

MEDYCINA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

KWARTALNIK AKADEMII MEDYCZNEJ



WARSZAWA 1981

ISSN 0137-6543

ROK XIII NR 3

SPIS TREŚCI

OD REDAKCJI	193
<i>Elżbieta Łapińska</i>	
Wpływ osobowości nauczyciela akademickiego na adeptów medycyny (głos o konferencji)	194
<i>Józef Hornowski</i>	
Historia izb lekarskich w Polsce	198
<i>Aleksander Drygas</i>	
Z historii prawodawstwa ochrony zdrowia	207
<i>Urszula Włodarczyk</i>	
Problemy orientacji zawodowej	221
<i>Leszek Tomaszewski, Liliana Konarska, Andrzej Tomaszewski</i>	
Motywacje podejmowania studiów farmaceutycznych	231
<i>Jerzy Celma-Panek</i>	
Federacja z uniwersytetami to humanizacja medycyny — z wizytą u prof. Józefa Hellera	239
<i>Miron Paciorkiewicz</i>	
SYLWETKI NASZYCH UCZONYCH: Profesor Jan Szmurło	247
<i>Halina Dusińska</i>	
Karol Mitkiewicz — lekarz-społecznik	255
KRONIKA: Jubileuszowa uroczystość, promocje doktorskie — Nomina- cje profesorskie — Wybory rektora i prorektorów w warszawskiej AM — Zmiany personalne — XVII Ogólnopolski Konkurs Prac Magisterskich Far- macji — Konferencja higienistów AWF — XX zawody pływackie o puchar Rektora AM w Warszawie	260
<i>Elżbieta Jackiewicz-Lewandowska, Urszula Mach</i>	
Wyróżnione prace magisterskie	271
WYKAZ STOPNI NAUKOWYCH	274
CI KTÓRZY ODESZLI: mgr Irena Kozarska	282
RECENZJE:	
<i>Jerzy Celma-Panek</i> — „Twórcza obecność chorych”	284
<i>Izabella Szenkowa</i> — „Rak” — G. Mathé (tytuł oryginalny Dossier cancer)	286

MEDYCINA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

Kwartalnik AM

Rocznik XIII

1981

nr 3



Już po zamknięciu numeru — jak się to fachowo nazywa w pracy redakcyjnej — i po przekazaniu maszynopisu do drukarni, w dniu 21 maja br. odbyła się ogólnopolska konferencja redakcyjna, poświęcona problemowi udziału studentów w kierowaniu uczelnią.

W konferencji wzięły udział 52 osoby, reprezentujące uczelnie: gdańską, lubelską, łódzką, katowicką, szczecińską, wrocławską i warszawską. Był obecny tylko jeden przedstawiciel ZZPSZ i SZSP, a NZS reprezentowało 2 studentów z AM we Wrocławiu i Gdańsku. Telegraficznie uprzedził o swej nieobecności przewodniczący NZS AM w Łodzi S. Nowak, który miał wygłosić referat nt. reprezentacji studentów w organach uczelni, lecz telegram nadszedł następnego dnia po konferencji, a wysłany pocztą referat otrzymaliśmy dopiero w tydzień później. Pierwszy referat, omawiający porozumienie łódzkie i nowelizowaną ustawę o szkolnictwie wyższym wygłosił prof. dr hab. Janusz Borkowski — kierownik Zakładu Prawa Adm. Uniwersytetu Łódzkiego, pełniący funkcję sekretarza Komisji Kodyfikacyjnej przy MSzWNiT. Następny referat, przedstawiający rys historyczny organów kolegialnych uczelni, ich zakres, skład osobowy, formy powoływania kierownictwa omówił doc. dr hab. Stanisław Orzeszyński — dyrektor Departamentu Szkolnictwa i Nauki w MZiOS. Kolejnym referentem był doc. dr hab. Marek Dąbrowski z AM w Warszawie — przedstawiciel Sekcji Zdrowia NSZZ „Solidarność“, który w swoim wystąpieniu zwrócił szczególną uwagę na samorządność uczelni medycznych, udział we władzach akademii samodzielnych pracowników nauki oraz młodszych pracowników naukowych i właściwy klimat dla rozwoju wyższego szkolnictwa medycznego w Polsce.

Szczegółowy przebieg konferencji, treść przemówienia wstępnego redaktora naczelnego M—D—W prof. dr hab. Bogdana Kamińskiego, pełne teksty wszystkich referatów oraz wypowiedzi dyskutantów opublikowane zostaną w następnym, tj. 4/XIII numerze n. kwartalnika. W numerze tym zamieścimy również życiorysy nowo wybranych rektorów akademii medycznych oraz listę członków Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej.

dr n. hum. *Elżbieta Łapińska*

Zakład Psychologii Klinicznej Warszawskiej AM

WPLYW OSOBOWOŚCI NAUCZYCIELA AKADEMICKIEGO NA ADEPTÓW MEDYCZYNY

(głos o konferencji)

Z dużym zainteresowaniem przeczytałam opublikowane w n-rze 2/XIII „M-D-W” referaty i wypowiedzi dyskusyjne nauczycieli akademickich uczestniczących w konferencji, zorganizowanej przez Redakcję kwartalnika w ub. r., a poświęconej wyłącznie temu trudnemu problemowi.

Poruszono w czasie dyskusji różne sprawy, wykraczające czasem poza wyznaczony temat. Oceniano efekty wychowawcze uzyskiwane w akademiach medycznych, wskazywano przyczyny obserwowanego stanu rzeczy, a także wysuwano postulaty dotyczące zarówno nauczycieli jak i studentów oraz interakcji między nimi. Osoby uczestniczące w dyskusji zgodnie oceniały wpływy wychowawcze w akademiach medycznych jako niezadowalające. Źródeł dopatrywano się w braku lub niedostatecznym nasileniu niektórych właściwości osobowości nauczycieli. Przy czym szczególny nacisk kładziono na autorytet moralny, jako równie, jeśli nie bardziej ważny od autorytetu naukowego. Zwracano także uwagę na to, że oddziaływanie na studentów nie jest łatwe, ponieważ są to ludzie już jakoś ukształtowani i możliwości zmian osobowości są względnie ograniczone. Wreszcie kilku dyskutantów mówiło o sytuacji, w jakiej przebiega studiowanie, a konkretnie o masowości studiów, wielkich liczebnościach wydziałów i wynikających z tego skąpych kontaktów ze studentami nauczycieli z autorytetem, tych o największej sile oddziaływania.

Mimo iż tematem dyskusji była właściwie skuteczność jednego ze sposobów wywierania wpływu wychowawczego, o wychowaniu jako takim niewiele się mówiło. Jedynie prof. B. G ó r n i c k i zwrócił uwagę i zaakceptował rolę wychowania, jako intencjonalnego oddziaływania na osobowość adeptów medycyny, postulując kształcenie a nie tylko nauczanie.

Pomijanie w dyskusji tematu wychowania odzwierciedla, jak się zdaje, rzeczywisty udział wpływów wychowawczych, jako celowych oddziaływań na osobowość studentów, w działalności dydaktycznej nauczycieli akademickich. Smutnym tego przejawem może być fakt, iż mogło zostać ogłoszone przez nauczyciela zdanie, że *„wychowuje się wówczas, kiedy się w ogóle nie zamierza wychowywać, natomiast, jeżeli ktoś zamierza wychowywać, to prawdopodobnie wychowywać nie może i nie będzie“*. Nie sądzę, aby wielu nauczycieli podpisało się pod tym stwierdzeniem. Obawiam się jednak, że niezbyt też wielu z nas zamierza wychowywać i świadomie te zamierzenia realizuje. Wysiłki nasze koncentrują się na kierowaniu nabywaniem przez studentów wiedzy i umiejętności. Także system nagród i kar stosowanych w akademiach medycznych temu tylko sprzyja. Kto z nas słyszał o wyróżnieniach, czy choćby ocenach za, np. przejawy wysokiego poczucia odpowiedzialności, cechy tak istotnej w osobowości przyszłego lekarza? Wrażliwości na potrzeby innych ludzi student medycyny ma się nauczyć na zajęciach z psychologii, socjologii i psychiatrii, czyli w ciągu kilkudziesięciu godzin, podczas gdy przez kilka tysięcy godzin zajęć najważniejsze jest zdobywanie i operowanie wiedzą o funkcjonowaniu i oddziaływaniu na biologiczną stronę organizmu ludzkiego (nawet nie koniecznie człowieka).

Niedoceniając przez nauczycieli wychowawczej strony swych oddziaływań na studentów, może być jedną z przyczyn braku pożądanych efektów tych oddziaływań. Dodajmy tu, żeby nie było nieporozumień, że studenci mogą zmieniać się w wyniku oddziaływań niezamierzonych. Rezultaty wszakże tych zmian są, z punktu widzenia wychowawczego, przypadkowe i mogą być zarówno korzystne jak i niekorzystne. W przypadku studentów medycyny do niedawna zdawały się przeważać te niekorzystne. Wpływ na ten stan rzeczy mogą mieć ogólne sprawy, takie jak sytuacja społeczno-polityczna, systemy wartości obowiązujące w społeczeństwie w danym okresie itp. Z racji jednak „zadanego” przez Redakcję tematu, pozostaniemy przy wpływie wychowawczym nauczyciela na swych studentów.

W dalszych rozważaniach na ten temat, przez wychowywanie będziemy rozumieć, zgodnie ze stanowiskiem specjalistów w zakresie psychologii wychowawczej, wywieranie wpływu wychowawcy (tu: nauczyciela akademickiego) na wychowanek (tu: studentów medycyny) w celu **ś w i a d o m i e** założonego projektu osobowości. Świadomość ta oznacza fakt określenia sobie celu swych oddziaływań, zdanie sobie sprawy z tego, jaki wychowanek powinien być. Bez określenia sobie, do jakich zmian w wychowanku zmierzamy, bez intencji wywarcia na niego wpływu, nie można mówić o wychowywaniu, a jedynie o przypadkowych oddziaływaniach.

Z kolei wywieranie wpływu polega na organizowaniu wychowankowi sytuacji tak, by dostarczyć mu doświadczeń, koniecznych do uzyskania zamierzonej, względnie trwałej zmiany w jego osobowości. Nie wiadomo jeszcze dokładnie, jak te sytuacje organizować. Można jednak podać pewne ogólne wskazania. Należy do nich zalecenie, by sytuacja wychowawcza angażowała wychowanka emocjonalnie. Powinna też zmuszać do działań, w których pożądane przez wychowawcę cechy mogły, a jeszcze lepiej, by musiały się aktywizować. Biorąc te zalecenia pod uwagę, proces kształcenia w akademiach medycznych jak zauważyła to dr K. Baranowicz, wyjątkowo sprzyja wychowywaniu. Zajęcia w klinikach są przecież takimi zorganizowanymi sytuacjami, które mogą dostarczać doświadczeń prowadzących do pożądanych zmian osobowości. Jeśli nie dostarczają, może to wynikać z faktu, że zajęcia w klinikach, podobnie jak zajęcia z przedmiotów przedklinicznych, organizuje się pod kątem wzbogacania wiedzy i nabywania umiejętności. Służą one mają rozwojowi instrumentalnej strony działalności człowieka, z akcentem na stronę poznawczą. Warunkiem zaś skutecznego wychowywania jest zintegrowane oddziaływanie na wszystkie trzy strony aktywności wychowanka, a mianowicie poznawczą, emocjonalną i behawioralną. W przypadku oddziaływania na zasób wiedzy na czoło wysuwa się strona poznawcza. Natomiast przy oddziaływaniu na osobowość bardzo istotną rolę odgrywają emocje. Chcąc na przykład nauczyć studenta medycyny, że stosunek do pacjenta jest ważnym czynnikiem determinującym wyniki leczenia, wystarczy o tym powiedzieć lub wyznaczyć odpowiednią lekturę. Po wysłuchaniu wykładu lub przeczytaniu lektury, student może zdać egzamin z wiedzy na temat roli właściwego stosunku lekarza do pacjenta. Nie oznacza to jednak wcale, że student będzie zachowywał się wobec pacjenta w sposób dowodzący właściwego stosunku. Zachowań takich możemy jednak oczekiwać, jeśli student znajdzie się w sytuacji, w której musi się zachowywać właściwie wobec pacjenta, wie na czym to powinno polegać (choćby z obserwacji zachowań nauczyciela) i właściwe zachowanie wobec pacjenta jest źródłem satysfakcji (czy to z powodu reakcji pacjenta, czy też z powodu uzyskania pozytywnej oceny od nauczyciela).

Przeżywanie emocji zgodnych z treściami poznawczymi w sytuacjach mających wychowywać są jednym z koniecznych warunków skuteczności wychowania. Innym warunkiem jest zintegrowanie wysiłków wychowawczych wszystkich nauczycieli. Cele, jakie sobie w wychowaniu nauczyciele stawiają, powinny być jasno określone i zgodne. Jak wynika z badań prowadzonych wśród nauczycieli Warszawskiej Akademii Medycznej w 1970 roku, opinie na temat wzorcowej osobowości studenta medycyny są spójne. Wprawdzie przedstawiciele nauk teoretycznych wyżej stawiali wartości intelektualne, zaś

klinicyści wyżej stawiali cechy związane ze stosunkiem do ludzi i obowiązków, były to jednak wartości cenione wysoko przez obie grupy nauczycieli. Odpowiednie oddziaływania wychowawcze, gdyby zostały podjęte, nie byłyby sprzeczne ze sobą. W rzeczywistości jednak, choć jesteśmy zgodni co do znaczenia różnych cech osobowości u przyszłych lekarzy, również zgodnie nie podejmujemy w zasadzie działań nastawionych na rozwój tych cech u studentów medycyny.

Tego właśnie dotyczy następny konieczny warunek skutecznego wychowania. Chodzi tu o to, by świadomości celu wychowania towarzyszyły działania na realizację tego celu nastawione.

Ostatni wreszcie warunek, to posiadanie przez nauczyciela określonych właściwości. Najważniejsze z nich to te, które składają się na tak podkreślany przez uczestników dyskusji autorytet moralny nauczyciela. Nauczyciel bez autorytetu ma niewielkie szanse na wywarcie pożądanego wpływu wychowawczego. Warunek ten, podobnie jak inne wyżej wymienione warunki, jest istotny dla skuteczności wszystkich wpływów wychowawczych. Szczególne jednak znaczenie ma on w przypadku jednej z klas wpływów, a mianowicie tzw. podawania wzorów. W psychologii wychowawczej wyróżnia się co najmniej cztery klasy wpływów i „podawanie wzorów”, polegające m.in. na byciu wzorem dla wychowawców, jest jednym z nich. Ponieważ ten rodzaj wpływu jest najbliższy tematowi dyskusji, na zakończenie przyjrzymy się, co psychologowie wychowawczy mówią o warunkach skuteczności tego właśnie rodzaju oddziaływań wychowawczych.

Otóż przejmowaniu zachowań i cech nauczyciela przez uczniów sprzyja powodzenie osiągnięte przez nauczyciela. Podobnie działa prestiż społeczny nauczyciela, jego atrakcyjność w oczach uczniów i fakt, że jest on reprezentantem większości. Ważna dla skutecznego oddziaływania jest więc emocjonalna więź między nauczycielem i uczniem. Należy jednak od razu podkreślić, że nie musi to wcale być więź pozytywna; wyraźne upodobnianie zachowania się do zachowań wzoru występuje wtedy, gdy „wzór” budzi strach lub zazdrość. Tak więc wzorem może stać się człowiek, którego zachowanie powinno zasługiwać na dezaprobatę. Zadaniem nauczyciela jest spowodować, by wzór osobowości pożądaný stał się dla wychowanków bardziej atrakcyjny od niepożądanych. Wzór powinien być nie tylko godny naśladowania ale i budzić chęć do naśladowania. Spowodowanie tego może nie być łatwe, tak jak nie jest łatwe spowodowanie, by spełnianie obowiązków sprawiało przyjemność. Dlatego i zadania stojące przed wychowawcami nie są łatwe. Dlatego tak często wychowawcy nie są zadowoleni z wyników swej pracy. Ale też i dlatego uzyskanie pożądaných rezultatów może być źródłem wielkiej satysfakcji wychowawców.

dr Józef Hornowski

HISTORIA IZB LEKARSKICH W POLSCE*

Zgodnie z Wielką Encyklopedią Powszechną PWN hasło „IZBY LEKARSKIE” brzmi następująco:

„Społeczna organizacja zawodowa o charakterze samorządowym, grupująca lekarzy praktykujących w Polsce, założona w 1921 r. Istniały izby lekarskie rejonowe i Naczelna Izba Lekarska w Warszawie. Do najważniejszych zadań izb lekarskich należało: współdziałanie z władzami rządowymi i samorządowymi w sprawach zdrowia publicznego, krzewienia i strzeżenia etyki, godności i sumienności zawodowej członków, sprawowanie nadzoru nad praktyką lekarską, reprezentowanie zawodu lekarskiego i obrona jego interesów, sądownictwo dyscyplinarne i polubowne dla lekarzy, piecza nad materialnym stanem członków (zapomogi, ubezpieczenia), popieranie instytucji naukowych i społecznych. Należenie do izb lekarskich obowiązywało wszystkich lekarzy wykonujących swój zawód w Polsce. Izby Lekarskie zostały rozwiązane w 1950 r. Funkcje ich przejęły odpowiednie komórki Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia“.

