

# KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE



---

ROK IV

WARSZAWA 1972

Nr 2

## SPIS TREŚCI

	Str.
<i>Komitet Uczelniany PZPR przy Akademii Medycznej w Warszawie</i> — Bieżące zadania dydaktyczne Uczelni (Referat Egzekutywy) . . .	91
<i>Ksawery Rowiński</i> — Szkolnictwo medyczne w Polsce wczoraj, dziś i jutro	103
<i>Zofia Kietlińska</i> — Szkoła wyższa jako środowisko wychowawcze . . .	121
<i>Wanda Makuch-Korulska</i> — Analiza wyników egzaminu testowego z neurologii w roku akad. 1969/70 . . . . .	127
<i>Tadeusz Parchimowicz, Zofia Bielińska</i> — Wyniki doświadczeń nad stosowaniem techniki testowej do klasyfikacji studentów . . . . .	135
Wybrane prace naukowe . . . . .	145
Wykaz prac habilitacyjnych Wydziału Lekarskiego . . . . .	159
Wykaz prac doktorskich Wydziału Lekarskiego . . . . .	160
<i>Barbara Bilińska, Anna Górkiewicz, Elżbieta Szmidt</i> — Sprawozdanie z obozu społeczno-naukowego w Łącku . . . . .	161
Ci, którzy odeszli — Dr hab. med. Władysław Okniński . . . . .	165
Kronika . . . . .	167

# KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

---

ROK IV

1972

NR 2

---

## **BIEŻĄCE ZADANIA DYDAKTYCZNE UCZELNI \*)**

Praca dydaktyczna i stały wzrost jej poziomu jest przedmiotem codziennego zainteresowania zarówno władz i organów szkoły jak i organizacji partyjnej na wszystkich szczeblach oraz większości pracowników naukowo-badawczych. Dzięki wspólnemu wysiłkowi i współpracy uczymy coraz lepiej i nowocześniej. Rozwój społeczno-gospodarczy naszego kraju, objęcie bezpłatną opieką lekarską ludności rolniczej, rozszerzenie zadań uczelni o obowiązek kształcenia podyplomowego oraz szybki postęp w naukach medycznych zmuszają do zastanowienia się nad przystosowaniem treści i form nauczania do właściwego przygotowania absolwenta do zawodu. Nasuwa się pytanie, jak powinna być ukształtowana sylwetka zawodowa przygotowywanego przez nas lekarza i farmaceuty, by mógł dobrze wywiązywać się ze swoich obowiązków.

Zdecydowana większość absolwentów wydziału lekarskiego pracować będzie w lecznictwie otwartym, często bez bezpośredniego kontaktu ze szpitalem. Wielu z nich trafi do wiejskich ośrodków zdrowia. Praca w środowisku wiejskim stawia przed lekarzem większe i wszechstronniejsze wymagania, szczególnie w zakresie umiejętności praktycznych i profilaktyki. Tak więc lekarz opuszczający naszą uczelnię powinien być lekarzem ogólnie praktykującym, samodzielnym, wdrożonym do samokształcenia i rozumiejącym jego konieczność.

Wydział farmaceutyczny przygotowuje przyszłych specjalistów w dziedzinie produkcji, analizy i dystrybucji leku syntetycznego i naturalnego, w dziedzinie analityki stosowanej w ocenie żywności i środowiska oraz w dziedzinie analityki klinicznej.

---

\*) Referat Egzekutywy wygłoszony w dniu 10.II.1972 r. na plenum KU PZPR przy Akademii Medycznej w Warszawie

Nasz dzisiejszy absolwent osiągnie szczyt swojej działalności zawodowej za 10—15 lat. Wobec tego zasób wiadomości z zakresu dyscyplin teoretycznych, metod diagnostycznych i terapeutycznych czy nauk farmaceutycznych musi się charakteryzować wyprzedzeniem, zgodnie ze spodziewanym rozwojem nauki. Poziom wykształcenia ogólnego będzie decydować o jego zdolności do przyswajania aktualnych osiągnięć nauki i prowadzenia działalności zawodowej na odpowiednim poziomie. Absolwent nasz powinien prezentować wzorową postawę moralno-etyczną, być człowiekiem zaangażowanym społecznie i politycznie, jednym słowem w pełni odpowiadać społecznemu zapotrzebowaniu na pracownika socjalistycznej służby zdrowia.

O możliwości właściwego spełniania zadań przez uczelnię decydują ludzie i środki. Dysponujemy dużym, wartościowym pod każdym względem potencjałem pedagogicznym. Wielu pracowników naukowo-dydaktycznych dużym nakładem pracy i z ofiarnością organizuje i realizuje proces dydaktyczny. Należy zwrócić uwagę, że często nie dostrzegana jest specyfika w pracy uczelni medycznej, obciążająca pracowników funkcją usługową lub czasochłonnymi zajęciami laboratoryjnymi, co nie ma miejsca na wielu innych kierunkach studiów. Tym bardziej jaskrawo zaznaczają się istniejące u nas nierównomierności w obciążeniu dydaktycznym między różnymi klinikami i zakładami, czy istnienie grupy jednostek nie biorących udziału w nauczaniu.

Ambicją naszą, niezależnie od panujących aktualnie warunków jest kształcenie absolwentów na najwyższym poziomie i stworzenie z naszej uczelni przodującej w zakresie wszystkich spełnianych przez nią funkcji. Wydaje się, że dotychczasowy kierunek polityki resortu równania poziomu akademii był usprawiedliwiony koniecznością zaspokojenia ostrego deficytu kadry. Wprawdzie obecnie zapotrzebowanie na fachowych pracowników służby zdrowia nie jest zaspokojone, ale nadszedł czas, by położyć wyraźny akcent na jakość przygotowywanych fachowców. Zalecenie warszawskiej instancji partyjnej odnośnie uczynienia warszawskiego ośrodka naukowego przodującym w kraju sprzyja naszym zamierzeniom.

Jakie warunki muszą być spełnione, by realizacja naszych celów była możliwa? Istniejąca szpitalna baza dydaktyczna jest kilkakrotnie mniejsza od obowiązującej normy. Wyraźnie niższy od normy minimalnej jest również wskaźnik łóżek klinicznych na jednego studenta. Analogicznie przedstawia się sytuacja odnośnie bazy laboratoryjnej na wydziale lekarskim. Dotyczy to zarówno warunków lokalowych jak i wyposażenia w aparaturę. Mniejsze od normy są nakłady budżetowe na jednego studenta.

Obiekty, w których odbywają się zajęcia dla studentów rozrzucone są na obszarze całego miasta, co jest znacznym utrudnieniem organizacyjnym i negatywnie rzutuje na bilans czasu studenta.

Nauczanie zorganizowane jest w oparciu o plan studiów. Plan ten wskazuje nazwy przedmiotów oraz liczby godzin w rozdziale na lata studiów i semestry, na wykłady, ćwiczenia i seminaria. Plan wyznacza także sesje egzaminacyjne. Uczelnia jest zobligowana do ścisłego realizowania obowiązującego planu, niezależnie od lokalnych warunków a czasem ze szkodą dla efektywności nauczania.

Obowiązujący plan studiów ma w swoim założeniu egzekwować wprowadzenie w życie reformy studiów. Faktem jest, że reforma wprowadzana począwszy od 1965 r. została zrealizowana. Oczywiście nie było to wynikiem wyłącznie zarządzeń związanych z planem. Władze uczelni wraz z organizacją partyjną poświęciły tej sprawie wiele czasu i wysiłku. W ciągu minionych lat wielokrotnie zastanawialiśmy się w jakim zakresie zreformowany tryb nauczania jest w stanie sprostać radykalnej poprawie przygotowania lekarza do zawodu. Wnioski z analizy reformy dotyczą koncepcji programu nauczania, sekwencji przedmiotów, ilości godzin przeznaczonych na poszczególne dyscypliny, jak również celowości kontynuacji nauczania niektórych przedmiotów. Wprowadzeniu nowego materiału dydaktycznego towarzyszyć musi jednocześnie wycofanie materiału mniej aktualnego lub mniej przydatnego. Niestety zabrakło konsekwencji w realizowaniu tego postulatu. Obecnie szczególnie rażący jest brak uwzględnienia przez nasze programy przedłużenia o rok nauczania w szkole średniej i rozszerzenie programów szkolnych dotyczące głównie nauk ścisłych.

Jest oczywiste, że autorzy reformy nie mogli przewidzieć treści zmian nauczania w szkole średniej. Jednakże zbyt duża centralizacja i rygorystyczne zarządzenia uniemożliwiają uczelni przeprowadzanie uzasadnionych korekt.

Wydaje się, że jest niemożliwe opracowanie idealnej, szczegółowej reformy studiów lekarskich. Rozwój nauki i zmiana warunków życia, w jakich uczymy i pracujemy są szybsze niż czas wdrożenia nowego, kompleksowego programu nauczania na 6-letnich studiach. Sytuacja taka dyktuje konieczność przyjęcia elastycznego, permanentnie aktualizowanego systemu. Systemu, który mógłby być dostosowany do warunków uczelni i pozwalał z drugiej strony wykorzystywać jej potencjał i możliwości dla dobrze pojętego interesu społecznego. Ilustracją znaczenia drobnych zmian organizacyjnych dla efektywności nauczania niech będzie przykład z VI roku studiów. Wspomniano już o trudnościach związanych z niewystarczającą ilością łóżek dydaktycznych. Zablokowane ćwiczenia z chirurgii prowadzone są w XI semestrze w II kl. chirurgicznej, gdzie jednocześnie przebywa 40 studentów. Umieszczenie tych ćwiczeń na obydwu semestrach zwiększyłoby bazę szpitalną o 100% bez żadnych nakładów i bez szkody dla toku studiów.

Reforma studiów na wydziale farmaceutycznym objęła w tym roku IV rok, nie można więc na razie nic powiedzieć na temat zmiany w przygotowaniu absolwentów. Natomiast również wysuwane są wnioski o konieczności ciągłego charakteru reformy i stałego unowocześniania treści i form nauczania.

Na wyniki procesu nauczania rzutują nie tylko warunki obiektywne i przepisy, w ramach których się działa, lecz chyba głównie sposób realizacji tego procesu.

Organizacja działalności dydaktycznej uczelni oparta jest o wydziałowe plany dydaktyczno-wychowawcze. Plany te określają tematykę i terminarz realizacji zadań dla kolegiów dziekańskich, rad wydziału i rad pedagogicznych. Również Rada Szkoły do spraw Młodzieży podejmuje problematykę dydaktyczną i przekazuje swoje opinie władzom uczelni. Do rozwiązywania doraźnie wyłaniających się problemów powoływane są specjalne zespoły. Dotyczyło to np. integracji i koordynacji nauczania interny, pediatrii i chirurgii, opracowania i realizacji systemu ćwiczeń zblokowanych, przygotowaniu tzw. egzaminu państwowego, spraw egzaminów testowych.

Rzucająca się w oczy mnogość ciał kolegialnych świadczy o szerokim zaangażowaniu i zainteresowaniu pracowników nauczaniem i stworzeniem szerokiej platformy do dyskusji i wymiany doświadczeń. Jednocześnie nasuwa się refleksja, że dla zapewnienia sprawnego funkcjonowania całej tej struktury, pełnego przepływu informacji i możliwości szybkiej realizacji opracowanych wniosków niezbędne jest energiczne, jednoosobowe kierownictwo. Nie jest tajemnicą, że sposób kierowania kolektywami dydaktycznymi na różnych poziomach nie jest u nas najskuteczniejszy. Powoduje to niejednokrotnie zaprzeczanie wartościowych koncepcji, przewleka załatwianie słusznych spraw i wywołuje rozgoryczenie i zniechęcenie u osób poświęcających pracy organizacyjnej na rzecz uczelni swój czas i entuzjazm. Niejednokrotnie na kolektywy dydaktyczne, a szczególnie rady pedagogiczne przerzucane są czynności techniczne związane z tokiem studiów, rozwiązywanie najbardziej drażliwych spraw administracyjnych dotyczących np. trudności lokalowych. Sprawy te nie leżą w kompetencji ciał społecznych i nie mogą one i tak skutecznie ich załatwić ze względu na nieposiadanie przez nie władzy wykonawczej. Utrudnia pracę i jest powodem niepotrzebnych spięć opieszale sposób załatwiania prostych wydawałoby się i elementarnych postulatów. Tak się dzieje z wnioskami dotyczącymi gospodarki salami wykładowymi, ich remontów i konserwacji czy wyposażenia, opracowania katalogów pomocy naukowych i filmów dydaktycznych. Przyczyną tego stanu rzeczy jest prawdopodobnie panujące pewne pomieszanie pojęć w zakresie podziału zadań między ciałami kolegialnymi a władzami uczelni.

Nie jest również jasny podział kompetencji między odpowiednim prorektorem a dziekanami wydziałów.

Z ustawy o szkołach wyższych wynika, że dziekan jest gospodarzem wydziału. Sugeruje to, że na nim ciąży cała, niepodzielna odpowiedzialność za organizację, treści i formy nauczania.

Mimo wspomnianych braków w pracy osiągnięto znaczny postęp w unowocześnieniu nauczania na wydziale lekarskim. Wpłynęło na to m.in. wprowadzenie nowych form dydaktycznych. Stopniowo ogranicza się werbalny sposób przekazywania wiadomości przez wykłady na korzyść seminariów i ćwiczeń. Zmieniono system ćwiczeń klinicznych. Na VI roku studiów większość ćwiczeń odbywa się w formie zblokowanej, co rokuje znaczny postęp w upraktycznieniu studiów, lepsze wykorzystanie czasu studenta i zwiększenie efektywności nauczania. Szczegółowa analiza tej formy dydaktycznej po pierwszym okresie jej funkcjonowania została przeprowadzona przez radę pedagogiczną tego roku, a wnioski i uwagi przedyskutowano na posiedzeniach kolegium dziekańskiego i rady wydziału. Analogiczny układ zajęć został przygotowany dla roku V i będzie wprowadzony w najbliższym roku akademickim.

Kolejnym konkretnym osiągnięciem jest zdecydowany wzrost dyscypliny i terminowości kończenia studiów. Wydaje się, że w tym zakresie wskaźniki osiągnęły swój poziom optymalny.

Zobiektywizowanie form sprawdzania wiadomości poprzez coraz szersze stosowanie egzaminów testowych świadczy pośrednio o tym, że wzrost efektywności nauczania nie jest pozorny i nie odbywa się kosztem obniżenia poziomu. Wieloletni okres doświadczeń w stosowaniu egzaminów testowych przez nasze kliniki i zakłady pozwolił wielu z nich dopracować się umiejętnego posługiwania się tą metodą. Prawidłowo opracowany test, przygotowany w warunkach uniemożliwiających tzw. przecieki, przy jednoczesnym uwzględnieniu ocen użytkiwanych przez studenta w ciągu ćwiczeń, pozwala bardziej obiektywnie i wszechstronnie ocenić egzaminowanego. Jednocześnie daje on wgląd w zakres wymagań stawianych studentom przez katedry. Trzeba jednak pojąć trud analizy stosowanych testów i ich wartości. Nie można zapominać, że merytorycznie błędny test lub niewłaściwie przeprowadzony egzamin testowy są antypedagogiczne i szkodliwe.

W planach pracy wydziałów figuruje punkt dotyczący opracowania i analizy szczegółowych programów nauczania. Realizacja tego zagadnienia przebiega wyjątkowo opornie. W zakresie niektórych przedmiotów opracowane są przez resort i obowiązują tzw. programy ramowe, sformułowane są lakonicznie i stanowią raczej zbiór haseł z danej dyscypliny.

Dobrze, że pozostawiono uczelniom swobodę przy ustalaniu planów szczegółowych. W naszych konkretnych warunkach zakres i rodzaj

wykładanych treści ustala kierownik danej jednostki dydaktycznej. Tylko część klinik i zakładów posiada opracowane na piśmie, aktualnie realizowane programy wykładów i ćwiczeń. Bez opracowania takich programów niemożliwa jest rzeczywista koordynacja nauczania i integracja. Brak jest danych do określenia celowości nauczania pewnych partii materiału. Nie można uniknąć zbędnych powtórzeń. Nie można też dokonać obiektywnej oceny dydaktyki w poszczególnych jednostkach. Zwiększenie skuteczności działania w tym kierunku jest jednym z najpilniejszych i najważniejszych zadań.

Na wydziale farmaceutycznym programy poszczególnych dyscyplin opracowane przez zespoły specjalistów wprowadzone eksperymentalnie mają charakter ramowy. Aktualnie zbierane są opinie o ich przydatności.

Omawiane zmiany w procesie organizacji nauczania, wprowadzanie nowych form, rewizja treści nauczania, wzrost dyscypliny studiowania — są w znacznej mierze wynikiem realizacji uchwał kolejnych zebrań plenarnych KU PZPR i konferencji sprawozdawczo-wyborczych.

Analiza obecnej sytuacji na omawianym odcinku prowadzi do określenia kierunków działania, na których powinna być skoncentrowana uwaga.

Pierwszym zagadnieniem jest skuteczne przeprowadzenie analizy szczegółowych programów wykładów, ćwiczeń i seminariów po uprzednim ich opracowaniu na wszystkich latach studiów. Na tej podstawie będzie możliwe dokonanie selekcji materiału zbędnego i treści o wątpliwej przydatności. Szczególnie w zakresie dyscyplin teoretycznych niezbędne jest porównanie naszych programów z programami szkoły średniej. Nie jest wykluczone, że po takiej analizie będzie można uniknąć zbędnych powtórzeń, a wygospodarowany czas studenta przeznaczyć na zapoznanie go z nowymi dyscyplinami lub specjalnościami, czy przeznaczyć go na pogłębianie samokształcenia. W pierwszej kolejności zastanowić się należy nad celowością programów przedmiotów nauczanych na dwu pierwszych latach studiów, dysponujących dużą ilością godzin; są to następujące przedmioty: biologia, matematyka, chemia ogólna i fizyka.

Wprawdzie w chwili obecnej uczelnia nie ma uprawnień do określania ilości godzin przeznaczonych na nauczanie danego przedmiotu, ale trzeba się liczyć z tym, że będzie to możliwe. Kierunek polityki w szkolnictwie wyższym zmierza do autonomii szkół akademickich i ich indywidualizacji. Resort oświaty i szkolnictwa wyższego przekazuje wiele swych uprawnień rektorom. Można się spodziewać, że zmiany te wcześniej czy później obejmą również akademie medyczne. Chodzi o to, żeby uczelnia była do tego przygotowana i mogła szybko wprowadzić w życie konieczne korekty programowe.



Następnym zagadnieniem jest odpowiedni poziom ćwiczeń klinicznych. Ćwiczenia kliniczne w czterech podstawowych dyscyplinach medycyny: internie, chirurgii, położnictwie i ginekologii oraz pediatrii wywierają najistotniejszy wpływ na przygotowanie zawodowe absolwenta w zakresie jego praktycznych umiejętności. Potrzeba udoskonalenia tych części wykształcenia lekarza jest ogólnie akceptowana. Właśnie na te ćwiczenia musi być zwrócona szczególna uwaga i muszą być one najstaranniej przygotowane.

Aktualnie najbardziej adekwatną formą tych ćwiczeń jest blok i internat. System ćwiczeń zblokowanych musi być czujnie obserwowany, ćwiczenia powinny być hospitowane. Na bieżąco trzeba usuwać niedociągnięcia i wprowadzać ulepszenia. Należy szeroko korzystać z opinii rad pedagogicznych VI i V roku, zespołów dydaktycznych klinik i uwag młodzieży.

Ćwiczenia zblokowane z interny na V roku przewidują nauczanie w ambulatorium. Najbardziej celowe wydaje się wykorzystanie w tym celu przychodni rejonowych. Sposób wykorzystania czasu prowadzonych tam zajęć powinien być ściśle kontrolowany przez stosowanie właściwego nadzoru merytorycznego. Ćwiczenia internatowe z chirurgii należałoby zastąpić formą zblokowaną jako bardziej intensywną. Celowe byłoby wzbogacenie ich o zajęcia z zakresu medycyny doraźnej również w ambulatorium.

W miarę możliwości klinik należy wprowadzać w życie próby tzw. ćwiczeń bezgrupowych, polegających na wejściu studenta do zespołu lekarz — stażysta — student, prowadzącego grupę chorych. W tych warunkach student podejmowałby pod kierunkiem asystenta rutynowe czynności lekarskie. Warunkiem wprowadzenia tego typu zajęć jest dostateczna ilość łóżek dydaktycznych, podobnie zresztą jak do sprawnego funkcjonowania systemu ćwiczeń zblokowanych.

Palący problem bazy łóżkowej powinien zostać rozwiązany w sposób kompleksowy. Tylko takie rozwiązanie będzie skuteczne, które będzie korzystne dla Akademii i oddziałów miejskich. Można tę sprawę rozwiązać przez ścisłą afiliację oddziałów miejskich do klinik AM, z jednoczesnym wciągnięciem tych oddziałów w sferę zainteresowań kliniczno-usługowych AM. Ze sprawą tą łączą się i jednocześnie ją upraszczają decyzje dotyczące powierzenia AM bardziej ścisłej współpracy z terenową służbą zdrowia i powstawanie instytutów uczelnianych. Funkcję tę będą sprawowały instytuty wydziałowe. Powstaje możliwość stworzenia kompleksów instytut i afiliowane doń oddziały miejskie. Zastanowić się trzeba nad nadaniem statusu nauczycieli zawodu lub pracowników usługowo-dydaktycznych niektórym lekarzom oddziałów miejskich. Konieczne jest opracowanie życiowego systemu wymiany rotacyjnej lekarzy między klinikami a afiliowanymi doń oddziałami miejskimi. Projektowane przez departament zasady wyzna-

gradzania lekarzy miejskich wydają się słuszne i sprzyjające realizacji tego projektu.

Oczywista konieczność nauczania elementów medycyny środowiskowej i zapoznawania z całościową opieką lekarską studentów zmusza do rozszerzenia dydaktyki w oparciu o lecznictwo otwarte. Dotyczy to głównie lat studiów, gdzie nie obowiązują ćwiczenia zblokowane. Bazą tego nauczania może być poliklinika AM na Polu Mokotowskim wraz z afiliowanymi do niej przychodniami rejonowymi. Powinna ona zyskać rangę jednostki dydaktycznej analogicznie do klinik i być kierowana przez samodzielnego pracownika naukowego. Stanowić by mogła kompleks specjalistyczno-laboratoryjny i wypełniać swoje funkcje lecznicze w powiązaniu z afiliowanymi przychodniami rejonowymi i instytutami klinicznymi AM. Powinna spełniać rolę wzorcowej placówki, w której student zapoznawałby się z modelem prawidłowo funkcjonującego lecznictwa otwartego w zintegrowanej postaci. Konieczne byłoby powiązanie pracy dydaktycznej polikliniki z Instytutem Medycyny Społecznej dla koordynacji nauczania w zagadnieniach medycyny przemysłowej i medycyny wiejskiej.

Powinna być wprowadzona zasada, że wszystkie jednostki AM są jednostkami dydaktycznymi, a każdy pracownik naukowo-dydaktyczny uczy lekarzy lub studentów. Ta propozycja wychodzi naprzeciw nowym zadaniom AM w zakresie kształcenia podyplomowego i funkcji konsultacyjnej dla terenowej służby zdrowia. Powstaje możliwość wprowadzenia do programów nauczania kursów fakultatywnych i elektywnych. Kursy te byłyby dostępne zarówno dla studentów jak i lekarzy. Nie istnieją żadne przeszkody, by kursy fakultatywne mogły być wprowadzone na obu wydziałach nawet w bieżącym roku akademickim. Warunkiem wprowadzenia do programu kursów elektywnych jest zmiana zarządzenia resortu zwiększająca elastyczność toku studiów. W proponowanym układzie przewidziane w programie obowiązkowe wykłady, ćwiczenia i inne zajęcia z poszczególnych przedmiotów obejmowałyby ok. 85—90% czasu studenta. W ramach pozostałego czasu student miałby do wyboru kursy elektywne obejmujące nowe, rozwijające się dziedziny i nabierające znaczenia. W miarę rozwoju i postępu niektóre kursy elektywne mogłyby stawać się obowiązkowymi, a obowiązkowe elektywnymi. Analogicznie sprawa przedstawia się z kursami fakultatywnymi.

Najlepszy program dydaktyczny nie spełni swej roli, a wysiłki uczelni będą bezowocne, jeżeli nasi studenci nie położą większego nacisku na samodzielne studiowanie, nie będą z własnej inicjatywy i wewnętrznej potrzeby pogłębiać swoich wiadomości i wykorzystywać maksymalnie możliwości, jakie stwarza im uczelnia. Z drugiej strony uczelnia powinna poprawić warunki do samodzielnego studiowania. Potrzebne są programy i wskazówki dla młodzieży dla tego ro-

dzaju pracy. Niezbędne są zmiany organizacyjne w bibliotece AM. Biblioteka powinna stać się aktywnym zakładem dydaktycznym nie tylko w zakresie technologicznym, ale przede wszystkim w zakresie informacyjnym.

Istotnym elementem w przygotowaniu do zawodu są staże poddyplomowe. Celem stażu jest usamodzielnienie absolwenta i wdrożenie go w codzienne praktyczne funkcjonowanie służby zdrowia. Wprawdzie staż odbywany jest poza murami uczelni, lecz praktycznie stanowi on przedłużenie studiów i to o okres roku. Właściwe wykorzystanie tego czasu przez stażystów leży w interesie wydziałów zdrowia i uczelni. Proponujemy wspólne opracowanie zakresu wiadomości i umiejętności praktycznych, jakie stażysta powinien zdobyć w tym okresie. Na zakończenie stażu proponujemy wprowadzenie sprawdzianu, którego zaliczenie warunkowałoby uzyskanie prawa wykonywania zawodu.

Staże na wydziale farmaceutycznym wymagają unormowania. W tej chwili staż poddyplomowy absolwentów tego wydziału sprowadza się praktycznie do otrzymywania odpowiednio niższego wynagrodzenia.

Zespół specjalistów na wydziale lekarskim przygotowuje test do egzaminu końcowego, tzw. skrótowo—egzaminu państwowego. Należałoby ustalić termin w którym te prace będą zakończone i zamierzenie to zrealizować. Wyniki tego egzaminu mogą posłużyć do ustalenia tzw. lokat dla absolwentów. Lokaty te byłyby przez uczelnię z całą konsekwencją przestrzegane przy przyznawaniu miejsc stażowych i atrakcyjnych miejsc pracy; stanowiłyby dla studentów czynnik motywacyjny w uczeniu się.

Tak więc dla spełnienia naszego ambitnego celu, przygotowania najlepszego absolwenta, który pozytywnie świadczyłby o warszawskiej AM potrzebna jest świadoma, zaangażowana postawa i wysiłek nie tylko ze strony pracowników szkoły, ale również ze strony młodzieży. To nieprawda, że student ma wyłącznie prawa, a nauczyciele szkoły wyższej wyłącznie obowiązki. Studencka organizacja partyjna podjęła tę problematykę, stoją przed nią ważne zadania kształtowania właściwych postaw, a przede wszystkim pogłębienia świadomości wśród młodzieży podstawowego prawa i obowiązku — uczenia się.

## UCHWAŁA \*)

Plenum Komitetu Uczelnianego PZPR przy Akademii Medycznej w Warszawie obradujące w dniu 10 lutego 1972 r. przyjmuje i aprobuje analizę dotyczącą zadań dydaktycznych uczelni zawartą w referacie egzekutywy.

W szczególności plenum podkreśla, że praca dydaktyczno-wychowawcza jest pierwszoplanowym zadaniem uczelni. Kierunek ten przyjęty przez KU w 1967 roku pozwolił znacznie usprawnić pracę dydaktyczną naszej uczelni, jest zgodny z uchwałami VI Zjazdu i warszawskiej instancji partyjnej.

Plenum wysoko ocenia dotychczasową aktywną pracę Komisji Dydaktycznej i Rady Szkoły d/s Młodzieży.

Na uznanie zasługuje praca rad pedagogicznych i wysiłki dziekanatów nad usprawnieniem procesu dydaktyczno-wychowawczego — szczególnie w okresie ostatnich dwóch lat.

Plenum uznaje, że Akademia Medyczna w Warszawie może i powinna stać się przodującą uczelnią medyczną w kraju, kształcić na najwyższym poziomie i przygotowywać najlepszych fachowych pracowników służby zdrowia.

Do realizacji tych zamierzeń wzywa się wszystkich członków partii naszej uczelni, organizacje młodzieżowe oraz bezpartyjnych pracowników i studentów — traktując to zadanie jako najważniejszy obowiązek.

Na podstawie referatu i dyskusji plenum uważa za celowe realizację następujących postulatów:

1. Programy nauczania wymagają ustawicznej aktualizacji zgodnie z perspektywą rozwoju nauk medycznych. Obecne ramowe, sztywne, określane centralnie programy nie spełniają dostatecznie swego zadania.

Bardzo ważny jest problem nadania większej samodzielności wydziałom AM w zakresie organizowania toku studiów.

Plenum zobowiązuje władze uczelni i egzekutywę KU do wystąpienia w tej sprawie do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, Komitetu Warszawskiego i Wydziału Nauki i Oświaty Komitetu Centralnego PZPR.

2. Dziekanaty powinny jak najszybciej przeprowadzić wnikliwą analizę szczegółowych programów nauczania obejmujących: wykłady, seminaria, ćwiczenia i metody dydaktyczne stosowane przez poszczególne zakłady i kliniki.

\*) Uchwała plenum KU PZPR przy AM w Warszawie podjęta w związku z referatem egzekutywy ogłoszonym w dniu 10.II.1972 r.

Wstępnej oceny takich programów winny dokonać rady pedagogiczne, dyrekcje instytutów i zespoły odpowiednich specjalistów, a ostateczne decyzje podejmie kolegium dziekańskie. Programy należy wydać w formie powielonej i rozesłać instytutom i katedrom.

3. Szczegółowy plan zajęć na rok akademicki 1972/73 powinien zostać opracowany do 15 czerwca 1972 r., z zabezpieczeniem kadrowym i finansowym przez dziekanaty.  
Zatwierdzenie planu winno należeć do kierownictwa uczelni po ewentualnym zasięgnięciu opinii senatu.
4. Do dyscyplin klinicznych należy wprowadzić zakres umiejętności praktycznych — zatwierdzony przez rady pedagogiczne i dziekanaty.
5. Należy popierać nowe obiektywne formy egzaminowania, szczególnie testy. Niezbędnym warunkiem jest prawidłowe przygotowanie testu. Każdy test powinien być oceniony pod względem merytorycznym i technicznym metodą matematyczną. Ostateczna ocena danego studenta powinna być średnią z trzech ocen: za pracę w ciągu roku, egzamin praktyczny i za egzamin testowy lub tradycyjny.  
W związku z tym należy wprowadzić kartę ocen studenta. Wydaje się celowe wystąpienie o wprowadzenie scentralizowanego systemu weryfikacji, dystrybucji i oceniania testu.
6. Zakres wymagań z poszczególnych dyscyplin powinien być ustalony przez dziekanat w zależności od rangi danego przedmiotu i jego przydatności w przyszłej pracy absolwenta. Należy rozważyć propozycję ustalenia dyscyplin wiodących i pomocniczych w realizowaniu zamierzonych celów dydaktyczno-wychowawczych.
7. Każdy pracownik naukowo-dydaktyczny uczelni powinien być oceniany głównie za wykonanie swego pensum dydaktycznego (kształcenie studentów oraz lekarzy czy magistrantów) w cyklach 2-letnich. Ocenę taką z uwzględnieniem pracy wychowawczej powinna przeprowadzać rada pedagogiczna i przedkładać ją dziekanowi. Należy zwalczać tendencję przeciążania pracą dydaktyczno-wychowawczą najmłodszych pracowników, którzy nie posiadają jeszcze wysokich kwalifikacji.
8. Należy zorganizować od przyszłego roku akademickiego zajęcia fakultatywne w wybranych przez dziekana dyscyplinach.
9. Plenum akceptuje poczynania dziekanów nad podniesieniem dyscypliny studiów.
10. Zajęcia zablokowane i w lecznictwie otwartym wymagają szczególnego nadzoru ze strony dziekana wydziału lekarskiego pod kątem ich organizacji i metodologii.

