

MEDYCYNA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE



SPIS TREŚCI

<i>Jerzy Majkowski</i>	89
O wyższy poziom pracy ideowo-wychowawczej uczelni	
<i>Roman Jędrzejewski</i>	95
Rola warszawskiej AM w kształceniu podyplomowym dla regionu w latach 1977—1978	
<i>Cezary Korczak, Miron Paciorkiewicz</i>	101
Studia sanitarno-higieniczne w Polsce i ZSRR	
<i>Edward Mazurkiewicz</i>	111
Pedagogika społeczna w praktyce lekarskiej	
<i>Romuald Kreczko</i>	119
Działalność dydaktyczna Kliniki Ortopedycznej AM w nauczaniu studentów V roku i szkoleniu podyplomowym	
<i>Urszula Włodarczyk</i>	123
Wychowawcza funkcja studenckich praktyk robotniczych w opinii studentów	
<i>Grażyna Kuczyńska, Urszula Włodarczyk</i>	127
Analiza sprawności kształcenia obcokrajowców	
<i>Bogdan Fitał, Jan Pachecka, Jerzy Podleśny, Andrzej Śródka</i>	132
Osiągnięcia i znaczenie obozów naukowo-społecznych studentów Wydziału Farmaceutycznego w latach 1970—76	
Sylwetki naszych uczonych:	
<i>Andrzej Śródka, Sławomir Maśliński</i>	
Profesor Jan Zaleski	137
Wykaz stopni naukowych	140
Wybrane prace naukowe	145
Kronika	155
<i>Janusz Kapuścik</i>	
Józef Czerwiecki	159
Ci, którzy odeszli:	
Mgr Felicjan Miller	160
Mgr Samuel Klarreich (W rocznicę śmierci)	162
<i>Jerzy Celma-Panek</i>	
Recenzje: Medyczny bestseller	165

MEDYCYNA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

ROK/TOM IX

1977

NR 2

Prof. dr hab. med. Jerzy Majkowski)*

O WYŻSZY POZIOM PRACY IDEOWO-WYCHOWAWCZEJ UCZELNI)**

Rozwój społeczno-gospodarczy kraju w latach 1976—1980 ma być rozwojem jakościowym, w przeciwieństwie do lat 1970—1975, kiedy dominowały w naszej gospodarce narodowej i szkolnictwie wyższym akcenty ilościowe. Hasło o jakość obejmuje nie tylko produkcję materialną i organizację pracy ale również jakość stosunków międzyludzkich i społecznych. W odniesieniu do szkół wyższych i funkcji nauczycieli akademickich oznacza to także podjęcie wysiłku na rzecz poprawiania jakości i jedności czterech następujących, podstawowych zadań szkoły wyższej:

1. Przygotowanie człowieka do czynnego uczestnictwa w życiu społecznym. Oznacza to wychowanie ludzi ideowych, gwarantujących realizację zasad ustroju socjalistycznego, drogą patriotyzmu i internacjonalizmu. W tym, mieści się również umiejętność współżycia z ludźmi.

2. Przygotowanie człowieka do twórczego wykonywania zawodu. Warunkuje to dobrobyt i rozwój kraju a także daje osobistą satysfakcję i poczucie wartości.

3. Przygotowanie do aktywnego udziału w kulturze. Pozwala to znaleźć najwłaściwszy sposób lub drogę do wyrażania własnej osobowości; pozwala lepiej zrozumieć różnorodność i bogactwo otaczającego nas świata, stanów psychicznych, własnych oraz innych ludzi, wreszcie chroni ludzi przed chorobą przyszłości — frustracją. Świat ograniczony do kultury naukowo-technicznej jest światem zubożonym o wartości humanistyczne.

4. Przygotowanie człowieka do samokształcenia i samowychowania — co warunkuje te umiejętności, które zapewniają i przedłużają aktywne uczestnictwo w zachodzących wokół nas przemianach — pozwalają je lepiej rozumieć.

*) Dziekan II Wydziału Lekarskiego WAM

***) Artykuł stanowi kontynuację publikacji autora zawartą w Kwartalniku Akademii Medycznej nr 1. t. IX. Referat niniejszy był wygłoszony na posiedzeniu Rady Wydziału Lekarskiego II., w dniu 15.I.br.

Możliwie idealna integracja tych funkcji i właściwe ich proporcje zapewniają uczelni odpowiednią rangę w społeczeństwie. Z pewnym optymizmem można stwierdzić, że w ostatnich latach zwiększyło się w naszym kraju i w skali międzynarodowej zainteresowanie wyższych uczelni procesem wychowania studentów i metodami większej efektywności w pracy wychowawczej. (Poznań i Warna 1973 — międzynarodowe konferencje, poświęcone wychowaniu studentów). Ranga wychowawcza, dydaktyczna i naukowa wyższych uczelni w kraju, w tym i uczelni medycznych, wynika z faktu, że 65% wszystkich prac naukowych i 90% doktoratów i habilitacji powstaje w tych uczelniach. Stąd też ogromne znaczenie i zadanie uczelni w wychowaniu przyszłych pokoleń, naszych następców. Może nasunąć się pytanie — dlaczego sprawy wychowania, ideologii są tak ważne i nabierają większego znaczenia — dziś, tj. w okresie, gdy zakładamy współistnienie pokojowe dwóch odmiennych systemów społeczno-politycznych. Współistnienie społeczno-polityczne nie oznacza jednak pokojowego współistnienia ideologicznego. Postanowienia Konferencji Bezpieczeństwa i Współpracy Międzynarodowej w Helsinkach mają daleko idące konsekwencje; będą one prowadzić do szerszej konfrontacji ideologicznej między systemem socjalistycznym a kapitalistycznym. Dlatego też można sądzić, że pozostaną one na długo w centrum uwagi.

Nowe zadania naszej uczelni w pracy ideowo-wychowawczej można rozpatrywać na trzech płaszczyznach; a) wychowania specjalistycznego — lekarskiego; b) wychowania społecznego i c) oceny obecnego stanu działalności ideowo-wychowawczej. Zaczniemy od oceny obecnego stanu działalności ideowo-wychowawczej, który jest wynikiem pewnej poprawy jaka miała miejsce w ostatnich latach w naszej uczelni i który jest punktem wyjścia do przygotowania przyszłych zadań.

W skrótej formie przypomnę to, co zostało dokonane w ostatnich latach.

1. Dokonano pewnych przemian w programie studiów, a co z pewnością może być punktem wyjścia do reformy.

2. Otwarto nowe ośrodki akademickie w kilku miastach; pracownicy uczelni medycznych poszukują nowych rozwiązań organizacyjnych i koncepcyjnych dla kształcenia lekarzy; dotyczy to w pełnej mierze i naszej warszawskiej uczelni.

3. Wdrażane jest w życie powiązanie szkoły wyższej z praktyką przemysłową i nadzorem regionalnym; w odniesieniu do naszej uczelni wyraża się to ściślejszymi, bardziej zorganizowanymi związkami przede wszystkim z przemysłem farmaceutycznym a ostatnio i z innymi gałęziami przemysłu regionalnego i stołecznego.

4. Wdrożenie do systemu kształcenia i wychowania studenckich praktyk robotniczych i pielęgniarskich; dało to w zasadzie pozytywne wyniki — chociaż z ostateczną oceną formy tej działalności należy jeszcze poczekać.

5. Około 5% czasu przeznaczony jest na przedmioty społeczno-wychowawcze, co w innego typu uczelniach stanowi 10—15%.

6. Powstała jedna organizacja młodzieżowa SZSP, która rozwija działalność ideowo-polityczną.

7. Wprowadzono reformę systemu stypendialnego.

8. Rozszerzony został samorząd w domach studenckich i w uczelni.

9. Pogłębiono realizację zasady współdziałania studentów w zarządzaniu uczelnią i ich współodpowiedzialności za życie uczelni. Ta słuszna zasada pozostawia nadal wiele do życzenia w naszej uczelni.

Wymienione fakty przyczyniły się z pewnością do poprawy działalności ideowo-wychowawczej w zakresie:

1. Upowszechnianie się w środowisku akademickim zrozumienia dla znaczenia funkcji wychowawczych i traktowania ich na równi z działalnością dydaktyczną i naukową. Należy jednak stwierdzić, że ranga działalności wychowawczej — w wymienionej triadzie — pozostaje nadal w praktyce nie najwyższa i nie najważniejsza.

2. Pogłębiania i rozszerzania treści i form w pracy wychowawczej oraz znaczenia funkcji wychowawczej dla kształtowania właściwej sylwetki przyszłego lekarza.

3. Postępu i poprawy w zakresie warunków materialnych i infrastruktury w uczelni.

Myślę, że wszyscy się zgodzimy, że proces rozwoju w żadnej z tych płaszczyzn nie został zakończony, ani też nie jest zadawalający. Perspektywy dalszego rozwoju i poprawy w tym zakresie wiążą się ściśle z sytuacją polityczno-społeczno-gospodarczą kraju, z naszymi zdolnościami organizacyjnymi i zaangażowaniem.

Poprawę jakości kształcenia o wychowania studentów można uzyskać drogą:

— podniesienia efektywności całego personelu dydaktyczno-wychowawczego, wykazania większej inwencji twórczej w tym zakresie przez poszczególnych nauczycieli akademickich a zwłaszcza profesorów i docentów;

— doskonalenia funkcji wychowawczej szkoły;

— dalszej poprawy materialnej w zakresie infrastruktury uczelni, lepszego uzbrojenia dydaktycznego — chociaż wprowadzenie do sal wykładowych i ćwiczeniowych pomocy audio-wizualnych nie oznacza poprawienia jakości nauczania i nie na tym polega problem jakości;

— podniesienia poziomu organizacyjnego uczelni.

W tym ostatnim szczególnie, jak sądzę, tkwią utajone rezerwy energii i wykorzystania możliwości nauczycieli, jak również realizacji nowych koncepcji nauczania i wychowania. Na pojęcie szkoły — która jest określonym środowiskiem społecznym — składają się dwa czynniki: klimat wychowawczy oraz system intencjonalnego kształcenia — właściwy każdej uczelni.

Specyficzne dla naszej uczelni zadania i cele stawiane studentom określa program dydaktyczny i koncepcja uczelni (wydziału), a konkretyzuje program poszczególnych przedmiotów nauczania. Przedmioty te w miarę możliwości powinny być nauczane w sposób zintegrowany. Nie wyczerpuje to jednak funkcji szkoły. Równie istotne jest przygotowanie studentów do aktywnego uczestnictwa w życiu społeczno-politycznym i kulturalnym, przede wszystkim wtedy, gdy będą pracować już jako lekarze zdolni do przewodzenia w swoim środowisku pracy, czy w szerszym zakresie w przekształcaniu stosunków społecznych. Bowiem „zadaniem głównym szkoły wyższej jest wykształcenie w studentach postawy twórczej do przekształcenia istniejącego stanu w stan pożądaną przyszłości” (Jaśkiewicz Warszawa, 1976, *Działalność ideowo wychowawcza ZNP*). Ażeby zadanie to wypełnić musi istnieć w środowisku uczelni dyscyplina, poszanowanie władzy akademickiej, poprawne stosunki międzyludzkie, umiejętność współżycia, poczucie odpowiedzialności za słowo, jednoznaczność słowa i treści.

Tak widziana uczelnia tworzy najszerszą infrastrukturę w wychowaniu intencjonalnym. Bez tego odpowiedniego, wypracowanego klimatu, atmosfery w jakiej pracujemy i kształcimy — wszelkie najślusniejsze, twórcze inicjatywy wychowawcze czy dydaktyczne ponoszą fiasko. Mamy obowiązek kształtowania odpowiednich postaw społeczno-moralnych, m.in. gotowości do podejmowania wartościowych inicjatyw społecznych, nawyku dobrej pracy, uczulenia i przeciwdziałania asekuranctwu czy konformizmowi, rozwijania charakteru, osobowości, budzenia zamięlowań i zainteresowań, m.in. poprzez koła naukowe, poprzez pokaz dobrej roboty, poprzez system ocen egzaminów czy kolokwii, poprzez przeciwdziałanie nieambitnym a niekiedy i amoralnym postawom „byleby zaliczyć” czy otrzymać „stopień państwowy”. Pewnym optymizmem napawa fakt zaobserwowany w szkolnictwie średnim, a mianowicie zaczyna się ciekawy proces zrywania z przeciętnością. Ocena trójkowa coraz częściej nie zadawała uczniów. Proces ten jest wynikiem nowoczesnych, różnorodnych metod i form pracy, unowocześnienia warsztatu pracy w szkole; jest wynikiem tworzenia nawyków samodzielnego myślenia.

Ważną rolę wychowawczą w wyższych uczelniach odgrywają opiekunowie lat, grup studenckich, kontakty nauczycieli z domami studenckimi, rady pedagogiczne, itp. Bardzo istotną rolę odgrywa oddziaływanie wzoru osobowego nauczyciela akademickiego — warunkiem jednak tej koncepcji jest jak najczęstszy kontakt nauczycieli akademickich a zwłaszcza profesorów i docentów z grupami studentów. Jakość procesu dydaktyczno-wychowawczego zależeć będzie od systematycznego doskonalenia i samokształcenia kadry nauczającej, od etyki nauczycieli, tej na codzien i tej od święta. Do najbardziej pozytywnych cech nauczycieli akademickich, należy twórczy ferment niezadowolony z siebie (pozytywna dezintegracja) i ustawiczne dążenie do poprawy swej szeroko pojętej działalności. W śro-

dowisku, w którym istnieje krytyczna afirmacja rzeczywistości, praca wychowawcza przebiega lepiej. Kontrowersyjność jest potrzebna. Młodzież krytykująca stwarza na przyszłość nadzieję na postawy partycypatywne — kreatywne a nie dyrektywne, a na takiej młodzieży nam zależy. Ale żeby mieć taką młodzież musimy pokonać własną słabość oddziaływania i wyjaśniania problemów społeczno-gospodarczych czy politycznych: musimy kiedykolwiek jest ku temu odpowiednia pora i okazja prowadzić dialog, nawiązujący do aktualnych sytuacji. Odformalizowanie stosunków ze studentami, częsty kontakt z nimi są najskuteczniejszymi czynnikami w wychowaniu i znoszą sztuczne bariery. Wiemy, że wyniki w nauczaniu czy wychowaniu uzależnione są nie tylko od warunków materialnych i kadry nauczającej, ale także od postaw samych studentów, od ich partycypatywnego a nie dyrektywnego zaangażowania; od stopnia uświadomienia sobie i identyfikacji siebie z pełnioną rolą studenta — przyszłego lekarza. Motywacja, u której podstaw leży świadomość celu i stopień identyfikacji siebie z tym celem ma bardzo istotne znaczenie dla osiągnięcia wyników w każdej dziedzinie działania człowieka. Chodzi tu o zrozumienie przez studenta zadań, niezbędnych kwalifikacji i kompetencji, jakie powinien posiadać lekarz.

Studenci powinni znać warunki w jakich będą pracować i widzieć je, w kontekście realiów naszego życia i możliwości realacji w tych warunkach nakreślonych celów. Każdy powinien wiedzieć nie tylko co i jak ma robić ale i po co. Przy czym to „po co” musi pozostawać w relacji z całym systemem „wartości życia człowieka” (K. Obuchowski); stąd też jak najwcześniejsze wprowadzenie studentów do ich przyszłych zadań i warunków pracy jest jednym z istotnych kierunków działania nauczycieli akademickich.

Orientacja w kierunku jakościowych przemian w uczelni napotyka na pewne obiektywne i subiektywne przeszkody. Do obiektywnych należy np. osłabienie oddziaływania nauczycieli w swej pracy wychowawczej, na rzecz większego zaangażowania się w problemy dydaktyczne a zwłaszcza naukowe. Zjawisko to jest odczuwane powszechnie we wszystkich uczelniach medycznych. Jest faktem, że w szkołach medycznych przeważają pracownicy naukowcy i obserwuje się stałą tendencję do wzrostu tej grupy, czy tej funkcji nauczycieli. Badania naukowe są podstawą do zdobywania stanowisk i awansów akademickich. Proces nauczania i wychowania pozostaje nadal mało wymierny — by nie powiedzieć niekontrolowany czy nawet niewymierny. Znamy stan wyjściowy i mniej więcej produkt końcowy. To co się dzieje po drodze umyka naszej ocenie. Istnieje konieczność wypracowania kryteriów poziomu dydaktyki. Obecnie brane są pod uwagę tylko stopnie. Sytuacja ta powinna ulec zmianie na rzecz poprawy funkcji wychowawczej szkoły, wyrównania „frontu wychowania”, ale, bez — rzecz jasna — osłabiania rozwoju nauki. Wymaga tego tempo rozwoju całej gospodarki kraju, który musi uczestniczyć we współzawodnictwie z innymi

krajami. Sprawy wychowania muszą mieć odpowiednio dużą rangę i ta działalność musi być brana pod uwagę przy awansach. Brak bowiem kompetencji wychowawczych, oznacza ograniczenie wartości nauczycieli akademickich.

Do subiektywnych czynników ograniczających rozwój jakościowy kształcenia i wychowania należy m.in. brak pracy nad sobą, nieumiejętność pracy w zespole, bądź brak dyskusji środowiskowych. Dalej, niekwestionowane prawo do subiektywnej interpretacji programu nauczania — co oznacza brak dyscypliny technologicznej. Wąskie traktowanie swojego przedmiotu, bez chęci widzenia go w kontekście z ostatecznym celem kształcenia; niechęć do angażowania się w pracę ideowo-wychowawczą; sztuczny i przynoszący szkody podział na przedmioty specyficzne dla uczelni i wychowawcze.

Poruszone tu kwestie są nam wszystkim mniej lub bardziej znane. Zadaniem moim było wskazanie ważniejszych aspektów naszego środowiska, by w dyskusji, a przede wszystkim w pracy, móc zrealizować uchwały VII Zjazdu PZPR mówiące o tym, że *„Obecnie główne wysiłki skupić należy na jakości pracy uczelni, na podniesieniu poziomu kształcenia studentów i badań naukowych. Szkoły wyższe powinny realizować zasadę jedności wychowania, nauczania i badań naukowych”*.

Realizacja tych zadań w dziedzinie pracy ideowo-wychowawczej wymaga szerokiej współpracy wszystkich nauczycieli akademickich, organizacji partyjnych, SZSP, wszystkich studentów i organizacji społecznych. Wszystkie te ogniwa uczelni są ważne i ich skoordynowane działanie warunkuje osiągnięcie pożądaných wyników w pracy ideowo-wychowawczej.

Doc. dr hab. Roman Jędrzejewski)*

ROLA WARSZAWSKIEJ AM W KSZTAŁCENIU PODYPLOMOWYM DLA REGIONU W LATACH 1977—1978

Powierzenie akademiom medycznym specjalistycznego nadzoru lekarskiego nad regionem nałożyło na nie wiele obowiązków, a wśród nich — czuwania nad właściwym poziomem fachowym pracowników służby zdrowia oraz udzielania im pomocy w doskonaleniu kwalifikacji zawodowych.

W obliczu nieustannego postępu wiedzy teoretycznej i techniki medycznej ciągle i powszechne szkolenie, niezależnie od zajmowanego stanowiska i stopnia wykształcenia stało się koniecznym i nieodzownym warunkiem stałego podnoszenia poziomu usług, świadczonych przez placówki społecznej służby zdrowia.

Podyplomowe kształcenie lekarzy, farmaceutów, pielęgniarek przez uczelnie medyczne nie jest w naszym życiu nowością, gdyż praktykowano je od wielu lat. O ile dawniej jednak nie było ono regulowane odpowiednimi przepisami prawnymi i opierało się w znacznej mierze na dobrej woli, zarówno nauczających jak i nauczanych, to obecnie stało się powszechnie obowiązującym zadaniem dydaktycznym.

W dniu dzisiejszym odbywa się po raz drugi w naszej uczelni inauguracja roku szkolenia podyplomowego. Uroczystość ta skłania do dwóch refleksji: z jednej strony do rzutu oka wstecz dla oceny dokonanego dzieła i uzyskanych osiągnięć w roku ubiegłym, z drugiej zaś do rozważania, jakie powinno być nasze dalsze postępowanie, aby nie tracąc tego, co uzyskaliśmy, usunąć dostrzeżone niedociągnięcia, podnieść poziom naszej działalności w dziedzinie dydaktyki podyplomowej i uczynić ją bardziej skuteczną.

Dotychczas stosowane formy szkolenia, będącego przedmiotem naszych rozważań, były różnorodne. Na pierwszym miejscu należy wspomnieć szkolenie w postaci kursów. Obejmowały one największą liczbę pracowników wszystkich pionów służby zdrowia i pozwalały w sposób planowy dostarczyć odpowiedniego zasobu wiedzy w najniezbędniejszych dziedzinach działalności służby zdrowia. Rola akademii w tej formie doskonalenia kadr polegała na współpracy w układaniu programu kursów, pomocy udzielanej przez pracowników naukowych uczelni w realizacji tych programów. W wy-

*) Klinika Chirurgii Naczyń i Transplantologii AM. Pełnomocnik Rektora ds. szkolenia podyplomowego.

soko specjalistycznej tematyce kursowej — na umożliwieniu bezpośredniego wykorzystania dla celów dydaktycznych klinik, laboratoriów, uniikalnej aparatury.

Strona organizacyjna kursów przypadła w udziale Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i wojewódzkim ośrodkom dokształcania kadr medycznych — stolicy i Płocka. Centrum obejmuje swym zasięgiem cały kraj, ośrodki wojewódzkie zainteresowane są szkoleniem w podległych sobie województwach. Nie trzeba się rozwodzić nad dobrze znanymi osiągnięciami tych instytucji: setki kursów, tysiące przeszkolonych pracowników w różnych specjalnościach i dziedzinach medycyny ogólnej i stomatologicznej, farmaceutów, pielęgniarek i techników — to bogaty plon ich pracy w 1976 roku.

Podobnie, jak w latach ubiegłych szkolenie kursowe szło dwoma torami i dotyczyło zarówno wysoko kwalifikowanych specjalistów, jak i personelu lecznictwa podstawowego: lekarza ogólnego rejonu, przemysłowej służby zdrowia, wiejskiego ośrodka, pracownika apteki, pielęgniarki szpitalnej i przychodni rejonowej.

Sytuacja województwa płockiego była w tym względzie znacznie trudniejsza. Lekarze tego województwa w minimalnym tylko stopniu korzystali z Domu Lekarza Centrum Medycznego. Szkolenie wyżej kwalifikowanych pracowników opierało się na licznych sesjach wyjazdowych, urządzanych przez jednostki organizacyjne akademii warszawskiej na terenie województwa i poświęconych wybranym tematom klinicznym. Zbyt mało uwagi poświęcono lekarzowi pierwszej pomocy.

Drugą formą nauczania, odgrywającą coraz ważniejszą rolę we wszystkich postaciach szkolenia podyplomowego stanowi kształcenie jednostkowe, indywidualne zarówno wyższego, jak i średniego personelu medycznego. Pozostaje ono w całkowitej gestii uczelni i to zarówno pod względem merytorycznym jak i organizacyjnym. Nie zawsze obejmuje ono szerokie grupy pracownicze i niejednokrotnie wypływa z osobistej potrzeby podniesienia zawodowych kwalifikacji zainteresowanych. Należy tu wyszczególnić staże specjalistyczne, które umożliwiają pogłębienie wiadomości teoretycznych i umiejętności praktycznych lekarzom, farmaceutom, pielęgniarkom, a także ułatwiają im przygotowanie do egzaminów. Stopnie specjalizacyjne kwalifikują do bardziej samodzielnej pracy zawodowej, nadając jej jednocześnie dużą rangę społeczną i osobistą w pracy zawodowej.

Podyplomowe wstępne staże pracy stanowią bezpośrednią kontynuację studiów przeddyplomowych. W zasadzie powinny one odbywać się w terenowych placówkach służby zdrowia, uczelnia jednak rezerwuje sobie możliwość dalszego kształcenia swoich najlepszych absolwentów, którzy w przyszłości uzupełnią jej kadrę nauczającą i uzyskają stopnie samodzielnych pracowników nauki. Praktyki w klinikach i zakładach, podejmowane z własnej inicjatywy osób zainteresowanych, umożliwiały w stosunkowo krótkim

czasie uzupełnienie zasobu wiedzy w zakresie najbardziej nowoczesnych i aktualnych zagadnień medycznych, a nawet włączanie się do pracy naukowej odpowiedniej katedry.

Inną możliwość kształcenia zapewniały posiedzenia naukowe i konferencje dyskusyjne organizowane przez placówki akademii na swoim terenie i poza Warszawą oraz konsultacje kierowników klinik ogólnie dostępne dla zainteresowanych odpowiednią problematyką. Ze względu na wielki zasięg i bogactwo różnorodnych form tak prowadzonego szkolenia indywidualnego trudno jest jego wyniki ująć w liczbowe dane, nie ulega jednak wątpliwości, że dokonano tu dużego dzieła o bezcennej wartości społecznej. Należy podkreślić duże zaangażowanie osobiste nauczycieli akademickich, a zwłaszcza dyrektorów instytutów, kierowników kliniki i zakładów, którzy, pomimo dużego obciążenia obowiązkami dydaktyki przeddyplomowej, znajdowali czas i nie żalowali dodatkowego wysiłku w realizacji planów szkolenia podyplomowego.

Przechodząc do czekającej nas najbliższej przyszłości — roku 1977 — możemy powiedzieć, że zgodnie z przedstawionym planem pracy, zawartym w naszym Informatorze Kształcenia Podyplomowego, podstawowe formy działania akademii kształtować się będą tak, jak w roku ubiegłym.

Programy CMKP oraz Stołecznego Ośrodka dokładnie precyzują zobowiązania placówek uczelni w szkoleniu kursowym, nakreślone są również własne zamierzenia w zakresie szkolenia indywidualnego: stażów, specjalizacji, konferencji itd.

Dokładniejszego omówienia wymaga sytuacja w Płocku. Upřednio podkreśliłem, że kształcenie podyplomowe na tym terenie było nie wystarczające, a w planie pracy na rok bieżący nasze zamierzenia, w przeciwieństwie do dużych potrzeb województwa, przedstawiają się nader skromnie. Z zestawienia opartego na materiałach Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej w Płocku, (tab. 1) ilustrujących aktualne (w 1976 r.) braki specjalistów II° w zakresie podstawowych specjalności na terenie województwa wynika, że stan jest tu niepomysłny. Porównanie tych danych z przypuszczalnym zapotrzebowaniem na specjalistów II° w 1980 r. oraz liczbą lekarzy odbywających, względnie mających rozpocząć specjalizację II° w roku bieżącym, przemawia za tym, że istniejące trudności będą się potęgowały z upływem czasu.

Jeżeli dalej zważymy, że zgodnie z istniejącymi przepisami obowiązek szkolenia w zakresie lecznictwa podstawowego spoczywa na barkach wojewódzkiej kadry lekarskiej, możemy się spodziewać, że jej niedobory odbiją się niekorzystnie pośrednio na poziomie usług terenowych zakładów opieki zdrowotnej, w stosunku do których wymagania będą się niewątpliwie zwiększały wraz z rozwojem uprzemysłowienia i wzrostem stopy życiowej ludności. Na marginesie warto dodać, że wraz z rosnącą liczbą studentów, a więc i absolwentów uczelni medycznych, w niedalekiej przyszłości potrze-

ba szkolenia podyplomowego jeszcze bardziej wzrośnie. Aby sprostać stojącym przed nami zadaniom, niezbędne jest stworzenie warunków, umożliwiających rozszerzenie bazy szkoleniowej na kursach Centrum, Stołecznego Ośrodka, a także dla szkolenia indywidualnego w akademii. Obowiązek ten spada na władze (nie tylko służby zdrowia!) województwa, ale również na akademię medyczną, współodpowiedzialną za poziom lecznictwa w swoim regionie. Nie wdając się w bliższe szczegóły trzeba powiedzieć, że rzecz sprowadza się do znalezienia 1—2 pomieszczeń umożliwiających zakwaterowanie kilku osób w sposób nieprzerwany w ciągu całego roku. Brak takich pomieszczeń uniemożliwia prowadzenie systematycznego szkolenia indywidualnego, czy koordynację naszej pracy z planami Centrum lub Stołecznego Ośrodka. Wierzę głęboko, że przy właściwym zrozumieniu wagi tej sprawy i zainteresowaniu odpowiednich czynników oraz odrobinie dobrej woli problem ten można będzie pomyślnie rozwiązać.

Drugim zagadnieniem, którym należałoby się zająć w najbliższej przyszłości na terenie Płocka to zorganizowanie i realizacja jednego z najważniejszych zadań szkolenia podyplomowego, tj. szkolenia terenowego i wewnątrz zakładowego przez działy metodyczno-organizacyjne zakładów opieki zdrowotnej. Należałoby tu wypracować metody i programy dostosowane do specyficznych warunków i potrzeb terenu. Sądzę, że w chwili obecnej na terenie województwa znajduje się odpowiednia kadra specjalistów różnych pionów służby zdrowia, która byłaby w stanie przynajmniej zapoczątkować pracę w tej dziedzinie. Niezależnie od tego należałoby utrzymać stosowane w ubiegłych latach praktyki jednodniowych konferencji szkoleniowych, dyskusji, sympozjów dla ordynatorów i specjalistów. Tego rodzaju spotkania należałoby wprowadzić także dla personelu średniego. Rozwiązywaniem tych problemów musi się zająć Wojewódzki Ośrodek Szkolenia oraz świeżo powołana Rada Programowa, która w niedługim czasie powinna podjąć pracę przy czynnej pomocy przedstawicieli Warszawskiej Akademii Medycznej.