Znamienne jest ostatnie zdanie. Izby z autopsji pamiętają już nieliczni i do tego starsi wiekiem lekarze. Należałem do Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, zarejestrowany jako jeden z najmłodszych wówczas jej członków po zakończeniu działań wojennych i wznowieniu działalności izb. Liczne pokolenia lekarzy powojennych wkraczały w życie zawodowe gdy izby lekarskie już nie działały. Historia izb lekarskich w Polsce ma swoje korzenie w okresie zaborów. Działały w Prusach i Austro-Węgrzech, nie było ich w Imperium Rosyjskim.

Zalążki ich najwcześniej powstały w Królestwie Pruskim. Już w 1821 r. powołano tam prowincjonalne kolegia medycynalne, które zajmowały się rzeczoznawstwem medycznym dla sądów i administracji publicznej. Kolegia te, oddzielne dla każdej rejencji składały się z municypalnego radcy rejencyjnego, lekarza sądowego i tzw. lekarza rzeczoznawcy. Lekarz — rzeczoznawca był to lekarz delegowany spośród lekarzy praktykujących w danej rejencji, który uczestniczył w rozstrzygnięciu sprawy. Za czynności swoje nie otrzymywał wynagro-

*) Prelekcja wygłoszona na posiedzeniu Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Neurologicznego w dniu 15. I. 1981 r.

dzenia, a do każdej sprawy powoływano kolejno innego lekarza. W II Rzeszy kolegia te przekształciły się w Artztekammer (izby lekarskie), mające charakter urzędu, z udziałem społecznym lekarzy zamieszkających na danym terenie. Izby lekarskie w zaborze pruskim nie cieszyły się estymą Polaków. Były to urzędy niemieckie, z niemieckim językiem urzędowania. Lekarzy Polaków było w nich mało i nie odgrywali większej roli. W chwili odzyskania niepodległości na ziemiach byłego zaboru pruskiego, w Poznańskim, na Pomorzu i Śląsku, w kilkunastu rejencjach było zaledwie 292 lekarzy Polaków. Jedynie w samym Poznaniu było ich 94.

W zaborze austriackim izby były samorządem lekarskim. Było ich dwie: Zachodnio-Galiczyjska, Wschodnio-Galiczyjska. Siedziby ich były w Krakowie i Lwowie. Językiem urzędowym był polski. Powołano je po długim ociąganiu się władz reskrytem z dn. 22. XII. 1891 r. Jako pierwotny cel miały ochronę interesów lekarskich przed wyzyskiem kas chorych, jakie wówczas w cesarstwie Austro-Węgierskim powstawały i arbitralnie ustalały honoraria za świadczenia lekarskie na rzecz ubezpieczonych. Izby obejmowały wszystkich lekarzy wykonujących zawód na danym terenie, negocjowały w imieniu lekarzy z Kasami Chorych, ustalały honoraria minimalne, wkraczały w „nieuczciwą konkurencję” — podbijanie cen, między lekarzami; pozostawały na własnym rozrachunku i utrzymywały się całkowicie ze składek członków. Izby dysponowały sporym zasięgiem władzy, scedowanej im przez władze administracyjne i sądowe, w stosunku do swoich członków. Prowadziły sądownictwo koleżeńskie i polubowne oraz dyscyplinarne w zakresie naruszania zasad etyczno-deontologicznych, jeśli naruszenia te nie stały się przedmiotem postępowania cywilnego lub karnego przez sądami powszechnymi. Izby wydawały przepisy wewnętrzne, obowiązujące członków. Dotyczyły one m. in. reklam, ogłoszeń w prasie, treści i wymiarów wywieszek informacyjnych, drukowanych w gazetach podziękowań od pacjentów, stosunków lekarzy między sobą w związku z wykonywaniem zawodu. Bywało, że działalność izb lekarskich w zaborze austriackim była krytykowana. W Izbie Wschodnio-Galiczyjskiej występowały dodatkowo spory narodowościowe. Krytyki zmierzały do poprawienia struktury, form działania lub zmiany władz.

W zaborze rosyjskim izb w ogóle nie było. Władze carskie w sposób konsekwentny uniemożliwiały powstanie jakiegokolwiek samorządu lekarskiego, a co dopiero o charakterze polskim. Wyjątkiem były nieliczne naukowe towarzystwa lekarskie, które jednak nigdy nie miały charakteru masowego. Dopiero rewolucja 1905 r., dopuściła lekarzy do zrzeszenia się w związki typu zawodowego. W dniu 15. XII. 1905 r. związał się w Warszawie Związek Lekarzy Polskich liczący ok. 100 członków, który w swoim statucie wysunął dość radykalny program



*Legitymacja członkowska Izby Lekarskiej autora referatu —
dra J. Hornowskiego*

społeczny. Uznano go za zbyt „czerwony” i jako przeciwwaga powstało Stowarzyszenie Lekarzy o charakterze ponadpartyjnym. Sporo lekarzy chciało wtedy powołać izby lekarskie dla tzw. Kongresówki. Zaproponowano nawet statut wzorowany na modelu izb austriackich, który przewidywał utworzenie 5 izb: warszawsko-płockiej, łomżyńsko-suwałskiej, lubelsko-siedleckiej, radomsko-kieleckiej i piotrkowsko-kaliskiej z siedzibą w Łodzi. Do powstania izb jednak nie doszło. Władze carskie były zazdrosne o swoje prerogatywy, środowisko lekarskie było skłócone a wielu lekarzy było przeciwnych jakiegokolwiek zależności organizacyjnej.

W czasie I Wojny Światowej Kongresówka w 1916 r. znalazła się pod okupacją niemiecką. Zaproponowano wtedy utworzenie izb lekarskich wzorowanych na izbach pruskich, jednak społeczeństwo odniosło się do tej propozycji negatywnie.

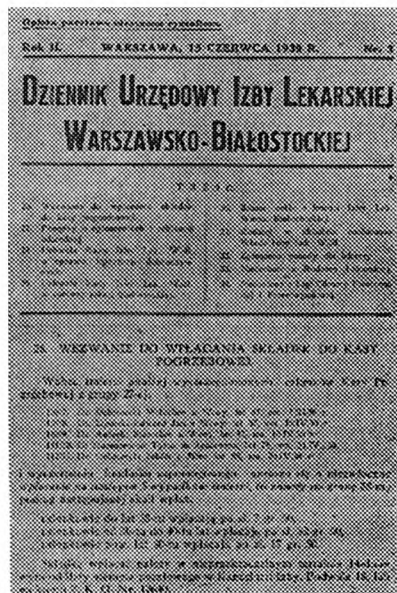
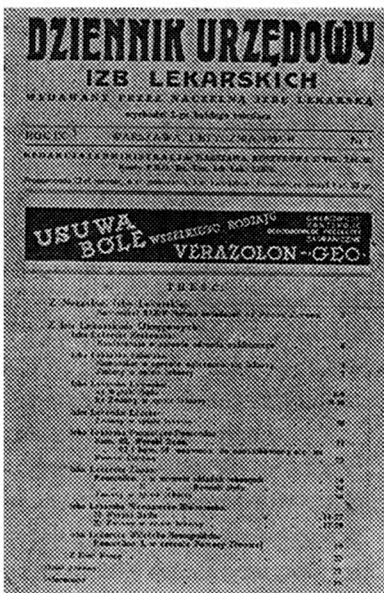
Po odzyskaniu niepodległości, w ramach unifikacji prawodawstwa odziedziczonego po zaborcach, podjęto inicjatywę powołania izb lekarskich. Jednym z głównych inicjatorów był ówczesny minister zdrowia opieki społecznej i ochrony pracy dr med. Witold Chodźko (1875—1954). Ustawę w brzmieniu zaproponowanym przez Lwowską Izbę Lekarską uchwalił Sejm Rzeczypospolitej w dn. 2. XII. 1921 r. Ustawa miała oponentów: największe zastrzeżenia budził przymus należenia do izb wszystkich lekarzy, nawet lekarzy wojskowych i rządowych. Obawiano się sądów dyscyplinarnych izb. Ściąganie składek człon-

kowskich na rzecz izb, pod rygorem administracyjnym przez komornika, uznawano przez długi czas za podatek, nałożony dodatkowo na przedstawicieli „wolnego” dotychczas zawodu. Ustawa swoim zasięgiem objęła cały obszar kraju. Przepisy wykonawcze i wprowadzające wydawało w ciągu paru lat Ministerstwo Zdrowia, w porozumieniu z ministrem spraw wojskowych i ministrem spraw wewnętrznych. Powołano izby okręgowe obejmujące po mniej więcej 2 województwa. Izbę śląską i wileńsko-nowogrodzką powołano w 1924 r.

Merytoryczna działalność toczyła się w izbach okręgowych. Prawo praktyki lekarskiej, w tym również praktyki prywatnej, uzyskiwał lekarz dopiero po zarejestrowaniu się w izbie. Izby udzielały uprawnień specjalizacyjnych, na podstawie zaświadczeń specjalistów, iż ubiegający się o tytuł specjalisty, w pełni opanował odpowiednią gałąź medycyny. Specjalistów wtedy nie było dużo, bowiem specjalista winien był praktykować już tylko w swojej specjalności. Izby lekarskie wraz z władzami wojewódzkimi ustalały cenniki opłat za czynności lekarskie, regulowały też warunki pracy i płacy między lekarzami a pracodawcami. Ustalały przepisy regulujące i normalizujące stosunki wzajemne między lekarzami, takie jak konsultacje, zastępstwa itp. Właśnie izby lekarskie opracowały kodeks etyczno-deontologiczny lekarski, zatwierdzony następnie przez Naczelną Izbę Lekarską. W oparciu o kodeks, izby prowadziły sądownictwo koleżeńskie, polubowne i dyscyplinarne. Rzecznicy dyscyplinarni izb wybierani przez samych lekarzy, spośród najgodniejszych kolegów, występowali z urzędu przed sądami izb w wypadku naruszenia zasad kodeksu lekarskiego przez lekarzy. Izby jednak występowały w obronie swych członków w wypadku napaści na ich dobre imię i godność zawodową. Wychodzono z założenia, że samemu lekarzowi często po prostu nie wypada prawować się przed sądami powszechnymi w drodze powództwa cywilnego z tymi, którzy zarzucają im wykroczenia lub przestępstwa. Wreszcie izby prowadziły, podobnie jak izby w byłym zaborze austriackim, działalność społeczną, tworzyły kasy pogrzebowe, oszczędnościowo-pożyczkowe i gromadziły fundusze, które najczęściej lokowały w papierach wartościowych i nieruchomościach, z których dochody szły na działalność społeczną i zapomogową dla członków i dla rodzin lekarskich w wypadku zgonu ich głowy. Sprzyjał bogaceniu się izb fakt, że zwolnione były od podatków, a praca w nich z wyjątkiem bardzo skromnego aparatu administracyjnego, była pracą społeczną wysoko cenioną przez wszystkich członków izby.

Naczelna Izba Lekarska była organem odwoławczym od decyzji izb okręgowych, pełniła czynności koordynacyjne reprezentowała środowisko lekarskie wobec władz centralnych — Ministerstwa Zdrowia, a po jego zwnięciu — Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Poza tym wydawała Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, w którym publikowała

wszystkie akta prawne, dotyczące lekarzy i ich obowiązków. Drukowano w nim zmiany personalne członków władz wybieranych, sprawozdania z działalności i rozliczeń finansowych. Największe zainteresowanie wzbudzały wyroki sądów dyscyplinarnych poszczególnych izb, o ile w wyrokach była klauzula podania wyroku do wiadomości publicznej. Prenumerata za dziennik mieściła się w składce członkowskiej. Poza prenumeratą dziennik był dość drogi i poza lekarzami mało kto miał do niego dostęp. Lekarze i to wszyscy w kraju dowiadywali się kto, kiedy, za co i jak został ukarany, natomiast fakt ukarania pozostawał najczęściej nieznanym pacjentom i szerokim kręgom społeczeństwa, przez co nie odbierano kredytu zaufania do lekarza, zaufania tak niezbędnego dla wykonywania zawodu lekarskiego.



W 1934 r. nowa ustawa o izbach lekarskich wzmocniła pozycję izb i Naczelnej Izby Lekarskiej. Otrzymały one prawo odmawiania rejestracji w miejscowościach, które były dostatecznie nasycone lekarzami. Sprzyjało to równomiernemu rozsiadaniu lekarzy w kraju, ale okazało się niepopularne, zwłaszcza u lekarzy młodszych szukających zaczerpienia w większych aglomeracjach miejskich lub ośrodkach akademickich. Ujawniło się to wtedy, gdy doszło do likwidowania izb.

W czasie II Wojny Światowej i okupacji hitlerowskiej działalność Polskich Izb Lekarskich została zawieszona. Wielu członków ich władz zginęło lub znalazło się w obozach jenieckich i koncentracyjnych. Na miejsce izb lekarskich okupant powołał Distrikts Gesundheitskammer. Te skupiły w sobie nie tylko lekarzy, ale i wszystkie inne zawody medyczne.

Tajna działalność izb lekarskich w czasach II Wojny i okupacji nie doczekała się swojego historyka. I tak np. Izba Poznańsko-Pomorska, po przeniesieniu się jej władz do generalnej gubernii kontynuowała tajną działalność społeczną wśród swoich członków, wysiedlonych z terytoriów przyłączonych do Rzeszy. Umożliwiała absolwentom i studentom wyższych lat uniwersytetu poznańskiego zdawanie egzaminów dyplomowych u tych profesorów Uniwersytetu Poznańskiego i Warszawskiego, którzy byli wówczas osiągalni i rejestrowała ich z datami wstecznymi, umożliwiając im przetrwanie wojny i okupacji już z dyplomem lekarza. Wszystkie izby często ukrywały lub fałszowały akta personalne lekarzy — Żydów, aby ratować ich przed ustawami rasi-towskimi.

Z chwilą powstania Polski Ludowej wznowiono działalność izb tam gdzie to było możliwe. Warunki były jednak bardzo ciężkie. Straty personalne w wyniku wojny sięgały ponad 60% stanu osobowego, reszta była rozproszona i przemieszana. Majątek izb zniszczony. Poważna liczba pozostałych członków została zmobilizowana do Ludowego Wojska Polskiego. Dopiero w 1946 r. ówczesny minister zdrowia i opieki społecznej dr Franciszek Litwin powołał okręgowe izby lekarskie w nowych ich granicach. Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej prof. dr Mieczysław Michałowicz ciężko chory wrócił z Oświęcimia. Zdawało się, że nic nie stoi na przeszkodzie w pracy izb w nowych warunkach społecznych Polski Ludowej. W 1946 r. powstał Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia. Przewodniczącym Zarządu Głównego został dr Jan Rutkiewicz. W kilka miesięcy później dr Rutkiewicz został prezesem Naczelnej Izby Lekarskiej. Jednocześnie rozpoczęła się nagonka na lekarzy i stowarzyszenia lekarskie. Ministerstwo Obrony Narodowej wyraziło sprzeciw, by lekarze wojskowi należeli do izb. Nie wyjaśniono wszystkich zarzutów, najczęściej opartych na nieporozumieniu, sprawa likwidacji izb lekarskich została przesądzona, mimo licznych głosów lekarzy dalekich od antysocjalizmu. Izby lekarskie, jak też szereg towarzystw lekarskich, uznano za obce klasowo. Ideologicznie podbudowano sprawę w ten sposób, że w socjalistycznym modelu służby zdrowia, przy nacjonalizacji szpitali, zakładów, aptek, uzdrowisk, fabryk chemiczno-farmaceutycznych i przemysłu medycznego nie ma miejsca na praktykę prywatną, ani też na instytucje, które tej praktyce służą.

Likwidację izb lekarskich przeprowadzono wyjątkowo sprawnie. Zgodnie działały w tym zarówno czynniki polityczne jak i administracyjne i związkowe. Najpierw pościągano wszystkie zaległe składki i to nie tylko od członków, ale i tych, którzy mieli ten obowiązek, a nie dopełnili formalności. Potem majątek izb „uspołeczniono”. Najwięcej dostało się Związkowi Zawodowemu Pracowników Służby Zdrowia. Powstałe w nim sekcje lekarskie, teoretycznie mające zastąpić

izby lekarskie w ich działalności socjalnej, zostały zdominowane przez inne zawody medyczne i wkrótce wskutek niskiego „uzwiązkowienia” lekarzy zaczęły znikać.

Implikacje likwidacji izb lekarskich dopisała dalsza historia służby zdrowia w Polsce Ludowej. Przy likwidowaniu izb nie wzięto pod uwagę, że zadekretowanie zniesienia prywatnej praktyki lekarskiej, jej prześladowanie i szykanowanie nie mogło spowodować jednoczesnego jej zniknięcia. Na prywatną praktykę lekarską była skazana prawie cała wieś, nieuspołecznione rzemiosło i handel, czyli więcej niż połowa narodu. Przecież dopiero stosunkowo niedawno ta niesprawiedliwość społeczna w stosunku do wsi, teoretycznie przynajmniej, została wyrównana. Możliwość całej służby zdrowia, a przede wszystkim lekarzy były mniejsze niż zapotrzebowanie na ich usługi. Aby zmusić lekarzy do podejmowania pracy w godzinach nadliczbowych ustalono niskie uposażenie. Nastąpiła szybko pauperyzacja zawodu lekarskiego. Praktyka prywatna zaczęła schodzić do podziemia. Ministerstwo Zdrowia wciąż nie chciało widzieć rzeczywistości. „Lekarze zawsze sobie poradzą”, jak się wyraził jeden z urzędników resortu. W pewnym momencie uznano, że praca lekarzy w spółdzielniach lekarskich nie jest praktyką lekarską prywatną i można w nich pracować, jeśli ma się pełne zatrudnienie w uspołecznionej placówce służby zdrowia. Spółdzielnie jednak zostały podporządkowane spółdzielczości pracy i wyszły z gestii MZiOS. Praca w nich istotnie tylko tym się różni od praktyki prywatnej, że 50% honorariów lekarzy płynie na rzecz tzw. Funduszu Rozwoju Spółdzielczości Pracy, z którego dotowane są nierentowne usługowe spółdzielnie, które mogą nie mieć nic wspólnego ze służbą zdrowia.