11. Należy opracować i wprowadzić egzamin końcowy z lokatą ukończenia studiów, związaną z zapewnieniem atrakcyjnych miejsc pracy najlepszym absolwentom.
12. Staże podyplomowe winny być zintensyfikowane w zakresie metodycznym i programowym, a program powinien być rzeczywiście przestrzegany i realizowany. Absolwenci wydziału farmaceutycznego powinni mieć zabezpieczone miejsca pracy zgodnie z ukończonym kierunkiem.
13. Zadaniem organizacji młodzieżowych jest propagowanie czynnej formy studiowania i eksponowanie zasadniczego obowiązku obywatelskiego, jakim jest dobra nauka każdego studenta.
14. W celu podniesienia poziomu nauczania należy zrewidować punkt regulaminu zezwalający na powrót na studia osób skreślonych za brak postępów w nauce.  
Przy przenoszeniu z innych uczelni należy kierować się zasadą przyjmowania wyłącznie dobrych studentów.
15. Realizację uchwał w sprawie pracy dydaktyczno-wychowawczej uczelni należy prowadzić bardziej konsekwentnie i stanowczo.

Plenum zobowiązuje Egzekutywę KU do opracowania szczegółowego planu realizacji powyższej uchwały i złożenia sprawozdania w tej sprawie na najbliższym posiedzeniu plenarnym.

*Prof. dr med. Ksawery Rowiński \*)*

## **SZKOLNICTWO MEDYCZNE W POLSCE, W CZORAJ, DZIŚ I JUTRO \*\*)**

Problemy szkolnictwa medycznego wiązały się zawsze i wiążą się nadal ściśle z zagadnieniem ochrony zdrowia ludzkiego i z problemami lecznictwa.

Już w drugiej połowie XIX wieku znaczna część ówczesnych lekarzy na ziemiach polskich, a przede wszystkim na ziemiach byłej „Kongresówki”, widziała konieczność udostępniania lecznictwa najszerszym kręgom ludności.

W 1906 r. wyszła z druku monografia zatytułowana „Medycyna w samorządzie”, wydana staraniem grona lekarzy warszawskich a przedstawiająca „Stan obecny lecznictwa publicznego w Królestwie Polskim. Braki i potrzeby”. W monografii tej omówiono bardzo krytycznie stan ówczesnego szpitalnictwa, domów wychowawczych dla podzutek, opiekę nad umysłowo chorymi i pomoc leczniczą dla ludności. Autorzy monografii wysunęli wiele konstruktywnych propozycji dla poprawienia tego stanu.

W dziale omawiającym szpitalnictwo, autorzy podkreślają m.in., że powinno ono być związane z higieną społeczną, dalej stwierdzają, że pielęgnowanie chorych powinno być oddane w ręce „inteligentnych i odpowiednio wykształconych pielęgniarek”. Omawiając pomoc położniczą dla ludności, proponują reformę szkół akuserek i wprowadzenie specjalnych kursów praktycznych z akuszerii dla lekarzy oraz otwieranie miejskich przytułków położniczych.

W dziale lecznictwa publicznego omawiają opiekę lekarską nad szkołami, dalej organizację pomocy lekarskiej dla ludności miejskiej, w szczególności fabrycznej i pomoc lekarską dla ludności wiejskiej, walkę z chorobami wenerycznymi oraz wysuwają projekt ubezpieczenia powszechnego na wypadek choroby robotników. Stwierdzają oni, że „bezwzględnie lecznictwo ludowe i higiena ludowa muszą

\*) Kierownik Katedry i Zakładu Radiologii Pediatricznej.

\*\*) Artykuł jest oparty na opracowaniu autora dla Komitetu Ekspertów do raportu o stanie oświaty w PRL.

być składową częścią ogólnej ekonomicznej gospodarki krajowej i li tylko z tą ostatnią traktowane". Sprawy organizacji pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej powinniśmy — piszą autorzy — zacząć od urządzenia porządných i w dostatecznej liczbie szpitali, gdyż na 84 powiaty 29 nie ma ich wcale. „Urządzenie takich szpitali wymaga pewnego czasu, będzie kosztować niemało, wydatek ten jednak nigdy straconym nie będzie, zawsze będzie produkcyjnym, albowiem wszelka organizacja pomocy lekarskiej musi być oparta na szpitalach". Autorzy uważają, że racjonalna organizacja pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej może być wprowadzona wówczas, gdy będzie zaprowadzone powszechne ubezpieczenie na wypadek choroby i niezdolności do pracy.

Autorzy wskazują też na dużą śmiertelność, występującą na ziemiach polskich, znacznie większą niż w Niemczech, dwa razy większą niż w Norwegii. „Pomijając już względy natury moralnej — możemy obliczyć straty materialne jakie ponosi społeczeństwo". Następnie dodają: „W Warszawie po wprowadzeniu kanalizacji i wodociągów śmiertelność zmniejszyła się mniej więcej o jedną trzecią". — „Oto dlaczego u ludów cywilizowanych jest mniemanie, że wprowadzenie urządzeń higienicznych wprost opłaca się". Wobec tego wszelki nakład na organizację pomocy lekarskiej z pominięciem urządzeń higienicznych jest marnotrawstwem grosza publicznego. Zapobieganie chorobom, stosowanie zasad higieny, krzewienie zasadniczych praw higienicznych powinno być pierwszym zadaniem społecznym w dziedzinie lecznictwa publicznego — piszą autorzy „Medycyny w Samorządzie".

Sporo uwagi w tej pracy poświęcono kształceniu lekarzy, omawiając bardzo krytycznie sytuację w ówczesnym carskim uniwersytecie warszawskim. Dążąc do poprawy tego stanu postuluje się aby rada wydziału lekarskiego miała na względzie postęp nauki i doskonalenie środków nauczania. Zasklepanie się wyłącznie w granicach przedmiotu wykładanego, bez odczuwania związku z innymi działami nauki lekarskiej, nie nadaje wykładowi znaczenia należytego, toteż „anatomia powinna wciąż pamiętać o fizjologii i klinice i na odwrót".

Czyż dzisiaj nie postulujemy tego samego w naszych akademiach medycznych?

Autorzy „Medycyny w Samorządzie" żądają, ażeby oprócz wykładanych gałęzi wiedzy medycznej ... uwzględnić niektóre działy poszczególne, a w pierwszym rzędzie naukę o pielęgowaniu chorych. Poza tym powinny być wykładane na wyższych kursach lekarskich nauki lekarsko-społeczne, traktowane dotąd pobieżnie, bez należytego nacisku na ich znaczenie dla społeczeństwa, lub też pomijane zupełnie. Autorzy wyjaśniają: „Mamy więc na myśli higienę społeczną, statystykę lekarską, epidemiologię, Specjalnie zaś należałoby uwzględ-



nić warunki życia i ewentualne urządzenia higieniczne w klasie robotniczej wiejskiej i miejskiej”. Dalej zaś podkreślają, że „humanitarne i etyczne obchodzenie się z chorymi szpitalnymi ma częstokroć znaczenie rozstrzygające dla przyszłego postępowania lekarzy”. Omawiają też metody nauczania. „Co do metod nauczania na wydziale lekarskim — piszą — to główną zasadą powinno być jak najściślejsze obcowanie studentów z chorymi. W tym celu urządzać należy podział na mniejsze grupy studentów, wizyty wieczorne, przyjęcia w ambulatoriach, leczenie chorych na mieście, po wypisaniu ich ze szpitala”. Ponadto postulują by studenci byli poza tym obznajmieni z głównymi zasadami higieny społecznej a uzdrowotnienie kraju to jeden z ważniejszych obowiązków lekarskich. Podkreślają jednak, że zasady uzdrowotnienia kraju nie mogą być wprowadzone w życie z powodzeniem, o ile w działalności tej nie weźmie udziału sama ludność, to też „za niezbędne uważamy — piszą — wprowadzenie nauki higieny do seminariów nauczycielskich i duchownych, do wyższych i niższych szkół rolniczych, do gimnazjów .., do uniwersytetów .., a nawet do szkół ludowych w postaci pogawędek higienicznych”. Kładą też duży nacisk na propagowanie higieny za pomocą drukowanego i żywego słowa oraz postulują odpowiednie wydawnictwa z zakresu higieny, (brozury ludowe, ulotne przepisy).

W „Medycynie w Samorządzie” czytamy dalej: „Uniwersytet uprawiający wyłącznie naukę dla nauki i nie łączący się najściślej ze społeczeństwem, nie odczuwający jego potrzeb, przestaje być instytucją żywą, odżywiającą i uzdrawiającą organizm społeczny. Sądzimy, że wpływ największy na postęp ludności będzie mieć w przyszłości nauka i jej wnioski lub prawa. A wydział lekarski ma dążyć poza nauczaniem studentów i rozwojem oryginalnej myśli naukowej, do oświecenia szerokich mas narodu w zakresie swych nauk i dlatego wydział lekarski powinien popularyzować wiedzę dla kół więcej lub mniej wykształconych w postaci odczytów, powinien działać w kierunku uzdrawiania ludności i wreszcie powinien organizować kursy dla lekarzy, ponieważ ze względu na szybki postęp wiedzy lekarskiej jest rzeczą niezbędną, ażeby w każdym kraju istniała instytucja, która by informowała lekarzy mieszkających z dala od ognisk uniwersyteckich o najnowszych zdobyczach medycyny.

Autorzy „Medycyny w Samorządzie” formułują ostateczny wniosek w następujący sposób: „zdrowotność publiczna jest jedną z dziedzin życia społecznego — racjonalna gospodarka społeczna nie ma prawa pomijać higieny”.

Widzimy z tego, jak bardzo „Medycyna w Samorządzie” była udokumentowanym świadectwem postępowej myśli lekarskiej owych czasów i wyrażała te tendencje, które uzyskały możliwość realizacji dopiero w Polsce Ludowej.

W dwudziestoleciu międzywojennym mieliśmy wprowadzić na początku przez krótki okres czasu Ministerstwo Zdrowia, powołane do życia w 1919 r., ale zostało ono niebawem zlikwidowane i zastąpione przez Generalną Dyрекcję Służby Zdrowia, a następnie tylko departament, podlegający początkowo Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, a następnie Ministerstwu Opieki Społecznej. Jednak ani ministerstwo, ani następnie departament nie miały wpływu na uczelnie, w których kształcili się lekarze, natomiast miały one wiele trudności z objęciem i stopniowym ujednoczaniem lecznictwa pracowniczego, które do końca pozostało wielotorowe, w dodatku w sytuacji, kiedy państwo walczyło m.in. z wielkimi trudnościami ekonomicznymi, nie mówiąc o trudnościach politycznych. Pięć polskich wydziałów lekarskich, działających w tym okresie, miało wiele trudności rzeczowych, finansowych i inwestycyjnych, toteż ograniczało liczbę studentów, kierując się m.in. także stanowiskiem tych lekarzy, którzy nie chcieli dopuścić do „pauperyzacji stanu lekarskiego”. Celem studiów w tym okresie było przyswojenie studentom wiedzy i umiejętności lekarskich, ale bez wiązania treści studiów z potrzebami społecznymi. W rezultacie Polska pod koniec dwudziestolecia miała zaledwie 13.000 lekarzy, co stawiało nas w Europie na przedostatnim miejscu (za normę uważano wówczas, ażeby na 10.000 ludności przypadało 10 lekarzy, a nasz wskaźnik wynosił 3,7). Liczba pielęgniarek odpowiednio wyszkolonych była wręcz znikoma.

Prof. Stanisław Ciechanowski, z Wydziału Lekarskiego U.J., w okresie dwudziestolecia, kilkakrotnie zabierał głos, przedstawiając niezadowolający stan szkolnictwa medycznego w naszym kraju. Wskazywał on na potrzebę prowadzenia odpowiedniej polityki społeczno-higienicznej przez organa administracji państwowej i samorządowej i twierdził, że podstaw do tej polityki dostarczyć muszą badania naukowe.

Jak z tego widać, w okresie dwudziestolecia międzywojennego rozkojarzyło się wiele spraw, które tak dalekowzrocznie były zaprojektowane przez grono lekarzy warszawskich w „Medycynie w Samorządzie”. Jednak, mimo wszystko, wielu profesorów wydziałów lekarskich widziało konieczność zmian i zabiegało o reformę studiów lekarskich już w okresie międzywojennym, m.in. A. Wrzosek, St. Trzebiński, G. Szulc. Toteż bezpośrednio po zakończeniu drugiej wojny światowej rozpętała się na łamach czasopism lekarskich szeroka dyskusja, w której wzięło udział szereg wybitnych profesorów i lekarzy-społeczników. Profesor B. Dylewski, pisząc w 1947 r. swój artykuł „O tematyce nauczania na wydziałach lekarskich”, cytuje aż 19 artykułów, które ukazały się w naszym piśmiennictwie w latach 1945—1947 na temat studiów lekarskich.

W Polsce Ludowej zorganizowano pierwszy wydział lekarski już w 1944 r. na Uniwersytecie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Lublinie, a w 1945 r. obok odnowionych i od nowa zorganizowanych wydziałów lekarskich na uniwersytetach w Warszawie, Krakowie, Poznaniu, Łodzi i Wrocławiu została przez Ministerstwo Zdrowia zorganizowana pierwsza uczelnia medyczna nowego typu — Akademia Lekarska w Gdańsku, której ministerstwo powierzyło opiekę nad leczeniem w regionie gdańskim i w której po raz pierwszy w Polsce wprowadzono praktyki pielęgniarskie dla studentów medycyny. Z Akademią Lekarską powiązano pierwszą w kraju pomaturalną szkołę dla „asystentek technicznych” (tak wówczas nazwano dzisiejszych techników medycznych), szkołę pielęgniarską i szkołę położnych oraz kursy dla techników elektromedycznych, tak bardzo wówczas potrzebnych dla naprawy i instalacji aparatury elektromedycznej.

Utworzenie w Polsce Ludowej Ministerstwa Zdrowia (11 kwietnia 1945 r.) skierowało na samym początku poczynania organizacyjne w zakresie służby zdrowia na jednotorowość, na dążenie do zespołowości działania w służbie zdrowia i na upowszechnienie leczenia i zapobiegania, ale wojenne zniszczenia gospodarki narodowej, dewastacje urzędów służby zdrowia i jej wyposażenia, zły stan sanitarny kraju, panoszące się choroby i równocześnie wyniszczenie biologiczne fachowych pracowników służby zdrowia utrudniały ogromnie start. W 1946 r. mieliśmy zaledwie 7.732 lekarzy (wskaźnik — 3,2 na 10.000 ludności), 1.581 lekarzy dentyistów (wskaźnik — 0,7), 2.414 farmaceutów (wskaźnik — 1,0), pielęgniarek 6.664 (wskaźnik — 2,7) i położnych 6.311 (wskaźnik — 2,6).

A w międzyczasie nauki medyczne bardzo się rozwinęły, w krajach rozwiniętych wprowadzono wiele nowych technik do medycyny, życie codzienne społeczeństw ulegało postępującej technizacji, wszędzie postępowała industrializacja, równocześnie wystąpiły ostro przemiany społeczne i zmiany w sytuacji demograficznej. To wszystko wybitnie rzutowało na potrzeby rozwijania szkolnictwa medycznego w szybkim tempie i odpowiedniego modernizowania tego szkolnictwa.

W Polsce — za przykładem Związku Radzieckiego — zdecydowano całe szkolnictwo medyczne ustawić w pionie Ministerstwa Zdrowia, wydzielając w 1950 r. wszystkie wydziały lekarskie i farmaceutyczne z uniwersytetów i tworząc z nich akademie medyczne. W 1948 r. Ministerstwo Zdrowia zorganizowało akademie na Górnym Śląsku i w Szczecinie, a w 1950 r. w Białymstoku. W ten sposób od 1950 r. istnieje do dzisiaj, dziesięć akademii medycznych, w których kształcą się lekarze, lekarze dentyści i farmaceuci, zarówno w zakresie teorii jak i praktyki. Szpitale kliniczne tych akademii mają obok zadań dydaktycznych, bardzo rozległe zadania usługowe w ramach służby zdrowia, są one podstawową częścią składową uczelni, ale stanowią

równocześnie najwyższej kwalifikowane i wyspecjalizowane ośrodki lecznictwa w kraju. W szpitalach tych kształcą się przy łóżku chorego przyszli lekarze, ale prowadzi się w nich również szkolenie podyplomowe. Tak samo dzieje się w uczelnianych zakładach stomatologii wszystkich specjalności. W akademiach prowadzi się równocześnie badania naukowe oraz kształci się pracowników naukowo-dydaktycznych i naukowo-badawczych. Wielu samodzielnych pracowników tych uczelni pełniło i pełni na zlecenie resortu funkcje specjalistów krajowych czy wojewódzkich, wykonując nadzór fachowy nad lecznictwem określonego regionu.

Szkolnictwo średnie, stopniowo rozbudowane, stanowi obecnie zespół 274 szkół, w większości pomaturalnych, szkolących 16 różnych kategorii pracowników dla społecznej służby zdrowia.

Zadaniem całego szkolnictwa medycznego jest przygotowanie kadr potrzebnych w służbie zdrowia, na odpowiednim poziomie, wychowywanych na świadomych i aktywnych działaczy służby zdrowia w konkretnych warunkach naszego kraju.

W r. ak. 1945/46 studiowało na kierunkach medycznych (medycyna, stomatologia i farmacja) — 9.682 studentów. Starano się szybko zwiększyć liczbę studiujących. Maksymalna liczba studentów w akademiach medycznych przypadła na r. ak. 1956/57 — 27.393. Na 10 wydziałach lekarskich studiowało wówczas — 20.121 studentów, na 8 oddziałach stomatologicznych — 4.323, a na 7 wydziałach farmacji — 2.949. W 1970 r. kształciło się w akademiach medycznych łącznie — 22.482 studentek i studentów, w tym na 10 wydziałach lekarskich — 14.502, na 9 oddziałach stomatologicznych — 3.579, na 7 wydziałach farmacji — 4.282, a na Studium Pielęgniarskim zorganizowanym przy Akademii Medycznej w Lublinie — 119 absolwentek szkół pielęgniarskich. Do 274 szkół medycznych uczęszczało w 1970 r. — 46.197 młodzieży (w tym ponad 90% kobiet). Szkoły medyczne od 1961 r., w którym została wydana ustawa o rozwoju oświaty i wychowania, sprowadzono stopniowo do form organizacyjnych, obowiązujących w całym szkolnictwie zawodowym. Obecnie w średnim szkolnictwie medycznym istnieje: 6 zasadniczych szkół medycznych (w tym 5 dla pracujących) dla asystentek pielęgniarskich i preparatorów, 111 liceów medycznych pielęgniarstwa i 5 liceów dla opiekunek dziecięcych oraz 152 policealne zawodowe szkoły medyczne, w których kształcą się pielęgniarki, położne, dietetyczki, higienistki szkolne, technicy analityki medycznej, elektroradiologii i fizjoterapii, technicy dentyści i technicy farmaceutyczni, technicy elektroniki medycznej, instruktorzy higieny, instruktorzy terapii zajęciowej i pracownicy socjalni.

Od 1953 r. istnieje instytucja zajmująca się kształceniem podyplomowym kadr z wyższym wykształceniem — pierwotnie Instytut Do-

skonalenia i Specjalizacji Kadr Lekarskich, przekształcony następnie w Studium Doskonalenia Lekarzy przy Akademii Medycznej w Warszawie, a ostatnio usamodzielniony jako Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Działalność tej instytucji jest bardzo pożyteczna, przyczyniła się ona do przekazywania większości lekarzy w kraju nowych osiągnięć medycyny, mających znaczenie dla praktyki. Dla przykładu — w 1970 r. zostało przeszkolonych 7.776 pracowników służby zdrowia z wyższym wykształceniem, lekarzy, lekarzy dentyków i farmaceutów, na kursach doskonalących. Ponadto istnieje Centralny Ośrodek Doskonalenia Średnich Kadr Medycznych, który zajmuje się podyplomowym specjalizowaniem pielęgniarek w różnych dziedzinach i podyplomowym szkoleniem techników; czynne są także dwa studia nauczycielskie z wydziałami stacjonarnymi i zaocznymi dla nauczających w szkołach medycznych i studia zaoczne dla wychowawców internatów średnich szkół medycznych i dla wychowawców domów pomocy społecznej.

Założonym dążeniem całego szkolnictwa medycznego jest, ażeby wszyscy pracownicy służby zdrowia, zjednoczeni w jednym, liczącym obecnie przeszło 470.000 członków, Związku Pracowników Służby Zdrowia i pracujący zespołowo, czuli się solidarnie odpowiedzialni za poziom świadczeń służby zdrowia na rzecz społeczeństwa i czuli się, każdy na swoim odcinku, współodpowiedzialni za zdrowie społeczeństwa.

Możemy powiedzieć, że szkolnictwo medyczne zaspokoiło już w dość dużym, jednak jeszcze niejednakowym stopniu, najpilniejsze potrzeby ilościowe naszej tak bardzo rozbudowanej i nadal rozbudowującej się służby zdrowia. Ponadto akademie medyczne przygotowały stosunkowo dość duże ilości pracowników naukowych, gdyż w ostatnim dziesięcioleciu, w latach 1961—1970 w akademiach medycznych uzyskało stopień doktora — 4.254 osoby, a stopień doktora habilitowanego — 912 osób. W ten sposób przygotowujemy kandydatów do obsady stanowisk kierowników zakładów i klinik w uczelniach. W latach 1956—1967 obsadzono na nowo 159 katedr na ogólną liczbę 309 ówczesnych katedr wydziałów lekarskich, po ustąpieniu albo śmierci dotychczasowych kierowników.

Dla pełniejszego wykorzystania potencjału kadrowego i bazy materialnej katedr przechodzi się obecnie w akademiach medycznych stopniowo na tworzenie zintegrowanych instytutów uczelnianych. W 1970 r. zlikwidowano 202 katedry i w ich miejsce utworzono 60 instytutów. Ta słuszna tendencja nie może jednak zahamować pewnych interesujących i twórczych kierunków badawczych, rozwijanych w określonych warsztatach badawczych. Należy pogodzić możliwość indywidualnej twórczości naukowej z potrzebą zintegrowanego nauczania i zespołowej pracy badawczej, ukierunkowanej na problematykę ważną dla praktyki służby zdrowia, a wytyczaną przez resort.

W wyniku działalności szkolnictwa medycznego osiągnęliśmy do końca 1970 r. liczbę 49.283 lekarzy — wskaźnik wzrósł z 3,2 w 1946 r. do 15,1; lekarzy dentystów 13.611 — wskaźnik wzrósł z 0,7 w 1946 r. do 4,2; farmaceutów 12.298 — wskaźnik wzrósł z 1,0 do 3,4, a pielęgniarek 102.838 — wskaźnik wzrósł z 2,7 do 31,5 i położnych 12.179 — wskaźnik wzrósł z 2,6 do 3,7. Jak z tego widać liczba lekarzy wzrosła blisko pięciokrotnie, a liczba pielęgniarek przeszło jedenastokrotnie. Tych dwóch podstawowych kategorii kadr społecznej służby zdrowia przybyło niemało. Jednak liczba pielęgniarek jest jeszcze ciągle niewystarczająca, ponieważ na jednego lekarza powinno przypadać 4—5 pracowników pomocniczych i to przede wszystkim pielęgniarek, a wskaźnik lekarzy powinien być wyższy ze względu na fakt wielkiego zróżnicowania wykonawstwa lekarskiego wskutek postępującej specjalizacji lekarzy. Liczba specjalności lekarskich przekroczyła 40 i nadal się zwiększa; jest to nieuniknione, gdyż jest to następstwem ogromnych postępów w dziedzinie medycyny. Ale ta postępująca specjalizacja tym bardziej powoduje konieczność wprowadzenia do lecznictwa otwartego dobrze przygotowanych lekarzy ogólnych, jako podstawową kadrę lecznictwa otwartego. Ten stan rzeczy jest zjawiskiem powszechnym w krajach rozwiniętych, toteż wskaźnik lekarzy, specjalistów i ogólnych, w Związku Radzieckim wynosi obecnie blisko 21,8, a np. Francja przewiduje konieczność osiągnięcia wskaźnika co najmniej 20 dla wszystkich lekarzy.

Ale przygotowanie lekarzy do podejmowania samodzielnej pracy w lecznictwie otwartym było, niestety, przy dotychczasowym systemie studiów niewystarczające, a ten fakt powoduje w społeczeństwie bardzo ujemne reperkusje w postaci niezadowolenia i utyskiwania na tę tak podstawową część służby zdrowia, która dla ochrony zdrowia ma największe znaczenie, gdyż jest masowa. O masowości tej świadczą fakty, i tak w 1970 r. udzielono przeszło 47 mln. porad tylko w poradniach ogólnych, 28 mln. porad w poradniach dziecięcych i 10 mln porad w poradniach dla kobiet, nie licząc porad udzielonych w poradniach specjalistycznych.

Ochroną zdrowia społeczeństwa zajmują się również wyspecjalizowane stacje sanitarno-epidemiologiczne, których mamy w całym kraju 421. W zakres działalności tych stacji wchodzi następujące dziedziny: inwestycyjny nadzór zapobiegawczy, higiena komunalna, przemysłowa służba zdrowia, higiena pracy, ochrona przed promieniowaniem jonizującym, ochrona środowiska, higiena zakładów nauczania i wychowania, higiena żywienia i żywności, zagadnienia toksykologii, sytuacja epidemiologiczna kraju i oświata sanitarna czyli zdrowotna. W stacjach tych na terenie całego kraju zatrudnionych jest blisko 10.000 osób, lekarzy, lekarzy weterynarii, farmaceutów, inżynierów sanitarnych i innych, instruktorów higieny, kontrolerów sanitarnych;

pracują w stacjach również felczerzy, laboranci, technicy, pielęgniarki i pracownicy administracji. Ale działalność tych stacji nie zwalnia pozostałych pracowników służby zdrowia, a przede wszystkim lekarzy lecznictwa otwartego i pielęgniarek od stałej troski o ochronę zdrowia ludności. Działalność ta powinna odbywać się w ramach opieki zdrowotnej otwartej w miastach i na wsi, w ramach ochrony zdrowia kobiet, dzieci i młodzieży, w ramach zakładów nauczania, w ramach zakładów pracy, w zakładach opieki stomatologicznej, przez zwalczanie chorób społecznych, uświadamianie o sposobach zachowania zdrowia i niesienie pomocy doraźnej, oczywiście również w ramach lecznictwa uzdrowiskowego, ale także w ramach lecznictwa zamkniętego. We wszystkich tych dziedzinach mamy niemałe osiągnięcia, ale i wiele niedociągnięć. Tak np. w obrębie lecznictwa zamkniętego, gdzie kadra lekarzy jest na stosunkowo wysokim poziomie i gdzie mamy stosunkowo największe dotychczas osiągnięcia, istnieją jeszcze wielkie braki ilościowe i jakościowe, dotyczące przede wszystkim liczby miejsc szpitalnych, oraz ilości i jakości wyposażenia.

Toteż z zadowoleniem przyjąć należy zawartą w uchwale VI Zjazdu decyzję, że „należy rozpocząć realizację znacznie szerszego niż dotychczas programu budownictwa szpitali ogólnych, co pozwoli na poprawę w zakresie lecznictwa zamkniętego”. W uchwale podkreślono wagę ochrony zdrowia, która powinna mieć zapewniony wysoki priorytet. Zasadniczy kierunek działania to dążenie do poprawy materialnej bazy szpitali ogólnych i klinicznych, lecznictwa psychiatrycznego, zakładów pomocy społecznej oraz wiejskich ośrodków zdrowia. Uchwała stwierdza, że „trzeba dążyć do udoskonalenia systemu społecznej służby zdrowia oraz prawidłowego rozmieszczenia kadr służby medycznej, dalszego usprawnienia jej funkcjonowania i podnoszenia poziomu usług oraz racjonalnego wykorzystania sił i środków, sprzętu i urządzeń”. Uchwała zaleca „koncentrować wysiłki na poprawie stanu sanitarnego kraju, ochronie zdrowia matki i dziecka, na ochronie zdrowia zatrudnionych w przemyśle i rolnictwie, na intensyfikacji walki z chorobami społecznymi”. Te wskazania i zalecenia są w pełni zrozumiałe i znajdują aprobatę świadomych swych zadań pracowników służby zdrowia, gdyż są oni przeświadczeni, że wiele można poprawić w działalności naszej służby zdrowia, zwłaszcza jeżeli szkolnictwo medyczne będzie przygotowywało odpowiednio kadry, to wtedy wysoki priorytet wśród planowanych nakładów będzie we właściwy sposób wykorzystany, tym bardziej że mimo wskazanych przykładowo niedostatków i niedociągnięć już bardzo znacznie zmniejszyła się w Polsce Ludowej liczba zachorowań na choroby zakaźne i inne, skrócił się okres leczenia, leczenie stało się efektywniejsze, znacznie zmniejszyła się liczba przedwczesnych zgonów, zwłaszcza wśród osób w wieku produkcyjnym, co wszystko razem niewątpliwie przyczynia

się do poprawienia sytuacji w dziedzinie pracy ludzkiej, a tym samym w dziedzinie naszej gospodarki.

Jednak szereg przyczyn składa się na to, że dotychczasowe osiągnięcia ilościowe w zakresie przygotowania pracowników służby zdrowia przez szkolnictwo medyczne nie spełniają jeszcze wszystkich założeń socjalistycznego systemu służby zdrowia. Jedną z głównych przyczyn jest niedostateczna praca wychowawcza, i to zarówno w szkolnictwie średnim, jak i w szkolnictwie wyższym.

W szkolnictwie średnim praca wychowawcza jest utrudniona, gdyż w okresie dwudziestu sześciu lat zbudowano zaledwie 16 nowych szkół, a pozostałe 258 szkół mieści się w pomieszczeniach adaptowanych, albo też w szkołach pionu oświaty na prawach „podnajemcy”, co stwarza sytuację przymusową, jak np. lekcje popołudniowe. Na domiar wszystkiego w większości szkół brak internatów dla młodzieży dojeżdżającej. Niestety, również akademie medyczne mieszczą się w większości w starych, częściowo remontowanych, częściowo adaptowanych, budynkach, nie posiadających dostatecznych pomieszczeń dydaktycznych, czasami nie odpowiadających zasadom bezpieczeństwa i higieny pracy, a nawet posiadające pomieszczenia, które nie sprzyjają mówiąc oględnie, wpajaniu studiującym zasad higieny i estetyki.

O ile wśród nauczających w szkolnictwie średnim pedagogizacja kadry nauczycielskiej ulega stałej poprawie, o tyle w uczelniach kładzie się większy nacisk u nauczających na wiedzę i przekazywanie tej wiedzy studiującym, nie przykładając wagi do ich znajomości zasad pedagogiki i, co gorsza, do ich umiejętności utrzymania dobrych stosunków międzyludzkich. A praca wychowawcza organizacji młodzieżowych spełnia tylko częściowo te zadania, których powinno by się po nich spodziewać. Toteż w efekcie niedostatecznej pracy wychowawczej słyszy się wiele skarg na niewłaściwy stosunek niektórych lekarzy i pielęgniarek do chorych i otoczenia.

