójtowicz, a jego zastępczynią – kol. Anna Zielińska.

Na zebraniu założycielskim było obecnych aż 89 studentów (ok. połowy wszystkich studiujących wtedy w Oddziale studentów!) Z uwagi na tak liczną grupę zainteresowanych pracą w Kole podjąłem wówczas decyzję o utworzeniu sekcji tematycznych, które miały współpracować z odpowiednimi klinikami Akademii Medycznej. Po konsultacjach z Kierownikiem Zakładu Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii i studentami zdecydowano o powstaniu 5 Sekcji Klinicznych SKN Fizjoterapii. Były to sekcje współpracujące z zespołami rehabilitantów odpowiednich klinik:

- Ortopedyczno – Traumatologiczna – kierowana przez kol. Annę Zielińską (Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu I WL),
- Nefrologiczna – kierowana przez kol. Tomasza Pawińskiego (Klinika Nefrologii I WL),
- Pediatria – kierowana przez kol. Martę Draczyńską (Dziecięcy Szpital Kliniczny przy ul. Dziadowskiej),
- Kardiologiczna – kierowana przez kol. Marcina Ucińskiego (I Katedra i Klinika Kardiologii I WL),
- Neurologiczna – kierowaną przez kol. Marcina Czerwińskiego (Klinika Neurologiczna II WL).

Od stycznia do maja 2003 roku odbyły się cztery zebrania całego Koła. Każde zebranie było przygo-

towane przez inną Sekcję i poświęcone problemom rehabilitacyjnym w różnych specjalnościach klinicznych. Oprócz tego odbywały się, nie rzadziej niż raz w miesiącu, zebrania wewnętrzne Sekcji. Studenci Sekcji uczestniczyli poza tym w zajęciach praktycznych na terenie poszczególnych Klinik, współpracując ściśle z tamtejszymi rehabilitantami. Rozpoczęto również prace przygotowujące członków Koła do podjęcia w przyszłym roku akademickim samodzielnego opracowywania tematów badawczych.

W lipcu SKN Fizjoterapii zorganizowało w Olsztynie dwutygodniowy Studencki Obóz Naukowy nt. *Problemy rehabilitacji w geriatrici*. Program naukowy obozu, skonstruowany przez opiekuna Koła, zyskał akceptację Dziekana II Wydz. Lek. konieczną do zaliczenia uczestnictwa w obozie, jako obowiązkowej praktyki wakacyjnej.

Na ostatnim zebraniu Koła w tym roku akademickim obecnych było 69 członków. SKN Fizjoterapii stało się więc już w pierwszym roku swej działalności jednym z największych studenckich kół naukowych w warszawskiej Akademii Medycznej.

LATO 2003

W lipcu 2003 roku odbył się pod moim kierownictwem Obóz Naukowy Studenckiego Koła Naukowego Fizjoterapii. Przedsięwzięcie to miało znaczenie podwójne: po pierwsze był to w ogóle pierwszy obóz naukowy w Oddziale Fizjoterapii warszawskiej Akademii Medycznej, a po wtóre po raz pierwszy zaproponowano studentom taką formę pracy z niepełnosprawnymi.

Zajęcia prowadzono w wieloprofilowym, olsztyńskim Ośrodku Rehabilitacyjno-Mieszkanowym z Domem Opieki Społecznej. Koncentrowano się na codziennej, wielogodzinnej pracy z pacjentami geriatrycznymi przy zachowaniu stałych zespołów terapeutycznych, gwarantujących ciągłość obserwacji klinicznej.

W trakcie zajęć, w kontaktach z pacjentami, poza typowymi zadaniami rehabilitacyjnymi pojawiało się szereg problemów natury psychologicznej. Dotyczyły one zwłaszcza sposobu dotarcia do pacjentów, zachęcenia ich do współpracy i skłonienia do samodzielnego podejmowania ćwiczeń usprawniających. Problemy te były na bieżąco wspólnie rozwiązywane podczas popołudniowych spotkań klinicznych. W niedługim czasie zaobserwowano narastającą skuteczność



Ryc. 1. Uczestnicy Obozu Naukowego Studenckiego Koła Naukowego Fizjoterapii „OLSZTYN – 2003” wraz z kierownikiem obozu i personelem Ośrodka Rehabilitacyjnego oraz jego najstarszym, 87 – letnim pensjonariuszem

prowadzonych zajęć związaną między innymi z coraz większym zaangażowaniem się obu stron w prowadzoną, holistycznie pojmowaną rehabilitację.

Zaskakująco szybko zaczął następować proces przyjaźniania się młodych fizjoterapeutów z ich pacjentami. Nastąpił efekt samonapędzającego się systemu. Świadczy to o ogromnym zapotrzebowaniu na tego rodzaju program dydaktyczny. Studenci obserwując codzienne drobne sukcesy terapeutyczne i proces „otwierania się” się swych podopiecznych, utwierdzali się w celowości i przydatności klinicznej prowadzonych zajęć. Pacjenci zaś, widząc efekty współpracy zaangażowali się w nią niepostrzeżenie coraz bardziej. Trzeba podkreślić, że znakomicie ułatwiała pracę przyjazna atmosfera stworzona przez Kierownictwo i personel medyczny Ośrodka (Ryc. 1).

Z czasem problematyka zajęć i praca z pacjentami zaczęła się coraz częściej pojawiać w prywatnych rozmowach pomiędzy studentami, a opowieści o sukcesach i ciekawych, wesołych chwilach w pracy z podopiecznymi wypełniły niejedno spotkanie towarzyskie, odbywające się nad okolicznymi jeziorami, podczas zajęć tai-chi, przy grillu, na dyskotecie i w olsztyńskim irlandzkim pubie.

Patrząc na znakomite efekty prowadzonego programu należy się zastanowić nad koniecznością szerszego wprowadzania do praktyki dydaktycznej zajęć opartych na częstym kontakcie studentów z tym samym pacjentem. Nic nie daje bowiem takiego poczucia satysfakcji, nie mobilizuje do doskonalenia warsztatu klinicznego i wyznaczania nowych horyzontów wiedzy, jak obserwowana skuteczność własnej pracy.

ROK AKADEMICKI 2003/2004

Koło Fizjoterapii rozpoczęło ponownie pracę w październiku 2003 roku. Odbyło się wtedy pierwsze organizacyjne zebranie, na którym wspomniano i omawiano Obóz Naukowy, który odbył się w lipcu w Ośrodku Geriatrycznym w Olsztynie. Sporządzono również nową, aktualną listę członków Koła, ustalono program spotkań naukowych na rok akad. 2003/2004 oraz omówiono aktualne problemy Sekcji.

W roku tym odbyło się poza wspomnianym, pięć zebrań naukowych całego Koła i zwyczajowe wewnętrzne spotkania sekcji.

Studenci Koła włączyli się również aktywnie w organizację Jubileuszowego Kongresu, zorganizowanego z okazji 75-lecia Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego, który odbył się w dniach 12–13 grudnia w warszawskim hotelu Victoria.

Studenci kontynuowali również rozpoczęte wcześniej w ramach Sekcji własne prace badawcze, z których jedna współautorstwa Tomasza Pawińskiego nt. „Psychologiczne problemy pacjentów leczonych przeszczepem allogennej nerki” była prezentowana pod-

czas XII Ogólnopolskiego Zjazdu Studenckich Kół Nefrologicznych oraz Medycyny Rodzinnej (Karpacz 23–25 kwietnia 2004) i otrzymała tam wyróżnienie.

Ostatnie zebranie koła zgromadziło 68 członków.

ROK AKADEMICKI 2004/2005

Koło Fizjoterapii rozpoczęło kolejny rok swej działalności w październiku 2004 roku. Odbyło się wtedy pierwsze zebranie, na którym zaktualizowano listę członków Koła i ustalono program naukowy spotkań na rok akademicki 2004/2005 oraz omówiono aktualne problemy.

Z uwagi na trudności obiektywne zdecydowano się w bieżącym roku na kontynuowanie działalności Koła, głównie jako cyklu zebrań i pracy własnej w Sekcjach, ponieważ powoli zaczęły one tracić oparcie w klinikach, z uwagi na brak w nich odpowiedniej liczby rehabilitantów zatrudnionych na etatach Akademii Medycznej. W kolegach zaś, pracujących na etatach szpitalnych, początkowy zapał niemotywowany finansowo zaczął, co zrozumiałe, powoli wygasać. Zrobili oni dla studentów Koła bardzo wiele i serdecznie im wszyscy dziękujemy za poświęcony nam ich prywatny czas.

W tym roku akademickim odbyły się cztery główne zebrania naukowe całego Koła.

Każde zebranie główne było przygotowane przez inną Sekcję i poświęcone aktualnym problemom rehabilitacji klinicznej.

Kontynuowano również prace z członkami Koła, którzy rozpoczęli realizację samodzielnego opracowywania tematów badawczych. Dopracowywano m. in. metodykę prac i dobierano podstawowe piśmiennictwo.

Studenci zrzeszeni w Kole aktywnie uczestniczyli w organizacji I Interdyscyplinarnego Kongresu Naukowego poświęconego *Metodom stymulacji wzrostu kostnego*, który odbył się w dniach 5–6 czerwca w warszawskim hotelu Marriott.

Studenci kontynuowali również rozpoczęte wcześniej w ramach Sekcji własne prace badawcze, z których jedna współautorstwa Anny Hentel i Dagmary Siekiery została wygłoszona we Wrocławiu, w dniach 10–12 czerwca podczas XIII Ogólnopolskiego Zjazdu Studenckich Kół Nefrologicznych oraz Medycyny Rodzinnej z udziałem lekarzy.

Pod koniec roku SKN Fizjoterapii liczyło 58 aktywnych członków, będąc tym samym nadal jednym z większych studenckich kół naukowych w Akademii Medycznej.

ROK AKADEMICKI 2005/2006

Koło Fizjoterapii rozpoczęło ponownie pracę 16 listopada 2005 roku. Odbyło się wtedy pierwsze zebranie, na którym sporządzono aktualną listę człon-

ków, ustalono program naukowy spotkań na rok akademicki 2005/2006 oraz omówiono aktualne problemy Koła.

Po rezygnacji poprzedniego Przewodniczącego Koła Sebastiana Wójtowicza (kończy studia) funkcję Przewodniczącej Koła powierzono jednogłośnie kol. Annie Słupik (I r. st. magisterskich).

Z uwagi na wymieniane wyżej trudności obiektywne zdecydowano w bieżącym roku o oparciu działalności Koła głównie na cyklu zebrań i zrezygnowano ostatecznie z podziału na sekcje tematyczne.

W roku akademickim odbyło się pięć głównych zebrań naukowych całego Koła.

Każde zebranie główne było przygotowane przez członków Koła i poświęcone aktualnym problemom rehabilitacji klinicznej.

Studenci prezentowali również na różnych forach zakończone prace badawcze.

Kol. Anna Słupik prezentowała podczas III Międzynarodowego Kongresu Naukowego (Warszawa 12–13 maj 2006) pracę nt.: *Usefulness of patient-relevant knee outcome scale at example of Staffelstein-Score Scale in clinical assesment by patients after total knee arthroplasty.*

Kolejne dwie prace prezentowane były na IV Międzynarodowej Konferencji SKN i Młodych Pracowników Nauki (Głuchołazy 18 – 20.05.2006). Wynikiem tych wystąpień było uhonorowanie kol. Anny Słupik nagrodą główną za pracę nt.: *Zastosowanie subiektywnej skali Staffelstein – Score w analizie wyników rehabilitacji u pacjentów po endoprotezoplastyce stawu kolanowego – badanie wstępne.* Wyróżnienie otrzymała zaś kol. Katarzyna Zięba za pracę nt.: *Kinesiotaping jako nowa forma fizjoterapii kobiet w okresie ciąży.* Przedstawione przez nie tematy cieszyły się dużym zainteresowaniem i zyskały wiele pozytywnych komentarzy, przekazywanych zarówno podczas obrad, jak i podczas rozmów kularowych. Temat przedstawiany przez kol. Ziębę wywołał burzliwą dyskusję prowokując uczestników konferencji do wymiany osobistych doświadczeń, związanych ze stosowaniem kinesiotapingu.

Członkowie SKN Fizjoterapii brali również, jak zwykle, czynny udział w organizacji:

1. III Międzynarodowego In-



Ryc. 2. Organizatorzy Kongresu na wspólnym zdjęciu z zaangażowanymi w jego przebieg studentami Koła Fizjoterapii

terdyscyplinarnego Kongresu Naukowego nt.: *Zachowawczego i paliatywnego leczenia zmian zwyrodnieniowych narządu ruchu*, który odbył się w Warszawie w dniach 9 –10 grudnia 2005;

2. Sesji poświęconej fizjoterapii kardiologicznej w ramach Akademickich Dni Kardiologicznych, które odbyły się w Warszawie w dniach 11– 14 maja 2006 r.;

3. IV Interdyscyplinarnego Kongresu Naukowego nt.: *Leczenie zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa*, który odbył się w Warszawie w dniach 22–23 czerwca 2006 r.

W końcu roku akademickiego SKN Fizjoterapii liczyło 57 członków.

ROK AKADEMICKI 2006/2007

W październiku 2006 r. Koło, będąc o rok młodsze od Oddziału Fizjoterapii weszło w piąty, jubileuszowy rok swojej działalności z 46 członkami

obecniymi na pierwszym, październikowym zebraniu. Ustalono kalendarz spotkań, których myślą przewodnią będzie wieloaspektowo poruszana rehabilitacja w geriatrici.

Członkowie Koła brali aktywny udział w organizacji V Interdyscyplinarnego Kongresu Naukowego nt.: *Leczenie rekonstrukcyjne i rehabilitacja w onkologii narządu ruchu*, który odbył się w dniach 8–9 grudnia w Warszawie i tak jak dotychczasowe, był objęty patronatem Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji i Polskiego Towarzystwa Ortopedii i Traumatologii (Ryc. 2).