Szkolenie wewnątrz zakładowe powinno stać się przedmiotem uwagi w najbliższej przyszłości także stołecznej Rady Programowej. Czeka ją tu trudne zadania. W pierwszym okresie trzeba by skoncentrować się na kilku ośrodkach, których bazą dydaktyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami, stałyby się odpowiednio przygotowane szpitale miejskie. Przedmiotem szczególnej troski powinny stać się tereny ostatnio dołączone do województwa stołecznego, których obsada kadrowa jest niewystarczająca.

W regionie podległym Warszawskiej Akademii Medycznej powołano w nowym roku akademickim dla województwa stołecznego i płockiego rady programowe o zmienionych składach osobowych. W przygotowaniach do wypełnienia zadań w dziedzinie szkolenia podyplomowego w 1978 r. i latach następnych jest to dobra okazja do nowego spojrzenia na całość kształtu zagadnienia i próby rewizji niektórych sposobów naszego postępo-

Tabela 1

Aktualne i przewidywane braki specjalistów II^o w zakresie podstawowych specjalności. (na terenie woj. płockiego).

	1	2	3
Interna i podspecjalności	42	95	40
Chirurgia og., chir. dzieci., urologia, ortopedia	23	42	12
Położnictwo i ginekologia	14	18	17
Pediatrya i med. szkolna	13	29	11
Radiologia	6	13	4
Stomatologia	24	54	17
Ogółem	122	251	101

Legenda:

1 — Braki w 1976 r.

2 — Braki przewidywane w 1980 r.

3 — Lekarze specjalizujący się lub rozpoczynający specjalizację II^o w 1977 r.

wania. Nie może tu być mowy o zmianach rewolucyjnych, ponieważ w obecnych warunkach dotychczasowe formy okazały się dobre i powinny pozostać niezmienione. Należałoby się zastanowić nad możliwością ich ulepszenia, czy unowocześnienia zgodnie z istniejącymi potrzebami. Problemy staną się przedmiotem rozważań nowych rad, które pracując w określonych zespołach tematycznych sięgną do pomocy konsultantów regionalnych, wojewódzkich, przedstawicieli instytutów lub katedr oraz innych znawców i postarają się udzielić odpowiedzi na postawione zagadnienia.

Nie rosząc sobie pretensji do wyczerpania tego tematu, pragnąłbym jedynie zwrócić uwagę na pewne zagadnienia, które mogłyby się stać przedmiotem dyskusji. Nie ulega wątpliwości, że istnieje potrzeba skoordynowania kształcenia przed — i podyplomowego. Ponieważ ostatnie stało się obowiązującą formą stałego uzupełniania wiedzy, rodzi się pytanie, czy wobec przeładowania uniwersyteckich programów dydaktycznych, nie należałoby na tym etapie nauczania zmniejszyć zakresu podawanej wiedzy. Pozwoliłoby to na gruntowniejsze jej przyswojenie, a uzupełnienie programu nauczania mogłoby nastąpić na etapie doskonalenia poza uniwersyteckiego. W tych warunkach nauczanie to mogłoby opierać się bardziej o samodzielne studia, a nie o bierne przyswajanie wiedzy, jak to się na ogół dzieje na wyższych uczelniach. Zmiana taka, dotycząca początkowo jednej dyscypliny, wymaga oczywiście, dokładnego przemyślenia, tematycznego skoordynowania wspomnianych dwóch faz nauczania oraz odpowiednio przygotowanego zespołu pedagogicznego.

Szkolenie centralne, pomimo rosnącej liczby kursów ma ograniczone możliwości działania, nie może też być powszechne. Odrywa ono zbyt wielu pracowników od ich codziennej pracy, w której nie ma ich kto zastąpić.

Toteż masowe dokształcanie wszystkich pionów fachowych pracowników służby zdrowia musi odbywać się w miejscu albo jak najbliżej miejsca pracy lub zamieszkania. Dlatego należy zainteresować się szkoleniem terenowym i wewnątrz zakładowym. Obie te formy muszą mieć swoje programy zajęć szkoleniowych, przystosowane do lokalnych możliwości i warunków. Dobro takiego szkolenia wymaga kontynuowania i rozwijania spotkań dyskusyjnych samodzielnych pracowników nauki lub specjalistów II° z ordynatorami szpitali wojewódzkich i powiatowych. Wielką pomocą mogłyby tu służyć towarzystwa naukowe, urządzając sympozja, dyskusje znawców w miastach wojewódzkich i powiatowych wg długofalowych planów układanych przez zarządy towarzystw w porozumieniu z radami programowymi. Dla celów takiego szkolenia możnaby wykorzystać kadre rekrutowaną poza uczelnią.

Uwagi wymagają egzaminy specjalizacyjne, leżące w gestii akademii. Należałoby zwrócić większą uwagę na ich stronę praktyczną, zwłaszcza w specjalnościach zabiegowych. Praktykowane przed egzaminami kursy weryfikacyjne mogłyby spełniać pożyteczną rolę nie tylko, jako sposób uzupełniania wiedzy, ale przede wszystkim jako sprawdzian umiejętności praktycznych, o którym obecnie rzadko się pamięta. W egzaminach teoretycznych należałoby szerzej stosować testy, co mogłoby stać się krokiem do urządzenia egzaminów ogólnopaństwowych, o jednakowym stopniu trudności na terenie całego kraju.

Kursy doskonalące dla kadry wykładowców, wzorem organizowanych już przez Zakład Dydaktyki AM pozwolą poznać teoretyczne i praktyczne problemy dydaktyki medycznej. Oceną działalności dydaktycznej w mniemaniu uczestników szkolenia mogą dostarczyć sondaże testowe, zastosowane już w niektórych specjalnościach. Propozycji zmierzających do poprawy szkolenia można snuć jeszcze wiele. U podstawy powodzenia w naszej działalności leży poczucie obowiązku nauczycieli akademickich oraz dobra współpraca z Centrum i wojewódzkimi ośrodkami szkolenia.

Dr med. Cezary Korczak, dr med. Miron Paciorkiewicz***

STUDIA SANITARNO-HIGIENICZNE W POLSCE I ZSRR

Medycyna zapobiegawcza jest hasłem dnia dzisiejszego i aczkolwiek na całym świecie rozlegają się głosy na jej korzyść, w naszym ustroju społecznym, w naszej organizacji służby zdrowia ma ona o wiele większe możliwości realizacji swych postulatów, niż gdziekolwiek indziej.

Tam, gdzie zdrowie jest całkowicie sprawą prywatną... medycyna zapobiegawcza nie może rozwinąć się w pełni. *Tylko tam gdzie dobro, a więc i zdrowie obywatela stają zawsze na pierwszym miejscu, gdzie służba zdrowia interesuje się zdrowiem z d r o w e g o człowieka, tam można mówić, że słuszne założenia profilaktyki opartej na naukowych podstawach znajdują pełne zastosowanie****.

W 1950 r. w oparciu o rozporządzenie Ministra zdrowia i opieki społecznej (z dn. 18.X.50) powołano na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie — Oddział Sanitarно-Higieniczny, Jedyna tego rodzaju placówka dydaktyczna w Polsce, przez 7 lat swojej działalności wykształciła wielu specjalistów i epidemiologów, z których przeważająca większość zgodnie z kierunkiem uzyskanej specjalizacji zajmuje niejednokrotnie odpowiedzialne stanowiska w dziedzinie higieny i epidemiologii za granicą i w kraju, a zwłaszcza w akademiach medycznych, instytutach resortowych, naukowo-badawczych, terenowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych i innych placówkach. Powołanie Oddziału Sanitarно-Higienicznego AM w Warszawie nastąpiło w oparciu o strukturalne wzory wydziałów sanitarno-higienicznych w instytutach medycznych w ZSRR.

W Moskwie i wielu innych miastach w instytutach medycznych przyjmowani są na studia medyczne kandydaci na równoległe prowadzone dwa wydziały: lekarski i sanitarno-higieniczny.

Zagadnienia dydaktyczne na wydziałach sanitarno-higienicznych w instytutach medycznych stawiane są na pierwszym planie i stanowią odrębny uznawany priorytetowo przed pracą naukowo-badawczą kierunek realizacji zadań instytutu. Dla studentów opracowane są specjalne informatory, które zaznajamiają ich z zadaniami przyszłego lekarza sanitarnego.

*) Instytut Medycyny Społecznej.

***) Zakład Historii Medycyny i Farmacji AM.

Od początku istnienia Związku Radzieckiego przywiązywano dużą wagę do nauczania higieny. Nie tylko naukowcy, ale i wielu wybitnych polityków z W.I. Leninem podkreślało konieczność rozwoju tej dziedziny nauki. Przypisywano jej duże znaczenie i zwracano szczególną uwagę na stan sanitarno-higieniczny kraju. W.I. Lenin uważał, że zły stan sanitarny miasta i osiedla stanowi duże niebezpieczeństwo dla zdrowia ludności; W swoich przemówieniach i pracach podkreślał wielokrotnie, że podniesienie stanu sanitarnego kraju na wyższy poziom jest jednym z pierwszych zadań ustroju socjalistycznego.

Retrospektywnie, zagadnieniami nauczania higieny interesowano się w Rosji dużo wcześniej, niż w wielu innych krajach europejskich. Już w 1867 r. wydano zalecenie utworzenia pierwszych katedr higieny w Petersburgu, Moskwie i Kijowie. W Rosji wyszły dwa pierwsze podręczniki higieny: A. Dobrosławina i F. Erismana. Autorzy podręczników wskazali również na konieczność rozwoju nowego kierunku badań naukowych higieny eksperymentalnej. W latach 1870—1880 A. Dobrosławin i F. Erisman rozpoczęli jako pierwsi w Europie badania stanu sanitarnego miast i gospodarstw wiejskich. Rozwijali oni badania o charakterze sanitarno-topograficznym, w których uwzględniono statykę i dynamikę zdrowia populacji. Były to pierwsze opracowania o charakterze współczesnej geografii medycznej środowiska i epidemiologii.

W Związku Radzieckim w nauczaniu higieny wyodrębniono kilka działów podstawowych, do których zaliczono oprócz higieny ogólnej, higienę komunalną, higienę pracy, higienę szkolną, higienę żywności i żywienia, higienę socjalną, higienę wojskową, higienę radiacyjną i higienę osobistą. W praktyce wyodrębniono również działy specjalne, takie jak: higiena morska, higiena lotnicza, higiena szpitalna, higiena transportu, a szczególnie higiena kolejowa. Ostatnio wyodrębniono nową dyscyplinę — higienę kosmiczną. W 1941 r. dołączono do katedr higieny socjalnej (społecznej) nową nazwę — katedr organizacji i ochrony zdrowia.

Nauczanie higieny w ZSRR, szczególnie w okresie po II wojnie światowej uległo znacznemu rozszerzeniu: stworzono 70 zakładów higieny oraz 50 oddziałów towarzystw higienistów (w cesarskiej Rosji było tylko 13 katedr i zakładów higieny). Powołano instytuty medyczne, w których wydzielono osobne wydziały sanitarno-higieniczne. Zadaniem wydziałów sanitarno-higienicznych jest przygotowanie specjalistów dla higieny, a szczególnie lekarzy sanitarnych. Program nauczania przedmiotów sanitarno-higienicznych jest najszerszym realizowanym problemem dydaktycznym z tej dziedziny na świecie. Łącznie program obejmuje 1718 godzin nauczania przedmiotów z zakresu higieny i nauk parahigienicznych oraz profilaktyki środowiskowej i profilaktyki społecznej (zaliczanych w Polsce do medycyny społecznej).

Poniżej przedstawiono wykaz godzin nauczania higieny na wydziale lekarskim w Polsce oraz na wydziałach sanitarno-higienicznych w ZSRR

(tabele 1,2,3,), które są modyfikacją zestawienia wg nie publikowanego opracowania H. Rafalskiego.

W ZSRR jednym z pięciu przedmiotów w państwowym egzaminie dyplomowym jest higiena i organizacja ochrony zdrowia.

Tabela 1

Higiena nauczania na wydziałach lekarskich w Polsce (1973) i w ZSRR (1970)

Przedmiot	Godziny (ćwiczenia i seminaria)	Semestr	Zakończenie
POLSKA Higiena i epidemiologia Praktyka w SSE 2 tyg. i 2 tyg. w lecznictwie otwartym	90 (75)	VII, VIII po VIII	egzamin zaliczenie
ZSRR Higiena ogólna w tym higiena wojskowa Higiena i oświata zdrowotna Praktyka — 4 tygodnie	126 (72) 36 (26)	VI, VII X po X	egzamin kolokwium zaliczenie

Tabela 2

Przedmioty w planie studiów wydziału sanitarno-higienicznego w ZSRR (1970 r.) nauczane poza przedmiotami wydziału lekarskiego ogólnego, głównie kosztem liczby godzin dyscyplin klinicznych.

Przedmiot	Godziny (ćwiczenia i seminaria)	Semestr	Rok studiów
Higiena ogólna z higieną radiacyjną	184 (106)	V, VIII	III, IV
Higiena społeczna, organizacja ochrony zdrowia	212 (130)	IX, X, XI	V, VI
Higiena żywienia	230 (162)	VII, VIII	IV
Higiena komunalna	284 (212)	VIII, IX	IV, V
Higiena pracy	290 (222)	VIII, IX, X, XI, XII	
Higiena szkolna	184 (138)	X, XI, XII	V, VI
Epidemiologia i epidemiologia wojskowa	334 (224)	IX, X, XI, XII	

Przedstawiony program dydaktyczny z zakresu higieny w ZSRR byłby trudny do realizacji w Akademii Medycznej w Warszawie bez odpowiedniej bazy i kadr i dlatego nowo powołany Oddział Sanitarno-Higieniczny w AM w Warszawie mógł rozwinąć działalność tylko w oparciu o wysokospecjalistyczną placówkę naukowo-badawczą z dziedziny higieny i epidemiologii.

Tabela 3

Liczba godzin w czasie studiów, w okresie 6 lat nauczania na wydziale lekarskim AM w Polsce w 1973 r. i na wydziale sanitarno-higienicznym w ZSRR w 1970 r.

Wydział lekarski ze specjalizacją	Liczba godzin	
	ogółem	ćwiczenia i seminaria
POLSKA Wydział Lekarski Ogólny ZSRR Wydział Sanitarno-Higieniczny (specjalizacja)	5761	4336
	7444	4894

Taką placówką był i jest Państwowy Zakład Higieny, który nie tylko prowadzi prace naukowo-badawcze, ale także posiada wieloletnie doświadczenie w dziedzinie dydaktyki medycznej (organizacja i prowadzenie „szkoły zdrowia”, licznych kursów dokształcających oraz konferencji dla lekarzy w ramach szkolenia poddyplomowego). Na kierowników katedr na Oddziale Sanitarno-Higienicznym Akademii Medycznej powołano odpowiednich kierowników zakładów Państwowego Zakładu Higieny.

Utworzono następujące katedry:

1. Katedra i Zakład Epidemiologii (kierownik: prof. dr med. Feliks P r z e s m y c k i);
2. Katedra i Zakład Higieny Osiedli (kierownik: zastępca prof. dr nauk techn. Jan J u s t);
3. Katedra i Zakład Higieny Pracy (kierownik: prof. dr med. Maria B o g u s z e w s k a);
4. Katedra i Zakład Higieny Szkolnej (kierownik: prof. dr med. Marcin K a e p r z a k);
5. Katedra i Zakład Higieny Żywności (kierownik: prof. dr med. Aleksander S z c z y g i e ł);
6. Katedra i Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia utworzone rozp. Min. Zdrowia z dnia 22. V. 1951 (kierownik: dr med. Jerzy K r u p i ń s k i);

Kierownikiem Oddziału Sanitarno-Higienicznego został prof. dr med. Marcin K e p r z a k. Katedry i Zakłady mieściły się w gmachu Państwowego Zakładu Higieny przy ul. Chocimskiej 24, stroną organizacyjno-metodyczną w Oddziale Sanitarno-Higienicznym zajmowali się: dr Zofia B i e l i ń s k a, prof. Jan K o s t r z e w s k i i prof. Jerzy N o f e r.

Oprócz zakładów teoretycznych zostały utworzone w 1953 r. w ramach Oddziału Sanitarno-Higienicznego kliniki:

1. Katedra i IV Klinika Chirurgiczna (kierownik: doc. dr med. Józef D r y j s k i);

2. Katedra i IV Klinika Chorób Wewnętrznych (kierownik: doc. dr med. Zdzisław A s k a n a s);
3. Katedra i II Klinika Chorób Zakaźnych (prof. dr med. Bertold K a s s u r).
4. Katedra i III Klinika Chorób Kobięcych i Położnictwa (prof. dr Jan L e s i ń s k i).

Utworzenie 4 katedr klinicznych na Oddziale Sanitarno-Higienicznym umożliwiło studentom studiowanie przede wszystkim pod kątem zapobiegania chorobom. Realizacja toku studiów i zakres wiadomości z przedmiotów na pierwszych trzech latach był taki sam, jak dla studentów Wydziału Ogólnolekarskiego.

Na IV roku obowiązywały następujące przedmioty:

		semestry
Higiena ogólna	—	VII i VIII
Higiena żywienia	—	VIII
Higiena osiedli	—	VIII
Szkolenie wojskowo-medyczne	—	VIII i VII
Organizacja ochrony zdrowia	—	VIII
Choroby zakaźne	—	VII i VIII
Położnictwo i ginekologia	—	VII i VIII
Choroby wewnętrzne	—	VII i VIII
Chirurgia z urologią	—	VIII i VII
Pediatrya	—	VII i VIII
Choroby skórne i wewnętrzne	—	VII i VIII
Radiologia	—	VII
Choroby nerwowe	—	VII i VIII

Program praktyki sanitarno-epidemiologicznej dla studentów IV i V roku miał na celu praktyczne przygotowanie studentów do pracy na stanowiskach (miejskich) inspektorów sanitarnych — kierowników powiatowych stacji (kolumn) sanitarno-epidemiologicznych. W tym celu student musiał poznać odpowiedni zakres wiadomości i przyswoić sobie metodykę pracy terenowej w dziedzinie: organizacji ochrony zdrowia, epidemiologii, higieny komunalnej, higieny żywienia, higieny pracy, higieny szkolnej, oświaty sanitarnej. Praktykę kliniczną studenci VI roku odbyli w warszawskich klinikach, oddziałach wewnętrznych i oddziale chorób zakaźnych.

Na V roku obowiązywały następujące przedmioty:

		semestr
Epidemiologia	—	IX i X
Higiena pracy	—	IX i X
Higiena szkolna	—	IX i X
Higiena żywienia	—	IX
Higiena osiedli	—	IX
Organizacja ochrony zdrowia	—	IX

		semestr
Położnictwo i ginekologia	—	IX
Pediatrya	—	IX
Choroby wewnętrzne (w tym 30 godz. gruźlicy)	—	IX i X
Chirurgia z ortopedią	—	IX i X
Psychiatria	—	IX i X
Medycyna sądowa	—	X
Choroby oczu	—	IX
Laryngologia	—	X
Szkolenie wojskowo-medyczne	—	IX i X

Oddział Sanitarno—Higieniczny prowadził działalność dydaktyczną w oparciu o wymienione własne katedry specjalistyczne (higieny żywienia, higieny pracy, higieny osiedli, higieny szkolnej, epidemiologii oraz katedry kliniczne: II Chorób Zakaźnych, IV Chorób Wewnętrznych, IV Chirurgii, III Położnictwa i Chorób Kobięcych). Pozostałe zajęcia w katedrach i klinikach z innych przedmiotów studenci odrabiali wspólnie ze studentami Oddziału Ogólnolekarskiego. Praktyki przeddyplomowe na VI roku dla studentów oddziału Sanit.-Hig. były odrabiane przez 22 tygodnie w wojewódzkich stacjach sanitarno-epidemiologicznych, 10 tygodni na oddziale chorób wewnętrznych, 10 tygodni na oddziale chorób zakaźnych i po 3 tygodnie na oddziale położnictwa i chirurgii. Mimo mniejszej nieco liczby godzin wykładów i ćwiczeń klinicznych wykształcenie ogólnolekarskie studentów Oddziału Sanitarno-Higienicznego w niczym nie ustępowało wykształceniu studentów medycyny Wydziału Ogólnolekarskiego.

Oddział Sanitarno-Higieniczny szkolił nowy typ lekarza higienisty i epidemiologa, lekarza który dzięki przygotowaniu ogólnolekarskiemu oraz szczególnemu zwróceniu uwagi na warunki powstawania choroby potrafił organizować i prowadzić samodzielnie działalność profilaktyczno-leczniczą. Był to dobrze przygotowany lekarz higienista pierwszej linii działania w środowisku. Niestety okres szkolenia trwał zbyt krótko, aby można było rozwinąć szerszą i ukierunkowaną działalność profilaktyczną.

W 1957 r. szkolenie w zakresie sanitarno-higienicznym zostało przeniesione na studia podyplomowe w ramach Studium Sanitarno-Higienicznego AM. Ostatnim rokiem działalności dydaktycznej na Oddziale Sanitarno-Higienicznym był rok 1956/57, po czym Oddział został zlikwidowany z dniem 31.XII.1957 r., a studenci zostali przeniesieni do Oddziału Ogólnolekarskiego. Katedry i zakłady: Epidemiologii, Higieny Osiedli, Higieny Szkolnej, Higieny Żywienia i II Klinika Chorób Zakaźnych weszły w skład Podyplomowego Studium Sanitarno—Higienicznego. Katedry i kliniki: IV Chirurgii, IV Chorób Wewnętrznych i II Położnictwa i Ginekologii zostały przeniesione do Studium Doskonalenia Lekarzy. Katedra i Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia zostały włączone do Zakładu Higieny Ogólnej AM w Warszawie.

Liczba studentów w pierwszym 1950/51 roku nauczania nie przekraczała kilkunastu osób. Absolwenci Oddziału San.-Higienicznego otrzymali dyplom lekarza uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej podobnie, jak absolwenci Wydziału Ogólnego. Otrzymali oni jednocześnie zaświadczenia z ukończenia I stopnia specjalizacji w zakresie higieny i epidemiologii. Z roku na rok liczba słuchaczy powiększała się.

W zakończeniu chcieliśmy wspomnieć o działalności Studium Sanitarno-Higienicznego, które powstało 1.I.1958 r. z dawnego Oddziału Sanitarno-Higienicznego, a praktycznie rozpoczęło działalność 1.VII.1958 r. O ile zadaniem Oddziału Sanitarno-Higienicznego było szkolenie przeddyplomowe studentów i uzyskanie specjalistów I stopnia specjalizacji z higieny i epidemiologii, o tyle zadaniem Studium Sanitarno-Higienicznego było podnoszenie kwalifikacji fachowych lekarzy i innych pracowników służby zdrowia. Później rozwinięto szkolenie mające na celu uzyskanie specjalizacji w zakresie organizacji i administracji służby zdrowia, higieny i epidemiologii. W studium utworzono następujące katedry: higieny ogólnej, higieny osiedli, higieny żywienia, higieny szkolnej, higieny pracy, epidemiologii i II klinikę chorób zakaźnych. Studium korzystało z pomocy katedr, zakładów i klinik Akademii, a w szczególności z pracy Katedry Higieny Ogólnej i Zakładu Ochrony Zdrowia. Kierownikiem studium został prof. dr med. Marcin K a c p r z a k.

Na początku roku szkolnego 1959/1960 została utworzona Rada Naukowa w składzie: przewodniczący — prof. dr Marcin K a c p r z a k, z-ca przewodniczącego — prof. dr Jan K o s t r z e w s k i. Członkowie: prof. dr Maria B o g u s z e w s k a, prof. dr Jan J u s t, prof. dr Bertold K a s s u r, prof. dr Aleksander S z c z y g i e ł oraz dr Stanisława A d a m o w i c z o w a. Z ramienia Ministerstwa Zdrowia udział w Radzie brali: dr med. Halina W i ó r o w a, mgr Jadwiga B e l o Ń s k a, dr Sławomir R a d i u k i e w i c z a z ramienia Akademii Medycznej: dyr. mgr Aleksy P u s z k o oraz kwestor Józef C z e r w i e c k i. Posiedzenia Rady Naukowej, poświęcone były omawianiu bieżących problemów dydaktycznych i układaniu programów kursów specjalistycznych; rozpatrywano sprawy metodyczno-organizacyjne i inne. Prowadzone szkolenie podyplomowe dla lekarzy i innych pracowników z wyższym wykształceniem, zatrudnionych w stacjach sanitarno-epidemiologicznych wojewódzkich i powiatowych, dla lekarzy szkolnych, oraz dla personelu średniego. Studium istniało 9 lat (do dnia 1.VII.1967 r.), po tym czasie Państwowy Zakład Higieny przejął szkolenie podyplomowe lekarzy z dziedziny higieny i epidemiologii.

Z perspektywy czasu wydaje się, że szkolenie przeddyplomowe w Oddziale o kierunku sanitarno-higienicznym było dobrą formą kształcenia specjalistów z deficytowej specjalności, jaką jest higiena i epidemiologia, aby zapewnić rozwój kadr w dziedzinie higieny powinno być reaktywowane lub utworzone studium (oddział) dla celów szkolenia przeddyplomowego, np. o nazwie: „*Ekologia i higiena środowiska człowieka*”. Studium byłoby ukie-

runkowane na kształcenie kadr medycznych w zakresie higieny, profilaktyki i epidemiologii z możliwością uzyskania I stopnia specjalizacji z: 1) higieny środowiska człowieka 2) epidemiologii, 3) higieny pracy, 4) higieny szkolnej 5) higieny żywienia oraz 6) oświaty zdrowotnej. Obecnie nie ma możliwości dokonania specjalizacji I stopnia z tych dyscyplin.

W związku z rozwijającą się problematyką higieny a zwłaszcza ochrony środowiska, profilaktyki i ochrony zdrowia człowieka, istnieje pilna potrzeba powołania studium, które umożliwi kształcenie kadr w/w specjalnościach.

**LISTA ABSOLWENTÓW
ODDZIAŁU SANITARNO-HIGIENICZNEGO
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
Z LAT 1952—1957**

1952

Bończak Jerzy
Czuczman Zdzisław
Fronczak Tadeusz
Kiedrowski Antoni
Koluszko Karol
Korczak Cezary
Misiakiewicz Zbigniew
Pudlik Krystyna
Tutaj Mieczysław
Zaloga Romuald
Arendzikowski Bogumił
Filipski Józef

1953

Chakowski Henryk
Czupryna Jerzy
Głowiński Roch
Gurfinkel Jan
Hadyn Anna
Jankowski Stanisław
Kruczek Lesław
Kumosa Stefan
Minecki Leopold
Paciorek Czesław
Pałka Mieczysław
Sokołowski Marian
Suwała Zdzisław
Tarkowski Janusz

1954

Antczak Tadeusz
Borkowski Tadeusz
Brzeziński Zbigniew
Byrczek Władysław
Cwiak Wiesław

Dobrzyńska Wanda
Gabzdyl Anna
Gancarz Zygmunt
Grotowski Mirosław
Janik-Byrczek Ryszarda
Kirschner Henryk
Kobyliński Roman Piotr
Kobyłski Klemens
Kowalski Jerzy
Kozłowski Karol
Król Zygmunt
Kuć Jan
Lejawka Wiesław
Leowski Jerzy
Lipińska-Freyberger Ryszarda
Lipiński Stanisław
Mańczyk-Kowska Krystyna
Maziarka Stefan
Mędrala Józef
Oziemski Wiesław
Perkowiec Maria
Pol Jerzy
Reiser Wiesław
Rogoziniński Andrzej
Ryffa Kazimierz
Trojanowicz Zbigniew
Więclawska Zofia
Woźniak-Staszewska Hanna

1955

Ajewski Zygmunt
Ball Czesław
Banaszewski Bogdan
Bezler-Głowacka Janina
Bielawska-Raczyńska Lidia
Boniecka Teresa

- Ceremużyński Leszek
Cichocka-Pruszczyk Helena
Czaplicki Andrzej
Czarnyszewicz Zbigniew
Czarkowska Halina
Domański Jan Stanisław
Dorant Bogdan
Gajda Henryk
Górska Maria
Grabiński Andrzej
Grochocki Włodzimierz
Grzegala Stanisław
Grzybowski Kazimierz
Gutarska Irena
Idziak Czesław
Jakubowska Stefania
Janczak Edmund
Jankowski Stanisław
Jaremczuk Ryszard
Jaroszek Eugeniusz
Jarzębowska Elżbieta
Jasińska Marianna
Kapuścińska Elżbieta
Kalaszczyński Edmund
Kiliański Zdzisław
Klitz Zbigniew
Korzyk Janusz
Kowalczyk Leon
Krasiejko Irena
Kraska Tadeusz
Kuch Jerzy
Kuc Remigiusz
Klimek Halina
Lewczuk Henryk
Lewicki Bogdan
Lipińska Danuta
Łopińska Anna
Magdzik Wiesław
Mystkowska Maria
Mandrowska Aniela
Naruszewicz Danuta
Nawsué-Anańko Jan
Nowak Mieczysław
Ostalska-Czubak Danuta
Paszyńska-Rypson Renata
Pluskiewicz Henryk
Podlaski Zygmunt
Puźniak Marian
Roszkowski Witold
Rzewuska Stanisława
Sanecki Marek
Sieczych Zdzisław
Skwieciński Wiesław
Sokołowski Marian
Stępień Mieczysław
Szretter Kazimierz
Sztefek-Kwaśniewska Irena
Świątek Zofia
Szymanowski Jan
Sładowski Wojciech
Tarnawski Zygmunt
Troszkiewicz Andrzej
Tulicki Lech
Tymoszyk Zarzycka
Wańkiewicz Regina
Wasilewska-Żmijewska Anna
Wiśniewski Januariusz
Wyszomirski Jerzy
Zdunkiewicz Lech
Zieliński Henryk
Zych Wincenty
Żóchowski Stanisław
Żukowski Ludwik
Urbańska Zofia
- 1956**
- Abińska Bożena
Bogodzki Ludwik
Bielecki Jan
Bijak Teodor
Chęczmanowski Andrzej
Cieślik Kazimierz
Czarnecka Sylwia
Daniel Euzebiusz
Dziak Artur
Falenta Wiesław
Filikowski Jerzy
Gałązka Artur
Gieزام Alicja
Głoński Stanisław
Gren Leszek
Jung Marek
Józefowicz Janina
Kalinowska Teresa
Kazimierzczak Bolesław
Kondratowski Ryszard
Kopczyński Jan
Kotowicz Kazimierz
Krupiński Mieczysław
Kukiz Tadeusz
Kuligowski Jerzy
Lipa Bogumiła
Lisman-Didkowska Melania
Malarecki Andrzej
Maszlanka-Teicherek Teresa

Mietkowska Irena
Nalberczyński Andrzej
Niedziółka Jerzy
Nowacki Włodzimierz
Nowak Maria
Nowodworski Jerzy
Nowotczyńska Hanna
Olszewski Jarema
Ostaszewski Kazimierz
Pajęczkowska Hanna
Paklorska-Ostrowska Zofia
Paraskowich Stanisław
Petryna Aleksandra
Podlaska Zyta
Powolny Michał
Preibisz Jacek
Prusak-Piekutowska Barbara
Przybyszewski Stanisław
Proniewski Jerzy
Radziejewski Mieczysław
Ratusiński Edmund
Rynski Jerzy
Sawicka Beata
Sochaacka-Gibowicz Jadwiga
Szczypek Czesław
Szeląg Janusz
Szkłarczyk Ewa
Szczerbiec Władysław

Sztyber Eugeniusz
Środa Józef
Teichert Mieczysław
Tomezak Aleksandra
Truszczyńska Barbara
Turek-Ostaszewska Maria
Uszyński Leszek
Wajszczuk Waldemar
Wąsiak Janusz
Weber Barbara
Wiszniewska-Wąsowicz Zofia
Witeczak Wiesława
Włodarczyk Krzysztof
Wróbel Marek
Wysmulek Hanna
Zalewski Kazimierz
Zdąbłasz Jerzy
Zych-Preibisz Melania
Żabicki Wojciech

1957

Jabłońska Anna
Michalski Ewald
Wasilewska Aleksandra
Grzechowiak Janina (absolutorium 1958)
Piątkowska Anna (absolutorium 1961)
Strojny Władysław (absolutorium 1961)

*Dr n. hum. Edward Mazurkiewicz**

PEDAGOGIKA SPOŁECZNA W PRAKTYCE LEKARSKIEJ

I. Wychowawczo-zdrowotna działalność lekarza w kontekście pracy socjalnej i kulturalnej

Dla potrzeb szkolnictwa medycznego użytkowana jest teoria nauczania i uczenia się (dydaktyka) jako dyscyplina pedagogiczna dominująca w zastosowaniach w pracy systemu szkolnego. Jednakże w akademii medycznej przygotowuje się lekarzy do zadań profesjonalnych stwarzających szczególnie zapotrzebowanie na pedagogikę pozaszkolną, wspierającą działalność lekarza-praktyka, który chce podnieść stopień skuteczności swej pracy, przez uwzględnianie psychospołecznych i kulturowych determinant zdrowia, choroby i funkcjonowania ochrony zdrowia. Dominującą dyscypliną pedagogiczną wspomagającą pracę lekarza z człowiekiem jest — obok pedagogiki specjalnej — pedagogika społeczna, obejmująca zagadnienia wychowawcze występujące nie tylko w szkole i dotyczące nie tylko dzieci i młodzieży.