Inną przyczyną niedociągnięć w szkoleniu i kształceniu są braki w wyposażeniu w pomoce dydaktyczne i naukowe, które to braki są dość znaczne, ale ponadto uzupełnianie ich nie nadąża za rosnącymi potrzebami, co utrudnia proces nauczania w szkołach średnich, jak i co gorsza, w uczelniach. Wprowadzanie nowoczesnych metod nauczania programowego, jest utrudnione przez brak środków. Przeprowadzanie obiektywnego sprawdzania wiedzy przy pomocy egzaminów testowych jest dopiero zapoczątkowane i na razie jeszcze pozostaje w sferze inicjatyw indywidualnych nauczających, a powinno być zinstytucjonalizowane. Na domiar atmosfera panująca w bardzo obciążonych pracą usługowo-leczniczą, przeważnie na poziomie wysoko-specjalistycznym i pracą naukowo-badawczą — szpitalach klinicznych, w których studiujący spotyka się przede wszystkim z ciężko chorymi, nie sprzyja przyswojeniu przez przyszłych lekarzy wiedzy



o sprawach i zagadnieniach, z którymi będą się spotykać na co dzień, wykonując swój zawód. Studenci zostają przeważnie zafascynowani wielkimi osiągnięciami współczesnej terapii i na skutek tego nie doceniają należycie wykładanych im problemów społecznych, z którymi „namacalnie” się nie spotykają. Można mieć jednak nadzieję, że wprowadzana obecnie reforma studiów lekarskich zdoła wyrównać te „dewiacje” w kształceniu lekarzy dla społecznej służby zdrowia, a zwłaszcza dla opieki otwartej, że zaznajomi ich z szerokim wachlarzem zagadnień związanych z ochroną zdrowia, że ucząc ich pracy zespołowej, przyswoi im równocześnie umiejętność samodzielnego myślenia i decydowania.

Dalszą przyczyną rozbieżności pomiędzy założonymi celami i osiągnięciami jest „praktyka” służby zdrowia, w której dotąd panowała znaczna biurokracja, absorbująca uwagę i czas fachowych pracowników służby zdrowia, którą ci powinni poświęcić choremu, jego otoczeniu i ochronie zdrowia na swoim odcinku pracy. Sprawy administracyjne nie powinny obciążać fachowych pracowników służby zdrowia, a powinny być załatwiane przez odpowiednio kwalifikowanych urzędników.

\* \* \*

Studia lekarskie stanowią problem bardzo żywo dyskutowany na całym świecie. Szczególnie żywa dyskusja rozwinęła się w ostatnim dwudziestopięcioleciu, znamienym narastającymi w szybkim tempie osiągnięciami nauk i technik medycznych, ale równocześnie przemianami społecznymi zachodzącymi na świecie. Procesy te muszą znaleźć odbicie we współczesnych studiach lekarskich, gdyż dzisiejszy lekarz jest z jednej strony lekarzem leczącym i technikiem ochrony zdrowia, ale z drugiej strony musi być działaczem społecznym. Toteż mnożą się na świecie instytucje i towarzystwa, które prowadzą badania dotyczące kształcenia lekarzy. W 1969 r. została powołana do życia „International Society for Research in Medical Education” (IRME), we Włoszech zostało powołane „Centro Italiano Ricerche sulla Formazione del Medico”, które w marcu 1970 r. zorganizowało II kongres europejski, dotyczący kształcenia lekarzy, w Niemczech wydawnictwo J.F. Lehmann w Monachium zaczęło wydawać czasopismo, poświęcone wyłącznie problemom kształcenia lekarzy, pt. „Didacta medica”, kwartalnik, który chciałby skupić naukowców „patrzących w przyszłość”.

Pierwsze poważne studium, dotyczące nowoczesnych studiów lekarskich, stanowi w piśmiennictwie światowym obszerny raport A. Flexnera, opracowany w 1910 r. na zlecenie Fundacji Carnegie; raport ten odegrał zasadniczą rolę w uporządkowaniu i odpowiednim ustawieniu studiów lekarskich w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.

Tenże autor ogłosił w 1924 r. obszerną monografię, która w 1927 r. ukazała się w przekładzie francuskim pt. „La formation du mèdecin en Europe ot aux Etats Unies”. Stanowi ona gruntowne studium ówczesnych studiów lekarskich we Francji, w Anglii oraz w Niemczech, Szwajcarii, Belgii i Danii. Autor porównuje te studia w Europie zachodniej z już uporządkowanymi i rozwijającymi się studiami w Stanach Zjednoczonych. Obydwa te opracowania stanowią klasyczne dziś ustalenia dotyczące studiów w krajach kapitalistycznych pierwszej połowy XX wieku.

W okresie międzywojennym Polska wzorowała się na systemie studiów austriacko-niemieckich.

Po wyzwoleniu Polska znalazła się w tym szczęśliwym położeniu, że w państwach o ustroju socjalistycznym istniały, względnie powstawały analogicznie ustawiane systemy ochrony zdrowia i systemy szkolnictwa medycznego, odpowiadające ideałom, głoszonym przez naszych postępowych lekarzy-społeczników z przełomu XIX i XX w. W tej sytuacji jest rzeczą zrozumiałą, że w dużym stopniu skorzystaliśmy z przykładów i doświadczeń zaawansowanego w tej dziedzinie Związku Radzieckiego — w organizowaniu naszej służby zdrowia i że konfrontowaliśmy nasze doświadczenia w zakresie szkolnictwa z doświadczeniami innych krajów socjalistycznych.

Kiedy w 1950 r. ministerstwo objęło pod swoją opiekę wszystkie uczelnie medyczne został w centrali powołany Departament Szkolnictwa i Nauki, którego kierownictwo zostało powierzone ówczesnemu prorektorowi Akademii Medycznej w Gdańsku.

W 1954 r. delegacja Ministerstwa Zdrowia zwizytowała wyższe szkoły medyczne (med.-instytuty) w Moskwie i Leningradzie. W 1956 r. odbyła się w Krynicy pierwsza konferencja ministrów zdrowia 11 krajów socjalistycznych dla omówienia sytuacji w dziedzinie ochrony zdrowia w poszczególnych krajach. Na konferencji tej omówiono też sprawy szkolnictwa medycznego i wymieniono doświadczenia z tego zakresu. W wyniku tej konferencji Polska otrzymała mandat zorganizowania konferencji poświęconej studiom lekarskim. W 1958 r. odbyło się w Krakowie sympozjum, na którym omówiono plany studiów lekarskich, obowiązujące w poszczególnych krajach socjalistycznych i omówiono również przebieg i wyniki I Światowej Konferencji Kształcenia Lekarzy, odbytej w 1953 r. w Londynie oraz stan wyższego szkolnictwa medycznego w Stanach Zjednoczonych na podstawie wydawnictwa, które ukazało się w 1953 r.: „Medical Schools in the United States at Mid-Century”.

Na konferencji londyńskiej, w której uczestniczyło 600 przedstawicieli 127 wydziałów lekarskich z 62 krajów, głównie kapitalistycznych, szczegółowo omawiano problemy przeddyplomowego kształcenia lekarzy. Sprawozdanie z tej konferencji, wydane drukiem w 1954 r.

zostało ocenione jako „encyklopedia kształcenia lekarzy”. Na konferencji tej przedstawiciele 25 krajów postulowali reformę aktualnych studiów w związku z wielkimi zmianami, jakie zachodzą w dziedzinie medycyny, m.in. po raz pierwszy wówczas na forum światowym uznano konieczność — pomimo sprzeciwów niektórych zachowawczych profesorów — wprowadzenia do studiów lekarskich nauczania medycyny prewencyjnej i medycyny społecznej, która wtedy już od dawna była wprowadzona do studiów w krajach socjalistycznych. Toteż niektórzy oponenti, protestując przeciw wprowadzaniu „medycyny socjalnej” do studiów argumentowali, że to oznaczałoby wprowadzenie do studiów „medycyny socjalistycznej”.

Na II Światowej Konferencji Kształcenia Lekarzy, która odbyła się w 1959 r. w Chicago (w konferencji tej uczestniczyli także przedstawiciele Polski) — sprawa nauczania medycyny „socjalnej” nie budziła już żadnych sprzeciwów. Konferencja ta odbywała się pod hasłem: „medycyna to studia całego życia”. Na konferencji tej omawiano: a) podstawowe nauczanie kliniczne wszystkich lekarzy, w okresie którego należy poruszać aspekty społeczne i ekonomiczne zdrowia; b) zaawansowane nauczanie dla lekarzy ogólnych i specjalistów (częściowe uzupełnienie studiów po dyplomie); c) kształcenie nauczających i badaczy (w tym punkcie obrad jeden z przedstawicieli naszego kraju przedstawił na konferencji zamówiony przez organizatorów referat „o przygotowaniu studentów do pracy badawczej w ramach studenckich kółek naukowych i na wakacyjnych obozach naukowych”; i d) ogólne zasady kształcenia podyplomowego. W konferencji tej brał udział generalny dyrektor Światowej Organizacji Zdrowia.

Światowa Organizacja Zdrowia, którą postanowiono powołać do życia w ramach Organizacji Narodów Zjednoczonych w 1946 r. rozpoczęła swoją działalność w 1948 r. W zakres jej działania wchodzi obok szerokiego wachlarza spraw zdrowia publicznego również sprawy kształcenia lekarzy i szkolenia zawodów „paramedycznych”, a więc przede wszystkim personelu średniego służby zdrowia.

W 1958 r. ŚOZ wydała bibliografię pt. „Medical Education” — „Annotated Bibliography — 1946—1955”. Różne działy tej bibliografii obejmują łącznie 2.571 pozycji z 62 krajów, co dokumentuje zakres zainteresowania przejawianego w tej dziedzinie w piśmiennictwie światowym. W bibliografii tej wymieniono przeszło 40 dyscyplin i specjalności lekarskich, będących przedmiotem nauczania studentów medycyny.

W 1957 r. na zlecenie ŚOZ opracowano monografię przedstawiającą stan nauczania higieny i zdrowia publicznego w kształceniu przed- i podyplomowym w 19 krajach europejskich przeważnie kapitalistycznych (F. Grundy, J. M. Mackintosh „The Teaching in Hygiene and Public Health in Europe — A Review of Trends in Undergraduate and

Postgraduate Education in Ninteen Countries"). Monografia ta miała na celu podkreślenie wagi tego nauczania.

ŚOZ bada na bieżąco wszystkie tendencje, pojawiające się na świecie, dotyczące kształcenia lekarzy i zawodów „paramedycznych” na forum swojego komitetu ekspertów w sprawach kształcenia zawodowego i technicznego kadr lekarskich i pomocniczych przeprowadzając dyskusje, i informuje o wynikach tych dyskusji wszystkie kraje członkowskie. W pracach tych biorą udział również przedstawiciele naszego kraju. Serwis informacyjny ŚOZ dociera niemal na bieżąco do zainteresowanych. W tej sytuacji, wprowadzając w przeszłości do planów nauczania jakieś zmiany, wiedzieliśmy jak te sprawy kształtują się na świecie i mogliśmy kontrolować nasze poczynania w oparciu o doświadczenia innych. Jednak podkreślić należy, że kraje socjalistyczne w zasadzie należą do najbardziej postępowych w dziedzinie założeń kształcenia kadr medycznych, a nasz kraj chyba przoduje w systemie kształcenia średniego personelu, o czym mogłaby świadczyć ocena ŚOZ, która sięga do naszych kadr instruktorskich, zapraszając je jako konsultantów, względnie angażując do pracy.

W 1964 r. w ramach 600-lecia istnienia Uniwersytetu Jagiellońskiego, odbyła się w Krakowie międzynarodowa sesja naukowa poświęcona omówieniu ewolucji nauczania medycznego w Polsce w okresie 600-lecia i współczesnych problemów dydaktycznych szkół medycznych.

Na sesji tej przedstawiciel Francji (prof. Pequignot) przedstawił ewolucję nauczania medycznego w tym kraju od 1789 r. do czasów współczesnych i zakończył stwierdzeniem, że wszystkie kraje świata, nawet najbardziej rozwinięte, stają obecnie przed koniecznością zorganizowania na nowo zakładów nauczania medycyny. Według niego bazą nauczania medycyny powinien być szpital i lecznictwo pozaszpitalne, a laboratoria i pracownie fizykoterapeutyczne powinny stać się ośrodkami nauczania nauk podstawowych. Student w ten sposób przygotowany do zawodu, już w czasie studiów będzie w bezpośrednim kontakcie z problemami, z którymi będzie musiał się stykać w praktyce.

Przedstawiciel Związku Radzieckiego (doc. K. Jermakow) omówił zagadnienia profilaktyki w strukturze nauczania wyższego szkolnictwa medycznego w ZSRR, stwierdzając, że kierunek profilaktyczny radzieckiej służby zdrowia jest jedną z podstawowych zasad całego systemu kształcenia kadr lekarskich w ZSRR.

Przedstawiciel NRF (prof. Marchionini) powiedział m.in.: jeżeli w chwili obecnej wołanie o reformę wydziałów lekarskich rozbrzmiewa i u nas coraz głośniej, to wynika to przede wszystkim z tego, że fundamentalne nowe zdobycze nauk przyrodniczych wstrząsnęły strukturą dotychczasową medycyny jako całości i jej poszczególnych dyscyplin. To, czego gwałtownie potrzebujemy w Niemieckiej Republice Fede-

ralnej — powiedział Marchionini — to jest żywe, bezpośrednie nauczanie przy łóżku chorego.

W Wielkiej Brytanii — jak stwierdził dr Ellis — nauczanie medycyny podlegało w ostatnich 30 latach ciągłej analizie, w wyniku której rozwinęła się koncepcja trzystopniowego procesu nauczania: okres przeddyplomowy to wyszkolenie w metodzie, okres dyplomowy to ogólne wyszkolenie zawodowe i okres podyplomowy to nabycie wiedzy i umiejętności związanych z konkretną dziedziną medycyny, które trzeba uzupełniać przez całe życie. Konieczne jest współdziałanie uczelni z Ministerstwem Zdrowia, które powinno określić ilość niezbędnych lekarzy w nowoczesnej medycynie. Nauczanie medycyny w W. Brytanii, podobnie, jak gdzie indziej, staje się znacznie droższe niż w przeszłości\*). Dr Ellis stwierdza, że nie można oszczędzać na wstępnym przygotowaniu i stałym doszkalananiu tych, którzy swoją niewiedzą czy nieumiejętnością mogą spowodować szkodę społeczną. W 1957 r. w Wielkiej Brytanii zostało utworzone Towarzystwo Badań Nauczania Medycznego, które swoją działalnością przyczynia się do ulepszania nauczania medycyny. Hasłem reformatorów nauczania medycyny w W. Brytanii stało się: „Ucz nauczycieli, jak uczyć”. Aby stworzyć każdemu studentowi możliwość nabycia odpowiednich kwalifikacji, widzi się konieczność rozwijania jego osobniczych właściwości i to nie przez stereotypowe kursy, ani przez integracje kursów, poziomą, pionową czy diagonalną, ale przez dobieranie treści nauczania stosownie do jego indywidualności — ażeby nabył umiejętność samodzielnego myślenia, wiedzę kliniczną i świadomość tego, co to znaczy być lekarzem, człowiekiem wykonującym ten zawód.

W Szwecji — powiedział prof. Rexed — doszliśmy do tego przekonania, że studia przeddyplomowe nie mogą dostatecznie przygotować lekarza do podjęcia ogólnej praktyki. W 1954 r. podjęto reformę studiów, polegającą na daleko idącej przedbudowie całego planu studiów. Wprowadzono nowe przedmioty, zwiększono zakres nauczania niektórych przedmiotów, znacznie zmniejszono czas poświęcony innym przedmiotom i zmodernizowano metody nauczania. Szwedzki program nauczania nie jest integrowany w amerykańskim sensie tego słowa, jest systemem raczej blokowym, gdyż jest on poświęcony w różnych okresach różnym przedmiotom, jednak istnieją również pewne tendencje integracji, zwłaszcza na roku poświęconym wprowadzeniu do klinik, a w przedmiotach klinicznych wprowadzono system konfrontacji klinicznych, w których uczestniczą nauczający różne dyscypliny. Najbardziej integrujący charakter ma nauczanie medycyny społecznej, która zajmuje się środowiskiem chorego, klinicznym i społecznym. Przedmiot medycyny społecznej spotkał się wbrew początkowym opo-

\*) Według danych ŚOZ koszt wykształcenia lekarza w Anglii w 1965/66 r., wyniósł średnio 20.050 dolarów USA (WHO/EDUC) 71.149.

rom z dużym powodzeniem. Dawniej dopuszczana swoboda ułożenia sobie rozkładu zajęć przez studentów zwolna ustępuje uregulowanej kolejności studiowania poszczególnych dyscyplin klinicznych, w sposób bardziej odpowiadający wymogom pedagogicznym. Na wykształcenie lekarskie w Szwecji składa się — okres studiów przeddyplomowych, który trwa 6 i pół lat, po czym następuje okres kształcenia w klinikach trwający ok. 5 lat, w czasie którego lekarz pracuje jako asystent. A więc lekarz z dyplomem ukończenia studiów posiada jedynie podstawowe wykształcenie lekarskie, a do jakiegokolwiek rodzaju pracy, którą ma podjąć samodzielnie, potrzebuje jeszcze przygotowania podyplomowego. „Obydwa okresy, przed i po dyplomie, powinny być skoordynowane, tworząc podstawę ciągłego kształcenia trwającego całe życie”.

Dalsze referaty przedstawione na tej sesji dotyczyły nauczania medycznego na Węgrzech (referenci powołali się na sympozjum krakowskie z 1958 r., „które w dużym stopniu wpłynęło na wprowadzenie nowych reform” do studiów węgierskich), na Kubie i w Izraelu, gdzie metody nauczania wzorowane są na metodach amerykańskich, a struktura planu studiów jest podobna do struktury europejskiej.

Na sesji tej J. Bejnarowicz przedstawił zebrane drogą ankiety opinie polskich lekarzy o odbytych przez nich studiach, ich warunkach pracy i widzianych przez nich perspektywach zawodowych, a przedstawiciele polskich uczelni omawiali współczesne problemy dydaktyczne w naszych uczelniach.

III Światowa Konferencja na temat nauczania medycyny odbyła się w 1966 r. w New Delhi. Organizatorzy widzieli wzrastającą potrzebę organizacji służby zdrowia w krajach rozwijających się i usprawnienia jej w krajach rozwiniętych i uważali za niezbędne przedyskutowanie sprawy wiązania nauczania medycyny z problemami bardzo szybko zachodzących zmian społecznych i technologicznych, celem przygotowania lekarza do skutecznego działania w określonym środowisku. Konferencji, poza światowym stowarzyszeniem lekarzy, patronowała ŚOZ.

Do wprowadzanej obecnie u nas reformy studiów lekarskich przystępowaliśmy z dużym wieloletnim doświadczeniem. Już w 1955 r. ukazał się artykuł pt. „O konieczności zmian w planie studiów i w metodyce pracy dydaktyczno-wychowawczej dla odpowiedniego przygotowania lekarzy do pracy w terenowej służbie zdrowia” (Zdrowie Publiczne, 1955,5). Byliśmy świadomi wszystkich tendencji zmierzających do usprawnienia nauczania medycyny na świecie i zdawaliśmy sobie sprawę z tego, że treść nauczania musi być stale unowocześniana w miarę postępów nauki. Realizacja obecnie przeprowadzonej reformy została rozpoczęta w 1964 r. w Akademii Medycznej w Krakowie, ale już w 1965 r. podjęły ją pozostałe uczelnie. Na zjeździe rektów

rów akademii medycznych, który odbył się w marcu 1971 r. w Krakowie, przeprowadzono wstępną analizę wyników tej reformy.

Nie ulega już wątpliwości, że ukierunkowane reformą, studia będą stopniowo wpływały na zmianę oblicza uczelni. Na uczelni spoczywa istotne zadanie dania swoim absolwentom odpowiedniego, co najmniej wstępnego przygotowania, do podjęcia pracy w lecznictwie otwartym i dlatego wśród nauczających powinny się znaleźć osoby z dużym doświadczeniem w zakresie tego lecznictwa, a uczelnia jako całość musi być nie tylko zainteresowana i zorientowana w tym, jak rozwija się lecznictwo i ochrona zdrowia w regionie, który jest jej siedzibą, ale czuć się odpowiedzialna za poziom tego lecznictwa.

Jest koniecznością nie tylko poprawienie kwalifikacji lekarzy, wchodzących do pracy w służbie zdrowia, ale również zwiększenie liczby lekarzy, a w jeszcze większym stopniu liczby pielęgniarek. Jest to niezbędny warunek poprawienia świadczeń służby zdrowia. Istnieje również konieczność lepszego rozmieszczenia kadr służby zdrowia w kraju. Nie ulega wątpliwości, że w tym celu powinniśmy koniecznie powołać do życia nowe wydziały lekarskie. Według ustaleń ŚOZ ogłoszonych w listopadzie 1971 r., jeden wydział lekarski przypada w Czechosłowacji na 1.600.000 mieszkańców, w NRD na 1.800.000 m., w Jugosławii na 2.540.000 m., na Węgrzech na 2.570.000 m., w Związku Radzieckim na 2.900.000 m. Najmniej korzystny stosunek w Europie jest w Portugalii, gdzie przypada jeden wydział na 3.180.000 mieszkańców, w Polsce jeden wydział na 3.300.000 mieszkańców, zaś w Rumunii jeden wydział wypada na 3.350.000 mieszkańców. Jesteśmy więc nieomal na ostatnim miejscu w Europie. Wydaje się, że konieczne jest utworzenie, jeżeli już nie nowych akademii medycznych, to przynajmniej nowych szpitali klinicznych, jako samodzielnych uczelni, prowadzących nauczanie studentów IV, V i VI roku studiów, a więc przejmujących z dziś istniejących uczelni studentów po trzecim roku studiów. Można mieć uzasadnioną nadzieję, za czym przemawiają zmiany na Białostocczyźnie po utworzeniu tam akademii medycznej, że na terenie regionów, na których powstałyby te nowe uczelnie, podniosłyby się świadczenia służby zdrowia. Należałoby rozważyć, czy te nowe uczelnie nie powinny się w większym stopniu profilować na przygotowywanie lekarzy do lecznictwa otwartego. Ponadto doświadczenie uczy, że w oparciu o uczelnie łatwiej i oszczędniej można organizować inne typy szkół medycznych, a przecież potrzeby w tym zakresie są oczywiste.

Perspektywy studiów medycznych należy widzieć w znacznie szerszym zakresie specjalizacji z jednej strony, co zmusi do zróżnicowania kierunków studiów lekarskich, ale i w konieczności integracji studiów dla lekarza ogólnego. Nie można zamykać oczu na oczywisty fakt, że nie możemy nauczyć wszystkich wszystkiego.

*Ksawery Rowiński*

### МЕДИЦИНСКОЕ ОБУЧЕНИЕ В ПОЛЬШЕ, ВЧЕРА, СЕГОДНЯ И ЗАВТРА

Автор представляет прогрессивные взгляды варшавских врачей на переломе XIX и XX веков; обсуждает период междувоенного двадцатилетия и подробно описывает результат ты деятельности медицинского просвещения в Народной Польше. Число высших учебных заведений увеличилось по сравнению с довоенным периодом, с пяти до десяти; число же школ, готовящих средний персонал достигло двухсот семидесяти. В период с 1946—1970 г.г. показатель количества врачей увеличился с 3,2 на 10.000 населения до 15,1, а показатель количества медсестер с 2,7 — до 31,5.

Несмотря на значительное повышение количества медицинского персонала, в настоящее время постоянно ощущается недостаток врачей и медсестер, подготовка же их к профессиональному труду еще не обеспечивает нужд общественного здравоохранения.

Из-за этого планы обучения подвергаются постепенным изменениям. В 1964 году было положено начало осуществлению преобразования медицинского обучения.

Автор указывает на: неизбежность дальнейшего увеличения количества медицинских школ, обращение особого внимания на подготовку работников для диспансеров, на создание условий, которые обеспечили бы раннюю специализацию, еще во время обучения

*Ksawery Rowiński*

### MEDICAL EDUCATIONAL SYSTEM IN POLAND — YESTERDAY, TODAY AND TOMORROW

The author has presented the progressive views of Warsaw physicians on the turn of the XIX-th century, discussed the period of twenty years between the World Wars, and described in detail the results of the activities of the medical educational system in the Polish People's Republic. The number of schools increased from five schools before the Second World War to ten after the War. The number of high schools for The author postulated health service personnel is over two hundred and seventy. During the period of 1946 and 1970 the ratio of physicians increased from 3.2 for 10.000 inhabitants to 15.1, and the ratio of nurses from 2.7 to 31.5. The author has pointed out the necessity of further increase of the number of medical schools the non-physician training of the personnel for the out-patient medical service and rendering early specialization possibly already during the course of study should be emphasized.

#### WYBRANE POZYCJE PIŚMIENICTWA:

*F. Grundy, J. M. Mackintosh*: The Teaching of Hygiene and Public Health in Europe — A Review of Trends in Undergraduate and Postgraduate Education in Nineteen Countries World Health Organization — Geneva 1957.

*J. Kostrzewski*: Rola nauki w organizacji i rozwoju powszechnej ochrony zdrowia — referat wygłoszony na Sesji Naukowej z okazji 25-lecia Polski Ludowej Polska Akademia Nauk — Warszawa 1969.

„Międzynarodowa Sesja Naukowa — Ewolucja Nauczania Medycznego w okresie ostatniego 600-lecia i Współczesne Problemy Dydaktyczne Szkół Medycznych” 18—21 sierpnia 1964. Kraków — 1965.

„Medicine a Lifelong Study” — Proceedings of The Second World Conference on Medical Education — Chicago 1959 World Medical Association 1961

„Międzynarodowy Zjazd po Woprosam Zdrawoochranienia” Krynica 1956, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich — Warszawa 1957.

„First World Conference on Medical Education” London 1953 — Proceedings Oxford University Press London New York Toronto — 1954.

„O dalszy socjalistyczny rozwój Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej” Wytyczne KC PZPR na VI Zjazd Partii uchwalone na posiedzeniu plenarnym w dniu 4 września 1971 r.



*Prof. dr Zofia Kietlińska \*)*

## SZKOŁA WYŻSZA JAKO ŚRODOWISKO WYCHOWAWCZE

To, że jedną z podstawowych funkcji każdej szkoły wyższej jest funkcja wychowawcza, jest już dziś prawdą nie tylko oczywistą, ale wręcz banalną. Uzasadniają ją ewidentnie współczesne teorie psychologii rozwojowej, stojące na stanowisku „permanentnego” — trwającego przez całe życie — rozwoju osobowości człowieka — a więc kształtowania się i ewoluowania cech jego charakteru i umysłu, postaw, wzorów zachowań, systemu wartości i światopoglądu — zachodzącego pod wpływem różnych, tak zewnętrznych jak i wewnętrznych czynników, które zawsze istnieją i oddziałują bądź w sposób zamierzony i celowy, bądź też nieświadomy i nie zamierzony. Do tych czynników, determinujących permanentne kształtowanie się osobowości, należą cztery ich podstawowe grupy.

Pierwszą z nich stanowi grupa czynników, czyli tzw. determinant, biologicznych — takich, jak np. działalność centralnego systemu nerwowego, budowa narządów zmysłów, dziedziczność, procesy biochemiczne zachodzące w organizmie, zaczątki uzdolnień, stan zdrowia i ogólny rozwój fizyczny — przy tym nietrudno zauważyć, że wszystkie one nie są stabilne, a mogą ulegać i ulegają rozwojowi, zahamowaniu, przemianom.

Drugą grupę stanowią determinanty psychiczne, składające się na własną aktywność jednostek i wyrażające się przez: potrzeby, cele i motywacje. Ta wewnętrzna aktywność własna, w kontakcie z zewnętrznymi bodźcami otoczenia wyrabia spostrzegawczość, rozwija pamięć, myślenie i inteligencję, skłania do autorefleksji i autopooznania, stwarza świadomą potrzebę świadomego „samowychowania”, kształtującego wolę, umysł i charakter.

Trzecią grupę stanowią determinanty społeczne, w postaci różnych, szerszych i węższych „kręgów środowiskowych”, jak np. rodzina, grupa rówieśnicza, grono pedagogiczne, różne organizacje. Wszystkie one wpływają na kształtowanie się postaw, poglądów, wzorów zachowań, przy tym w niektórych przypadkach jest to wpływ świadomy i zamierzony (np. rodzina czy organizacja), ukierunkowany na kształtowanie określonych cech pozytywnych, w innych przypad-

\* Międzyuczelniany Zakład Badań nad Szkolnictwem Wyższym

kach (np. grupa rówieśnicza) jest to wpływ spontaniczny, nie zamierzany, który może być zarówno pozytywny jak też negatywny.

Czwartą wreszcie grupę determinant stanowią celowo zorganizowane procesy kształcenia w systemie szkolnym.

W konsekwencji, teoria permanentnego kształtowania się osobowości pod wpływem określonych zespołów determinant na jej rozwój wpływających nie pozostawia możliwości ograniczania wpływu wyższej uczelni (która jest ogniwem systemu szkolnego) i jej kadry (która jest określonym środowiskiem społecznym) tylko na strefę rozwoju umysłowego (wychowanie umysłowe), przeciwnie, nakłada na nie zadania oddziaływania także i na inne strefy osobowości, po to aby przygotowywać swoich wychowanków (studentów) nie tylko do określonych funkcji zawodowych, ale także do określonych ról społecznych, kształtując określone cechy i walory zarówno umysłowe jak społeczno-psychiczne. Na marginesie tezy o oczywistości zadań wychowawczych szkoły wyższej warto dodać, że teza ta stosunkowo niedawno zdobyła sobie powszechne zrozumienie i — przynajmniej potencjalne — uznanie. W związku z tym zarówno doświadczenia w zakresie form, metod i treści działania wychowawczego w szkole wyższej, jak też teoria wychowania dorosłych (a w każdym razie stojących na progu dorosłości) są jeszcze bardzo ubogie, co sprawia, że działalność szkół wyższych w tym zakresie jest często żywiołowa, eksperymentatorska czy wręcz pozornie żadna. Sformułowanie o „pozornie” żadnej działalności wychowawczej użyte tu zostało z całą świadomością, bowiem nawet jeżeli szkoła wyższa i jej kadra nie podejmują żadnych świadomych zamierzonych działań wychowawczych, to mimo to, przez sam fakt swego instytucjonalnego i środowiskowego istnienia, przez sam fakt stykania się z młodzieżą w mechanizmach funkcjonujących procesów dydaktycznych — oddziałują wychowawczo. Tyle tylko, że jest to oddziaływanie spontaniczne, a jako takie może wywierać równie dobrze wpływ pozytywny co negatywny, sprzeczny z celami i zadaniami uczelni.

Dochodzimy w ten sposób do jednoznacznego i bezspornego stwierdzenia, że szkoła — chce czy nie chce — zawsze jest środowiskiem wychowawczym, środowiskiem, w którym zachodzą i funkcjonują różne zjawiska i mechanizmy wpływów wychowawczych. Ale sam fakt, że szkoła wyższa — niejako „instytucjonalnie” — jest środowiskiem wychowawczym nie przesądza automatycznie o tym, że prawidłowo realizuje swoje zadania wychowawcze, nie przesądza o tym, że de facto jest funkcjonalnym środowiskiem wychowującym. Środowisko wychowawcze, jakim uczelnia jest zawsze, staje się środowiskiem wychowującym wtedy, kiedy w sposób świadomy, zamierzony i celowy realizuje w procesie swego funkcjonowania w sposób planowy, jedno-

lity i konsekwentny określone, założone cele wychowawcze, kształtuje określony model, określony ideał wychowawczy.

Najbardziej ogólne cele wychowania socjalistycznego formułuje w swej książce pt. „Problemy wychowania socjalistycznego” Bohdan Suchodolski pisząc, że są one determinowane przez „trzy wielkie grupy wyznaczone hasłami: społeczeństwo-praca-kultura. Przygotowanie do zaangażowanego uczestnictwa społecznego, do twórczego wykonywania pracy zawodowej i do aktywnego udziału w życiu kulturalnym — oto trzy główne cele socjalistycznego wychowania, w którym wyraża się zasadnicza tendencja socjalistycznego społeczeństwa do urzeczywistnienia podstawowej zbieżności interesów społecznych — i rozwojowych potrzeb jednostki”. Jest sprawą oczywistą, że te ogólne cele muszą być przełożone na język konkretnej praktyki działania uczelni, że z nich muszą konsekwentnie wynikać określone cele szczegółowe, precyzujące określony „model wychowawczy” specyficzny dla określonego kierunku studiów, zawodu, precyzujące „wzór osobowy” (zawodowy i społeczny) absolwenta oraz wszelkie — umysłowe, charakterologiczne, społeczne, fizyczne — niezbędne mu walory.