Ryc. 3. Intensywna praca integruje

W Sesji plakatowej tego Kongresu praca autorstwa członkiń Koła: Anny Słupik, Katarzyny Zięby i Agnieszki Kwiatkowskiej: „Występowanie zaburzeń snu u kobiet leczonych z powodu raka piersi” wykonana we współpracy z Zakładem Rehabilitacji Centrum Onkologii w Warszawie (współautorki: dr med. Hanna Tchórzewska i mgr Dorota Szczęśniak) zajęła I miejsce! To ogromny sukces, bowiem konkurentami tego doniesienia były prezentacje licznych, doświadczonych zespołów klinicznych.

SKN Fizjoterapii jest też współorganizatorem I Wiosny z Fizjoterapią, pierwszego z cyklu dorocznych spotkań naukowych poświęconych zagadnieniom rehabilitacji geriatrycznej. Symposium to, odbywające się pod Patronatem Honorowym JM Rektora Akademii Medycznej w Warszawie prof. dr hab. med. Leszka Pączka i organizowane w kwietniu 2007 roku, ma w swym zamyśle stać się znaczącym ogólnopolskim, cyklicznym spotkaniem wszystkich studentów zrzeszonych w kołach naukowych, zajmujących się problematyką szeroko pojętej rehabilitacji. Tegoroczne obrady odbędą się po patronatem Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii i Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji, a w Radzie Naukowej zasiadli m.in.: Prezesi ZG obu Towarzystw, Prezes ZG Polskiego Towarzystwa Balneologii i Medycyny Fizycznej, Prezes ZG Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, jak i Konsultanci Krajowi w tych dziedzinach medycyny. Taka konstrukcja Rady Naukowej będzie miała charakter stały.

W lutym 2007 roku SKN Fizjoterapii zorganizował również, dzięki życzliwości władz uczelni, które



Ryc. 4. Profesor Zbigniew Śliwiński i zasłuchani członkowie Koła

W 2007 roku członkowie Koła biorą ponownie aktywny udział w organizacji dwu Kongresów Interdyscyplinarnych: czerwcowego – poświęconego leczeniu schorzeń odcinka szyjnego kręgosłupa i grudniowego – VII obejmującego problematykę upadków osób w trzecim okresie życia.

W 2007 roku podjęto również działania zmierzające do uruchomienia w ramach Koła 3 sekcji tematycznych, tj. Sekcji: Fizykoterapii, Masażu i Medycyny Manualnej oraz Kinezyterapii. Sekcje te będą prowadzone przez Kierowników poszczególnych Pracowni Zakładu Rehabilitacji II OF.

PODSUMOWANIE

Kończąc trzeba stwierdzić, że rozmaite formy kształcenia realizowane w pracy Koła takie, jak m.in. nauka:

- umiejętności prowadzenia dyskusji;
- umiejętności prezentowania własnych referatów, odpowiadania na pytania;
- współpracy z innymi członkami zespołu;
- pracy z pacjentami podczas obozów naukowych i w oddziałach szpitalnych;
- planowania i realizowania tematów badawczych prezentowanych na zewnętrznych spotkaniach naukowych, czy wreszcie angażowanie studentów we współuczestnictwo w organizacji dużych przedsięwzięć naukowych o zasięgu ogólnopolskim i niekiedy światowym w trudny do przecenienia sposób, wpływają nie tylko na doskonalenie umiejętności zawodowych członków Koła, ale również wspaniale wykształcają w nich poczucie własnej wartości, pozwalając im w rezultacie na stawanie się coraz lepszymi specjalistami. A dowodem na to może być chyba fakt, że spośród 13 osób, które rozpoczęły studia doktoranckie w Oddziale Fizjoterapii, 9 uczestniczyło aktywnie w pracach koła naukowego.



Ryc. 5. Pamiątkowe zdjęcie uczestników Kursu Kinesiotapingu – luty 2007. Pierwsi z prawej stoją wykładowca – prof. Zbigniew Śliwiński i Przewodnicząca Koła kol. Anna Słupik, poniżej której klęczy kol. Katarzyna Zięba (obydwie były głównymi organizatorkami kursu)

udostępniły nieodpłatnie salę wykładową, certyfikowany kurs Kinesiotapingu, na którym wykładowcą był Konsultant Krajowy w dziedzinie Fizjoterapii prof. dr hab. Zbigniew Śliwiński (Ryc.: 3,4,5).

ROLA I ZNACZENIE NAUCZANIA HISTORII REHABILITACJI W PROCESIE KSZTAŁCENIA STUDENTÓW W ODDZIALE FIZJOTERAPII

Dr n. med. Witold Rongies

*Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii
II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej
w Warszawie*

Gdy 5 lat temu po raz pierwszy usłyszałem, że mam przygotować i wygłosić wykłady z przedmiotu „Historia rehabilitacji”, dla studentów I roku Oddziału Fizjoterapii, którzy rozpoczynali wówczas naukę w Akademii Medycznej w Warszawie, zastanawiałem się, ile lat musiało upłynąć od mojego pierwszego spotkania z ukochaną dziedziną medycyny, by móc podobnym jak ja, tyle że młodszym koleżankom i kolegom opowiedzieć jej historię. Zakładałem, iż oni wybierając kierunek studiów również kierowali się podobnymi uczuciami, co ja. Podstawowym problemem podczas przygotowań do pierwszego naszego spotkania, był sposób, w jaki zachęcę i przekonam przyszłych fizjoterapeutów do wysłuchania aż 15 godzin wykładów. Przecież to nie jest historia, z której współczesny człowiek, znając możliwości i osiągnięcia medycyny chociażby tylko XX wieku, może być dumny. Historia rehabilitacji, podobnie jak i cała medycyna, uznawana jest bowiem za historię o popełnianych błędach. Czy warto, więc przekonywać do uczenia się o czymś, co przestało być aktualne? O czymś, co jest nieprawdziwe? Co jest ewidentnym błędem w sztukach medycznych? O prawach i zasadach, które dawno już nie obowiązują? Pytania trudne, prowokujące, ale jak na Akademię przystało bardzo właściwe.

Historia medycyny, a więc i rehabilitacji jest nauką o rozwoju myśli lekarskiej i formach praktyki lekarskiej, o różnych sposobach terapii, o zdrowiu i chorobie człowieka (zarówno w sensie indywidualnym, jak i społecznym) w aspekcie historycznym. Historia ta jest więc nauką humanistyczną. Jest to pierwszy powód, by przyszli terapeuci współodpowiadający za proces kompleksowego leczenia, poddawani byli jej wpływowi. Wiąże się to z możliwością kształtowania postawy intelektualnej i moralnej, która będzie wyrażać się w uznawaniu każdego człowieka, a nade wszystko chorego, za najwyższą wartość moralną i źródło wszelkich innych wartości.

Drugim argumentem, który podkreśla rolę nauczania historii rehabilitacji w Oddziale Fizjoterapii jest być może sentymentalne przekonanie, iż przekazywanie informacji o rozwoju myśli ludzkiej w zakresie ratowania życia i zdrowia ludzkiego, realizowanego przez naszych przodków zasługuje na szacunek. Również i ten powód wiąże się z humanizacją kształcenia, głównie poprzez przypomnienie studentom właściwego stosunku do ludzi starszych od siebie.

Następnym powodem pozostaje możliwość poznania sposobów i dróg dochodzenia do zdobyci intelektualnych medycyny. Przykładem najprostszym i najczęściej wykorzystywanym w przeszłości (zwłaszcza w czasach zamierchłych), sposobem i drogą prowadzącymi do tych osiągnięć, była empiria. A czy dzisiaj nie wykorzystujemy jej w dalszym rozwoju medycyny? Czy podglądanie i wykorzystywanie świata zwierząt w poznawaniu złożonych reakcji na różne czynniki terapeutyczne nie są pomysłami pralekarzy i praterapeutów? Tak więc historia może i powinna być obecna w życiu współczesnym każdego medyka.

Na koniec tego krótkiego i osobistego przekonywania o roli i znaczeniu spotkania z rehabilitacją w różnych postaciach i pod różnymi nazwami na przestrzeni dziejów człowieka należy dostrzec fakt, iż wiedza z tego zakresu stanowi podstawy intelektualne zawodu fizjoterapeuty. Drzewo, któremu na imię rehabilitacja rośnie właściwie od czasów najdawniejszych, a jego korzenie ciągle stanowią zagadkę dla wszystkich, którzy nią się zajmują. Dla jednych więc Hipokrates będzie Ojcem naukowe medycyny, dla innych, wybitnym lekarzem i fizjoterapeutą. Ambroży Parè, słynny cyrulik francuski, zapamiętany jako ten, który po raz pierwszy podwiązał naczynie krwionośne w amputowanej kończynie, dla wielu pozostanie protoplastą idei współczesnej rehabilitacji. I może właśnie dlatego, wykłady z historii rehabilitacji w każdym z nas budzić będą najróżniejsze emocje, rozszerzając intelektualne horyzonty.

Dziś z satysfakcją patrzę na salę pełną młodych ludzi, którzy z zainteresowaniem (mam taką nadzieję, że się nie mylę) słuchają opowieści na temat

osiągnąć naszych zacnych przodków. Coraz mocniej wierzę, że wiadomości te będą stanowić dobry fundament pod budowę wspinałej, w każdym wymiarze, ich kariery zawodowej. Cóż bowiem możemy stworzyć nowego, cennego w jakiegokolwiek dziedzinie naukowej nie znając jej historii, nawet jeśli wiele w niej nieaktualnych i błędnych z punktu

widzenia współczesnej wiedzy wiadomości. Dzisiaj tym, którzy ją tworzyli należy wszystko wybaczyć, dołożyć wszelkich starań i prób, by odnaleźć właściwe drogi, które zaprowadzą nas do optymalnych sposobów leczenia. Ale co będzie za 100 lat? Kto jak my wspomni nasze starania, dążenia, zabiegi? Przecież my teraz, na pewno też się mylimy.

MIEJSCE I ZNACZENIE TERAPII MANUALNEJ W NAUCZANIU STUDENTÓW FIZJOTERAPII

**Mgr Izabela Korabiewska,
mgr Michał Dwornik,
dr n. med. Dariusz Białoszewski**

*Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii
II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej
w Warszawie*

Terapia manualna jest jedną z nowoczesnych form leczenia, szczególnie rozpowszechnioną w Stanach Zjednoczonych i niektórych krajach Europy. Historycznie wywodzi się z nurtu medycyny ludowej – z tzw: „nastawiania kręgow” wykonywanego przez kręgarzy. Obecnie medycyna manualna należy do działu nauk rehabilitacyjnych, zajmujących się diagnozowaniem i leczeniem odwracalnych zaburzeń czynnościowych narządu ruchu. Zaburzenia te mogą być przyczyną różnych dolegliwości i objawów występujących w narządzie ruchu. Mogą one powstawać zarówno zupełnie niezależnie od morfologicznych zmian tkankowych, jak i z nimi współistnieć. Każde z nich, w zależności od rodzaju, czy umiejscowienia, może być w określonych warunkach źródłem ostrych dolegliwości bólowych, obejmujących zarówno tułów, jak i kończyny.

Terapia manualna obejmuje różne rodzaje zabiegów i procedur leczniczych, wykonywanych przez terapeutę bezpośrednio rękoma (stąd nazwa metody), mających na celu bezpośrednio lub pośrednie usunięcie zaburzeń i ustąpienie związanych z nimi objawów. Techniki, którymi dysponuje terapia manualna powinny być zawsze delikatne, niebolesne i bezpieczne.

W ostatnim dziesięcioleciu obserwuje się znaczny wzrost znaczenia terapii manualnej, która jest obecnie uznaną metodą leczenia na świecie. Dostrzec można również pewne trendy polegające na zbliżaniu się metod terapii manualnej do medycyny tradycyjnej. Zmianie uległo również nastawienie grona lekarskiego, które mimo dużej dozy nauko-

wego krytycyzmu – zaczęło wyrażać coraz większe zainteresowanie i poparcie dla tej, szczególnie w Polsce, nowej, a jednocześnie przecież jednej z najstarszych metod leczniczych.

Istnieje wiele towarzystw terapii manualnej na świecie i w Polsce, które zrzeszają terapeutów różnych metod. Towarzystwa te prowadzą własne kursy dla fizjoterapeutów, szkoląc w zakresie metod diagnostycznych i technik odpowiednich dla tej właśnie grupy zawodowej (tabela 1).

W ostatnich latach z powodzeniem rozwija się międzynarodowa współpraca w dziedzinie medycyny manualnej [I Światowy Kongres Terapii Manualnej w 1958 r. odbył się w Szwajcarii, w 1960 – II w RFN, 1962 – III w Nicei we Francji, 1974 – IV w Pradze (CSRS), 1977 – V w Kopenhadze, w Danii, 1979 – VI w Baden–Baden (RFN)].

Do Polski wiedza na temat leczenia manualnego, podobnie jak w innych krajach Europy, docierała z różnych źródeł. Stąd spotykana różnorodność metod postępowania, a także poglądy co do istoty samych zaburzeń, np. w kręgosłupie, będących przyczyną najczęstszych bólów i najpowszechniejszym celem zabiegów manualnych. Z tej też przyczyny techniki typowo chiroterapeutyczne są bardziej rozpowszechnione w środowisku pozalekarskim, zaś doświadczenia osteopatów lepiej asymilują się w medycynie akademickiej, wśród lekarzy wyszkolonych w terapii manualnej.

Początki takiego szkolenia zainicjowała w Polsce Klinika Neurologii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Medycyna manualna stale się rozwija dzięki wprowadzaniu nowych technik opartych na znajomości neurofizjologii, biomechaniki i patologii układu ruchu. Obecnie istnieje w Polsce kilka towarzystw i ośrodków naukowych zajmujących się szkoleniem z zakresu terapii manualnej: Polskie Towarzystwo Lekarskie Medycyny Manualnej, Centrum Terapii Manualnej, Instytut McKenziego–Polska, Polskie Towarzystwo Fizjoterapii.