Nad praktyką prywatną lekarską i w spółdzielczości lekarskiej praktycznie nikt nie sprawował opieki merytorycznej. Nie spełniała, ani nie spełnia jej administracja służby zdrowia, przeciążona swoimi licznymi obowiązkami, nie spełniają jej również komisje kontroli zawodu (KKZ) przy wojewódzkich wydziałach zdrowia; te ostatnie które miały pilnować, aby lekarze przestrzegali zasad etyki i deontologii lekarskiej, w życiu nie zdały egzaminu. Skład osobowy ich jest w praktyce mianowany; Regulaminy pracy, tok postępowania, podległość, możliwość egzekucji wyroków — wszystko to spowodowało, że KKZ stały się dodatkowym organem administracji, służącym do karania tych pracowników służby zdrowia (uspołecznionej!), których karanie w trybie dyscyplinarnym byłoby dla władzy niewygodne. Stąd zespoły orzekające KKZ często nie mają ani autorytetu, ani zaufania społecznego, a działalność profilaktyczna KKZ została sprowadzona do minimum.

Całkowitym odłogiem pozostała ta część działania zniesionych izb lekarskich, która służyła obronie godności zawodu i dobrego imie-

nia lekarza. Nie ma nikogo, kogo by to obchodziło i kto broniłby lekarza przed niesłusznymi zarzutami. Jesteśmy świadkami epidemii napaści nieodpowiedzialnych niekiedy publicystów. Często wymienia się lekarzy z imienia i nazwiska jako przestępców, przed zapadnięciem prawomocnych wyroków sądowych. Większość napaści jest oszczerca lub oparta na braku odpowiedniej wiedzy. W ciągu ostatnich 5 lat, od kiedy śledzę wycinki prasowe, dotyczące zagadnień etyczno-deontologicznych lekarzy, nie spotkałem ani jednego przypadku, aby publicznie przeproszono niesłusznie oczernionego lekarza.

* * *

W tymże czasie co izby, likwidowano również towarzystwa lekarskie, którym przypinano piętno stowarzyszeń korporacyjnych lub obcych klasowo. Przed likwidacją stały liczne towarzystwa, które miały niekiedy bogate postępowe tradycje. Jednym sposobem ich uratowania było połączenie ich w 1952 r. w Polskie Towarzystwo Lekarskie (PTL). Towarzystwo to, powstałe i zarejestrowane już w Polsce Ludowej, nie mogło być oskarżone o „błędy przeszłości” i „antysocjalizm”. W ten sposób zdołano uratować szereg terytorialnych towarzystw lekarskich, które stały się lokalnymi oddziałami PTL.

Pierwszym prezesem Zarządu Głównego PTL został demokratycznie wybrany prof. dr Eugeniusz K o d e j s z k o — profesor Akademii Medycznej w Warszawie (1908—1967).

Od samego początku PTL dostrzegało szkody, jakie przyniosła likwidacja izb lekarskich. W latach destalinizacji wydawało się, że zjawiała się szansa na ich reaktywowanie ale przeciwnicy izb wzięli górę. Dyskusja, jaka wtedy wywiązała się, została administracyjnie wyciszona, zaś zakaz publikacji na ten temat obowiązywał aż do ostatniej Odnowy. Jest tajemnicą poliszynela, że kolejny prezes ZG PTL prof. dr Tadeusz K o s z a r o w s k i został zmuszony do rezygnacji ze swojego społecznego stanowiska pod groźą rozwiązania towarzystwa, jeśli nie odstąpi od dezyderatu powołania izb lekarskich i wniesienia odpowiednich poprawek do ustawy o zawodzie lekarza.

PTL ratowało co najistotniejsze — poziom etyczno-deontologiczny swoich członków. Po długotrwałej i szerokiej dyskusji wszystkich lekarzy dobrej woli PTL doprowadziło do sformułowania i uchwalenia pierwszego kodeksu etyczno-deontologicznego w krajach socjalistycznych. Były to „Zasady etyczno-deontologiczne Polskiego Towarzystwa Lekarskiego”, zaakceptowane przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej w 1968 r., które zaleciło KKZ, aby kierowały się nimi w swej działalności. Wobec nowych problemów, jakie przyniósł postęp medycyny, w 1977 r. po trwającej blisko 3 lata dyskusji Polskie Towarzystwo Lekarskie zaktualizowało kodeks uchwalając „Zbiór zasad etyczno-deontologicznych Polskiego Lekarza”.

Innym krokiem zmierzającym, aby środowisko lekarskie miało swojego samorządnego przedstawiciela, było powołanie przez PTL Zrzeszenia Polskich Towarzystw Lekarskich. Do Zrzeszenia przystąpiły specjalistyczne lekarskie towarzystwa naukowe. Niestety Zrzeszenie nie poszło w kierunku zamierzonym i gdy przewodniczącym Rady Głównej Zrzeszenia został dr J. Rutkiewicz przyjęło ono do siebie inne towarzystwa medyczne, zmieniło nazwę i statut.

W okresie Odnowy 1980 r. PTL postanowiło wszcząć dyskusję nad reaktywowaniem izb lekarskich, w nowej odpowiadającej dobie współczesnej postaci. Odzew wśród członków PTL, jak też licznych lekarzy spoza Towarzystwa, był zaskakujący. Przytłaczająca liczba głosów opowiedziała się za ich powołaniem. Zarząd Główny PTL ulegając tym głosom, powołał specjalną komisję pod przewodnictwem prof. dr Bogdana Kamińskiego, której powierzył prace nad formułowaniem też i tekstu ustawy oraz aktów normatywnych.

W tezach zaakcentowano, aby izby objęły wszystkich bez wyjątku lekarzy, były samorządne i o tyle niezależne, o ile jest to potrzebne dla dobra społecznego. Izby winny bronić dobrego imienia lekarzy i godności zawodu lekarskiego. Winny kształtować sylwetkę etyczną i deontologiczną lekarza, a w przypadkach krańcowych eliminować nawet ze swojego grona te osoby, które przynoszą wstyd zawodowi lekarza.

Wstępny projekt ustawy, oparty na ustawie przedwojennej, ale uwzględnający realia współczesne, został już częściowo przedyskutowany w kręgach Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Po uwzględnieniu ponad 300 głosów, projekt ulepszony jest przesłany do zaopiniowania wszystkim specjalistycznym towarzystwom lekarskim i przedłożony władzom ustawodawczym.

Zdajemy sobie sprawę ze wszystkich trudności, jakie nas czekają. Zadawanie wszystkim nie sposób. Projekt będzie musiał być skoordynowany z pozostałym ustawodawstwem. Prace nad projektem są wciąż otwarte i PTL będzie wdzięczne za każdą rzeczową uwagę. Chcemy, aby ustawa i akta wykonawcze spełniły zasadnicze tezy, o które nam chodzi. Niech izby lekarskie powstaną. One już zajmą się doprowadzeniem ustawy do perfekcji. Wszystko dla dobra całego społeczeństwa, służby czy też ochrony zdrowia i środowiska lekarskiego.

* * *

Po wygłoszeniu prelekcji i wysłuchaniu zasadniczego referatu prof. dr Hieronima Powierckiego: „Czego oczekujemy od izb lekarskich” wywiązała się żywa dyskusja. 12 dyskutantów — wszyscy — zabierający głos — wypowiedzieli się za powołaniem izb lekarskich. Różnice zaznaczyły się jedynie co do niektórych sformułowań wstępnego projektu. Uwagi te zostały przekazane odpowiedniej komisji PTL.

(Bibliografia na str. 220)

dr n. farm. *Aleksander Drygas*
Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia AMG

Z HISTORII PRAWODAWSTWA OCHRONY ZDROWIA

„Można twierdzić, bez powoływania się na kapłanów egipskich i faraonów, na biblię i Mojżesza, na Rzym i jego „Cloaca Maxima”, że w każdym zorganizowanym społeczeństwie nawet najdawniejszym, władze roztaczały opiekę nad zdrowiem obywateli“.

Marcin Kacprzak

Od zarania istnienia człowieka, towarzyszy mu cierpienie-fizyczny ból. Niewątpliwie ból stał się bodźcem do ochrony zdrowia i życia, więcej intuicyjnie niż rozumowo pierwotny człowiek podjął się próby leczenia. Czynnikiem wspomagającym mogła stać się obserwacja chorych zwierząt, kierujących się wyłącznie instynktem, ich zachowywanie się odpowiedziało człowiekowi jak ma w chorobie postępować; obserwując wylizywanie swej rany przez psa, ludzie zaczęli przemywać swoje rany. Zaspokajając głód, człowiek pierwotny spożywał różne produkty roślinne w stanie naturalnym, przy okazji niejako zapoznawał się z nimi. Niektóre rośliny były trujące, inne przynosiły ulgę w cierpieniu. Śmierć po spożyciu rośliny trującej musiała uczulić społeczność nakazując jej unikanie. Początkowo leczenie przy pomocy ziół było zajęciem kobiet, które zajmowały się przecież przyrządzaniem pożywienia z roślin użytkowych. Pisze o tym Homer w Iliadzie, gdzie złotowłosa Agameda miała znać właściwości wszelkich ziół.

W miarę dalszego rozwoju społecznego po następnym etapie sztuki leczenia uprawianej przez znachorki, kapłani uporządkowali przekazywane dotychczas ustnie wiadomości z zakresu lecznictwa i rozszerzyli je.

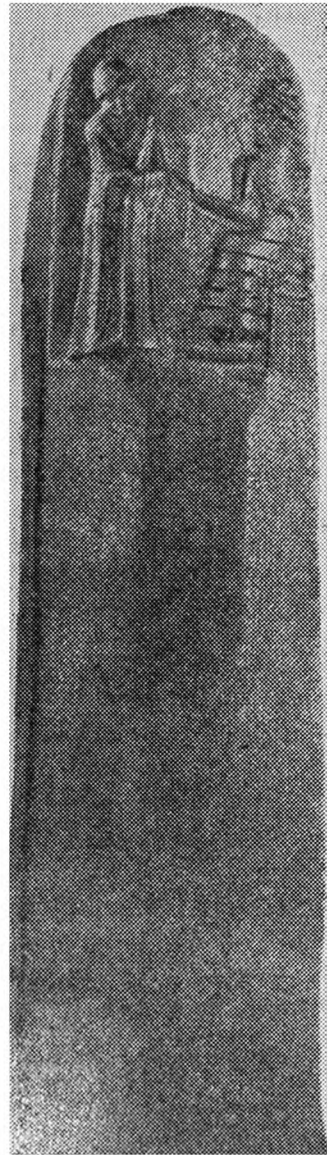
Jak niebagatelne, w odczuciu władców tamtych odległych czasów, musiały to być zagadnienia świadczy fakt, że przy ustanawianiu pierwszych praw i norm postępowania oraz zachowywania się ludzi między sobą — odrębne paragrafy poświęcone były właśnie ochronie zdrowia. Jednoznacznie mówią o tym odnalezione kodeksy państw Starożytnego Wschodu, jak i późniejsze dokumenty i przekazy źródłowe.

KODEKSY MEZOPOTAMSKIE

Źródłem informującym o ujęciu spraw ochrony zdrowia w normy prawne, a także o medycynie Starożytnego Wschodu, są kodeksy mezopotamskie. Do 1947 r. za najstarszy, odkryty kodeks prawny uchodził Kodeks Hammurabiego, słynnego króla semickiego, który rozpoczął swe panowanie ok. roku 1750 p.n.e. Jak się wkrótce miało okazać kodeks ten nie był pierwszym, jaki ludzkość wydała. W dwanaście lat po znalezieniu Kodeksu Hammurabiego, archeolodzy natrafili na fragmenty starszego, po sumeryjsku spisane go zbioru praw, zaś w 1947 r. ekspedycja archeologiczna odnalazła dodatkowe części tego dokumentu, będącego kodeksem praw króla Lipit-Isztara (ok. 1875-65 p.n.e.) z dynastii Isin. Z przepisów, których prawdopodobnie było ok. 100, tylko 38 udało się amerykańskiemu asyrologowi F. R. Steele'owi całkowicie lub częściowo odczytać. Wśród odczytanych nie znaleziono przepisów, które dotyczyłyby spraw ochrony zdrowia. Niemniej z czasów dynastii Isin i Larsy pochodzą inne fragmenty niezidentyfikowanych kodeksów sumeryjskich, gdzie sprawy ochrony zdrowia znalazły prawne usankcjonowanie. Mianowicie na tabliczce glinianej pochodzącej z Uruk i opublikowanej w 1915 r. przez asyrologa amerykańskiego A. T. Claya zachowało się dziewięć przepisów prawnych w języku sumeryjskim, gdzie w art. 1 i 2 mowa jest o karach za potrącenie lub uderzenie kobiety, które spowodowało poronienie.

W 1948 r. uczeni znaleźli akadyjski kodeks praw władcy imieniem Bilalama z

Esznunny, znów o kilkadziesiąt lat starszy od kodeksu Lipit-Isztara. Gwoli ścisłości należy dodać, że część asyrologów uważa kodeks powyższy za część prywatnego zbioru norm prawa zwyczajowego w po-



Zbiór praw Hammurabiego na kolumnie z diorytu wg Mezopotamii Imhotep, bóg medycyny egipskiej (wg iba Symposium)

Foto: Roman Joachimowski

staci dwóch wyciągów z oficjalnego zbioru praw i innych dokumentów. Wyciągi te, jak się przypuszcza, zostały sporządzone na 10—40 lat przed panowaniem Hammurabiego. Ze zbioru tego zachowało się 61 lub 62 przepisy prawne. Artykuły 42—47 dotyczą uszkodzeń ciała, zaś artykuł 58-odpowiedzialności za niedbalstwo powodujące śmierć wolnego człowieka.

Największą jednak sensację przyniósł rok 1954. W dziejach archeologii zapisał się wspaniałym odkryciem dokonany przez prof. Samuela Noaha Kramera, który skopiował i przetłumaczył tabliczkę glinianą pokrytą pismem klinowym, zawierającą fragment kodeksu wydanego przez sumeryjskiego króla Ur-Nammu, założyciela III dynastii z Ur z ok. 2050-31 r. p.n.e. Tak więc najstarszy z dotychczas odnalezionych zbiorów praw wyprzedza Kodeks Hammurabiego o ponad trzy stulecia. Jak się przypuszcza, tabliczka zawierała co najmniej 19 przepisów, z których pięć tylko zdołano odcyfrować. Przepisy zawarte w artykułach od 16 do 18 dotyczyły uszkodzeń ciała. Warto je przytoczyć:

„Jeśli (człowiek człowiekowi ... narzędziem), jego ... nogę uciął, 10 shekeli srebra zapłaci (art. 16)

„Jeśli człowiek człowiekowi bronią jego kości z... złamał, 1 minę srebra zapłaci“ (art. 17)

„Jeśli człowiek człowiekowi narzędziem gieszpu nos uciął, 2/3 miny srebra zapłaci“ (art. 18). — (wg M. Bielickiego).

Warto zwrócić uwagę na finansowy charakter regulowania szkód poczynionych na ciele człowieka przez drugiego człowieka. Jak zobaczymy, o wiele groźniejsze konsekwencje przewidywał w tym zakresie najbardziej znany z kodeksów mezopotamskich — Kodeks Hammurabiego, wyryty na steli diorytowej odkrytej w 1902 r. w ruinach Suzy przez M. Jequier (uczestnika francuskiej wyprawy archeologicznej de Morgana) jest nie tylko najobszerniejszym kodeksem Starożytnego Wschodu, ale i szczytowym osiągnięciem w zakresie ustawodawstwa w Mezopotamii. Akadyjski tekst kodeksu odczytany, przetłumaczony i opublikowany w tymże roku przez asyrologa francuskiego V. Scheila, dzieli się na wstęp, część normatywną i epilog. Wstęp i epilog kodeksu zredagowane są w stylu hymnowo-epickim.

Część normatywna Kodeksu Hammurabiego została podzielona przez Scheila na 282 paragrafy (wliczając w to 35 paragrafów, które znajdowały się na zatartej części steli). Przepisy prawne wyryte na steli, w bardzo wielu przypadkach podobne są do norm zawartych już

*. Jedna mina srebra = 60 shekelów, zaś jeden shekel srebra stanowiło 180 „ziarenek” srebra.