Podstawowym więc warunkiem, aby szkoła wyższa stawała się środowiskiem wychowawczym jest podporządkowanie całokształtu jej działalności realizacji założonych celów wychowawczych, realizujących socjalistyczny ideał wychowawczy człowieka, który rozumie rzeczywistość społeczną jako proces rozwoju i równocześnie widzi i rozumie swoją w tym rozwoju funkcję i swój udział.

Konsekwencją niezbędności podporządkowania całej działalności uczelni w zakresie jej funkcji pedagogicznych założonym celom wychowawczym — a równocześnie warunkiem stawania się środowiskiem wychowującym — jest konieczność pełnej powszechności zaangażowania wychowawczego całego środowiska uczelni, pełnej powszechności świadomego współuczestnictwa w procesach i mechanizmach oddziaływań wychowawczych całej kadry nauczającej i ogółu młodzieży. Szkoła wyższa staje się środowiskiem wychowującym przez powszechną integrację kształcenia i wychowania, przy równoczesnej ich integracji z samokształceniem i samowychowywaniem.

Niezwykle ważnym czynnikiem kształtowania się w uczelni środowiska wychowującego stanowi atmosfera wzajemnych stosunków personalnych pomiędzy kadrami nauczającą a młodzieżą, wynikająca w głównej mierze z przyjętych metod działania wychowawczego. Świadomość potrzeby wyzwalania własnej aktywności młodzieży i jej zaangażowania w procesy samowychowawcze, a tym samym jej współpartnerstwo w procesach pedagogicznych, skłaniać musi do wyboru takiej metody układania stosunków interpersonalnych z kadrami, które to współpartnerstwo i współuczestnictwo zapewnią. Dlatego też, z całą stanowczością odrzucać trzeba wszelkie metody rygorystyki wycho-

wawczego — który niestety nierzadko obserwuje się wśród licznych wychowawców, szczególnie młodych, upatrujących w tym swój autorytet — zarówno w działaniu indywidualnym, w stosunku do pojedynczych jednostek, jak też w działaniu w stosunku do grup i zespołów młodzieży. Rygoryzm wychowawczy jest w samym swym założeniu — jako opierający się na systemie nakazów, zakazów i kar (a w konsekwencji strachu) — antywychowawczy, przekształca bowiem wychowanie w tresurę, która albo całkowicie zabija własną aktywność i indywidualność wychowanka, czyniąc go narzędziem dającym się użyć w każdym ręku i dla każdego celu, albo też wyzwala w nim wewnętrzny sprzeciw i bunt przeciwko każdemu i przeciwko wszystkiemu. Rygoryzm wychowawczy kształtuje postawy tchórzliwe lub nihilistyczne, które są jednoznacznie szkodliwe społecznie.

Odrzucić również zdecydowanie trzeba także metody liberalistyczne, do których nierzadko skłonna jest kadra starsza, sprowadzające się do pobłażania wszelkiemu, a więc i świadomie negatywnemu, postępowaniu i zachowaniu wychowanków, kładąc je zawsze na karb ich młodego wieku i pseudoniedojrzałości. Liberalizm wychowawczy prowadzi również do kształtowania szkodliwych społecznie postaw anarchistycznych i aspołecznych.

Jedynie właściwą metodą wychowawczą, wyzwalającą wewnętrzne zaangażowanie samowychowawcze a równocześnie gwarantującą pozyskanie prawdziwego autorytetu pedagogicznego i zaufania wychowanków — stanowiących podstawowe warunki powodzenia wychowawczego — jest metoda *d e m o k r a t y z m u* wychowawczego, oparta na pełnym humanizmie stosunku do młodzieży, wyrażająca się w uznaniu jej prawa do krytycznego myślenia i szczerego wypowiadania wszelkich nurtujących problemów i wątpliwości i rzeczowej wyrozumiałości w ich rzetelnym wyjaśnieniu, odznaczająca się wreszcie cierpliwością w dążeniu do osiągnięcia efektów wychowawczych.

Kolejny problem, który decyduje o stawaniu się uczelni środowiskiem wychowującym, to problem świadomego wykorzystywania wychowawczego wszelkich istniejących w jej strukturze form organizacyjnych i funkcjonalnych. Do nich w pierwszym rzędzie należy sam proces dydaktyczny, będący formą powszechnego zasięgu, angażującą całą kadrę i młodzież. Wychowawcze wykorzystanie procesu kształcenia, to świadomy wybór i świadome eksponowanie wychowawczych komponent, zawartych w treściach kształcenia komponent, które istnieją w każdej dyscyplinie naukowej, w każdym przedmiocie nauczania.

Ważne jest także właściwe ukierunkowanie i prawidłowe funkcjonowanie wszelkich „instytucjonalnych” form specyficznie wychowawczych, jakimi są liczne organa kolegialne — jak np. rady d/s młodzieży czy rady pedagogiczne — jak też funkcje opiekunów lat i grup.

Wszystkie te instytucje, jak również organizacje młodzieżowe i społeczne mogą i powinny mieć istotny wpływ — nie tylko na formalistyczne planowanie i „organizowanie” działania wychowawczego aczkolwiek i to ma swoje znaczenie — ile w pierwszym rzędzie na popularyzowanie dobrych doświadczeń wychowawczych i na kształtowanie „atmosfery wychowawczej” w uczelni, sprzyjając zbliżeniu kadry do młodzieży i likwidowaniu barier na drodze do integracji całego środowiska uczelni, warunkującej harmonijne współdziałanie.

Najbardziej jednak istotny czynnik kształtujący środowisko wychowujące w uczelni stanowi kadra nauczająca. Jej osobiste walory osobowości, postawa, kwalifikacje i prawdziwy autorytet pedagogiczny są decydującą determinantą prawidłowej atmosfery wychowawczej, prawidłowych stosunków z młodzieżą, prawidłowego ukierunkowania działalności wychowawczej i efektywnego osiągnięcia założonych celów.

Nie wchodząc głębiej — z przyczyn ograniczonych rozmiarów artykułu — w problem pozycji, roli i uwarunkowań autorytetu kadry nauczającej, warto jednak zasygnalizować, iż właśnie ona zarówno jako środowisko społeczne, jak też jako pojedyncze w tym środowisku osobowości, odgrywa kluczową rolę w formowaniu w uczelni środowiska wychowującego.

Walory osobowości nauczyciela akademickiego, jego zaangażowany stosunek do procesów kształcenia, serdeczna a równocześnie surowa przyjaźń do młodzieży, wzory jego zachowań, systemy ocen i wartości, zgodność głoszonych ideałów z własnym postępowaniem, są tymi czynnikami, które decydują o atmosferze wychowawczej uczelni, decydują o niezbędnym współuczestnictwie w procesach dydaktyczno-wychowawczych młodzieży, jej postawach i stopniu zaangażowania. *Verba docent — exempla trahunt.*

# M E D I M P E X

**WĘGIERSKIE PRZEDSIĘBIORSTWO  
HANDLU ZAGRANICZNEGO  
DLA PRZEMYSŁU FARMACEUTYCZNEGO — BUDAPEST**

**EKSPORTUJE**

preparaty znanych fabryk chemiczno-farmaceutycznych:

**CHINOIN  
GEDEON RICHTER  
EGYT**

**jak: Penicyliny półsyntetyczne  
Preparaty półsyntetyczne  
Preparaty tuberkulostatyczne  
Preparaty cytostatyczne  
Glukozydy nasercowe  
Leki nasenne  
Trankwilizatory i inne**

**Eksportuje również produkty fabryk REANAL:**

**Chemikalia laboratoryjne  
Produkty radioaktywne**

**PHYLAXIA i HUMAN:  
Szczepionki i surowice**

**Mgr Michał Sołowicz  
przedstawiciel naukowy na Polskę  
Warszawa, ul. Raszyńska 54/3**

**Informacja naukowa,  
literatura fachowa  
do dyspozycji  
P.T. Lekarzy  
w naszym  
Biurze Naukowym**



*Doc. dr med. Wanda Makuch-Korulska*

## **ANALIZA WYNIKÓW EGZAMINU TESTOWEGO Z NEUROLOGII W ROKU AKAD. 1969/70**

Egzamin testowy z neurologii zdawali słuchacze VI roku studiów. Egzamin praktyczny studenci odbywali w końcowym okresie zajęć praktycznych z neurologii. Do egzaminu testowego przystąpiło 307 studentów.

Test zawierał 76 pytań. Niektóre grupy pytań były parocłonowe i wobec tego łączna, maksymalna liczba punktów wynosiła 126. Z charakterystyką pytań testowych studenci byli orientacyjnie zapoznani na wykładach z neurologii. Egzamin testowy był bezpośrednio poprzedzony objaśnieniem wstępnym, a nadto każdy egzemplarz testu zawierał szczegółową instrukcję. Pytania obejmowały dział: informacji (A), rozumienia (B), zastosowania (C) i rozwiązywania problemów (D), pytania dobierano w taki sposób aby odpowiadały one poszczególnym kategoriom dydaktycznym. Objęto nimi wiadomości z dziedziny anatomii, fizjologii i fizjopatologii układu nerwowego oraz znajomości klinicznych objawów i zespołów neurologicznych (kat. A); umiejętność myślenia przyczynowego (dlaczego dane zjawisko przychodzi) (kat. B); wiadomości z diagnostyki neurologicznej i podstawowych problemów leczenia (kat. C); oraz umiejętność różnicowania i wybór postępowania (kat. D).

Wszyscy zdający oddali rozwiązany test, nie przekraczając przewidzianego czasu 3 godz. Pierwszy student oddał test po 1 $\frac{1}{2}$  godz. Wyniki egzaminu przedstawiają się następująco:

Tabela 1

### ZESTAWIENIE ODPOWIEDZI I OCEN

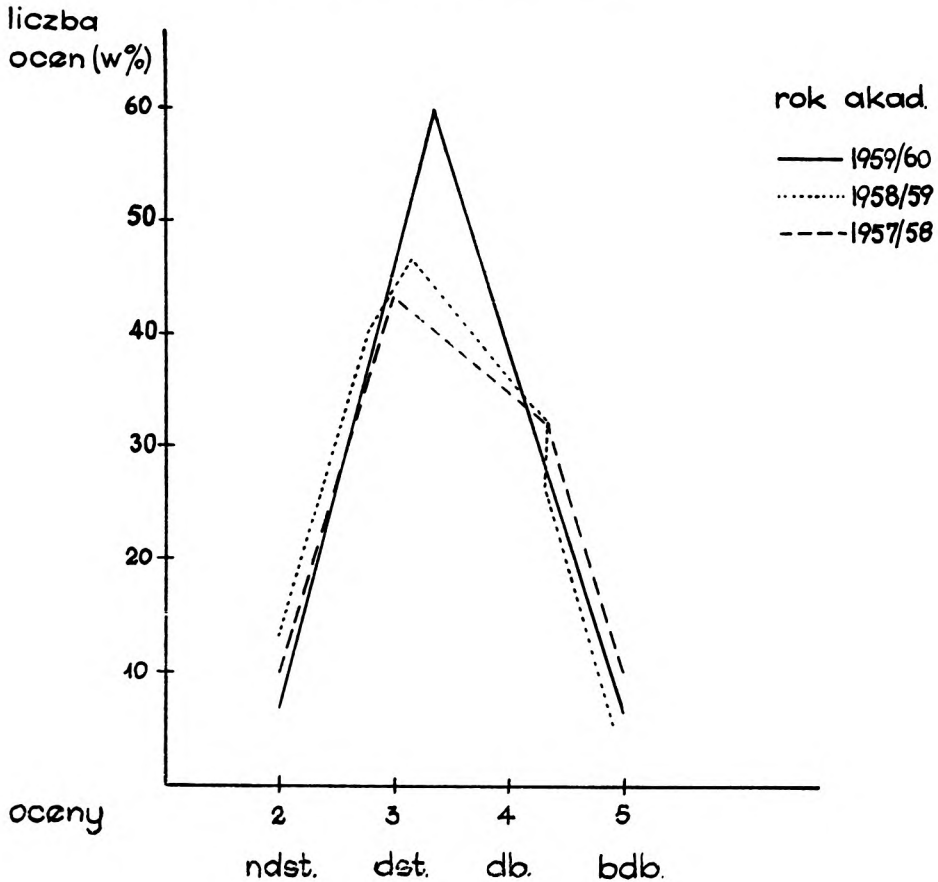
Ocena	% studentów	% prawidłowej odpowiedzi
5	12,3	90,1
4	30,2	84,1
3	46,2	63,4
2	11	

\*)Klinika Neurologiczna A.M. w Warszawie.

Stosunek do ocen z egzaminów testowych z lat poprzednich oraz do ocen z egzaminów ustnych ilustruje tablica 2 i 3.

Tabela 2

## WYNIKI EGZAMINÓW TESTOWYCH



Analiza wyników egzaminu jest następująca: w porównaniu z ocenami z ćwiczeń uzyskało wyższą ocenę 4<sup>o</sup> studentów, niższą — 8<sup>o</sup> studentów (co nie odbiega zbyt od wyników z lat poprzednich i wyników egzaminów ustnych). Uzyskana średnia arytmetyczna ocen wynosi 3,44 (w dotychczasowych egzaminach testowych mieliśmy średnią 3,31 do 3,55; w poprzednich egzaminach ustnych od 3,21 do 3,44).

Średnia arytmetyczna punktów: 84.

Mediana: 100 — 101 pkt. (= ocena dostateczna)

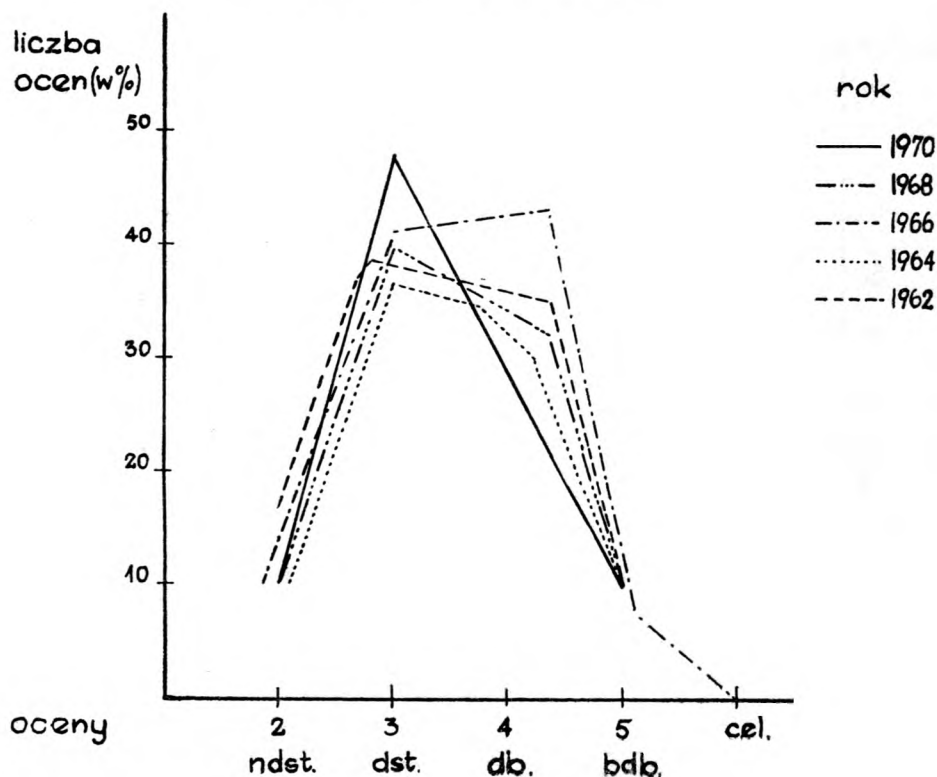
Modalna: 104 pkt (= ocena dostateczna).

Powyższe dane zestawione są w tabl. 4, przedstawiającej krzywą rozkładu wyników.



Tabela 3

## WYNIKI EGZAMINÓW USTNYCH



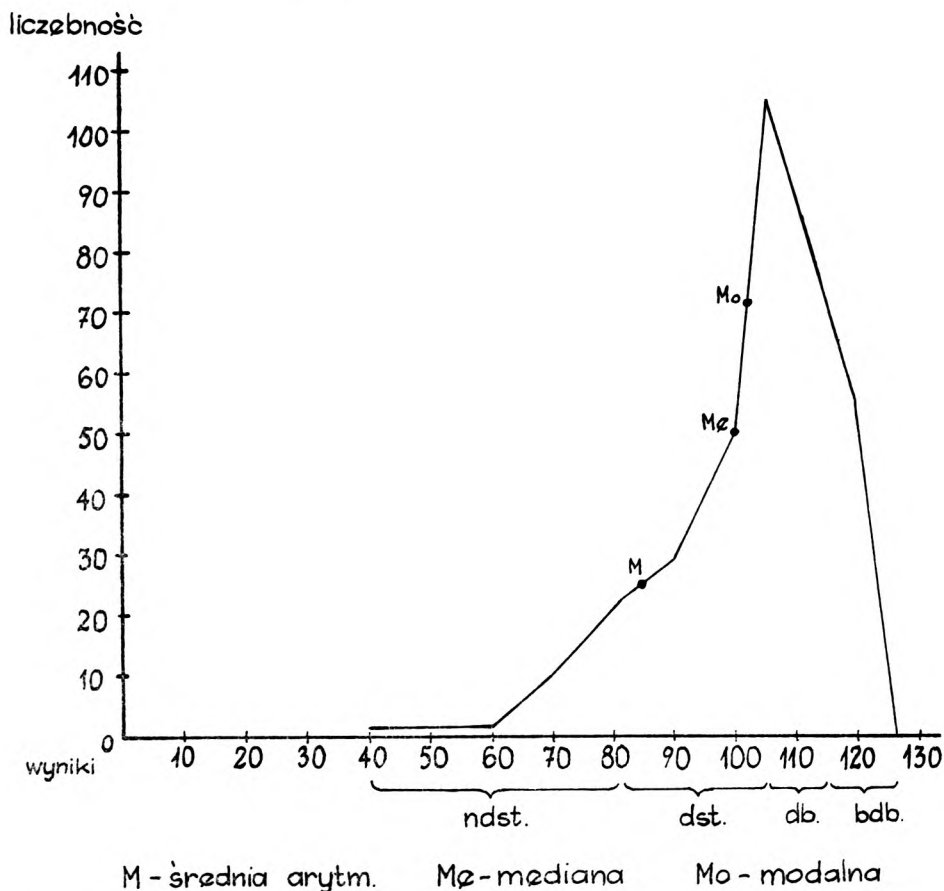
W analizie testu, jako narzędzia pomiaru obliczono moc dyskryminującą każdego pytania, stopień trudności każdego pytania i rozpatrzone orientacyjnie czułość i trafność testu oraz jego rzetelność. Z zestawienia mocy dyskryminującej pytania i stopnia trudności ułożono histogram, obejmujący wszystkie pytania testu.

Tabl. 5 przedstawia wykres mocy dyskryminującej pytania; są one tu ujęte w grupy; w jednej grupie mają tę samą wartość współczynnika  $r$ . Na osi rzędnych oznaczone są wartością  $r$  co 0,1, a na osi odciętych grupy pytań, przy czym wyżej umieszczona liczba oznacza liczbę pytań, w każdej grupie i procent, jaki dana liczba pytań stanowi.

Tabl. 6 ilustruje stopień trudności pytań. Na osi rzędnych oznaczono procent prawidłowych odpowiedzi w przedziałach co 10, a na osi odciętych liczbę i procent pytań, na które padły oznaczone na osi rzędnych prawidłowe odpowiedzi. Z wykresu tego wynika, że na 38,5% pytań padło od 90 do 100% dobrych odpowiedzi. Następnie

Tabela 4

## KRZYWA ROZKŁADU WYNIKÓW



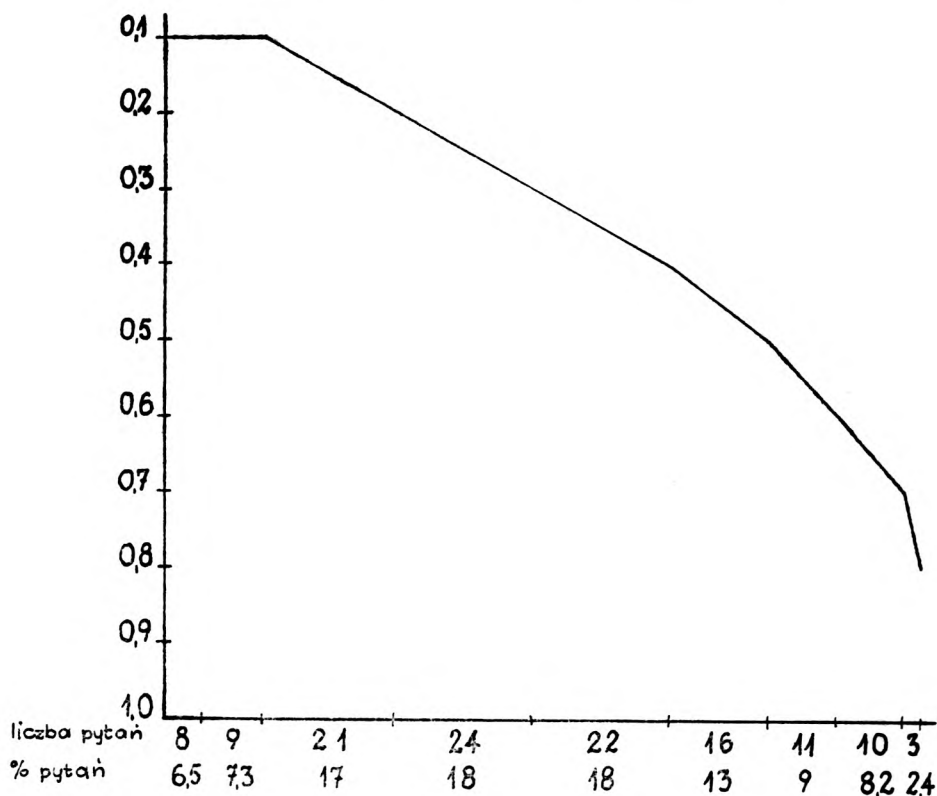
wielkości te maleją, aby na końcu osiągnąć 2,45% pytań, na które padło od 20 do 30% odpowiedzi. Tabela mocy dyskryminującej jest logicznie zgodna z tabelą stopnia trudności.

Zestawienie tych dwu parametrów (mocy różnicującej i stopnia trudności), wskazuje na to, że na stosunkowo b. duży odsetek pytań zostały dane prawidłowe odpowiedzi, że natomiast b. niewielki jest procent pytań na które odpowiedziała tylko niewielka liczba studentów. Oznaczałoby to, że wariancja całego testu była stosunkowo niska.

Orientacyjna ocena czułości testu wynikałaby z zestawienia wykresu rozkładu wyników (tabl. 4) z wykresem rozkładu stopnia trudności (tabl. 6). Należy powiedzieć, że czułość testu jest niewielka, ponieważ nieprecyzyjnie rozróżnia studentów, którzy uzyskali wyniki w granicach od 95 do 120 punktów. Przyczyny tego zjawiska można upatrywać

Tabela 5

## WYKRES MOCY DISKRYMINUJĄCEJ PYTANIA

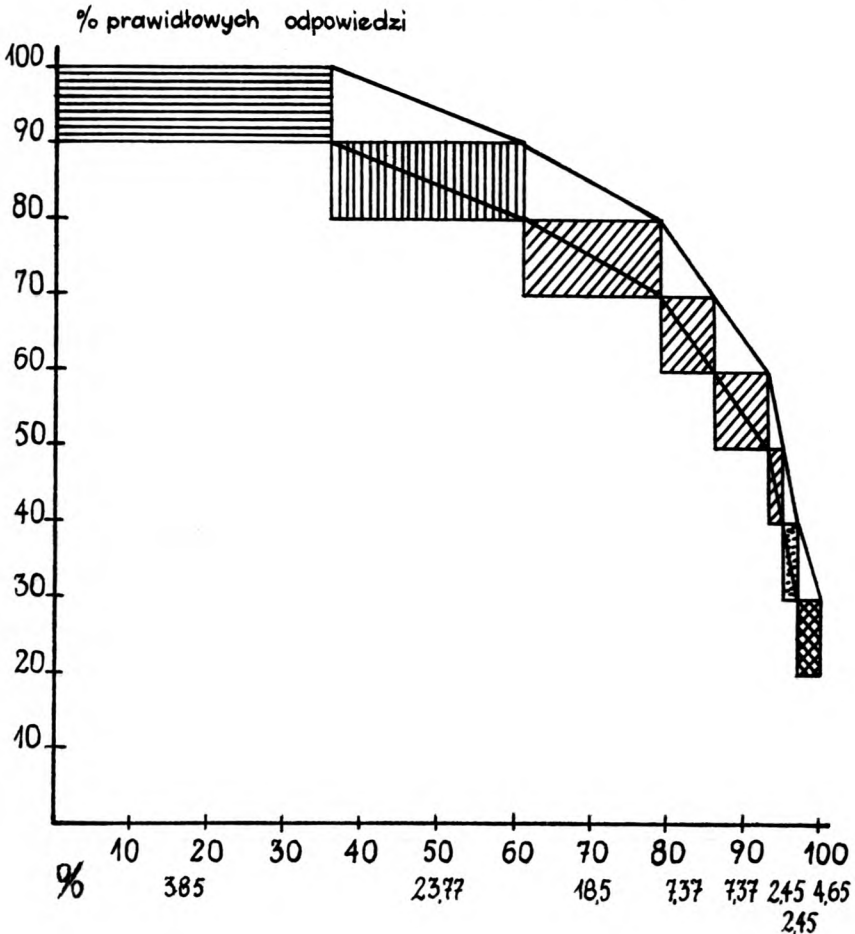


w stosunkowo dużej liczbie pytań o współczynniku trudności przekraczającym 0,9 (= wariancja 0,09). Analiza samej konstrukcji testu daje taką jego charakterystykę. Jednak w ramach założeń dydaktycznych, celowa jest zarówno analiza budowy testu jak i — może przede wszystkim — to, jakim jest on sprawdzianem wiadomości, jak odbija on proces nauczania, tj. czy materiał uważany za najistotniejszy, na który w zajęciach ze studentami staramy się położyć największy nacisk jest przez studentów lepiej przyswajany. Merytoryczna kontrola testu wykazuje, że w obrębie pytań, na które padło 80—100% dobrych odpowiedzi, mieści się przeważająca część materiału neurologicznego, do którego przywiązywać należy szczególniejszą wagę. Wynikałoby z tego, że wprowadzić znaczna część pytań cechuje się niską różnicującą, lecz równocześnie w znacznej mierze pytania te dotyczą zagadnień, których znajomość jest w procesie nauczania szczególnie mocno egzekwowana.

Trafność testu, będąca odbiciem tego, czy test mierzy to, co mierzyć powinien, jaki jest zakres poruszonych dziedzin i jakie są ich proporcje, przedstawia się w ogólnej ocenie naszego testu następująco:  $\pm 80\%$  materiału podręcznikowego oraz przekazywanego studentom w czasie zajęć zostało zawarte w teście w proporcjach zgodnych z ważnością tematu, z położeniem nacisku na zagadnienia szczególnie istotne (zaliczamy tu np. pytania, dotyczące spraw chorobowych groźnych dla życia, pytania wymagające myślenia przyczynowego lub dotyczące podstawowych pojęć neurologicznych). Z tego powodu niektóre zagadnienia powtórzone zostały w różnych grupach pytań w różnych wersjach. Trafność o tzw. kryterium zewnętrzne ilustruje tabl. 3 oraz przytoczona poprzednio korelacja wyników egzaminu z wynikami ćwiczeń; kryterium wewnętrzne zaś wynika z histogramu testu opartego o wskaźnik mocy różnicującej każdego pytania. Trafność

Tabela 6

WYKRES STOPNI TRUDNOŚCI PYTAŃ (° t)



jest b. ważną cechą testu, służącą ocenie i poprawie warsztatu nauczania i temu, aby test był sprawdzianem, czy nauczono tego, czego szczególnie chciano nauczyć.

Co do rzetelności testu, to nie obliczaliśmy wariancji i kowariancji wyników testu, a zatem i współczynnika rzetelności oraz współczynnika korelacji. Orientacyjnie natomiast powiedzieć można, że nie ma wyraźnych różnic ilościowych w wynikach połówek testu, zarówno przy podziale w połowie długości, jak i wg pytań parzystych i nieparzystych, co przemawiałoby za zbliżoną do równoważności zawartością poszczególnych części testu.

Analiza ta nie jest oczywiście pełna. Chodziło nam jednak o to, aby wypunktować cechy, które wydają się najbardziej istotne dla konstruowania następnych testów oraz te, które pozwolą na porównanie nie tylko z innymi testami z naszego przedmiotu, ale także z testami z innych dyscyplin. Dla dalszej obiektywizacji i możliwości przeprowadzenia porównań konieczne jest szczegółowe liczbowe przedstawienie innych parametrów i współczynników; dokładniejsza analiza jednak powinna być przeprowadzona przez wyspecjalizowany zespół w oparciu o ujednoczony schemat badania testu, co pozwoli na ocenę porównawczą zarówno kolejnych testów danej katedry, jak i testów z różnych katedr i różnych przedmiotów.

Bezpośrednio po egzaminie testowym przeprowadziliśmy pisemną ankietę anonimową, w której zwróciliśmy się do studentów z pytaniami dotyczącymi takich zagadnień, jak stopień trudności testu, jego wady i niedostatki oraz nauczanie neurologii (jakich działań należy nauczyć więcej, jaka forma nauczania jest najefektywniejsza z punktu widzenia studentów, czym studenci są szczególnie zainteresowani).

Na 307 zdających odpowiedziało 184 studentów; wśród nich 80 dało także szersze odpowiedzi opisowe, wyrażając opinię o egzaminach testowych w ogóle i opinię o omawianym teście z neurologii wraz z oceną jego stopnia trudności. Spośród tych odpowiedzi  $\pm$  w 2/3 wyrażony był pogląd, że egzamin był trudny lub dość trudny, a w ok. 1/3 — że nie był trudny i że odpowiadał poziomowi dobrze przygotowanego studenta. Nie było odpowiedzi, że egzamin był łatwy. Ten punkt ankiety pozwala również skłaniać się do poglądu, że spora ilość pytań, o niskim współczynniku „r” niekoniecznie wynika stąd, że pytania były zbyt łatwe, ale być może i stąd, że na pewne najistotniejsze partie materiału kładzie się największy nacisk na wszystkich zajęciach ze studentami.

Poza tym ankietą przyniosła sporo interesujących odpowiedzi i wyrażonych dezyderatów studenckich, które posłużą przy opracowywaniu planu zajęć i tekstu egzaminu testowego w następnych latach.

*Ванда Макух-Корульска*

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТОВОГО ЭКЗАМЕНА ПО НЕВРОЛОГИИ  
в 1969/70 АКАДЕМ. ГОДУ

Тестовый экзамен, проведенный кафедрой неврологии в 1969/70 академическом году, был обсужден с точки зрения конструкции теста и результатов экзамена.

Тест был составлен так, что вопросами были охвачены: информация, восприятие, применение и решение проблемы.

С точки зрения предела знаний, вопросы касались всех отделов неврологии в соотношении с ее потребностями.

Результаты экзамена были обработаны в сопоставлении с экзаменами последних лет и оценками по практическим занятиям в нынешнем году.

Представлены: средняя арифметическая оценок, медиана, модальная и доктор дискриминирующий степень трудности каждого вопроса, которые создали точный образец теста, позволяющий оценить ценность отдельных вопросов.

Кроме того обсуждались: точность, удачность и верность теста.

Приведенные выше данные дают возможность получить выводы для дальнейшего конструирования тестов и создают основу для объективного сопоставления с другими тестами. Кроме перечисленных проблем обсуждались результаты анкеты, в которой студенты дали анонимную оценку теста и обучения неврологии.