Tabela 1. Wybrane towarzystwa terapii manualnej na świecie

Nazwa towarzystwa	Kraj pochodzenia
Niemieckie Towarzystwo Medycyny Manualnej (DGMM)	Niemcy
Międzynarodowe Seminarium Medycyny Ortopedycznej/Terapii Manualnej	Niemcy
The American Manual Medicine Association (AMMA)	U S A
American Chiropractic Association	U S A
American Academy of Orthopaedic Manual Physical Therapy	U S A
New Zealand Manipulative Physiotherapists Association	Nowa Zelandia
Österreichischer Verein für Orthopädische Manuelle Therapie	Austria
Schweizerischen Verband Orthopädischer Manipulativer Physiotherapie	Szwajcaria
Międzynarodowe Towarzystwo Medycyny Manualnej	Anglia
Manipulation Association of Chartered Physiotherapists	Anglia
Canadian Academy of Manipulative Therapy	Kanada
Australian Association of Orthopaedic Manipulative Therapists	Australia
Panhellenic Association of Manual Therapists (PAMP)	Grecja
Hellenic Manipulative Physiotherapy Association	Grecja
Korean Academy of Orthopedic Manual Therapy	Korea
Belgium Association of Manual Therapists)	Belgia

W 2000 r. w Dreźnie, odbyło się Zgromadzenie Generalne Prezydium i Delegatów Towarzystw Krajowych Federation Internationale de Medicine Manuelle (FIMM), w którym po raz pierwszy wziął udział przedstawiciel Polski, Prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego Medycyny Manualnej, dr n. med. Jerzy Stodolny. FIMM jest międzynarodową organizacją zrzeszającą lekarzy medycyny i doktorów osteopatii (D.O.) z całego świata (także z Polski).

Trzeba wyraźnie podkreślić, że obecnie stosowane leczenie manualne ma historię niezbyt odległą. Wywodzi się ono z XIX wieku (1894 r.) ze Stanów Zjednoczonych, gdzie powstały dwa niezależne

od siebie systemy badania i leczenia manualnego. Jeden z nich, zwany osteopatią, został opracowany przez A. Stilla, drugi, nazwany chiroterapią, przez D.D. Palmera. Oprócz rozwinięcia procedur diagnostyczno–lecniczych, każdy z powyższych twórców stworzył systemy szkolenia w zorganizowanych przez siebie uczelniach. Programy szkolenia, jak i system nauczania już od początku różniły się znacznie, a rozbieżności w miarę upływu lat, pogłębiały się. Uczelnie osteopatyczne rozwijały coraz szersze związki ze współczesną akademicką wiedzą medyczną, zaś chiropraktyczne trwały przy swoich tradycyjnych założeniach teoretycznych i koncepcjach leczniczych.

Tabela 2. Najbardziej uznane metody terapeutyczne

Nazwa metody	Geneza	Założenia metody
Butlera (neuromobilizacje)	David Butler lata 90 – XX w.	bezpośrednie mobilizacje tkanki nerwowej, mobilizacje tkanek sąsiednich, automobilizacje, profilaktyka
Cyriaxa	James Cyriax lata 60 – XX w.	trakcje, manipulacje, masaż poprzeczny, iniekcje sterydowe
Feldenkraisa	Moshe Feldenkrais lata 60 XX w.	reedukacja ruchowa, samopoznanie i rozwój własnego potencjału poprzez ruch
Hartmana	Laurie Hartman lata 80 XX w.	zasada „ogniskowania”, techniki rytmiczne, techniki pchnięć, techniki nacisku
Kaltenborna – Evjenth (OMT, Nordic System)	Freddy Kaltenborn Olaf Evjenth lata 60 – XX w.	3 stopnie trakcji i mobilizacji, poizometryczne rozluźnienie mięśni, wykorzystywanie licznych pomocy terapeutycznych
Maigne’a	Robert Maigne lata 60 – XX w.	mobilizacje czynne, bierne i z impulsem prowadzone zgodnie z zasadą „ruchu przeciwnego i bezbolesności”, hamowanie punktów bolesnych, ćwiczenia rozluźniające
Maitlanda (australian approach)	Geoffry Maitland lata 60 – XX w.	4 stopnie mobilizacji, manipulacje, lecznicze wykorzystanie testów napięciowych, zastosowanie w terapii kompresji powierzchni stawowych
Mc Kenzie (extension–flexion therapy)	Robin McKenzie lata 50– XX w.	ćwiczenia wykonywane najczęściej samodzielnie przez pacjenta, bierne mobilizacje i manipulacje („centralizacja objawów”)
Mennella	James Menell lata 60 – XX w.	trakcje oraz manipulacje przednio–tylne, boczno – przyśrodkowe, rotacyjne
Mulligana (mobilization with movement)	Brian Mulligan lata 90 – XX w.	mobilizacje w czasie ruchu ze specyficzną stabilizacją, samodzielne mobilizacje w czasie ruchu, plastrowanie
Plaatsman concept	Ger Plaatsman lata 90 – XX w.	połączenie różnych metod terapii manualnej i koncepcji wielu autorów
Yumeiho	dr Saionji Masayuki lata – 90 XX w.	manipulacje, mobilizacje, akupresura, elementy neuromobilizacji, różne formy masażu

Oba przedstawione kierunki nauczania istnieją w USA do dzisiaj, przy czym uczelnie osteopatyczne stały się ośrodkami kształcenia w zakresie nie tylko medycyny osteopatycznej, lecz ogólnej, zrównanymi w prawach i kompetencjach z amerykańskimi odpowiednikami naszych Akademii Medycznych. W Europie, wyższych uczelni medycznych o takim poziomie i uprawnieniach brak, niemniej istnieje wiele instytucji szkolących w zakresie medycyny manualnej. Zagadnienia medycyny manualnej wyklada się jako jeden z przedmiotów w wielu wyższych szkołach medycznych na terenie całej Europy. Szkolenie w tym zakresie jest bardzo popularne w Australii

i w Nowej Zelandii. W większości też krajów procedury postępowania manualnego są respektowane i refundowane przez zdrowotne towarzystwa ubezpieczeniowe, jako absolutnie równorzędne z innymi, powszechniej stosowanymi, metodami leczenia.

Obecnie, w krajach Unii Europejskiej, okres szkoleń podyplomowych w dziedzinie medycyny manualnej obowiązujący lekarzy i fizjoterapeutów wynosi minimum 320 godz. szkoleniowych.

W związku z rosnącą rolą terapii manualnej, jako jednej z uznanych metod fizjoterapeutycznych, istnieje konieczność przekazania podstawowej wiedzy z tego zakresu studentom Oddziału Fizjoterapii.

Należą do niej zagadnienia, które są niezbędne do opanowania umiejętności praktycznych potrzebnych do wykonywania zawodu fizjoterapeuty. Celem tak rozumianego przedmiotu jest zatem opanowanie przez studentów m. in.: wiedzy o roli i miejscu terapii manualnej w procesie fizjoterapii, o metodach i rodzajach terapii manualnej oraz o zagrożeniach, jakie niesie nieumiejętne jej stosowanie. Nauczanie tego przedmiotu ma również przygotować studentów do samodzielnej, świadomej i odpowiedzialnej pracy zawodowej, w której będą dokonywali wyborów odpowiedniej techniki/metody terapii manualnej. Terapia manualna powinna być traktowana zatem jako jeden z przedmiotów zawodowych i musi kończyć się egzaminem.

WCPT – Światowa Konfederacja Fizjoterapii i jej sekcja europejska European Region of WCPT przedstawiała wytyczne, wg których studia na poziomie pierwszego stopnia (licencjatu – bachelor degree), powinny zawierać w swoim programie nauczania przedmiot – terapia manualna.

W polskich standardach kształcenia na studiach pierwszego stopnia, na kierunku fizjoterapii wśród przedmiotów kierunkowych między kinezyterapią a fizykoterapią widnieje przedmiot: „Podstawy terapii manualnej”. Na tym poziomie nauczania studenci powinni opanować teoretyczne podstawy terapii manualnej oraz metodykę wykonywania zasadniczych zabiegów manualnych. Ponadto, powinni kończąc studia licencjackie, znać wskazania i przeciwwskazania do stosowania odpowiednich procedur leczniczych i posiadać ogólne rozeznanie wśród stosowanych metod terapeutycznych. Najbardziej uznane przedstawia tabela 2.



Pokaz techniki neuromobilizacji – jednej z metod terapii manualnej

Podczas realizacji przedmiotu niezbędne jest korzystanie z wiadomości pozyskanych w czasie nauczania innych przedmiotów, a szczególnie anatomii, kinezylogii i fizjologii. W związku z tym celowe jest nauczanie terapii manualnej dopiero na III roku studiów w naszym Oddziale Fizjoterapii. Jednak nie może być tak, że wiedzę z tego zakresu zdobywa, tak jak dotychczas, tylko student studiów magisterskich i to w wymiarze 60 godzin dydaktycznych bez egzaminu końcowego.

Wielokrotne rozmowy ze studentami oraz 2-letnie obserwacje w trakcie procesu nauczania terapii manualnej, wskazały na ogromne zapotrzebowanie na takie zajęcia, nawet jeżeli wiązałyby się to z dodatkowym egzaminem.

Obecnie w Zakładzie Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii powstaje autorski program, który ma stworzyć platformę nauczania dla studentów zarówno studiów licencjackich, jak i magisterskich.

Dla studentów studiów pierwszego stopnia tworzony program obejmuje między innymi takie tematy, jak: diagnostyka manualna, ogólne i specyficzne badanie manualne, neuromechanika i neuromobilizacje w fizjoterapii, manualne mobilizacje stawów kończyn (trakcje, mobilizacje), mobilizacje uciskowe punktów spustowych, poizometryczna relaksacja mięśni. Minimalna liczba godzin pozwalająca na optymalną realizację ww. zadań nie powinna być mniejsza niż 60.

Natomiast studenci studiów magisterskich mileliby stworzoną możliwość wnikliwszej nauki technik terapii manualnej oraz zastosowania jej metod w poszczególnych jednostkach chorobowych (w obecnym lub większym wymiarze godzin). W programie przewidziano zagadnienia, takie jak: diagnozowanie i leczenie zespołów bólowych kręgosłupa i kończyn metodą McKenziego, terapię manualną stawów skroniowo–żuchwowych oraz terapię w takich jednostkach chorobowych, jak: zespół bolesnego barku, zespół łokcia tenisisty, zespół kanału nadgarstka, zespoły korzeniowe, zespoły migrenowo–wegetatywne.

Stałe doskonalenie programu kształcenia przyszłych fizjoterapeutów jest ważne szczególnie ze względu na fakt, że we wszystkich krajach Unii Europejskiej fizjoterapeuci przestali już być zależni od lekarza przepisującego zabiegi i autonomicznie wykonują swój zawód (fizjoterapeuta ma tam pełną swobodę decyzji o szczegółach zabiegu i sposobie jego wykonania). Taki sposób wykonywania zawodu dotrze również niebawem i do Polski. Jest to po prostu nieuniknione i dlatego metody terapii manualnej muszą stanowić integralną część nauczania zawodowego przyszłych fizjoterapeutów.

AKTYWNOŚĆ RUCHOWA I ADAPTACYJNA, SPORT INWALIDÓW

**Mgr Jakub Adamczyk,
dr Zenon Jaszczur**

*Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii
II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej
w Warszawie*

Niepełnosprawni stanowią w polskim społeczeństwie dużą grupę. Dawno już minęły czasy, gdy osoby te uważano za „gorsze” i nieprzystosowane do życia. Od izolacji przechodzimy do integracji i coraz większa część aktywności fizycznej podejmowana przez osoby pełnosprawne, jest dostępna także dla ludzi niepełnosprawnych. Sport osób niepełnosprawnych to nie tylko gimnastyka lecznicza, ale także lekkoatletyka, pływanie, podnoszenie ciężarów, szermierka, piłka nożna, rugby, koszykówka i wiele innych dyscyplin sportowych.

Definicja sportu niepełnosprawnych mówi, że jest to forma aktywności ruchowej podnosząca sprawność fizyczną osób niepełnosprawnych, stanowi ważny element rehabilitacji. Dobór odpowiedniej dyscypliny dopasowanej do zainteresowań i możliwości stwarza szanse samorealizacji. Dziś wobec absolwenta kierunku fizjoterapia stawia się wymagania idące o wiele dalej niż tylko przygotowanie do usprawniania pacjenta po przebytych urazach czy chorobach. Zajęcia w ramach przedmiotu mają więc za zadanie przygotować studentów do pracy z osobami niepełnosprawnymi, w ramach szeroko pojętej aktywności ruchowej i adaptacyjnej, a także sportu.

Program zajęć ewoluował w ciągu ostatnich lat. Wychodząc naprzeciw wzrastającym wymaganiom wobec absolwentów studiów wyższych, staraliśmy się dostosowywać program do potrzeb i oczekiwań zarówno studentów, jak i przyszłych pracodawców.

Praca z osobami niepełnosprawnymi wymaga nie tylko wiedzy medycznej, ale również m.in. psychologicznej czy pedagogicznej, a także umiejętności praktycznych. Dzięki zaangażowaniu młodych pracowników Zakładu, rozszerzono program o podstawowe formy komunikacji z osobami niesłyszącymi (alfabet migowy) i niewidomymi (alfabet Braille’a), które od kilku lat, jako jedna z nielicznych uczelni, posiadamy w standardzie kształcenia.

Wiedza teoretyczna bez możliwości zastosowania jej w praktyce byłaby jedynie kolejnym niezbyt ciekawym elementem nauki. Studenci uczestniczą w zajęciach praktycznych, w trakcie których prowadzący prezentuje przykładowe ćwiczenia i formy

organizacyjne zajęć z niepełnosprawnymi. Poprzez symulację pewnych zachowań i sytuacji mogących wystąpić na zajęciach z osobami niepełnosprawnymi, mają możliwość swoistego połączenia dotychczasowej wiedzy teoretycznej z praktyką.