Spośród propozycji pedagogiki społecznej, które mogą być wykorzystane w pracy lekarskiej, najłatwiej czytelne dla lekarskiego kręgu zawodowego są te, które bezpośrednio dotyczą pomocy ludziom w kształtowaniu postaw i zachowań związanych ze zdrowiem, podnoszenia kultury zdrowotnej jednostek ludzkich i społeczności.

Lekarz leczący może spożytkować twierdzenia i dyrektywy pedagogiki społecznej w indywidualnych sytuacjach terapeutycznych, w których pojawiają się potrzeby celowego wpływania na zdrowotne zachowania pacjenta i jednostek z jego najbliższego środowiska, zaś lekarza-higienistę, czy epidemiologa mogą interesować te elementy pedagogiki, które związane są z wychowaniem zdrowotnym pojmowanym jako działalność profilaktyczna uwikłana w różnorakie zależności środowiskowe. Wychowanie zdrowotne wydaje się być korzystnym obszarem dla przepływu informacji z teorii pracy socjalnej i kulturalnej do systemu praktycznej działalności lekarskiej. Przepływ ten jednak bywa zakłócany przez praktykę powierzchownych działań oświatowych w szczególności przez werbalizm i nawyk

*) Zakład Dydaktyki AM

odrywania metod pedagogicznych od teorii wychowania zdrowotnego i od treści pedagogiki społecznej, stanowiącej niezbędny kontekst dla rozumienia problematyki pedagogiki zdrowia. Konsekwencje owych zakłóceń powodują niekorzystne reperkusje w treściach i metodach wychowawczo-społecznej działalności lekarzy i innych pracowników służby zdrowia. Dla przeciwstawienia się występującej dysfunkcji pedagogiki stosowanej, wydaje się celowe skupienie uwagi na kilku zakresach zastosowań pedagogiki społecznej, bowiem sprawność pracy lekarza z człowiekiem byłaby dość ograniczona, gdyby sprowadzał on swoje zainteresowania pedagogiczne jedynie do teorii wychowania zdrowotnego. Zasadność takiego stanowiska wynika z kilku szczegółowych względów.

Przede wszystkim warto uświadomić sobie, że skuteczne wychowanie zdrowotne, to z reguły system działań pośrednich. Na przykład chcąc kształtować postawę ludzi względem spraw zdrowia, trzeba inicjować i prowadzić pracę kulturalną, organizować rekreację i wypoczynek o walorach wychowawczych, rozwijać działalność socjalną z uwzględnieniem jej wychowawczej funkcji, nasycać urządzenia i placówki elementami czynnymi wychowawczo. Postępując inaczej, sprowadzamy wychowanie zdrowotne do nieskutecznych czynności werbalnych; nie rzadko nudnych i nieprzyjemnych nakazów i zakazów (często niezrozumiałych dla pacjentów) oraz — co gorsze — do nieskutecznego moralizowania.

Inny względ nakazujący poszerzanie lekarskich zainteresowań pedagogiką społeczną, to role społeczne pełnione przez lekarzy w systemie działań składających się na ogólną opiekę nad pacjentem. Typowym przykładem może być pielęgniarstwo, które nota bene stanowi wyjątkowo ważny obszar działalności służby zdrowia dla korzystnej integracji działań socjalnych i wychowawczych. Zarówno lekarz leczący, jak też kierujący personelem medycznym nie realizując zadań pielęgnowania bezpośrednio — wywiera wpływ na proces pielęgniarstwa nad pacjentem. Dobra orientacja lekarza w problematyce pedagogiczno-społecznej związanej z opieką stanowi jeden z warunków efektywności pielęgnowania i sprzyja optymalnemu wykorzystaniu personelu pielęgniarstwa w procesach terapeutycznych. Analogiczny problem występuje w odniesieniu do innych służb społecznych współdziałających w realizacji celów leczniczych m.in. pracowników socjalnych.

Dalszy powód zainteresowań lekarza pedagogiką społeczną, to konieczność realizacji celów lekarskich w dziedzinie rehabilitacji, geriatrici, pediatrii — w dziedzinach, w których kompetencje wychowawczo-społeczne w szczególnie sposób warunkują efektywność ochrony zdrowia. Specyficzna zależność od środowiska ludzi niepełnosprawnych oraz dzieci — stwarza potrzebę intensywnej pracy wychowawczej, towarzyszącej działaniom terapeutycznym, profilaktycznym i rehabilitacyjnym.

Wyraźne zapotrzebowanie na pedagogiczno-społeczną orientację lekarzy wynika z faktu zespołowości pracy w służbie zdrowia. Efektywność organizowania chociażby zespołów terapeutycznych domaga się nie tylko kompetencji organizatorskiej, ale w równym stopniu pedagogicznej. Przykładem może być potrzeba i umiejętność stosowania technik pracy grupowej.

Twierdzenia i dyrektywy praktyczne pedagogiki społecznej są także ważne w przypadkach, kiedy zachodzi konieczność organizowania pomocy nieprofesjonalnej. Zapotrzebowanie na tego rodzaju pomoc wynika bądź z osobliwości sytuacji opiekuńczej (np. w psychiatrii, w pielęgniarstwie), bądź z niedostatków systemu pomocy i opieki profesjonalnej (np. braków w obsadzie personalnej).

Powyższe przykłady — potencjalnych lub już występujących — zastosowań wiedzy i umiejętności wychowawczo-społecznych w pracy lekarza zarysowują obszar problematyki, która w pedagogice społecznej stanowi przedmiot badań określonych jako „praca socjalna”; (w ujęciu słownikowym, termin „s o c j a l n y” znaczy „*mający na celu zaspokojenie potrzeb bytowych i kulturalnych*” — Mały słownik języka polskiego; 1968 r.).

Przy uwzględnieniu kryteriów właściwych pomocy i opiece, pracę socjalną można określić — za ekspertami ONZ — jako zespół czynników ułatwiających jednostkom, rodzinom, grupom i społecznościom przezwyciężenie trudnych sytuacji socjalnych. Wobec tak szerokiej interpretacji pojęcia „p r a c a s o c j a l n a” — teorię pracy socjalnej można, na użytek służby zdrowia, potraktować jako teorię ogólnej opieki i pomocy, wspierającą praktyczne poczynania wychowawczo-opiekuńcze związane pośrednio, lub bezpośrednio z ochroną zdrowia. Innymi słowy teoria pracy socjalnej — dla potrzeb ochrony zdrowia — obejmuje te wszystkie poczynania, które pozostają poza zakresem kompetencji inżynierii medycznej, jednak są w stosunku do niej towarzyszące.

Wobec tego, że pedagogika społeczna zajmuje się wychowawczą funkcją pracy socjalnej, wydaje się pożyteczne zwrócenie na chwilę uwagi na tę dyscyplinę i na interpretację wychowania przystosowaną do rozwiązywania problemów pomocy, opieki i spraw socjalnych.

2. Pedagogika społeczna jako swoisty kierunek pedagogiczny i jako szczegółowa dyscyplina pedagogiczna

W formule charakteryzującej pedagogikę społeczną jako dyscyplinę naukową silny akcent położony jest na środowisko, jako zespół bodźców rozwojowych; stąd dyscyplinę tę można określić jako teorię, zmierzającą do uogólnienia wpływów środowiskowych na kształtowanie ludzkiego życia, w intencji wychowawczego ukierunkowywania tych oddziaływań. Przy czym rozumienie tego ukierunkowywania bywa dwojakie: polega na :

— dialogu z człowiekiem lub na pobudzaniu korzystnych oddziaływań grupy społecznej na swych członków,

— poczynaniach ulepszających (reorganizujących) środowisko siłami jednostek i grup tego środowiska, inspirowanych przez wychowawcę, w imię cenionych przez społeczeństwo idei. Wychowawca w takim ujęciu staje się działaczem społecznym o z a c i ę c i u animatora i przodownika. To drugie ujęcie wychowawczego oddziaływania wskazuje, że pedagogika społeczna respektując oddziaływania werbalne i płaszczyznę indywidualnego oddziaływania w procesach wychowawczych, za dominantę w tych oddziaływaniach przyjmuje przetwarzanie środowiska siłami ludzkimi. Innymi słowy — łącząc zaprezentowane ujęcia — wychowawcze, oddziaływanie ma polegać nie tyle na dialogu z jednostką ludzką lub na pobudzaniu korzystnych oddziaływań grupy społecznej na swych członków, co na poczynaniach ulepszających środowisko siłami jednostek i grup tego środowiska, inspirowanych przez wychowawcę w imię cenionych przez społeczeństwo wartości.

a) Pedagogika społeczna jako swoisty kierunek badań

Pedagogikę społeczną — jako swoisty kierunek ogólnopedagogiczny — charakteryzuje specyficzne postrzeganie procesu wychowawczego; koncentruje się w niej uwagę na środowiskowych uwarunkowaniach trudności i sukcesów wychowawczych. Sytuacja członka rodziny, grupy koleżeńskiej, społeczności szkolnej, społeczności sąsiedzkiej, stosunków w zakładzie pracy i in. — może w jednych przypadkach stanowić zagrożenie dla rozwoju jednostki, w innych pobudzać jej korzystny rozwój. Jeśli chce się osłabiać wpływy niekorzystne a stymulować wpływy pozytywne środowiska w jego różnorodnych komórkach, kręgach, placówkach — należy proces wychowawczy wiązać z ulepszaniem środowiska — z jego reorganizowaniem i inicjatywami w powoływaniu nowych, korzystnych wychowawczo urzędzeń, placówek, instytucji.

Trzeba wykrywać w badaniach empirycznych psychospołeczne mechanizmy poprawnych poczynania wychowawczych na gruncie podstawowych elementów środowiska — grup rodzinnych, kręgów sąsiedzkich, mikrospołeczności w sanatorium itd. Zaleca się inspirowanie aktywnością wychowawczą wszelkiej środowiskowej działalności społecznej, gdyż sądzi się, że nie tylko wychowawcy profesjonalni lecz także każdy aktywny społecznie w środowisku może realizować swe zadania „w otocze wychowawczej”. Co znaczy, iż funkcja wychowawcza jest naturalną funkcją działalności społecznej. A jeśli niekiedy jej brak, to tylko dlatego, że pozostaje ona w danej jednostce ludzkiej lub w danej grupie jednostek nieuświadomiona — nierozbudzona.

Zadaniem pedagogiki społecznej jest wypracowywanie bodźców i technik, pomagających w wyszukiwaniu w środowisku sił ludzkich jednostko-

wych, zbiorowych, społecznych — a jeśli są niewidoczne, w „stanie uśpienia” — budzić je i dynamizować. Dotyczy to także sugerowania wartościowych zadań grupom nieformalnym środowiska, lecz nade wszystko aktywizowania funkcji wychowawczej środowiskowych urzędów placówek i instytucji. Zadaniem pedagogiki jest więc wykrywanie i analizowanie prawidłowości i zmian zachodzących w różnego rodzaju kręgach środowiskowych, u ludzi różnych generacji w celu odpowiednich korekt i przekształceń.

b) Pedagogika społeczna jako szczegółowa dyscyplina pedagogiczna

Pedagogika społeczna jako wyodrębniona dyscyplina w zespole nauk pedagogicznych uwarunkowana jest przez wydzielony zakres rzeczywistości której wychowawczy aspekt ma w swojej kompetencji.

Tym polem odrębności są losy ludzkie, które wskutek uwarunkowań psychosomatycznych i społecznych lub biegu historii, znalazły się w sytuacjach wymagających opieki i pomocy, bez której ich pomyślny rozwój rzeczowy, psychiczny, kulturalny byłby zagrożony. Oznacza to ujmowanie pedagogiki społecznej jako wychowawczej funkcji pracy socjalnej. Tak więc pedagogika społeczna, jako odrębna dyscyplina naukowa, zajmuje się osobami i zbiorowościami wszelkiego wieku, wymagającymi opieki lub pomocy oraz instytucjami, powołanymi do realizacji tych zadań, a w szczególności ich personelem.

3. Pojęcie wychowania w pedagogice społecznej

Pedagogika społeczna jako nauka praktyczna wypracowuje takie postrzeganie procesu wychowania, które w możliwie wysokim stopniu pozwala na zrozumienie jej zadań rzeczowych, w tym na opracowanie metod i technik optymalnych oddziaływań wychowawczo-społecznych.

Polska pedagogika społeczna jest dyscypliną funkcjonującą, w ramach pedagogiki ukierunkowanej filozoficznie przez marksizm-leninizm. Ogólne konstrukty definiujące czerpiemy z określeń pedagogiki socjalistycznej. Zainteresowany czytelnik znajdzie ogólne definicje wychowania w podstawowych podręcznikach pedagogiki. Tu interesować nas będą sformułowania bardziej szczegółowe, a także elementy operacyjne, pozostające w ścisłym związku z teorią skutecznego działania.

W operacyjnym pojmowaniu wychowania, punktem wyjścia jest uświadomienie sobie odrębności trzech aspektów rozwoju człowieka: biologicznego, społecznego i kulturalnego. Pomoc wychowawcza w rozwoju musi być zatem wieloaspektowa, przy czym uwzględnić należy następujące konsekwencje, wynikające z zakresu i zadań wychowania:

1) wychowanie pojmuje się jako pomoc, która może być korzystna w toku całego ludzkiego życia, we wszystkich jego fazach; w dzieciństwie, młodości, dojrzałości i starości;

2) rozszerzenie kręgów wychowania intencjonalnego poza tradycyjne środowisko wychowawcze, co wyraża się w intencjonalizacji wychowawczej wielu dotychczas pozbawionych tych intencji instytucji i placówek (poradnia świadomego macierzyństwa, szpital, schronisko turystyczne itp.);

3) rozszerzone pojmowanie wychowawcy, dotyczące zarówno nowych zawodów, wymagających kwalifikacji pedagogicznych (pracownicy kulturalno-oświatowi, socjalni, przewodnicy turystyczni itp.), jak też osób podejmujących zadania wychowawcze w charakterze wolontariuszy, realizujących pomoc nieprofesjonalną. Wychowawcza działalność wolontariatu ma w licznych przypadkach postać towarzyszącą; Przykład wychowania towarzyszącego: lekarz stosujący wobec chorych prócz zabiegów sztuki lekarskiej — także postępowanie wychowawcze, pobudzające wolę aktywnej pracy chorego nad sobą, inspirujący środowisko chorego dla lepszego zaspokojenia potrzeb związanych z przebiegiem terapii, rekonwalescencji, rehabilitacji;

4) nasilenie aktywności samokształceniowej, bez której nie byłoby możliwe wychowanie towarzyszące i edukacja permanentna, wspomagająca rozwój osobisty i zawodowy dorosłych.

To skrótowe zaprezentowanie zakresu i zadań wychowania, częściowo wyjaśnia, że proces wychowania, to zupełnie coś innego, niż oderwane działanie incydentalne; że jest to proces złożony, mogący odbywać się wszędzie tam, gdzie są ludzie, a szczególnie tam, gdzie występuje koncentracja interakcji — zagęszczone oddziaływanie międzyludzkie, oraz w tych przypadkach, w których stosunki społeczne są uwikłane w zobowiązania; gdy z ich natury wynika odpowiedzialność (np. odpowiedzialność opiekuna za los pacjenta). Potocznie z wychowaniem kojarzymy system czynności werbalnych — często pojęcie wychowania bywa nawet utożsamiane z systemem tego rodzaju działań. Najsilniejszy wpływ na takie pojmowanie wychowania wydaje się promieniować od nauczycielstwa.

Tadeusz K o t a r b i ń s k i pisząc o nauczycielu stawiał postulat, iż powinien on być mistrzem słowa. Dominacji tego narzędzia nie możemy jednak przenosić na całość systemu jakim jest wychowanie. Sama dydaktyka broni się przed tzw. werbalizmem, powołując się na łacińską maksymę: „*Verba docent, exempla trahunt*”. A chcąc być skuteczną powołuje się na koncepcję, tzw. nauczania wychowującego. Wpływ schematu dydaktycznego przenikniętego werbalizmem — który nie wiele ma wspólnego z twórczym działaniem nawet w samej dydaktyce — sprawia, że wychowanie bywa mało skuteczne. Tendencje „wyuczonyj werbalistyki” prowadzą do kształtowania każdej sytuacji wychowawczej na wzór szkolny; kształcenie podypłomowe bywa chętnie modelowane na kształt przedegzaminacyjnych powtórek, kształtowanie pożądanych postaw lekarskich usiłuje się

realizować w postaci „przedmiotu nauczania etyki zawodowej i deontologii”, wychowanie zdrowotne najchętniej chciałoby się realizować niemal wyłącznie za pomocą znaków (pogadanki, plakaty, broszury), a jeśli zadanie to pojawia się na terenie szkoły, to koniecznie szuka się dla niego miejsca w postaci „przedmiotu nauczania”. Tendencje werbalistyczne stanowią też źródło trudności w przejściu w studiach medycznych z etapu nauczania przedklinicznego do etapu kształcenia w klinice.

Tendencje werbalizmu znajdują dobrą pożywkę dla swego rozwoju w praktyce przygotowania specjalistów do pracy z ludźmi. Na przykład w przygotowaniu lekarzy czy pielęgniarek do zawodu — od początku nauczania długo uczy się o rzeczach (rzecz jasna — bez kontaktu z pacjentem). Wprowadzenie problematyki z zakresu wychowania zdrowotnego na tym etapie kształcenia — pozbawione musi być sensu. Wychowanie zdrowotne nie dotyczy bowiem narządów czy funkcji, lecz człowieka — jego postawy, zachowań, systemu jego wartości. Jeśli brak jest korelacji kształcenia w zakresie wychowania zdrowotnego z kształceniem w zakresie całościowych zadań lekarza czy pielęgniarki — prowadzi to do wyuczenia samych technik pedagogicznych, z jednoczesnym ignorowaniem sytuacji opiekuńczych, terapeutycznych, cech ludzkich. Dalsze konsekwencje błędów w korelacji, to bezradność fachowca wobec niekorzystnych zachowań zdrowotnych pacjenta oraz stosowanie technik i sposobów oddziaływania przynoszącego szkody pacjentowi.

Współczesna dydaktyka łagodzi ujemne skutki werbalizmu przez wprowadzenie różnorodnych technik nauczania (techniki sytuacyjne, zwiedzania, hospitacje, studium przypadku i in.) Pomoc ludziom w rozwoju, przygotowanie ich do zadań — rozumiane zwłaszcza jako rozwijanie ogólnej sprawności psychicznej, są o wiele bardziej wrażliwe na ujemne skutki werbalizmu niż dydaktyka. W kompetencjach pedagoga społecznego silnie eksponuje się te składniki, które wiążą się z umiejętnością „czytania” rzeczywistości pozaznakowej.

Stosunek elementów werbalnych do pozawerbalnych ma wyjątkowe znaczenie w projektowaniu i metodyce pracy wychowawczej w środowisku; od jego rodzaju zależy stopień skuteczności oddziaływania i cenności uzyskanych wyników. Stąd duże zainteresowanie tym układem u niektórych specjalistów. Celnie ujmuje A. K a m i ń s k i relację obu wspomnianych elementów, gdy pisze o przygotowaniu ludzi do starości: *„Zgodnie z dyrektywami pedagogiki społecznej wychowanie pojmowane jest, jako tworzenie sytuacji sprzyjających korzystnym oddziaływaniom wychowawczym. Dialog między wychowawcą i wychowankiem (pouczenie, zachęcanie, wyjaśnienie, inspirowanie) jest tu czymś ważnym, lecz dodatkowym do zadania podstawowego: powoływania lub udoskonalania instytucji, placówek, urządzeń sprzyjających powstawaniu pożądanych sytuacji, wartościowych zachowań, korzystnych kontaktów”*. Zdaniem cytowanego autora, wychowawca jest tu reprezentantem stowarzyszenia lub placówki służącej potrzebom osób

starszych (pracownik socjalny, pracownik kulturalno-oświatowy), który dopomaga użytkownikom tych placówek w przyjmowaniu właściwych wzorów zachowań, zaspokajaniu potrzeb, formowaniu aspiracji. Pedagog społeczny postrzega wychowawcę — szczególnie wychowawcę ludzi dorosłych — jako kogoś, kto towarzyszy wychowywanemu o parę kroków na przódzie (przodownictwo, holowanie) w poszukiwaniu ulepszeń i wzbogacaniu życia własnego oraz życia danej społeczności.

Z powyższych sformułowań wynika ważna preferencja dla wychowania towarzyszącego; to właśnie lekarz, opiekun, pielęgniarz, którzy są z pacjentem, uczestniczą we wspólnej sytuacji — mogą być wychowawcami najskuteczniej działającymi. Te „naturalne” sytuacje wychowawcze, opiekuńcze — sprzyjają najlepiej powstrzymaniu się od nadmiaru działań werbalnych. Rzecz w tym, aby szanse w nich tkwiące spostrzegać i wykorzystać. Aktualność tej zasady jest oczywista, jeśli zważyć, że nasze czasy charakteryzują się nadmiarem informacji, powodującym niekiedy zanieczyszczenie psychicznej atmosfery oraz faktem dewaluacji słów, które są zbyt często i niepotrzebnie używane. Zapobieganie, czy neutralizowanie skutków tych zjawisk, (np. fobie) jest równoznaczne z poszukiwaniem nowych strategii oddziaływań humanistycznych na człowieka — oddziaływań, których nie sposób wykluczyć z sytuacji opiekuńczych i pomocowych.

Doc. dr hab. Romuald Kreczko)*

DZIAŁALNOŚĆ DYDAKTYCZNA KLINIKI ORTOPEDYCZNEJ AM, W NAUCZANIU STUDENTÓW V ROKU STUDIÓW I SZKOLENIU PODYPLOMOWYM

Podstawowe szkolenie studentów V kursu Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie, w zakresie ortopedii i traumatologii odbywa się w Klinice Ortopedycznej, przy ul. Lindleya 4, kierowanej przez prof. dra hab. med. Mariana G a r l i c k i e g o.

W szkoleniu studentów Klinika współpracuje z Oddziałem Urazowo-Ortopedycznym Szpitala Praskiego (kierownik — prof. dr Stefan Ł u k a s i k (i Oddziałem Urazowo-Ortopedycznym Szpitala Bielańskiego (kierownik — prof. dr Tadeusz W i t w i c k i), gdzie część studentów odrabia zajęcia praktyczne w ramach ostrych dyżurów urazowych. W nauczaniu studentów stosujemy system zajęć zblokowanych, oparty na maksymalnej intensyfikacji procesu nauczania. Szczegółowy program ćwiczeń z zakresu ortopedii zawiera „Przedwodnik dydaktyczny”.

Dla zapewnienia prawidłowego przebiegu ćwiczeń, przed rozpoczęciem zajęć każda grupa studencka korzysta z tzw. informacji wprowadzających, przekazywanych studentom przez adiunkta kliniki — dr med. Antoniego P a t r y n a. W ramach tego wprowadzenia studenci uzyskują niezbędne informacje, m.in. na temat imiennego przydziału do poszczególnych asystentów, terminów i miejsc odrabiania zajęć na ostrych dyżurach, zasad korzystania z biblioteki klinicznej oraz podręczników zalecanych w czasie odrabiania ćwiczeń. Wprowadzenie do ćwiczeń ma na celu nie tylko omówienie spraw organizacyjno-szkoleniowych i obowiązków studenta, ale stanowi również pierwszy krok na drodze ożywienia kontaktów pomiędzy studentem a nauczycielem akademickim.

Właściwym zapoczątkowaniem ćwiczeń jest seminarium wstępne poświęcone zasadom i metodyce ortopedycznego badania chorych. Ma ono bardzo ważne znaczenie dla studentów rozpoczynających zajęcia w Klinice Ortopedycznej, warunkuje bowiem zrozumienie patomechaniki różnych zniekształceń i dysfunkcji narządów ruchu.

*) Klinika Ortopedyczna AM

Pozostałe tematy seminaryjne uwzględniają kluczowe zagadnienia ortopedii, znajomość których jest naszym zdaniem niezbędna dla każdego absolwenta wydziału lekarskiego. Dobra znajomość tematów seminaryjnych obok umiejętności prawidłowego badania ortopedycznego stanowi jeden z warunków zaliczenia ćwiczeń. Łącznie ćwiczenia trwają dwa tygodnie a zaliczenie ich odbywa się w ostatnim dniu zajęć, na podstawie tzw. kolokwium zaliczeniowego.

Dwutygodniowy okres ćwiczeń uniemożliwia naszym zdaniem zapoznanie studenta z całokształtem teoretycznych i praktycznych zagadnień z dziedziny współczesnej ortopedii i traumatologii. W związku z tym nauczanie studentów V kursu dotyczy głównie podstawowej tematyki ortopedyczno-urazowej.

Opracowując program szkoleniowy zawarty w „Przewodniku dydaktycznym”, kierowaliśmy się zasadą możliwie największego upracticznienia ćwiczeń oraz przekazania studentom najważniejszych i niezbędnych informacji, dotyczących etiopatogenezy symptomatologii, profilaktyki i współcześnie stosowanych metod leczenia podstawowych jednostek chorobowych, najczęstszych wad wrodzonych i nabytych układu kostno-stawowego a także zasadniczych wiadomości na temat leczenia urazowych uszkodzeń narządów ruchu.

Zajęcia seminaryjne są prowadzone przez samodzielnych pracowników i najbardziej doświadczonych nauczycieli akademickich. W dążeniu do spotęgowania efektów nauczania studentów, klinika korzysta w dość szerokim zakresie z środków audio-wizualnych (filmy udźwiękowione-barwne, przeźrocza, radiogramy).

Wyniki sprawdzianów zaliczeniowych są na ogół pomyślne i świadczą o dobrym ogólnie opanowaniu przedmiotu w zakresie podstawowej problematyki ortopedyczno-urazowej, uwzględnionej w programie szkoleniowym.

Istniejące przy klinice Koło Naukowe, kierowane przez adiunkta dr med. Jana S e r a f i n a, odznacza się dobrą aktywnością i skupia młodzież zdolną oraz żywo interesującą się zagadnieniami ortopedii i chirurgii urazowej.