*Wanda Makuch-Korulska*

ANALYSIS OF THE RESULTS OF TEST EXAMINATION IN NEUROLOGY  
FOR THE ACADEMIC YEAR 1969—1970

A test given by the Chair of Neurology for the academic year 1969—1970 is discussed from the point of view of construction of the test and the results of the examination. From the point of view of the range of knowledge the questions referred to all sections of neurology in proportions adequate to the requirements.

Arithmetic mean for the grading is presented along with the median and modal and the discriminating power and the degree of difficulty for each question and this formed a detailed histogram of the test permitting to evaluate the worth of the individual questions. Moreover, the sensitivity, accuracy and reliability of the test were investigated. The above data enabled to draw conclusions for the construction of the next tests and give the basis for objective comparative confrontation with other tests.

*Mgr Tadeusz Parchimowicz, dr med. Zofia Bielińska \*)*

### **WYNIKI DOŚWIADCZEŃ NAD ZASTOSOWANIEM TECHNIKI TESTOWEJ DO KLASYFIKACJI STUDENTÓW**

Obserwowana ostatnio popularność testowego sprawdzania wiadomości studentów na wyższych uczelniach — w tym również w naszej A.M. — jest wynikiem zainteresowania nowymi, doskonalszymi metodami i środkami dydaktycznymi, bardziej odpowiadającymi potrzebom procesu kształcenia dużej liczby studentów, przy stale narastającej ilości materiału naukowego. Znane walory metody testowej pozwalającej na objęcie szerokiego zakresu materiału programowego, gwarantującej duży stopień obiektywności i trafności oceny oraz dającej możliwość stosunkowo szybkiego sprawdzenia wiadomości dużej liczby osób, w określonym czasie — skłaniają nauczycieli akademickich do stosowania jej, zwłaszcza do egzaminowania studentów. Udowodniony, często niekorzystny wpływ osobowości egzaminatora na trafność oceny egzaminacyjnej, wzmacnia jeszcze tendencję do stopniowego zarzucania innych form na korzyść testów dydaktycznych.

Z czynionych coraz częściej w naszej uczelni prób posługiwania się techniką testową wynika, że spełnia ona oczekiwania bez wątplenia w jednym zakresie — mianowicie, oszczędza czas egzaminatora. Natomiast bardziej złożone jest zagadnienie pełnienia funkcji diagnostycznej, metodycznej czy wychowawczej egzaminu, gdzie grają rolę takie jego cechy, jak stopień trafności, czułości i rzetelności. Te zaś zależą od miary spełnionych zasad konstrukcji i stosowania testów dydaktycznych.

Niedoceniając tej zależności powoduje przypisywanie dalekiemu od doskonałości testowi dydaktycznemu zdolności różnicowania studentów według stopnia opanowania danej dyscypliny naukowej, a więc cechy, której test nie posiada. Dopiero weryfikacja — w toku doświadczeń — całego sprawdzianu i poszczególnych jego pytań, z punktu widzenia celu jakiemu służą, może mu nadać cechy, gwarantujące właściwe spełnianie funkcji dydaktycznych.

---

\*) Instytut Medycyny Społecznej

Standaryzowanie testów jest w aktualnych warunkach A.M. dostatecznie trudne, by wątpić w jego opłacalność. Zwłaszcza w sytuacji, gdy treści programowe ulegają modyfikacjom pod wpływem uściślanych celów dydaktyczno-wychowawczych, a poza tym gdy brak warunków do przeprowadzania skomplikowanych obliczeń statystycznych. Zrezygnowanie jednak w tej sytuacji z wszelkiej weryfikacji sprawdzianów równałoby się wypowiedzianiu o studentach nieuzasadnionych ocen, a co gorsze — z wiarą, że są to oceny obiektywne i trafne. Jeżeli zatem decydujemy się na zastosowanie sprawdzianów testowych do oceny postępów studentów, to powinniśmy jednocześnie przyjąć konsekwencje z tym związane. Do nich zaś należy badanie samego narzędzia kontroli.

Te problemy starał się brać pod rozwagę zespół Katedry Higieny Ogólnej\*), rozpoczynając prace nad modyfikacją systemu kontroli i oceny wyników nauczania. Nie udało się wprowadzić dokonać dokładnych statystycznych pomiarów wszystkich parametrów sprawdzianu testowego, ale w ciągu dwu lat — w dwu kolejnych próbach egzaminu testowego — zebrano wiele empirycznych wskazówek, umożliwiających w miarę poprawne konstruowanie sprawdzianu. Wskazówki te wynikają z analizy zjawisk zaobserwowanych w prowadzonych egzaminach.

Zestaw pytań w każdym sprawdzianie jest dość zróżnicowany, zarówno pod względem treści jak i formy — egzamin obejmuje bowiem treści poszczególnych działów higieny oraz epidemiologii. Stąd wynikają pewne trudności trafnego ułożenia całego sprawdzianu — tj. takiego, by ocena ogólna w dostatecznym stopniu była uzależniona od opanowania przez studenta programu każdego z działów. Poza tym tak znaczne zróżnicowanie treści pytań, ogromnie komplikuje metody statystyczne i utrudnia interpretację niektórych wskaźników dotyczących pytań i całego sprawdzianu.

Stosowano głównie pytania wymagające wyboru: bądź jedynej trafnej odpowiedzi, bądź kilku z zaproponowanych — nie sugerując przy tym liczby wymaganych odpowiedzi, natomiast formułując pytanie tak, by nie było wątpliwości, czy możliwe jest wskazanie więcej niż jednej odpowiedzi. Wydaje się, że przy takim założeniu można z większą pewnością sądzić, iż właściwe rozwiązanie świadczy o poprawnym rozumowaniu i dokładnej wiedzy. Poza pytaniami wyboru, stosowano również pytania wymagające podporządkowywania sobie zjawisk (np. według kryterium związku przyczynowo-skutkowego), a także zadania, w których wiedza naukowa ma służyć rozwiązywaniu problemów praktycznych.

---

\*) Program dydaktyczny katedry jest obecnie realizowany przez część zakładów I.M.S.



To zróżnicowanie form zadawania pytań i udzielania odpowiedzi wpływa w pewnym stopniu na wartość pytań, jako mierników wiedzy studenta — w takim stopniu, w jakim ważne jest nie tylko to o co pytamy, ale i jak pytamy. Od formy pytania zależy więc, czy zawarta w nim treść wywoła pożądaną przez egzaminatora rodzaj aktywności myślowej studenta. W skrajnym przypadku forma pytania (przy tej samej treści) zadecyduje, czy student będzie przypominał wyuczony wcześniej sąd (korzystając ze skojarzeń), czy też przeprowadzi rozumowanie, w którym ów sąd będzie wykorzystany do rozwiązania problemu. Dotykamy tu bodaj najważniejszej i zarazem najtrudniejszej sprawy, a mianowicie doboru pytań, z punktu widzenia mierzonych przez nie efektów procesu uczenia się. Idzie przecież o to, by student nie tylko wyuczył się pewnej liczby twierdzeń, definicji, wielkości charakteryzujących zjawiska, lecz żeby umiał posługiwać się zdobytą wiedzą w rozwiązywaniu zadań, jakie postawi przed nim skomplikowana rzeczywistość. Co więcej, student powinien również posiadać trudną umiejętność formułowania i rozwiązywania nowych problemów, wymagającą elementów myślenia twórczego. Ponieważ jednak nader trudno jest konstruować pytania problemowe, więc najczęściej te najwyższe stopnie rozwoju sprawności intelektualnej umykają kontroli egzaminacyjnej.

W pierwszym egzaminie z higieny i epidemiologii dominowały zdecydowanie (ponad 70% ogółu pytań) pytania wymagające od studentów przede wszystkim pamiętania definicji, twierdzeń i przyjętych norm. Zbyt mało było pytań, na podstawie których można by sądzić o operatywności wiedzy studentów, o umiejętności poprawnego rozumowania (por. tab. 1-A). Tak skonstruowany sprawdzian egzaminacyjny nie spełnia wymagań dydaktycznych. Nie można na jego podstawie wnioskować, czy student, który uzyskał wyższy wynik, lepiej będzie rozwiązywał problemy teoretyczne i praktyczne.

Szczegółowa analiza treści pytań, a także uzyskanych wskaźników liczbowych pozwoliła wyeliminować lub udoskonalić część pytań. Udoskonalenia zmierzały do tego, aby zbliżyć treść egzaminu do rzeczywistych celów kształcenia. W wyniku tych modyfikacji udało się dosyć znacznie poprawić skład pytań egzaminacyjnych. Zwiększono w każdej z trzech grup treściowych liczbę pytań, wymagających rozumienia i stosowania wiadomości. Ilustruje to tabela 1-B.

Tę tendencję warto z pewnością utrzymać aż do całkowitego wyeliminowania pytań kategorii „pamiętanie”, „rozumienie” na rzecz zadań ściśle wiążących teorię z praktyką w kategorii „zastosowanie” — oczywiście w miarę możliwości technicznych. Wiadomo bowiem, że poprawne rozwiązanie zadania wymaga nie tylko pamiętania pewnego twierdzenia, ale i rozumienia jego sensu, a poza tym rozpoznania istoty zjawiska opisanego w zadaniu.

Tab. 1

## ZESTAWIENIE PROCENTOWE RODZAJU PYTAŃ UŻYTYCH W PIERWSZYM EGZAMINIE TESTOWYM (A) I W WERSJI UDOSKONALONEJ (B).

A.

Oceniany rodzaj sprawności	Treść pytań			Razem
	Defin. pojęć	Twierdz. nauk.	Normy	
Pamiętanie	26,6	26,6	20,2	73,4
Rozumienie	10,0	10,0	—	20,0
Zastosowanie	—	3,3	3,3	6,6
Razem	36,6	39,9	23,5	100,0

B.

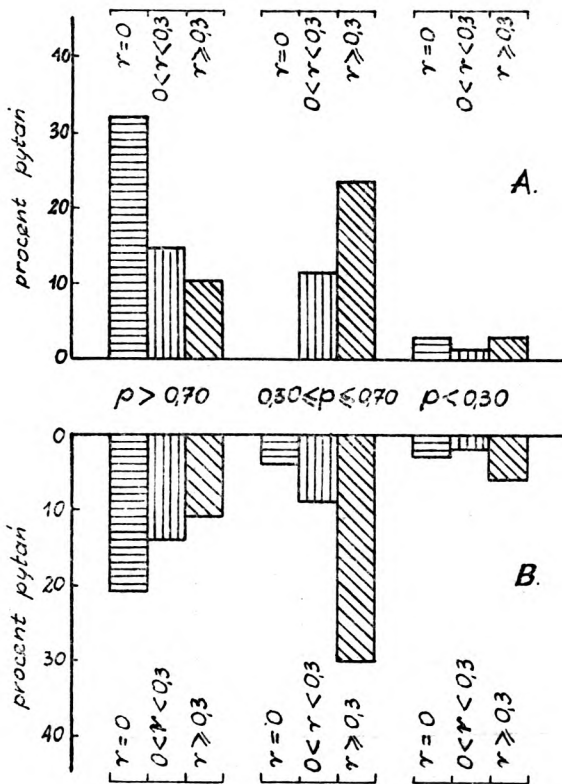
Oceniany rodzaj sprawności	Treść pytań			Razem
	Defin. pojęć	Twierdz. nauk.	Normy	
Pamiętanie	7,8	15,6	18,6	42,0
Rozumienie	13,7	18,6	1,2	33,5
Zastosowanie	—	14,7	9,8	24,5
Razem	21,5	48,9	29,6	100,0

W ocenie pytań posłużono się również drugim kryterium; sprawdzono mianowicie jaki jest udział poszczególnych pytań w kształtowaniu wyniku uzyskanego przez studenta w całym sprawdzianie. Na kryterium to składają się dwa wskaźniki:

- a) względny stopień trudności pytania (będący proporcją poprawnych rozwiązań danego pytania),
- b) jego moc różnicująca wyrażona współczynnikiem  $r^*$ )

W świetle tego kryterium pierwsza wersja egzaminu wydaje się być niezbyt pewną podstawą do sklasyfikowania studentów. Wskazuje na to zarówno jego ogólny stopień trudności wyrażający się m.in. ujemnie skośnym rozkładem wyników (por. rys. 2-A), jak i stosunkowo dużą liczbą pytań o niskim współczynniku  $r$  (rys. 1).

\*) Por. B. Niemierko: Zasady konstrukcji testów dydaktycznych. „Biuletyn Akademii Medycznej”, Warszawa, 1969 r. nr 3, s. 236—237.



Rys. 1

ZESTAWIENIE IŁOŚCI  
PYTAŃ (w %) WED-  
ŁUG STOPNIA TRUD-  
NOŚCI ( $p$ ) I MOCY  
RÓŻNICUJĄCEJ ( $r$ )

A — pierwszy egzamin  
B — egzamin udoskonalony

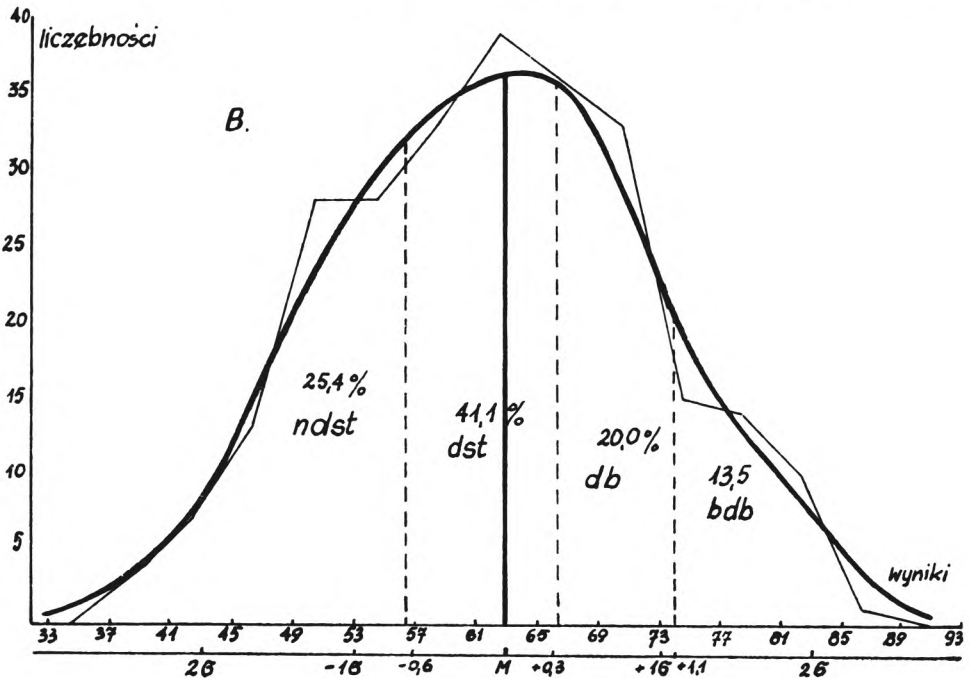
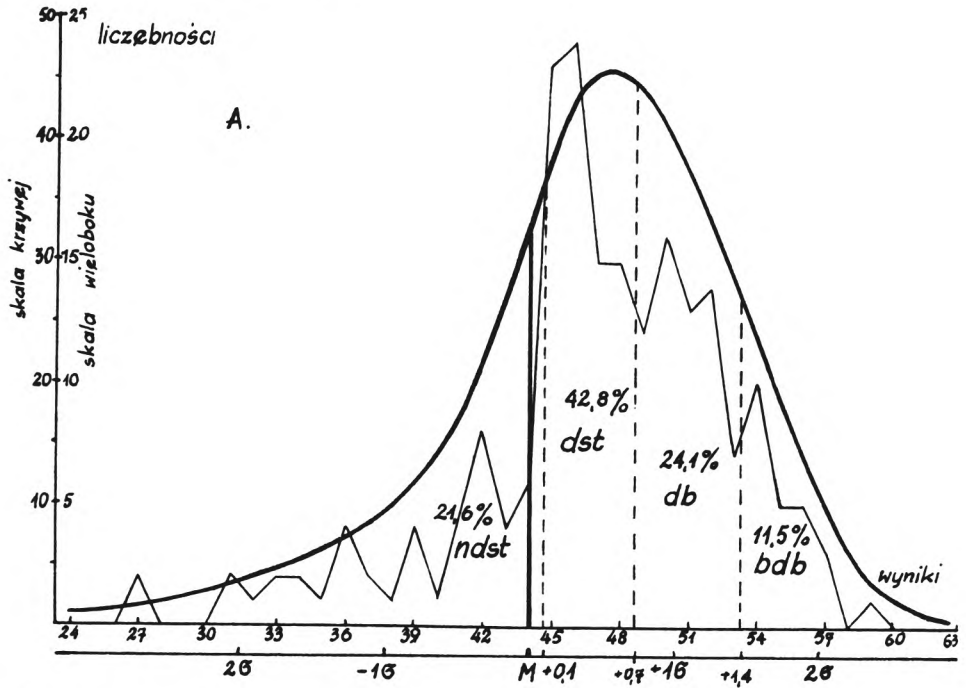
Dokładniejsza analiza wymienionych wskaźników ujawnia charakterystyczną zależność między trudnością pytań, a ich mocą różnicującą: największą liczbę pytań o względnie wysokim współczynniku  $r$  (mających największe znaczenie w wyznaczaniu oceny) znajdujemy wśród pytań o średnim stopniu trudności. Rola pozostałych pytań jest niewielka. Stąd obecność tych pytań w sprawdzianie testowym może być uzasadniona jedynie innymi względami. Stanowi to pewną wskazówkę do weryfikacji pytań sprawdzianu.

Jednocześnie zwraca uwagę fakt, że nie wszystkie pytania określone jako średnio trudne, bądź trudne znamienne korelują z ogólnym wynikiem próby. Zwłaszcza w stosunku do pytań o stosunkowo niskim współczynniku  $p$  można by sądzić, że powinny być z zasady rozwiązywane przez studentów uzyskujących wysokie wyniki. Doświadczenie nie potwierdza tego przypuszczenia. Analiza treści i formy tych pytań wykazuje, że należą one na ogół do jednej z trzech grup:

- pytania dotyczące zagadnień znacznie odbiegających od ogólnego profilu treści egzaminu (np. dotyczące problematyki społecznej);

Rys. 2

WYKRESY ROZKŁADU WYNIKÓW EGZAMINÓW:  
 pierwszego — A, udoskonalonego — B (w wykresie A wielobok utworzono z wyników niegrupowanych)



- b) pytania złożone, wymagające dobrego rozumienia istoty zjawiska i precyzyjnego rozumowania;
- c) pytania niewłaściwie zrozumiane.

Na tej podstawie można próbować wyjaśniać nieoczekiwanie niską korelację pytania z wynikiem ogólnym. Mianowicie sądzić należy, że pytania z grupy a i b stwarzają nietypowe wymagania z punktu widzenia profilu treści dydaktycznych i funkcjonujących praktycznie kryteriów oceny (które n.b. kształtowane są treścią większości pytań), z czego wcale nie wynika, że te pytania są niepożądane. Jeśli bowiem pytania „trudne” są rozwiązywane przez studentów „słabych”, to są nimi studenci słabi według funkcjonujących kryteriów oceny. Wnioski, jakie stąd wynikają, wykraczają znacznie poza zakres metodyki egzaminowania, jak i programu jednego zakładu.

Pytania należące do grupy c wymagają po prostu korekty, by uniknąć powstawania trudności nieistotnych z punktu widzenia celów egzaminowania. Nie jest bowiem uzasadnione utrzymywanie, że pytanie jest najwłaściwsze, tylko student je źle rozumie.

Ostatecznie eliminowano te pytania, które były skrajnie łatwe lub trudne przy jednoczesnym uwzględnianiu ich mocy różnicującej. Ta ostatnia nie da się wprawdzie określić wyraźną granicą, ponieważ taka granica nie istnieje, można jedynie wybierać wśród wątpliwych pytań te, które różnicują względnie najlepiej.

Oczywiście radykalne podporządkowywanie selekcji pytań wyznaczanym współczynnikom nie może być zasadą. Konieczna przy tym ostrożność da się uzasadnić kilkoma przyczynami:

- a) o wartości pytania można orzekać uwzględniając wszystkie dostępne kryteria oceny jednocześnie;
- b) obliczone współczynniki (trudności i mocy różnicującej) odnoszą się do grupy studentów, w której zastosowano już ten sprawdzian, a nie do tej, dla której sprawdzian jest przygotowywany, jakkolwiek zakładamy, że studenci kolejnych kursów nie różnią się w sposób skrajny;
- c) w warunkach sprawdzianu obejmującego niejednorodne treści, wartościowe skądinąd pytanie może słabo korelować z ogólnym wynikiem, co świadczy jedynie o odrębności tego pytania na tle innych;
- d) konieczne jest kilkakrotne sprawdzanie niektórych pytań, by określić, czy wykryte wskaźniki są stałą cechą tych pytań.

Odrębnym zagadnieniem jest klasyfikacja i selekcja studentów. W przeprowadzonych egzaminach przyjęto zasadę wyznaczania kryteriów oceny zgodnie z istotą stosowanego narzędzia, a mianowicie, że sprawdzian testowy pozwala jedynie porównywać w badanej grupie opanowanie przez poszczególnych studentów wiadomości i umie-

jętności. W tej sytuacji wynik uzyskany przez studenta można sprowadzić do oceny dopiero po odniesieniu go do wyniku średniego. Miarą zaś może być w tym przypadku wielkość odchylenia standardowego. Jeżeli jednak rozkład wyników jest nazbyt skośny, (tak, jak w pierwszym z omawianych egzaminów — rys. 1-A) ten sposób postępowania zawodzi — miara źle funkcjonuje w obszarach stromych odcinków krzywej liczebności. Wykorzystywano wtedy zaznaczające się na wieloboku (wyników nie wyrównanych) istotniejsze wahania liczebności zakładając, że oznaczają one kolejne progi trudności dla lepiej i gorzej przygotowanych studentów. Rozkład wyników i kryteria oceny w obu omawianych egzaminach ilustrują wykresy (rys. 2).

W klasyfikacji studentów istotną trudność sprawia określenie progu zaliczenia — trudność wynikająca z arbitralności decyzji określającej, który wynik, a tym samym który student nie mieści się już w granicach oceny pozytywnej. Ponieważ nie istnieją jednak żadne obiektywne mierniki selekcji, decyzja arbitralna w tym względzie jest koniecznością. Podejmowanie tej decyzji po możliwie dokładnym zbadaniu cech rozkładu wyników i właściwości sprawdzianu egzaminacyjnego zabezpiecza przed wystąpieniem zaskakujących wyników selekcji. A takie może spowodować zarówno zbyt łatwy, jak też zbyt trudny egzamin, powodujący niewykorzystanie skali pomiarowej.

W opisanych egzaminach, sprawdzian testowy miał wprawdzie decydujące znaczenie w klasyfikacji studentów, jednak ocena z przedmiotu nauczania nie była identyczna z oceną uzyskaną w sprawdzianie testowym. Do wyznaczenia jej posłużyły poza wynikami sprawdzianu wyniki całorocznej pracy studenta, rejestrowane w dokumentacji z ćwiczeń i kolokwiów. Warto przy tym zaznaczyć, iż na ogół nie występowały rażące rozbieżności między ocenami z ćwiczeń a ocenami ze sprawdzianu testowego.

Do wniosków zawartych w tekście przedstawionego opracowania, niezbyt kompletnego pod względem elementów analizy statystycznej, należałoby dorzucić jedno spostrzeżenie natury ogólniejszej; otóż niedokładności towarzyszące (z konieczności) wdrażaniu technik testowych w aktualnych warunkach kształcenia, a przy tym znane słabe strony testu dydaktycznego nawet w jego poprawnej postaci, nakazują traktowanie sprawdzianów testowych na warunkach eksperymentu pedagogicznego ze wszystkimi wynikającymi rygorami.

### *3. Т. Пархимович, Белинская*

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЫТОВ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ТЕСТОВОЙ ТЕХНИКИ ДЛЯ КЛАССИФИКАЦИИ СТУДЕНТОВ

В представленной работе описаны опыты по экзаменовке студентов двух очередных курсов, проведенные работниками Института Общественной Медицины. Анализ под-

верглись содержание и форма тестовых вопросов. Кроме того было определено влияние тестовых вопросов на общий результат экзамена и установлены способы оценки студентов.

Тщательный анализ результатов экзаменов позволил исключить вопросы ошибочно сформулированные или несущественные для оценки; сделал возможным объяснение почему некоторые вопросы не имеют влияния на ход экзамена, что в окончательном результате предупреждает формулировку оценок по данному предмету на основе ненадежного критерия.

*T. Parchimowicz, Z. Bielińska*

#### THE RESULTS OF EXPERIENCE CONCERNING THE APPLICATION OF TEST TECHNIQUE FOR THE CLASSIFICATION OF STUDENTS

In the presented report the experience in examining students of two successive years by the team of the Institute of Social Medicine of the Medical Academy in Warsaw are described. The contents and the form of test questions were analyzed, their influence on the total result of the examination was determined and the manner of grading the students was established.

Accurate analysis of the results of the examinations allowed to eliminate questions that were incorrectly worded or were of no importance for grading. The analysis enabled to explain why certain questions have no effect on the result of the examination which in consequence prevents grading of a subject on the basis of an unreliable test.

# CARDILAN – POLFA

Nazwa międzynarodowa:

## NICOFURANOSE

*Skład:* Tetranicotinoilofructosum

*Właściwości i działanie:*

Kwas nikotynowy w postaci estrowego połączenia z fruktozą, związek dobrze wchłaniany z przewodu pokarmowego, stopniowo hydrolizowany w ustroju, wykazuje działanie wolno narastające i przedłużone. Rozszerza naczynia krwionośne głównie mózgu, serca i kończyn. Efektywnie zwiększa przepływ naczyniowy, rozszerza sieć naczyń przedwłosowatych i włosowatych, poprawia utlenowanie tkanek. Wykazuje efekty przeciwmiażdżycowe, hamuje syntezę cholesterolu, obniża poziom lipidów i fibrynogenu we krwi.

*Wskazania:*

Stany poudarowe mózgu, miażdżyca naczyń mózgowych, parestezje.

Zaburzenia krążenia obwodowego: zmiany zarostowe miażdżycowe kończyn, zakrzepowo-zapalne, zatory, angiopatie cukrzycowe, choroba Burgera, Raynauda, pelagra. Przewlekła niewydolność krążenia wieńcowego (dusznica bolesna). Zaburzenia hemodynamiczne, troficzne owrzodzenia podudzi, odmrożenia, odleżyny, trudno gojące się rany. Choroba Meniera.

*Dawkowanie:*

*Zapobiegawczo:* 0,5–1 g dziennie.

*Lecznico:* w początkowej fazie leczenia 0,25 g dwa razy dziennie; następnie zwiększa się dawki do 1,5–3 g w ciągu dnia.

Lek przyjmuje się pomiędzy posiłkami, nie rozgryzając drażetki, popijając małą ilością płynu.

*Producent:*

**Przedsiębiorstwo Doświadczalne  
Przemysłu Farmaceutycznego**

**„POLFA“**



## WYBRANE PRACE NAUKOWE

AUGUSTYNIAK MAREK MACIEJ — „Rola mózgowych struktur nadopuzzkowych w mechanizmie odruchu sercowego z mechanoreceptorów płuc”.

Zakład Fizjologii Człowieka AM.

Mechanizmy fizjologiczne dostosowujące pojemność minutową serca i przepływ płucny do wielkości wentylacji płuc są jednym z podstawowych elementów homeostazy organizmu. Wzrost pojemności minutowej zachodzi głównie poprzez przyspieszenie czynności serca, dlatego ważne jest wyjaśnienie mechanizmu bezpośredniego odruchowego powiązania pomiędzy wentylacją płuc a rytmem serca. Rozciąganie płuc i pobudzenie mechanoreceptorów płucnych powoduje przyspieszenie rytmu serca. Ośrodkowy mechanizm tego odruchu odpowiedzialnego m.in. za niemiarowość sercową pochodzenia oddechowego nie jest wyjaśniony.

W pracy niniejszej, składającej się z 4 części i 13 serii, wykonanej na 35 psach w narkozie i 11 nienarkotyzowanych preparatach izolowanego mózgowia kotów, wykazano metodami cięć mózgowia i elektrofizjologiczną techniką rejestracji potencjałów z pojedynczych włókien nerwów błędnych, że przyspieszenie rytmu serca w odruchu płucno-sercowym polega na zahamowaniu napięcia czynnościowego (tonusu) włókien dosercowych nerwów błędnych. Hamowanie to wywierane jest przez struktury ośrodkowego układu nerwowego położone w obrębie międzymózgowia i rostralnej części śródmózgowia. Obszary te niezbędne są także dla wystąpienia przyspieszenia rytmu serca w ogólnoustrojowym krótkotrwałym niedotlenieniu. Wywierają one stały toniczny wpływ hamujący na napięcie nerwów błędnych.

\*) BACHURZEWSKI JANUSZ — „Analiza przyczyn obecnego wzrostu zachorowań na kiłę w Polsce”.

Klinika Dermatologiczna AM.

Celem wyjaśnienia przyczyn wysokiej zachorowalności na kiłę prześlędzono sprawozdania o zachorowaniach od 1952 r. oraz przeprowadzono szereg ankiet, korzystano również z danych publikowanych w rocznikach statystycznych.

W okresie wzrostu zachorowań wyraźnemu wzrostowi uległ wskaźnik kiły nawrotowej. Nawet wyraźna poprawa w zgłaszaniu kontaktów nie nadąza za rozszerzaniem się fali zakażeń. Chorują przeważnie ludzie młodzi o niskim poziomie wykształcenia, nie stosujący żadnych środków profilaktycznych. Wzrost zakażeń przebiega z jednej strony ze wzrostu uprzemysłowienia, urbanizacji i turystyki, a z drugiej strony ze wzrostu spożycia alkoholu i przestępczości seksualnej. Poprawę można uzyskać przez podnoszenie poziomu kultury, oświaty zdrowotnej i poprawę pracy przychodni dermatologicznych.

\*) — praca doktorska

\*\*) — praca habilitacyjna

BACHURZEWSKI JANUSZ, KIK ALICJA — „*Rentgenoterapia nowotworów małżowiny usznej i jej otoczenia*”.

Klinika Dermatologiczna AM.

Na podstawie obserwacji 123 przypadków raka kolczystokomórkowego i nabłonniaka podstawnokomórkowego w obrębie małżowiny usznej i jej otoczenia naświetlanych miękkimi promieniami X należy uznać tę metodę za właściwy sposób leczenia tego typu nowotworów, gdyż uzyskano przeciętne wyleczenie w około 90%. Przy leczeniu nowotworów o tym umiejscowieniu szansa uratowania małżowiny usznej ma dla chorego duże znaczenie. Stosowanie przy leczeniu promieniami o niskim napięciu w przypadkach mało zaawansowanych może prawie z reguły gwarantować, że nie nastąpi martwica chrząstki.

Druk. Przegląd Dermatologiczny 1971. LVIII, 177.

\*) DRZEWIŃSKA-DUMA ANNA — „*Doświadczenia kliniczne w rehabilitacji ręki u chorych po udarach mózgowych*”.

Klinika Rehabilitacji AM.

Praca jest analizą, podsumowaniem i oceną leczniczego usprawniania ręki 1000 chorych po udarach mózgowych, przebywających w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej na przeciętnie trzymiesięcznym leczeniu w latach 1962—1970.

W pracy podano krótki przegląd współczesnych metod leczenia usprawniającego chorych po udarach mózgowych oraz omówiono własny system usprawniania ręki.

Wnioski dotyczą: zależności między mechanizmem udaru a procesami kompensacji kierowanej, znaczenia rokowniczego współistniejących zaburzeń czucia i mowy, czasu trwania choroby, wieku i płci chorych dla przebiegu i efektów końcowych leczenia usprawniającego ręki.

W. CENDROWSKI, K. MOSKALEWSKA, T. PŁONKA, K. NIEDZIELSKA — „*Transformacja limfocytów pod wpływem fitohemaglutyniny i tuberkuliny PPD in vitro u chorych ze stwardnieniem rozsianym*”.

Klinika Dermatologiczna AM.