Specyfika tych zajęć nie polega przecież tylko na zróżnicowaniu grupy ćwiczących pod względem wieku, różnego poziomu sprawności fizycznej, ale także na psychicznym radzeniu sobie z ograniczeniami. Rodzi to konieczność rozpoznania potrzeb i oczekiwań osób niepełnosprawnych oraz indywidualizacji w podejściu do każdego podopiecznego. Praktyka taka jest niezbędnym elementem kształcenia.

Standardem jest w tej chwili indywidualne podejście do pacjenta, a w obrębie sportu osób niepełnosprawnych, do zawodnika. Studenci uczeni są korzystania z różnorodnych „kanałów informacyjnych”, umożliwiających możliwie najskuteczniejsze dotarcie do podopiecznych. Ponadto zapoznawani są ze specyfiką prowadzenia zajęć z grupami osób z różnymi dysfunkcjami (uszkodzenia sensoryczne, fizyczne, upośledzenie umysłowe, jak również wskazania i przeciwwskazania do ćwiczeń fizycznych we wszystkich grupach).

Równocześnie z zajęciami praktycznymi prowadzony jest cykl zajęć teoretycznych mający na celu zapoznanie studentów z zagadnieniami dotyczącymi sportu, treningu, rekreacji i turystyki oraz ze strukturą organizacyjną i systemem szkolenia i współzawodnictwa osób niepełnosprawnych.



Trening pod okiem trenera

Zakład Rehabilitacji korzysta z doświadczenia dr Zenona Jaszczura, który jest prezesem Polskiego Towarzystwa Społeczno-Sportowego SPRAWNI RAZEM, a w latach 1999–2001 był sekretarzem generalnym INAS-FID (Międzynarodowa Organizacja Sportu Osób Niepełnosprawnych Intelktualnie). Był też jednym z założycieli Polskiego Komitetu Paraolimpijskiego i jego wiceprezesem w latach 1999–2006.

Miejsce sportu niepełnosprawnych w kulturze fizycznej, problemy niepełnosprawnych z dostępem do aktywności ruchowej, tendencje rozwoju sportu, rekreacji i turystyki niepełnosprawnych, rola aktywności ruchowej w pomnażaniu szans życiowych niepełnosprawnych, jako istotnego czynnika rehabilitacji, międzynarodowe i narodowe organizacje zajmujące się sportem osób niepełnosprawnych, międzynarodowy ruch paraolimpijski (Międzynarodowy Komitet Paraolimpijski, zadania Polskiego Komitetu Paraolimpijskiego, organizacja Igrzysk Paraolimpijskich), polityka państwa w zakresie kultury fizycznej i sportu osób niepełnosprawnych, rola stowarzyszeń sportowych, podstawy teorii treningu osób niepełnosprawnych ze szczególnym uwzględnieniem fizjologii wysiłku, to tylko niektóre tematy poruszane na zajęciach.

Kolejnym nauczanym elementem jest zapoznanie studentów z podstawami antropomotoryki. Motoryczność człowieka, tak często zaburzona u osób niepełnosprawnych, posiada swoją metodykę kształtowania. Fizjoterapeuta ma przecież do czynienia z człowiekiem, pacjentem, który częstokroć jest sportowcem. Powinien znać nie tylko biologiczną stronę funkcjonowania człowieka, ale też wiedzieć, jakie metody treningu najskuteczniej oddziałują na poszczególne cechy motoryczne i jak dobierać te metody ze względu na zamierzony efekt.



Elementy koszykówki na wózkach



Siatkówka niepełnosprawnych

Dzięki konsultacjom ze studentami na bieżąco staramy się dostosowywać program do ich oczekiwań. Staramy się również zachęcać ich do aktywnego uczestnictwa w sporcie niepełnosprawnych. Nawiązanie współpracy z Integracyjnym Klubem Sportowym przy warszawskiej AWF dało możliwość obserwacji treningu szermierki na wózkach, a współpraca z klubami sportowymi niepełnosprawnych START koszykówki, pływania. Możliwość rozmów z zawodnikami na temat wpływu sportu na rehabilitację i przygotowanie ich do życia, a także spróbowania swych sił w aktywności charakterystycznej dla niepełnosprawnych zawodników to tylko niektóre zalety tych zajęć. Były one realizowane w formie fakultatywnej i wymagały od studentów dojazdu w czasie wolnym od zajęć. Mimo tego zdecydowana większość studentów brała w nich czynny udział. Wydaje się więc, że taka forma zajęć mogła by na stałe znaleźć miejsce w programie.

Nawiązaliśmy również współpracę z Funduszem Aktywnej Rehabilitacji, dzięki czemu studenci mają szansę opanować podstawy umiejętności jazdy na wózkach inwalidzkich.

Zdajemy sobie sprawę, że nie wszystkie tematy, które chcielibyśmy realizować i te, których oczekują studenci, możemy realizować. Braki sprzętowe (tylko jeden wózek inwalidzki, brak piłek do gólbilla) czy w infrastrukturze (brak pełnowymiarowej sali gimnastycznej), utrudniają prowadzenie zajęć. Tym niemniej, staramy się wychodzić naprzeciw oczekiwaniom i cały czas rozszerzać naszą ofertę programową. Tylko bowiem takie kompleksowe podejście do tej problematyki daje fizjoterapeucie możliwość pełnego odnalezienia się we współpracy z osobami niepełnosprawnymi uprawiającymi sport.

PEDAGOGIKA – DZIEDZINA NIEZBĘDNA W PROCESIE NAUCZANIA STUDENTÓW FIZJOTERAPII

Mgr Anna Ostaszewska

*Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II WL
Akademii Medycznej w Warszawie*

Wybrane zagadnienia z pedagogiki ogólnej, specjalnej i terapeutycznej stanowią łącznik wiedzy z zakresu nauk biologicznych, medycznych i humanistycznych.

Pojęcie terapii, początkowo wiązane wyłącznie z medycyną, dziś weszło na stałe do terminologii innych nauk. Posługują się nim zarówno pedagogika, jak i psychologia oraz socjologia. Z punktu widzenia tych nauk termin terapia oznacza „system działań stosowanych nie tylko wobec osób chorych, ale także jednostek o zaburzonym rozwoju lub poszukujących rozwiązań sytuacji trudnych, dotkniętych nałogami, objawiających cechy zaawansowanej psychopatii”. Pojęcie oddziaływań terapeutycznych – rehabilitacyjnych jest jednym z tych zagadnień, którego problematyka nie mieści się w jednej dziedzinie naukowej. Złożoność problemów i zadań z nim związanych wymaga rozpatrywania go przynajmniej na gruncie psychologii i pedagogiki. W oddziaływaniu terapeutycznym istotną rolę może odegrać „trening pedagogiczny”. Określenie to wymaga jednak pewnych wyjaśnień, gdyż często traktuje się go równoznacznie z ćwiczeniami sfery instrumentalnej. Trening to różnego rodzaju procedury polegające na wielokrotnym pobudzaniu, powtarzaniu i wzmacnianiu oczekiwanych reakcji w ramach celowo organizowanej sytuacji bodźcowej.

Przedmiot pedagogika przygotowuje studentów fizjoterapii do tego, jak mają postępować z pacjentami przewlekle chorymi, kalekimi, w stanach terminalnych, jak rozmawiać o śmierci i umieraniu. Umiejętność doboru technik rozmowy stosowanych przez fizjoterapeutę jest dla pacjenta niezwykle ważna. Pomaga tworzyć wiarę w lepsze jutro i buduje motywację do walki z chorobą i kalectwem oraz wskazuje możliwości znalezienia drogi w życiu. Studenci uczą się, jak postępować z pacjentami obciążonymi trwałym kalectwem fizycznym, z osobami niewidomymi i niedowidzącymi, osobami głuchoniemymi oraz upośledzonymi umysłowo. Ich motywacja i determinacja w pracy, umiejętność doboru metod działania i odporność

na stres w pracy z pacjentem jest często wykładnikiem powrotu do zdrowia osoby chorej.

Przedmiot wykładany jest w grupach 20 osobowych w I semestrze studiów I stopnia w liczbie 15 godzin seminariów i 5 godzin wykładów oraz w I semestrze studiów II stopnia w liczbie 10 godzin seminariów i 15 godzin wykładów, co daje możliwość szerokiej wymiany poglądów, jak również odpowiedniej kontroli wiadomości. Pozwala skutecznie zainteresować studentów problematyką tak istotną dla dobra pacjenta.

Pedagogika ma zatem dla przyszłych fizjoterapeutów znaczenie strategiczne. Uczy jak mówić, aby być wiarygodnym dla pacjenta, jak słuchać i nauczyć pacjenta wiary i chęci walki z chorobą.

W latach 2001/2002 – 2005/2006 przedmiot był wykładany w I semestrze studiów I stopnia w liczbie 45 godzin seminariów, umożliwiając tym samym kompleksowe przygotowanie studenta do pracy z osobą chorą czy niepełnosprawną ruchowo i umysłowo. Obecnie program pedagogiki został zmodyfikowany zgodnie ze standardami kształcenia w Unii Europejskiej, a zagadnienia z zakresu pedagogiki specjalnej zostały przeniesione na I semestr studiów II stopnia. Jest to korzystne, ponieważ przy tak szybko rozwijającej się dziedzinie nauki, wskazane jest, aby jak najwłaściwiej informować o nowych metodach pracy pedagogicznej z pacjentami, w tym z dziećmi szczególnej troski, tak aby dać im szansę godnego życia.

Natomiast zredukowanie liczby godzin z 45 do 15 w I semestrze studiów I stopnia obniżyło możliwość rzetelnego przygotowania studentów – przyszłych absolwentów studiów licencjackich, biorąc pod uwagę fakt, że nie każdy podejmuje kształcenie na studiach magisterskich. Ogranicza to możliwość późniejszego zatrudnienia absolwentów w placówkach specjalistycznych.

Polska, będąc członkiem Unii Europejskiej, jest zobowiązana do powoływania i przekształcania szkół w szkoły integracyjne, zgodnie z obowiązującą Deklaracją Bolońską, co wymagać będzie zatrudnienia fizjoterapeutów w tych placówkach, celem zapewnienia dzieciom niepełnosprawnym takiego samego startu w dorosłe życie i możliwości kształcenia jak dzieciom pełnosprawnym.

Problem niepełnosprawności nadal znacznie przekracza świadomość społeczną – sytuacja ludzi niepełnosprawnych jest tak naprawdę mało znana szerokiej opinii publicznej, m.in. na skutek zaniechań ze strony środków przekazu. Należy zatem dążyć do rozbudzenia większej wrażliwości społecznej, co także stanowi treść nauczania.

Rehabilitacja, jak podaje Encyklopedyczny Słownik Rehabilitacji, jest „złożonym procesem obejmującym oddziaływania lecznicze, społeczne, zawodowe, a w przypadku dziecka także pedagogiczne, zmierzające do przywrócenia sprawności i umożliwienia samodzielnego życia w społeczeństwie człowiekowi, który takich możliwości nie miał lub z powodu przebytego urazu czy choroby utracił je”.

Według WHO, rehabilitacja jest kompleksowym i interdyscyplinarnym procesem, którego celem jest ochrona zdrowia, rozwijanie oraz utrzymywanie jak najlepszej sprawności życiowej osób, których zdrowie jest zagrożone lub zostało utracone wskutek choroby, urazu, wad wrodzonych lub nabytych.

Rehabilitacja psychopedagogiczna zajmuje szczególne miejsce w kompleksowym procesie usprawniania. Powiązanie oddziaływań między ciałem (soma) i psychiką (psyche) ma związek przyczynowo – skutkowy i przedstawia się w sposób następujący: uszkodzenie somatycznego funkcjonowania organizmu jest rejestrowane przez psychikę. Reakcja psychologiczna na uszkodzenie somatyczne prowadzi w efekcie do zmiany funkcji psychicznych oraz ewentualnych dalszych, wtórnych zaburzeń psychosomatycznych. Zagadnienie to należy rozpatrywać pod kątem reakcji osobistych, wpływu osobowości przedchorobowej, podejmowania decyzji (motywacji), obrazu ciała oraz rodziny.

W programie nauczania pedagogiki uwzględnia się omówienie różnych sytuacji nagłej utraty sprawności u człowieka. Zwraca się uwagę szczególnie na 5 istotnych stadiów: stadium szoku psychicznego, oczekiwania wyleczenia, opłakiwania straty, zachowania obronnego i stadium właściwego przystosowania.

Nauczanie o przebiegu usprawniania musi uwzględniać potrzeby pacjenta i jego choroby. Program obejmuje zatem także zagadnienia związane z nauczeniem studenta, jak poznać i ocenić potrzeby pacjenta w obszarach poczucia własnej wartości, realnych potrzeb i motywacji. Pedagogika specjalna zawiera ponadto materiały dotyczące zachodzących przemian w szkolnictwie specjalnym polegające przede wszystkim na zmianie podejścia do niepełnosprawnego dziecka, na zwró-

ceniu uwagi na jego indywidualne, zmienione przez dysfunkcje, potrzeby oraz na podejmowaniu działań w celu stworzenia mu jak najlepszych warunków do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Prawo dziecka niepełnosprawnego do nauki razem ze swoimi pełnosprawnymi kolegami jest jedną z głównych zasad edukacji w krajach Unii Europejskiej. Polskie Ministerstwo Edukacji Narodowej, przygotowując program zmiany w oświacie, ważną rolę wyznaczyło właśnie budowaniu przemian w kształceniu uczniów niepełnosprawnych ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Doświadczenia wielu krajów pokazują, że integracji dzieci i młodzieży o specjalnych potrzebach edukacyjnych najlepiej służą szkoły integracyjne, które są otwarte dla wszystkich dzieci w danej społeczności. To właśnie w szkołach i klasach integracyjnych dzieci i młodzież niepełnosprawna mogą osiągnąć najlepsze wyniki w nauce i zintegrować się ze społeczeństwem. Dzieci niepełnosprawne, które uczą się w szkołach z pełnosprawnymi rówieśnikami, w większym stopniu rozwijają swoje społeczne i zawodowe umiejętności, które są potrzebne w codziennym życiu i na rynku pracy. Nauka w tej samej szkole jest korzystna nie tylko dla dzieci niepełnosprawnych, ale także dla ich pełnosprawnych kolegów. Pozwala im lepiej rozumieć, że osoby z niepełnosprawnością mają prawo do pełnego uczestnictwa i równości w społeczeństwie. Szkolnictwo integracyjne jest więc najskuteczniejszym środkiem budowania solidarności między dziećmi o specjalnych potrzebach i ich pełnosprawnymi rówieśnikami.