W czasach starobabilońskich „ziarno” srebra było kwotą, za pomocą której wyrażano ceny wielu rodzajów towarów w umowach kupna-sprzedaży, podczas gdy w okresie nowobabilońskim ta najmniejsza jednostka monetarna nie występuje wcale w stosunkach handlowych.

we wcześniejszym kodeksie Lipit-Isztara, władcy Isin. Jest więc bardzo prawdopodobne, że Hammurabi ustanawiając swój kodeks praw, opierał się na wcześniejszych wzorach, które udoskonalił i przystosował do nowych warunków, do potrzeb swojej dynastii, tradycji i obyczajów swego ludu. Może właśnie dlatego układ praw Hammurabiego przedstawia się już jako rozwinięty i bardzo dojrzały (jak na owe czasy), nie są to bowiem pojedyncze przepisy, lecz większe całości poświęcone określonym grupom stosunków gospodarczych i prawnych. Ponadto obserwuje się w nim logiczną konsekwencję przy układaniu materiału. Paragrafy od 196 do 214 dotyczą uszkodzeń ciała. Treść ich podaję według Josefa Klima (w tłumaczeniu z j. czeskiego C. Kunderewicza):

§ 196: Jeśli pełnoprawny obywatel wybił oko członkowi klasy pełnoprawnych obywateli, wyrwą mu oko;

§ 197: jeśli złamał kość pełnoprawnego obywatela, złamię mu kość

§ 198: jeśli wyrwał oko poddanego albo złamał kość poddanego, zapłaci jedną minę srebra;

§ 199: jeśli wyrwał oko niewolnika (innej) osoby albo złamał kość niewolnikowi (innej) osoby, zapłaci połowę jego ceny kupna.

§ 200: Jeśli pełnoprawny obywatel wybił ząb pełnoprawnego obywatela równego sobie, wybiją mu ząb;

§ 201: jeśli wybił ząb poddanego, zapłaci jedną trzecią miny srebra.

§ 202: Jeśli pełnoprawny obywatel uderzył w twarz pełnoprawnego obywatela godniejszego niż on, na zgromadzeniu wyliczą mu sześćdziesiąt uderzeń bykowcem;

§ 203: jeśli członek (klasy) pełnoprawnych obywateli uderzył w twarz członka (klasy) pełnoprawnych obywateli równego sobie, zapłaci jedną minę srebra;

§ 204: jeśli poddany uderzy w twarz poddanego, zapłaci dziesięć szekeli srebra;

§ 205: jeśli niewolnik (innej) osoby uderzył w twarz członka (klasy) pełnoprawnych obywateli, utną mu ucho.

§ 206: jeśli pełnoprawny obywatel uderzył podczas bójki pełnoprawnego obywatela i zadał mu ranę, ten pełnoprawny obywatel przysięgnie: „umyślnie go nie uderzyłem” i zapłaci lekarza;

§ 207: jeśli od jego uderzeń umarł, (tak samo) przysięgnie, a jeśli jest to członek (klasy) pełnoprawnych obywateli, zapłaci pół miny srebra;

§ 208: jeśli jest to członek (klasy) poddanych, zapłaci jedną trzecią miny srebra.

§ 209: Jeśli pełnoprawny obywatel uderzył córkę pełnoprawnego obywatela i spowodował, że poroniła swój płód, zapłaci dziesięć szekeli za jej płód;

§ 210: jeśli ta kobieta umarła, zabiją jego córkę;

§ 211: jeśli spowodował, że córka poddanego na skutek uderzeń płód swój poroni, zapłaci pięć szekeli srebra;

§ 212: jeśli ta kobieta umarła, zapłaci pół miny srebra;

§ 213: jeśli uderzył czyjąś niewolnicę i spowodował, że poroniła swój płód, zapłaci dwa szekele srebra;

§ 214: jeśli ta kobieta umarła, zapłaci jedną trzecią miny srebra.

Powyższe przepisy są właściwie typowym kodeksem karnym, niemniej jednoznacznie regulują sprawy ochrony zdrowia. Wyjątek może tu stanowić jedynie paragraf 203, gdzie w grę wchodzi zniewaga oso-

bista, uszczerbek na honorze, aniżeli element ochrony zdrowia. W zacytowanym fragmencie przepisów przejawia się wielka klasowość praw Hammurabiego. Jeśli bowiem w stosunkach między pełnoprawnymi obywatelami (bez rozróżnienia ich podziału stanowego) w przypadku większego uszkodzenia ciała obowiązywała zasada odwetu (talio) — oko za oko (§ 196), członek za członek (§ 197), ząb za ząb (§ 200), to skoro tego rodzaju przestępstwo zostało popełnione w stosunku do poddanego, pełnoprawny obywatel, jako sprawca, obowiązany był dać mu tylko odszkodowanie pieniężne.

Klasowość praw Hammurabiego wyraża się także w stopniowaniu honorariów za określone zabiegi lekarskie:

§ 215: Jeśli lekarz zrobił pełnoprawnemu obywatelowi nożem z brązu ciężką operację i pełnoprawnego obywatela uzdrowi albo za pomocą noża z brązu otworzy łuk brwiowy pełnoprawnego obywatela i uzdrowi oko pełnoprawnego obywatela, weźmie dziesięć szekeli srebra;

§ 216: jeśli jest to członek klasy poddanych, (lekarz) weźmie pięć szekeli srebra;

§ 217: jeśli jest to czyjś niewolnik, zapłaci pan niewolnika lekarzowi dwa szekele srebra.

Paragrafy od 215 do 217 są ważne z innego jeszcze powodu: jest to bowiem pierwsze w dziejach medycyny prawne uregulowanie opłat za usługi lekarskie, a różnice w opłatach wynikają tylko z klasowego podziału społeczeństwa. Warto dodać, że honorarium w wysokości 10 szekeli stanowiło bardzo dużą sumę pieniędzy, odpowiadała ona bowiem zarobkowi wolnego rzemieślnika przez 300 dni pracy.

Wydaje się również rzeczą zrozumiałą, że odpowiednio do honorarium lekarza zmniejszało się także ryzyko związane z wykonywanymi przez niego zabiegami względnie zaniedbaniami, ponieważ było związane z „wartością” zdrowia pana i niewolnika.

W tym kontekście szczególnie interesujące są prawa i obowiązki ustanowione dla lekarzy. Przypatrzmy się im opierając się na paragrafach Kodeksu Hammurabiego.

§ 218: Jeśli lekarz zrobił pełnoprawnemu obywatelowi nożem z brązu ciężką operację i spowoduje, że pełnoprawny obywatel umrze albo za pomocą noża z brązu otworzył łuk brwiowy pełnoprawnego obywatela i zniszczy jego oko, utną mu jego rękę;

§ 219: jeśli lekarz zrobił niewolnikowi poddanego nożem z brązu ciężką operację i spowoduje, że (ten) umrze, wynagrodzi niewolnikiem za niewolnika;

§ 220: jeśli otworzył nożem z brązu jego łuk brwiowy i zniszczył oko, zapłaci połowę jego ceny kupna.

§ 221: Jeśli lekarz uleczył złamaną kość pełnoprawnego obywatela albo uleczył chore ścięgno, skaleczony zapłaci lekarzowi pięć szekeli srebra;

§ 222: jeśli jest to członek (klasy) poddanych, zapłaci trzy szekele srebra;

§ 223: jeśli jest to czyjś niewolnik, zapłaci pan niewolnika dwa szekele srebra.

Jak z paragrafów 218—220 wynika, różnorodność kar przewidzianych dla lekarzy za nieudane zabiegi lecznicze uzależniona była również przynależnością chorego do określonej grupy społecznej. W przypadku bowiem gdy nieudany zabieg spowodował śmierć niewolnika, lekarz winien jedynie zwrócić właścicielowi innego niewolnika. Jednakże w przypadku klasy uprzywilejowanych obywateli podejmowanie wszelkich operacji chirurgicznych przez lekarzy babilońskich było przedsięwzięciem bardzo ryzykownym, musiały się one kończyć z reguły pomyślnie, skoro za „zniszczenie” oka lub przyprawienie chorego o śmierć kodeks nakazywał ukaranie lekarza odcięciem mu ręki, z czym wiązało się duże prawdopodobieństwo śmierci lekarza z powodu infekcji. Wielkość ryzyka podjętej operacji, podobnie jak i wysokość zapłaty, zależna była od klasowego podziału społeczeństwa.

Kodeks Hammurabiego, regulując pewne zagadnienia z zakresu ochrony zdrowia, nie zawiera jednakże bliższych wiadomości dotyczących tzw. medycyny „czystej”, sposobów leczenia itd. (co suponują nieraz inni autorzy, piszący na ten temat). Na uwagę zasługują jedynie dwa paragrafy wymieniające nazwę dwóch różnych chorób i to z racji powodowania przez nie określonych skutków prawnych. Choroby te — to padaczka i trąd (prawdopodobnie chodzi tu o trąd, bowiem w oryginale kodeksu choroba ta nazwana jest „la'bum”).

W § 148 czytamy: „Jeśli ktoś wziął sobie małżonkę i dotknie ją trąd (?), a on postanowi wziąć sobie inną, może ją sobie wziąć; żony swojej, którą dotknął trąd (?) nie może wypędzić; będzie ona mieszkać w domu, który wybudował i dopóki ona żyje będzie ją utrzymywał”.

Z kolei w § 278 czytamy: „Jeśli ktoś kupił niewolnika lub niewolnicę, a przed upływem miesiąca dostanie (niewolnik lub niewolnica) napadu padaczki (?), zwróci (ich) sprzedawcy, a nabywca weźmie pieniądze, które zapłacił”.

Podsumowując ogólnie omawiane zagadnienie należy stwierdzić, że zbiór praw Hammurabiego w stosunku do wcześniejszych sumeryjskich zbiorów praw Ur-Nammu i Lipit-Isztara oraz fragmentów sumeryjskiego prawa rodzinnego stanowi znaczne osiągnięcie. Od swoich poprzedników odcina się jednak wyraźnie niezwykłą surowością kar. Najczęściej była to kara śmierci. Poza karą śmierci stosowano również całą gamę bolesnych kar, stanowiących najczęściej trwałe okaleczenie, jak np. ucięcie języka, wylupanie oka, ucięcie piersi, ucięcie ręki czy ucha, złamanie kończyny, wybicie zęba, przy których kara chłosty czy włóczenia przez bydło po polu wydają się wręcz „łagodne”.

Niemniej, jak we wstępie do swojej pracy napisał Josef Klima:

„Prawa starobabilońskiego władcy Hammurabiego należą do najważniejszych pomników przekazanych nam przez Wschód Starożytny, nie tylko jako dzieło prawodawcze, które dopiero po przeszło dwóch tysiącach lat prześcignęła kodyfikacja rzymskiego cesarza Justyniana, lecz również jako zabytek literatury”.

HINDUSKA KSIĘGA PRAW MANU I ŚWIĘTE KSIĘGI WEDY

Znanym kodeksem starożytnego świata jest również hinduska księga praw *Manu*, pochodząca z okresu pomiędzy II w. p.n.e. a I stuleciem n.e. Zawiera ona szereg przepisów higienicznych (*Panthapathya*) i wskazówek świadczących o znajomości wpływu klimatu i pory roku na zdrowie oraz o wielkim znaczeniu przypisywanym higienie życia codziennego, zarówno społecznej jak i osobistej.

Źródłem poznania nie tylko kultury Starożytnych Indii, ale także starożytnej medycyny hinduskiej, są święte księgi *Wedy*, stanowiące zbiór zasad życiowych i religijnych, przedstawionych w formie poetyckiej i pochodzących przypuszczalnie z VI w. p.n.e.

Liczne terminy anatomiczne, jakie można napotkać w *Wedach* (m. in. w tzw. *Ayur-Wedach*, czyli wiedzy o długim życiu) dowodzą pewnej już znajomości anatomii i to nie tylko kości ale mózgu, rdzenia oraz wnętrzości. Sama „ayur-weda”, oznaczająca po prostu medycynę, dzieliła się według tradycji na 8 części, a mianowicie: wielką chirurgię, małą chirurgię, leczenie chorób ciała, demonologię (t.j. wiedzę o chorobach wywołanych przez demony), medycynę dziecięcą, toksykologię, naukę o eliksirach oraz naukę o środkach wzmacniających potencję płciową. Podział taki wskazywał niewątpliwie na rozwój i kierunek zainteresowania medycyny w Starożytnych Indiach.

Jakie by jednak nie były poglądy na chorobę w Starożytnych Indiach, jedna rzecz zasługuje na szczególne podkreślenie: podejście lekarza do chorego. Badając bowiem chorego starożytny lekarz hinduski obowiązany był jak najdokładniej zapytać go, troskliwie obserwować posługując się wszystkimi zmysłami: wzrokiem, dotykiem, węchem, smakiem, a nawet słuchem. Przy takim podejściu do chorego można postawić twierdzenie, że zasady deontologii nie były obce starohinduskim lekarzom.

Zresztą w starożytnych źródłach indyjskich można napotkać liczne deontologiczne i propedeutyczne przepisy dla lekarzy. Na podstawie zaś prawodawstwa *Manu* lekarz ponosił karę za nieudolne leczenie. Oczywiście i tutaj kary były różne, w zależności do jakiej kasty należał chory. Im wyższa była kasta, do której należał chory, tym większa była kara, nawet śmierci.

Jakkolwiek liczne reguły higieniczne zawarte były w księgach *Wedy* oraz w prawodawstwie *Manu*, to sposoby odżywiania, przepisy dietetyczne, systematyczne oczyszczanie ciała, przestrzeganie czystości osobistej i odzieży, podawanie środków przeczyszczających uregulowano w sposób szczegółowy przepisami religijnymi i rytualnymi. Odpowiada temu skodyfikowany w I w.p.n.e. system religijno-higieniczny *joga*. Jest to metoda gimnastyczna (zdrowotno-lecznicza), składająca się z szeregu ćwiczeń fizycznych, pozwalająca uzyskać tak dużą spraw-

ność fizyczną i psychiczną, że mogła ona wpływać na procesy oddychania i akcję serca w sposób niekiedy zdumiewający.

STAROŻYTNY EGIPT

Przez długie, liczące parę tysięcy lat dzieje Starożytnego Egiptu nie wydano, chociażby na wzór krajów mezopotamskich, zbioru norm prawnych, żadnego kodeksu. Sytuacja ta nie przeszkadzała wszakże rozwojowi medycyny egipskiej, której ówczesny poziom zadziwia nas po dzień dzisiejszy. Nietypowość tej sytuacji wymaga jednak bliższego wyjaśnienia.

Oczywiście, nieistnienie kodeksu w Starożytnym Egipcie nie było jednoznaczne z brakiem prawa w ogóle. Źródłem prawa był bowiem król; on i tylko on orzekał, co jest sprawiedliwe, a co niesprawiedliwe. Poza tym król zajmował się wszystkim: administracją, sądownictwem i wojną. Pałac królewski, zwany „wielkim domem”, per-ô (stąd biblijna nazwa „faraon”) był ogniskiem całego państwa. Wola króla była teoretycznie wszechstronna; jego zaś wyrok spisany i w jego obecności zapieczętowany był zwykle nieodwołalny... Pełnia władzy despotycznej króla podbudowana była jeszcze ideologią o boskości króla, a tym samym o boskości władzy państwowej. Przeświadczenie zaś o boskości króla musiało doprowadzić do poglądu, że boski charakter mają również normy prawne. Nie na darmo Egipcjanie uczyli się od dziecka, że król (faraon) był synem boga słońca, a nawet, że sam był bogiem. Od woli bogów, faraona i kapłanów zależały zaś zbiory, dobro i zło oraz wszystkie wypadki zachodzące w życiu. System wierzeń stanowił więc integralną część porządku społecznego, poglądów i wyobrażeń polityczno-prawnych; był filarem, na którym opierał się gmach państwa egipskiego.

Z upływem wieków rozpoczął się jednak — powolny co prawda, ale stały — proces obniżania się boskiego stanowiska króla. Do głosu coraz częściej zaczynają dochodzić kapłani, którym też Starożytny Egipt zawdzięcza wysoki poziom rozwoju nauki. Rozwijała się matematyka, geometria, a przede wszystkim astronomia, której znajomość ułatwiła Egipcjanom stworzenie kalendarza. Prócz nauk ścisłych znaczny stopień rozwoju osiągnęła medycyna, lecznictwo ziołami, higiena, profilaktyka i początki diagnostyki.

Cała wiedza egipska zawarta była zresztą w 42 księgach, których autorem miał być *Thoth*, prawdopodobnie uczony egipski, uważany za twórcę świata i wiedzy, m.in. lekarskiej. W liczbie tych ksiąg bowiem kilka poświęconych było medycynie. Lekarzom np. nie wolno było odstępować od zasad wyłożonych w tych księgach. Za niepomysłny przebieg leczenia lekarz nie był odpowiedzialny, jeżeli tylko leczył według uświęconych przepisów. Gdy natomiast lekarz leczył według

samowolnych zasad, a chory zmarł, wówczas był on karany, i to czasem nawet śmiercią. Jakże odmienna więc była sytuacja lekarzy w Starożytnym Egipcie od znanej nam z Babilonii z czasów panowania Hammurabiego. Jakkolwiek wiadomości o stanie wiedzy medycznej zachowane w napisach i rysunkach na budowlach, a także odnalezione papirusy o treści lekarsko - farmaceutycznej są dosyć skąpe i często niejasne, to jednak następujące fakty nie wzbudzają żadnych wątpliwości:

- a) leczeniem i przygotowywaniem leków zajmowali się kapłani,
- b) świątynie były głównymi ośrodkami kształcenia kapłanów-medyków, ich praktyki lekarskiej i przygotowania leków,
- c) arsenał leków był stosunkowo bogaty, ze zdecydowaną jednak przewagą surowców roślinnych,
- d) leki były przygotowywane według ustalonych i uznanych recept i stosowane w różnych postaciach: odwarów, naparów, roztworów, proszków, plastrów, maści, powidełek, czopków itp.; używano też ich do płukania i wziewania,
- e) kapłanów, zajmujących się leczeniem i przygotowaniem leków obowiązywały przepisy prawne i deontologiczne,
- f) opracowano zasady higieny osobistej i społecznej.