Spośród 11 chorych ze stwardnieniem rozsianym w okresie pogorszenia lub przy przebiegu przewlekłym tylko u 3 obserwowano obniżenie odsetka transformacji limfocytów in vitro pod wpływem PHA. Podobne wyniki uzyskano w czasie leczenia immunosupresyjnego. Wyniki mogą wskazywać na przejściowe uszkodzenie komórek blastycznych przez czynnik cytotoksyczny obecny w surowicy chorych, oraz na zmniejszoną zdolność odpowiedzi limfocytów hodowanych we własnej surowicy.

Druk. Neur. i Neurochir. Pol. 1971, 5, nr 4, 485.

CHORZELSKI TADEUSZ, JABŁOŃSKA STEFANIA — „*Nowoczesne metody badań chorób autoimmunologicznych*”. (*Methodes modernes de recherches dans les maladies autoimmunologiques*).

Klinika Dermatologiczna AM.

Autorzy przedstawili znaczenie badań immunofluorescencyjnych — metodyki pośredniej i bezpośredniej — w diagnostyce dwóch chorób pęcherzowych o stwierdzonej (pemphigus) i bardzo prawdopodobnej (pemphigoid) patogenezie autoimmunologicznej. Wykazano wartość powtarzanych badań pośrednich IF w określaniu miana przeciwciał krążących, co ma podstawowe znaczenie nie tylko dla diagnostyki, ale i dla oceny dynamiki procesu chorobowego w pęcherzycy. Na podstawie przeprowadzonych badań klinicznych i doświadczalnych (bierne przeniesienie na zwierzęta) wykazano autoimmunologiczny charakter pęcherzycy.

Znaczenie badań IF w pemphigoidzie jest podstawowe dla diagnostyki i różnicowania, nie ma jednak ostatecznego dowodu patogennej roli stwierdzanych przeciwciał skierowanych przeciw błonie podstawnej. Podkreślono, że pemphigoid może być rewelatorem zmian nowotworowych w narządach wewnętrznych, co ma szczególne znaczenie dla medycyny ogólnej.

Druk. *Rév. med. fonct.* (Paris) str. 69, 1971.

CHORZELSKI T., BEUTNER E. H., JABŁOŃSKA S., BŁASZCZYK M., TRIFTSHAUSER C. — „*Badania immunofluorescencyjne w rozpoznawaniu choroby Dühringa i jej różnicowaniu z pemfigoidem*”. *Immunofluorescence studies in the diagnosis of dermatitis herpetiformis and its differentiation from bullous pemphigoid*.

Klinika Dermatologiczna AM.

Wykonano badania immunopatologiczne przy zastosowaniu monowalentnych konjugatów skierowanych przeciw IgG, LgM i IgA w grupie chorych z chorobą Dühringa i pemfigoidem.

W chorobie Dühringa stwierdzono w pobliżu zmian chorobowych złogi IgA, jako dominującej lub jedynej składowej, o następujących kolejno co do częstości cechach morfologicznych; drobno lub gruboziarniste, włóknkowe, mieszane oraz w postaci linii ciąglej wzdłuż błony podstawnej. W pemfigoidzie natomiast wykazano obecność IgG wzdłuż błony podstawnej zarówno w obrębie zmian chorobowych jak i skórze pozornie niezmięnionej. W pemfigoidzie ponadto w większości przypadków stwierdzono krążące, swoiste autoprzeciwciała we frakcji IgG reagujące z błoną podstawną.

Badanie immunopatologiczne jest najpewniejszą metodą diagnostyczną w obu tych chorobach, a wykonywanie reakcji z konjugatami monowalentnymi daje możliwość różnicowania choroby Dühringa i pemfigoidu w przypadkach klinicznie mniej typowych.

Druk. *J. Invest. Derm.* 56: 373, 1971.

\*\* IWANOWSKA JANINA — „*Wpływ antymetabolitów niektórych witamin z grupy B na przemiany ustrojowe*”.  
Instytut Leków — Zakład Biochemii.

Tematem rozprawy było zbadanie wpływu antymetabolitów witaminy B<sub>6</sub> — 4 dezoksyrydoksyny i izoniazidu, oraz wpływu antymetabolitu kwasu pantotenowego: kwasu tiopanowego (pantoilotauryny) na niektóre przemiany ustrojowe w stanach hipowitaminozy, przy pokrytym zapotrzebowaniu na witaminy i w hiperwitaminozie B<sub>6</sub>. Ponadto sprawdzono antymetaboliczne właściwości kwasu 3,4-dwuhydroksy cynamonowego (kwasu kawowego) i jego pochodnych wobec witaminy B<sub>1</sub>. Antymetaboliczne właściwości 4-dezoksyrydoksyny i izoniazidu badano: śledząc przemianę białkową u szczurów i obserwując wpływ wymienionych związków na rozkład aminokwasów, losy witaminy B<sub>6</sub> w ustroju oraz przeciwdziałanie wymienionych związków w procesach dezaminacji.

Antagonizm pantoilotauryny wobec kwasu pantotenowego badano obserwując wpływ tego antymetabolitu na proces acetylacji, syntezę koenzymu A oraz zawartość glikogenu w wątrobie.

Działanie antymetaboliczne kwasu 3,4-dwuhydroksycynamonowego i jego pochodnych sprawdzono badając efekt ewentualnego niedoboru witaminy B<sub>1</sub> po podaniu wymienionych związków, za pomocą oznaczania ilości witaminy B<sub>1</sub> i kwasu pirogronowego wydalanych z moczem oraz oznaczania zawartości tiaminy w wątrobie.

Prześledzono również wpływ wszystkich badanych związków na wzrost szczerów. Otrzymane wyniki przedstawiono w 18 tabelach i 15 wykresach. Stwierdzono, że

1) 4-dezoksyperydoksyna, izoniazyd i pantoilotauryna przy pokrytym zapotrzebowaniu na witaminę B<sub>6</sub> i kwas pantotenowy wykazują synergizm wobec swoich egzogennych metabolitów.

2) W awitaminozie B<sub>6</sub> organizm szczura zużywa w procesach metabolicznych endogenną pirydoksynę.

3) Pantoilo-tauryna jest antagonistą endogenego kwasu pantotenowego.

4) Kwas 3,4-dwuhydroksycynamonowy i jego pochodne nie są antagonistami witaminy B<sub>1</sub>.

JABŁOŃSKA STEFANIA, CHORZELSKI TADEUSZ, BŁASZCZYK MARIA — *„Zakres możliwości i ograniczenia metody immunofluorescencyjnej w rozpoznawaniu lupus erythematosus” (Scope and limitations of the immunofluorescence in the diagnosis of lupus erythematosus).*

Klinika Dermatologiczna AM.

Przeprowadzone badania wykazały konieczność dużej ostrożności w interpretacji zjawisk immunopatologicznych w wycinkach pobranych ze zmian na twarzy w związku z częstym występowaniem liniowej swoistej fluorescencji na granicy skórno-naskórkowej w teleangiektazjach. Z tego względu w przypadkach wątpliwych LE chronicus, zwłaszcza na twarzy, rozpoznanie nie może opierać się wyłącznie na badaniu immunopatologicznym.

Wykrywanie immunoglobulin na granicy skórno-naskórkowej w skórze całkowicie niezmienionej, zwłaszcza osłoniętej, wydaje się jednak posiadać bardzo duże znaczenie w rozpoznawaniu układowego, narządowego liszaja rumieniowatego (SLE).

Druk. Br. J. Derm., 83:242, 1970.

JABŁOŃSKA STEFANIA, CHORZELSKI TADEUSZ, BŁASZCZYK MARIA, JARZĄBEK MARIA — *„Przeciwciała przeciw mięśniom gładkim jako wyraz autoimmunologicznych schorzeń wątroby”.*

Klinika Dermatologiczna AM.

Wykazano, że stwierdzane metodą pośredniej immunofluorescencji przeciwciała przeciw mięśniom gładkim (SMA) są jednymi spośród rozmaitych auto-przeciwciał towarzyszących chorobom wątroby. Mają one znaczenie w rozpoznawaniu i ocenie nasilenia procesów autoimmunologicznych w wątrobie.

Druk Annales of Immunology (Poznań) II, 4:193, 1970.

JABŁOŃSKA STEFANIA, CHORZELSKI TADEUSZ — *„Autoimmunologiczne choroby skóry, ze szczególnym uwzględnieniem roli wirusów w ich powstawaniu” (Autoimmune skin diseases, with special reference to the role of viruses in their pathogenesis).*

Klinika Dermatologiczna AM.

Wirusy, zwłaszcza typu myxowirusów, mogą być czynnikiem wyzwalającym procesy autoimmunologiczne zarówno przez zapoczątkowanie produkcji przeciwciał skierowanych częściowo przeciw własnym antygenom tkankowym, jak i przez pobudzenie, a następnie porażenie komórek immunologicznie kompetentnych.

Badania nad wirusami leukemii wykazały, że zakażenie myszek osłabionymi wirusami prowadzi początkowo do zespołu autoimmunologicznego z powstawaniem glomerulonephritis wskutek odkładania się kompleksów złożonych z rozpuszczalnego antygenu i przeciwciał. Następnym etapem jest działanie immuno-

supresyjne wirusów, gdy cząstki wirusowe są jeszcze nieliczne, a komórki limfoidalne zawierające RNA wirusowy stają się immunologicznie niewydolne. Dopiero później dochodzi do działania onkogennego, wynikiem czego mogą być rozrosty limforetikularne.

Teoria wirusowego pochodzenia chorób autoimmunologicznych, potwierdzona dla lupus erythematosus, jest szczególnie prawdopodobna w odniesieniu do pęcherzycy (zwłaszcza typu brazylijskiej) i pemfigoidu (gdzie zwłaszcza wchodziłaby w grę rola wirusów onkogennych), a więc schorzeń których tło autoimmunologiczne można uznać za udowodnione.

Druk. Ital. Gen. Rev. Dermatolgy (Firenze), 10: 1, 1970.

JABŁOŃSKA STEFANIA, GEDE KRYSZYNA, RZĘSA GENOWEFA — „Zjawisko Shwartzmana w świetle badań immunofluorescencyjnych” (*Le phénomène de Shwartzman — les recherches par la méthode d'immunofluorescence*).

Klinika Dermatologiczna AM.

Badania immunofluorescencyjne wykonano w 24 wycinkach pochodzących od 11 królików z wywołanym zjawiskiem Shwartzmana oraz dla porównania u 9 królików (21 wycinków) i u 1 kozy z wywołanym zjawiskiem Arthusa. Wykonywano badania bezpośrednią metodą IF przy użyciu koziej lub owczej immunosurowicy znakowanej skierowanej przeciw gamma-globulinom lub komplementowi królika, a reakcja komplementu była badana również za pomocą wiązania heterologicznego komplementu *in vitro* przy użyciu surowicy świnki morskiej. We wszystkich reakcjach stosowano odpowiednie kontrole swoistości immunologicznej.

Przy wykonywaniu badania przed wystąpieniem nasilonych zmian krwiotocznych, tj. przed upływem 4—5 godzin po wprowadzeniu dawki wywołującej uwidaczniają się wyraźne różnice między zjawiskiem Sh. i Arthusa. W zjawisku Sh. nie stwierdza się odkładania immunoglobulin w ścianach naczyń, ani wiązania komplementu. W zjawisku Arthusa immunoglobuliny i komplement odkładają się w ścianach naczyń, co potwierdza immunologiczny charakter reakcji.

Druk. Arch. belg. Derm., 26: 363, 1970.

JABŁOŃSKA STEFANIA, CHORZELSKI TADEUSZ — „Mechanizm autoimmunologicznych chorób skóry” — (*Le mécanisme de maladies cutaées auto-immunologiques*).

Klinika Dermatologiczna AM.

Na przykładzie autoprzeciwciał przeciwmięśniowych w powikłanych zawałach serca, przeciwciał przeciw mięśniom prążkowanym w miasthenia gravis i thymoma oraz przeciwciał w colitis ulcerosa wykazano, że obecność autoprzeciwciał nie świadczy jeszcze o ich roli patogenetycznej. Jako choroby skóry o stwierdzonym podłożu autoimmunologicznym przedstawiono pemphigus, pemphigoid oraz lupus erythematosus, podkreślając, że tylko w pemphigus są spełniane wszystkie kryteria Witebsky'ego zaliczania sprawy chorobowej do procesów autoimmunologicznych. Inne kolagenozy, poza lupus erythematosus, wykazuje rozmaitego typu zaburzenia immunologiczne, jednak nie ma przykonywającego dowodu, że są to schorzenia autoimmunologiczne. Na przykładzie lupus erythematosus visceralis przedstawiono współlistnienie obydwu mechanizmów patogenetycznych — kompleksów immunologicznych oraz zaburzeń nadwrażliwości późnej, która wydaje się mieć znaczenie zasadnicze. Szeroko omówiono możliwość zapoczątkowania procesu autoimmunizacji przez wirusy, zwłaszcza z grupy myxowirusów i paramyxowirusów, co jest bardzo prawdopodobne w lupus erythema-

tosus zarówno u myszek NZB, jak i u ludzi. Również w pęcherzycy i pemfigoidzie prawdopodobna jest rola wirusów (jako triggering mechanism) przy istnieniu predyspozycji ze strony układu immunologicznego do nadmiernej produkcji przeciwciał.

Przedstawiono rolę wirusów odpowiedzialnych za zapoczątkowanie procesów autoimmunologicznych w onkogenezie poprzez ich działanie immunosupresyjne. Druk. *Annal. Derm. (Paris)*, 98: 377, 1971.

JABŁOŃSKA STEFANIA, CHORZELSKI TADEUSZ, BŁASZCZYK MARIA — „*Srodki immunosupresyjne w leczeniu pęcherzycy*” — (*Immunodepresants in the treatment of pemphigus*).

Klinika Dermatologiczna AM.

Autorzy przedstawili wyniki leczenia pozajelitowym podawaniem methotrexatu (12,5 mg 2 × tygodniowo) skojarzonym z małymi dawkami sterydów (na ogół 8—32 mg dziennie).

Korzystne wyniki uzyskano głównie w pemphigus arythematosus. W pemphigus vulgaris zmiany skórne oddziaływają na leczenie znacznie korzystniej niż biony śluzowe, na które w zasadzie wywiera najlepsze działanie miejscowe stosowanie kortykosterydów. Zwrócono uwagę na dużą ilość powikłań, polegających przeważnie na infekcjach bakteryjnych związanych z osłabieniem odporności ogólnej. Leczenia methotrexatem nie można uznać za całkowicie bezpieczne, a ocena odległych wyników w stosunku do wyłącznej terapii sterydowej jest przedwczesna.

Druk. *Br. J. Dermat.*, 83: 315, 1970.

JAKUBOWICZ K., BICZYSKO WIESŁAWA, DĄBROWSKI JAN — „*Badania mikroskopowo elektronowe nad strukturą keratoacanthoma*”.

Klinika Dermatologiczna AM.

Badania wykonano na dwu przypadkach keratoacanthoma potwierdzonych histologicznie. W porównaniu z naskórkiem prawidłowym stwierdzono zwiększone ilości: tonofilamentów, keratohialiny i keratynosomów. Nie spostrzeżono tworów wirusopodobnych.

Druk. *Pam. XIX Zjazdu PTD, Warszawa 1971 str. 402.*

\*) KAMIŃSKA DANUTA — „*Ocena wchłaniania jelitowego przy pomocy testu d-ksylozowego w wybranych stanach chorobowych u dzieci*”.

I Klinika Pediatria AM.

Praca dotyczy oceny wchłaniania jelitowego u dzieci przy pomocy testu d-ksylozowego w następujących stanach chorobowych: niedokrwistość niedobarwliwa, nadciśnienie w układzie żyły wrotnej i marskość wątroby, dystrepsja, nadwrażliwość na gluten. Test przeprowadzono wg metody H. Roe i W. Rice, u 74 dzieci. Zaburzenia wchłaniania jelitowego stwierdzono u niemowląt dystreptycznych oraz w nadwrażliwości na gluten, wykazując dla każdego z tych schorzeń odmienny przebieg wykresów zawartości d-ksylozy w surowicy. W pozostałych stanach chorobowych związek korelacyjny z zaburzeniami wchłaniania d-ksylozy nie występował.

\*\*) KIRSCHNER HENRYK — „*Fizjologiczne następstwa umiarkowanej utraty krwi i ich zależność od aktywności ruchowej*”.

Zakład Fizjologii Pracy.

Intensywna aktywność ruchowa w dniach poprzedzających utratę krwi zwiększała tempo restytucji objętości osocza w okresie poupuństowym.

Stwierdzono zależność tego zjawiska od bardziej efektywnej mobilizacji rezerw białkowych u zwierząt poddawanych treningowi fizycznemu. Uzyskane wyniki wskazują, że wpływ aktywności ruchowej na ustrój przejawia się między innymi w spotęgowaniu działania mechanizmów sterujących rozmieszczeniem plynów w ustroju i regulujących objętość krwi. Obraz wczesnych i późnych zmian hemodynamicznych po umiarkowanej utracie krwi nie ulegał istotnym zmianom pod wpływem treningu fizycznego. W pierwszym okresie po utracie 10% krwi stwierdzono upośledzenie adaptacji ustroju do wysiłku fizycznego. W okresie następnym, obejmującym najbliższe dni po utracie krwi, czynność układu krążenia wykazywała cechy hiperkinetyczne a zdolność do wysiłku fizycznego była w pełni skompensowana. Przedstawiono mechanizmy zachodzących zmian wydolności fizycznej.

\*) KORNISZEWSKA JADWIGA — „*Badania nad występowaniem i etiologią zakażeń układu moczowego u dzieci do lat 3*”.

II Klinika Pediatria AM.

W oparciu o analizę 145 przypadków zakażenia układu moczowego (z.u.m.) u dzieci do lat 3 leczonych w II Klinice Pediatria A.M. w latach 1966—1970 ustalono, że największa częstość występowania z.u.m. przypada na pierwszy rok życia. W grupie tej z.u.m. częściej dotyczy chłopców a w wieku od 2 do 3 lat częściej dotyczy dziewczynek. Jako czynniki sprzyjające z.u.m. u dzieci, na pierwsze miejsce wysuwają się anatomiczne lub czynnościowe nieprawidłowości układu moczowego i występują w około 50% przypadków. W grupie zakażeń bez wad układu moczowego częstość nawrotów z.u.m. wynosiła 29%, w większości dotyczyła dziewczynek. W obserwowanej grupie dzieci najczęstszym czynnikiem etiologicznym zakażeń układu moczowego była pałeczka okrężnicy. Drobnoustrój ten w grupie zakażeń bez wad przeważał u dziewczynek. W grupie z.u.m. na podłożu nieprawidłowości, częściej występowały pałeczki odmienia. Izolowane szczepy u dzieci z z.u.m. bez współistniejących anomalii układu moczowego wykazywały wysoką wrażliwość na nitrofurantoinę, kolimycynę i amidoxal.

KOSTANECKI WOJCIECH, MAZURKIEWICZ WALENTYNA, GÓRKIEWICZ A., ZBORZIL J. — „*Zmiany we włosach wywołane leczeniem immunosupresyjnym*” (*Haarveränderungen bei immunsuppressiver Therapie*).

Klinika Dermatologiczna AM.

Imuran może wywoływać łysienie, przede wszystkim telegenowe, zaś metotreksat przede wszystkim dystroficzne. Różne środki cytostatyczne poza łysieniem i zmianami barwnikowymi włosów mogą powodować zmiany strukturalne włosów o cechach rozszerzeń trichoklastycznych. Bardzo często wywołują one tworzenie hair casts co wskazuje na uszkodzenie również tej części macierzy włosa, która wytwarza pochewkę wewnętrzną.

Druk Zeitschrift f. Haut — und Geschlechtskrankheiten 46: 704—708, 1971.

KOSTANECKI WOJCIECH, KWIATKOWSKA EWA, CULICKA M., PAWŁOWSKI ANDRZEJ — „*Stan korzeni włosów głowy w przypadkach hirsutyizmu*”.

Klinika Dermatologiczna AM.

U kobiet z hirsutyizmem łysienie rozlane występuje bardzo rzadko. W przypadkach tego łysienia hiperandrogenizm, a także hipostrogenizm wydaje się nie odgrywać roli patogenicznej.

Druk. Pam. XIX Zjazdu PTD, 1971, str. 477.

**\*\*)** KUCH JERZY — „Ocena odczynów immunologicznych w zawałe serca przy użyciu metody immunofluorescencyjnej”.

IV Klinika Chorób Wewnętrznych AM.

Wykonano seryjne badania immunofluorescencyjne u 81 chorych ze świeżym zawałem serca oraz w trzech grupach kontrolnych: u 54 chorych z innymi chorobami serca, u 10 chorych z miastenią i u 86 osób zdrowych. Spośród 81 chorych z zawałem serca u 24 stwierdzono w surowicy przeciwciała przeciwsercowe, które reagowały ze strukturami leżącymi w strefie „sarcolemma-sub-sarcolemma” włókien mięśnia serca. U 3 chorych z zespołem pozawałowym Dresslera stwierdzono wysoki poziom przeciwciał (miano — 1/160 — 1/320).

Wykonano badania IF wycinków serc, pobranych u 21 zmarłych z powodu zawału serca oraz u 10 innych zmarłych z przyczyn pozasercowych. W 9 na 12 przypadków dawniej przebytego zawału stwierdzono w obszarach blizny pozawałowej obecność immunoglobuliny IgG, związanej z tkanką serca. W badaniach hormonalnych (adrenalina noradrenalina, hormony tarczycy, 17-OHCS) wykazano znamienne częstsze występowanie podwyższonych wartości adrenaliny we krwi i w moczu u chorych z ujemnymi wynikami badań IF. Autor wyciąga wniosek, że nadmierna odczynowość adrenergiczna hamuje odpowiedź immunologiczną u chorych ze świeżym zawałem serca.

LANGNER ANDRZEJ, PAWIŃSKA-PRONIEWSKA MARIA, GLIŃSKI W. — „Badania nad mechanizmem upośledzenia odczynowości późnej w reticulosarcoma” — (*The mechanism of delayed hypersensitivity derangements in reticulum cell lymphomata (reticulosarcomata)*).

Klinika Dermatologiczna AM.

Przebadano 2 przypadki reticulosarcoma z towarzyszącymi objawami uszkodzenia odczynów immunologicznych typu komórkowego.

Czynnik cytotoksyczny zawarty w płazmie pacjentów uszkadzał limfocyty hodowane z dodatkiem PHA.

Stwierdzono, że czynnik zawarty w płazmie jest cytotoksyczny zarówno dla limfocytów pacjentów jak i osób zdrowych. Czynnik cytotoksyczny dodawany w małych dawkach do hodowli limfocytów osób zdrowych stymulował je do transformacji blastycznej. Stwierdzono równoległość między obecnością czynnika cytotoksycznego a stanem klinicznym chorych oraz reaktywnością na antygeny bakteryjne i czas odrzucania alloprzeszczepu skóry.

Druk: Br. J. Derm., 85, 7, 1971.

LANGNER ANDRZEJ, PAWIŃSKA-PRONIEWSKA MARIA, GLIŃSKI W., MAJ ST. — „Rola czynników cytostatycznych w zahamowaniu transformacji limfocytów w złośliwych rozrostach limforetikularnych” — (*Cytotoxic factors in inhibition of lymphocyte transformation in lymphomata*).

Klinika Dermatologiczna AM.

Przeprowadzono badania w 35 nie leczonych przypadkach rozrostów limforetikularnych (reticulosarcoma, lymphosarcoma, przewlekła białaczka limfatyczna, ziarnica złośliwa, ziarniniak grzybiasty). Wykazano, że zahamowanie transformacji blastycznej po stymulacji PHA w grupie reticulosarcoma, lymphosarcoma i chorobie jest zależne od czynników zawartych w płazmie, natomiast w przewlekłej białaczce limfatycznej zależy od uszkodzenia limfocytów. W przypadkach ziarniniaka grzybiastego obniżenie transformacji limfocytów jest niewielkiego stopnia i występuje tylko w przypadkach o wieloletnim i ciężkim przebiegu klinicznym i złym stanie ogólnym.

Druk: Br. J. Derm., 85, 1, 1971.



MACIEJOWSKA EWA — „*Rola Penicyloilo-polilizyny w wykrywaniu uczulenia na penicylinę*”.

Klinika Dermatologiczna AM.

U osób uczulonych na penicylinę stwierdzono 3 klasy immunoglobulin: IgE, IgG, IgM. Kliniczne zmiany o charakterze wczesnego uczulenia na ten antybiotyk są wywołane przez immunoglobuliny IgE, którym przypisuje się właściwości przeciwciał uczulających skórę. Immunoglobuliny IgG odgrywają rolę przeciwciał blokujących. Rola immunoglobulin IgM w uczuleniach na penicylinę nie jest dokładnie poznana. Przebadano 25 osób. Badanych podzielono na dwie grupy: uczulonych i grupę kontrolną. U wszystkich wykonano próby śródskórne z penicyliną krystaliczną i penicyloilo-poli-lizyną, a u części również odczyn degranulacji bazofilów, odczyn transformacji limfocytów, odczyn hemaglutynacji i badanie immunofluorescencyjne. Stwierdzono, że próby śródskórne z penicyloilo-poli-lizyną są czulsze i bardziej swoiste w porównaniu z próbami z penicyliną krystaliczną, odczynem degranulacji bazofilów i odczynem transformacji limfocytów. Odczyn hemaglutynacji może być przydatny w wykrywaniu przeciwciał blokujących typ IgG, ale nie ma większego zastosowania w wykrywaniu uczulenia na penicylinę. Metodą, która znajdzie prawdopodobnie zastosowanie w wykrywaniu immunoglobulin IgE w skórze będzie odczyn IF przy użyciu immunosurowic skierowanych przeciw klasie IgE.

Druk: Pamiętnik IX Konferencji Naukowej Sekcji Wenerologicznej PTD, Dod. do Przeg. Derm., 1971, 159, PZWL, W-wa.

MACIEJOWSKA EWA — „*Nowe metody diagnostyczne w wykrywaniu uczulenia na penicylinę*”.

Klinika Dermatologiczna AM.

Przebadano 55 chorych z kiłą pierwotną i wtórną. Podzielono ich na dwie grupy. Do pierwszej zaliczono osoby wykazujące uczulenie na penicylinę. Grupa ta liczyła 24 osoby. Druga grupa (kontrolna) obejmowała 31 osób. U wszystkich badanych wykonano próby śródskórne z penicyloilo-poli-lizyną (PPL) i penicyliną krystaliczną, u części również odczyn degranulacji bazofilów i odczyn hemaglutynacji. W grupie uczulonych dodatnie odczyny wczesne występowały częściej na PPL niż na penicylinę krystaliczną, natomiast penicylina krystaliczna dawała częściej fałszywie dodatnie odczyny wczesne u osób nieuczulonych. Pośredni odczyn degranulacji bazofilów wypadł w przybliżeniu dodatnio u osób uczulonych w takim samym odsetku jak próby śródskórne z penicyliną krystaliczną. Odczyn hemaglutynacji charakteryzował się stosunkowo małą czułością i swoistością.

U żadnego badanego, w przeciwieństwie do prób z penicyliną krystaliczną, nie wystąpiły objawy ogólne po próbach śródskórnych z PPL.

Nie obserwowano również po ponownym wprowadzeniu penicyloilo-poli-lizyny pozytywizacji odczynów, co świadczyłoby o braku właściwości uczulających PPL.

Druk: Pamiętnik XIX Zjazdu PTD, 1971, 153, PZWL, W-wa.

\*) MALCZEWSKI BOGDAN — *Badanie jelitowego wchłaniania aminokwasów u zdrowych ludzi i w niektórych stanach chorobowych*”.

III Klinika Chorób Wewnętrznych AM.

Podawano dodwunastniczo przez zgłąbnik roztwór aminokwasów — 0,3 g aminokwasów na kg wagi istotnej. Pobierano krew w: 0, 15, 30, 45, 60, 90, 120, 150, 180 minucie i określono zawartość azotu alfa aminowego w Frame, Russell i Wilhelmi. Badanie wykonano u 45 zdrowych ludzi, u 15 chorych na marskość wątroby, u 15 z przewlekłą niewydolnością prawej komory, u 15 z chorobą wrzo-

dową żołądka. Zawartość azotu alfa aminowego na czczo u ludzi zdrowych wynosi  $4,77 \pm 0,42\%$  mg, najwyższe stężenie w 30 minucie —  $8,08 \pm 0,74$  mg%. Nie stwierdzono różnic aminoacydemii zależnych od płci i wieku.

U ludzi z marskością wątroby alfa aminoacydemia spoczynkowa wynosi  $5,00 \pm 1,45$  mg%, najwyższy przyrost w 30 min. —  $6,44 \pm 1,80$  mg%. U ludzi z przewlekłą prawokomorową niewydolnością krążenia zawartość azotu aminowego w spoczynku wynosi  $5,16 \pm 1,41$  mg%, najwyższy przyrost w 30 min. —  $6,61 \pm 1,89$  mg%. Są to wartości różniące się od wartości u ludzi zdrowych w sposób statystycznie znamienne. Nie stwierdzono tych różnic u ludzi z chorobą wrzodową żołądka. Otrzymane wyniki wskazują, że upośledzenie odżywiania chorych z marskością wątroby i przewlekłą, prawokomorową niewydolnością krążenia może zależeć od gorszego wchłaniania aminokwasów.

MAZURKIEWICZ WALENTYNA, CHĄDZYŃSKA M. — „Zastosowanie 1% kremu Synalar w niektórych schorzeniach dermatologicznych”.

Klinika Dermatologiczna AM.

1% kremem Synalar leczono 28 chorych Kliniki Dermatologicznej z następującymi rozpoznaniem: keloidosis, lichen planus, myxoedema tuberosum praetibiale, haemangioma planum, vasculitis nodosa, erythematodes discoides, lymphoma, epithelioma basocellulare, morbus Bowen, carcinoma spinocellulare, acne conglobata keloidea.

Krem Synalar stosowano w opatrunkach zamkniętych na 24 i 48 godz. w czasie od 7 do 32 tygodni. Bardzo dobry wynik uzyskano w lichen planus (w tym lichen planus verrucosus), myxoedema praetibiale tuberosum, we wczesnych keloidach i w 2 przypadkach erythematodes discoides. Wchłonięcie się części nacieków obserwowano we wczesnych naciekach lymphoma. Duże rozpadające się guzy nie reagowały na leczenie.

Obserwacje nie potwierdziły wskazań do leczenia Synalarem epithelioma basocellulare, morbus Bowen i carcinoma spinocellulare.

Druk: Przeg. Derm., 1971, t. LVIII, str. 609—613.

MODLIŃSKI LESZEK — „Znaczenie ognisk utajonego zakażenia w etiopatogenezie kamicy narządu moczowego”.

Centralne Laboratorium Zespołu Klinik PSK nr 1.

Na podstawie przeprowadzonych badań 1000 chorych na kamicy narządu moczowego według własnej metodyki w warunkach ambulatoryjnych autor stwierdza, że:

1. ogniska zakażenia są zjawiskiem częstym i towarzyszą w 71% przypadków;
2. u 61,5% obserwowanych pierwotnie powstały ogniska zakażenia, a dopiero wtórnie wystąpiły objawy kamicy moczowej;
3. w związku z powyższym pojawienie się kamicy moczowej u chorych z ogniskami zakażenia może przemawiać za jej wtórnym uwarunkowaniem;
4. mechanizm działania ognisk zakażenia polega na zmniejszeniu aktywności koloidalnej w moczu, upośledzeniu dynamiki dróg moczowych oraz ich zakażeniu;
5. symptomatologia kamicy i bardziej zdecydowana ewidentność dowodów laboratoryjnych i rentgenowskich są w stosunku prostym do długotrwałości istnienia i częstości zaostreżeń ognisk utajonego zakażenia;
6. po usunięciu ogniska zakażenia dolegliwości chorego na kamicy piaskową z reguły ulegają wyraźnemu złagodzeniu lub ustępują zupełnie wraz z równoległym zmniejszeniem się lub zniknięciem wydalonych składników mineralnych, a żwir i drobne złoży zostają łatwiej usuwane;

7. beznawrotowe, trwałe wyleczenie wtórnego zakażenia kamicy moczowej jest wątpliwe bez uprzedniego zlikwidowania pierwotnego ogniska zakażenia;

8. z uwagi na rozpowszechnienie zakażeń ogniskowych dążenie do ich likwidacji w leczeniu kamicy moczowej, a w szczególności w jej zapobieganiu, powinno być jedną z naczelných zasad postępowania.