W programie przyszłościowego działania Kliniki Ortopedycznej w zakresie dydaktyki studentów V kursu, zwrócona zostanie jeszcze większa uwaga na:

- a) dalsze upracticznianie zajęć,
- b) rozszerzenie asortymentu pomocy dydaktycznych,
- c) dalszy rozwój współpracy dydaktycznej z innymi oddziałami urazowo-ortopedycznymi,
- d) większe niż dotychczas oddziaływanie nauczycieli akademickich na studentów w aspekcie kształtowania postaw etyczno-moralnych przyszłego lekarza.

W ramach obowiązków dydaktycznych klinika prowadzi również systematyczną działalność w zakresie szkolenia podyplomowego lekarzy. Odpowiednio do podstawowych zainteresowań naukowych, organizuje się i przeprowadza w klinice kursy szkoleniowo-doskonalące dla lekarzy specjalistów pierwszego i drugiego stopnia, w dziedzinie ortopedii i chirurgii urazowej.

Tematykę kursów stanowiącą m.in. takie zagadnienia jak:

1. Wrodzona dysplazja i zwinięcie stawów biodrowych,
2. Zmiany zwyrodnieniowo-zniekształcające stawów, ze szczególnym uwzględnieniem operacyjnego ich leczenia metodą totalnej alloplastyki,
3. Nabyte i wrodzone wady stóp,
4. Współczesne metody zachowawczego i operacyjnego leczenia złamań.

W ramach kursów przedstawiane są współczesne poglądy na etiopatogenezę, diagnostykę i leczenie chorób oraz wad wrodzonych narządów ruchu o szczególnym znaczeniu klinicznym. Uczestnicy kursów mają możliwość zapoznania się z najnowszymi osiągnięciami w zakresie techniki operacyjnej, dotyczącej m.in. stabilnej osteosyntezy oraz różnego typu alloplastyk totalnych stawu biodrowego. Wykłady, seminaria dyskusyjne jak również zabiegi operacyjne pokazowe, są prowadzone przez profesora, docentów oraz adiunktów.

W ramach szkolenia podyplomowego klinika organizuje także kilkutygodniowe staże dla lekarzy przygotowujących się do egzaminu specjalizacyjnego na pierwszy i drugi stopień, z zakresu ortopedii i chirurgii urazowej. Podobne staże kliniczne przeznacza się również dla chirurgów ogólnych, przed egzaminem specjalizacyjnym na pierwszy i drugi stopień. Organizacja stażu obejmuje zarówno szkolenie praktyczne jak i teoretyczne. Lekarze stażyści biorą czynny udział w pracy klinicznej, zapoznając się z współczesnymi metodami leczenia zachowawczego i operacyjnego różnorodnych wad wrodzonych i nabytych układu kostno-stawowego jak również urazowych uszkodzeń narządów ruchu. Udział w zajęciach na bloku operacyjnym pozwala lekarzom-stażystom na opanowanie umiejętności prawidłowego posługiwania się nowoczesnym sprzętem i urządzeniami pomocniczymi, używanymi w czasie wielu, różnorodnych operacji ortopedycznych. Praktyczny aspekt szkolenia stażystów uwzględnia ponadto takie dziedziny jak: wczesne postępowanie pooperacyjne, usprawnianie chorych urazowo-ortopedycznych oraz zaopatrzenie ortopedyczne, (gorsety, aparaty, obuwie, protezy, wkładki ortopedyczne).

Zajęcia teoretyczne, prowadzone w formie seminaryjnej, uwzględniają następujące zagadnienia:

- a. Wady wrodzone kończyn,
- b. Wady wrodzone kręgosłupa i klatki piersiowej,
- c. Zniekształcenia wzrostowe i nabyte kończyn dolnych,

- d. Zmiany zwyrodnieniowe stawów i kręgosłupa,
- e. Nowotwory układu kostno-stawowego,
- f. Porażenia wiotkie i spastyczne,
- g. Zapalenia kości i stawów (swoiste i nieswoiste),
- h. Urazy kręgosłupa i miednicy,
- i. Urazy kończyny górnej i dolnej,
- j. Amputacje kończyn,
- k. Powikłania złamań i zwichnięć.

Jak wykazało doświadczenie kliniczne, staże przedegzaminacyjne organizowane według przedstawionych powyżej zasad, posiadają dużą wartość szkoleniową a lekarze—stażyści mają możliwość przyswojenia sobie wielu ważnych umiejętności praktycznych oraz pogłębiania zasobu wiedzy teoretycznej, w zakresie specjalności która, zwłaszcza w okresie ostatnich kilkunastu lat przeżywa niezwykle dynamiczny i wielokierunkowy rozwój.

Mgr Urszula Włodarczyk)*

WYCHOWAWCZA FUNKCJA STUDENCKICH PRAKTYK ROBOTNICZYCH W OPINII STUDENTÓW

Wśród podstawowych zadań wychowawczych, które stawiane są przy kształtowaniu osobowości człowieka naszego ustroju, na czoło wysuwa się zadanie wyrobienia socjalistycznego stosunku do pracy. Jak wszechstronny jest wpływ pracy na osobowość wskazuje prof. T. Nowacki „Dzięki pracy rodzi się wiele wartościowych cech, wśród których na szczególne podkreślenie zasługują: socjalistyczna postawa wobec pracy, poszanowanie dóbr, poczucie zespołowości i umiejętności zespołowego działania, kształtowanie samodzielności i inicjatywy, prowadzące aż do racjonalizatorstwa, nowatorstwa i wynalazczości, zdyscyplinowania i umiejętności podporządkowania się wymaganiom zespołowego działania, umiejętności planowania, umiejętności pokonywania przeszkód i wyrabiania woli. Wszystkie te elementy łącząc się tworzą osobowość, która nie jest przecież zbiorem cech, lecz dynamicznym procesem stawania się we wzajemnym oddziaływaniu środowiska na ucznia i ucznia na środowisko”. (*T. Nowacki: Wychowanie przez pracę, Warszawa 1964 s. 198 PZWS.*)

Zadania te wyeksponowane są między innymi w programach studenckich praktyk robotniczych przez włączenie młodzieży, która rozpoczyna studia w szkole wyższej, w nurt codziennej działalności pracy szpitala — w przypadku studentów medycyny, bądź zakładu — w przypadku studentów farmacji. Chodzi o to, aby młodzież, która w przeważającej większości nigdy nie wykonywała pracy fizycznej zawodowo, a która z racji uzyskanego w przyszłości wykształcenia w wielu wypadkach będzie stykać się z problematyką pracy fizycznej, z pozycji pracownika sterującego określonym wycinkiem pracy, poznała bliżej trud pracy fizycznej. Praktyki robotnicze zostały tak zorganizowane, aby wszyscy studenci mogli zapoznać się z problematyką pracy fizycznej w tej specjalności, którą obrali jako kierunek studiów.

Informacji o wartości wykonywanej pracy dostarczyły zebrane w toku przeprowadzonych badań wypowiedzi samych uczestników, zawarte

*) Dział Dydaktyki i Spraw Bytowych Studentów AM

między innymi w trzech punktach ankiety: *Jakie korzyści dała ci wykonana praca; Jakie dostrzegłeś braki w organizacji praktyk ze strony zakładu?; Co twoim zdaniem należałoby zmienić w przyszłości, aby praktyka robotnicza była bardziej pożyteczna dla ciebie i dla zakładu pracy?*

Jak wynika z zebranych materiałów, większość studentów ocenia pozytywnie fakt zatrudnienia ich jako pracowników fizycznych. Spośród 158 uczestników praktyk, którzy udzielili odpowiedzi na pytanie: *Czy i jakie korzyści dała ci wykonana praca?*, aż 120 stwierdza, iż wykonana praca przyniosła im korzyści. Charakterystyczne dla tych odpowiedzi są powtarzające się uzasadnienia: *Mogłem ze swojego punktu widzenia, ocenić i porównać pracę innych* (120), *„Poznałem pracę fizyczną i nauczyłem się ją szanować”* (80), *„Poznałem trud pracy fizycznej i nabrałem do niej szacunku”* (70), *„Uważam, że praca moja była komuś potrzebna, spełniła jakiś cel, a przez to przyniosła mi dużo zadowolenia”* (70), *„Uważam że prace salowych powinny być więcej cenione przez lekarzy i pielęgniarki”* (3), *„Mogłam, zapoznać się ze szpitalem, jego specyfiką, atmosferą, chorymi”* (4). Przytoczone wypowiedzi świadczą wyraźnie o pozytywnym wpływie wykonywanej pracy fizycznej na kształtowanie właściwych postaw i poglądów młodzieży przyjętej na studia oraz na wyrabianie w niej poszanowania dla każdej pracy, jak i dla człowieka wykonującego tę pracę. Osiągnięte w pracy fizycznej wyniki stają się kryterium samooceny i samokontroli a tym samym przyczyniają się do kształtowania pozytywnych cech charakteru.

Uczestnicy praktyk w większości przypadków podkreślają celowość doboru rodzaju prac. Podkreślają, że wynieśli dużo nowych informacji i doświadczeń oraz lepiej poznali wybrany zawód (80 osób). Część respondentów która stwierdza, iż nie wynieśli z wykonywanej pracy prawie żadnych korzyści, nie podważają jednak celowości organizowania studenckich praktyk robotniczych i własnego udziału w tych praktykach, lecz wyraża pogląd, że przyczyną niezadowolenia było przydzielenie im niezbyt odpowiednio dobranej pracy i tylko dlatego praktyka nie przyniosła im większego pożytku. Opinię tą wyraża większość studentów odrabiających praktykę w lipcu (już po I roku studiów).

Wśród postulatów na przyszłość, wysuwa się na czoło sprawa lepszej organizacji pracy. *„Brak ścisłego poinformowania o zakresie obowiązków”* (15), *„Praca nie była należycie zorganizowana, często nie wiedzieliśmy co mamy robić”* (20). *„Uważam, że studenci powinni wykonywać więcej czynności pielęgniarek, a nie tylko salowych”*. *„Brak systematycznego rozłożenia pracy w przeciągu 7 godzin spędzonych w szpitalu. Po skończonej pracy trzeba było odsiedzieć resztę czasu bez możliwości pójścia do domu”*. *„Skrócić czas pracy, a zwiększyć wydajność”*.

Z analizy uzyskanych wypowiedzi wynika, że studenci chętnie podejmują pracę fizyczną, ale chcą, aby zakłady pracy w pełni wywiązały się z obowiązków wynikających z zatrudnienia. Aby jednak praca fizyczna

spełniała swe zadania wychowawcze w równym stopniu w stosunku do wszystkich uczestników praktyk, należałoby w przyszłości wziąć pod uwagę możliwość wprowadzenia niektórych zmian:

- a) zmienić charakter pracy studentów odrabiających zaległą praktykę robotniczą,
- b) opracować dokładny zakres obowiązków studenta,
- c) wprowadzić rotację pracy (1 tydzień praca w pralni, sprzątanie, drugi pomoc pielęgniarska itp.).

Obok wychowawczych aspektów pracy w ramach praktyk robotniczych realizowane było następane zadanie szkoły wyższej jakim jest przygotowanie studentów roku „zerowego” do podjęcia studiów w szkole wyższej.

Miesięczny okres pobytu na praktyce robotniczej stwarza duże możliwości realizacji tych zamierzeń, między innymi przez: poznanie przyszłych kolegów z grupy, roku, wydziału, uczelni; zetknięcie się i zacieśnianie kontaktu z pracownikami naukowo-dydaktycznymi uczelni; poznanie struktury organizacyjnej Uczelni i charakteru studiów na danym wydziale.

Uzyskane materiały upoważniają do stwierdzenia, że wymienione zamierzenia wychowawcze zostały w czasie trwania studenckich praktyk robotniczych zadawalająco zrealizowane. Najpełniejszym potwierdzeniem tego są liczne wypowiedzi uczestników praktyk na pytanie: „*Czy i w jakim stopniu pobyt na praktyce ułatwił ci wejście w życie uczelni*”. Na 158 respondentów odpowiedzi pozytywnej udzieliło aż 139 osób. Charakterystyczne dla tej grupy zagadnień są wypowiedzi: „*Poznałem zasady życia studenckiego uczelni*”; „*Dzięki praktyce poznałem organizację uczelni, zakładów naukowych*”; „*Poznałem przyszłych kolegów i wykładowców z inicjatywy SZSP — teren AM*”; „*Zalutwilem sobie książki, nawiązałem przyjaźń*”; „*Zapoznałem się z programem studiów, atmosferą panującą na uczelni*”.

Zdecydowana większość uczestników praktyk, w ciągu blisko miesiąca wspólnie wykonywanej pracy i codziennego życia poznała kolegów, z którymi zaprzyjaźniła się albo zamierza się zaprzyjaźnić. Z pedagogicznego punktu widzenia korzyści te są niewątpliwie i niepodważalne. Tym bardziej, że pierwszy rok studiów jest dla młodzieży trudnym sprawdzianem własnych możliwości, odporności psychicznej i stopnia samodzielności. Wynika to ze zmiany środowiska i odmiennego charakteru kształcenia w szkole średniej i wyższej. Etapem łagodzącym zmianę tych trudności i charakteru pracy jest właśnie praktyka robotnicza tym więcej, że przebiega w warunkach tylko częściowo sformalizowanych.

Praktyki, oprócz podstawowych zadań społeczno-ekonomicznych, mają spełnić również ważne funkcje rekreacyjno-poznawcze. W świetle uzyskanych materiałów brak podstaw do optymizmu. Na pytanie: „*Czy jesteś zadowolony ze sposobu spędzania czasu wolnego*” zaledwie 30% respondentów udzieliło odpowiedzi twierdzącej. Dość znaczna grupa studentów wy-

raża niezadowolenie z form spędzania czasu wolnego. Nasuwa to przypuszczenie iż wystąpiły w tym zakresie niedomogi organizacyjne lub wychowawcze. Zagadnienie to wymaga analizy i oceny przyczyn, tym bardziej, że zakład pracy zobowiązany jest do zapewnienia warunków rekreacji młodzieży, zaś organizacje młodzieżowe do organizacji spotkań z ciekawymi ludźmi, prelekcji, dyskusji, organizacji imprez rozrywkowych, wycieczek itp.

Podsumowując można stwierdzić, że znaczna część zasadniczego programu oddziaływań wychowawczych na uczestników studenckich praktyk robotniczych została zrealizowana. Ogólnie można stwierdzić, iż zarówno w opinii komendantów hufców, kierowników zakładów pracy jak i studentów, praktyki robotnicze zrealizowały prawie wszystkie postawione przed nimi zadania.

Mgr Grażyna Kuczyńska, mgr Urszula Włodarczyk)*

ANALIZA SPRAWNOŚCI KSZTAŁCENIA OBCOKRAJOWCÓW

Badania dotyczące efektywności studiów są bardzo na czasie i szczególnie ważne dla szkolnictwa wyższego, ze względu na duży odsiew co powoduje, że przeciętnie w skali krajowej po I roku odpada 35 % studentów. W akademiach medycznych odsiew ten jest niższy w porównaniu z innymi szkołami akademickimi — niemniej odsetek studentów, którzy opuszczają naszą Uczelnię w trakcie lub po pierwszym roku studiów wynosi ok. 30 %. Dotyczy to ogółu studentów. Dobrze jest zastanowić się jak w tym układzie przedstawia się efektywność studentów obcokrajowców.

Ze względu na charakter problematyki, bezpośrednio związanej z przebiegiem procesu dydaktycznego w badaniach sprawności kształcenia wykorzystano trzy metody: statystyczną, analityczną, i porównawczą.

Pod pojęciem sprawności kształcenia rozumiemy ilościowe efekty procesu nauczania. W badaniach naszych rozróżnialiśmy sprawność roczną, a więc ilościowe wyniki pracy studentów w ciągu roku akademickiego oraz sprawność całkowitą w ciągu całego cyklu studiów. Miernikami tak pojętej sprawności kształcenia jest: —

— liczba studentów, którzy zaliczyli pierwszy rok studiów, w stosunku do liczby studentów przyjętych w postępowaniu kwalifikacyjnym,

— liczba studentów, którzy uzyskali dyplom ukończenia studiów w stosunku do liczby studentów zarejestrowanych na początku semestru pierwszego.

Z pojęciem sprawności studiów łączą się ściśle dwa ujemne zjawiska: odsiew i odpad, którymi będziemy się posługiwać. Dla jednoznacznego ich rozumienia przypominamy, że terminem *odsiew* określa się przerwanie studiów bądź całkowitą z nich rezygancję z powodu niepowodzeń dydaktycznych. *Odpad* — zaś — odejście z Uczelni przed jej ukończeniem na skutek niepomyślnych warunków życiowych, a nie z powodu trudności w nauce.

Przy obliczaniu sprawności kształcenia wykorzystano materiały źródłowe w postaci dzienników studentów. Badanie sprawności całkowitej rozpoczęto od roku akademickiego 1968/69, natomiast rocznej od roku akademickiego 1972/73.

*) Dział Dydaktyki i Spraw Bytowych Studentów AM

Z tabeli I wynika, że w roku akademickim 1975/76 ogółem w AM studiowało 88 studentów zagranicznych, w tym 76 na I Wydziale Lekarskim, dwóch na II Wydziale Lekarskim i 10 na Oddziale Stomatologii.

Tabela I

Liczba obcokrajowców studiujących w AM w roku akademickim 1975/76

Rok studiów	I Lekarski			II Lekarski			Stomatologia			Łącznie		
	K	M	Razem	K	M	Razem	K	M	Razem	K	M	Razem
I	2	10	12	1	1	2	2	1	3	5	12	17
II	6	5	11	—	—	—	3	—	3	9	5	14
III	6	10	16	—	—	—	1	1	2	7	11	18
IV	3	7	10	—	—	—	1	—	1	4	7	11
V	—	12	12	—	—	—	—	1	1	—	13	13
VI	8	7	15	—	—	—	—	—	—	8	7	15
Razem	25	51	76	1	1	2	7	3	10	33	55	88

Aktualnie jesteśmy w stanie przedstawić tylko sprawność kształcenia obcokrajowców studiujących na poszczególnych latach w roku akadem. 1975/76. Dane te ilustruje tabela II.

Tabela II

Całkowita sprawność studiów medycznych na Wydziale Lekarskim w latach 1968/69—1975/76.

Rok akademicki		Przyjęci na I rok stud.	Odsiew i odpad po 6 latach	Uzyskali dyplom w terminie
I rok stud.	VI rok stud.			
1968/69	1973/74	15	11	4
1969/70	1974/75	14	10	4
1970/71	1975/76	16	9	7

Poszczególne lata studiów zaliczyło 68 studentów, co stanowi 89 %, w tej grupie 18 studentów (28 %) uzyskało średnią poniżej oceny dostatecznej. Zjawisko to występowało najczęściej na IV roku Wydziału Lekarskiego. Tylko 4 osoby na 68 otrzymały średnią ocenę powyżej 4,5, co stanowi około 4 %.

Kolejna tabela III obrazuje sprawność kształcenia w trzech cyklach studiów.

Największy odpad i odsiew jest po I roku studiów. Natomiast na wyższych latach jest już minimalny. Pierwszy rok jest więc rokiem selekcyjnym.

Tabela IV przedstawia całkowitą sprawność kształcenia. Wynika z niej, że około 27 % z osób przyjętych na I rok uzyskuje dyplom w terminie.

Tabela III

Sprawność kształcenia w trzech cyklach studiów w latach 1972/73—1975/76.

Rok akadem.	Rok stud.	Liczba osób rozp.studia				Ubytek w danym roku					Zaliczyli dany rok
		repet.	przen.	urlop	ogól.	skreś.	urlop	powt.	rezyg.	ogól.	
1972/73	I	—	3	—	22	3	1	4	8	16	6
1973/74	II	4	1	—	11	—	1	1	—	2	9
1974/75	III	1	1	—	11	2	—	1	—	3	8
1975/76	IV	—	2	—	10	—	—	—	—	—	10
1976/77	V	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—
1973/74	I	3	—	—	33	3	2	2	12	19	14
1974/75	II	1	1	—	16	—	1	1	—	2	14
1975/76	III	1	—	1	16	—	—	—	—	—	16
1976/77	IV	—	7	—	23	—	—	—	—	—	—
1974/75	I	2	—	—	20	4	—	3	4	11	9
1975/76	II	1	1	—	11	—	—	—	—	—	11
1976/77	III	2	—	1	14	—	—	—	—	—	—
1975/76	I	3	—	—	12	3	1	2	1	7	5
1976/77	II	—	1	—	6	—	—	—	—	—	—

Z przeprowadzonych badań wynika, że najwyższy odsiew i odpad występuje na I roku.

Do podstawowych przyczyn niepowodzeń studenci zaliczają:

1. Słabą znajomość języka polskiego.
2. Zmianę środowiska.
3. Brak umiejętności samodzielnego uczenia się.
4. Złą organizację pracy.
5. Duży zakres materiału naukowego oraz małą komunikatywność wykładów i ćwiczeń, co wynika z niedostatecznego przygotowania wyniesionego ze szkoły średniej i słabej znajomości języka.
6. Brak umiejętności samodzielnego myślenia.

Studenci, którym wyżej wymienione trudności udaje się pokonać zaliczają studia bez kłopotów. Okazuje się, że najwyższa sprawność kształcenia jest na latach starszych. Na sprawność tą rzutuje dość znaczny odsetek studentów, którzy powtarzali rok I studiów i zdobyli już umiejętność pokonywania trudności.

Władze uczelni starają się dopomóc studentom we właściwym przebiegu procesu czynnej adaptacji. W tym celu został powołany, z grona nauczycieli akademickich, Zespół ds. Opieki nad Cudzoziemcami. Przewodniczącym tego Zespołu jest dr n.med. Jan Rowiński. Zespół ściśle współpracuje z dziekanami wydziałów, radami pedagogicznymi, organizacjami młodzieżowymi, środowiskowym komitetem studentów zagranicznych oraz w sprawach dydaktyczno-wychowawczych i socjalno-bytowych z Działem Dydaktyki i Spraw Bytowych Studentów.

Tabela IV
Sprawność kształcenia na Wydziale Lekarskim AM w roku akademickim 1975/76.

Rok stud.	Liczba studentów na danym roku					Ubytek w ciągu studiów					Zaliczyli rok studiów	Sukcesy w studiach				
	rekрут	repet.	przen.	urlop	ogółem	rezyg.	skreśl.	repet.	urlop	ogółem		średn.	średn.	średn.	średn.	
I	9	3	—	—	12	1	3	2	1	7	5	—	1	2	2	—
II	9	1	1	—	11	—	—	—	—	—	11	2	2	—	5	2
III	14	1	—	1	16	—	—	—	—	—	16	—	2	7	4	3
IV	8	—	2	—	10	—	—	—	—	—	10	1	—	—	3	6
V	9	—	3	—	12	—	—	—	—	—	12	1	1	1	4	5
VI	13	2	—	—	15	—	—	1	—	1	14	—	3	3	6	2
Razem	62	7	6	1	76	1	3	1	3	8	68	4	9	13	24	18

Do podstawowych zadań Zespołu należy między innymi:

1. Otoczenie opieką studentów zagranicznych bezpośrednio przed przyjęciem na studia i w pierwszych dniach po przyjeździe na uczelnię.
2. Bieżąca pomoc w rozwiązywaniu zgłoszonych przez studentów pro-

- blemów dotyczących spraw dydaktycznych, wychowawczych, społecznych, kulturalnych itp.
3. Uzgadnianie z samorządem studentów obcokrajowców planu pracy kulturalnej oraz wspólne rozgospodarowanie funduszu kulturalno-turystycznego.
 4. Pomoc w nauce studentom (szczególnie I roku) poprzez:
 - a) pomoc w zakupieniu podręczników,
 - b) zorganizowanie dodatkowych konsultacji (w porozumieniu z kierownikami katedr).

Dla studentów lat starszych, przez niektóre katedry i kliniki np. radiologii, chorób zakaźnych itp. organizowane są zajęcia dodatkowe sprofilowane pod kątem problematyki kraju do którego studenci wracają po studiach.

Przedstawione problemy są fragmentem rozpoczętych prac nad sprawnością kształcenia w Akademii Medycznej. Aktualnie opracowujemy dwa narzędzia badawcze: ankiety i wywiad kierowany. Mamy nadzieję, że zebrane za pomocą tych narzędzi materiały, przyczynią się do właściwej oceny przyczyn niepowodzeń dydaktycznych i ewentualnej modernizacji pracy w zakresie opieki nad cudzoziemcami w latach następnych.

*Dr hab.n.farm. Bohdan Fitał, dr n.farm. Jan Pachecka, dr n.farm. Jerzy Podleśny, mgr farm. Andrzej Suliński**

OSIĄGNIĘCIA I ZNACZENIE OBOZÓW NAUKOWO-SPOŁECZNYCH STUDENTÓW WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO W LATACH 1970-76

W latach 1970-76 na Wydziale Farmaceutycznym AM w Warszawie zorganizowano 9 studenckich obozów naukowo-społecznych. Wzięło w nich udział 35 pracowników naukowo-dydaktycznych Wydziału i 201 studentów z różnych lat studiów, w większości członków SKN przy zakładach Wydziału, a od roku 1973 członków SKN Ochrony Środowiska.

Tematyka obozów dotyczyła badania chemicznych zanieczyszczeń środowiska (powietrza, wód pitnych i powierzchniowych oraz gleby) i mieściła się w planie resortowym Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej na lata 1971-75, pkt. 2 — ekologia człowieka, podpunkt c — stan zagrożenia czynnikami fizycznymi, chemicznymi i biologicznymi zbio-
rowości ludzkich.

Program obozów zlokalizowanych w Głogowie obejmował badania wpływu rozwijającego się hutnictwa miedzi na zanieczyszczenia chemiczne powietrza oraz wód pitnych i powierzchniowych rejonu, w tym również zanieczyszczenia Odry. Dużą pomoc w zorganizowaniu i realizacji obozów wykazały władze terenowe, a szczególnie Komitet Powiatowy PZPR w Głogowie, Prez. PRN w Głogowie, Powiatowa Komisja Planowania Gospodarczego w Głogowie, Kuratorium Okręgu Szkolnego WRN w Zielonej Górze, Wojew. Stacja San.-Epid. w Zielonej Górze, Wydział Zdrowia Prez. PRN w Głogowie oraz Prez. MRN w Głogowie.

Uczestnicy obozów byli zakwaterowani w Państw. Zakładzie Wychowawczym w Głogowie. Liceum Ekonomiczne i Powiat. Stacja San.-Epid. udostępniły pomieszczenia laboratoryjne. Dyrekcja Oddz. VI PKS w Głogowie oraz Powiat. Komenda MO przekazały uczestnikom obozów środki transportu drogowego i wodnego. Program badań był konsultowany i realizowany w porozumieniu z Powiat. Stacją Kwarantanny i Ochrony Roślin, Stacją Zabiegów Ochrony Roślin i Powiat. Inspektoratem PGR w Głogowie. Uczestnicy obozów współpracowali z dyrekcją Huty Miedzi „Głogów” w Żukowicach oraz dyrekcją PGR i GRN w Żukowicach, uzyskując wielką pomoc w realizacji programu badań.

*) Wydział Farmaceutyczny AM w Warszawie.

Na zlecenie Wydz. Gospodarki Wodnej i Ochrony Powietrza Prez. WRN w Warszawie, podjęto badania zanieczyszczeń środkowej Wisły i jej dopływów w rejonie Dębłina. Przeprowadzono również badania zanieczyszczeń chemicznych w stawach hodowlanych Państw. Gosp. Rybackiego w Rykach. W Dęblinie zorganizowano cztery studenckie obozy naukowo-społeczne. Program badań był konsultowany w Wojew. Laborat. Badania Wody i Ścieków w Warszawie, Inst. Gospodarki Wodnej oraz Biurem „Wisła”, działającym pod patronatem ONZ. Powiadomiono również Centralny Urząd Gospodarki Wodnej.

Za zgodą Zarządu I Sztabu Generalnego WP oraz dzięki życzliwości Głównego Zarządu Politycznego WP obozy zlokalizowano na terenie Wyższej Oficerskiej Szkoły Wojsk Lotniczych w Dęblinie, gdzie korzystano również z laboratorium Szkoły. Na szczególne podkreślenie zasługuje ogromna życzliwość, pomoc i poparcie, z którym organizatorzy obozów spotkali się w Sztapie WOSWL. Uczestnicy obozów zachowują również w pamięci wspomnienie z częstych kontaktów z komendantem szkoły gen. bryg. pil. dr Józefem Kowalskim, który na bieżąco interesował się realizacją programu obozów i który był obecny na uroczystości zakończenia letniej akcji obozów naukowo-społecznych w naszym Wydziale.

Za zgodą ministra przemysłu chemicznego dyrekcja Zakładów Azotowych w Puławach zapewniła bieżący transport prób wody z rozległego terenu badań. Organizatorom obozów udzielili również pomocy: przewodniczący Prez. PRN w Rykach, Komitet Powiat. PZPR w Rykach, Prez. MRN w Dębnie oraz Komenda MO w Dęblinie.

Dyrekcja Stoł. Zarządu Aptek wypożyczyła organizatorom specjalne pojemniki do transportu sprzętu laboratoryjnego.

W latach 1973-74 studenci Wydziału Farmaceutycznego uczestniczyli w pracach interdyscyplinarnych obozów społeczno-naukowych w Kozienicach. Organizatorem prac był Komitet Kształtowania i Ochrony Środowiska przy Zarządzie Stoł. SZSP, w skład którego wchodziło trzech przedstawicieli naszego Wydziału. Uczestnicy obozów w Kozienicach realizowali część ogólnego planu badań, dotyczącego wpływu miejscowych zakładów przemysłowych na Puszcę Kozienicką i zawartość chemicznych zanieczyszczeń rzeki Zagożdżonki. Prace eksperymentalne przeprowadzono w laboratorium Liceum Ogólnokształcącego w Kozienicach.