Podczas zajęć z pedagogiki specjalnej omawiamy również zagadnienia dotyczące dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, które mają upośledzenia fizyczne, upośledzenia sensoryczne, bądź poważne problemy w nauce lub też problemy emocjonalne. Zwrócenie uwagi na podmiotowość osób niepełnosprawnych jest wynikiem głębokich przemian, jakie dokonały się w świadomości naszego społeczeństwa. Wiąże się to ze zmianą hierarchii wartości i metod działania w wielu dziedzinach życia, wyzbyciem się uprzedzeń, co w konsekwencji pozwoli zapewnić każdemu dziecku dostęp do pełnej edukacji.

SYLWETKA ZAWODOWA ABSOLWENTA FIZJOTERAPII A RZECZYWISTOŚĆ

Mgr Jakub Stolarski

Pięć lat temu zostałem studentem Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie. Tak, jak ponad setka podobnych do mnie młodych ludzi, miałem zmierzyć się z nowymi realiami, z nowym otoczeniem, a przede wszystkim – z nowym kierunkiem studiów na Akademii Medycznej w Warszawie. Moim celem było zostanie „wzorcowym absolwentem”, a wzór został nakreślony przez Panią Profesor Joannę Juskową, ówczesną Prodziekan ds. Oddziału Fizjoterapii II WL, i zamieszczony w przewodniku dydaktycznym dla studentów fizjoterapii. Dowiedziałem się z niego, jakie wiadomości powinienem uzyskać dzięki studiom oraz gdzie będę mógł później szukać zatrudnienia. Wydawało mi się to wtedy sprawą bardzo odległą, a wręcz abstrakcyjną. A jednak – stało się. W czerwcu pomyślnie obroniłem pracę magisterską i wraz z całą grupą magistrów miałem przyjemność odebrać pierwsze w historii warszawskiej Akademii Medycznej dyplomy magistra fizjoterapii.

Czy studiowanie było łatwe i przyjemne? Tak. Czy było trudne i stresujące? Tak. Miłe i beztrudne? Tak. Wymagające ciężkiej pracy i zaangażowania? Tak.

Jako pierwszy – doświadczalny – rocznik studentów fizjoterapii mieliśmy zaszczyt przecierania szlaków. Bardzo dużo ludzi „uczyło się na nas”, co często było powodem powstawania dziwnych historii, które teraz wspominam z uśmiechem.

Jedną z nich był obowiązek prowadzenia dzienników „pracy własnej”. Gruby zeszyt z własnoręcznie ponumerowanymi stronami (żeby nie wrywać kartek) i pieczęcią z Dziekanatu. Do tej pory nie wiadomo jednoznacznie, co w takim dzienniczku miało się znaleźć oraz w jaki sposób jego zawartość miała być oceniana. Jedni odrabiali w nim prace domowe lub wklejali kserokopie podręczników, inni pisali przemyślenia z odbytych zajęć, a jeszcze inni traktowali go jako swego rodzaju pamiętnik. Chyba nawet Pani Dziekan Juskowa nie miała konkretnego pomysłu związanego z dzienniczkiem, a z każdym dniem malała liczba osób do niego sięgających. W końcu dzienniczki umarły śmiercią naturalną. Prawdopodobnie ostatnią osobą, która poważnie traktowała dzienniczek była – prowadząca wówczas zajęcia z kinezylogii – Pani mgr Janina Wereszczak-Wzorek, której notatki z domowej aktywności stu-

dentów bardzo pasowały do niekonwencjonalnych metod nauczania. Dość szybko jednak dzienniczki pracy własnej odeszły w niepamięć, podobnie jak nauczycielka kinezylogii. Jej następcą został Pan doktor Dariusz Białoszewski, który jako bardzo dobry pedagog, służący radą i pomocą, od razu stał się dobrym duchem studentów. Mocno angażując się w funkcjonowanie naszego Oddziału, został opiekunem naszego roku oraz założył Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii.

Wydarzeniami, które z perspektywy czasu mile wspominam, były wizyty i rozmowy z Panią Dziekan Juskową. Pełniąc funkcję starosty grupy roku, miałem kilkakrotnie okazję przetestować się w roli dyplomaty i łącznika pomiędzy studentami a najwyższą władzą naszego Oddziału. Do każdej takiej rozmowy długo się przygotowywałem, ponieważ prowadzenie dialogu nie było sprawą łatwą. Trzeba było sporo się nagimnastykować i często zdecydowanym manewrem wejść Pani Dziekan w zdanie, żeby dojść do głosu. Na szczęście, z czasem zacząłem radzić sobie z tym coraz lepiej, nauczyłem się opanowywać zdenerwowanie, które początkowo – nie ukrywam – występowało. Doświadczenie w prowadzeniu konwersacji, jakie zdobyłem podczas tych rozmów, wykorzystałem niejednokrotnie zdając ustne egzaminy. I chociaż większość studentów nie przepada za tą formą kontrolowania wiedzy, dla mnie sesje egzaminacyjne mogłyby składać się wyłącznie z egzaminów w cztery oczy z nauczycielem.

Celem wspomnianych wizyt w gabinecie Pani Dziekan najczęściej były kwestie związane z „przecieraniem szlaków”. Mając przyjemność studiować na nowo otwartym kierunku, dość często napotykailiśmy na problemy, których nikt wcześniej nie przewidział, a które okazywały się być problemami dopiero jakiś czas po ich wystąpieniu. Często zdarzało się tak, że asystenci prowadzący zajęcia nie wiedząc dokładnie, czego mają nas nauczyć i nie mając planu zagadnień z danego przedmiotu dla potrzeb fizjoterapii, ratowali się pytaniem do studentów: „Co chcecie wiedzieć?”

Studenci natomiast, dopiero po odbyciu cyklu zajęć z danego przedmiotu mogli odpowiedzieć na pytanie, czy przekazany zakres materiału jest odpowiedni, czy powinien ulec zmianie. Wynikały z tego różnice w tematyce zajęć w poszczególnych grupach, które były znacznym problemem przy weryfikacji wiedzy w sesji egzaminacyjnej.

Chyba najbardziej rażące nieporozumienie – bo tak trzeba to nazwać – miało miejsce w przypadku zajęć z biomechaniki, które pierwotnie miały odbyć się na Politechnice i być prowadzone przez tamtejszych nauczycieli. I gdyby nie szybka interwencja, pewnie by się odbyły. A studenci Akademii Medycznej poznałoby od strony technicznej budowę aparatów do elektrostymulacji, które wyszły z użycia kilkadziesiąt lat temu... Ciekawie wyglądałby przewidziany egzamin, bo – jestem pewien – przyszli fizjoterapeuci mieliby nie lada problem z odpowiedzią na „banalne” pytania zadane przez inżyniera. Jak się okazało, biomechanika biomechanice nierówna. Ale pocieszający jest fakt, że student Politechniki miałby podobne problemy, gdyby dostał do ręki podręcznik Anatomii Bochenka i miał zrozumieć i przyswoić biomechanikę stawu kolanowego...

Na szczęście wszelkie dane, jakie dostarczał „z linii frontu” nasz rocznik, posłużyły do tego, aby dopracować rozkład zajęć na poszczególne lata, plany dydaktyczne dla konkretnych przedmiotów i ujednoczyć zakres przekazywanego studentom materiału.

Najmniej przyjemnym okresem w trakcie pięcioletniej styczości z warszawską Akademią Medyczną były dla mnie... wakacje. To paradoks, ale właśnie wakacje po 3 roku studiów, czyli po uzyskaniu tytułu licencjata, przysporzyły mi największej ilości niemiłych wspomnień. Myślę, że podobne odczucia mieli wszyscy ci, którzy chcieli kontynuować naukę na uzupełniających studiach magisterskich. Teoretycznie, przez trzy lata studiów licencjackich byliśmy zapewniani, że studia magisterskie powstaną, że licencjaci fizjoterapii będą mieli szansę płynnego przejścia do dalszego etapu kształcenia. Rzeczywistość okazała się jednak zupełnie inna. Większa część wakacji była okresem oczekiwania na jakiegokolwiek decyzje w sprawie studiów magisterskich. Nieznana była liczba miejsc, nieznane były zasady rekrutacji, a tym bardziej dokładne terminy. Pewnego dnia, będąc poza Warszawą, odebrałem od koleżanki, która przez przypadek znalazła się w Dziekanacie, telefon z informacją, że muszę przyjechać na rozmowę kwalifikacyjną. Oficjalne, listowne powiadomienie o rekrutacji na studia magisterskie otrzymałem kilka dni po odbyciu rozmowy!

Rozmowa polegała na odpowiedzi na jedno pytanie. Bardzo łatwo było więc trafić na odpowiednie dla siebie pytanie, ale równie łatwo było dostać pytanie, na które odpowiedzi się nie zna. Po ogłoszeniu wyników rekrutacji wśród studentów popularne było stwierdzenie: „Wylosowałem miejsce na studiach magisterskich”.

Poza tym, dość nieprzyjemny okazał się fakt, że licencjaci z Akademii Medycznej nie mieli żadnego przywileju podczas rekrutacji na studia magisterskie, chociaż, jak się później okazało, rzeczywistym poziomem wiedzy absolwenci uczelni warszawskiej przewyższali przybyszy z innych uczelni.

Ale wracając do tematu. Miałem przecież odpowiedzieć na pytanie, czy po tych pięciu latach ciężkich bojów stałem się wzorcowym absolwentem. Analizując sylwetkę absolwenta opisaną w przewodniku dydaktycznym i porównując ją do siebie, większość wymienionych cech przykładowego fizjoterapeuty mogę sobie przypisać. Studia nauczyły mnie planować, wykonywać i nadzorować terapię i poszczególne zabiegi oraz dobierać odpowiednie metody postępowania. Potrafię kształtować i podtrzymywać sprawność i wydolność osób w różnym wieku, dostosowywać swoje działania do nadrzędnych celów rehabilitacji. Jestem obyty w kontakcie z pacjentem, umiem organizować pracę w zakresie kinezyterapii, fizykoterapii i masażu. Biorę udział w zebraniach szkoleniowych Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, uczestniczę w kongresach naukowych.

Uważam jednak, że oprócz listy umiejętności, jakie zdobyłem studiując fizjoterapię, równie ważna jest moja subiektywna ocena zdobytego zawodu. Studia określiły tylko mój zawód, ale ja sam musiałem dojrzeć do tego, żeby postrzegać go jako ciekawy sposób na dalsze życie. Wzorcowy absolwent powinien więc nie tylko być odpowiednio przygotowany merytorycznie do pełnionej funkcji, ale swoim poświęceniem i zaangażowaniem potwierdzać wartość swoich umiejętności oraz uczelni, na której je zdobył.

W mojej opinii, studia mają także na celu wskazać drogę dalszego rozwoju. W dzisiejszych czasach fizjoterapia nie jest już dziedziną ogólną. Żeby dobrze, a co ważniejsze – skutecznie wykonywać swoją pracę, rehabilitanci muszą dążyć do wąskiej specjalizacji poprzez dodatkowe kursy i szkolenia. Prawdopodobnie długo jeszcze trzeba będzie czekać, aby w obrębie jednego kierunku działało kilka odrębnych nurtów szkolenia dla fizjoterapeutów chcących doskonalić swój warsztat pracy w wąskiej dziedzinie. Dlatego należy cieszyć się z tego, że studiując fizjoterapię na warszawskiej Akademii Medycznej można uzyskać solidną podstawę, a poprzez przegląd wszystkich dziedzin, w jakich można stosować fizjoterapię, wybrać sobie tę, z którą chce się związać w przyszłości.

Z perspektywy mojej, czyli fizjoterapeuty dążącego do rozszerzania swojej wiedzy poprzez udział w specjalistycznych szkoleniach, korzystny jest podział pięcioletnich studiów na dwa etapy –

licencjacki i uzupełniający magisterski. Mając dyplom licencjata, już po trzech latach nauki mogłem przystąpić do kursów przeznaczonych dla dyplomowanych fizjoterapeutów. Sytuacja taka pozwala na dość wczesne rozpoczęcie podwyższania pułapu umiejętności, niezwykle istotnego podczas poszukiwania pracy.

Pracować można natomiast w wielu miejscach. W zależności od dodatkowych kwalifikacji zawodowych i własnych preferencji, można szukać zatrudnienia w przychodniach rehabilitacyjnych o różnym profilu działalności, szpitalach, sanatoriach. Często jeszcze jednak można spotkać się z przejawami nieufności pracodawców przyzwyczajonych do rehabilitantów zdobywających wykształcenie na Akademii Wychowania Fizycznego. Mam nadzieję, że sytuacja ta wkrótce się zmieni dzięki bardzo dobremu świadectwu, jakie na rynku pracy dawać będą absolwenci Oddziału Fizjoterapii z warszawskiej AM.

Podsumowując, jeszcze raz podkreślę, że nie było łatwo stać się „wzorcowym absolwentem”. Oprócz podstawowego problemu studenta Akademii Medycznej, czyli sporej ilości materiału do opanowania, grupa świeżo upieczonych magistrów musiała stawić czoło przeciwnościom związanym z tym, że jako pierwsza w historii prestiżowej warszawskiej uczelni musiała osiągnąć cel w postaci ukończenia studiów w Oddziale Fizjoterapii...