Pracę przedstawiono na posiedzeniu naukowym Polskiego Towarzystwa Urologicznego w Warszawie w dniu 30.X.1971 r. i złożono do druku w Polskim Przeglądzie Chirurgicznym.

**MODLIŃSKI LESZEK** — „*Hamujący wpływ leków na niektóre czynniki etiopatogenetyczne kamicy narządu moczowego*”.

Centralne Laboratorium Zespołu Klinik PSK nr 1.

W farmakologicznym leczeniu kamicy układu moczowego autor omawia szereg preparatów oraz wód mineralnych, w wyniku ich stosowania dochodzi do następujących wniosków:

1. nie znamy uniwersalnego leku, zdolnego rozpuścić wszystkie rodzaje kamieni w układzie moczowym;
2. przeprowadzono już udane próby rozpuszczenia kamieni moczanowych;
3. preparatami klinicznie zbadanymi i najbardziej wszechstronnymi w leczeniu kamicy moczowej są: „Nephrolith” i olejki eteryczne;
4. likwidacja zakażenia u chorych na kamicę moczową za pomocą antybiotyków i chemioterapeutyków oraz ognisk utajonego zakażenia leczeniem farmakologicznym lub operacyjnym winna być naczelną dewizą w zapobieganiu kamicy moczowej, a w szczególności jej nawrotem, podobnie jak:
5. opanowanie zastoju w drogach moczowych lekami rozkurczowymi, metodami instrumentalnymi i leczeniem chirurgicznym;
6. walka o stabilizację odczynu moczu w zakresie kwaśnego pH jest istotnym elementem w zapobieganiu zakażenia przypadków kamicy moczowej i w powstawaniu niektórych jej rodzajów;
7. rzeczywisty, uspokajający efekt podanego leku i wiara chorego w jego skuteczne działanie ograniczają niekorzystny wpływ czynnika nerwowego w etiologii kamicy moczowej;
8. nie można wykluczyć hamującego działania leków na jeszcze inne elementy kamieniotwórcze;
9. istnieją możliwości rozszerzenia zakresu wskazań stosowanych leków na inne choroby nerek, współistniejące z kamicą moczową, np. nadciśnienie tętnicze, względna niewydolność nerek, przewlekłe, odmiedniczkowe zapalenie nerek, nerczyca;
10. większość z przedstawionych leków ma charakter w pewnym stopniu leczenia przyczynowego, podczas gdy zabieg operacyjny jest postępowaniem objawowym.

Praca została opublikowana w Polskim Przeglądzie Chirurgicznym XLIII, 1971, 10a, str. 1617.

**MODLIŃSKI LESZEK** — „*Zakażenie ogniskowe a zmiany hematologiczne u chorych na kamicę moczową*”.

Centralne Laboratorium Zespołu Klinik PSK nr 1.

Autor przedstawił pracę według następujących dyspozycji: wstęp, cel pracy, metodyka pracy, materiał chorych, dyskusja i wnioski.

W założeniu pracy autor uwzględnił w obserwacji chorych na kamicę moczową wpływ następujących parametrów:

1. obecność, częstość występowania i czasokres istnienia ognisk zakażenia;

2. liczba erytrocytów w  $1 \text{ mm}^3$ , szybkość opadania krwinek czerwonych i liczba limfocytów krwi obwodowej oraz rodzaj kamicy moczowej i odczyn moczu osobników, u których wykryto ogniska zakażenia.

Na podstawie przeprowadzonych badań 1000 chorych na kamicę moczową, według własnej metodyki w warunkach ambulatoryjnych autor stwierdza, że:

1. ponad połowa przypadków wykazuje nieznaczną lub bardziej wyraźną niedokrwistość, która występuje częściej i jest bardziej ewidentna u chorych, obarczonych zakażeniem ogniskowym;

2. kolosalna większość obserwowanych ma mniej lub bardziej przyspieszoną szybkość opadania krwinek czerwonych, natomiast odsetek chorych, u których nie wykryto ognisk utajonego zakażenia (15,6%), reprezentuje prawidłowe OB;

3. podobnie przedstawiają się wartości podwyższonej limfocytozy, która u chorych bez ognisk zakażenia mieści się w zasadzie w ramach prawidłowych granic;

4. patologiczne odchylenia przedstawionych parametrów we krwi obwodowej u chorych na kamicę układu moczowego łączą się przede wszystkim z istnieniem u nich ognisk utajonego zakażenia.

Pracę przedstawiono na posiedzeniu naukowym Polskiego Towarzystwa Urologicznego w Warszawie w dniu 30.X.1971 r. i złożono do druku w Polskim Przeglądzie Chirurgicznym.

STACHÓW ALEKSANDRA — „Zaburzenia metabolizmu aminokwasów aromatycznych w kolagenozach”.

Klinika Dermatologiczna AM.

Celem pracy były badania metabolizmu aminokwasów aromatycznych, charakterystycznych dla substancji międzykomórkowej, która przede wszystkim ulega procesowi chorobowemu w kolagenozach. Badania przeprowadzono w 15 przypadkach twardziny i 6 przypadkach dermatomyositis. Wykonano ilościowe oznaczenia w moczu: całkowitych związków indolowych, kwasu indolooctowego wolnego i związanego i kwasu 5-hydroksyindolooctowego (metabolity przemiany tryptofanu) a w niektórych przypadkach wykonano próby na obecność w moczu kwasu 2,5-dwuhydroksyfenylopirogrońskiego — hipotetycznego metabolitu fenylalaniny w kolagenozach. W części przypadków twardziny i dermatomyositis stwierdzono wzmożone wydalanie związków indolowych i kwasu indolooctowego. Nie wykryto kwasu 2,5-dwuhydroksypirogrogrońskiego ani w twardzinie ani w dermatomyositis, a poziom 5-hydroksyindolooctowego kwasu był w obydwu grupach chorych prawidłowy.

Ze względu na to, że wyniki nie są jednorodne nie można jeszcze wyciągnąć wniosku co do związku tych metabolitów ze stopniem zajęcia układu mięśniowego, ani wypowiedzieć się co do roli ich w mechanizmie powstawania stwardnień.

Druk: Pamiętnik XIX Zjazdu Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w Warszawie. PZWL str. 57, 1971 r.

\*) STOKOWSKI LEONARD — „Udział wątroby w mononukleozie zakaźnej u dzieci w oparciu o badania histopatologiczne, biochemiczne i kliniczne”.

Klinika Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego AM.

Celem pracy było ustalenie udziału wątroby w mononukleozie zakaźnej u dzieci w oparciu o badania histopatologiczne, biochemiczne i kliniczne. Badania biochemiczne i kliniczne przeprowadzono łącznie u 100 dzieci w wieku od 1 do 10 lat. Wykonano 232 oznaczeń poziomu bilirubiny, 456 oznaczeń aktywności aminotransferaz, 231 próby tymolowej i 235 frakcji białek w surowicy krwi. Ocenę zmian patologicznych przeprowadzono na podstawie obrazu mikro-

skopowego punktatów wątroby (wykonano 50 jednorazowych biopsji). Wyniki przeanalizowano w dwóch grupach wieku od 1 do 5 lat i od 6 do 10 lat po 50 przypadków każda.

Uzyskane wyniki badań biopsyjnych potwierdziły pogląd, że zmiany w wątrobie u dzieci nie są powikłaniem, ale stanowią integralną część uogólnionego procesu limfoproliferacyjnego w mononukleozie zakaźnej. Wartość kliniczna i diagnostyczna prób wątrobowych w mononukleozie zakaźnej u dzieci jest mniejsza jak u dorosłych, ze względu na mniejszą część i niższe wartości wyników dodatnich. Kompleksowe badania wykazały mniejsze nasilenie zmian na terenie wątroby u dzieci co wydaje się być związane z łagodniejszym ogólnym przebiegiem choroby.

**SZCZEPAŃSKI ANDRZEJ** — „*Porównawcze badania histologiczne różnych okresów twardziny ograniczonej i Atrophoderma Pasini-Pierini*”.

Klinika Dermatologiczna AM.

Na podstawie przeprowadzonych badań histologicznych 30 przypadków twardziny ograniczonej w okresie czynnym, 15 w okresie zanikowym, 10 atrofodermii Pasini-Pierini, 9 atrofodermii Pasini-Pierini współistniejącej z czynną twardziną, 6 atrofodermii ze stwardnieniami w obrębie ognisk zanikowych stwierdzono, że atrofoderma Pasini-Pierini nie jest samodzielną jednostką chorobową. Zmiany mogą być takie same jak w twardzinie, zwłaszcza w jej stadium zanikowym.

Druk: Przegl. Derm. 1971, 58, 9.

**SZCZEPAŃSKI ANDRZEJ, KACZYŃSKA H.** — „*Późna porphyria skórna — zagadnienia patogenetyczne i osobliwości kliniczne*”.

Klinika Dermatologiczna AM.

Na podstawie obserwacji 60 przypadków późnej porfirii skórnej należy stwierdzić, że zmiany pęcherzowe występują po wieloletnim działaniu alkoholu i arsenu. W 10 przypadkach obserwowaliśmy zmiany rzekomo twardzinowe, w 6 przypadkach współistniał tu wiąd rdzenia. Badania chronaksji czuciowej, po obciążeniu lekami działającymi na układ wegetatywny wykazują, że zmiany w tym układzie w późnej porfirii skórnej ze stwardnieniami są znacznie mniejsze w porównaniu z twardziną, co pozwala na uznanie ich za rzekomo twardzinowe. Wyraźne przedłużenie chronaksji w porfirii stwierdza się jedynie w przypadkach współistnienia wiądu rdzenia. Badania reobazy wykazały, że w porfirii późnej występują również zaburzenia czucia typu polineuropatii.

W leczeniu celowe jest podawanie leków poprawiających stan wątroby oraz chelatorów wapniowych.

Druk: Przegl. Derm. 1971, 58, 405.

**SZCZEPAŃSKI ANDRZEJ** — „*Badania reobazy i chronaksji w zanikach poinsulinowych*”.

Klinika Dermatologiczna AM.

Dla wyjaśnienia patogenetyki zaników poinsulinowych przeprowadzono w 24 przypadkach badania reobazy, której wartości pozwalają na ocenę stanu układu mózgowo-rdzeniowego oraz chronaksji czuciowej, która odzwierciedla stan układu wegetatywnego. Wyniki pomiarów reobazy i chronaksji czuciowej po obciążeniu lekami działającymi na różne piętra układu wegetatywnego były takie same jak w przypadkach kontrolnych (u ludzi zdrowych).

Druk: Przegl. Derm. 1971, 58, 749.

SZCZEPAŃSKI ANDRZEJ — „Kortykosterydy w leczeniu twardziny”.

Klinika Dermatologiczna AM.

Obserwowano 29 przypadków twardziny uogólnionej i 16 przypadków twardziny ograniczonej, w których stosowano leczenie kortykosterydami. W twardzinie uogólnionej zaobserwowano przejściową poprawę dolegliwości stawowych, a następnie szerzenie się procesu chorobowego, co wyrażało się pogorszeniem zmian skórnych i nasileniem zmian narządowych. W twardzinie ograniczonej usprawiedliwione jest podawanie kortykosterydów tylko w przypadkach o szybkim przebiegu, w pozostałych niezależnie od podawania, czasokres ustępowania jest taki sam jak w przypadkach leczonych innymi metodami.

Druk: Przegl. Derm. 1971, 58, 749.

\*) TRZEBIŃSKI ANDRZEJ — „Ocena wyników leczenia odplywów pęcherzowo-moczowodowych u dzieci”.

I Klinika Pediatria AM.

Przeprowadzono ocenę wyników leczenia 132 dzieci z odplywami pęcherzowo-moczowodowymi (o.p.m.). Stosowano leczenie zachowawcze, chirurgiczne bądź jedno i drugie. Przeszczepienie moczowodu wykonywano u dzieci z częstymi nawrotami zakażenia układu moczowego, a także gdy stwierdzono upośledzenie czynności nerek. Postępowanie zachowawcze było wysoce skuteczne w grupie dzieci z odplywami pierwotnymi i zapalnymi. W oparciu o dane z piśmiennictwa i własne obserwacje ustalono znaczenie zakażenia układu moczowego jako najczęstszej przyczyny o.p.m. u dzieci. Przedyskutowano udział o.p.m. w patogenie odmiedniczkowego zapalenia nerek, a także zależność o.p.m. od przeszkody w drogach odpływu moczu z pęcherza.

WYSZOMIRSKA Z., STACHÓW ALEKSANDRA, RUDZKI EDWARD — „Właściwości uczulające gronkowców saprofitycznych”.

Klinika Dermatologiczna AM.

Ze szczepu gronkowca białego wyizolowano kwas tejchojowy i frakcję nukleoproteinową. Skład chemiczny kwasu tejchojowego był zbliżony do preparatu otrzymanego przez Morse. Nukleoproteina w elektroforezie wykazywała obecność kwasów nukleinowych białek i ślady lipidów, a w immunodyszce dawała dwie linie precypitacyjne. Wyodrębnione preparaty oraz zawiesina komórek gronkowca białego były czynne w próbach skórnych. Odsetek osób uczulonych był jednak niewielki, a alergia nie osiągała dużego nasilenia.

Druk: Przegl. Dermat. LVIII 29, 1971.

ZAKRZEWSKI J., BACHURZEWSKI JANUSZ, KIK A. — „Problemy rentgenoterapii nowotworów skóry na podłożu kostnym”.

Klinika Dermatologiczna AM.

W okresie 1945—1958 r. naświetlono 649 nowotworów skóry na podłożu kostnym. Przeciętne wyleczenie w 90,6% jest niższe od uzyskanego dla wszystkich nowotworów skóry — 96,0%. Stosowano zazwyczaj nieco niższe dawki ogólne i mniejsze dawki pojedyncze niż przy leczeniu nowotworów w innym umiejscowieniu. Leczenie to jest stosunkowo bezpieczne gdy można stosować naświetlania promieniami o małej przenikliwości. W leczeniu nowotworów grzbietu ręki uzyskiwano prawie z reguły wyleczenie przy zachowaniu pełnej sprawności ręki. Nowotwory owłosionej skóry głowy i palców oddziałują mniej korzystnie i w tych wypadkach wskazane jest leczenie chirurgiczne.

Druk: Przegl. Derm. 1971, 58, 601.

**W Y K A Z**  
**STOPNI NAUKOWYCH**  
**DOKTORA HABILITOWANEGO NAUK MEDYCZNYCH**  
**NADANYCH UCHWAŁĄ RADY WYDZIAŁU LEKARSKIEGO**  
**I ZATWIERDZONYCH PRZEZ MINISTRA ZDROWIA**  
**I OPIEKI SPOŁECZNEJ**

1. BACHURZEWSKI JANUSZ: „*Analiza przyczyn obecnego wzrostu zachorowalności na kiłę w Polsce*” — 26.V.1971 r.

Wykonano w Klinice Dermatologicznej A.M. w Warszawie.

2. CIŚWICKA SZNAJDERMAN MAŁGORZATA: „*Badania kliniczne i metaboliczne nad pierwotnymi hiperlipoproteidiami*” — 23.VI.1971 r.

Wykonano w II Klinice Chorób Wewnętrznych A.M. w Warszawie.

3. KIRSCHNER HENRYK: „*Fizjologiczne następstwa umiarkowanej utraty krwi i ich zależność od aktywności ruchowej*” — 26.V.1971 r.

Wykonano w Zakładzie Fizjologii Pracy AM w Warszawie.

4. KUCH JERZY: „*Ocena odczynów immunologicznych w zawale serca przy użyciu metody immunofluorescencyjnej*” — 26.V.1971 r.

Wykonano w IV Klinice Chorób Wewnętrznych A.M. w Warszawie.

5. MALEC OLECHA JANINA: „*Metabolizm białka i kwasu rybonukleinowego w jądrach leukocytów prawidłowych i białaczkowych*” — 23.VI.1971 r.

Wykonano w Instytucie Hematologii w Warszawie.

**W Y K A Z**  
**STOPNI NAUKOWYCH: DOKTORA NAUK MEDYCZNYCH**  
**DOKTORA NAUK PRZYRODNICZYCH**  
**NADANYCH UCHWAŁĄ RADY WYDZIAŁU LEKARSKIEGO**

1. AUGUSTYNIAK MAREK: „*Rola mózgowych struktur nadopuszkowych w mechanizmie odruchu sercowego z mechanoreceptorów płuc*” — 12.I.1972 r.  
Wykonano w Zakładzie Fizjologii Człowieka I.N.F. A.M.  
Promotor: prof. dr A. Trzebski.

2. DUMA DRZEWIŃSKA ANNA: „*Doświadczenia kliniczne w rehabilitacji ręki u chorych po udarach mózgowych*” — 8.XII.1971 r.  
Wykonano w Klinice Rehabilitacji A.M. w Konstancinie.  
Promotor: prof. dr M. Weiss

3. IDZIKOWSKA JANINA: „*Wpływ znieczulenia ogólnego z użyciem środków zwiotczających chlorku, D-tubokuraryny i trójetylojodku gallaminy oraz zabiegu chirurgicznego na wydzielanie amin katecholowych w moczu*” — 12.I.1972 r.  
Wykonano w I Klinice Chirurgicznej A.M. w Warszawie.  
Promotor: prof. dr J. Nielubowicz.

4. KAMIŃSKA DANUTA: „*Ocena wchłaniania jelitowego przy pomocy testu D-ksylozowego w wybranych stanach chorobowych u dzieci*” — 12.I.1972 r.  
Wykonano w I Klinice Pediatrycznej A.M. w Warszawie.  
Promotor: doc. dr I. Kanabus.

5. KORNISZEWSKA JADWIGA: „*B dania nad występowaniem i etiologią zakażeń układu moczowego u małych dzieci*” — 12.I. 1972 r.  
Wykonano w II Klinice Pediatrycznej A.M. w Warszawie.  
Promotor: prof. dr B. Górnicki.

6. KROCIN JANINA: „*Kliniczne aspekty stosowania domacicznych środków antykoncepcyjnych*” — 8.XII.1971 r.  
Wykonano w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSW, Oddz. Położ. Ginekolog.  
Promotor: doc. dr M. Telko.

7. MALCZEWSKI BOGDAN: „*Badanie jelitowego wchłaniania aminokwasów u zdrowych ludzi i w niektórych stanach chorobowych*” — 12.I.1972 r.  
Wykonano w III Klinice Chorób Wewnętrznych A.M. w Warszawie.  
Promotor: prof. dr A. Czyżyk.

8. STOKOWSKI LEONARD: „*Udział wątroby w mononukleozie zakaźnej u dzieci w oparciu o badania histopatologiczne, biochemiczne i kliniczne*” — 8.XII. 1971 r.  
Wykonano w Klinice Chorób Zakaźnych Wiek. Dziecięcego A.M. w Warszawie.  
Promotor: doc. dr H. Szczepańska.

9. TRZEBIŃSKI ANDRZEJ: „*Ocena wyników leczenia odptywów pęcherzowo-moczowodowych u dzieci*” — 12.I.1972 r.  
Wykonano w I Klinice Pediatrycznej A.M. w Warszawie.  
Promotor: doc. dr I. Kanabus.



*Barbara Bilińska, Anna Górkiewicz, Elżbieta Szmidt \*)*

## **SPRAWOZDANIE Z OBOZU SPOŁECZNO-NAUKOWEGO W ŁACKU**

W okresie od 1 do 15.IX.1971 r. dwudziestoosobowa grupa studentów z trzech kół naukowych przy: Klinice Neurologicznej, III Klinice Chorób Wewnętrznych i Klinice Dermatologicznej Akademii Medycznej w Warszawie prowadziła na terenie powiatu płockiego prace o charakterze naukowo-badawczym.

Obóz zorganizowany został pod auspicjami Komisji Nauki RU ZSP oraz SSKN. Patronat naukowy objął doc. dr hab. med. Jerzy Majkowski a kierownictwo organizacyjne kol. Krystyna Albin. Uczestnicy obozu zostali podzieleni na trzy grupy robocze, odpowiadające w/w kołom.

Członkowie Koła Neurologicznego stanowili grupę najliczniejszą (10 osób) i prowadzili badania z zakresu socjologii medycyny. Celem tej grupy, kierowanej przez doc. dr hab. med. J. Majkowskiego, było zebranie materiału dotyczącego ogólnych wiadomości ludności wiejskiej powiatu płockiego na temat padaczki. W szczególności chodziło o poznanie stosunku sondowanej populacji do chorych z napadami padaczkowymi. Badania te stanowią dalszy ciąg pracy rozpoczętej na dwóch poprzednich obozach Koła Neurologicznego, zlokalizowanych na terenie powiatów o charakterze rolniczym i znajdujących się z dala od większych ośrodków przemysłowych. Wyniki badań tam prowadzonych zostały opracowane i są obecnie w druku w „Neurologii i Neurochirurgii Polskiej”.

Teren powiatu płockiego, na którym odbył się tegoroczny obóz, znajduje się w zasięgu oddziaływania wielkoprzemysłowego ośrodka. Dlatego też opracowanie danych i ich konfrontacja z wynikami prac z lat ubiegłych z pewnością dostarczy wiele interesujących i pożytecznych wniosków.

Badania przeprowadzane były metodą wywiadu przy pomocy uprzednio opracowanego kwestionariusza, składającego się z 22 pytań. Pyta-

---

\*) Sekretarze studenckich kół naukowych, które brały udział w obozie społeczno-naukowym.

nia zostały zredagowane i zestawione w ten sposób, aby uzyskiwane na nie odpowiedzi od respondentów zawierały między innymi następujące kwestie:

- umiejscowienie i obraz padaczki na tle chorób społecznych;
- wiadomości o padaczce i ich źródła;
- miejsce chorych na padaczkę w społeczeństwie, przydatność zawodowa dorosłych oraz problem kształcenia i wychowania dzieci;
- stosunek otoczenia do chorych z napadami padaczkowymi.

Kwestionariusz składa się w większości z pytań zamkniętych i odpowiedzi na nie polegała na dokonaniu wyboru spośród gotowych odpowiedzi-możliwości, którymi pytania te były zaopatrzone. Pewna część dotycząca problemów opisowych, np.: przyczyn padaczki, opisu napadu padaczkowego i metod leczenia została celowo ułożona w formie pytań otwartych. Zadaniem ankietów było zanotowanie uzyskanych odpowiedzi w formie autentycznych wypowiedzi respondentów. Przeprowadzenie wywiadu pochłaniało ok. 20—30 min. Zwracano baczna uwagę, aby kontakt z ankietowanymi nosił wszelkie znamiona naturalności i nie ograniczał się jedynie do samego zebrania interesujących danych.

Mając do dyspozycji środek lokomocji, zapewniony przez PMRN w Płocku, zdołano w ciągu dwóch tygodni zebrać 300 ankiet z terenu 40 wsi położonych w 10 gromadach. Wyboru poszczególnych wsi dokonano w oparciu o losowanie nadanych im numerów według zasady przypadkowego doboru, posługując się książką telefoniczną. Liczbę respondentów w badanych wsiach ustalono na podstawie liczby gospodarstw każdej wsi, utrzymując stosunek: jeden ankietowany na dziesięć gospodarstw. Powyższy stosunek został ustalony na podstawie wniosku z ubiegłych obozów, że struktura społeczności danej wsi, w poglądach i przekonaniach odnośnie spraw zdrowotnych jest jednorodna. Starano się zachować zasadę stratyfikacji pionowej i poziomej. Za dolną granicę wieku respondentów przyjęto 16 lat, górna zaś była nie ograniczona. Uwzględniono także miejscową inteligencję. Przebadaną więc grupę można uznać za reprezentatywną.

Dzięki przydzielonemu samochodowi dotarto w zasadzie wszędzie, pracowano codziennie po 6—8 godzin. Wszyscy uczestnicy nie szczędzili wysiłku, czego końcowym efektem było zebranie tak pokaźnej liczby ankiet przez stosunkowo małą grupę. Ankiety są obecnie opracowywane statystycznie i ich wyniki będą następnie opublikowane.

Czteroosobowa grupa członków koła przy III Klinice Chorób Wewnętrznych pod kierunkiem dr med. Kazimierza Ostrowskiego prowadziła badania nad wykrywalnością cukrzycy utajonej. Badaniem objęto wszystkich pracowników (ok. 160 osób) zakładu przemysłowego — Huta Metali Półszlachetnych — wchodzącego w skład „Petrochemii”.

Pracowników podzielono na dziesięć piętnastoosobowych grup. Każda z tych grup zgłaszała się na czczo do gabinetu lekarskiego na terenie zakładu w ustalonym dniu, o godz. 7. Tak wczesną godzinę ustalono ze względu na to, aby nie przeszkadzać w normalnej pracy zakładu. Dwie osoby z Koła Internistycznego pobierały krew i odbierały mocz do analizy. Następnie zbierały one od każdego badanego wywiady dotyczące trybu życia, przebytych chorób, charakteru pracy i sposobu odżywiania się według odpowiednio opracowanego wcześniej kwestionariusza.

Badani zgłaszali się po raz drugi, w dwie godziny po zjedzeniu śniadania zawierającego ok. 100 g. węglowodanów w celu ponownego pobrania im krwi. Kontrolę zawartości cukrów w moczu przy pomocy glukotestu przeprowadzono na miejscu, tj. w gabinecie lekarskim. Natomiast oznaczanie poziomu glukozy we krwi metodą Kinga-Gardnera wykonywano w laboratorium analitycznym, udostępnionym przez powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Płocku. Odczynniki niezbędne do analiz zostały wcześniej przygotowane przez członków koła w laboratorium III Kliniki Chorób Wewnętrznych w Warszawie i przywiezione wraz z potrzebnym szkłem laboratoryjnym do Płocka. Pracę podzielono w ten sposób, że dwie osoby pobierały próby do badania od godziny 7 do 12, a pozostałe 2 osoby wykonywały analizy w laboratorium (po ukończeniu pracy przez miejscowe laborantki) od godz. 14 do 18.

Wyniki powyższych badań znajdują się obecnie w opracowaniu. Wchodzą one w skład szeroko zakrojonych badań nad populacją cukrzycową prowadzonych już od lat przez III Klinikę Chorób Wewnętrznych w Warszawie i koło naukowe.

Trzecią grupę, która brała udział w obozie naukowym, tworzyli studenci z Koła Dermatologicznego przy Klinice Dermatologicznej w Warszawie. Opracowywali oni temat pt.: „Stopień uświadomienia ludności wiejskiej w zakresie chorób wenerycznych”. Przeprowadzili oni ankietę wśród ludności okolic Płocka i pracowników „Petrobudowy” pochodzących ze wsi. Ankietowani byli przede wszystkim ludzie młodzi od 16 do 30 lat. Ankieta zawierała dziesięć ogólnych pytań z wenerologii, obejmujących między innymi definicję, objawy, leczenie i zapobieganie chorobom wenerycznym. W czasie przeprowadzania ankiet, studenci często wyjaśniali wiele problemów i odpowiadali na wiele pytań, wykraczających poza tematykę ankiety. Każdemu z ankietowanych dawano broszurki i książeczki o chorobach wenerycznych opracowane przez Instytut Wenerologii w Warszawie. W ten sposób przeprowadzono rozmowy z 250 osobami. W pracy tej nie chodziło o statystyczne opracowanie tematu, ale o poznanie stopnia uświadomienia ludzi mieszkających na wsi. W przyszłości może to pomóc w opracowaniu nowych form działalności oświatowej w akcji „W”.

Praca oświatowo-wychowawcza to drugi cel jaki postawili przed sobą uczestnicy tego obozu. Podczas rozmów z ankietowanymi czy z okazji prowadzonych badań udzielaliśmy wyjaśnień lub porad sanitarno-zdrowotnych — co zawsze budziło duże zainteresowanie ludności wiejskiej. Pytania dotyczyły przede wszystkim żywienia i opieki nad niemowlętami.

Z inicjatywy Koła Internistycznego zorganizowane zostały dwie „białe soboty” w trzech szkołach podstawowych, wytypowanych przez Wydział Zdrowia PMRN w Płocku. W powyższych badaniach uczestniczyli członkowie wszystkich kół naukowych. Podstawowemu badaniu lekarskiemu (internistyczne, stomatologiczne, okulistyczne) poddano ok. 500 dzieci, dokonując przy tym podziału na grupy dyspanseryjne. Wyniki badań przekazano do Wydziału Zdrowia, a dalszą opiekę nad dziećmi będą sprawować dojeżdżający lekarze.

Nie zapomniano też o wypoczynku i rozrywkach kulturalnych. Obóz zlokalizowany był w ośrodku campingowym w lesie nad jeziorem. Uczestnikom udostępniono całe wyposażenie ośrodka wypoczynkowego (sprzęt wodny, świetlica z telewizorem, stół bilardowy itp.). Dodatkową atrakcją stanowiła jazda konna, w pobliskiej stadninie koni w Łącku. Wzięto także udział w centralnych dożynkach woj. warszawskiego, które odbyły się na terenie powiatu płockiego.

W czasie trwania obozu wizytowali nas: przewodniczący RU ZSP — W. Pawłowski wraz z przedstawicielem RO ZSP.

Działalność studentów spotkała się z zainteresowaniem i uznaniem miejscowych władz oraz ludności.

## ***Ci, którzy odeszli...***



**DR HAB. MED. WŁADYSŁAW OKNIŃSKI**  
1910—1972

W dniu 12 stycznia 1972 r. zmarł nagle w wieku 62 lat dr med. hab. Władysław Okniński, starszy wykładowca i były adiunkt III Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie. Był wieloletnim pracownikiem naukowym i dydaktycznym, bardzo zasłużonym w kształceniu lekarzy, w wychowaniu młodzieży medycznej, w pracy naukowej i organizacyjnej w dziedzinie chorób przemiany materii, szczególnie w zakresie opieki nad chorymi na cukrzycę. Przez wiele lat owocnie działał jako członek Zarządu Sekcji Diabetologicznej Towarzystwa Internistów Polskich.

Dr med. hab. Władysław Okniński był odznaczony Złotym i Srebrnym Krzyżem Zasługi, odznaką „Siły Zbrojne w Służbie Ojczyzny”, Odznaką Grunwaldzką, odznaką Tysiąclecia Państwa Polskiego, odznaką „Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia”.

Dyplom lekarza otrzymał na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego w 1938 r. Studia ukończył jako absolwent Szkoły Podchorążych Sanitarnych w stopniu podporucznika i natychmiast podjął służbę wojskową. Jako lekarz pułku odbył ofiarnie kampanię wrześniową, walcząc na frontach w rejonie Pilicy i Bugo-Narwi.

W okresie okupacji pracował w Szpitalu Ujazdowskim w Warszawie. Bierze aktywny udział w konspiracyjnej walce z okupantem w szeregach AK. Po wyzwoleniu podejmuje pracę w medycynie lotniczej. Jako podpułkownik lotnictwa pełni funkcję komendanta Centralnego Instytutu Badań Lotniczych.

Na początku lat pięćdziesiątych rozpoczął pracę w Akademii Medycznej w Warszawie, w III Klinice Chorób Wewnętrznych, włączając się w nurt jej działalności — lekarskiej, dydaktycznej i badawczej. Równocześnie objął kierownictwo przyklinicznej Poradni Cukrzycowej. Albowiem od początku swej pracy w klinice związał się z ważnym problemem leczenia cukrzycy, choroby ciągle nieuleczalnej i narastającej do poważnego zagadnienia społecznego. Na swoim odcinku wiele w tym zakresie zdziałał. Pod jego kierunkiem Poradnia Cukrzycowa rozrosła się do największej tego typu placówki w Polsce, służąc licznym rzeszom chorych, a równocześnie będąc wzorem dla innych tego typu placówek w Polsce. W ostatnim okresie swego życia projektował dalszą rozbudowę i unowocześnienie kierowanej przez siebie placówki.