W zorganizowaniu obozów dużą pomoc wykazał Komitet Powiat. PZPR w Kozienicach oraz Prez. PRN w Kozienicach. Program obozów konsultowano w Wojew. Stacji San.-Epid. w Kielcach, Wojew. Laboratorium Badania Wód i Ścieków Urzędu Wojew. w Kielcach oraz w Powiat. Stacji Kwarantanny i Ochrony Roślin w Kozienicach.

W czasie realizacji programu obozów współpracowano z dyrekcją Zakł. Chem. „Pronit-Erg” w Pionkach, dyrekcją Wytwórni Sztucznej Skóry „Polcorfam” w Pionkach oraz w Kozienicach z dyrekcją elektrowni,

dyrekcją Państw. Stadniny Koni, Okręg. Zarz. Spół. Mleczarskich i dyrekcją ZOZ.

W latach 1975-76 zorganizowano dwa obozy naukowo-społeczne w Płocku. Program obozów obejmował toksykologiczno-higieniczne badania niektórych zanieczyszczeń wody i powietrza w Mazowieckich Zakł. Rafineryjnych i Petrochemicznych oraz na terenie miasta Płocka. Badania te prowadzono w ramach umowy między Akademią Medyczną w Warszawie a MZRiP w Płocku.

Wszystkie obozy naukowo-społeczne zorganizowane na Wydziale Farmaceutycznym wykonywały eksperymentalne programy badań, co świadczy o dużym współczynniku trudności w ich realizacji. Wiąże się to zarówno z koniecznością opanowania przez studentów metodyki badań przed obozem, jak również ze zorganizowaniem i transportem sprzętu laboratoryjnego oraz z właściwym zorganizowaniem sposobu pobierania prób w terenie i zabezpieczeniem pomieszczeń laboratoryjnych.

Tak więc przygotowanie, realizacja i opracowanie wyników każdego obozu zajmowało organizatorom kilka miesięcy pracy. Należy zaznaczyć, że wszystkie obozy całkowicie zrealizowały swoje programy badawcze. Oprócz programów badań organizatorzy obozów realizowali również programy polityczno-wychowawcze.

Studenckie obozy naukowo-społeczne mają duże znaczenie dydaktyczno-wychowawcze. Są one właściwym miejscem do realizacji zasady partnerstwa asystent — student, lepszego wzajemnego poznania się i nawiązania nieformalnego dialogu na tematy dydaktyczno-programowe, zawodowe i polityczne. Organizatorzy obozów przywiązywali również dużą wagę do spotkań z przedstawicielami władz terenowych, które były okazją do zapoznania studentów z zagadnieniami politycznymi, gospodarczymi i kulturalnymi regionu. Duże znaczenie miał również fakt stworzenia studentom możliwości wykorzystania ich umiejętności zawodowych w praktyce.

Czynnikiem wychowawczym dużej wagi był społeczny charakter wykonywanych prac, a przede wszystkim świadomość, że na wyniki prac studentów jest ogromne zapotrzebowanie, co określa ich przydatność i wykorzystanie w praktyce. Na uroczystości zakończenia letniej akcji obozów naukowo-społecznych podawano studentom do wiadomości wartość ich pracy w złotówkach, co organizatorzy otrzymywali od instytucji, którym przekazywano opracowane wyniki. Stanowiło to dodatkową satysfakcję dla uczestników.

W czasie wolnym od pracy realizowano programy turystyczne i rekreacyjne. Organizowano rozgrywki sportowe oraz wycieczki piesze lub autokarowe. Troską organizatorów był więc zarówno czynny odpoczynek młodzieży jak i wartości poznawcze, związane z ukazaniem im zabytków i piękna kraju.

Ogromne znaczenie wychowawcze miał również fakt, że praca studentów była dostrzegana i wysoko oceniana przez władze terenowe oraz instytucje bezpośrednio zainteresowane wynikami badań. O pracy studentów Wydziału mówiono (audycje radiowe) i pisano (Trybuna Ludu, Polityka, Życie Warszawy, Gazeta Zielonogórska, Sztandar Młodych, Służba Zdrowia, Express Wieczorny, Widnokreśli, ITD, Prasa Polska, Nowy Medyk, Tygodnik Kulturalny, Tygodnik Płocki, Przyroda Polska, Chronmy Przyrodę Ojczyzną, Kwartalnik AM w Warszawie oraz Problemy Uczelni i Instytutów Medycznych). Uczestnicy obozów otrzymali nagrodę przewodniczącego Prez. Wojew. Rady Narodowej w Warszawie oraz przewodniczącego Prez. PRN w Głogowie. Wyniki swoich prac referowali na konferencjach uczelnianych SSKN, w Halle (NRD) na konferencji naukowej studentów wydziałów farmaceutycznych krajów socjalistycznych oraz na sympozjach organizowanych po zakończeniu obozu. Obozy studenckie były wizytowane przez: sekretarza VI Wydz. PAN prof. dr J. Kostrzewskiego, szefa sztabu Główn. Kwatermistrzostwa WP gen.bryg. J. Dymkowskiego, z-cę szefa Służby Zdrowia WP płk T. Obarę, ministra przemysłu lotniczego ZSRR P.W. Dementiewa, dowódcę Wojsk Lotn. WP gen.dyw. J. Raczkowskiego, prezesa Aeroklubu PRL gen.bryg. R. Paszkowskiego, przedstawiciela Wojsk Inst. Med. Lotn. doc. dr hab. W. Świącieckiego, władze Uczelni i Wydziału, przedstawicieli Rady Okręgowej SZSP w Warszawie, przedstawicieli ZNP oraz przedstawicieli radia i prasy.

Uczestnicy obozu w Dęblinie (1971), w czasie prac w terenie, znaleźli w jednym z domów dwudziestokilkuletniego człowieka, który w wypadku stracił obie nogi. Był to Zbigniew Szlendak zam. we wsi Dęblin-Masów. Usunięto go z pracy, nie otrzymywał renty. Leżał w barłogu, w stanie krańcowego wyczerpania psychicznego, bez środków do życia i żadnych perspektyw. Studenci zajęli się nim doraźnie, a następnie interweniowali w jego sprawie. W wyniku interwencji ob. Szlendak został przewieziony do sanatorium, otrzymał rentę i protezy, a następnie skierowano go na naukę zawodu. Kierowany wdzięcznością wysłał do prasy list z gorącym podziękowaniem dla studentów. List ten został opublikowany. Swoim działaniem w tej sprawie studenci naszego Wydziału zdobyli uznanie mieszkańców Masowa.

Studenci Wydziału Farmaceutycznego byli autorami trzech cennych inicjatyw. Uczestnicy obozu w Głogowie (1970) zainicjowali „Studencką Akcję Głogów”. Zaplanowano ją jako wielokierunkowy i wieloletni czyn młodzieży akademickiej różnych uczelni w rozbudowującym się Głogowie. Obejmowałaby ona wiele zagadnień, których rozwiązanie jest niezbędne w perspektywnym rozwoju miasta i jego okolic. Inicjatywa ta spotkała się z bardzo przychylnym przyjęciem władz powiatu. Do akcji włączyli się studenci AGH z Krakowa oraz studenci Uniwersytetu Warszawskiego. Uczestnicy obozu w Dęblinie (1971) zainicjowali „Akcję Wisła”. Zwrócili

się oni do swoich kolegów z wydziałów farmaceutycznych, chemicznych, biologicznych i geograficznych uczelni położonych w dorzeczu Wisły, aby podjęli prace dotyczące badania chemicznych zanieczyszczeń Wisły i jej dopływów w innych rejonach Polski. Opracowano apel, który został opublikowany. Apel ten poparła Rada Naczelna ZSP powołując Ogólnopolski Komitet Młodzieży Studenckiej d/s Ochrony Środowiska. Zadaniem tego komitetu była koordynacja działalności w tym zakresie różnych ośrodków akademickich kraju, wymiana doświadczeń i wyników prac.

Uczestnicy obozu w Kozienicach (1973) byli współorganizatorami „Akcji Kozienice”, której celem było badanie wpływu zakładów przemysłowych na środowisko naturalne regionu. Inicjatywy te świadczą o dużym wyrobieniu społeczno-politycznym młodzieży. Wskazują one również na szersze, perspektywiczne spojrzenie studentów na właściwe ukierunkowanie ich młodzieńczego zapału i pracy w rozwoju naszego kraju.

Oceniając obozy naukowo-społeczne Wydziału Farmaceutycznego z perspektywy siedmiu lat należy stwierdzić, że zdały one egzamin. Stały się częścią programu dydaktyczno-wychowawczego Wydziału. Należy podkreślić wspaniałą postawę młodzieży, entuzjazm, zapał do pracy i troskę o wykonanie programu badań. Studenci pracowali ofiarnie, a swoim zachowaniem i postawą godnie reprezentowali uczelnię.

Kadrę kierowniczą obozów stanowili pracownicy naukowo-dydaktyczni Wydziału. Niektórzy z nich byli uczestnikami i kierownikami obozów w ciągu kilku lat. Pracując, poświęcili swój czas, w kilku przypadkach urlopy wypoczynkowe oraz w pewnym zakresie środki finansowe. Z powierzonego im zadania wywiązali się tak, jak tylko umieli najlepiej. Zorganizowanie na Wydziale Farmaceutycznym 9 obozów naukowo-społecznych w ciągu 7 lat było możliwe dzięki życzliwości i poparciu władz Wydziału oraz POP Wydziału Farmaceutycznego, które tej sprawie poświęcają wiele uwagi.

SYLWETKI NASZYCH UCZONYCH

Lek. Andrzej Środka, lek. Sławomir Maśliński)*

PROFESOR JAN ZALESKI



Urodził się dnia 8 marca 1868 r. w Kalwarii w Augustowskim, w rodzinie lekarza Adama i Apolonii z Kucharzewskich małż. Zaleskich. Osierocony wczesnie przez ojca, zamieszkał z matką w Warszawie. Tam od 1888 r. uczył się w IV gimnazjum klasycznym, a następnie studiował astronomię i matematykę na Wydziale Matematyczno-Przyrodniczym Uniwersytetu Warszawskiego, pracując równocześnie w rachunkowości towarzystwa ubezpieczeń „Przezorność”. Studia ukończył w 1893 r. ze stopniem kandydata nauk na podstawie wyróżnionej srebrnym medalem pracy „Kilka uwag o oznaczeniu czasu i szerokości miejsca za pomocą lunety przejściowej” (1893).

Dzięki poparciu profesora Jerzego Boguskiego został J. Zaleski w 1894 r. asystentem Nenckiego w Oddziale Chemicznym Instytutu Medycyny Doświadczalnej w Petersburgu. W latach 1895—1901 prowadził tam badania nad zawartością amoniaku we krwi i jego przemianami w ustroju. Do najważniejszych prac z tego zakresu należały: „O oznaczeniu amoniaku w płynach i tkankach zwierzęcych” (1894), napisana razem z Nenckim oraz „Wpływ ekstyrpacji wątroby na przemianę materii u psów” (1899), napisana z Salaskinem. Ponadto Zaleski wykazał także wyższy poziom soli amonowych we krwi żyły wrotnej wątroby niż w żyłach wątrobowych, a tym samym zatrzymywanie tych soli w wątrobie i przetwarzanie na mocznik. Kilka prac poświęcił badaniom procesów trawienia: „Wpływ niektórych sztucznych preparatów cukru na procesy trawienia”, 1898 r., „O zachowaniu

*) Zakład Patologii Ogólnej AM w W-wie

się nadtlenu benzoilu i wapnia w kanale trawiennym człowieka i zwierzęcia”, 1898 r. i inne.

Główny jednak nurt badań naukowych podjętych przez J. Zaleskiego w pracowni Nenckiego dotyczył przemian i budowy hemoglobiny. „... Jako długoletni asystent i główny współpracownik Marcelego Nenckiego brał udział w wielu pracach tego wielkiego uczonego nad przemianami barwnika krwi oraz w pracy tegoż, dokonanej wspólnie z Leonem Marchlewskim, nad chemicznym pokrewieństwem hematyny z barwnikiem zieleni...” (Stanisław Kutrzeba w sprawozdaniu sekretarza generalnego Polskiej Akademii Umiejętności z 1932/33 r. Do najciekawszych jego prac z tych lat należały między innymi: „O heminie i jej eterach” (1900), „O produktach redukcji heminy za pomocą jodowodoru i jodku fosforu oraz o budowie heminy i jej pochodnych” (1902), „O redukcji pochodnych barwnika krwi za pomocą cynku i kwasu solnego” (1906) i „Zastosowanie spalań elementarnych metodą Deustedta do analiz pochodnych barwnika krwi” (1907). W 1904 r. objął J. Zaleski Katedrę Chemii Ogólnej Akademii Rolniczej w Dublanach. Do jego dużych osiągnięć badawczych należało podanie w 1907 r. wzoru sumarycznego mezoporfiryny. W tym też roku doktoryzował się u Bronisława Radziszewskiego na podstawie rozprawy „Badania nad mezoporfiryną”. Po czym przeniósł się do Petersburga, gdzie wykładał chemię w Instytucie Medycznym dla Kobiet (w 1915 r. został p.o. kierownika Katedry Chemii). W 1917 r. otrzymał stopień mgr. chemii na uniwersytecie w Petersburgu, przedstawiając pracę „Chemia barwnika krwi” oraz został mianowany profesorem nadzwyczajnym.

Od 1918 r. pracował w Zakładzie Farmakologii Uniwersytetu Warszawskiego, gdzie opublikował między innymi pracę „O metodzie Follina oznaczeń kwasu moczowego” (1918). W lipcu 1919 r. został członkiem Wojskowej Rady Sanitarnej, organizując na jej terenie Oddział i Pracownię Chemiczną, w której wykonywał badania kliniczne, toksykologiczne i bromatologiczne, opracował tablice składu chemicznego i wartości kalorycznych produktów spożywczych używanych w wojsku polskim oraz kontynuował badania nad barwnikami krwi („O esteryfikacji heminy”, 1924 r.).

W 1921 r. Polska Akademia Umiejętności powołała prof. Jana Zaleskiego na swego członka korespondenta. W rok później przyszedł w stopniu pułkownika z pracy w wojsku na Uniwersytet Warszawski, gdzie z tytułem profesora zwyczajnego objął Katedrę Chemii Farmaceutycznej (po profesorze Koźniewskim) oraz pracownię chemii analitycznej, w której jako jeden z pierwszych w Polsce wykonał mikroanalizy ilościowe elementarnych związków organicznych, potrzebne do badań nad barwnikiem krwi. W 1924 r. wraz z K. Lindenfeldem opracował nową metodę otrzymywania heminy.

Prof. J. Zaleski był jednym z twórców Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Warszawskiego. W dziedzinie chemii farmaceutycznej, poza opublikowaniem kilku prac doświadczalnych, opracował dział chemii

czny dla „Farmakopei polskiej” i wraz z doktorem Olszewskim wydał w 1927 r. praktyczny podręcznik ćwiczeń z tego przedmiotu. W 1929/30 roku pełnił funkcję dziekana Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Warszawskiego. Zmarł na atak serca w Warszawie — w swej pracowni uniwersyteckiej — 22.VIII.1932 r.

Podczas uroczystości pogrzebowych przemawiali między innymi: rektor Uniwersytetu Warszawskiego prof. J. Ujejski oraz profesorowie L. Marchlewski, W. Lampe i J. Morozewicz. Swe oszczędności przekazał J. Zaleski na zapomogi dla ubogich studentów, a bibliotekę — Zakładowi Chemii Farmaceutycznej Uniwersytetu Warszawskiego. Był człowiekiem o szerokim umyśle, ścisłym w badaniach naukowych, ostrożnym we wnioskach i hipotezach, niezmiernie sumiennym i skromnym, bezinteresownym, wręcz pobłażliwym dla studentów, wymagającym zaś w stosunku do siebie. W gronie ówczesnych profesorów medycyny i farmacji uchodził za liberalnego w całym znaczeniu tego słowa, ale nie uznającego kompromisów, zwłaszcza w sprawach naukowych, taktownego, potrafiącego jak nikt łagodzić waśnie i wyjaśniać kwestie sporne.

Jak wspominał go były dziekan Wydziału Farmaceutycznego — profesor Koss, „do życia Wydziału ś.p. Zmarły wnosił niezwykłą pogodę ducha i umiejętność obcowania z ludźmi.”

Był świetnym dydaktykiem. Wykłady jego, starannie i gruntownie opracowywane, jasno i przystępnie wygłaszane, urozmaicone demonstracjami, wzbudzały duże zainteresowanie i cieszyły się wielką frekwencją wśród studentów. Jak sam mówił — najlepiej czuł się w swej pracowni, wśród swych uczniów, gdzie potrafił stworzyć atmosferę prawdziwie czystej nauki.

WYKAZ STOPNI NAUKOWYCH

I. DOKTORA NAUK MEDYCZNYCH, DOKTORA NAUK PRZYRODNICZYCH NADANYCH UCHWAŁĄ RADY WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM

ANGIELCZYK ANDRZEJ: „*Elastoptyczne badania modelowe koncentracji naprężeń i przeniesienia obciążeń w wybranym wariacie zespolenia stabilnego*” — 12.I.1977 r.

Wykonano w szpitalu MSW w Warszawie

Promotor: dr hab. Witold Ramotowski

BARAŃCZYK-KUŹMA ANNA: „*Różne formy arginazy w wątrobie i nerce szczura w rozwoju osobistym*” — 10.XI.1976 r.

Wykonano w Zakładzie Biochemii Instytutu Biofarmacji AM

Promotor: prof. dr med. Irena Mochnacka

CZERNIAKOWSKA KRYSZYNA: „*Badanie zdolności i adaptacji zwierząt do wysiłku fizycznego w doświadczalnie wywołanym niedoborze magnezu*” — 24.XI.1976 r.

Wykonano w Instytucie Żywności i Żywienia w Warszawie

Promotor: prof. dr Światosław Ziemiański

CZYŻ ALEKSANDER: „*Znaczenie diagnostyczne obrazu radiologicznego pęcherzyków nasienych w różnicowaniu gruczolaka i raka sterczu*” — 10.XI.1976 r.

Wykonano w Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze

Promotor: prof. dr med. Stefan Wesolowski

DEBSKI LECH: „*Przydatność zastosowania czerwieni obojętnej w badaniach przepływu krwi w śluzówce żołądka za pomocą techniki clearance'u*” — 12.I.1977 r.

Wykonano w Zakładzie Patologii Ogólnej i Doświadczalnej Instytutu Nauk Fizjologicznych

Promotor: doc. dr hab. Zbigniew Kaleta

DRAC HANNA ALINA: „*Badania histologiczne n. łokciowego i n. łydkowego u ludzi bez klinicznych cech uszkodzenia obwodowego układu nerwowego w chorobie Werdinga-Hoffmanna*” — 12.I.1977 r.

Wykonano w Klinice Neurologicznej AM

Promotor: doc. dr hab. Hanna Jędrzejowska

GŁOWACKA LEOKADIA: „*Wpływ uwarunkowań społeczno-bytowych na stan zdrowia populacji wielkomiejskiej*” — 12.I.1977 r.

Wykonano w Zakładzie Opieki Zdrowotnej Instytutu Medycyny Społecznej

Promotor: doc. dr hab. Henryk Kirschner

GRODECKA BRONISŁAWA: „Badania nad izolacją hormonu folikulotropowego (FSH) z przysadek ludzkich, jego oczyszczaniem i radioimmunologicznym oznaczaniem w materiale biologicznym” — 12.I.1977 r.

Wykonano w Centralnym Laboratorium Surowic i Szczepionek w W-wie
Promotor: doc. dr Michał Korbecki

JEZIORNY ANDRZEJ: „Przygotowanie i konserwacja allogennych przeszczepów błon bębenkowych używanych do tympanoplastyk” — 12.I.1977 r.

Wykonano w Klinice Otolaryngologicznej Instytutu Chirurgii AM
Promotor: prof. dr hab. Zbigniew Bochenek

KALBARCZYK WACŁAW: „Uzupełnienie ubytku prawego moczowodu wyrostkiem robaczkowym” — 10.XI.1976 r.

Wykonano w Klinice Urologicznej AM
Promotor: prof. dr med. Stefan Wesółowski

KAMIŃSKA JANINA ALICJA: „Wpływ hipoglikemii na wydzielenie hormonu wzrostu, kortykotropiny i kortyzolu u chorych z rakiem macicy” — 10.XI.1976 r.

Wykonano w Instytucie Onkologii w Warszawie
Promotor: Szymendera Janusz

KAWALEC WANDA: „Ocena układu krążenia w kłębkowym zapaleniu nerek u dzieci” — 12.I.1977 r.

Wykonano w II Klinice Ogólnopediatrycznej Instytutu Pediatrii AM
Promotor: prof. dr med. Bolesław Górnicki

KUREK TADEUSZ: „Badania histerosalpingograficzne w niepłodności pierwotnej ze szczególnym uwzględnieniem gruźlicy narządu rodnej kobiety” — 10.XI.1976 r.

Wykonano w Szpitalu Miejskim w Otwocku
Promotor: prof. dr med. Ireneusz Roszkowski

MICHAŁOWICZ BOGDAN: „Cewnikowanie żył wątrobowych u chorych z nadciśnieniem wrotnym” — 10.XI.1976 r.

Wykonano w Klinice Chirurgii Naczyń i Transplantologii Instytutu Chirurgii AM
Promotor: prof. dr Jan Nielubowicz

LEBIEDOWSKI MICHAŁ JERZY: „Kliniczna ocena skórno-przepływu krwi u pacjentów kwalifikowanych do amputacji kończyn dolnych i usprawnienia leczniczego z tego powodu” — 24.XI.1976 r.

Wykonano w Stołecznym Centrum Rehabilitacji w Konstancinie
Promotor: prof. dr med. Marian Weiss

PULTORAK MARIA: „Wybrane elementy sprawności funkcjonalnej dziewcząt w okresie pokwitania” — 24.XI.1976 r.

Wykonano w Samodzielnej Pracowni Medycyny Szkolnej Instytutu Pediatrii AM
Promotor: doc. dr hab. med. Andrzej Jaczewski

WAŃKOWICZ ZBIGNIEW: „Dystrybucja cholesterolu we frakcjach lipoproteidowych surowicy we krwi u kobiet z ciążą prawidłową oraz powikłaną przez wewnątrzwątrobową cholestazę ciężarnych — 10.XI.1976 r.

Wykonano w I Klinice Położnictwa i Ginekologii Instytutu Położnictwa i Ginekologii
Promotor: prof. dr hab. I. Roszkowski

PSZONICKA ALICJA KLEMENTYNA: „*Wapń, magnez, miedź i cynk w sarkoidozie i nowotworach układu oddechowego*” — 24.XI.1976 r.

Wykonano w Klinice Ftizjatrii AM

Promotor: prof. dr med. Wiwa Jaroszewicz

SZAROSZYK JANUSZ: „*Schodkowa resekcja żołądka jako metoda leczenia choroby wrzodowej żołądka, w tym głównie wrzodów krzywizny malej wysoko położonych*” — 12.I.1977 r.

Wykonano w Zespólnym Szpitalu Wojewódzkim w Płocku

Promotor: prof. dr Jan Nielubowicz

II. DOKTORA NAUK FARMACEUTYCZNYCH NADANYCH PRZEZ RADĘ WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO AM

BERENT HANNA: „*Aktywność fibrynolityczna krwi po wysiłku fizycznym u chorych z pierwotnymi hiperlipoproteidiami i u chorych z chorobą wieńcową*”

Wykonano w II Klinice Chorób Wewnętrznych AM

Promotor: doc. dr hab. Leszek Tomaszewski

CZERWIŃSKA ANNA: „*Syntezy i badania niektórych pochodnych dioksolanu o spodziewanej czynności antycholinergiczej*” — 22.XII.1976 r.

Wykonano w Zakładzie Chemii Organicznej Instytutu Nauki o Leku AM

Promotor: prof. dr Jerzy Woliński

PLACHTA DARIUSZ: „*Syntezy niektórych aminoestrów pochodnych kwasu glikolowego*” — 23.XII.1976 r.

Wykonano w Zakładzie Chemii Organicznej Instytutu Nauki o Leku AM

Promotor: prof. dr Jerzy Woliński

SAWICKI JÓZEF: „*Działanie antycholinoesterazowe i dealkylacja jako czynniki warunkujące toksyczność fosforanu 0,0-dwumetylo-0-1-(2,4-dwuchlorofenylo) -2-bromo-winyloowego (bromfenwinfos) i fosforanu 0,0-dwumetylo-0-1-(2,4-dwuchlorofenylo) -2-bromo-winyloowego (polfos)*” — 22.XII.1976 r.

Wykonano w Zakładzie Bromatologii Instytutu Biofarmacji AM

Promotor: doc. dr hab. Lech Piekarski

SOPATA IRENA: „*Badania nad aktywnością peptydazową leukocytów ludzkich, czynną w procesie kolagenolizy*” — 22.XII.1976 r.

Wykonano w Zakładzie Biochemii Instytutu Reumatologii w Warszawie

Promotor: doc. dr hab. Antoni Danczewicz

WIŚNIEWSKA IRMINA: „*Interferometryczna ocena zmian zachodzących w jądrach pierwotnego raka wątroby (Hepatoma malignum) pod wpływem wybranych onkostatyków*” — 22.XII.1976 r.

Wykonano w Zakładzie Farmakodynamiki Instytutu Nauk Fizjologicznych AM

Promotor: prof. dr Józef Jeske

ŻELAZNA KRYSZYNA: „*Wiązanie pestycydów z białkami krwi*” — 22.XII.76 r.

Wykonano w Zakładzie Chemii Toksykologicznej Instytutu Biofarmacji AM

Promotor: prof. dr Władysław Rusiecki

KASPERSKA-DWORAK ANNA: „*Izolowanie, właściwości i zastosowanie diagnostyczne ludzkiego laktagenu łożyskowego*” — 22.XII.1976 r.

Wykonano w Zakładzie Endokrynologii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie

Promotor: prof. dr Kazimierz Zakrzewski

**III. DOKTORA HABILITOWANEGO NAUK MEDYCZNYCH
NADANYCH PRZEZ RADĘ WYDZIAŁU LEKARSKIEGO I ZATWIERDZONYCH PRZEZ
CENTRALNĄ KOMISJĘ KWALIFIKACYJNĄ DS. KADR NAUKOWYCH
PRZY PREZESIE RADY MINISTRÓW**

BIZOŃ ZDZISŁAW: „*Neurotyczność i nerwice a niektóre cechy społeczno-demograficzne*” — 25.II.1976 r.

Wykonano w Klinice Psychiatrycznej AM

CZYŻEWSKA-LIEBHART MARIA: „*Ocena łożyska szczura w ciąży poprzedzonej podawaniem syntetycznych pochodnych estradiolu i progesteronu na podstawie badań histoenzymatycznych i histochemicznych*” — 25.II.1976 r.

Wykonano w II Klinice Położnictwa i Ginekologii Instytutu Położnictwa i Ginekologii AM

KECIK TADEUSZ BOLESŁAW: „*Wybrane problemy selektywnej koagulacji laserowej w okulistyce*” — 18.VI.1975 r.

Wykonano w Klinice Okulistycznej AM

KIWERSKI JERZY: „*Próby przywrócenia przydatności ręki tetraplegika drogą stosowania przeszczepów nerwów i stymulatorów implantowanych*” — 29.X.1975 r.

Wykonano w Klinice Rehabilitacji AM

KRUPIŃSKA-SANECKA IRENA: „*Badania nad zespołami złego wchłaniania u małych dzieci*” — 12.XI.1975 r.

Wykonano w II Klinice Ogólnopediatrycznej Instytutu Pediatrii AM

MARCIŃSKI ANDRZEJ: „*Rola arteriografii w rozpoznaniu guzów jamy brzusznej u dzieci*” — 29.X.1975 r.

Wykonano w Zakładzie Radiologii i Radioterapii Instytutu Pediatrii AM

ORŁOWSKA KRYSZYNA: „*Metabolizm wysilkowy u chorych z przewlekłym zapaleniem oskrzeli i z rozedmą płuc*” — 28.I.1976 r.

Wykonano w III Klinice Chorób Wewnętrznych

POTRACHA LIDIA: „*Występowanie immunoglobulin klas: IgA, IgC, IgM, w łzach osób zdrowych w różnych grupach wieku*” — 12.I.1977 r.

Wykonano w Klinice Okulistycznej AM

KUBICKA KRYSZYNA: „*Odległe wyniki leczenia tetralogii Fallota u dzieci ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń hemodynamicznych*” — 26.XI.1975 r.

Wykonano w II Klinice Ogólnopediatrycznej Instytutu Pediatrii AM

MACHNICKA JADWIGA: „*Ocena postępowania leczniczego w guzach obrzymbiokomórkowych kości ze szczególnym uwzględnieniem radioterapii*” — 11.II.1976 r.

Wykonano w Zakładzie Radioizotopów Instytutu Radiologii AM

POZNAŃSKA-LINDE HANNA: „*Model matematyczny mechanizmu syntezy i przenikania enzymów w przebiegu choroby zakaźnej*” — 14.V.1975 r.

Wykonano w Klinice Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego AM

ROKICKA-MILEWSKA ROMA: „*Nacieki białaczkowe ośrodkowego układu nerwowego u dzieci — wczesne objawy, klinika, wskazania do leczenia profilaktycznego*” — 27.XI.1974 r.

SENDECKI WITOLD: „*Biosynteza białka, mechanizm stymulacji procesów translacji w czasie kompensacyjnego przerostu nerki*” — 25.VI.1975 r.

Wykonano w Zakładzie Biochemii Instytutu Biofarmacji AM

SZCZEPAŃSKA-SADOWSKA EWA: „*Hamowanie reaktywności osmotycznej mechanizmu pragnienia i aktywacja podwzgórzowo-przysadkowego układu antydiuretycznego w hipertermii*” — 10.III.1976 r.