Źródłem dostarczającym nam stosunkowo najpełniejszych informacji o stanie wiedzy medycznej w Starożytnym Egipcie są papirusy. Szczególnie dwa z nich zasługują na specjalną uwagę.

Jeden, napisany ok. 1350 lat p.n.e. przypisywany Imhotepowi, zawiera liczne opisy operacji oraz 48 urazów uszeregowanych w kolejności od głowy do stóp. W manuskrypcie tym podane są również ewentualne szanse wyleczenia, a także prognozy wątpliwe i beznadziejne. Papirus ten odnalazł angielski egiptolog Edwin Smith, nazywany stąd *papirusem Smitha*.

Drugi, równie cenny, a może nawet cenniejszy od wyżej wymienionego, to tzw. *papirus Ebersa*. Prawdopodobnie jest to jedna z 6 ksiąg boga Thotha poświęconych leczeniu, profilaktyce i higienie. Papirus ten, napisany najpóźniej w XVI w. p.n.e. zawiera ustępy, które niewątpliwie pochodzą z jeszcze odleglejszych czasów, jak się przypuszcza z 4 tysiąclecia p.n.e. Jest on największym i najlepiej zachowanym spośród wszystkich papirusów lekarskich. Odnaleziony przez niemieckiego egiptologa Georga Ebersa w 1873 r. znajduje się obecnie w bibliotece uniwersyteckiej w Lipsku. Dzieło to, pod tytułem „O przygotowaniu leków na wszystkie schorzenia ludzkie” zawiera blisko 900 recept na różne choroby oraz wykazy leków i schorzeń. Prócz tego dokument ten mówi również o szeregu przedsięwzięć, jakie należy podejmować, aby zapobiegać chorobom, m. in. o utrzymywaniu higieny osobistej i społecznej.

Pod tym względem przepisy były bardzo drobiazgowo. Stałe bo-

wiem niebezpieczeństwo epidemii było głównym powodem wydania przepisów higienicznych i rygorystycznego ich przestrzegania. Na przykład obmywanie ciała u Egipcjan w ogóle — towarzyszyło niemal każdej czynności, przed jedzeniem, przed wejściem do świątyni itd. Faktem zaś godnym podkreślenia jest to, że przepisy higieny obowiązywały nie tylko ludzi uprzywilejowanych, ale całą ludność łącznie z niewolnikami. Świętym zaś obowiązkiem króla było strzeżenie czystości ludu. Stąd nie bez podstaw historycy starożytności uważają Egipcjan za twórców higieny.

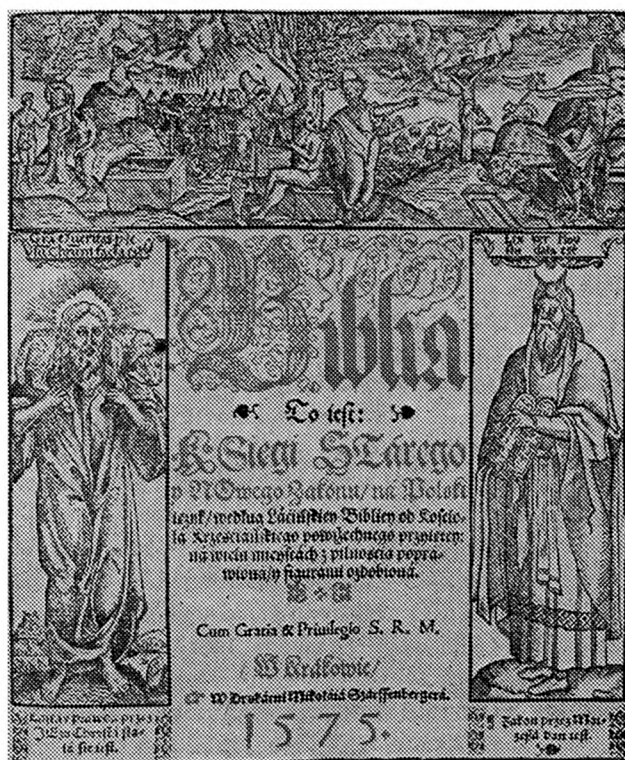
Ciekawie przedstawiała się higiena pokarmów, żywno się bowiem przeważnie chlebem, ciastem, jarzynami i owocami; mięso natomiast spożywano jedynie podczas uct. Zabroniona jednak była wieprzowina oraz mięso zwierząt uznanych za święte: ibisa, krokodyla i hipopotama. Lekarze-kapłani już wtedy wiedzieli, że picie surowej wody powoduje choroby jelit, toteż zalecali używanie wody przegotowanej lub filtrowanej.

Należy też wspomnieć, że zasady higieny „społecznej” szczególnie uwydatniły się przy budowie piramid, przy których pracowało z reguły tysiące robotników (najczęściej niewolników). Dla zapobieżenia ewentualnym epidemiom w tak wielkim skupisku ludzkim stosowano następujące środki: robotnicy musieli odbywać kilkakrotną w ciągu dnia kąpiel w Nilu, co pewien czas zmieniać odzież. Również co jakiś czas palono baraki niewolników i stawiano nowe. Widziano też konieczność izolowania chorych, których na zlecenie kapłanów-lekarzy umieszczano w specjalnym obozie do czasu wyzdrowienia. Dla ochrony zaś przed chorobami podawano robotnikom czosnek (*Bulbus Alli sativi*) uważany w Starożytnym Egipcie, za najlepszy środek odkażający. Z racji swych właściwości leczniczych czosnek był prawie „świętą” rośliną i spożywanie go poza lecnictwem równoznaczne było ze świętokradztwem i surowo karane.

Starożytny Egipt, jakkolwiek nie wydał żadnego zbioru norm prawnych, żadnego kodeksu — gdzie wśród licznych paragrafów zagwarantowana by była ochrona zdrowia, swym wkładem w rozwój lecznictwa (o czym mówią odczytane papyruśy Ebersa i Smitha) pozwala sądzić, że przepisy na leki, jakie w nich znaleziono, a przede wszystkim zasady higieny osobistej i społecznej stanowią wystarczający dowód realizowanej w praktyce ochrony zdrowia.

STARY TESTAMENT

Przedstawiając początki prawodawstwa u narodów Starożytnego Wschodu, poświęconych zwłaszcza zagadnieniom ochrony zdrowia, nie można nie wspomnieć o Hebrajczykach (Żydach), którzy pozostawili po sobie wielki pomnik kultury, mający znaczenie dla dziejów ideologii



Fragment strony tytułowej z Biblii Polskiej z 1575 r. Po stronie prawej postać Mojżesza z dziesięciorgiem przykazań. Rycina górna z cyklu scen biblijnych przedstawia m.in. otrzymanie 10 przykazań na górze Synaj. (ze zbiorów Biblioteki Gdańskiej PAN)

Foto: Artur WOŁOSEWICZ

europejskiej, a mianowicie: Stary Testament — Biblię — czyli zbiór ksiąg uznanych za święte przez judaizm (a przez chrześcijaństwo także za natchnione przez Boga).

Kilka słów na temat Biblii: powstawała ona w ciągu długiego okresu, między XII a II w. p.n.e. Fakt ten sprawił, że Biblia składa się z wielu warstw. Stąd o datowanie różnych jej fragmentów i prawidłowe odczytanie ich znaczenia toczą się ciągle ożywione spory, zwłaszcza że historia narodu żydowskiego była w stosunku do innych narodów starożytnych nietypowa. Hebrajczycy bowiem, żyjąc w kontaktach z państwami Mezopotamii, Egiptem i Persją, przenikali na obszary tych państw, popadając często w zależność od nich. Przesięgali też obcymi wpływami cywilizacyjnymi. Pod wpływem tych kontaktów z innymi ludami zmieniały się również treści religii, kultury i ustroju Żydów. Niemniej nasycenie się społeczeństwa żydowskiego obcymi oddziaływaniami nie zniszczyło w jego świadomości wpływu tzw. demokracji pustynnej.

Najstarsza żydowska struktura społeczna i polityczna, właśnie owa „demokracja pustynna”, oparta była na zasadach równości, wolności i solidarności członków plemion. Król był tu zaledwie patriarchalnym

naczelnikiem plemiennym. Przeciwno zaś wzmocnieniu monarchii, a więc silnej władzy jednostki występowali przede wszystkim wszechpotężni kapłani. Ich to dziełem bowiem była doktryna teokracji, która głosiła, że naród żydowski jest narodem wybranym i rządzonym bezpośrednio przez Boga. U podstaw teokracji żydowskiej tkwiło przekonanie, że Bóg zawarł ze swym ludem wybranym przymierze na górze Synaj, obiecując Żydom szczególną opiekę w zamian za przestrzeganie przykazań, a więc określonych norm postępowania. Przykazania te w ilości dziesięciu, stanowiące słynny dekalog w postaci kamiennych tablic miał otrzymać Mojżesz, właśnie na górze Synaj.

Z treścią dziesięciu przykazań możemy szczegółowo zapoznać się w Drugiej Księdze Mojżeszowej Starego Testamentu (Exodus) w rozdziale XX. Przykazania te, w większości natury moralnej, regulowały kwestie postępowania ludzi między sobą, stanowiąc również pewnego rodzaju kodeks postępowania wewnątrzrodzinnego. Jedno z przykazań wykracza jednak poza sferę norm etycznych między dwojgiem ludzi i w sposób ogólny nakazuje: „nie będziesz zabijał”. W sformułowaniu tym życie człowieka — każdego człowieka — po raz pierwszy w dziejach ludzkości zostało wzięte pod ochronę. Fakt ten każe nam widzieć dekalog jako pierwszy prawem moralnym usankcjonowany element ochrony zdrowia i życia.

Znając jednakże ułomność ludzką i skłonność człowieka do czynów niepraworządnych, w rozdziale XXI Drugiej Księgi Mojżeszowej mowa jest m. in. o karach za popełnione zbrodnie lub wyrządzone szkody. Czytamy tam bowiem:

„Kto by uderzył ojca swego albo matkę swoją śmiercią umrze” lub „jeśliby się też powadziwszy mążowie, uderzył który z nich niewiastę brzemienną, tak żeby z niej płód wyszedł, jednakby nie zaszła śmierć, konieczne karanie odnie- sie, jakie włoży nań mąż onejże niewiasty, a da wedle uznania sędziów.

Ale gdzieby śmierć zaszła, tedy duszę za duszę, oko za oko, ząb za ząb, ręka za rękę, noga za nogę, spazelinę za spazelinę, ranę za ranę, siność za siność”.

Ze Starego Testamentu możemy również zaczerpnąć pewne wiadomości o medycynie żydowskiej. Przede wszystkim na pierwszy plan u Żydów wysuwała się higiena. Rzecz prosta — liczne przepisy sanitarno-higieniczne zawarte w Biblii miały charakter głównie religijny. Należały tu takie sprawy, jak zakaz spożywania pewnych rodzajów mięsa, ostrzeżenia dotyczące stosunków z kobietami podczas menstruacji i połogu, przepisy odnoszące się do trędowatych i do usuwania wszelkich nieczystości. Obok trądu opisane zostały w Biblii rzeżączka, padaczka oraz schorzenia psychiczne.

RZYMSKIE PRAWO DWUNASTU TABLIC

Ciekawym źródłem informacji na temat ochrony zdrowia jest również tak zwana „ustawa XII tablic” (Lex duodecim tabularum). Ustawa ta doszła do skutku w Starożytnym Rzymie w latach 451—450

p.n.e. Główny trzon ustawy stanowiły przepisy z dziedziny prawa prywatnego, procesu i postępowania egzekucyjnego w sprawach prywatnych.

Tekst ustawy XII tablic nie dotrwał do naszych czasów. Stąd wiadomości nasze o treści tablic są bardzo skąpe i fragmentaryczne. W zasadzie treść tej ustawy, jej fragmenty, rekonstruuje się na podstawie powoływania się na nią — w postaci cytatów — różnych pisarzy rzymskich (m. in. w pismach Cicerona) i rzymskich jurystów.

Dla nas szczególnie interesujące są postanowienia dotyczące ochrony zdrowia. Na przykład w tablicy VIII m. in. czytamy (cytuję za Łosiem):

— Jeżeli ktoś drugiemu złamał jakiś członek, niech go spotka „talia” (tj. odwet), chyba, że załagodzi sprawę polubownie.

— Jeżeli ktoś złamał (lub zgniótł) kość człowiekowi wolnemu, zapłaci grzywny trzysta, jeżeli niewolnikowi, sto pięćdziesiąt (sztuk monety, pierwotnie miedzianej).

— Jeżeli ktoś uczynił drugiemu krzywdę na ciele, grzywna będzie wynosić dwadzieścia pięć (miedziaków).

A więc prawo XII tablic znało również prawo odwetu (zasada „oko za oko” itd.), ale dopuszczało polubowne załatwienie sprawy. Uszkodzenie ciała karane jest też grzywną pieniężną, przy czym człowiek wolny oceniany jest wyżej niż niewolnik. Niemniej w tablicy IX zawarte jest stwierdzenie, że: „Nie wolno zabijać wszelkiego człowieka nie skazanego wyrokiem”.

Prawo XII tablic stoi tym samym na gruncie równości obywateli przed prawem, chroni życie obywateli, którzy mogą go być pozbawieni tylko na mocy wyroku sądowego zatwierdzonego przez zgromadzenie ludowe. Z kolei w tablicy X szereg zarządzeń ma charakter sanitarny, porządkowy, jak np. zakaz grzebania i palenia zmarłych w obrębie miasta, zakaz urządzania wspaniałych pogrzebów (skierowany widocznie przeciwko obyczajom etruskim), a w szczególności zakaz wkładania do grobu przedmiotów ze złota. Wydaje się, że ten ostatni z wymienionych zakazów związany był ze znanym i od najdawniejszych czasów uprawianym procederem rabunku grobów. Odkopanych zwłok w poszukiwaniu klejnotów rabusie raczej nie mieli zwyczaju ponownie zakopywać. U podłoża tego zakazu tkwi więc dbałość o zachowanie właściwego stanu sanitarnego miasta. Nie było jednak wykroczeniem, jeżeli ktoś pochował lub spalił zmarłego, którego „zęby są spojone złotem”. Przy tej okazji dowiadujemy się, że technika dentystyczna była już nieźle postawiona, skoro niektórzy (najprawdopodobniej zamożni) miewali już złote zęby i szczęki.

Według Liwiusza ustawa XII tablic staje się głównym źródłem prawa rzymskiego tak publicznego, jak i prywatnego. Szczątkowo zachowana ustawa XII tablic nie omawiała co prawda podstaw ustroju państwowego, ale rozpoczyna uwierzytelniony historycznie rozwój prawa

rzymskiego, który postępując przez całe tysiąclecie nieprzerwanie naprzód, znalazł swe zakończenie w *Corpus iuris civilis* Justyniana. I przez całe tysiąclecie, gdy dawno już z całego prawa XII tablic śladu nie było, obowiązywało ono zawsze (jeszcze teoretycznie) jako źródło całego rzymskiego prawa.

BIBLIOGRAFIA

- Biblia, to jest całe Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu.* Warszawa 1976.
 Baszkiewicz J., Ryszka O.: *Historia doktryn politycznych i prawnych.* Wyd. IV. Warszawa 1979.
 Bielicki M.: *Zapomniany świat Sumerów.* Warszawa 1966.
 Kacprzak M.: *Współczesne poglądy na służbę zdrowia.* Uzupełniona i poprawiona odbitka z kwartalnika „Praca i opieka społeczna”. R. 1932, z. 3.
 Klima J.: *Prawa Hammurabiego* (tłum. z j. czeskiego Cezarego Kunderewicza). Warszawa 1957.
 Kolańczyk K.: *Prawo rzymskie.* Warszawa 1976.
 Kuźnicka B., Dziak M.: „*Ziota i ich stosowanie*”. *Historia i współczesność.* Warszawa 1977.
 Łoś S.: *Sylwetki rzymskie.* Warszawa 1958.
 Maszkin N.A.: *Historia starożytnego Rzymu.* Warszawa 1953.
MEZOPOTAMIA. Praca zbiorowa pod red. Jana Brauna. Warszawa 1971.
 Olszewski H.: *Historia doktryn politycznych i prawnych.* Warszawa 1976.
 Rembéliński R., Kuźnicka B.: *Historia farmacji.* Wyd. II rozszerzone. Warszawa 1972.
 Seyda B.: *Dzieje medycyny w zarysie.* Wyd. II zmienione i poprawione. Warszawa 1973.
Starożytny Egipt. Praca zbiorowa pod red. Albertyny Szczudłowskiej. Warszawa 1976.
 Szczepański W.: *Najstarsze cywilizacje Wschodu klasycznego.* Egipt. Lwów 1932.
 Szumowski W.: *Historia medycyny.* Warszawa 1961.
Zarys dziejów religii. Praca zbiorowa pod redakcją Komitetu: prof. dr Józef Keller (przewodniczący) i in. Warszawa 1968.