Niemniej jednak, pięć lat spędzonych na warszawskiej Akademii Medycznej oceniam bardzo pozytywnie. Uzyskałem ciekawy zawód pozwalający na ciągłe doskonalenie. Zdobyłem motywację do poszerzania wiedzy w celu lepszego wykorzystywania możliwości fizjoterapii. Mam też nadzieję, że większość moich koleżanek i kolegów ma podobne odczucia, a efektem powyższych będzie poważanie ze strony pracodawców, a przede wszystkim – pacjentów.

PODEJMOWANIE PRACY W KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ – perspektywy polskiego fizjoterapeuty

Anna Słupik

Członkostwo Polski w Unii Europejskiej niesie ze sobą nowe możliwości podejmowania nauki i pracy w krajach Wspólnoty. Aktualnie obowiązujące przepisy Unii Europejskiej zezwalają obywatelom państw członkowskich na pracę na całym obszarze UE na równych prawach (przy ubieganiu się o pracę, zarobkach, warunkach pracy, ubezpieczeniach socjalnych). Niektóre państwa, w trosce o własny rynek pracy, wprowadziły okres przejściowy, w czasie którego obywatele nowych państw członkowskich, w tym Polski, muszą otrzymać pozwolenie na pracę. Wydawane jest ono najczęściej dopiero po spełnieniu pewnych warunków, np. pracodawca musi wykazać, że przez pewien, określony czas, szukał pracownika z danym wykształceniem, ukończonymi kursami itd. na lokalnym rynku, ale nie znalazł odpowiedniego kandydata. W krajach, gdzie nie kształcą się fizjoterapeutów w systemie pięcioletnich studiów magisterskich wydaje się być to dość proste, ponieważ na lokalnym rynku pracy trudno jest znaleźć osobę legitymującą się wyższym wykształceniem i tytułem magistra. W praktyce nie jest to jednak

takie proste, ze względu na konieczność uzasadnienia przez pracodawcę chęci przyjęcia do pracy osoby z tytułem magistra, a nie licencjata. Sytuacja przedstawia się prościej w państwach, które nie wprowadziły okresu przejściowego lub już go zniosły, np. w Wielkiej Brytanii. Przy ubieganiu się o pracę fizjoterapeuty, kandydaci z państw członkowskich Wspólnoty muszą być po prostu lepiej wykształceni i przygotowani do pracy z pacjentem niż konkurenci.

W całej Europie, tak jak i w Polsce, o przyjęciu do pracy decydują często kursy doskonalące. Prym wiodą: terapia manualna (klasyczna, Matiland, Mulligan, McKenzie, rzadziej Kaltentborn), metoda Vojty, Bobath (zarówno dla dorosłych, jak i dzieci), E-Technik, Klein-Vogelbach, Brunkow, Feldenkreis, PNF. W pracy z pacjentami ze specyficznymi jednostkami chorobowymi, ważne są kursy ukierunkowane na terapię tych chorób, np. leczenie skolioz wg Schroth. Dla pracodawców w dużych klinikach rehabilitacyjnych liczą się kursy terapii grupowej, takie jak Nordic Walking, trening sekwencyjny ze wskazań medycznych, Aqua Jogging, Tai-Chi, hipoterapia. Wymagania różnią się w zależności od profilu kliniki, jej wielkości

i możliwości prowadzenia różnych form terapii. Koszty kursów są bardzo zbliżone do polskich. Różnica tkwi natomiast w finansowaniu kursów. W krajach Wspólnoty część kosztów może pokryć pracodawca (jeśli wymaga, żeby terapeuta pracował daną techniką) lub urząd pracy (dotyczy bezrobotnych). Pozostałe koszty (dojazd, wyżywienie, opłatę za kurs, książki) można często, na pewnych warunkach, odliczyć od podatku. Oprócz tego, pracownik, który podejmuje kształcenie na dodatkowych kursach doszkalających, dostaje urlop na czas nauki (dni te nie wliczają się oczywiście do urlopu wypoczynkowego). Z drugiej strony pewnych kursów, np. metody Bobath nie można ukończyć bez udokumentowanej praktyki, czyli pracy z danymi pacjentami, dlatego też osoba bezrobotna nie zostanie na taki kurs zakwalifikowana.

Fizjoterapeuta po skończeniu studiów w Polsce ma szersze, niż jego koledzy zza zachodniej granicy, możliwości podjęcia pracy. Może pracować jako fizjoterapeuta (ćwiczenia indywidualne, terapia manualna, ćwiczenia grupowe, zajęcia w wodzie), masażysta, fizykoterapeuta lub terapeuta sportowy (ćwiczenia grupowe, trening siłowy i zajęcia sportowe jako terapia). W wielu krajach UE są to oddzielne zawody. Różnią się one również niestety w kwestii zarobków. I tak, najlepiej płatne są stanowiska fizjoterapeuty i terapeuty sportowego, gorzej masażysty (tu prawie zawsze niezbędne są kursy drenażu limfatycznego i specjalistycznych technik masażu, a mile widziane takie techniki jak masaż reflektoryczny stóp), a najgorzej fizykoterapeuty, nawet, jeśli pracownik posiada wyższe kwalifikacje. Tak jak w Polsce, fizjoterapeuta może pracować w szpitalu, przychodni (np. w Szwecji), ale również w klinice rehabilitacyjnej. Kliniki takie funkcjonują najczęściej jako leczenie szpitalne w systemie stacjonarnym. Można je porównać do polskich uzdrowisk, tyle że szerzej rozpowszechnionych, bowiem każdy ubezpieczony pacjent jest automatycznie kierowany na zabiegi rehabilitacyjne tuż po opuszczeniu szpitala i trafia do kliniki, oferującej takie zabiegi jeszcze tego samego dnia. Popularne są również prywatne praktyki, w których zatrudnianych jest 4–10 fizjoterapeutów. Praca w tego typu gabinetach jest lepiej płatna, lecz cięższa, ze względu na wymagania czasu pracy – praca popołudniami, często 8 godzin bez przerw. Klienci takich gabinetów to prywatni pacjenci (rzadko) lub osoby kierowane na zabiegi rehabilitacyjne przez lekarza domowego (za zabiegi usprawniające płaci jednostka służby zdrowia). W państwach skandynawskich w ogóle nie funkcjonuje model prywatnych firm (ze względu na wysokie podatki) i prywatnej opieki

zdrowotnej, a leczenie jest, z małymi wyjątkami, np. leczenie stomatologiczne, finansowane z budżetu państwa.

Czas pracy fizjoterapeutów pracujących w krajach Unii Europejskiej również różni się nieco od warunków polskich. W większości państw UE fizjoterapeuta pracuje 38,5 – 40 godzin w tygodniu, czyli średnio 8 godzin dziennie. Praktycznie jest to jednak 9 godzin, gdyż dochodzi do tego godzinna przerwa obiadowa. W trakcie obowiązujących godzin pracy, nawet jeśli pacjent nie przyszedł lub ma się kilkuminutową przerwę, nie wolno opuścić stanowiska pracy (np. danego oddziału). W zależności od liczby pacjentów, praca może przedłużyć się o nadgodziny, dlatego też fizjoterapeuta powinien być dyspozycyjny.

W krajach Unii Europejskiej rzadkością są rehabilitanci, którzy dodatkowo pracują (jeśli już, to w weekendy). Jednocześnie pracodawcy coraz częściej zawierają w umowie o pracę klauzulę o zgodzie pracodawcy na podjęcie drugiej pracy. Zapobiega to chronicznemu zmęczeniu pracownika, który pracowałby więcej niż 8 godzin dziennie. System pracy też jest nieco inny – każdego pacjenta leczy się indywidualnie (poza zajęciami grupowymi) i jest na to przeznaczony określony czas (np. 30 min dziennie), którego nie wolno skrócić. W tym czasie fizjoterapeuta powinien przeprowadzić konieczne badania, ćwiczenia, dać instruktaż do domu itd. w zależności od potrzeb pacjenta, który przychodzi do rehabilitanta codziennie i nie zmienia osoby prowadzącej usprawnianie przez cały okres leczenia w danym ośrodku klinicznym.

Wszystko to czyni pracę za granicą ciekawą i motywującą, a polskiego fizjoterapeutę atrakcyjnym pracownikiem pod warunkiem posiadania przez niego... silnego charakteru, motywacji, żeby dać sobie radę w zupełnie obcym miejscu i oczywiście znajomości języka obcego, również fachowego!

ŻYCIE TOWARZYSKIE „FIZJOSTUDENTÓW”

Katarzyna Zięba, Anna Słupik

Każdy student obok życia naukowego wzbogaca, równie pilnie, życie towarzyskie. Jego natężenie jest odwrotnie proporcjonalne do ilości materiału sesyjnego, a rozpowszechnienie wśród populacji niezwykle regularne...

Największą imprezą roku akademickiego są Otrzęsiny Młodych Medyków, które tradycyjnie odbywają się w Klubie Medyka. Tłumnie zgromadzeni studenci I roku (ze wszystkich kierunków na AM) na długo po zabawie rozpamiętują zadane im tam „tortury”.

Równie dobrze sprawdzają się imprezy organizowane tylko dla „fizjostudentów”, jak FizjoParty, które w ubiegłym roku akademickim odbyło się dwukrotnie w klubie Lucid. Organizatorami tej zabawy integracyjnej jest YEAP Polska (Europejskie Stowarzyszenie Młodych Fizjoterapeutów) przy współpracy studentów Fizjoterapii z różnych uczelni (głównie AM i AWF). W trakcie FizjoParty nie da się zapomnieć o życiu zawodowym i między parkietem a sączeniem „zimnych napoi” można wziąć udział w warsztatach czy prezentacjach multimedialnych nowych technik terapeutycznych.

Oczywiście nie można tu nie wspomnieć o poważniejszych imprezach, jak Bal Połowinkowy, który tradycyjnie odbywa się na wiosnę w Auli Politechniki Warszawskiej. Wspaniała zabawa do białego rana, ale oczywiście okupiona stresem związanym z doborem sukni balowej i niewygodnymi butami...



Obóz narciarski w Szczyrku

Na co dzień pozostają nam bardziej kameralne kluby studenckie (Remont, Hybrydy, Scena, Orange), puby „z dobrym małym z pianką” [oczywiście bezalkoholowym;]), a jeśli przyjdzie nam ochota pośpiewać, to tylko na karaoke w Medyku (to jedyne, co klub zyskał po tzw. remoncie). Ostatecznie można się też bawić w akademikach, np. podczas imprez „na głodomora”, kiedy to po domowych weekendach, studenci mają w lodówce duuuuużo dobrego jedzenia.

Oczywiście, oprócz miejsca do zabawy ważna jest również okazja: urodziny, imieniny, koniec semestru, zdany/niezdany egzamin, zaliczenie z farmakologii, kolos z anatomii czy też... po prostu brak okazji!

Pozytywnym impulsem są wspólne wyjazdy w czasie długich weekendów lub ferii zimowych. Takie wyjazdy, np. na narty (pozdrowienia dla ekipy ze Szczyrku!) to prawdziwe obozy kondycyjne – mało snu [spać będziemy na starość;]), cały dzień na nartach/snowboardzie, długie imprezy,



Bal Połowinkowy



Licznie obsadzony maraton

jeszcze dłuższe powroty z imprez i do tego studencka dieta (oparta na zupkach chińskich, kaszy, makaronie i sosach z proszku). Wszelkie niewygody rekompensują wspaniałe wspomnienia, nowe znajomości i poczucie dobrze spędzonego czasu.

Ale między jedną a drugą imprezą zawsze znajdujemy czas na naukę – a to zdarza się tylko w trakcie zaszczytu bycia studentem...☺



Dni Sportu w AM



Z życia Akademii Medycznej w Warszawie

Z Senatu Akademii Medycznej w Warszawie w dniu 12 lutego 2007 r.

Mgr Elwira Zielińska

Dział Organizacyjno-Prawny AM

1. Gratulacje.

JM Rektor złożył gratulacje:

- Panu **prof. Andrzejowi Górskiemu** z okazji powołania na stanowisko Zastępcy Prezesa Polskiej Akademii Nauk,
- Panu **dr hab. Arturowi Mamcarzowi** z okazji powołania do grona ekspertów Państwowej Komisji Akredytacyjnej.

Następnie wręczył gratulacje z okazji otrzymania tytułu na-

ukowego profesora:

- Pani **prof. dr hab. Hannie Szajewskiej**,
- Panu **prof. dr hab. Jackowi Przybylskiemu**,
- Panu **prof. dr hab. Cezaremu Kowalewskiemu**,
- Panu **prof. dr hab. Roberto- wi Rudowskiemu**.

2. Wręczenie aktów powołania, mianowania oraz dyplomów.

JM wręczył:

- akt mianowania na stanowisko profesora nadzwyczajnego w Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego

i Transplantacyjnego WNoZ oraz aktu powołania na Kierownika Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Transplantacyjnego – Panu **prof. dr hab. Piotrowi Małkowskiemu**,

- akt powołania na stanowisko Dyrektora Instytutu Medycyny Społecznej – Pani **prof. dr hab. Longinie Kłosiewicz-Latoszek**,
- akt powołania na stanowisko Kierownika Zakładu Fizjologii Człowieka Wydziału Farmaceutycznego – Panu **prof. dr hab. Piotrowi Szulczykowi**.

JM Rektor wręczył Pani **Katarzynie Wicik** – studentce III roku Wydziału Farmaceutycznego – dyplom z okazji uzyskania stypendium Ministra Zdrowia za wybitne osiągnięcia sportowe.

3. Informacje.

- JM Rektor poinformował, że Prezydium KRASP-u na wniosek AM w Warszawie wystosowało list otwarty do Prezydenta RP oraz Premiera Rządu, w którym wyrażono zaniepokojenie sytuacją finansową Szpitali Klinicznych. KRASP zwrócił się z prośbą do Rządu RP o aktywny udział w rozwiązywaniu narastających problemów służby zdrowia.