Rozwijał także aktywną działalność naukową, dotyczącą cukrzycy. Przed 15 laty prof. E. Kodejszko i doc. W. Okniński jako pierwsi w Polsce zainicjowali doustne leczenie cukrzycy. Tej problematyce pozostał też wierny do końca życia, a jego publikacje stanowią wartościową pozycję w piśmiennictwie diabetologicznym; szczególnie publikacja dotycząca wpływu preparatów sulfonilomocznika w zespole Sheehana ma priorytetową pozycję w piśmiennictwie światowym.

W ostatnich latach rozszerzył swoją działalność dydaktyczną na podyplomowe kształcenie lekarzy w zakresie diabetologii na licznych kursach doskonalących, których był współorganizatorem lub brał w nich udział jako wykładowca.

Był lekarzem z powołania, rozmiłowanym w swoim zawodzie. Obowiązki swe wykonywał zawsze nie tylko z wielką sumiennością, ale wręcz z pasją. Ta pasja sprawiła zapewne, że do końca życia wykazywał wielką aktywność zawodową, nawet wówczas, gdy stan zdrowia nakazywał już ostrożność. Przy tym wszystkim był człowiekiem skromnym, wielce życzliwym dla innych. Młodemu pokoleniu pozostał wzór lekarza o wielkim poczuciu etycznym i człowieka o wielkiej szlachetności.

*Prof. dr hab. med. A. Czyżyk*

# K R O N I K A

## OTWARCIE POLIKLINIKI

W dniu 28.XII. 1971 r. został przekazany Akademii Medycznej gmach przy ul. Banacha 1a w Warszawie przeznaczony na poliklinikę zespołu klinik PSK 1 AM. Powierzchnia gmachu polikliniki wynosi 4152 m<sup>2</sup>. Znalazły tam swoje pomieszczenia następujące poradnie specjalistyczne: Foniatryczna, Laryngologiczna, Chirurgiczna z gabinetem urologicznym, Naczyń Obwodowych, Gastrologiczna, Kardiologiczna, Pulmonologiczna, Neurochirurgiczna z pracownią elektroencefalograficzną, Neurologiczna, Przeciwpadaczkowa, Analizyczna, Psychosomatyczny Zakład Psychologii Klinicznej oraz gabinety: okulistyczny, ginekologiczny, stomatologiczny (chirurgia szczękowa), rentgenodiagnostyki.

Po zagospodarowaniu budynku w kwietniu br. nastąpiło uroczyste otwarcie obiektu. Nowa poliklinika przyczyni się do znacznego zwiększenia świadczeń leczniczych dla potrzeb miasta oraz będzie stanowić poważną bazę kształcenia dla studentów i stażystów.

## DAR F-MY „LEK” Z JUGOSŁAWII

W ramach szeroko rozwijającej się współpracy A.M. z placówkami naukowymi i przemysłowymi za granicą, firma „Lek” w Lublianie, produkująca preparaty farmaceutyczne i aparaturę medyczną, przekazała naszej uczelni dar w postaci urządzeń laboratoryjnych. Uroczystego przekazania daru rektorowi AM prof. dr. Bronisławowi Górnickiemu dokonał ambasador Socjalistycznej Federalnej Republiki Jugosławii Vlado Malewski w dn. 28 stycznia br. w obecności przedstawicieli firmy „Lek” i kierownictwa Akademii Medycznej.

Dar otrzymały: Zakład Mikrobiologii Instytutu Biostruktury oraz kliniki — Urologiczna i I Chorób Wewnętrznych.

## NOWE FORMY KSZTAŁCENIA STUDENTÓW

W ramach reformy studiów lekarskich Instytut Medycyny Społecznej opracował i przystąpił do realizacji eksperymentalnego programu z zakresu medycyny środowiskowej. Celem kształcenia jest praktyczna integracja leczniczych, zapobiegawczych i wychowawczych funkcji lekarza. Osiągnięciu tego celu służą seminaria i tygodniowe ćwiczenia w większych ośrodkach zdrowia. Instytut współpracuje z 25 lekarzami tych ośrodków województwa warszawskiego.

W czasie pobytu w wiejskim ośrodku zdrowia studenci poza udziałem w przyjmowaniu pacjentów w ambulatorium ośrodka uczestniczą w wizytach domowych, a w sprawach opieki zdrowotnej nad dziećmi szkolnymi odbywają wizyty patronatowe oraz biorą czynny udział w prowadzeniu wychowania zdrowotnego. Ponadto opracowują wybrane problemy zdrowotne danego środowiska.

## CIEKAWY INICJATYWY

Samodzielna Pracownia Metodyki Studiów Medycznych Instytutu Medycyny Społecznej realizuje w br. akademickim program kształcenia ogólnopedagogicznego w ramach studiów doktoranckich i dla pracowników naukowo-dydaktycznych naszej uczelni. Program obejmuje 70 godz.

Zajęcia w formie wykładów połączonych z konwersatorium są prowadzone przez pracowników pracowni Uniwersytetu Warszawskiego i Mię-

dzyuczelnianego Zakładu Badań nad Szkolnictwem Wyższym. Celem zajęć programowych jest zapoznanie pracowników naukowych z wiedzą pedagogiczną, niezbędną do prawidłowej realizacji procesu dydaktycznego.

Program obejmuje następujące zagadnienia pracy pedagogicznej uczelni wyższej:

- 1) wybrane elementy dyscyplin pedagogicznych i współdziałających;
- 2) węzłowe zagadnienia związane z pracą wychowawczą w uczelni;
- 3) poprzez wprowadzenie w problematykę pedagogiczną stwarza zachętę do
  - samodzielnego myślenia pedagogicznego,
  - śledzenia, analizowania i uogólniania zagadnień pedagogicznych oraz wyciągania wniosków dla własnej praktycznej działalności dydaktyczno-wychowawczej.

### **NOWE ZASADY INWENTARYZACJI**

Liczni pracownicy naukowo-dydaktyczni obciążeni są wieloma zadaniami, nie mającymi nic wspólnego z ich profesjonalnymi obowiązkami. Zamiast więc uczyć i wychowywać, wykonują prace o charakterze administracyjnym. Jednym z takich zadań jest coroczna inwentaryzacja sprzętu, aparatury i urządzeń naukowo-dydaktycznych. Środki trwałe i przedmioty materiałowe znajdujące się w użytkowaniu przedstawiają wartość 250 mln złotych, a ilość ich wynosi ok. 150 tys. pozycji, wymagają one starannej i dokładnej ewidencji oraz stałego oznakowania dla umożliwienia ich identyfikacji. Uciążliwą także sprawą jest likwidacja zużytej odzieży, aparatury, urządzeń oraz sprzętu gospodarczego.

Dążąc do maksymalnego odciążenia pracowników naukowo-dydaktycznych od tych pracochłonnych czynności a jednocześnie usprawniając ten bardzo ważny odcinek pracy został powołany w akademii Dział Inwentaryzacji i Ewidencji Środków Podstawo-

wych, do którego zadań należeć będą następujące zagadnienia:

- opracowanie planów inwentaryzacji w cyklu 3-letnim,
- przeprowadzenie inwentaryzacji w jednostkach organizacyjnych akademii, przy ścisłej współpracy z jednostkami inwentaryzowanymi,
- systematyczne przeprowadzanie likwidacji środków podstawowych.

Pierwsze przeprowadzenie inwentaryzacji już w myśl nowych założeń organizacyjnych dokonane w Instytucie Biostruktury dało bardzo pozytywne wyniki i spotkało się z dużym uznaniem dyrekcji instytutu i pracowników naukowych.

### **INWESTYCJE POLA MOKOTOWSKIEGO**

Stan zaawansowania robót przy budowie zespołu budynków akademii na 20-hektarowym terenie przy ul. Żwirki i Wigury w Warszawie pozwala już na względnie dokładne ustalenie terminów, w których zostanie zakończony pierwszy etap tej wielkiej inwestycji.

Do chwili obecnej wzniesiono 2 budynki wydziału farmaceutycznego oraz poliklinikę. Poważnie zaawansowane są: — blok szpitalny,  
— blok operacyjny,  
— trzeci budynek wydziału farmaceutycznego,  
oraz prace przy zagospodarowaniu terenu.

Zakończenie pierwszego etapu przewidziane jest w 1975 r. Do nowo wybudowanych pomieszczeń przeniosą się wówczas:

- I Klinika Chirurgiczna,
- II Klinika Chirurgiczna,
- III Klinika Chirurgiczna,
- Klinika Neurochirurgiczna,
- Klinika Neurologiczna,
- Klinika Laryngologiczna,
- Zakład Izotopów,
- Zakład Rentgenodiagnostyki,
- Oddział Reanimacji,
- oraz Centralne Laboratorium.



Każda z klinik będzie zlokalizowana na jednej kondygnacji stanowiąc odrębną całość funkcjonalną. Personel lekarski będzie dodatkowo, poza terenem klinik właściwych, dysponował przestrzennymi pracowniami o charakterze naukowo-badawczym, szesnastoma salami operacyjnymi oraz bogatym zapleczem socjalnym, mieszczącym między innymi, obszerną restaurację i bar kawowy. Część pomieszczeń przeznaczono dla izby przyjęć, administracji szpitala, klubu studenckiego, apteki, pracowni foto-kinematograficznej, centralnej sterylizacji, rehabilitacji, biblioteki oraz pomieszczeń gospodarczych i technicznych.

Objęcie w użytkowanie przez akademię medyczną nowych budynków wiąże się ściśle z całkowitą reorganizacją Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1, który w początkach 1976 r., zostanie przekształcony w szpital miejski. Administrację tego szpitala przejmie Wydział Zdrowia PRN m.st. Warszawy, a te kliniki AM, które zostaną na terenie obecnego PSK nr 1, przyjmą formę placówek dydaktyczno-leczniczych, organizowanych na bazie miejskiej, podobnie jak II Klinika Chirurgiczna zlokalizowana na terenie Szpitala Praskiego.

## **INSTYTUTY AKADEMII MEDYCZNEJ**

W październiku 1970 r. powołano w Akademii Medycznej w Warszawie 8 instytutów — 6 na Wydziale Lekarskim i 2 na Wydziale Farmaceutycznym. Po półtorarocznej ich działalności można z całą pewnością stwierdzić, że było to posunięcie słuszne. Dlatego też zarówno władze uczelni jak i czynniki społeczno-polityczne opracowują plany dalszego powoływania instytutów.

Obecnie 35 jednostek organizacyjnych (katedry, zakłady, kliniki) znajduje się poza strukturą instytutową. Na bazie własnej tych jednostek planuje się powołanie dalszych instytutów.

W najbliższym czasie przewiduje się powstanie następujących instytutów:

- Pediatrii w oparciu o Państwowy Szpital Kliniczny nr 3 i PSK im. prof. Michałowicza,
- Ginekologii i Położnictwa z I i II Kliniki Chorób Kobięcych i Położnictwa oraz Zakładu Endokrynologii,
- Urazowo-Traumatologicznego na bazie Kliniki Ortopedii,
- Laryngologiczno-Okulistycznego w wyniku połączenia Kliniki Otolaryngologii i Okulistyki,
- Chirurgii z I, II, III Kliniki Chirurgicznej oraz Kliniki Urologicznej.

Powołanie nowych instytutów przewidziane jest w nowym roku akademickim 1972/73. Poza układem instytutowym pozostałyby więc następujące jednostki organizacyjne — kliniki: Chorób Wewnętrznych, Neurologii, Neurochirurgii, Psychiatrii, Rehabilitacji, Dermatologii i Chorób Zakaźnych. Nad ostatecznym układem organizacyjnym tych jednostek toczy się obecnie dyskusja i może okazać się, że w czasie druku niniejszego Kwartalnika podjęte zostały dalsze decyzje, ale o tym poinformujemy czytelników w następnej Kronice.

## **BROSZURA**

### **„SKŁAD OSOBOWY UCZELNI”**

Wzorem lat ubiegłych A.M. wydała skład osobowy na rok akademicki 1971/72 i 1972/73. Zawiera on dane dotyczące władz akademii: skład osobowy Senatu, kierownictwa uczelni, komisji rektorskiej, spis profesorów i docentów, profesorów honoris causa. W części drugiej broszury znajduje się również wykaz instytutów, katedr, zakładów i innych jednostek organizacyjnych naukowo-dydaktycznych wraz z obsadą personalną, skład administracji uczelni oraz podległe jednostki organizacyjne.

W celu łatwiejszego znalezienia poszukiwanych osób wprowadzono na końcu publikacji skorowidz nazwisk wszystkich pracowników zatrudnionych w AM w układzie alfabetycznym.

## **OŚRODEK WYPOCZYNKOWY W BARCICACH**

W roku 1967/68 zatwierdzona została przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej budowa ośrodka wypoczynkowego w Barcicach nad Bugiem dla pracowników Akademii Medycznej w Warszawie i pracowników służby zdrowia ośrodka warszawskiego.

Barcice miały być ośrodkiem wypoczynkowym wykorzystywanym przez cały rok ze szczególnym nasileniem wczasowiczów w okresie letnim oraz weekendowym w soboty i niedziele. W planie przewidziano budynek murowany na ok. 120 osób, domki campingowe na ok. 80 osób, pole namiotowe na ok. 100 osób, boisko, korty tenisowe, basen itp.

Państwowe decyzje w ramach budownictwa socjalnego, które zapadły w 1970 r., wstrzymały budowę ośrodka. Ostatnio władze AM wznowiły starania o reaktywowanie budowy. Uzyskano powtórna lokalizację na terenie PRN w Wyszkwowie i wstępną zgodę Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej na budowę ośrodka. Jeżeli wszystko ułoży się dobrze, to jeszcze w bieżącym roku przyznany teren zostanie ogrodzony i wykorzystany na sobotnio-niedzielne weekendy.

### **ZARZĄDZENIA REKTORA**

W ostatnim czasie ukazało się szereg zarządzeń regulujących i informujących o życiu Uczelni. Na szczególną uwagę zasługują:

— Zarządzenie nr 15/71 Rektora Akademii Medycznej w Warszawie z dnia 20 listopada 1971 r. Na podstawie w/w zarządzenia wprowadzono regulamin organizacyjny administracji AM zawierający jej aktualną strukturę. Regulamin ten obejmuje postanowienia ogólne, określa jednostki organizacyjne działające w akademii, organa akademii, ich prawa i obowiązki.

Szczegółowo omawia zadania administracji, podporządkowanie poszczegól-

nych jednostek organizacyjnych administracji, zakres ich czynności, uprawnień i odpowiedzialności. Do regulaminu w postaci załączników dołączono: schemat organizacyjny AM, wykaz instytutów, katedr i innych jednostek o charakterze naukowo-dydaktycznym oraz wykaz komisji i zespołów rektorskich.

\*  
\*   \*  
\*

— Zarządzenie nr 2/72 Rektora Akademii Medycznej w Warszawie z dnia 10 stycznia 1972 r. w sprawie zasad przyjmowania i wykonywania zleconych prac naukowo-badawczych przez jednostki organizacyjne. AM powołała Zespół Opiniodawczy d/s Zleceń Prac Naukowych i Współpracy z Przemysłem. Do zadań tego zespołu należy w szczególności opiniowanie celowości i możliwości wykonywania zgłoszonych prac, kwalifikowanie i przydział zleconych prac właściwym jednostkom organizacyjnym (instytutom, katedrom itp.), koordynacja całokształtu zagadnień związanych z działalnością zleconą. O tym, że do roli i pracy tego zespołu przywiązuje się duże znaczenie świadczy fakt, że przewodniczącym jego został prorektor d/s Nauki AM prof. dr P. Kubikowski.

### **PODPISANIE UMOWY**

W dniu 18.II.1972 r. w siedzibie Prezydium Wojewódzkiej Warszawskiej Rady Narodowej w Warszawie odbyło się uroczyste podpisanie umowy o współpracy między Akademią Medyczną w Warszawie a Wydziałem Zdrowia PWWRN, zgodnie z wytycznymi ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w zakresie roli i zadań akademii medycznych oraz udzielania pomocy terenowej służbie zdrowia. Umowę z ramienia akademii podpisał rektor prof. dr med. B. Górnicki a Wydziału Zdrowia PWRN — kierownik tego wydziału dr Wacław Kliszcz. Przy podpisywaniu umowy obecny był przewodniczący Prezydium WRN — Zbigniew

Zieliński, kierownictwo AM wraz z przedstawicielami partii i związku zawodowego.

Porozumienie to określa zadania i obowiązki oraz wzajemne świadczenia stron. Akademia Medyczna umożliwi uczestnictwo lekarzy z terenu województwa w posiedzeniach naukowych, klinik, zakładów, staże w ramach szkolenia specjalistycznego, udział w pracach naukowych i pomoc w uzyskiwaniu stopni naukowych, hospitalizacje i konsultacje chorych, przy czym zostanie uproszczony tryb przyjmowania chorych przez kliniki. Poszczególne rejon województwa zostaną objęte patronatem odpowiednich klinik. Świadczenia ze strony wojewódzkiej służby zdrowia na rzecz stołecznej AM obejmują odbywanie przez studentów ćwiczeń i praktyk w szpitalach, sanatoriach, placówkach otwartych służby zdrowia, organizowanie obozów wypożyczynkowych i naukowych oraz korzystanie z atrakcyjnych ośrodków na Mazowszu.

### **ŚWIĘTO ZDROWIA**

W dniu 7 kwietnia br. odbyła się w Domu Medyka uroczysta akademicka z okazji Dnia Pracownika Służby Zdrowia. Przewodniczył — prorektor prof. dr med. Piotr Kubikowski. Okolicznościowy referat wygłosił doc. dr hab. med. Jerzy Majkowski. Po omówieniu historii Światowej Organizacji Zdrowia, jej celów i działalności — autor przedstawił złożoność zadań jakie stoją przed służbą zdrowia na całym świe-

cie, konieczność międzynarodowej współpracy i wymiany doświadczeń w dziedzinie leczenia, nauczania, doskonalenia i współpracy naukowej. Omawiając sytuację służby zdrowia w naszym kraju, podkreślone zostały głębokie zmiany dokonanej w strukturze społeczeństwa i służbie zdrowia.

Podpisana ostatnio umowa o współpracy między Akademią a Wydziałem Zdrowia PWRN w Warszawie stwarza możliwości większego oddziaływania uczelni na terenową służbę zdrowia.

Po referacie, prorektor odczytał listę 41 osób, którym rektor AM podziękował za nieprzerwaną 25-letnią pracę w naszej uczelni. Następnie 11 pracowników Akademii wręczono 2 złote i 9 srebrnych odznak związkowych.

Po części oficjalnej, w programie estradowym występowali czołowi artyści scen warszawskich.

### **INFORMATOR DLA STUDENTÓW**

Ukazał się wydany przez A.M. informator dla studentów na rok akad. 1971/72. Informator ma na celu zapoznanie studentów wszystkich lat a w szczególności studentów I roku z władzami, strukturą organizacyjną AN, działalnością organizacji politycznych i społecznych w szczególności młodzieżowych oraz podanie wiadomości z zakresu procesu nauczania, programu i siatki zajęć dydaktycznych.

Ponadto zamieszczone są informacje dotyczące spraw socjalno-bytowych jak stypendia, domy studenckie itp.

(oprac. J. J.)

# DIPHERGAN – POLFA

Nazwa międzynarodowa:

**PROMETHAZINE**

Ampułki 0,05 mg/2 ml.

*Skład:*

Promethazinum hydrochloricum 0,05  
Aqua pro iniectione stabil. ad 2 ml.

*Właściwości i działanie:*

Lek z grupy pochodnych fenotiazyny o silnych właściwościach przeciwhistaminowych i neuroleptycznych. Działa też przeciwwymiotnie, przeciwświądowo, hipotermizująco. Wzmaga działanie środków nasennych, przeciwbólowych i narkotycznych (alkoholu). Klinicznie stosowany głównie jako środek przeciwalergiczny.

*Wskazania:*

Choroby alergiczne: dychawica oskrzelowa, choroba posurowicza, obrzęk naczynioruchowy Quinckego, alergiczne choroby skóry. Wstrząs, choroby lokomocyjne, migrena. Przygotowanie do narkozy. Choroby psychiczne: zespoły maniakalne z silnym pobudzeniem psychoruchowym.

*Dawkowanie:*

Domięśniowo 1—3 razy dziennie po 1/2—1 amp.

*Producent:*

Jeleniogórskie Zakłady Farmaceutyczne  
„POLFA“

## **REGULAMIN SKŁADANIA PRAC W KWARTALNIKU AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE**

W kwartalniku drukowane są artykuły z zakresu:

- a) dydaktyki i wychowania
- b) działalności naukowej
- c) działalności leczniczo-usługowej
- d) działalności społecznej
- e) działalności organizacyjno-administracyjnej

Z wymienionych działów zamieszczane są prace naukowe, dydaktyczno-naukowe, organizacyjne, referatowo-programowe, streszczenia prac naukowych, ew. tytuły zakończonych prac, sprawozdania z pobytów naukowo-szkoleniowych za granicą i artykuły bądź informacje związane z działalnością uczelni.

Artykuły należy nadsyłać w 3 egzemplarzach. Objętość artykułów nie powinna w zasadzie przekraczać 10 stron maszynopisu, napisanych jednostronnie z interlinią, na pojedynczych arkuszach formatu A4, z marginesem 5-centymetrowym z lewej strony. Na marginesie tekstu należy zaznaczyć miejsca, w których powinny być umieszczone rysunki i tabele. Pożądane jest nadsyłanie tekstów streszczeń artykułów w języku angielskim i rosyjskim.

Wszystkie tabele oraz zestawienia (unikając zbyt dużych wymiarów) powinny być wykonane osobno (na oddzielnych arkuszach) i ponumerowane kolejno liczbami rzymskimi. Wzory i oznaczenia można wpisywać ręcznie, używając jedynie liter łacińskich i greckich.

Rysunki i wykresy powinny być wykonane zgodnie z wymaganiami Polskich Norm (Maszynopis wydawniczy PN/P-55025) czarnym tuszem na białym, gładkim papierze rysunkowym lub na przezroczystej kalce kreślarskiej. Napisy na rysunkach powinny być wykonane czytelnie. Wielkość rysunków i wykresów, grubość i gęstość poszczególnych linii i napisów powinny uwzględniać zmniejszenie (maksymalne do szerokości łamu tekstu, tj. 12,5 cm). Fotografie czarno-białe powinny być wykonane na gładkim i błyszczącym papierze fotograficznym.

Wszelkie rysunki, fotografie, wykresy należy nazywać rysunkami (w skrócie rys.) i nie używać takich określeń jak: figura, rycina, fotografia itp. Powinny być one ponumerowane kolejno, liczbami arabskimi. Wszelkie rysunki powinny być nadsyłane w jednym egzemplarzu oddzielnie (nie wklejone do tekstu).

Do działu „Wybrane prace naukowe” należy nadsyłać! krótkie streszczenia pracy, zawierające zasadnicze jej tezy. Streszczenie nie powinno przekraczać 100 wyrazów (ok. 1/2 strony maszynopisu). Jeżeli praca została zgłoszona do publikacji, należy podać tytuł cząstki, w którym ma być ona wydrukowana.

Maszynopis pracy powinien zawierać:

- imię i nazwisko autora (autorów), tytuł zawodowy stopień naukowy, stanowisko
- tytuł pracy
- adres miejsce pracy

Redakcji przysługuje prawo przeprowadzenia zmian redakcyjnych, niezbędnych skrótów, poprawek stylistycznych oraz dokonywania poprawek merytorycznych po uprzednim uzgodnieniu z autorem. O przyjęciu do druku i ustaleniu kolejności publikacji decyduje Komitet Redakcyjny.

Autorzy opublikowanych artykułów otrzymują honorarium, płatne po ich ukazaniu się w wysokości ustalonej w Tabeli Wynagrodzeń Autorskich. Autorzy wydrukowanych prac otrzymują odpłatnie po 10 egz. odbitek drukarskich.

## СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
<i>Межвузовский Комитет ПОРП при Медицинской Академии в Варшаве</i> — Текущие дидактические задачи ВУЗа . . . . .	91
<i>Ксаверы Ровиньски</i> — Медицинское обучение в Польше вчера, сегодня и завтра	103
<i>Зофия Кетлиньска</i> — Высшая школа как учреждение воспитательного характера	121
<i>Ванда Макух-Корульска</i> — Анализ результатов тестового экзамена по неврологии в 1969/70 академическом году . . . . .	127
<i>Тадеуш Пархимович, Зофия Белиньска</i> — Результаты опытов по применению тестовой техники для классификации студентов . . . . .	135
Избранные научные труды . . . . .	145
Перечень диссертационных работ Лечебного Отдела . . . . .	159
Перечень докторских работ Лечебного Отдела . . . . .	160
<i>Барбара Билиньска, Эльжбета Шмидт, Анна Гуркевич</i> — отчет о Общественно-научных курсов в Лонжке . . . . .	161
О умерших <i>Др мед. Владислав Окниньски</i> — . . . . .	165
Хроника . . . . .	167

## CONTENTS

	Page
<i>College Committee of the Polish United Workers' Party at the Medical Academy in Warsaw</i> — Current didactic tasks . . . . .	91
<i>Ksawery Rowiński</i> — Medical Educational System in Poland — yesterday, today and tomorrow . . . . .	103
<i>Zofia Kietlińska</i> — Higher institution of learning as an educational environment . . . . .	121
<i>Wanda Makuch-Korulska</i> — Analysis of the results of test examination in neurology for the academic year 1969—1970 . . . . .	127
<i>Tadeusz Parchimowicz, Zofia Bielińska</i> — The results of experience concerning the application of test technique for the classification of students . . . . .	135
Selected scientific works — . . . . .	145
A list of theses presented to qualify as assistant professor for the Faculty of Medicine . . . . .	159
A list of doctor's theses for the Faculty of Medicine . . . . .	160
<i>Barbara Bilińska, Anna Górkiewicz, Elżbieta Szmidt</i> — Report on the Social and Scientific camp in Łąck . . . . .	161
Obituary — <i>Władysław Okniński, M.D.</i> . . . . .	165
Chronicle . . . . .	167

## INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
<i>Komitee der Polnischen Vereinigten Arbeiter Partei der Medizinischen Akademie in Warszawa — Aktuelle dydaktische Aufgaben der Hochschule . . . . .</i>	91
<i>Ksawery Rowiński — Das medizinische Schulwesen in Polen einst, jetzt und zukünftig . . . . .</i>	103
<i>Zofia Kietlińska — Die Hochschule als Erziehungsgemeinschaft . . .</i>	121
<i>Wanda Makuch-Korulska — Die Analyse der Testergebnisse auf dem Gebiet der Neurologie im Studienjahr 1969/70 . . . . .</i>	127
<i>Tadeusz Parchimowicz, Zofia Bielińska — Die Forschungsergebnisse der Anwendung von Testen zur Klassifikation der Studenten . . .</i>	135
<i>Ausgewählte wissenschaftliche Arbeiten . . . . .</i>	145
<i>Verzeichnis der Habilitationsarbeiten der Medizinischen Fakultät . . .</i>	159
<i>Verzeichnis der Doktorarbeiten der Medizinischen Fakultät . . . . .</i>	160
<i>Barbara Bilińska, Anna Górkiewicz, Elżbieta Schmidt — Bericht über das Gesellschaftliche und Wissenschaftliche Lager in Łąck . . . . .</i>	161
<i>Die von uns gingen — Dr med. Władysław Okniński . . . . .</i>	165
<i>Chronik . . . . .</i>	167



## TABLE DES MATIERES

	page
<i>Comité d'Ecole du Patri Polonais ouvrier unifié de l'Académie de Médecine à Varsovie</i> — Actuels buts didactiques de l'Ecole . . . .	91
<i>Ksawery Rowiński</i> — Enseignement médical en Pologne hier, aujourd'hui et demain . . . . .	103
<i>Zofia Kietlińska</i> — Ecole Supérieure en tant que milieu d'éducation . .	121
<i>Wanda Makuch-Korulska</i> — Analyse des résultats de testes d'examen de neurologie en l'année académique 1969/70 . . . . .	127
<i>Tadeusz Parchimowicz, Zofia Bielińska</i> — Résultats des expériences sur l'application de la technique de teste pour la classification des étudiants . . . . .	135
Travaux scientifiques choisis . . . . .	145
Liste des thèses d'habilitation (Faculté de Médecine) . . . . .	159
Liste des thèses de doctorat (Faculté de Médecine) . . . . .	160
<i>Barbara Bilińska, Anna Górkiewicz, Elżbieta Szmidt</i> — Compte-rendu du camp scientifico — social à Łąck . . . . .	161
Nos disparus — <i>Władysław Okniński</i> Docteur en médecine . . . .	165
Chronique . . . . .	167

## KOMITET REDAKCYJNY

Doc. dr hab. med. Jerzy Majkowski — redaktor naczelny  
Mgr Wiesław Dziewulski — sekretarz redakcji  
Dr med. Cezary Włodzimierz Korczak — redaktor działu  
Inż. Zdzisław Sztajer — redaktor działu

## ADRES REDAKCJI

Warszawa, ul. Filtrowa 30 pok. 45  
telefon 25-47-01

---

WYDAWCA: AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

---

## WARUNKI PRENUMERATY:

Prenumerata: rocznie zł 60.—

Instytucje państwowe, społeczne, zakłady pracy, szkoły itp. mogą zamawiać prenumeratę wyłącznie w miejscowych oddziałach i delegaturach „Ruch”, w terminie do 25 listopada na rok następny.

Prenumeratory indywidualni mogą opłacać prenumeratę w urzędach pocztowych i u listonoszy, lub dokonywać wpłat na konto PKO Nr 1-6-100020 — Centrala Kolportażu Prasy i Wydawnictw „Ruch”, Warszawa, ul. Towarowa 28 (w terminie do 10 dnia miesiąca poprzedzającego okres prenumeraty).

Prenumeratę ze zleceniem wysyłki za granicę, która jest o 40% droższa od prenumeraty krajowej, przyjmuje Biuro Kolportażu Wydawnictw Zagranicznych „Ruch” Warszawa, ul. Wronia 23, konto PKO Nr 1-6-100024.

Sprzedaż egzemplarzy numerów archiwalnych na uprzednie pisemne zamówienia, prowadzi Centrala Kolportażu Prasy i Wydawnictw „Ruch” Warszawa, ul. Towarowa 28, lub w Redakcji Kwartalnika.

**Indeks 35430**

**KSIĘGARNIE „DOMU KSIĄŻKI”**

prowadzące sprzedaż „Kwartalnika Akademii Medycznej w Warszawie”

Lp.	Nazwa księgarni	Adres księgarni
1.	„Medyczna”	Białystok, ul. Warszawska 39
2.	„Zamkowa”	Bielsko-Biała, ul. Zamkowa 2
3.	„Współczesna”	Bydgoszcz, al. 1 Maja 5
4.	„Naukowo-Techniczna”	Częstochowa, aleja NMP 27
5.		Gdańsk-Wrzeszcz ul. Miszewskiego 16
6.		Katowice, ul. Warszawska 11
7.		Kielce, ul. Sienkiewicza 37
8.		Koszalin, plac Bojowników PPR 2
9.	„Medyczna”	Kraków, plac Mariacki 1
10.		Lublin, ul. Krakowskiem. 62
11.	„Naukowo-Medyczna”	Łódź, ul. Piotrkowska 102a
12.		Olsztyn, plac Wolności 2/3
13.	„Wojewódzka Księgarnia Naukowa”	Opole, Rynek 19/20
14.	„Medyczna”	Poznań, ul. Armii Czerwonej 17
15.		Rzeszów, ul. 3 Maja 2
16.	„Klubowa”	Szczecin, al. Jedności Narodowej 5
17.	„Medyczna”	Warszawa, ul. Marszałkowska 74
18.		Wrocław, ul. Świdnicka 28
19.	„Naukowa”	Zielona Góra, ul. Marksa 3
20.	„Wojewódzka Księgarnia Wysyłkowa”	Zielona Góra, ul. Żeromskiego 16