Wykonano w Zakładzie Fizjologii Pracy Instytutu Nauk Fizjologicznych AM

SIEDLECKI JERZY: „*Zaburzenia hemodynamiczne u ludzi w następstwie intubacji dotchawiczej i ich modyfikacja przez farmakologiczne wyłączenie układu współczulnego*” — 26.V.1976 r.

Wykonano w Zakładzie Anestezjologii AM

ŚLIWIŃSKI WALDEMAR: „*Zarys postępowania położniczego w porodach z położeniem miednicowym płodu. Badania porównawcze uzyskanych wyników i metod bez zastosowania oksytocyny i pomocy ręcznej wspomaganej oksytocyną w porachach miednicowych*” — 12.XI.1975 r.

Wykonano w I Klinice Położnictwa i Ginekologii Instytutu Położnictwa i Ginekologii AM

**IV. DOKTORA HABILITOWANEGO NAUK PRZYRODNICZYCH
NADANYCH PRZEZ RADĘ WYDZIAŁU LEKARSKIEGO I ZATWIERDZONYCH PRZEZ
CENTRALNĄ KOMISJĘ KWALIFIKACYJNĄ DS. KADR NAUKOWYCH
PRZY PREZESIE RADY MINISTRÓW**

WOCIAL BOŻENA: „*Badania nad metabolizmem i znaczeniem diagnostycznym katecholamin u chorych z guzem chromochłonnym*” — 14.X.1975 r.

Wykonano w II Klinice Chorób Wewnętrznych AM

WYBRANE PRACE NAUKOWE

* BARAŃCZYK-KUŹMA ANNA — „*Różne formy arginazy w wątrobie i nerce szczura w rozwoju osobniczym*”.

Zakład Biochemii Instytutu Biofarmacji AM

Arginaza A_1 z wątroby oraz A_4 z nerki szczura posiadają budowę oligomeryczną — są zbudowane z podjednostek o c.c.z. 30 000. Podjednostki te otrzymane w wyniku traktowania enzymów EDTA w obecności Mn^{+2} ulegają reaktywacji i reasocjacji do form natywnych o c.c.z. 120 000. Ponadto wykazują one większą ruchliwość elektroforetyczną niż ich formy natywne. Podjednostki arginazy A_4 wędrują szybciej do enody niż podjednostki arginazy A_1 , co jest powodem różnych własności elektroforetycznych form natywnych tych dwóch egzymów. Arginaza A_1 jest stabilna podczas przechowywania w temp. $-10^{\circ}C$. W tych samych warunkach arginaza A_3 traci aktywność oraz rozpada się na formy o c.c.z. 90 000 i 30 000. Arginaza A_3 w przeciwieństwie do A_1 zbudowana jest z różnych podjednostek. Arginazy A_1 i A_3 z wątroby szczurów są zbudowane podobnie jak odpowiadające im enzymy z wątroby zwierząt dorosłych jednak ich podjednostki są słabiej związane.

Aktywność arginazy wzrasta w wątrobie i nerce podczas rozwoju szczura. W wątrobie wzrost aktywności jest dwufazowy, a w nerce ciągły. W wątrobie płodów jest tylko arginaza A_1 , arginaza A_3 pojawia się dopiero po urodzeniu.

** BIZOŃ ZDZISŁAW — „*Neurotyczność i nerwice a niektóre cechy społeczno-demograficzne*”.

Klinika Psychiatryczna AM.

Przedstawiono wyniki badań psychiatryczno-społecznych i epidemiologicznych, przeprowadzonych na reprezentacyjnej, 1000-osobowej próbie mieszkańców Warszawy.

Celem badań było: 1. poznanie zależności między kilkunastoma wybranymi zmiennymi społeczno-demograficznymi (m.in. płcią, pozycją społeczną, warunkami mieszkaniowymi i materialnymi) a poziomem neurotyczności i 2. oszacowanie rozpowszechnienia nerwic w populacji generalnej. Podstawową techniką badań był wywiad kwestionariuszowy oraz pomiar neurotyczności za pomocą opracowanej przez autora skali, o znanej trafności i rzetelności, wystandaryzowanej oraz znormalizowanej uprzednio na drodze odrębnych badań.

Ważniejsze wyniki: analiza czynnikowa wskazuje, że struktura neurotyczności jest nieco inna u mężczyzn, niż kobiet; wbrew oczekiwaniu stwierdzono stosunkowo małe zróżnicowanie poziomu neurotyczności w zależności od większości analizowanych cech społecznych; wskaźnik chorobowości rzeczywistej dla nerwic wynosił w próbie 26,9% i był wyraźnie wyższy w przypadku kobiet (32,5%) niż mężczyzn (19,6%).

* — prace doktorskie

** — prace habilitacyjne

* CZERNIAKOWSKA KRYSZYNA — *„Badanie zdolności adaptacji zwierząt do wysiłku fizycznego w doświadczalnie wywołanym niedoborem magnezu”*.

Instytut Żywności i Żywnienia w Warszawie

W pracy postanowiono prześledzić u zwierząt z doświadczalnie wywołanym niedoborem Mg zachowanie się wybranych parametrów przemiany węglowodanowej po dozowanym wysiłku fizycznym oraz ocenić, w jakim stopniu niedobór Mg w ustroju wpływa na zdolność adaptacji zwierząt do wysiłku fizycznego. Do doświadczeń użyto 5-tyg. szczurów szczepu Wistar. Trening przeprowadzono na bieżni ruchomej przez 5 kolejnych dni.

Stwierdzono, że stosowanie diety bezmagnezowej przez 36 dni prowadzi do silnej hipomagnezemia, do czynnościowych zaburzeń w ośrodkowym układzie nerwowym, do obniżenia ciężaru ciała i zaburzeń wieloelektrolitowych. Dozowany wysiłek fizyczny prowadzi u zwierząt zubożonych w magnez do stopniowego obniżania ich wydolności fizycznej. Stwierdzono znamienne wyższe poziomy kwasu mlekowego i pirogronowego oraz nadmiaru mleczanów u zwierząt z doświadczalnie wywołanym niedoborem Mg w stosunku do zwierząt grupy kontrolnej. Nasilenie procesów glikolitycznych, wyraźne zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej oraz szybkie zmęczenie zwierząt podczas treningu jednoznacznie wskazują na obniżenie zdolności adaptacji zwierząt do wysiłku fizycznego w stanach niedoboru jonu magnezowego w ustroju.

** CZYŻEWSKA-LIEBHART MARIA — *„Ocena łożyska szczura w ciąży poprzedzonej podawaniem syntetycznych pochodnych estradiolu i progesteronu na podstawie badań histoenzymatycznych i histochemicznych”*.

Zakład Patomorfologii Rozrodu Instytutu Położnictwa i Ginekologii AM

Przegląd piśmiennictwa dotyczącego następstw stosowania syntetycznych pochodnych estradiolu i progesteronu pozwolił na stwierdzenie dużego prawdopodobieństwa zmian w trofoblaście w ciąży następującej bezpośrednio po ich stosowaniu, uchwytnej za pomocą metod histochemicznych.

Praca jest próbą znalezienia takich zmian w materiale doświadczalnym 165 łożysk szczurzych, którym przez 28 dni przed zapłodnieniem podawano Chlormadionon, Mestranol bądź oba te syntetyczne hormony łącznie w dawkach analogicznych do stosowanych w antykoncepcji hormonalnej i lecznictwie. Łożyska opracowano stosując 20 reakcji histochemicznych (w tym 9 histoenzymatycznych) oraz badania ultrastrukturalne. Stwierdzono, iż stosowanie: Chlormadiononu — nie zmienia istotnie właściwości trofoblastu; Mestranolu — obniża wydajność spalania glukozy i sterydogenezy; Chlormadiononu z Mestranolem — zmienia niekorzystnie większość badanych reakcji, w tym szczególnie aktywność niespecyficznych fosfataz, dehydrogenaz mleczanowej i 3-beta-hydroksysterydowej oraz reakcje nukleoproteidów.

* KALBARCZYK WACŁAW — *„Uzupełnienie ubytku prawego moczowodu wyrostkiem robaczkowym”*.

Klinika Urologiczna AM

W części teoretycznej rozprawy przedstawione są okoliczności powstawania i rodzaje uszkodzeń moczowodu, doprowadzające do zwężeń lub ubytku moczowodu. Następnie omawiane są próby zastępowania ubytków moczowodu własnymi tkankami, protezami z tworzyw sztucznych oraz doświadczenie nad regeneracją moczowodu, wreszcie przedstawiona jest metoda uzupełnienia ubytku moczowodu wyrostkiem robaczkowym oraz dokładny opis techniki operacyjnej. Część dokumentalna obejmuje 6 przypadków własnych oraz 15 z innych ośrodków klinicznych w piśmiennictwie światowym.

W zakończeniu omówiono wyniki zastosowanej metody, dzięki której na ogólną liczbę 21 chorych w 15 przypadkach uzyskano wynik dobry.

* KAMIŃSKA ALICJA JANINA — „*Wpływ hipoglikemii na wydzielanie hormonu wzrostu, kortykotropiny i kortyzolu u chorych z rakiem macicy*”.

Instytut Onkologii w Warszawie

U 20 kobiet zdrowych oraz 50 kobiet z rakiem szyjki i 37 kobiet z rakiem trzonu macicy, badano sekrecję hormonu wzrostu, ACTN i kortyzolu po stymulacji hipoglikemicznej.

Odnaczenia stężeń hormonów wykonywano stosując metody radioimmunologiczne i radiokompetycyjne. W porównaniu z grupą kontrolną u chorych z rakiem trzonu i szyjki macicy stwierdzono znamienne niższe stężenie hormonu wzrostu, nieznamienne niższe stężenia ACTN oraz prawie zupełny brak odpowiedzi w sekrecji kortyzolu, dla dokładniejszego prześledzenia reakcji na bodziec hipoglikemiczny chore podzielono na szczupłe i otyłe. U chorych szczupłych z rakiem trzonu macicy obserwowano wyższe stężenia hormonu wzrostu, ACTN i kortyzolu po bodźcu niż u chorych otyłych: u chorych szczupłych z rakiem szyjki macicy zauważono tylko wyższe stężenie ACTN w porównaniu z chorymi otyłymi. Chore szczupłe z rakiem szyjki macicy miały niższe stężenia kortyzolu po bodźcu niż chore otyłe. Na sekrecję hormonu wzrostu u chorych z rakiem szyjki macicy ciężar ciała wydaje się wywierać wpływ.

Charakter przebiegu krzywych sekrecji hormonów u chorych z rakiem trzonu i szyjki macicy u szczupłych i u otyłych, pozwala przypuszczać istnienie wpływu mechanizmów związanych nie tylko z ciężarem ciała, lecz także ze skutkami choroby nowotworowej.

** KĘCIK TADEUSZ BOLESŁAW — „*Wybrane problemy selektywnej koagulacji laserowej w okulistyce*”.

Klinika Okulistyki AM

Przedstawiono efekty biologiczne uzyskiwane w obrębie poszczególnych tkanek gałki ocznej przy użyciu następujących laserów: rubinowego, neodymowego (generacja swobodna i zawężony impuls), molekularnego CO₂ oraz argonowego.

Materiał stanowiły: obserwacja kliniczna i wnioski z 10 tys. zabiegów koagulacji laserowej, wykonanych w Klinice Okulistycznej w latach 1965—1974 oraz badania doświadczalne na królikach szarych i na albinosach. W trakcie badań wykorzystano generatory produkcji I.E.K. — Wojskowej Akademii Technicznej i I.E.T — Politechniki Warszawskiej. Dokumentację stanowią: zdjęcia efektów na dnie oczu i w przednim odcinku oraz preparatów histopatologicznych, fragmenty analizy filmowej wczesnych faz ognisk koagulacji, schematy i zdjęcia aparatury doświadczalnej.

Uzyskane wymienionymi generatorami efekty biologiczne są różne i zależą od długości fali promieniowania, energii, czasu ekspozycji, właściwości optycznych tkanek i miejscowych warunków anatomicznych. W stosunku do potrzeb klinicznych poszczególne lasery uzupełniają się, pozwala to na uzyskanie selektywnego efektu i precyzyjne sterowanie procesem koagulacji. Przydatny jest tu zakres promieniowania od nadfioletu do średniej podczerwieni, a stosowana moc od dziesiątych części do milionów wat.

Obecnie przy pomocy laserów wykonuje się klinicznie i doświadczalnie ponad 30 różnego typu zabiegów okulistycznych. Przy tym poszczególnymi generatorami można wykonać w sposób optymalny tylko ich część. Względy praktyczne nasunęły ideę zestawienia ogólnych założeń, na uniwersalny koagulator, który będzie można wykonać w niedalekiej przyszłości.

Analiza stosowanych poziomów energii i charakter zmian w tkankach wskazują, że jak dotychczas, koagulacja laserowa jest jedną z najdelikatniejszych metod koagulacji. Mechanizm biologicznego oddziaływania promieniowania laserów jest nadal w wielu punktach niecałkowicie wyjaśniony. Specjalnie dotyczy to podstawowej cechy tej energii spójności. Dotychczasowe własne obserwacje nie wskazują na jej ujemne strony. W piśmiennictwie światowym nie spotyka się także udokumentowanych doniesień na ten temat. Podobnie — przy poziomach energii stosowanych do koagulacji w okulistyce, nie ma podstaw do dys-

kusji, o ewentualnej szkodliwości, ogólnej tzw. efektów towarzyszących i nieliniowych, chociaż zapewne mają one pewien udział w kształtowaniu samego ogniska.

Z przebiegu pracy wynika, że nasze wykorzystanie laserów w okulistyce jest możliwe tylko przy ścisłej współpracy specjalistów szeregu dyscyplin technicznych i medycznych.

**** KIWERSKI JERZY** — „*Próby przywrócenia przydatności ręki tetraplegika drogą stosowania przeszczepów nerwów i stymulatorów implantowanych*”.

Klinika Rehabilitacji AM

Celem pracy jest omówienie wyników eksperymentów klinicznych, które miały wyjaśnić, czy i w jakim stopniu można przywrócić przydatność funkcjonalną ręki chorego z całkowitym uszkodzeniem rdzenia na poziomie C₅—C₆ za pomocą: a. połączenia nerwu mięśniowo-skrórnego z nerwem pośrodkowym, oraz b. stosowania atymulacji nerwu pośrodkowego z wykorzystaniem stymulatorów implantowanych.

Praca obejmuje 109 stron maszynopisu, 53 ryciny i 136 pozycji piśmiennictwa przedmiotu. Po zwięzłym omówieniu warunków anatomicznych rdzenia szyjnego oraz splotu barkowego i po przedstawieniu zaburzeń neurologicznych i stanu czynnościowego kończyny górnej przy różnych poziomach uszkodzenia rdzenia szyjnego — przedstawiono tezy pracy i założenia wyjściowe.

Rozdział II pracy poświęcony jest przeszczepom czynnego nerwu mięśniowo-skrórnego na porażony nerw pośrodkowy. Zabieg wykonano u 18 chorych z uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego w odcinku C₅—C₆, analizą objęto 16 chorych, u których zakończył się proces reinerwacji tkanek, z okresem obserwacji 1,5—3 lat. Opisano technikę zabiegu i zasady postępowania pooperacyjnego, przedstawiono wyniki leczenia. Wynik dobry uzyskano w 8 przypadkach. Chorzy ci uzyskali zdolność wykonywania prostych czynności chwytnych, stwierdzono zdecydowaną poprawę czucia dotyku, możliwość różnicowania dotyku, bólu, temperatury. W czterech przypadkach wynik oceniono jako mierny — ze słabszą czynnością chwytą ręki, gorszym różnicowaniem czucia dotyku, bólu i temperatury. W pozostałych przypadkach wynik był zły: brak użytecznej czynności chwytnej ręki — nawet przy pojawieniu się śladowych ruchów czynnych i pomimo poprawy czucia. W omówieniu podkreślono szczególnie wskazania do tego zabiegu u młodych pacjentów, u których procesy regeneracji nerwu, reinerwacji tkanek i kompensacji są znacznie żywsze i dają lepsze efekty czynnościowe.

Część III pracy poświęcono problemom związanym z implantacją stymulatorów, których zadaniem jest pobudzanie porażonych mięśni poprzez stymulację nerwów. We wprowadzeniu na podstawie bogatego piśmiennictwa omówiono wpływ prądu elektrycznego na mięśnie i nerwy. Zwrócono uwagę na ważność stymulacji jako czynnika zapobiegającego zanikom mięśniowym. Stymulacja nerwów powoduje skurcze mięśni zbliżone do fizjologicznych, wzmacnia przemianę materii, ułatwia krążenie, przyspiesza regenerację włókien nerwowych. Omówiono badania wstępne nad wpływem stymulacji zewnętrznej na układ nerwowo-mięśniowy porażonej kończyny oraz zmierzające do określenia niezbędnych parametrów stymulacji. Właściwe badania przeprowadzono u chorych po urazie kręgosłupa szyjnego z objawami całkowitego uszkodzenia rdzenia kręgowego. Objęto nimi 10 chorych, którym wszczepiono na nerw pośrodkowy łącznie 20 stymulatorów. Stosując metodę stymulacyjną uzyskano we wszystkich przypadkach wzrost siły mięśni zaopatrywanych stymulowanym nerwem. Trening stymulacyjny pozwala także na wydłużenie okresu utrzymania maksymalnego momentu rozwijanego przez stymulowane mięśnie, zwiększenie pobudliwości nerwów, stwarza też możliwość czynnego wpływu pacjenta na wynik stymulacji. Po kilkumiesięcznym treningu pacjent może — przy progowym podkładzie stymulacyjnym — zwiększyć czynnie rozwijaną siłę, niekiedy nawet dziesięciokrotnie.

W omówieniu podkreślono, że trening stymulacyjny doprowadza do częściowego odtworzenia połączenia obwodu z rdzeniem i wyższymi piętrami układu nerwowego. Utorowanie dróg nerwowych bodźcami stymulacyjnymi ułatwia ruch, zwiększając przepływ bodźców

drogą połączeń fizjologicznych, dotychczas zablokowanych funkcjonalnie. Pewną rolę odgrywać tu może także sumowanie się rozpoczynających ten proces — zewnętrznych bodźców stymulacyjnych z bodźcami fizjologicznymi, co ułatwia uzyskanie silnego skurczu dotychczas porażonych mięśni.

**** KRUPIŃSKA-SANECKA IRENA** — „*Badania nad zespołami złego wchłaniania u małych dzieci*”.

II Klinika Ogólnopediatryczna Instytutu Pediatrii AM

Praca składa się ze wstępu, 3 części, streszczenia i wykazu piśmiennictwa. Liczy w sumie 101 stron. W tekście zawartych jest 7 tabel, 27 rycin i 6 fotografii. Wykaz bibliografii zawiera 159 pozycji piśmiennictwa. W części pierwszej autorka ocenia charakterystykę kliniczną i epidemiologiczną zespołów złego wchłaniania oraz problemy różnicowania i leczenia ZZW. W części drugiej autorka omawia metody diagnostyki zespołów złego wchłaniania, ze szczególnym uwzględnieniem badań biopsyjnych śluzówki jelita cienkiego, zarówno histopatologicznych, enzymatycznych i immunologicznych. Badania własne wykazały, że największą wartość dla wczesnego rozpoznania i leczenia choroby trzewnej ma biopsja śluzówki jelita cienkiego. Stwierdzenie zmniejszonej aktywności laktazy mikrokosmków śluzówki jelita cienkiego ma duże znaczenie dla rozpoznania choroby trzewnej.

Badania immunoglobulin osocza i egzokrynalnych wykazuje w przeważającej liczbie przypadków poziom IgA w normie lub podwyższony. Autorka przedstawia także znaczenie tostu z d'ksylozą i bilansu tłuszczowego, dla wczesnego rozpoznania choroby trzewnej.

*** KUREK TADEUSZ** — „*Badania histerosalpingograficzne w niepłodności pierwotnej ze szczególnym uwzględnieniem gruczycy narządu rodnej kobiety*”.

Szpital Miejski w Otwocku

Celem pracy było przeprowadzenie analizy materiału kobiet z niepłodnością pierwotną, dokonanie oceny przypadków pierwotnej niepłodności kobiecej w świetle badań histerosalpingograficznych oraz ustalenie częstości występowania gruczycy narządu rodnej w specyficznej sytuacji Otwocka, posiadającego dużą liczbę sanatoriów przeciwgruczliczych, a więc częstszy kontakt z prądkującymi.

Materiał pracy stanowiło 302 kobiet z niepłodnością pierwotną. U tych pacjentek wykonywano historosalpingografię, badanie histopatologiczne oraz badanie bakteriologiczne.

Gruczycę narządu rodnej rozpoznano badaniem mikroskopowym w 16 przypadkach, badaniem tylko radiologicznym w 30 przypadkach a w 256 przypadkach niepłodność występowała z innych przyczyn. Wykazano, że obrazy radiologiczne w gruczycy narządu rodnej a w szczególności w jajowodach są bardzo charakterystyczne i że gruczycia narządu rodnej ma nadal duży udział w etiologii niepłodności pierwotnej kobiecej.

Nie potwierdziło się przypuszczenie iż ze względu na specyficzną sytuację Otwocka, gruczycia narządu rodnej będzie stwierdzana częściej niż w innych ośrodkach.

*** LEBIEDOWSKI MICHAŁ JERZY** — „*Kliniczna ocena skórno-przepływu krwi u pacjentów kwalifikowanych do amputacji kończyn dolnych i usprawnienia leczniczego z tego powodu*”.

Stołeczno Centrum Rehabilitacji w Konstancinie

Rozprawa obejmuje 135 stron, 109 pozycji piśmiennictwa, 29 rycin, 26 fotografii i 52 tabele. Materiał kliniczny stanowi 332 pacjentów. Metody instrumentalne: pomiar sił — tensometryczny, pneumatyczny, mikrometryczny, termometria w systemie TTL, termoskopia ciekłokrystaliczna, skórny klirens Xe¹³³. Cel: uzupełnienie wiadomości o patogenie zmian skórnych i próba opracowania prostego testu dla ich prognozy.

Wyniki badań są zgrupowane w 5 rozdziałach. 1. Analiza wyjściowych zależności klinicznych (statystyczna). 2. Charakterystyka sil działających w układzie kikut — proteza. 3. Przepływ skórny krwi a obciążenie zewnętrzne. 4. Zależności między uciskiem zewnętrznym, temperaturą powierzchniową i wielkością przepływu krwi (prowadzą do testu własnego o korelacji z przepływem przy $r_{xy} = 0,91$ i powtarzalności przy $v = 20$). 5. Ocena przydatności próby własnej (korelacja wyniku ze stanem klinicznym).

Wnioski dotyczą bezpośrednio profilaktyki i leczenia zmian skóry, mają praktyczną przydatność dla protetyki i usprawnienia leczniczego.

**** MARCIŃSKI ANDRZEJ** — „*Rola arteriografii w rozpoznawaniu guzów jamy brzusznej u dzieci*”.

Zakład Radiologii i Radioterapii Instytutu Pediatrii AM

Rozprawa omawia przydatność badań arteriograficznych w rozpoznawaniu najczęściej występujących guzów jamy brzusznej u dzieci. Oparta jest na materiale arteriografii wykonanych w 68 przypadkach, w tym w 32 guzach nerek, 14 zwojakach zarodkowych, 11 guzach złośliwych wątroby, 4 guzach śledziony i 5 guzach nadnerczy i jelit.

Rozprawa omawia semiotykę angiograficzną w/w najczęstszych guzów jamy brzusznej u dzieci, porównuje wyniki podstawowych badań rentgenowskich i arteriografii z wynikami badania operacyjnego i anatomo-patologicznego. Określa także wyraźne wskazania do badań arteriograficznych w poszczególnych rodzajach nowotworów narządów jamy brzusznej u dzieci.

*** MICHAŁOWICZ BOGDAN** — „*Cewnikowanie żył wątrobowych u chorych z nadciśnieniem wrotnym*”.

Klinika Chirurgii Naczyń i Transplantologii Instytutu Chirurgii AM

Przedmiotem pracy jest badanie ciśnienia w układzie wrotnym za pomocą cewnikowania żył wątrobowych. Autor analizuje wyniki wykonywanych przez siebie w klinice badań, wykazując wysoką przydatność metody w diagnostyce nadciśnienia wrotnego i dowodząc, że wyniki są równie wiarygodne w grupach badań wykonywanych z użyciem różnej aparatury. Na podstawie serii badań doświadczalnych na sztucznym modelu nadciśnienia wrotnego u psów, autor wykazuje ścisłą zależność ciśnienia zatokowego od wrotnego. Praca zawiera również wyczerpujące informacje o technice wykonywania badań.

**** ORŁOWSKA KRYSZYNA** — „*Metabolizm wysiłkowy u chorych z przewlekłym zapaleniem oskrzeli i z rozedmą płuc*”.

III Klinika Chorób Wewnętrznych Instytutu Chorób Wewnętrznych AM

U chorych z przewlekłym zapaleniem oskrzeli (p.z.o.) i z rozedmą płuc wskutek zaburzeń sprawności wentylacyjnej związanej ze zmianami w płucach dochodzi do gorszego zaopatrzenia tkanek w tlen i mniejszego wykorzystania go na obwodzie. Te zmiany fizjopatologiczne ujawniają się przede wszystkim w czasie wysiłku fizycznego. Wychodząc z tego założenia obciążylam na ergometrze rowerowym 2 grupy chorych — z różnymi postaciami p.z.o. (64 osoby ze średnią wieku 44 lata) i z rozedmą płuc i p.z.o. (16 osób ze średnią wieku 55 lat) — 10 minutowym wysiłkiem submaksymalnym, stanowiącym ok. 80% PWC_{170} . PWC_{170} — physical working capacity — test opracowany przez autorów szwedzkich, mierzy sprawność funkcji zaopatrzenia ustroju w tlen. W spoczynku i w 10 minucie wysiłku oznaczałam w krwi kapilarnej arterializowanej: kwas mlekowy m. Barkera i Summersona w modyfikacji Stroma, kwas pirogronowy m. Rindi i Ferrari w modyfikacji Bartosiewicza, ciśnienie parcjalne tlenu elektrodą Clarecka, ciśnienie parcjalne dwutlenku węgla i pH krwi m. wysyceniową w aparacie Astrupa, aktualne dwuwęglany z diagramu Siggaarda-Andersena; w części ma-

teriału także — poziom glukozy m. Kinga i Garnera, wolnych kwasów tłuszczowych (WKT) m. Dole'a a w modyfikacji Mosingera i ciał ketonowych m. Engfeldta. Z wartości mleczanu i pirogromianu wyliczyłam nadmiar mleczanu wg wzoru Huckabee.

Wyniki badań chorych porównywałam z wynikami 18 osobowej grupy zdrowych ze średnią wieku 39 lat. Stwierdziłam w obu grupach chorych — w porównaniu z grupą zdrowych — w czasie wysiłku kwasieć mleczanową, przejawiającą się znamienym podwyższeniem nadmiaru mleczanu i znamienym obniżeniem pirogromianu wysiłkowego wzrostem mleczanu oraz znamienym obniżeniu pH krwi i aktualnych dwuwęglanów. Te zaburzenia metaboliczne wybitniej wystąpiły z p.z.o. skojarzonym z rozedną płuc niż w niepowiklanej postaci p.z.o. Nadto źródłem energii u chorych była glukoza, a nie WKT, jak u zdrowych. Powyżej przytoczone wyniki świadczą o zwiększonym udziale metabolizmu beztlenowego w czasie wysiłku u chorych z p.z.o. i z p.z.o. + r. Przyczyną tych zmian jest gorsze zaopatrzenie tkanek w tlen wskutek mniejszego poboru tlenu w płucach — co zostało udowodnione przez znamienne obniżenie ciśnienia parcjalnego tlenu we krwi w czasie wysiłku u chorych z rozedną płuc — oraz prawdopodobnie gorszego zużytkowania tlenu na obwodzie.

Założeniem II części pracy była ocena wpływu rehabilitacji na wydolność fizyczną i metabolizm wysiłkowy u 26 chorych (średnia wieku 37 lat) z różnymi postaciami przewlekłego zapalenia oskrzeli. Na rehabilitację składał się trening fizyczny i miesięczny pobyt w miejscowości nadmorskiej. Stwierdziłam, że planowo i systematycznie zwiększana aktywność fizyczna, być może w połączeniu z wpływem powietrza morskiego, poprawiła metabolizm mięśniowy w sensie wzrostu udziału przemian tlenowych substratów energetycznych. Odzwierciedliło się to w znamienym podwyższeniu pirogromianu wysiłkowego i obniżeniu nadmiaru mleczanu na granicy znamienności oraz w zmniejszeniu nasilenia kwasicy metabolicznej, czego wyrazem było podwyższenie nadmiaru zasad. Zwiększyła się również ogólna wydolność fizyczna, przedstawiona pod postacią testu PWC_{170} średnio o 14%, a po odrzuceniu przypadków bez poprawy i z obniżoną PWC_{170} u pozostałych 19 średnio o 22%.

**** POZNAŃSKA-LINDE HANNA** — „*Model matematyczny mechanizmu syntezy i przenikania enzymów w przebiegu choroby zakaźnej*”.

Klinika Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego AM

Na podstawie badań aktywności niektórych egzymów wskaźnikowych specyficznych dla tkanki mięśniowej (fosfokinaza kreatyny) i specyficznych dla wątroby (transferaza ornityno-karbamylowa — 1-monofosfofruktoaldolaza) oraz niespecyficznych (aminotransferazy, dehydrogenaza mleczanowa, 1—6 dwufosfoldolaza) w surowicy krwi i wycinkach mięśniowych chorych na włośnicę ustalono, że źródłem wzrostu aktywności enzymatycznej surowicy w przebiegu włośnicy — jest układ mięśniowy. Wniosek ten potwierdzono badaniem aktywności tych enzymów w homogenacie larw. *T. spiralis* oraz badaniem aktywności enzymatycznej w mięśniach (mm. kończyn, m. serca i przepona) i w wątrobie szczurów zakażonych *T. spiralis*.