- JM Rektor poinformował, że w dniu 09.02.2007 r. pojawiła się w mediach informacja dotycząca zwolnień obcokrajowców na kierunkach medycznych z opłat czesnego. Ministerstwo Zdrowia kieruje do AM stypendystów Rządu Polskiego na studia. Uczelnia nie ma żadnego wpływu na to, w jaki sposób osoby te są rekrutowane. W English Division w latach 2005/2006 oraz 2006/2007 w AM w Warszawie nie odnotowano żadnych zwolnień z czesnego.

4. Uchwała Senatu w sprawie określenia zasad i trybu prowadzenia zajęć dydaktycznych w godzinach ponadwymiarowych, przekraczających obowiązujący wymiar pensum na rok akademicki 2006/2007.

JM Rektor przedstawił projekt uchwały w sprawie określenia zasad i trybu powierzania nauczycielom akademickim prowadzenia zajęć dydaktycznych w godzinach ponadwymiarowych. Zgodnie z § 2 projektu Uchwały nauczycielom akademickim można powierzyć prowadzenie

zajęć dydaktycznych w godzinach ponadwymiarowych w wymiarze nieprzekraczającym:

- ¼ pensum dydaktycznego dla pracowników naukowo-dydaktycznych,
- ½ pensum dydaktycznego dla pracowników dydaktycznych.

Powierzenie pracownikowi zajęć w godzinach ponadwymiarowych może nastąpić za jego zgodą.

Zapisy te wynikają z ustawy „Prawo o szkolnictwie wyższym”.

Senat w głosowaniu jawnym jednogłośnie podjął uchwałę w sprawie określenia zasad i trybu powierzania nauczycielom akademickim prowadzenia zajęć dydaktycznych w godzinach ponadwymiarowych, przekraczających obowiązujący wymiar pensum na rok akademicki 2006/2007.

5. Przesunięcia środków w Planie rzeczowo-finansowym z 2006 r. i zwiększenie funduszy inwestycyjnych na rok 2007.

Inż. Andrzej Krysztofek wystąpił z wnioskiem o dokonanie przesunięcia w Prowizorium Planu rzeczowo-finansowego na 2007 r. oraz wprowadzenie następujących zmian:

1. W załączniku nr 9 do Prowizorium Planu rzeczowo-finansowego Akademii Medycznej na rok 2007 w pozycji 2: „Remonty dachów” pozostawia się kwotę łączną w wysokości 1.050.000 zł, przeznaczoną na realizację następujących zadań:
 - budynek Z-du Medycyny Sądowej przy ul. Oczki 1,
 - budynek Centrum Biostruktury,
 - inne naprawy dachów.
2. W załączniku nr 9, w ramach ogólnej kwoty przeznaczonej na remonty, sfinansowane zostaną zakończone w roku 2007

remonty z planu rzeczowo-finansowego 2006:

- remont VI piętra Rektoratu w części robót budowlanych,
- remont sali wykładowej w Katedrze i Klinice Dermatologii,
- projekt techniczny dla Pracowni Trzustki, oraz sfinansowane zostanie dodatkowe zadanie:
 - wymiana instalacji c.o. w budynku magazynowym.

3. W załączniku 10:

a/ w poz. 4 po słowach w tytule: „Wentylacja i klimatyzacja sal dydaktycznych” dopisuje się tekst: „oraz wyposażenie Zakładu Genetyki”;

b/ dodaje się poz. 6 pn.: „Modernizacje i adaptacje budynków i budowli” – 150.000 zł (dysponent Kanclerz).

4. W załączniku nr 11 dodaje się: a/ pkt. 6: „Rozpoczęte w 2006 r. zakupy inwestycyjne”:

- dostawa sprzętu dla jednostek (meble, wyposażenie, sprzęt komputerowy) – 100 000 zł,
- wartości niematerialne i prawne – 260 000 zł,

b/ pkt. 7: „Wyposażenie VI piętra w Rektoracie – Dziekanat II WL”: – 160.000 zł.

Senat w głosowaniu jawnym zaakceptował propozycje przesunięcia środków w Prowizorium Planu rzeczowo-finansowego z 2006 r. i zwiększenia funduszy inwestycyjnych na rok 2007.

6. Omówienie wniosku Dziekana Wydziału Nauki o Zdrowiu w sprawie ustanowienia funduszu na badania naukowe wydziału.

Prof. dr hab. Piotr Małkowski – Dziekan Wydziału Nauki o Zdrowiu zwrócił się do Senatu AM z wnioskiem o dofinansowanie działalności naukowej Wydziału. Wydział znajduje się obecnie w trudnej sytuacji. Ma obowiązek

prowadzenia prac naukowych, natomiast nie posiada odpowiednich środków na ten cel.

Z uzyskanych informacji wynika, że Uczelnia posiada niewykorzystane środki, które w swych założeniach przeznaczone były na prace własne.

Pani Kwestor wyjaśniła, że środki na badania własne w odróżnieniu od funduszu na cele statutowe nie są pieniędzmi przeznaczonymi na Wydziały, lecz na Uczelnię. Środki na prace własne nie zostały w pełni wykorzystane. W lutym 2007 r. księgi finansowe AM wykazały kwotę 50.000 zł jako niewykorzystaną przez jednostki Uczelni.

Środki te, skumulowane zostały w 2005 r. Należy spodziewać się, że w roku 2006 także nie będą w całości wykorzystane.

Prof. J. Stelmachów – Prorektor ds. Kadr zwrócił uwagę na fakt, że WNoZ rozwija się dynamicznie i obowiązkiem Uczelni jest przekazanie odpowiednich środków na rozwój naukowy Wydziału. Na istnieniu WNoZ skorzystała cała Uczelnia.

JM Rektor zaproponował, by powołana w Uczelni Komisja ds. ustalenia zasad podziału środków finansowych na naukę przyznanych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, w skład której wchodzi Dziekani Wydziałów, przeanalizowała sytuację i zadecydowała, czy WNoZ w 2007 r. powinien otrzymać środki na rozwój nauki, o które wnioskuje Dziekan P. Małkowski.

Jeśli będzie taka potrzeba, wypracowane przez komisję wnioski przedłożone zostaną na posiedzeniu Senatu w dniu 05.03.2007 r.

7. Uchwała Senatu w sprawie dokonania zmian w Statucie Akademii Medycznej w Warszawie.

Prof. dr hab. Andrzej Członkowski przedstawił Senatowi propozycje zmian w statucie AM,

zgłoszone przez Senacką Komisję Statutową.

Senat podjął Uchwałę w sprawie wprowadzenia następujących zmian w Statucie AM:

1. Uchwalono zmianę dotychczasowego brzmienia § 29 tj.

„Dyrektora instytutu powołuje Rektor na wniosek rady wydziału po zasięgnięciu opinii Senatu” na następujące:

„Dyrektora instytutu, po wyłonieniu w drodze konkursu ogłoszonego przez dziekana, powołuje Rektor na wniosek dziekana, zaopiniowany przez radę wydziału, po zasięgnięciu opinii Senatu”.

2. Uchwalono zmianę dotychczasowego brzmienia pkt. 27 w załączniku nr 9 do Statutu pt. „Podstawowe kryteria i tryb dokonania ocen nauczycieli akademickich w Uczelni”, tj.

„27. Odwołanie powinno zostać rozpatrzone przez Uczelnianą Komisję ds. oceny nauczycieli akademickich w terminie 30 dni od dnia jego złożenia” na następujące:

„27. Odwołanie zostaje rozpatrzone przez Uczelnianą Komisję ds. oceny nauczycieli akademickich w terminie 30 dni od dnia jego złożenia.”

8. Sprawa zasad zatrudniania oraz zasad udzielania urlopów wypoczynkowych nauczycielom akademickim.

Prof. J. Stelmachów – Prorektor ds. Kadr przedstawił projekt uchwały Senatu w sprawie zasad udzielania urlopów wypoczynkowych nauczycielom akademickim.

Poinformował, że propozycja nie zawiera żadnych zmian w stosunku do dotychczas obowiązujących zasad w tym zakresie.

Senat po wniesieniu drobnych poprawek, w zapisach ust. 1 i 4 w §3 w głosowaniu jawnym, jednogłośnie podjął uchwałę w sprawie zasad udzielania urlopów wypoczynkowych nauczycielom akademickim.

9. Regulamin zatrudniania nauczycieli akademickich.

Prof. J. Stelmachów przedstawił projekt Regulaminu zatrudniania nauczycieli akademickich.

Regulamin był przedmiotem dyskusji Senackiej Komisji ds. Rozwoju Kadry na dwóch posiedzeniach w dniu 21.07.2006 r. oraz w dniu 12.01.2007 r., a także na posiedzeniu Kolegium Rektorowskiego w dniu 05.02.2007 r.

Senat głosując oddzielnie nad spornymi zapisami przyjął przedstawiony przez Prorektora ds. Kadr „Regulamin zatrudniania nauczycieli akademickich”.

10. Uchwała Senatu w sprawie regulaminu Studiów Podyplomowych.

Dr hab. Włodzimierz Otto poinformował, że Centrum Kształcenia Podyplomowego AM realizuje studia podyplomowe, które są czymś innym niż wszystkie formy kształcenia podyplomowego realizowane w Wydziałach. Proponowany „Regulamin Studiów Podyplomowych” określa ogólne zasady funkcjonowania studiów podyplomowych AM w Warszawie. Są one kierowane do osób legitymujących się dyplomem ukończenia studiów wyższych. „Regulamin” nie ogranicza możliwości realizowania tych studiów wyłącznie przez absolwentów studiów II stopnia.

Studia podyplomowe są odpłatne i muszą mieć zapewnione pełne finansowanie ze środków spoza AM.

Z uwagi na fakt, że w ramach przeprowadzonej dyskusji pewne zapisy budziły wątpliwości oraz to, że przedstawiony Senatowi projekt nie został wcześniej skonsultowany z Dziekanami Wydziałów, JM Rektor stanął na stanowisku, że sprawę przyjęcia „Regulaminu Studiów Podyplomowych” należy przesunąć na następne posiedzenie Senatu.

JM wyjaśnił, że studia podyplomowe mogą być kontynuowane tylko na kierunkach pokrewnych do studiów podyplomowych. Z uwagi na fakt, że Centrum Kształcenia Podyplomowego nie prowadzi kształcenia na żadnym kierunku, z definicji nie może kontynuować studiów podyplomowych. Dlatego właśnie proces ten powinien przebiegać w ścisłej współpracy z Dziekanami Wydziałów.

Senat przychylił się do wniosku JM Rektora w sprawie przesunięcia sprawy przyjęcia „Regulaminu Studiów Podyplomowych” na kolejne posiedzenie Senatu,

po przeprowadzeniu konsultacji zapisów Regulaminu z Dziekanami Wydziałów.

11. Sprawy osobowe.

1/ Senat podjął uchwały w sprawie:

- nadania tytułu doktora honoris causa **Profesorowi Kazimierzowi Ostrowskiemu**,
- powołania **dr Jolanty Siemińskiej** na członka Senackiej Komisji Statutowej z ramienia NSZZ „Solidarność”,
- powołania **Marleny Kuźmińskiej** na Sekretarza Senackiej Komisji ds. Nauki.

2/ Senat pozytywnie zaopiniował:

- powołanie **dr hab. Artura Mamcarza** na stanowisko profesora nadzwyczajnego w III Klinice Chorób Wewnętrznych i Kardiologii II Wydz. Lekarskiego,
- powołanie **prof. dr hab. Andrzeja Friedmana** na stanowisko Kierownika Kliniki Neurologii WNoZ,
- powołanie **prof. J. Kochanowskiego** na członka Rady Społecznej Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego przy ul. Banacha 1a.

WIZYTA DELEGACJI RZĄDU MALEZJI W WARSZAWSKIEJ AM

Akademia Medyczna wykształci studentów z Malezji

W środę, 28 lutego 2007 r., warszawską Akademię Medyczną odwiedziła delegacja rządu Malezji. Cel dwudniowej wizyty stanowiła akredytacja polskiej uczelni przez malezyjskie Ministerstwo Szkolnictwa Wyższego.

Grzegorz Lisicki
Rzecznik prasowy AM

Akredytacja, o jaką ubiega się Akademia, umożliwi jej przyjmowanie obywateli Malezji na płatne studia medyczne prowadzone w języku angielskim. Wizyta delegacji malezyjskiej to efekt umowy edukacyjnej, jaką Akademia Medyczna zawarła z rządem Malezji i Uniwersytetem KUTPM w listopadzie 2006 r. w Kuala Lumpur.

Zgodnie z umową, od nowego roku akademickiego Akademia przyjmie na studia kilkudziesięciu studentów z Malezji. Ich kształcenie będzie finansowa-

ne ze stypendiów fundowanych przez malezyjski rząd. Wpływy, których spodziewa się z tego tytułu warszawska AM, szacuje się na pół miliona złotych rocznie. Zwracamy oczy na Wschód, ponieważ ta część świata ma ogromny potencjał, a tamtejsza młodzież to wspaniali studenci, zdyscyplinowani i ambitni.

– Już od dłuższego czasu nasza uczelnia nawiązuje kontakty z Dalekim Wschodem – mówi profesor Maciej Karolczak, dziekan II Wydziału Lekarskiego, w którym znajduje się Oddział Nauczania w Języku Angielskim – W zeszłym roku odwiedziliśmy Arabię Saudyjską, Zjednoczone Emiraty Arabskie, Tajwan i Indie. Wszędzie przedstawialiśmy naszą ofertę edukacyjną, która spotyka się z wielkim zainteresowaniem. Tamtejszych studentów kusi wysoki poziom nauki i niskie koszty edukacji. W ciągu kilku lat spodziewamy się znaczącego wzrostu liczby studentów z tamtej części globu.