HISTORIA IZB LEKARSKICH W POLSCE (str. 198)

BIBLIOGRAFIA

- Danowski J.: *Izby lekarskie — panaceum czy przeżytek? — „Nowy Medyk” z dnia 15/31. XII. 1980 r.*
 Haitros (pseudonim) — *Sprawa lekarzy — „Służba Zdrowia” 1947 nr 10*
 Huszcza A.: *Kartka z dziejów Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej — „Służba Zdrowia” 1946 r. str. 9*
Izby Lekarskie w Galicji. Korespondencja z Krakowa. Kronika Lekarska, 1905 r.
 Jaworski J.: *O obecnych stosunkach w sprawach ekarskich w Wielkopolsce — „Gazeta Lekarska” 1919 r. nr 26, 27*
 Kielanowski T.: *Reaktywować izby lekarskie „Kierunki” z dnia 23. XI. 80 r.*
 Komunikat nr 1 Naczelnej Izby Lekarskiej. Dział Urzędowy Izb Lekarskich — „Służba Zdrowia” 1947 r. nr 11
O konieczności izb lekarskich w Polsce. „Gazeta Lekarska” 1919 r. nr 13.
 Ogólnopolski Zjazd ZZPSZ 1—2. XII. 1946 r. „Służba Zdrowia” 1947 r. nr 3/13.
 Papee J.: *Rzut oka na 30-letnią działalność izb lekarskich w ogóle a Izby Lekarskiej Wsch. — Galicyjskiej w szczególności.* „Polska Gazeta Lekarska” 1922 r. nr 8, 1923 r. nr 9, 1924 r. nr 42—43.
 Rozporządzenie MZiOS z dn. 21. XII. 1946 r. Dz. U. nr 3 poz 14
 Szulc T.: *Izby lekarskie w Polsce.* Nowiny Lekarskie 1922 r. nr 4
 Ustawa o ustroju i zakresie działania izb lekarskich Dz.U.R.P. nr 105 poz. 763, 2. XII. 1921 r.
 Ustawa o Izbach Lekarskich. Dz. U. nr 31 poz. 275, 15. II. 1934 r.
 Zasady etyczno-deontologiczne Pol. Tow. Lekarskiego — PZWL 1968 r. Komunikat MZiOS o stosowaniu zasad w KKZ (Dz. U. MZiOS nr 6 poz. 35), 30. III. 1968.
 Zbiór zasad etyczno-deontologicznych Polskiego Lekarza. Wyd. Literackie, 1978 i PZWL 1978

mgr Urszula Włodarczyk
Dział Dydaktyki AM w Warszawie

PROBLEMY ORIENTACJI ZAWODOWEJ

Notowany ostatnio wzrost zainteresowania przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych kandydatami ze szkół i oceną przygotowania zawodowego absolwentów jest uzasadniony naukowo i społecznie. Dlatego nie bez podstaw mówi się i pisze o konieczności wzrostu efektywności w całym systemie edukacji narodowej. Stwierdzenie, że „jesteśmy krajem ludzi kształcących się” nie może nas już dzisiaj zadowolić. Kogo kształcimy jak organizujemy proces nauczania w sensie treści i form, ile nas to kosztuje, jakie są tego społeczne efekty — oto centralne dzisiaj problemy.

Jedną z najbardziej istotnych spraw w tym względzie jest przygotowanie młodzieży do właściwego wyboru szkoły, do wyboru zawodu. Przygotowanie to obejmować powinno wychowanie przez pracę i do pracy, wyrobienie pozytywnego ustosunkowania do każdej wykonywanej pracy i do ludzi z nią związanych, obserwowanie, rozpoznawanie i ukierunkowanie zainteresowań i uzdolnień zawodowych, kształtowanie właściwych postaw wobec pracy zawodowej — przekazywanie wszechstronnej informacji o zawodach i odpowiednich szkołach lub uczelniach. Przygotowanie to powinno być integralną częścią procesu nauczania i wychowania.

Problem przygotowania dzieci, młodzieży i dorosłych do wyboru zawodu przejawiał się już w dziełach wybitnych pisarzy, filozofów, polityków i pedagogów starożytnej Grecji i Rzymu. Problematykę tę poszerzali również pisarze XIV, XV i XVI wieku.

Pisarze okresu Odrodzenia i Oświecenia niejednokrotnie w swych dziełach podkreślali konieczność poznania zdolności i zamiłowań młodzieży i uwzględniania jej w planowaniu przyszłości. Formę jednak zorganizowanych działań społecznych możemy zaobserwować dopiero na przełomie XIX i XX wieku. Szczególnie dużo miejsca problemowi temu poświęciły czasopisma pedagogiczne. W 1883 r. H. Wernic opublikował w „Przeglądzie Pedagogicznym” artykuł „O wyborze przyszłości”, który może stanowić pierwowzór pogadań zawodowych dla

rodziców. J. W. Dawid w swym dziele „Inteligencja, wola i zdolności do pracy” (1910 r.) uzasadnia praktyczne znaczenie nauki o uzdolnieniach zawodowych, a w 1913 r. publikuje w czasopiśmie „Nowe tory” projekt utworzenia w Krakowie Polskiego Instytutu Pedagogicznego, który miał udzielać porad zawodowych. J. Joteyko postulował w 1903 r. uwzględnienie wyników badań lekarskich przy podejmowaniu decyzji o wyborze zawodu. W roku 1907 w Warszawie powstała pierwsza na ziemiach polskich poradnia zawodowa dla chłopców i dziewcząt założona przez W. Hanszylda.

Po I wojnie światowej liczba poradni zawodowych stale wzrastała. Pracownicy poradni, przeważnie psychologowie, współpracując systematycznie ze szkolnictwem zawodowym prowadzili selekcję do szkół zawodowych, wypracowywali testy do badań uzdolnień zawodowych, śledzili rozwój zdolności i zainteresowań uczniów, organizowali poradnictwo zawodowe oraz kursy przysposobienia zawodowego.

Po II wojnie światowej szybko początkowo rozwijający się ruch szkolenia poradni zawodowych został zahamowany, a istniejące placówki uległy stopniowo likwidacji. Za naczelne zadanie przyjęto intensywne kształcenie wszystkich kandydatów rozpoczynających naukę, bez względu na ich indywidualne skłonności, zainteresowania i uzdolnienia. Orientację i poradnictwo zawodowe zastąpiono propagandą szkół zawodowych i zawodów. Społeczne i ekonomiczne skutki takiej „orientacji” były zdecydowanie ujemne. Wzrastały szeregi drugorocznych oraz liczby absolwentów, nie podejmujących pracy w zawodach wyuczonych.

Odbudowa poradnictwa zawodowego w Polsce Ludowej rozpoczęła się od 1957 r. Problem ten był przedmiotem obrad Zjazdu Oświatowego i Komisji Poradnictwa Zawodowego. W 1959 r. sformułowano cele poradnictwa zawodowego i zadania jakie w tym zakresie stoją przed szkołami, poradniami psychologiczno-zawodowymi, Ministerstwem Szkolnictwa Wyższego i Ministerstwem Zdrowia oraz określono zasady realizacji tych zadań.

Na rozwój problematyki przygotowania dzieci i młodzieży do wyboru zawodu i szkoły włynęło korzystnie ogłoszenie w 1961 r. ustawy o rozwoju systemu oświaty i wychowania. Problematyka ta została uwzględniona w założeniach organizacyjnych i programowych ośmioklasowej szkoły podstawowej. Widoczne efekty zaczęło przynosić zaangażowanie się uczelni wyższych i instytutów naukowych oraz niektórych poradni wychowawczo-zawodowych w prace badawcze nad aspiracjami życiowymi młodzieży szkolnej i jej przygotowaniem do wyboru zawodu, szkoły i studiów. Prowadzone badania dostarczyły bogatej informacji o stanie orientacji i poradnictwa w PRL oraz określiły perspektywy jej rozwoju.

Sprawy orientacji zawodowej i szkolnej znalazły się na poczesnym

miejscu w opracowanym w 1968 r. pod kierunkiem H. Muszyńskiego i realizowanym w szkołach podstawowych systemie wychowawczym nowoczesnej szkoły socjalistycznej. Poczynania te jednak nie doprowadziły do zadowalającego rozwiązania problemu, przeszkodą w zastosowaniu wypracowanych form był między innymi brak kwalifikowanych kadr. Autorzy raportu o stanie oświaty w PRL stwierdzili, że „rozwiązanie problemu poradnictwa jest palące, powinno się więc doń przystąpić natychmiast, bez czekania na generalną reformę systemu szkolnego *)

Przełomowe znaczenie dla rozwoju orientacji i poradnictwa zawodowego w PRL i zapewnienia mu właściwej rangi miała uchwała VII plenum PZPR z listopada 1972 r. „O zadaniach partii, państwa i narodu w wychowaniu młodzieży” i uchwała Sejmu PRL z kwietnia 1973 r. „O zadaniach narodu i państwa w wychowaniu młodzieży i jej udziale w budownictwie socjalistycznym Polski”. Dzięki tym uchwałom orientacja i poradnictwo zawodowe stały się przedmiotem żywego zainteresowania władz oświatowych, instytutów naukowych i szeregu instytucji. Ministerstwo Oświaty i Wychowania w programie działania na lata 1972—75 określiło miejsce orientacji w systemie oświaty i wychowania, traktując problematykę wyboru zawodu jako integralną część pracy dydaktyczno-wychowawczej. Zarządzenie z 1968 r. określiło cele i zadania poradni w zakresie poradnictwa wychowawczego i zawodowego i nadało im szerokie uprawnienia. Obok pracowników poradni i kadry dydaktycznej szkół realizacją nowych zadań zajęli się nauczyciele — koordynatorzy do spraw poradnictwa oraz pedagodzy szkolni. Problemy te zostały również wprowadzone do programów studiów uniwersyteckich, studiów pedagogicznych i nauczycielskich.

Problematyka ta spotkała się z poparciem władz partyjnych i państwowych. Została wydana Uchwała Rady Ministrów z dnia 3 maja 1974 r. w sprawie doskonalenia i rozwoju systemu orientacji i poradnictwa zawodowego. Uchwała ta określa jakie instytucje powinny współpracować w realizacji nakreślonych celów. Wielką rangę przywiązuje również do współpracy z uczelniami wyższymi.

W celu realizacji tej Uchwały Minister Nauki, Szkolnictwa Wyższego i Techniki wydał wytyczne z dnia 12 czerwca 1980 r. w sprawie współdziałania szkół wyższych z poradniami wychowawczo-zawodowymi i szkołami w zakresie orientacji zawodowej młodzieży kandydującej na studia wyższe oraz działalnością szkół wyższych na rzecz orientacji zawodowej,

Rozważmy pokrótce, w jaki sposób powyższe zadania są realizowane przez uczelnię wyższą (na przykład Akademię Medyczną w Warszawie).

*) Założenia i tezy raportu o stanie oświaty. W-wa 1973 s. 63.

Zadania akademii medycznej w dziedzinie orientacji zawodowej

Co właściwie oznacza termin „orientacja zawodowa”? Definicji jest wiele i nie będziemy ich szczegółowo analizować. W rozważaniach naszych przyjmujemy, że jest to całokształt oddziaływań wychowawczych mających między innymi na celu:

- 1) dostarczenie uczniowi wiadomości, które pozwolą mu poznać samego siebie (umiejętności, zainteresowania, cechy charakteru, temperamentu itp.);
- 2) zapoznanie ucznia z różnymi grupami zawodów, ich specyfiką, charakterystycznymi czynnościami, stanowiskami oraz związanymi z nimi różnymi wymaganiami psychofizycznymi, moralnymi itp;
- 3) wytworzenie właściwego stosunku do pracy i różnych zawodów, ukazanie roli znaczenia poszczególnych zawodów w życiu społeczeństwa;
- 4) przygotowanie do właściwego wyboru zawodu.

Podstawowe więc założenia pracy w zakresie orientacji powinny polegać na: przygotowaniu młodzieży do umiejętności podejmowania właściwych decyzji. Decyzje te powinny być podjęte w wyniku długotrwałego możliwie systematycznego, prowadzonego od najmłodszych lat przygotowania.

Młodzież kandydująca do naszej uczelni jest w okresie, który w psychologii określa się okresem eksploracji. W okresie tym kształtuje się obraz samego siebie, zdolności do samooceny, krystalizuje się zainteresowania poznawcze i rozwojowe, zjawia się odczucie dorosłości, które sprzyja formowaniu się aspiracji zawodowych. Dlatego też staramy się, żeby metody i formy pracy stosowane przez naszą uczelnię odpowiadały specyfice tego okresu. „Orientacja zawodowa traktowana jest więc jako określony rodzaj procesu wychowawczego, polega bowiem na dostarczeniu młodzieży określonych doświadczeń (głównie informacji o zawodzie) w toku zorganizowanych w tym celu sytuacji wychowawczych”*)

W procesie tym można wyróżnić następujące elementy, które zresztą występują w każdym procesie wychowawczym:

- a) cel wychowawczy — w tym przypadku podjęcie dojrzałej decyzji zawodowej,
- b) doświadczenia — informacje na temat zawodów,
- c) sytuacje wychowawcze — sytuacje dostarczające przewidzianych doświadczeń,
- d) wynik procesu — podjęcie dojrzałej decyzji wyboru zawodu.

*) Czerkwińska-Jasiewicz — Decyzje zawodowe człowieka na tle psychologicznej teorii decyzji. W: Stosowana psychologia wychowawcza pod red. A. Curyckiej. W-wa 1980 r. PWN

Orientacja zawodowa prowadzona przez uczelnie ma nieco inny charakter i zadania od orientacji zawodowej prowadzonej przez szkoły podstawowe i średnie. Można by określić ją jako jednostkową i specyficzną. Zadaniem orientacji zawodowej jest bowiem zapoznanie kandydatów na studia tylko z zawodami uczonymi w danej uczelni, jego specyfiką, wymaganiami psychofizycznymi, perspektywami zawodowymi, a także samym tokiem studiów ich organizacją i programem. Zadania te są ściśle związane z procesem dydaktyczno-wychowawczym i mają charakter zorganizowany i długofalowy.

W związku z powyższym orientacja zawodowa w Warszawskiej AM przebiega w trzech zasadniczych kierunkach, jak gdyby etapach rozwoju młodzieży:

- I — etap preorientacji zawodowej.
- II — etap wstępnej orientacji zawodowej.
- III — etap intensywnej orientacji zawodowej i podjęcia zawodowej decyzji.

Etap preorientacji zawodowej w Warszawskiej AM, od paru lat, prowadzony jest na coraz większą skalę wśród uczniów szkół średnich. Wyrazem zrozumienia i docenienia przez władze uczelni jej znaczenia jest fakt powołania rektorskiego zespołu d/s opieki nad kandydatami na studia. Zespół ściśle współpracuje z organizacjami młodzieżowymi, kuratorami, lekarzami wojewódzkimi, dyrektorami szkół, szpitalami, poradniami itp., i koordynuje wszystkie poczynania w tym zakresie.

Aktywność uczelni skupia się przy tym na dwóch uzupełniających się kierunkach:

- organizowaniu i prowadzeniu orientacji na miejscu, w siedzibie uczelni,
- prowadzenie informacji i orientacji w terenie.

Organizowanie i prowadzenie informacji i orientacji zawodowej „na miejscu”, ma za zadanie udzielenie wszystkim kandydatom na studia zgłaszającym się do Uczelni pełnej informacji o zawodach i studiach medycznych. Jednocześnie przez cały rok systematycznie realizowana informacja o studiach i wymaganiach rekrutacyjnych ma zapewnić sprawny przebieg kandydatów na I rok, zapobiec pośpiechowi, zderwowaniu i zaskoczeniu.

W tej grupie wymienić należy następujące formy działalności informacyjno-orientacyjnej:

- 1) Przygotowanie informacji na temat najważniejszych zasad i możliwości uzyskania przez kandydata spoza rejonu naszej akademii medycznej zgody rektora, na przystąpienie do egzaminów wstępnych na wydział lekarski. Informacje te rozsyłane są do liceów, z których rokrocznie zgłasza się najwięcej kandydatów na akademię medyczną (Kielce, Radom, Skarżysko Kamienna itp.);
- 2) Organizowanie spotkań informacyjnych z kandydatami na studia medyczne, zamieszkałymi w Warszawie i na terenie województw należących do rejonu

AM. Spotkania prowadzone są przez pracowników naukowo-dydaktycznych uczelni i przedstawicieli organizacji młodzieżowych.

Na spotkaniach tych omawiane są między innymi następujące zagadnienia:

— wymagania psychofizyczne i moralne stawiane kandydatom do zawodów medycznych,

— specyfika studiów, tok, program i organizacja zajęć na poszczególnych latach,

— wymagania egzaminacyjne i system rekrutacji na I rok,

— charakter przyszłej pracy zawodowej,

— działalność kół naukowych,

— działalność organizacji młodzieżowych itp.

Większość spotkań połączona jest ze zwiedzaniem pracowni i laboratoriów szkoły.