Na podstawie danych doświadczalnych uzyskanych badaniem aktywności enzymatycznej mięśni i surowicy zwierząt kontrolnych opracowano symplifikacyjny model matematyczny prawidłowego mechanizmu przenikania enzymów z tkanek do surowicy i syntezy enzymów w tkankach. Model oparto na zależności liniowej zjawiska i na analogii przepływu cieczy lepkiej przez zbiorniki. Porównanie danych teoretycznych wyliczonych na podstawie modelu z danymi doświadczalnymi uzyskanymi w przebiegu zakażenia włośnicami u szczurów pozwoliło na ustalenie, że w pierwszym okresie inwazji względnie choroby obserwowane są wyniki zaburzeń mechanizmu przenikania, wywołanych zmianą przepuszczalności błon komórkowych. W późniejszym okresie następuje normalizacja mechanizmu przenikania, natomiast występują zaburzenia mechanizmu syntezy w tkance mięśniowej przejawiające się zmniejszoną (kompensacyjną?) syntezą względnie aktywacją enzymu.

W okresie 4—6 miesięcy od zachorowania względnie inwazji następuje pełna normalizacja aktywności enzymów w tkankach i surowicy.

***PUŁTORAK MARIA** — „*Wybrane elementy sprawności funkcjonalnej dziewcząt w okresie pokwitania*”.

Samodzielna Pracownia Medycyny Szkolnej Instytutu Pediatrii AM

U 250 zdrowych uczennic w wieku od 8 do 18 lat oceniono: 1) szybkość analizy informacji wzrokowej, 2) koordynację wzrokowo-ruchową, 3) szybkość seryjnych ruchów ręki. Ponadto oszacowano poziom estrogenów na podstawie wskaźnika kariopiknozy jąder komórek nabłonka jamy ustnej oraz analizy krzywej temperatury podstawowej. Stwierdzono, że badane elementy sprawności wzrastają równomiernie z wiekiem kalendarzowym, natomiast analiza wyników wg. wieku rozwojowego ujawniła obniżenie sprawności w roku wystąpienia pierwszej miesiączki. U dziewcząt z wysokim poziomem estrogenów, po diecie małosolnej z ograniczeniem płynów wystąpiła istotna poprawa badanych sprawności, co pozwoliło wysunąć hipotezę, iż jedną z przyczyn obniżenia sprawności szkolnej u dziewcząt pokwitających są stany obrzękowe ośrodkowego układu nerwowego.

Wniosek: Dziewczęta zaawansowane w pokwitaniu, przed wystąpieniem pierwszej miesiączki, mogą mieć obiektywne trudności w uczeniu się percepcyjnym oraz w praktycznej nauce zawodu.

****SENDECKI WITOLD** — „*Biosynteza białka, mechanizm stymulacji procesów translacji w czasie kompensacyjnego przerostu nerki*”.

Zakład Biochemii Instytut Biofarmacji AM

Jednostronna nefrektomia prowadzi do kompensacyjnego przerostu pozostałej nerki. Przerost ten rozpoczyna się w kilka godzin po operacji i połączony jest z przyspieszeniem szybkości biosyntezy białka.

W celu wyjaśnienia mechanizmów wzmożonej biosyntezy białka w przerastającej nerce przeprowadzono badania aktywności układów bezkomórkowych inkorporujących aminokwasy, izolowanych z przerastających nerek szczura i nerek zwierząt kontrolnych, tzn. nieoperowanych lub poddanych operacji pozorowanej.

Wykazano, że jednostronna nefrektomia prowadzi zarówno do wzrostu ilości polisomów, jak i do większego zróżnicowania tej frakcji w nerce przerastającej.

Stwierdzono, że układy bezkomórkowe izolowane z nerek przerastających są bardziej aktywne w inkorporacji aminokwasów niż układy otrzymane z nerek kontrolnych. Wyższe włączenie aminokwasów stwierdzono zarówno w układach zależnych od endogennej mRNA jak i w układach stymulowanych przez kwas poliurydylowy (poli-U). Badania prowadzono na czystych układach bezkomórkowych, co pozwoliło na ustalenie optymalnych stężeń poszczególnych składników oraz na badanie kinetyki inkorporacji aminokwasów. W tym celu rybosomy pozbawione były czynników cytoplazmatycznych oraz endogennej mRNA. Również czynniki cytoplazmatyczne (czynnik wiążący amino-acylo-tRNA, tzw. EF-1 i czynnik przenoszący peptydylo-tRNA, tzw. EF-2) były częściowo oczyszczane przez odrzucenie białek nierozpuszczalnych w pH 5, wysolenie siarczanem amonu (30-70% stężenia końcowe) i chromatografię na kolumnach Sephadex G-200.

Układy homologiczne z nerek przerastających złożone z rybosomów i czynników elongacyjnych (EF-1 i EF-2) inkorporowały 3 do 5-krotnie więcej (^{14}C)-fenyloalanylo-tRNA z (^{14}C)-Phe-tRNA. Również układy zawierające rybosomy z nerek przerastających i czynniki cytoplazmatyczne z nerek kontrolnych lub z wątroby są bardziej aktywne w syntezie polifenyloalaniny na matrycy poli-U w porównaniu do układów zależnych od rybosomów i czynników cytoplazmatycznych z nerek kontrolnych. Rybosomy z nerek przerastających były również bardziej aktywne w reakcji enzymatycznego i nieenzymatycznego wiązania (^{14}C)-Phe-tRNA w obecności poli-U. Prawdopodobnie wyższa aktywność rybosomów z nerek przerastających związana jest ze zmianą w ich strukturze, gdyż stwierdzono, że przechowywanie rybosomów z nerek kontrolnych przez 3—4 tygodni w temp. -20°C znacznie obniża ich aktywność w re-

akcji wiązania aminoacylo-tRNA. Natomiast rybosomy z nerek przerastających przechowywane w ten sam sposób nie zmieniają swojej aktywności w omawianej reakcji.

Aktywność nerkowych cytoplazmatycznych czynników elongacyjnych badano w układach złożonych z oczyszczonych rybosomów wątrobowych lub nerek z kontrolnych i poli-U w optymalnych stężeniach Mg^{2+} , GTP, KCl i dwutiotreitolu. Synteza polifenylalaniny z (^{14}C)-Phe-tRNA w obecności czynników elongacyjnych przebiegała liniowo przez pierwsze 10 minut w układzie zawierającym czynniki z nerek kontrolnych. Natomiast w układzie stymulowanym przez czynniki elongacyjne z nerek przerastających synteza (^{14}C)-polifenylalaniny była znacznie wyższa i przebiegała liniowo przez co najmniej 20 minut. Po rozdzielaniu czynników elongacyjnych porównano aktywność EF-1 z nerek kontrolnych i przerastających, w reakcji enzymatycznego wiązania (^{14}C)-Phe-tRNA do kompleksu rybosom-poli-U. W obecności czynnika EF-1 z nerek przerastających ilość przyłączonego ^{14}C -Phe-tRNA była dwukrotnie wyższa niż w obecności EF-1 z nerek kontrolnych. Jednocześnie nie wykazano różnic w aktywności czynnika EF-2 w preparatach z nerek kontrolnych i przerastających. Częściowa charakterystyka ok. 100-krotnie oczyszczonego czynnika EF-1 z nerek szczura wskazuje, że ma on właściwości podobne do EF-1 izolowanych z innych narządów i tkanek ssaków.

****SZCZEPAŃSKA-SADOWSKA EWA** — „*Hamowanie reaktywności osmotycznej mechanizmu pragnienia i aktywacja podwzgórzowo-przysadkowego układu antydiuretycznego w hipertermii*”.

Zakład Fizjologii Pracy Instytutu Nauk Fizjologicznych AM

Celem pracy było zbadanie wpływu podwyższonej temperatury wewnętrznej ciała na aktywność mechanizmu pragnienia i podwzgórzowo-przysadkowego układu antydiuretycznego. Badania przeprowadzono na psach nie narkotyzowanych i oswojonych z sytuacją doświadczalną. Zastosowano 3 modele hipertermii: 1) uogólniony wzrost temperatury ciała wywołany podaniem 2,4-dwinitrofenolu, 2) uogólniony wzrost temperatury ciała wywołany obniżeniem stężenia jonów wapnia w płynie mózgowo-rdzeniowym, 3) lokalny wzrost temperatury w przedniej części przodomózgowia podstawnego wywołany ogrzewaniem tkanki mózgowej za pomocą chronicznie implantowanych termod.

Stwierdzono, że podwyższenie temperatury wewnętrznej ustroju powoduje proporcjonalne do przyrostu temperatury zmniejszenie wrażliwości mechanizmu pragnienia na bodźce osmotyczne. Efekt ten występuje także podczas lokalnego ogrzewania termowrażliwych okolic przodomózgowia. Lokalny wzrost temperatury w termowrażliwych okolicach przodomózgowia podstawnego prowadzi również do aktywacji układu antydiuretycznego.

Wyniki pracy wskazują na bezpośrednią zależność aktywności mechanizmów sterujących gospodarką wodną ustroju od temperatury wewnętrznej a w szczególności od temperatury tych okolic przedniej części przodomózgowia podstawnego, które odgrywają istotną rolę w utrzymywaniu homeostazy termicznej i wodnej ustroju.

Hamowanie pragnienia przez podwyższoną temperaturę wewnętrzną może być przyczyną powstawania tzw. odwodnienia dowolnego występującego u ludzi pracujących w wysokiej temperaturze otoczenia.

****ŚLIWIŃSKI WALDEMAR** — „*Zarys postępowania położniczego w porodach z położeniem miednicowym płodu. Badania porównawcze uzyskanych wyników i metod bez zastosowania oksytocyny i pomocy ręcznej wspomaganą oksytocyną w porodach miednicowych*”.

I Klinika Położnictwa i Ginekologii Instytutu Położnictwa i Ginekologii AM

Nieprawidłowość położenia miednicowego wynika z faktu rodzenia się największej części płodu jaką jest główka (niezaadaptowana) na końcu okresu wydalania płodu. Najczęściej podawany odsetek położen miednicowych płodu wynosi 3—4%. Kilkakrotnie wyższa śmier-

telność i zachorowalność płodów urodzonych z położenia miednicowego w stosunku do płodów urodzonych z położenia główkowego budzi uzasadniony niepokój. Ponieważ do dziś nie ustalono ogólnie przyjętych poglądów, w postępowaniu położniczym, w przypadkach porodów z położeniem miednicowym płodu — zbadano to zagadnienie na materiale jednego zakładu położniczego w latach 1921—1974. Badania porównawcze oparto o 2515 porodów z położeniem miednicowym płodu i wykazano, że w przypadkach decyzji prowadzenia takich porodów drogami natury, korzystniejszą metodą dla płodów donoszonych jest metoda pomocy ręcznej wspomaganej dożylnym wstrzyknięciem oksytocyny.

W świetle współczesnych poglądów, rola cięcia cesarskiego w rozwiązywaniu ciąży z położeniem miednicowym płodu jest niepodważalna, choć w różnym stopniu oceniana. Zakładając, że połowa czy nawet więcej przypadków położzeń miednicowych płodu będzie rozwiązana cięciem cesarskim, to i tak pozostała część tych przypadków będzie wymagała rozwiązania drogami naturalnymi. Dlatego też wyciągnięto wniosek, że porównanie dwóch najczęściej stosowanych metod pomocy ręcznej pomoże w ocenie, która z tych metod obok cięcia cesarskiego jest bezpieczniejsza dla płodu.

W pracy wykazano, że wspomaganie pomocy ręcznej dożylnym wstrzyknięciem oksytocyny daje niższą umieralność okołoporodową urodzonych dzieci w porównaniu do dzieci urodzonych z położenia miednicowego po pomocy ręcznej bez wspomagania oksytocyną. Stwierdzono również mniej urazów i zarzucania rączek u dzieci urodzonych po pomocy ręcznej wspomaganej dożylnym wstrzyknięciem oksytocyny. Noworodki urodzone z położenia miednicowego, w wyniku pomocy ręcznej wspomaganej oksytocyną znajdowały się w lepszym stanie klinicznym ocenianym na podstawie większej liczby punktów wg Apgar od noworodków urodzonych przy pomocy ręcznej bez wspomagania oksytocyną.

Przeprowadzone badania udowodniły, że na obecnym etapie wiedzy każdy przypadek porodu z położeniem miednicowym płodu wymaga określenia właściwej drogi rozwiązania (cięcia cesarskie albo drogi natury). Wspomaganie pomocy ręcznej dożylnym wstrzyknięciem oksytocyny w porodach z położeniem miednicowym płodu, które zdecydowano prowadzić drogami naturalnymi, rokuje dalsze obniżenie śmiertelności i urazowości noworodków urodzonych z tego położenia.

***WAŃKOWICZ ZBIGNIEW** — *„Dystrybucja cholesterolu we frakcjach lipoproteidowych surowicy krwi u kobiet z ciążą prawidłową oraz powikłaną przez wewnątrzwątrobową cholestazę ciężarnych”*.

I Klinika Położnictwa i Ginekologii Instytutu Położnictwa i Ginekologii AM

Poddano badaniom 85 kobiet, w tym 16 kobiet nieciążarnych, 34 w ciąży niepowikłanej oraz 35 kobiet z ciążą powikłaną patologią wątroby.

Oznaczono cholesterol we frakcjach lipoproteidowych surowicy krwi oraz wzajemny stosunek frakcji lipoproteidowych. Cholesterol oznaczono w oparciu o renkęję Libermanu-Burcharda, rozdział frakcji lipoproteidowych przeprowadzono metodą Bursteina oraz elektroforetycznie metodą Kahlko-Wollenwobera. W przypadkach wewnątrzwątrobowej cholestazy ciężarnych stwierdzono wzrost frakcji betalipoproteidów, zwiększenie udziału betalipoproteidów kosztem frakcji alfa w lipoproteidach surowicy krwi oraz wzrost wskaźnika zawartości cholesterolu we frakcji alfalipoproteidów. Nieperbilirubinomia wikłający III. Trymostr ciąży powodowała obniżenie cholesterolu frakcji alfa i prabota.

Kronika

WYBÓR CZŁONKÓW PAN

Na posiedzeniu w dniu 6.I.br. Rada Państwa zatwierdziła, dokonany w dniu 17.XII.ub. r. przez Zgromadzenie Ogólne Polskiej Akademii Nauk, wybór 40 członków rzeczywistych i 47 członków korespondentów; m. inn. członkiem korespondentem PAN został wybrany prof. zw. dr Kazimierz Ostrowski dyrektor Instytutu Biostruktury i kierownik Zakładu Histologii i Embriologii AM w Warszawie.

NOMINACJE PROFESORSKIE

W dniu 19.I.1977 r. w siedzibie przewodniczącego Rady Państwa PRL — warszawskim Belwederze zostały wręczone dyplomy nominacyjne grupie nowo mianowanych profesorów. Z Warszawskiej AM tytuły naukowe otrzymali:

profesora zwyczajnego nauk chemicznych — Jerzy Chodkowski prof. nadzw., dziekan Wydziału Farmaceutycznego;

profesora zwyczajnego nauk medycznych — Ireneusz Roszkowski prof. nadzw., dyrektor Instytutu Położnictwa i Ginekologii oraz Marian Weiss prof. nadzw., kierownik Kliniki Rehabilitacji;

profesora nadzwyczajnego nauk medycznych — Marian Wojnarowski docent w II Klinice Ogólnopediatrycznej.

SPRAWY ORGANIZACYJNE

Zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dniem 1.IV.ub. r. został utworzony Międzywydziałowy Instytut Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych AM w Warszawie. Na stanowisko dyrektora Instytutu powołany został prof. dr hab. Bertold Kassur, a na stanowisko zastępcy dyrektora dr n. med. Lidia Babiuch.

W skład Instytutu weszły następujące podstawowe jednostki organizacyjne:

- Klinika Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych Dorosłych — kierownik prof. dr hab. med. Bertold Kassur,
- Klinika Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych Dzieci — kierownik prof. dr med. Helena Szczepańska,
- Klinika Hepatologii Zakaźnej — kierownik dr n. med. Lidia Babiuch,
- Klinika Chorób Tropikalnych — kierownik doc. dr hab. med. Jerzy Januszkie wicz,
- Zakład Immunologii Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych — p.o. kierownika prof. dr hab. med. Witold Brzosko,
- Zakład Epidemiologii Klinicznej — p.o. kierownika doc. dr hab. med. Antoni Łapszewicz,
- Przychodnia Specjalistyczna.

*
* * *

Zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej został utworzony 1 października 1976 r. Międzywydziałowy Instytut Chorób Wewnętrznych AM w Warszawie. Na stanowisko dyrektora Instytutu powołany został doc. dr hab. n. med. Tadeusz Kraska, a na stanowisko zastępców dyrektora: prof. dr hab. n. med. Artur Czyżyk i doc. dr hab. n. med. Stanisław Filipecki.

W skład Instytutu weszły następujące podstawowe jednostki organizacyjne:

- Klinika Chorób Wewnętrznych — kierownik prof. dr hab. med. Alfred Siciński,
- Klinika Chorób Naczyń — kierownik prof. dr hab. med. Włodzimierz Januszewicz,
- Klinika Gastroenterologii i Chorób Przemiany Materii — kierownik prof. dr hab. med. Artur Czyżyk,

- Klinika Kardiologii — kierownik doc. dr hab. n. med. Tadeusz Kraska,
- Klinika Pneumonologii — p.o. kierownika dr hab. med. Waclaw Droszcz,
- Przychodnia Instytutu.

*
* *
*

Obradujący w New Delhi IX Kongres Międzynarodowej Federacji Cukrzycowej (International Diabets Federation) wybrał prof. dr hab. med. Artura Czyżyka, z-cę dyrektora Międzywydziałowego Instytutu Chorób Wewnętrznych AM w Warszawie, jednym z wiceprzewodniczących Federacji na 3-letnią kadencję.

NARADA AKTYWU SPOŁECZNO-POLITYCZNEGO

W dniu 22 grudnia 1976 r. odbyła się narada aktywu społeczno-politycznego Warszawskiej Akademii Medycznej, w czasie której referat wygłosił I sekretarz KU PZPR doc. dr hab. med. Jerzy Szczerbań. W dyskusji zabrało głos 11 mówców; m. in. JM Rektor AM prof. dr med. Szcześny L. Zgliczyński oraz przewodniczący ZU Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia doc. dr hab. med. Mieczysław Szostek.

W naradzie uczestniczył sekretarz Komitetu Warszawskiego PZPR Władysław Katta oraz sekretarz KD — Ochota Leszek Bosek.

III UCZELNIANA KONFERENCJA SPRAWOZDAWCZO-WYBORCZA SZSP

W dniu 11 grudnia 1976 r. odbyła się III Konferencja Sprawozdawczo-Wyborcza Rady Uczelnianej SZSP AM w Warszawie, która wybrała nowe władze i nakreśliła zadania na najbliższy okres. W trakcie dyskusji poruszono szereg istotnych problemów ważnych dla środowiska studenckiego. W przyjętej uchwale czytamy m. in., że „działalność SZSP AM w Warszawie będzie ściśle związana ze strategią budowy nowoczesnego socjalistycznego społeczeństwa polskiego określonej na VI i VII Zjeździe PZPR”.

Przewodniczącym RU SZSP Akademii Medycznej w Warszawie został wybrany Henryk Skarżyński, student IV roku Wydziału Lekarskiego, a wiceprzewodniczącymi: Bohdan Wójcik, Witold Cieśla i Włodzimierz Kopeć.

WRĘCZENIE DYPLOMÓW LEKARSKICH

Tradycyjnie już 17 stycznia w rocznicę wyzwolenia stolicy w Warszawskiej Akademii Medycznej odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów 200 lekarzom i 57 stomatologom. Po okolicznościowym przemówieniu Dziekana I Wydziału Lekarskiego AM, doc. dr hab. med. Leszka Krysta i złożeniu przyrzeczenia przez młodych lekarzy nastąpił akt wręczenia dyplomów. Tzw. czerwone dyplomy otrzymali: Maria Napora, Bożena Węgorek, Han Tryppenbach, Jerzy Giermek, i Joanna Matuszkiewicz.

55 LAT ZAKŁADU BOTANIKI FARMACEUTYCZNEJ

W dniu 29 stycznia 1977 r. odbyło się uroczyste posiedzenie Zakładu Botaniki Farmaceutycznej AM, na którym prof. dr Henryk Bukowiecki wygłosił referat pt. „55 lat Zakładu Botaniki Farmaceutycznej”.

I ZJAZD PTEINK

W dniach 26 i 27.III.br. w Pałacu Staszica w Warszawie odbył się I Zjazd nowo powstałego Polskiego Towarzystwa Elektroencefalografii i Neurofizjologii Klinicznej, zrzeszającego członków różnych specjalności (lekarzy medycyny, weterynarii, laborantów, techników med. i inżynierów elektroników). Zarówno w pierwszym, jak i drugim dniu Zjazdu toczyły się obrady naukowe, podczas których wygłoszono 41 referatów, w tym 5 przez prelegentów z zagranicy, dotyczyły one problemów EEG i neurofizjologii klinicznej oraz czynności nerwowo-mięśniowej.

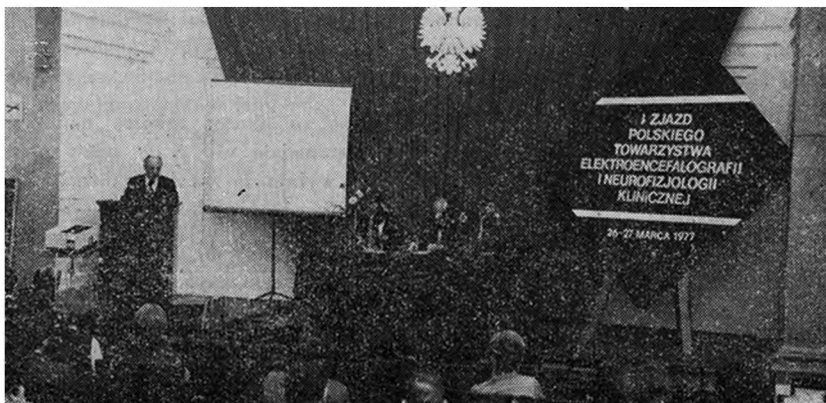
W dyskusji organizacyjnej poruszono sprawy zaopatrzenia w nowoczesną aparaturę.

ture i zabezpieczenie serwisu technicznego dla aparatów sprowadzanych z zagranicy, weryfikacji i statusu laborantów, uprawnień osób opisujących zapisy EEG, zorganizowania sekcji naukowych i oddziałów wojewódzkich (regionalnych) oraz zorganizowania kursów szkoleniowych przy wszystkich akademiach medycznych w kraju, albowiem liczba miejsc na kursach w Centrum Medycznym Szkolenia Podyplomowego jest kilkanaście razy mniejsza od potrzeb.

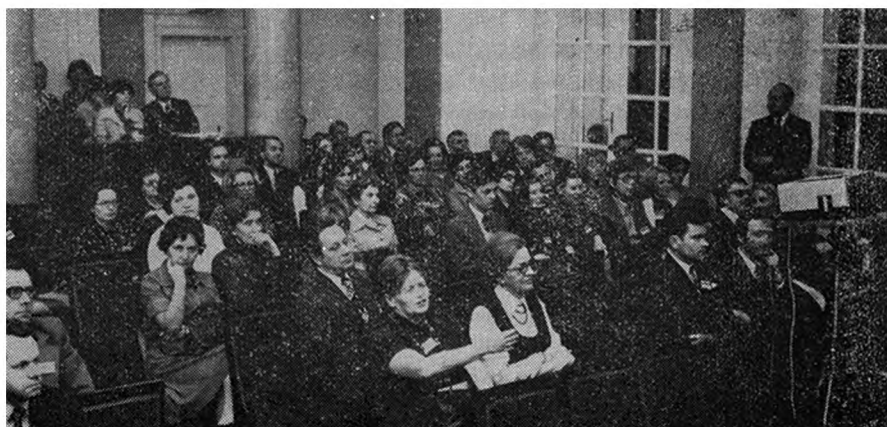
Podczas Zjazdu odbyło się walne zebranie członków Towarzystwa, dokonując wyborów zarządu głównego oraz komisji rewi-

zyjnej. Prezesem PT EİNK został wybrany prof. dr hab. med. Jerzy M a j k o w s k i, dziekan II Wydziału Lekarskiego warszawskiej AM, kierownik Ośrodka Naukowo-Dydaktycznego i ordynator Oddz. Neurologicznego Szpitala Grochowskiego, wiceprezesem Towarzystwa został wybrany prof. dr hab. med. Władysław T r a c z y k z łódzkiej Akademii Medycznej, sekretarzem Zarządu Głównego — dr wet. Aleksander S o b i e s z e k z Pracowni EEG PSK nr 1, a skarbnikiem plk dr med. Stanisław Z a l e j s k i ze szpitala klinicznego WAM.

(c—p)



Obrady PTEiNK odbywały się w Sali Lustrzanej Pałacu Staszica; za stołem prezydialnym siedzą: prof. dr hab. M. Mossakowski; doc. dr Z. Gościmski, na mównicy prof. dr hab. J. Majkowski



Widok na salę obrad

Foto: KAW

SYMPOZJUM POLSKO-SZWEDZKIE NT. BADAŃ NAD OPTYMALIZACJĄ

W dniach 28 i 29 stycznia 1977 r. odbyło się w Warszawie sympozjum polsko-szwedzkie poświęcone problematyce badań nad optymalizacją podstawowej opieki medycznej i społecznej. Sympozjum zostało zorganizowane przez Warszawską Akademię Medyczną i Uniwersytet w Lund. W wywiadzie udzielonym przedstawicielowi redakcji „Życia Warszawy” prof. dr med. Ake Norde n, kierownik Zakładu Medycyny Środowiskowej Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu w Lund, który przyjechał do Polski z grupą naukowców szwedzkich m. in. powiedział, że „w krajach, które mają społeczną służbę zdrowia stwierdzono, iż mimo przeznaczania coraz więcej pieniędzy na pomoc lekarską, wyniki jej w powszechnym odczuciu nie są zadawalające. Jednocześnie zaobserwowano, że w tych rejonach, gdzie istnieje ciągłość podstawowej opieki lekarskiej, zmniejsza się zarówno pęd do szukania pomocy u specjalistów, jak i zapotrzebowanie na leczenie szpitalne. Tak więc w leczeniu odżyła opinia, że najważniejszą rolę do spełnienia ma lekarz domowy”.

SPOTKANIE W ZG PTFarm.

Z okazji Dnia Pracownika Służby Zdrowia, 5.IV.br. w siedzibie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego przy ul. Długiej w Warszawie odbyło się

spotkanie przedstawicieli Polskiej Farmacji z grupą stołecznych dziennikarzy. Informacji na temat gospodarki lekami, stanu zaopatrzenia aptek, stanu kadrowego, problemów kształcenia farmaceutów i zagadnień produkcji leków udzielili: dyrektor Departamentu Techniki i Zaopatrzenia Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej mgr Kazimierz G o b i e c, dyrektor Zjednoczenia „Cefarm” mgr Piotr L i b e r s k i, dyrektor naczelny Zjednoczenia „Polfa” mgr inż. Hanna T a r c h a l s k a oraz prezes ZG PTFarm. doc. dr hab. farm. Wincenty K w a p i s z e w s k i.

*
* *
*

Jest tu akurat miejsce nadmienić, że w listopadzie ub. r. w skład prezydium nowo wybranego zarządu głównego PTFarm. zostali wybrani: jako prezes — doc. dr hab. farm. Wincenty K w a p i s z e w s k i, kierownik Zakładu Chemii Farmaceutycznej Warszawskiej AM, jako sekretarz generalny — doc. dr hab. farm. Regina O l ę d z k a, dyrektor Instytutu Biofarmacji AM, skarbnikiem ZG została prof. dr hab. farm. Halina S t r z e l e c k a, kierownik Zakładu Farmakognozji AM a dr Ewie W a l e w s k i e j z Zakładu Farmakognozji AM powierzone zostało stanowisko sekretarza Zarządu Głównego Towarzystwa.

(c-p)

JÓZEF CZERWIECKI

Z dniem 31 sierpnia 1976 roku po blisko 26 latach pracy w Warszawskiej Akademii Medycznej przeszedł na emeryturę, ze względu na stan zdrowia, długoletni i zasłużony kwestor naszej uczelni — J ó z e f C z e r w i e c k i.

Urodził się 5 kwietnia 1914 r. we Żyrardowie w rodzinie urzędniczej. Po krótkim okresie zamieszkania we włókienniczym grodzie, jako 14-letni chłopiec przeniósł się wspólnie z rodzicami do Warszawy. Tutaj też zapoczątkował swoją edukację, uczęszczając do szkoły powszechnej, a następnie do średniej Szkoły Handlowej Miejskiej, w której to w 1934 r. uzyskał świadectwo dojrzałości. Pragnąc podwyższyć swoje kwalifikacje, zapisuje się do Instytutu Praktycznej Wiedzy Handlowej im. senatora Stanisława Gustawa Bruna, któremu patronuje Zgromadzenie Kupców m. st. Warszawy, na kurs buchalteryjno-handlowy. Dyplom jego ukończenia uzyskał na krótko przed wybuchem II wojny światowej, 17 czerwca 1939 r.