Koszty nauki w Akademii Medycznej w Warszawie są mniej więcej 5 razy niższe niż koszty na podobnej uczelni w Europie Zachodniej. Za kurs sześcioletni w Akademii Medycznej studenci zagraniczni płacą 8.700 euro rocznie, a za kurs czteroletni 10.500 euro na rok. Obecnie w warszawskiej AM studiuje 357 studentów z 25 państw. Najwięcej z Norwegii – 136, Szwecji – 67 i USA – 40 osób. Dla porównania: z Arabii Saudyjskiej – 11, a z Tajwanu – 29 osób. Jak dotąd uczelnia nie miała jeszcze studentów z Malezji. Z dumą można powiedzieć, że jesteśmy o krok przed innymi, wyprzedzamy także działania Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Minister Michał Seweryński dopiero za miesiąc pojedzie do Malezji podpisać podobną do naszej umowę edukacyjną w zakresie wymiany studentów i nauczycieli akademickich oraz współpracy naukowej.

SESJA SPRAWOZDAWCZA STUDIUM DOKTORANCKIEGO II WL

Prof. dr hab. Włodzimierz Sawicki

Kierownik Studiów Doktoranckich II WL

23 lutego 2007 r. w Sali Senackiej Rektoratu Akademii Medycznej w Warszawie odbyła się I Sesja Sprawozdawcza nowo powołanego Studium Doktoranckiego II WL. Gospodarzem Sesji był kierownik Studiów Doktoranckich II WL prof. dr hab. Włodzimierz Sawicki.

Wśród zaproszonych gości, którzy byli jednocześnie baczniymi słuchaczami prezentowanych prac znaleźli się: Prorektor ds. Kadr prof. dr hab. Jerzy Stelmachów, Pełnomocnik Rektora ds. Studiów Doktoranckich prof. dr hab. Mirosław Łuczak, Dziekan II WL prof. dr hab. Maciej Karolczak.

Podczas Sesji słuchacze III i IV roku Studiów mieli możliwość przedstawić wyniki swoich badań będących tematem ich rozpraw doktorskich. Obecni na Sali wraz z nimi promotorzy wspierali swoich podopiecznych duchowo, jak również merytorycznie podczas krótkich, jakkolwiek nierzadko burzliwych dyskusji następujących po każdym wystąpieniu.

Wśród promotorów znaleźli się profesorowie: **Ewa Dmoch-Gajzlerska, Bożena Werner, Jerzy Jurkiewicz, Sławomir Majewski, Sławomir Maśliński i Tomasz Wolańczyk.**

Ogółem w Sesji uczestniczyło 64 doktorantów, a wyniki swoich prac zaprezentowało 24 uczestników III i IV kursu. Tematyka prac była różnorodna, a niektóre z nich niezwykle ciekawie przedstawione wzbudziły prawdziwe zainteresowanie wśród obecnych.

Zaprezentowano m.in. 8 prac o tematyce położniczo-ginekologicznej, 4 prace z dziedziny chirurgii, a ponadto z dermatologii, diabetologii, kardiologii, psychiatrii, ultrasonografii,

całymi wnioskami podsumowujące prowadzone badania świadczyły o dużej pracowitości, ambicji i wysokim poziomie naukowym doktorantów.

Pomimo tak licznych wystąpień i napiętego programu udało się dzięki wzorowej organizacji, jak też zachowaniu dyscypliny czasowej przez przedstawiających prace, przeprowadzić Sesję bardzo sprawnie. Było to niewątpliwą zasługą Katarzyny Zielińskiej i Sabiny Pragłowskiej – pracownic Sekcji Nauczania Podyplomowe-



Przemawia Kierownik Studiów Doktoranckich II WL prof. W. Sawicki, siedzą prof. M. Łuczak i prof. M. Karolczak



go Biura Obsługi Działalności Podstawowej.

W opinii wszystkich biorących udział w Spotkaniu, taka forma sprawdzenia stopnia zaawansowania prac doktorskich jest niezwykle mobilizująca dla kończących Studia Doktoranckie, a dla rozpoczynających je stanowi cenną naukę. Dla jednych

i drugich jest świetną okazją do nabycia doświadczenia w umiejętności syntetycznego przedstawiania wyników swoich badań.

Pełnomocnik Rektora ds. Studiów Doktoranckich prof. dr hab. Mirosław Łuczak i Dziekan II WL prof. dr hab. Maciej Karolczak słuchają uważnie kolejnej prezentacji

laryngologii, neurochirurgii, patofizjologii. Jak widać, przekrój tematyki był bardzo różnorodny, w wielu pra-



Obok doktorantek zasiedli profesorowie: S. Majewski, J. Stelmachów i S. Maśliński



Obrony prac doktorskich

I Wydział Lekarski

15 lutego 2007 r.

godz. 10⁰⁵

mgr Izabela Skibicka „Analiza całkowitych kosztów leczenia chorych z pierwszym udarem mózgu”

promotor: prof. dr hab. Andrzej Członkowski

recenzenci: prof. dr hab. Danuta Ryglewicz

prof. dr hab. Tomasz Hermanowski

godz. 10⁵⁰

lek. Magdalena Bogdańska „Ocena immunohistochemiczna galektyny 3, HBME-1, CD 15 i CK 19 w zróżnicowanych nowotworach tarczycy”

promotor: dr hab. Barbara Górnicka

recenzenci: prof. dr hab. Stanisław Sulkowski

dr hab. Maciej Otto, prof. nadzw. AM

godz. 12¹⁵

lek. Agnieszka Kaźmierczak „Dobowy rytm melatoniny u chorych z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym z zaburzonym i zachowanym dobowym rytmem ciśnienia tętniczego”

recenzenci: prof. dr hab. Tomasz Grodzicki

promotor: dr hab. Mariusz Łapiński, prof. nadzw. AM

prof. dr hab. Andrzej Tykarski

godz. 13⁰⁰

lek. Maciej Jędrzejowski „Ultrasonograficzna charakterystyka wola guzkowego w polskiej populacji pacjentów z uwzględnieniem oceny ryzyka procesu nowotworowego”

Z pracami można się zapoznać w Bibliotece Akademii Medycznej przy ul. Oczyki 1

promotor: dr hab. Ewa Bar-Andziak, prof. nadzw. AM

recenzenci: prof. dr hab. Małgorzata Karbownik-Lewińska

prof. dr hab. Wiesław Jakubowski

godz. 13⁴⁵

lek. Jerzy Mieszkowski „Zastosowanie przezczaszkowej ultrasonografii Dopplera w wykrywaniu drożnego otworu owalnego u chorych z niedokrwionym udarem mózgu”

promotor: dr hab. Hubert Kwieciński, prof. nadzw. AM

recenzenci: prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak

prof. dr hab. Jerzy Walecki

II Wydział Lekarski

16 lutego 2007 r.

godz. 12⁰⁰

lek. Anna Piórecka-Makuła „Ocena zmienności rytmu serca i dyspersji odstępu QT u dzieci ze zwężeniem zastawki aorty”

promotor: prof. nadzw. dr hab. med. Bożena Werner

recenzenci: prof. dr hab. med. Maciej Karolczak

prof. dr hab. med. Jadwiga Moll

godz. 13⁰⁰

lek. Wojciech Krzyżanowski „Losy chorych po zawale serca leczonych w warunkach szpitala powiatowego”

promotor: prof. dr hab. med. Mirosław Dłużniowski

recenzenci: prof. nadzw. dr hab. med. Bożena Werner

prof. dr hab. med. Jerzy Korewicki



REALIZACJA PRZEDMIOTU

Podstawowa Opieka Zdrowotna i Pielęgniarstwo Środowiskowe/Rodzinne przez Studentów II roku Pielęgniarstwa w WNoZ

w roku akademickim 2005/2006

**Dr H. Cieślak,
mgr A. Fidos,
mgr M. Stosio**

Wydział Nauki o Zdrowiu AM,
Zakład Pielęgniarstwa Społecznego

Kierownik Zakładu:

Prof. dr hab. I. Wrońska

Realizacja przedmiotu: *Podstawowa Opieka Zdrowotna i Pielęgniarstwo Środowiskowe/Rodzinne* odbyła się w sem. zimowym i letnim w roku ak. 2005/2006 w wymiarze 150 godz. wg założonego i zatwierdzonego przez władze uczelni planu studiów dziennych na kierunku

pielęgniarstwo Wydziału Nauki o Zdrowiu. Zajęcia dydaktyczne były podzielone na część teoretyczną, która obejmowała wykłady – 20 godz. i seminaria – 10 godz., natomiast na ćwiczenia przeznaczono 120 godz. Z przydzielonych zajęć Zakład Pielęgniarstwa zrealizował

10 wykładów, 5 godz. seminariów i 120 godz. ćwiczeń w podstawowej opiece zdrowotnej. Pozostałe godziny dydaktyczne zostały przeprowadzone przez pracowników dydaktyczno – naukowych Samodzielnego Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych.

W roku ak. 2005/2006 wprowadzono zmiany do realizacji przedmiotu POZ i Pielęgniarstwo Środowiskowe/Rodzinne. Zmiany te dotyczyły przede wszystkim sektorów POZ, w których studenci odbywają zajęcia praktyczne.

Głównym miejscem realizacji zajęć praktycznych przez studentów była przychodnia lekarska i środowisko nauczania, wychowania i pracy (szkoły podstawowe i gimnazjalne oraz ośrodki szkolno – wychowawcze).

W Podstawowej Opiece Zdrowotnej w przychodni lekarskiej i środowisku podopiecznego głównym zadaniem podczas odbywania ćwiczeń przez studentów było:

- diagnozowanie potrzeb zdrowotnych podopiecznego,
- udział w wykrywaniu czynników zagrożenia zdrowia,
- przygotowanie materiałów do prowadzenia edukacji zdrowotnej i szerzenia zasad profilaktyki,
- udział w badaniach diagnostycznych i pielęgnowaniu pacjenta,
- udział w realizacji świadczeń lekarskich dla podopiecznego w środowisku domowym, (wykonywanych na zlecenie lekarza pierwszego kontaktu).

W realizacji zadań zawodowych studenci współpracowali:

- z lekarzem rodzinnym,
- pielęgniarką środowiskową/rodzinną,
- pracownikami działu diagnostyki,
- biurem promocji zdrowia
- rodziną,
- i innymi profesjonalistami działającymi na rzecz rodziny (dział pomocy społecznej)

oraz z przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia rodziny.

Podopiecznymi studentów byli głównie chorzy na nadciśnienie tętnicze i inne choroby układu krążenia, pacjenci chorzy na cukrzycę, osteoporozę, chorobę Parkinsona i pacjenci ze stomią. Studenci są przekonani o ogromie problemów występujących u podopiecznych, zauważyli także brak wydolności opiekuńczej rodziny względem chorego członka rodziny.

Drugi sektor realizacji ćwiczeń – zajęć praktycznych dotyczył środowiska nauczania, wychowania i pracy w szkołach podstawowych, gimnazjalnych i ośrodkach szkolno – wychowawczych na terenie Woli i Śródmieścia. Tematyką ćwiczeń była identyfikacja problemów zdrowotnych uczniów wytypowanych szkół w dwóch kategoriach:

- problemy zdrowotne występujące w ogólnej populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, wynikające z, lub będące powikłaniami choroby zasadniczej,
- zapoznanie ze standardami obowiązującymi pielęgniarkę szkolną w opiece nad dzieckiem z przewlekłymi problemami zdrowotnymi.

Zajęcia w medycynie szkolnej dotyczyły zdobywania umiejętności z zakresu:

- komunikacji z uczniem, jego rodzicami, personelem szkoły,
- współpracy z pielęgniarką, w zakresie prowadzenia badań przesiewowych uczniów szkoły podstawowej,
- prowadzenia edukacji zdrowotnej wśród uczniów i nauczycieli szkoły (po wcześniejszym uzgodnieniu z nauczycielem prowadzącym zajęcia tematyki edukacyjnej i przygotowaniu konspektu zajęć),
- udzielania pierwszej pomocy potrzebującym (uczniom i nauczycielom),
- wykonywania szczepień ochronnych uczniom w gimnazjum,

- pomocy w sprawach uczniów związanych ze zdrowiem w poradniach specjalistycznych w dzielnicy.

Studenci po zakończeniu zajęć dydaktycznych z POZ i pielęgniarstwa środowiskowego/rodzinnego znają:

- specyfikę pielęgniarstwa rodzinnego,
- zadania pielęgniarki na poszczególnych stanowiskach pracy w POZ w realizacji opieki nad wybraną kategorią podopiecznych/podopieczny, rodzina, uczeń, pracownik,
- metody i zasady pozyskiwania danych o podopiecznym z uwzględnieniem jego środowiska,
- charakterystykę środowiska,
- podstawowe świadczenia pielęgniarstwa (profilaktyczne i diagnostyczne),
- podstawowe informacje potrzebne do oceny potrzeb społeczności,
- metody prowadzenia promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej podopiecznego i jego rodziny, oraz pomoc w podstawowych zabiegach rehabilitacyjnych,
- system wsparcia w różnych środowiskach (zamieszkania, nauczania, pracy) oraz sytuację życiową (np. bezrobocie, przemoc). Studenci potrafią także realizować proces pielęgnowania.

Bezpośrednia praca studentów z pielęgniarkami środowiskowymi (rodzinnymi, położnymi środowiskowymi, pielęgniarkami praktyki, medycyny szkolnej, nauczycielami ak.) w różnych warunkach: przychodnia lekarska, rejestracja, gabinet zabiegowy, poradnia położniczo – ginekologiczna, poradnia D, D1, punkt szczepień, szkoła, zakład pracy – szkoła jako miejsce pracy nauczycieli i dom pacjenta, przyczyniły się do zdobycia określonych umiejętności i nowego doświadczenia zawodowego. Studenci (200 osób) odbyli łącznie 636 wizyt środowiskowych u podopiecznych.