3) Od maja do końca czerwca organizowany jest przez RU SZSP kurs przygotowawczy.

4) Do wszystkich szkół przesyłane są testy egzaminacyjne z lat poprzednich z zaleceniem udostępnienia ich kandydatom.

5) Na początku marca przesyłane są do Kuratorium Stołecznego, poradni wychowawczo-zawodowych oraz wszystkich dziennych liceów ogólnokształcących i medycznych Warszawy i województwa stołecznego — komplety następujących materiałów:

— informacje o studiach medycznych, informację o uruchomieniu dla kandydatów na studia dwóch punktów informacyjnych — z podaniem godzin, adresów i telefonów, spis wymaganych dokumentów (obowiązkowych i dodatkowych), wzór teczki prawidłowo podpisanej, wykaz obowiązujących badań lekarskich oraz godziny pracy przychodni AM, informacje o praktykach robotniczych.

6) Opracowywane są również i dostarczane szkołom średnim kryteria doboru kandydatów na poszczególne Wydziały z uwzględnieniem przeciwwskazań lekarskich.

7) Kandydaci na oddział stomatologiczny są zobowiązani wykonać obowiązkowe badania lekarskie.

8) Nauczyciele naszej uczelni biorą aktywny udział w spotkaniach organizowanych przez kuratoria z dyrektorami i nauczycielami szkół średnich.

9) Organizowane są systematycznie spotkania studentów starszych lat studiów i absolwentów poszczególnych kierunków z uczniami szkół średnich (na terenie szkół).

Od wielu już lat obserwujemy znikomy procent kandydatów z terenów deficytowych w pracowników służby zdrowia. Pragniemy więc młodzieży z tych terenów dopomóc w wyborze właściwego kierunku dalszego kształcenia, uwzględniając między innymi w większym niż w innych szkołach stopniu potrzeby społeczno-gospodarcze. Młodzieży z tych terenów pragniemy dopomóc w podejmowaniu decyzji poprzez pogłębioną współpracę i informację o studiach medycznych oraz możliwościach zatrudnienia po ich ukończeniu.

Jesteśmy przekonani, że przekazywane informacje są czynnikiem bardzo istotnym przy podejmowaniu decyzji wyboru zawodu, ponieważ wpływają one zarówno na podjęcie decyzji zawodowych jak również na stanowczość tych decyzji oraz ich utrwalenie.

Etap wstępnej orientacji zawodowej

Etap drugi jest realizowany przez pogłębienie zainteresowań wybranym zawodem w trakcie realizacji zadań dydaktyczno-wychowawczych uczelni. Bogaty w tym zakresie program realizujemy w ramach praktyk robotniczych, zajęć adaptacyjnych realizowanych w ramach przedmiotu „propedeutika medycyny”, kół naukowych, obozów szkoleniowych, praktyk programowych oraz zajęć z poszczególnych przedmiotów, szczególnie klinicznych. Prowadzone w ramach tych zajęć przygotowanie do wyboru zawodu ma na celu zapoznanie studentów z różnymi specjalizacjami, ma umożliwić im konfrontacje różnych zamiłowań, uzdolnień, dopomóc w usamodzielnieniu się, a tym samym umożliwić im dokonanie oceny przydatności zawodowej.

Etap podjęcia decyzji zawodowej

Podstawą orientacji zawodowej na tym etapie jest przekazanie szczegółowych informacji na temat perspektyw zatrudnienia. Staramy się wzbogacić i rozwijać formy współpracy z różnymi instytucjami — przyszłymi pracodawcami naszych studentów (spotkania z absolwentami, odwiedzanie zakładów pracy itp). Jednocześnie staramy się pogłębiać i rozwijać formy wcześniejszego związania się studentów z zakładami pracy poprzez zawieranie umów przedwstępnych i stypendia fundowane lub angażowanie na staże. Studenci pracujący w kołach naukowych i osiągający dobre wyniki nauczania mają możliwości podjęcia pracy zgodnie z zainteresowaniami — w klinikach AM.

W ciągu roku akademickiego organizowane są spotkania studentów lat starszych z pełnomocnikiem d/s zatrudnienia absolwentów. Na spotkaniach tych omawiane są następujące zagadnienia:

- przepisy normujące zatrudnienie absolwentów,
- informacje o konieczności podejmowania pracy zgodnie z uzyskanymi kwalifikacjami,
- informacje o możliwościach wyboru specjalizacji zgodnie z potrzebami zgłaszanymi przez zakłady pracy w ujęciu makroregionalnym i terytorialnym.

Wnioski i propozycje

Problem orientacji zawodowej prowadzonej przez uczelnie ma olbrzymie znaczenie w procesie kształcenia i ściśle wiąże się z naborem kandydatów na studia. W warunkach egzaminów konkursowych zagadnienie właściwej selekcji kandydatów nabiera wyjątkowego znaczenia. Ze względów zarówno ekonomicznych, społecznych i psychologicznych na uczelnie powinni być przyjęci kandydaci rokujący naj-

więcej nadziei na dobre i terminowe ukończenie studiów, a następnie podjęcie pracy w wyuczonym zawodzie zgodnie z zainteresowaniami.

Potrzeba przeprowadzenia selekcji kandydatów na studia przez zastosowanie egzaminów wstępnych nie budzi w aktualnie istniejącej sytuacji poważniejszych zastrzeżeń. Pozostaje natomiast ciągle otwarty problem, pod jakim kątem i przy pomocy jakich technik należy tę selekcję przeprowadzać, tym bardziej że egzamin powinien mieć znaczną wartość diagnostyczną i prognostyczną.

W literaturze światowej przyjmuje się, że 50% powodzenia w studiach gwarantuje silne zainteresowanie obranym kierunkiem studiów. Bloom stwierdza, że pozytywny aktywny stosunek do nauki wpływa w 20% na sukcesy w studiach *). Badania zainteresowań przeprowadzone za pomocą jednego z trzech głównych istniejących inwentarzy: Stronga, Kuslera i Clarka wykonane na uczniach szkół średnich, studentach, robotnikach wykwalifikowanych, przedstawicielach różnych zawodów o różnym poziomie społecznym wykazały między innymi, że: „zainteresowanie i jego natężenie są czynnikami kształcenia zawodowego potężniejszymi niż inteligencja, zdolności, temperament i osobowość”, „stopień zainteresowania zawodami, które wymagają długiego uczenia się, pozostaje w dodatnim związku z ocenami z przedmiotów ogólnych i zawodowych” **).

Badania ankietowe przeprowadzone przez autorkę artykułu w 1975 r. wśród studentów VI roku studiów Wydziału Lekarskiego całkowicie potwierdziły cytowane wyniki.

Na pytanie, czy jest pan zadowolony z obranego kierunku studiów, prawie wszyscy respondenci (85%) odpowiedzieli — tak. Trzeba zaznaczyć, że wymienieni studenci ukończyli studia w przewidzianym terminie. Zachodzi więc pytanie przy pomocy jakich technik badać zainteresowania zawodoznawcze kandydatów na studia medyczne? Czy istniejące testy zainteresowań wprowadzone w niektórych uczelniach spełniają ich oczekiwania? Sądzę, że w większym stopniu pomocne byłyby w tym zakresie rozmowy indywidualne prowadzone z zainteresowanymi, opinie szkół o kandydacie oparte na długofalowej wnikliwej obserwacji, opinie zbierane w czasie pracy w służbie zdrowia podjętej przed studiami, wyniki badań prowadzone przez poradnie itp.

Należy jednak z całym naciskiem podkreślić, że prowadzona przez uczelnię orientacja zawodowa jest konieczna. Prowadzona za pomocą dotychczas stosowanych metod spełnia pokładane w niej nadzieje. Do pracy orientacyjnej wykorzystywane są wnioski z przeprowadzanych systematycznie badań nad skutecznością procesu dydaktyczno-wychowawczego. Przy pomocy metod dydaktycznych, socjologicznych, sta-

*) B.S. Bloom: *Human Characteristics and School Learning*, New York 1976 r.

**) Super DE: *Psychologia Zainteresowań*, PWN W-wa 1972 s. 198—9.

tystycznych analizowane są materiały dotyczące sprawności kształcenia — rocznej i całkowitej: prymusów, młodzieży pochodzącej z terenów deficytowych w pracownikach służby zdrowia, spoza rejonu AM w Warszawie, kandydatów ze szkół warszawskich.

Z materiałów tych wyciągnięto wnioski, na podstawie których starano się realizować wiele spraw w ramach orientacji zawodowej i tak:

a) z analizy wyników nauczania prymusów wynika, że prymusi typowani ze szkół medycznych nie sprawdzają się na uczelni. W związku z powyższym wystąpiono do ministerstwa w sprawie zmiany dotychczas obowiązujących przepisów;

b) młodzież pochodząca z rejonów deficytowych w pracownikach służby zdrowia, zdaje egzamin gorzej niż kandydaci z terenów Warszawy, osiąga jednak na wyższych latach studiów wyniki dość dobre i sprawność nauczania jest 100%;

c) młodzież spoza rejonu rekrutacyjnego akademii medycznej zaledwie w 26,7% zdaje egzamin wstępny;

d) z analizy wyników egzaminów wstępnych kandydatów ze szkół warszawskich wynika, że egzamin wstępny najlepiej zdają kandydaci z LO im. Władysława IV, Reytana, Batorego;

e) na uwagę zasługuje również fakt, że niewłaściwy wybór kierunku studiów jest jedną z najmniej licznych przyczyn odpadu z uczelni.

W związku z tym: nawiązano kontakt z kuratorami wojewódzkimi i lekarzami wojewódzkimi, którym przesłano zebrane materiały; utworzono grupę studentów AM z lat starszych, która dociera do każdej szkoły średniej leżącej na terenie województwa z informacjami na temat studiów medycznych; organizujemy dla młodzieży tej próbnny egzamin testowy z przedmiotów: biologia, chemia, fizyka. Po egzaminie każdy kandydat może zapoznać się z wynikami swojej pracy i dowiedzieć się jakie partie materiału ma zbyt słabo opracowane; dla kandydatów spoza rejonu opracowywane są szczegółowe kryteria naboru kandydatów, które rozesłano do kuratoriów i szkół średnich wraz z analizą wyników kandydatów z lat poprzednich.

Współpraca uczelni ze szkołami średnimi ma charakter ciągły i wieloaspektowy. Nauczyciele wielu szkół warszawskich, szczególnie medycznych, biorą aktywny udział: w pracach komisji rekrutacyjnych, niektórych posiedzeniach naukowych instytutów i zakładów, w posiedzeniach kół naukowych, w pracach badawczych uczelni, w zajęciach dydaktycznych.

Młodzież szkół warszawskich współpracuje z organizacjami studentkami w wielu dziedzinach i bierze udział w imprezach organizowanych przez studentów. Współpraca ta spełnia ważną funkcję informacyjną oraz integrującą i dzięki temu odgrywa znaczną rolę w procesie orientacji zawodowej. W dalszej pracy w zakresie omawianej problematyki

uczelnia pragnie położyć nacisk na rozwój zadań poznawczych i wychowawczych przez: pogłębienie badań na temat przydatności zawodowej kandydatów; pobudzenie aktywności studentów w kierunku budzenia zainteresowań zawodowych (specjalistycznych), zachęcanie do uczestnictwa w pracach kół naukowych w celu samorientacji zawodowej i weryfikacji zainteresowań i uzdolnień specjalistycznych, rozwijanie umiejętności poznawania i oceny własnej przydatności zawodowej, zapoznanie studentów (już od II roku) z planami zatrudnienia poszczególnych grup zawodowych i specjalności w rejonie regionu i w całym kraju w okresie co najmniej najbliższych pięciu lat.

BIBLIOGRAFIA

- Banach Cz. *Kształtowanie się planu życiowego i losu absolwentów liceów ogólnokształcących*. W-wa 1974, WSiP.
- Barzach D., Bierzwińska J., Lanota A. *„Pomagamy w wyborze zawodu”* W-wa 1968, NK
- Czyżyk K., Okotowicz M. (red.) *„Przygotowanie zawodowe i możliwości zatrudnienia absolwentów szkół wyższych według kierunków studiów”*. W-wa 1972, MNSzWiT.
- Curycka A. *„Stosowana psychologia wychowawcza”* W-wa 1980, PWN.
- Halicka I. *„Droga do pracy w zawodzie”* W-wa 1960.
- Kozakiewicz M. *„Bariery awansu poprzez wykształcenie”* W-wa 1973, Instytut Wydawniczy CRZZ.
- Suchodolski B. *„Oświata i człowiek przyszłości”* W-wa 1974, KiW.
- Super D. E. *„Psychologia zainteresowań”* tłum. H. Choynowska W-wa 1972 PWN.
- Szajek S. (red.) *„Orientacja szkolna i zawodowa w procesie nauczania”* Poznań 1974, Okręgowa Poradnia Wychowawczo-Zawodowa w Poznaniu.
- Szajek S. *„Orientacja i poradnictwo zawodowe”* W-wa 1979, PWN.
- „Szkoła-zawód-praca”* Książka i Wiedza W-wa 1979.
- Szaniawski I. *„Zawód i praca”*; *„Między diagnozą a prognozą”* W-wa 1973, PWN.
- Uziębło: *Test Z do badania zainteresowań* — *„Przegląd Psychologiczny”* 1973 nr. 3.
- Żebrowska: *„Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży”* W-wa 1979.
- Zazzo B.: *„Oblicza młodości”*. *„Psychologia różnicowa wieku dorastania”* 1972.

doc. dr hab. *Leszek Tomaszewski*, dr *Liliana Konarska*,
student *Andrzej Tomaszewski*

Zakład Analityki Klinicznej IB AM w Warszawie

MOTYWACJE PODEJMOWANIA STUDIÓW FARMACEUTYCZNYCH

W ostatnich latach obserwuje się spadek zainteresowania farmacją jako kierunkiem studiów. Wydziały farmaceutyczne stały się jednym, jeśli nie jedynym wydziałem, gdzie egzamin wstępny dla kandydatów przestał się praktycznie liczyć. Kandydat, który uzyskał najmniej nawet punktów, warunkujących zdanie egzaminu, ma zapewnione miejsce na studiach. Brak więc możliwości selekcji, wyboru tych najlepszych, którzy sprostają trudom niełatwych przecież studiów. Obserwuje się także niedobór kandydatów na wolne miejsca. Niepokojące to zjawisko skłania do głębszej analizy — ponieważ dotyczy nie tylko stołecznej AM, ale ma charakter ogólnokrajowy.

Dotychczas nie podejmowano prób sondażu, jakimi drogami docierają do kandydatów informacje o studiach farmaceutycznych i jaka jest skuteczność akcji informacyjnej dla kandydatów organizowanej corocznie przez Wydział Farmacji Warszawskiej Akademii Medycznej. Nie spotkaliśmy również prób analizy motywacji podejmowania studiów na Farmacji. Spadek popularności studiów jest wyrazem zmiany lub utraty motywacji ich podejmowania. Lukę tę zapełnić miała nasza ankieta przeprowadzona wśród studentów I roku farmacji. Zakładaliśmy, że wyniki ankiety mogą stworzyć podstawy do opracowania celowo organizowanej, ukierunkowanej akcji informacyjnej oraz bardziej skutecznych form popularyzacji studiów farmaceutycznych.

Dane o respondentach

Ankiety przeprowadzono wśród studentów I roku Wydziału Farmacji, po pierwszym inauguracyjnym wykładzie. Studentów zapoznano z założeniami i celem ankiety.

Ankiety wypełniło 85 osób, w tym 80 kobiet (94,2%) i 5 mężczyzn (5,8%). Średnia wieku respondentów wynosiła niewiele ponad 19 lat.

Najliczniej reprezentowana była grupa w przedziale wieku 18—20 lat. Najstarszy z respondentów miał lat 24.

Wśród studentów I roku większość (70,2%) stanowili ci, którzy szkołę średnią ukończyli w roku ubiegania się o przyjęcie na studia. W rok po ukończeniu szkoły średniej studia farmaceutyczne rozpoczęło 11 respondentów (13,3%), w dwa lata lub powyżej 12 respondentów (16,5%). Okres między ukończeniem szkoły a przyjęciem na farmację ilustruje tabela 1.

Tabela 1
ROK UKOŃCZENIA SZKOŁY ŚREDNIEJ WŚRÓD PRZYJĘTYCH W 1980 R. NA STUDIA FARMACEUTYCZNE

Rok ukończenia szkoły	Liczba respondentów	% respond. dla N = 85
1980	58	70,2
1979	11	13,3
1978	6	8,1
1977	5	7,2
1975	1	1,2
brak danych	4	4,7

N — liczba respondentów

Tabela 2
RODZAJ ZAJĘCIA MIĘDZY UKOŃCZENIEM SZKOŁY A STUDIAMI

Rodzaj szkoły	Miejsce pracy	Liczba respondentów	% respondentów
Medyczne Studium Zawodowe Technikum Farmaceutyczne		13	17
		2	
	Apteka	4	13
	Szpital	1	
	Złobek	1	
	Centralna	1	
	Pożywkarnia	1	
	GUS	1	
	Biblioteka S-nia poligraficzna	1	

W okresie dzielącym ukończenie szkoły średniej i rozpoczęcie studiów 15 respondentów (17,6%) podjęło naukę w szkołach pomaturalnych, w tym 13 osób w Medycznym Studium Zawodowym i 2 osoby w Technikum Farmaceutycznym. Wśród 11 respondentów, którzy przed rozpoczęciem studiów podjęli pracę, tylko 4 osoby pracowały w aptece i jedna w szpitalu. Pozostałe 5 osób pracowało poza służbą zdrowia (tabela 2).