Swoją przeszło 40 lat trwającą działalność zawodową rozpoczął Józef Czerwiecki w dniu 20 lipca 1934 r. w Zakładach Drukarsko-Introligatorskich B. Ulikowskiego w Warszawie, gdzie prócz prowadzenia księgowości sporządzał również bilanse, parął się kalkulacją handlową, korespondencją Firmy i listami wypłat, zdobywając praktyczną wiedzę finansisty i biuralisty. Następnie na krótki przeciąg czasu związał się z Fabryką Kamieniarską J. Fedorowicza, podejmując pracę jako księgowy (XI.1936—XI.1937), skąd przeniósł się wkrótce do Fabryki Maszyn i Kotłarni „Moc”, pracując w niej do wybuchu Powstania Warszawskiego.

Po upadku Powstania Warszawskiego J. C z e r w i e c k i zostaje wywieziony na roboty przymusowe do Niemiec. Zawarcie związku małżeńskiego na obczyźnie po zakończeniu II wojny światowej i urodzenie się syna opóźnia powrót Jego do kraju, który nastąpił w dniu 3 maja 1946 r. Wróciwszy do Polski zamieszkał w Warszawie i objął posadę głównego księgowego w Państwowym Instytucie Higieny Psychiczej.

Od 1 grudnia 1949 r. do przejścia na emeryturę Józef C z e r w i e c k i pracował w naszej Uczelni, piastując odpowiedzialne stanowisko kwestora. Kierując Działem Finansowo-Budżetowym Warszawskiej Akademii Medycznej od progu jej narodzin (rozporządzeniem Rady Ministrów z 24.X.1949 r. utworzona została akademia lekarska jako samodzielna uczelnia). J. C z e r w i e c k i kładł podwaliny pod rozwój jego wszystkich agend i przygotowanie odpowiednich kadr dla wznoszących stale zadań działu, związanych z intensywnym wzrostem całej Uczelni. Dynamicznie rozwijająca się młoda placówka potrzebowała ciągle nowych kredytów, o które zabiegali poszczególni kierownicy jednostek administracyjnych Akademii, nie zawsze rozumiejąc trudności obiektywne. Dzięki gospodarskiej trosce i zapobiegliwości kwestora C z e r w i e c k i e g o, te także kłopotliwe sprawy udawało się szczęśliwie załatwić ku zadowoleniu wszystkich.

Mimo licznych i absorbujących obowiązków zawodowych J. C z e r w i e c k i zawsze znajdował czas na pracę społeczną i polityczną. W latach 1947—1949 m. in. pełnił funkcję przewodniczącego koła PPS przy PIHP i przewodniczącego tamtejszej Rady Miejscowej Zw. Zaw., a następnie I sekretarza POP PZPR. Równie aktywnie uczestniczył w życiu społeczno-politycznym naszej uczelni, będąc m. in. w latach 1950—1951 II sekretarzem OOP PZPR i przewodniczącym Rady Miejscowej ZZPSZ, a później w latach 1954—1969 I sekretarzem OOP PZPR Administracji. W codziennej pracy zawodowej Kwestor wyróżniał się wyjątkową obowiązkowością, poczuciem odpowiedzialności za powierzone zadania i wielką bezpośredniością w sposobie bycia. Za działalność zawodową, społeczną i polityczną odznaczony został m. in. Złotym Krzyżem Zasługi (1959), Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski (1969) i Odznaką „Za wzorową pracę w służbie zdrowia” (1975).

W piśmie skierowanym do Józefa C z e r w i e c k i e g o w związku z Jego wcześniejszym przejściem na emeryturę J. M. Rektor, prof. dr S. L. Z g l i c z y Ń s k i, pisał, że wieloletnia ofiarna praca Jego jako kwestora Warszawskiej Akademii Medycznej „stanowić będzie trwały wkład w ogólny rozwój naszej Uczelni”.

CI, KTÓRZY ODESZLI...



Mgr FELICJAN MILLER 1886 — 1976

Dnia 14 listopada 1976 r. zmarł w Warszawie mgr praw F. Miller, urodzony dnia 9 czerwca 1886 r. w Kryłowie pow. Hrubieszów. W roku 1901 rozpoczął on praktykę w aptece ojca w Poturzynie (woj. lubelskie). W roku 1906 za udział w akcji przygotowawczej do strajku szkolnego został przez władze carskie aresztowany i osadzony w więzieniu. W roku 1907 po odbyciu kilkumiesięcznego kursu i złożeniu egzaminów na Uniwersytecie Moskiewskim uzyskał uprawnienia pomocnika aptekarskiego.

W latach 1910—1914 pracował w aptece kolejowej w Moskwie. W roku 1913 rozpoczął studia na Wydziale Prawa Uniwersytetu Moskiewskiego. W okresie studiów kierował apteką XII Ziemskiego Szpitala Wojskowego.

W roku 1918 powraca do kraju, a w 1921 nostryfikuje dyplom, uzyskując stopień naukowy magistra praw i nauk politycznych. Od dnia powrotu do kraju kieruje apteką ojca.

W roku 1927 obejmuje stanowisko referenta, a następnie radcy Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej. W roku 1934 uzyskuje nominację na stanowisko dyrektora Biura Zdrojowisk Państwowych. Jednocześnie pełnił funkcję radcy prawnego Wydziału Uzdrawisk wspomnianego biura. W tym czasie zainicjował i uruchomił produkcję olejku i wyciągu sosnowego, a także tabletek Zuber. W okresie okupacji hitlerowskiej brał czynny udział w pracach tajnego Uniwersytetu Warszawskiego. Prowadził m.in. wykłady z historii farmacji, organizacji służby zdrowia oraz z prawa sanitarnego i administracyjnego.

Po wyzwoleniu pełnił szereg odpowiedzialnych funkcji w Naczelnej Izbie Aptekarskiej oraz w Spółdzielczym Banku Farmaceutów. Do roku 1968 mgr F. Miller prowadził zleczone wykłady z organizacji służby farmaceutycznej, deontologii i historii farmacji w Warszawskim Wydziale Farmaceutycznym.

Poza pracą zawodową i dydaktyczną wiele czasu i energii poświęcił działalności niepodległościowej, społecznej i zawodowej. Był aktywnym członkiem Polskiego Powszechnego Towarzystwa Farmaceutycznego oraz Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Przez wiele lat był członkiem Zarządu Warszawskiego PTFarm. Mgr F. Miller był autorem projektu statutu PTFarm. Na łamach prasy fachowej ukazywały się Jego liczne artykuły. Dotyczyły one głównie tematyki prawnej oraz spraw naszego zawodu. Był znawcą muzyki poważnej i czynnym instrumentalistą (wionczela).

Mgr F. Miller przez wiele lat pisał stanowisko prezesa Rady Spółdzielczej Budownictwa Mieszkaniowego „Szare Domy”. W latach 1963—1969 był przewodniczącym Sekcji Historii Farmacji Oddziału Warszawskiego PTFarm.

Za zasługi w pracy społecznej i zawodowej został odznaczony dwukrotnie Złotym Krzyżem Zasługi, Złotą Odznaką Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, Złotą Odznaką Zasłużonego Działacza Ruchu Spółdzielczego, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski oraz medalem im. Ignacego Łukasiewicza.

Mgr. F. Miller cieszył się wśród przedstawicieli naszego zawodu wielkim uznaniem. Odszedł od nas nadzwyczaj prawy i oddany działacz społeczny i zawodowy wykazujący w swej bezinteresownej działalności wiele inicjatywy twórczej.

Władysław Markowski



MGR SAMUEL KLARREICH

(w rocznicę śmierci)

W dniu 7 kwietnia 1977 r. minęła pierwsza rocznica śmierci mgr. Samuela Klarreicha, byłego dyrektora Biblioteki Głównej Akademii Medycznej w Warszawie.

Urodził się 30 września 1902 r. w Stanisławowie, tam ukończył szkołę ludową im. A. Mickiewicza i państwowe gimnazjum klasyczne, otrzymując w 1921 r. świadectwo dojrzałości. Ponieważ rodzice nie mogli zapewnić Mu wystarczających środków finansowych na dalszą naukę, objął posadę nauczyciela w szkołach w Białymstoku, Krakowie i Grodnie.

W Krakowie studiował na Wydziale Filozoficznym UJ i jednocześnie uczył w prywatnej szkole powszechnej. Na krótko wyjechał do Grodna, aby znów wrócić do Krakowa, gdzie studiował i pracował do wybuchu II wojny światowej. Tam ukończył w 1927 r. Studium Pedagogiczne, w 1928 r. Państwowy Wyższy Kurs Nauczycielski, w 1929 r. otrzymał dyplom nauczyciela szkół powszechnych, a w pięć lat później uzyskał tytuł magistra filologii angielskiej. W 1938 r. nadano Mu odznaczenie: „Brązowy Medal za Długoletnią Służbę”.

W 1939 r. los rzucił Go na teren ZSRR, gdzie pracował w różnych zawodach, m. in. jako robotnik w elektrowni, księgowy w kolchozie, wykładowca języka angielskiego, a na prośbę Związku Patriotów Polskich objął stanowisko dyrektora polskiej szkoły w Tiumieniu, którą kierował do momentu powrotu do kraju w marcu 1946 r.

Zamieszkał wtedy w Szczecinie. Poświęcił się aktywnej działalności pedagogicznej, m. in. był dyrektorem Gimnazjum i Liceum dla Dorosłych im. gen. Świerczewskiego, kierował Okręgowym Ośrodkiem Naukowo-Dydaktycznym Języka Angielskiego.

Warszawski okres działalności mgr. S. Klarreicha rozpoczął się z dniem 1 lutego 1951 r. kiedy otrzymał nominację na stanowisko kierownika Biblioteki Głównej warszawskiej AM-młodej, istniejącej zaledwie od 4 lat placówki. powołanej początkowo jako Biblioteka Wydziału Lekarskiego UW. Biblioteka wydziałowa, dzięki energii swojego pierwszego kierownika prof. Wiktora Grzywo-Dąbrowskiego, została przeniesiona z suterenu Kliniki Chorób Wewnętrznych do gmachu Zakładu Medycyny Sądowej, zyskując znacznie większą powierzchnię, etatowych bibliotekarzy i możliwość zorganizowania czytelnii.

Kiedy w dniu 24 października 1949 r. rozporządzeniem Rady Ministrów Wydział Lekarski staje się autonomiczną uczelnią — akademią lekarską, a 3 marca 1950 r. — akademią medyczną — zmienia się funkcja biblioteki. Staje się ona Biblioteką Główną AM, placówką o nowych zadaniach i zwiększonych obowiązkach.

W takim to okresie życia biblioteki objął funkcję jej kierownika a następnie dyrektora — mgr S. Klarreich. Został także przewodniczącym senackiej komisji bibliotecznej. Swoją działalność skoncentrował głównie na rozbudowie sieci bibliotecznej AM, powołał do życia poszczególne filie biblioteki przy klinikach i zakładach, zorganizował centralne zaopatrywanie sieci w książki i czasopisma. Osobiście czuwał nad stroną finansową: kierował zakupem książek i prenumeratą czasopism. Jego kontakty z warszawskimi księgarzami pozwalały pozyskiwać dla biblioteki cenne nowości. Z Jego inicjatywy został zorganizowany centralny katalog książek zagranicznych znajdujących się w bibliotekach klinik i zakładów.

Dyrektor znał dobrze wiele języków, m. in. rosyjski, niemiecki, francuski, angielski, hebrajski, łacinę i grekę. Z łatwością przyswoił sobie podstawowe wiadomości z medycyny i dziedzin pokrewnych. Z własnej inicjatywy zwracał się do lekarzy ze wskazówkami bibliograficznymi, wierzył w sprzężenie zwrotne: udzielając informacji użytkownikowi, korzysta się niejednokrotnie z jego wiedzy; wzbogacając własne zasoby wiadomości — tym skuteczniej i z lepszą znajomością rzeczy można służyć czytelnikom. I wierny pozostał swojej maksymie: do ostatnich chwil życia czytał, kształcił się.

Dzięki Jego inicjatywie zaadaptowano pomieszczenia odstąpione przez Zakład Medycyny Sądowej i lokale zwolnione przez Wydział Farmacji. Urządzono czytelnię główną i czytelnię czasopism, powiększono magazyny. Na Jego wniosek w 1957 r. warszawska AM zapoczątkowała wykłady z przysposobienia bibliotecznego I stopnia dla studentów pierwszego roku wszystkich wydziałów, oraz II stopnia dla studentów trzeciego roku Wydziału Lekarskiego i piątego roku Wydziału Farmaceutycznego. Osobiście prowadził wykłady z bibliografii i informacji naukowej. Z inicjatywy mgr. Klarreicha został opracowany przez pracowników Biblioteki „Wykaz prac publikowanych przez pracowników naukowych Akademii Medycznej w Warszawie 1945—1960”, który ukazał się drukiem w 1970 r.

Działalność bibliotekarska i organizacyjna mgr. S. Klarreicha została właściwie oceniona: w czerwcu 1962 r. Komisja Egzaminacyjna dla Bibliotekarzy Dyplomowanych przy Ministerstwie Szkolnictwa Wyższego uznała jego kwalifikacje za równorzędne ze zdaniem egzaminu na bibliotekarza dyplomowanego. W styczniu 1963 r. został mianowany kustoszem dyplomowanym. Również i kolejni rektorzy AM wysoko cenili Jego pracę w warszawskiej uczelni, nagradzając i wręczając Mu dyplomy. Otrzymał także dwa odznaczenia państwowe: w roku 1955 „Medal 10-lecia Polski Ludowej” a w roku 1966 „Odznakę Tysiąclecia Państwa Polskiego”.

W Bibliotece Głównej Akademii Medycznej pracował bez mała przez 22 lata — do momentu przejścia na emeryturę 31 grudnia 1972 r.

Zapisał się w pamięci ludzi współpracujących z Nim i podwładnych jako człowiek skromny i uczciwy, taktowny i życzliwy, obiektywny w swoich sądach. Ufał pracownikom, starał się poznać ich warunki, wrażliwy na ludzką krzywdę — zawsze starał się pomagać potrzebującym tego. Jako doświadczony pedagog i bibliotekarz, o bardzo bezpośrednim sposobie bycia. cenil pracę i tego nauczał swoich pracowników. Uważał, że dużą korzyść przyniesie społeczeństwu odpowiednia i na czas dostarczona lekarzom literatura fachowa. Najmłodszej części polskiego społeczeństwa — dzieciom — przekazał w testamencie swoje oszczędności i bogatą bibliotekę.

Mgr Halina Duszyńska

REGULAMIN DLA AUTORÓW

W kwartalniku „Medycyna — Dydaktyka — Wychowanie” drukowane są artykuły z zakresu:

- dydaktyki i wychowania
- działalności naukowej i leczniczo-usługowej
- działalności społecznej i organizacyjno-administracyjnej

Artykuły należy nadsyłać w 2 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.

Wszystkie tabele oraz zestawienia (unikać 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. 11,5 cm). Fotografie czarnobiałe 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. Rysunki powinny być składane 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 czasopisma, w którym ma być ona wydrukowana.

Maszynopis pracy powinien zawierać:

- tytuł pracy
- imię i nazwisko autora (autorów), tytuł zawodowy, stopień naukowy, stanowisko
- adres miejsca pracy, nr telefonu i ew. adres prywatny.

Redakcji przysługuje prawo przeprowadzenia zmian redakcyjnych, niezbędnych skrótów, poprawek stylistycznych oraz dokonywania poprawek merytorycznych po uprzednim uzgodnieniu z autorem. W korekcie autorskiej uwzględnione będą tylko niezbędne poprawki; zmiany treści — z uwagi na duży koszt w nowym cenniku drukarskim nie będą uwzględniane.

Materiały przekazywane Redakcji powinny być przez autorów podpisane. O przyjęciu do druku i ustaleniu kolejności publikacji decyduje Kolegium Redakcyjne.

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

Recenzje

MEDYCZNY BESTSELER

Po raz pierwszy w naszym piśmiennictwie otrzymaliśmy syntetyczny „ZARYS DZIEJÓW POLSKIEJ ORTOPEDII”. Doc. dr hab. med. Artur Dziak prezentuje w swej pracy habilitacyjnej historię ortopedii, z tak dużą umiejętnością popularyzatorską, że nawet czytelnik spoza środowiska profesjonalistów wprost pasjonuje się walorami treściowymi książki.

Zanim jednak omówię treść dzieła, pozwolę sobie kilka zdań poświęcić Autorowi. Wszelkie dzieła są bowiem rozumiane najlepiej na tle osobowości autora, przybliży to czytelnika do twórcy.

Artur Dziak ukończył studia lekarskie w AM w Warszawie w 1957 r. Jako stypendysta Ministerstwa Zdrowia uzyskał w 1961 r. specjalizację I° w zakresie ortopedii i traumatologii, pełniąc przy tym obowiązki st. asystenta w Klinice Ortopedycznej AM. W 1969 r. otrzymał stopień doktora, w rok później specjalizację II° a w 1974 r. specjalizację w dziedzinie medycyny sportowej, co umożliwiło mu pełnienie funkcji lekarza kadry narodowej Polskiego Związku Pływackiego. Habilitację uzyskał w 1975 r. W danych biograficznych nie można pominąć faktu, że równocześnie ze studiami medycznymi, od 1953 r. pracował w PZWL, najpierw jako asystent redaktora merytorycznego, później redaktor, wreszcie jako z-ca redaktora naczelnego. Jednocześnie kontynuował pracę w Klinice Ortopedycznej AM na zasadzie wolontariatu.

Teraz jest jasne, że „Zarys dziejów ortopedii polskiej” opracowany został pod względem merytorycznym zgodnie z zasadami sztuki edytorskiej na wysokim poziomie. Przeciwnieństwem do ujęcia tematu, jest forma edytorska książki, do czego wrócę w zakończeniu recenzji. Tymczasem pozostajmy jeszcze przy osobie Autora. Co mówi o nim prof. dr hab. med. Marian Garlicki — promotor jego habilitacyjnego dzieła?

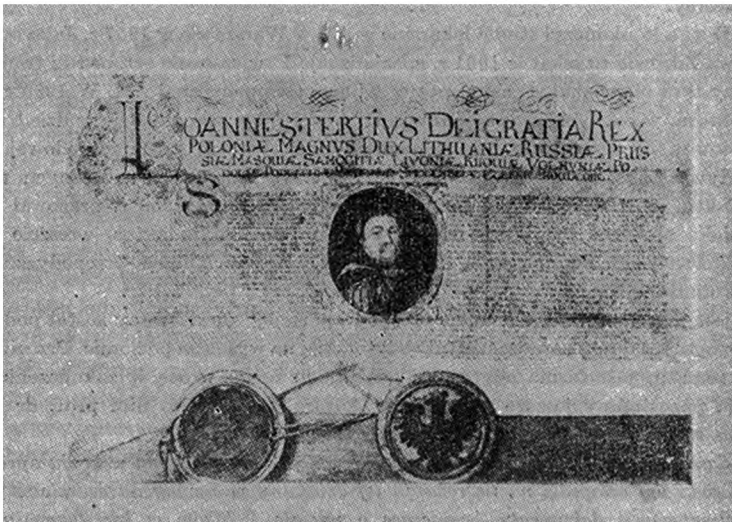
„Książka dra A. Dziaka jest cennym wydawnictwem, pierwszym w kraju opracowaniem historii rodzimej ortopedii na tle rozwoju tej dziedziny medycyny na świecie. Autor zebrał i usystematyzował dokumenty świadczące o udziale Polaków w kształtowaniu ortopedii w ogóle. Przynosi więc nam sporo sławy. Posiada on obok dużych umiejętności zawodowych również duży talent organizacyjny, umie szybko podejmować decyzję i równie szybko pracuje”.

O książce A. Dziaka rozmawiałem z wieloma osobami, zarówno z lekarzami, jak i czytelnikami spoza środowiska profesjonalistów. Pominę tu opinię szczegółową bibliologów, którzy uznali książkę za pozycję wartościową, a podzielę się opinią czytelnika-bibliofila, v-prezesa Polskiego Tow. Miłośników Książek red. Stefana Karpińskiego, który powiedział: „Jestem przekonany, że nakład nie będzie zalegał na półkach księgarń. Autor ustrzegł czytelnika przed nudą, książkę czyta się z zainteresowaniem, choć przeraża jej szata graficzna”. Zagadnienie jest logicznie wyschematyzowane i poza wartością naukową posiada walor użytkowy — informacyjny. Historia ortopedii została należycie zbadana i co ważniejsze, przez zwartą konstrukcję i poprawną terminologię zachęca do nauki, do metodycznego nabywania wiedzy z tej dziedziny”.

Niech mi będzie wolno jeszcze raz podkreślić, że książka dra A. D z i a k a jest pozycją wyjątkowo potrzebną. Zagadnienia ortopedii są niestety w naszym kraju niedostatecznie popularyzowane i mało kto zdaje sobie sprawę z następstw tego stanu rzeczy.

Książkę otwiera rys historyczny ortopedii światowej, stanowiąc swoisty przegląd rozwoju tej dziedziny chirurgii na tle wojen, bo — choć brzmi to niemal makabrycznie — one rodziły postęp w pourazowym leczeniu. Autor przyjmuje wiek XVI jako przełomowy dla rozwoju ortopedii, odnotowując nazwisko francuskiego lekarza A. Peręgo jako prekursora tego postępu. Wówczas bowiem rozpoczęto wyrób protez i aparatów ortopedycznych. W XVII w. sławą cieszył się chirurg włoski P. de Marchetti, który nad amputacje przełożył leczenie. Wiele miał takich dobrych wyników jak w przypadku marszałka Francji Montgomeyego, który w czasie bitwy doznał przecięcia ścięgna kciuka a po wyleczeniu rany, wobec przykurczu palca nie mógł utrzymać w dłoni żadnej broni, lecz dzięki zastosowaniu pomysłowego futerału kciuka, przymocowanego do nadgarstka mógł znów posługiwać się każdym rodzajem broni.

Na dalszych stronach dowiadujemy się, że sposób unieruchomienia złamań opatrunkami z gipsu trafił do Europy pod koniec XVII w. z Arabii, ale dopiero w 1852 r. lekarz armii holenderskiej Mathysen rozpowszechnił tę metodę. Do prawdziwego jednak przewrotu w chirurgii doszło w drugiej połowie XIX w.; stało się to dzięki zastosowaniu znieczuleń miejscowych i przewodowych oraz postępu w zahamowywaniu krwotoków. Koniec tego wieku, to wyodrębnienie ortopedii jako samodzielnej gałęzi medycyny.



Przywilej króla Jana III z 1676 r. dla chirurgów gdańskich Daniela i Samuela Krohnów

W rozdziale o dziejach ortopedii w Polsce Autor podaje, że już w XIII w. Gall Anonim zanotował sukces przybocznego medyka króla Bolesława Krzywoustego; otóż dokonał on pomyślnej trepanacji czaszki, rannemu w głowę podczas oblężenia Międzyrzecza cześniakowi Wojsławowi. W XVI w. zrzeszeni w cechach cyrulików chirurdzy posiadali już statut a Józef Struś stał się prekursorem rodzimej ortopedii. Jednak dopiero w XVIII w. L. Perzyna zapoczątkował właściwą historię polskiej ortopedii, publikując dzieło pt. „Nauki cyrulickej krótko zebrane”. Na przełom tego wieku przypada działalność „ojca polskiej chirurgii” R. J. Czerwiakowskiego — głównego sztabmedyka wojsk Tadeusza Kościuszki, autora fundamentalnych prac z dziedziny ortopedii. Później, w szczególności w okresie działania Komisji Edukacji Narodowej mnożą się wybitne dzieła, pisane już w języku polskim. Pierwsze

to dzieło J. Szymkiewicza (Wilno 1807 r.) będące prawdziwym vademecum ortopedii. Dalej Autor wymienia J. Mianowskiego i zalicza do twórców polskiej szkoły ortopedycznej L. Bierkowskiego, La Bruna, P. Girsztowta, T. Mateckiego, T. Drobnika, F. Neugebauera, A. Obałńskiego i M. Rutkowskiego, zamykającego XIX w.

Kolejnym okresem, któremu Autor poświęca uwagę to lata od 1928 r., tj. od powstania Polskiego Tow. Ortopedycznego, do wybuchu II wojny światowej, oraz lata okupacji, w których choć zamarła działalność Towarzystwa, nie przerwali czynności jego członkowie.

„Dziwaczne to były warunki pracy, w szpitalach więziennych, w kryjówkach leśnych, w schronach bombowych ortopeda polski musiał często improwizować instrumenty, sterylizację szyny, czy stół operacyjny” — przytacza tu Autor słowa prof. dra W. Degi.

Należy żałować, że w przeciwieństwie do licznych opisów praktyk ortopedycznych z okresu Średniowiecza czy Odrodzenia, nie został podany ani jeden konkretny przypadek działalności ortopedów w tych „dziwacznych warunkach pracy”. Notki biograficzne lekarzy-ortopedów tego okresu są również bardzo lakoniczne.

Rozdział VII — to okres Polski Ludowej — w którym przełomowe znaczenie miał X Zjazd PTO w 1952 r. i utworzenie pierwszej akademickiej kliniki ortopedycznej w Bytomiu. Spotykamy tu już nazwiska naszych współczesnych uczonych: prof. prof. W. Degi, M. Garlickiego, St. Łukasika, M. Weissa, A. Grucy i inn.

Kilkanaście stron piśmiennictwa, kilkadziesiąt stron przypisów, w tym prawie 20 str. notek biograficznych słynnych ortopedów polskich uzupełniają treść „Zarysu dziejów ortopedii polskiej”, zilustrowanej ponad 150 fotografiami w wydaniu warszawskiej AM, a 80 fotogramami w wydaniu „Ossolineum”. Książka ukazała się bowiem nakładem dwóch placówek wydawniczych: w 1975 r. jako praca habilitacyjna, powielona w części tekstowej, z wydrukowanymi typograficznie ilustracjami została wydana przez Ośrodek Wydawniczy AM w Warszawie, natomiast w początkach stycznia 1977 r. znalazła się w obrocie księgarskim jako edycja Wydawnictwa Zakładu Narodowego im. Ossolińskich — Oddział w Gdańsku w nakładzie 1000 egz.

Szkoda, że w okresie oszczędności papierowych, nikt nie zastanowił się nad jednym wydaniem. „Zarys dziejów ortopedii polskiej” nakładem Ośrodka AM w Warszawie, w konfrontacji z nakładem „Ossolineum” jest pod względem formy odytorskiej uboższy. Ale dziwić się można ongiś przodującemu Wydawnictwu PAN, że nie zadbało należycie o opracowanie redakcyjne, np. po ostatnim rozdziale następuje „Zakończenie”, powtarzające treść z poprzednich stron, mnoży się od pisowni dużymi literami wyrazów pospolitych, np. konsultant krajowy, krajowy specjalista, klinika poznańska, pogotowie ratunkowe. A notki biograficzne — brak w wielu z nich konkretnych danych: dat życia, tytułów naukowych, dorobku naukowego (Budzyński, Trzebnicki, Kowalski, Raszeja, Wolszczan).

Kartonowa okładka książki dopełnia wadliwej formy edytorskiej tej cennej pozycji.

JERZY CELMA-PANEK

CONTENTS

<i>Jerzy Majkowski</i>	
For Higher Level of Ideological and Educational Activities of Medical School	89
<i>Roman Jędrzejewski</i>	
Warsaw Medical Academy and the Regional Postgraduate Education Programme in the Years 1977—1978	95
<i>Cezary Korczak, Miron Paciorkiewicz</i>	
Sanitary and Hygiene Studies in Poland and the USSR	101
<i>Edward Mazurkiewicz</i>	
Social Pedagogics in Medical Practice	111
<i>Romułd Kreczko</i>	
Undergraduate and Postgraduate Training at the Clinic of Orthopaedic Surgery, Warsaw Medical Academy	119
<i>Urszula Włodarczyk</i>	
Educational Function of Student Working Practice as Viewed by Undergraduates	123
<i>Grażyna Kuczyńska, Urszula Włodarczyk</i>	
Medical Training of Overseas Students	127
<i>Bohdan Fitak, Jan Pachecka, Jerzy Podleśny, Andrzej Saliński</i>	
Summer Schools for Students of the Pharmacy Faculty in the Years 1970—1976: Role and Achievements	132
Our Eminent Scientists	
<i>Andrzej Śródka, Sławomir Maśliński</i>	
Professor Jan Zaleski	137
A List of Academic Degrees	140
Chosen Research Works	145
Chronicle	155
<i>Janusz Kapuścik</i>	
Józef Czerwiecki	159
Obituary	
Felicjan Miller MSc	160
Samuel Klarreich MSc	162
<i>Jerzy Celma-Panek</i>	
Reviews: The Medical Bestseller	165

KOLEGIUM REDAKCYJNE

prof. dr hab. med. JERZY MAJKOWSKI — redaktor naczelny
dr med. CEZARY WŁODZIMIERZ KORCZAK — sekretarz redakcji
doc. dr hab. farm. BOŻENA GUTKOWSKA — członek Kolegium
red. mgr JERZY CELMA-PANEK — członek Kolegium
dr n. hum. JANUSZ KAPUŚCIK — członek Kolegium

KOREKTA
EWA ŚWIERCZYŃSKA

ADRES REDAKCJI
ul. Filtrowa 30, pok. 5
02-032 Warszawa
telefon: 25-02-16, 29-02-43

WYDAWCA: AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

WARUNKI PRENUMERATY

Cena prenumeraty rocznej 60,— zł.

Informacji o warunkach prenumeraty udzielają urzędy pocztowe i oddziały RSW „Prasa-Książka-Ruch”.

Prenumeratę ze zleceniem wysyłki za granicę, która jest droższa o 40% od prenumeraty krajowej, należy wpłacać na konto PKO nr 1-6-100024 RSW „Prasa-Książka-Ruch”, Biuro Kolportażu Wydawnictw Zagranicznych, Warszawa, ul. Wronia 23.

Indeks 36438/36304