Dane o środowisku respondentów (Struktura społeczna środowiska)

Studenci I roku farmacji rekrutują się głównie ze średnich i dużych ośrodków miejskich. 82,3% respondentów wywodziło się z miast do 100 tys. lub powyżej 100 tys. mieszkańców. Tylko 8,1% respondentów wywodziło się ze środowiska wiejskiego (tabela 3).

Tabela 3
STAŁE MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Wyszczególnienie	Liczba respondentów	% respondentów
Wieś	7	8,1
Miasto do 10 000 mieszkańców	7	8,1
Miasto do 100 000 mieszkańców	16	18,8
Miasto powyżej 100 000 mieszkańców	55	63,5

W najbliższym otoczeniu 94% respondentów przeważali ludzie o wykształceniu średnim lub wyższym (tabela 4), zatrudnieni głównie na różnych szczeblach administracji państwowej (tabela 5).

Tabela 4

POZIOM WYKSZTAŁCENIA OSÓB Z NAJBLIŻSZEGO OTOCZENIA

Wykształcenie	Ilość odpowiedzi	% dla N = 89
Podstawowe (do 8 klas)	7	8,1
Zawodowe	2	2,4
Średnie	47	55,3
Wyższe	33	38,8

Ilość uzyskanych odpowiedzi n = 89 (podwójne zaliczenie)

Tabela 5

CHARAKTERYSTYKA PROFESJONALNA ŚRODOWISKA

Najczęściej spotykane zawody	Ilość odpowiedzi	%
Rolnicy	9	10,1
Rzemieślnicy	5	6,0
Urzednicy (niski szczebel)	4	4,7
Urzednicy (średni szczebel)	38	44,7
Urzednicy (stanowiska kierownicze)	35	41,2
Różne dziedziny nauki	16	18,8
Różne dziedziny kultury	5	6,0
Wolne zawody	15	17,6

Ilość uzyskanych odpowiedzi N = 127, podwójne zaliczenie x = 1,5.

W najbliższym otoczeniu 21 respondentów byli ludzie związani zawodowo z różnymi dziedzinami nauki i kultury. 15 respondentów wymieniło tzw. wolne zawody — jako reprezentatywne dla swojego środowiska. Tylko 9 osób wymieniło rolników, a 5 osób rzemieślników, jako zawody występujące w ich środowisku.

Tabela 6

PRACOWNICY SŁUŻBY ZDROWIA W ŚRODOWISKU

Pozycja w służbie zdrowia	Ilość odpowiedzi	% dla n = 49
Pion administracyjny	4	9,3
Pion techniczno-pielęgniarski	15	34,9
Pion lekarski, farmaceuci, inne równorzędne wykształcenie	30	69,8

Ilość respondentów N = 49, ilość udzielonych odpowiedzi n = 39 (podwójne zaliczenie).

Spośród 85 osób wypełniających ankietę, 43 (50,6%) podało, że w ich najbliższym otoczeniu jest przynajmniej jedna osoba stale pracująca w służbie zdrowia. W około 70% są to osoby z wyższym wykształceniem: medycznym, farmaceutycznym lub innym (tabela 6).

Drogi uzyskiwania informacji o studiach

Ankietowym studentom podano 12 różnych źródeł, z których mogli czerpać informacje o studiach na Wydziale Farmacji. 85 respondentów udzieliło ogółem 268 odpowiedzi, z czego wynika, że korzystali przeciętnie z ponad trzech źródeł informacji o wybieranym kierunku studiów ($\bar{x}_n = 3,2$). Z analizy odpowiedzi narzuca się podział podawanych źródeł informacji na trzy grupy. Na grupę środowiskowych źródeł informacji, docierających do respondentów z ich własnego najbliższego otoczenia, grupę informacji zdobywanych czynnie opartych na własnych zainteresowaniach, z własnej inicjatywy i wreszcie grupę, gdzie własne zainteresowania stanowią główną motywację szukania informacji i podjęcia decyzji o studiach farmaceutycznych. Jest to podział, jak wiele podziałów, umowny, o płynnych granicach.

Tabela 7

ŹRÓDŁA INFORMACJI O STUDIACH FARMACEUTYCZNYCH

Grupa	Źródła informacji	Ilość odpo- wiedzi	% dla $N = 85$	% dla $n =$ $=268$
Środowisko jako źródło informacji	Znajomi	62	72,9	23,1
	Koledzy	24	28,2	8,9
	Rodzice	18	21,2	6,7
	Nauczyciele	13	15,3	4,8
Informacje zdobywane czynnie	Spotkania organizowane przez Wydział Farmacji	25	29,5	9,3
	Studiowanie informatora o szkołach wyższych	24	28,2	8,9
	Nawiązanie kontaktu z farmaceutami	22	25,9	8,2
	Zwiedzanie placówek farmaceutycznych	10	11,8	3,7
Własne zainteresowania jako główny motyw	Interesował cię wpływ różnych środków na organizm	36	42,4	13,4
	Interesowało cię zagadnienie leku	26	30,6	9,7
	Zainteresowanie apteką jako miejscem pracy	6	7,1	2,2
	Zupełny brak zainteresowania	2	2,3	0,7

Liczba respondentów $N = 85$, ilość udzielonych odpowiedzi $n = 268$, wielokrotny wybór $\bar{x}_n = 3,2$.

Jak wynika z tabeli 7, najbliższe otoczenie respondentów stanowiło ważne źródło informacji o wybieranym kierunku studiów. Najczęściej korzystali oni z pomocy znajomych (62 osoby) i kolegów (24 osoby). 18 respondentów (1/5 wszystkich) uzyskało informacje o farmacji od rodziców, a 13 korzystało z pomocy nauczycieli.

Można pokusić się o twierdzenie, że istnieje pozytywna korelacja między wpływem środowiska a wyborem kierunku studiów. Z 43 respondentów, którzy w swoim najbliższym otoczeniu mieli kogoś, kto stale pracuje w służbie zdrowia, 30 (70%) podało, że źródłem informacji byli znajomi. W grupie respondentów bez stałego kontaktu z kimś pracującym w służbie zdrowia, tylko dla 22 osób (52%) źródłem informacji byli znajomi. Ta różnica 18% wyraża nacisk informacyjny kręgów służby zdrowia.

Poza własnym środowiskiem respondenci wykazywali umiarkowaną raczej aktywność w czynnym zdobywaniu informacji o wybranym kierunku studiów. Z 85 respondentów tylko 25 korzystało z akcji informacyjnej organizowanej przez Wydział Farmacji, a 24 sięgnęło do informatora o szkołach wyższych. Jako źródło czynnie zdobywanych informacji respondenci wymieniali także nawiązywanie kontaktu z farmaceutami (22 osoby) i zwiedzanie placówek farmaceutycznych (10 osób). Z analizy danych przedstawionych w tabeli 7 można wnioskować, że dla większości respondentów własne zainteresowania były motorem szukania informacji o studiach farmaceutycznych. Tylko dwóch respondentów wykazało zupełny brak zainteresowań.

Zasób podstawowych informacji o studiach jako miara zainteresowania tym kierunkiem

Na pytanie jakie znasz kierunki studiów na Wydziale Farmacji, na 85 respondentów kierunek apteczny wymieniło 83 osoby, analizę kliniczną 82, zielarstwo 62, analizę farmaceutyczną 53, kierunek technologiczny 52 i ochronę środowiska 51 osób. Wszystkie sześć istniejących na Wydziale kierunków wymienił tylko jeden respondent. Pięć kierunków wymieniło 64 respondentów, cztery kierunki 12 respondentów, trzy kierunki wymieniły 4 osoby, dwa kierunki jedna osoba i tylko jeden kierunek 2 osoby. Jeden z respondentów nie wymienił żadnego kierunku. Poza tym wymieniano jako kierunki na farmacji: kosmetyczny często w połączeniu z zielarskim, spożywczy, analitykę medyczną i sądową.

Tabela 8
 ATRAKCYJNOŚĆ POSZCZEGÓLNYCH KIERUNKÓW

Kierunek	Respondenci	
	Liczba	%
Analityka kliniczna	35	41
Ochrona środowiska	11	13
Zielarski	11	13
Analiza farmaceutyczna	10	12
Apteczny	7	8
Technologiczny	3	4
Niezdecydowani	8	9

Jak wynika z tabeli 8 respondenci zainteresowani byli najbardziej analizą kliniczną jako kierunkiem studiów.

W odpowiedzi na pytanie, o jakim kierunku myślałeś składając podanie o przyjęcie na farmację, 35 osób (41%) wymieniło analizą kliniczną, 12—13% respondentów wymieniło ochronę środowiska, kierunek zielarski lub analizę farmaceutyczną, 8% respondentów interesował kierunek apteczny, a 4% kierunek technologiczny. Niezdecydowani stanowili 9% ankietowanych.

Motywacje wyboru farmacji jako kierunku studiów

Na pytanie dotyczące motywacji wyboru farmacji jako kierunku studiów, 85 respondentów udzieliło ogółem 153 odpowiedzi (wielokrotny wybór $\bar{x}_n = 1,8$) z czego wynika, że większość z nich kierowała się więcej niż jednym motywem przy wyborze kierunku studiów.

Tabela 9

MOTYWACJE WYBORU FARMACJI JAKO KIERUNKU STUDIÓW

Motywacja	Liczba respondentów	% dla $N = 85$	% dla $n = 153$
Praca naukowa w zakresie badań nad lekiem	42 (10)*	49,4	27,4
Rozwijanie zainteresowań klinicznych	30 (7)	35,3	19,6
Zainteresowanie pracą w zakresie ochrony środowiska	17 (5)	20,0	11,1
Praca w aptece	16 (4)	18,8	10,4
Mniejsza rywalizacja o indeks	10 (0)	16,8	9,1
Małe szanse dostania się na medycynę	9 (2)	10,6	5,8
Praca bliżej chorego	9 (1)	10,6	5,8
Namowa rodziców	7, (2)	8,2	4,5
Perspektywa wysokich zarobków w przyszłości	2 (0)	2,3	1,3
Inne przyczyny:	7 (0)	10,6	4,5
zainteresowanie chemią			
przypadek losowy			
egzamin testowy			
dobre przygotowanie do pracy naukowej			
nie zdany egzamin na AWF			
przyjęty bez egzaminu			

Liczba respondentów $N = 85$, ilość udzielonych odpowiedzi $n = 153$, wielokrotny wybór $\bar{x}_n = 1,8$.

* — cyfry w nawiasach podają liczbę respondentów, którzy wybrali tylko tę jedną odpowiedź.

Z analizy danych przedstawionych w tabeli 9 wynika, że z deklarowanych przez studentów motywów wyboru farmacji jako kierunku studiów dominują te o charakterze poznawczym. 42 respondentów (49,4%) interesowały badania nad lekami, 30 respondentów (35,3%) chciałoby w przyszłości rozwijać swoje zainteresowania kliniczne, a 17 osób (20%) interesowała praca w zakresie ochrony środowiska.

Z 16 (18,8%) respondentów, którzy wymienili pracę w aptece jako motywację wyboru farmacji jako kierunku studiów, tylko dla 4 osób

(4,7%) była to jedyna motywacja podjęcia studiów na tym Wydziale. Z 9 respondentów, którzy w przyszłości chcieliby pracować bliżej chętnego, tylko dla jednej osoby była to jedyna motywacja wyboru kierunku studiów.

Mniejsza rywalizacja o indeks była jednym z motywów podjęcia studiów na Wydziale Farmacji dla 14 respondentów (16,8%). Warto podkreślić, że dla żadnego z nich nie była to jedyna motywacja podjęcia studiów na tym Wydziale; z dziewięciu, którzy ocenili, że mieli małe szanse dostać się na medycynę, tylko dwóch podało tę przyczynę jako jedyną motywację podjęcia studiów na Wydziale Farmacji.

PODSUMOWANIE WYNIKÓW ANKIETY — WNIOSKI

1. Zwraca uwagę daleko posunięta feminizacja farmacji jako kierunku studiów, a w konsekwencji i zawodu farmaceuty. W roku 1980 przyjęto na Wydział Farmacji 94,1% kobiet.

2. Studenci I roku rekrutowali się głównie (70%) z tegorocznych absolwentów szkół średnich. Absolwenci szkół średnich z poprzednich lat, przed rozpoczęciem studiów studiowali w pomaturalnych szkołach o profilu medyczno-farmaceutycznym.

3. Studenci rekrutowali się głównie ze średnich i dużych miast (ponad 82%).

4. Studenci I roku farmacji pochodzili przede wszystkim ze środowisk o wykształceniu średnim i wyższym (94,1%).

5. Najczęściej spotykane zawody w środowisku, z którego rekrutowali się studenci, to urzędnicy średniego i wyższego szczebla, tzw. wolne zawody i pracownicy różnych dziedzin wiedzy.

6. Połowa studentów pochodziła ze środowiska o stałym kontakcie ze służbą zdrowia, pionu techniczno-pielęgniarskiego i lekarsko-farmaceutycznego.

7. Informacje o studiach farmaceutycznych docierały do kandydatów przede wszystkim przez znajomych (73%). W grupie z kontaktem ze służbą zdrowia w 70%, bez kontaktu ze służbą zdrowia w 52%. Ponad 25% studentów korzystało z akcji informacyjnej organizowanej przez Wydział Farmacji. Zwraca uwagę mały udział szkoły jako źródła informacji o wybieranym kierunku studiów. Wydaje się, że istnieje pozytywna korelacja między wpływem określonego środowiska a wyborem kierunku studiów.

8. Aktualnie najbardziej atrakcyjny kierunek dla kandydatów na farmację — to analiza kliniczna (41% studentów I roku). Ochrona środowiska i zielarstwo były mniej atrakcyjne (13%). Zwraca uwagę małe zainteresowanie kierunkiem aptecznym (8%) i technologicznym (4%).

9. Deklarowane motywacje wyboru farmacji jako kierunku stu-

diów opierały się przede wszystkim na własnych zainteresowaniach studentów, takich jak: praca naukowa w zakresie badań nad lekiem, realizacja zainteresowań klinicznych, ochrona środowiska i w niewielkim zakresie praca w aptece.

Omówienie

Malejąca popularność, depopularność studiów farmaceutycznych jest złożonym procesem już wieloletnim. Nie można wykorzystać wyników tej ankiety na ocenę tego procesu ze względu na brak odniesienia — nie ma danych z przeszłości o motywacjach podejmowania studiów farmaceutycznych. Farmacja jako dyscyplina naukowa i zawód ma określoną rolę społeczną, stanowiąc niezbędne ogniwo w systemie służby zdrowia w naszym kraju i na świecie. Musi przeto mieć zapewniony dopływ kadr i to kadr pierwszorzędnych a nie drugiego czy trzeciego sortu.

Czy ta ankieta daje wskazówki na ukierunkowanie akcji informacyjnej o farmacji wobec kandydatów na wyższe studia? Na pewno tak.

1. Wynika z niej jednoznacznie, że środowisko małych i średnich ośrodków miejskich jest niedoinformowane o farmacji. To jest teren przyszłej ekspansji akcji informacyjnej.

2. Wobec deklarowanej atrakcyjności analityki klinicznej nie wahać się z eksponowaniem tego kierunku potencjalnym kandydatom na farmację. Obserwacja wskazuje, że w toku dalszych nawet trzyletnich studiów drogą naturalną, przy lepszym poznawaniu dyscyplin zainteresowania się przesuwają, czego wyrazem jest zmiana wyboru kierunków na czwartym roku.

3. Nikła jest rola szkół — nauczycieli jako informatorów o farmacji.

To liczące się źródło informacji należy nasycić przez dostarczenie nauczycielom odpowiednich materiałów, ulotek, informatorów itp. Należy podjąć akcję zorganizowaną ale też i... kontrolowaną. Manipulując świadomie elementami propagandowymi, należy zdać sobie sprawę z ich skuteczności. Dlatego też ankieta taka, czy podobna, powinna być powtarzana rokrocznie dla oceny fluktuacji popularności czy zmian motywacji podjęcia studiów na tym kierunku, na którego rozwoju, ze względu na wartości poznawcze i praktyczną użyteczność społeczną, nam zależy.

mgr Jerzy Celma-Panek

FEDERACJA Z UNIWERSYTETAMI TO HUMANIZACJA MEDYCyny

Z wizytą u prof. Józefa Hellera

W odnowie życia akademickiego w Polsce, z żywym zainteresowaniem spotkała się inicjatywa krakowskiej AM połączenia z Uniwersytetem Jagiellońskim. Od chwili wyłączenia studiów medycznych z uniwersytetów, tj. od 1950 r. senaty UJ i AM dwukrotnie już (w 1958 i 64 r.) próbowały powrócić do dawnych związków, sięgających 1364 r. — daty powstania Wszechnicy Jagiellońskiej. Obecnie z inicjatywy NSZZ „Solidarność” przy AM w dn. 4. III. br. senaty obu uczelni podjęły uchwałę o wszczęciu prac, mających na celu sfederowanie obu uczelni. Gwoli prawdy historycznej, należy przypomnieć, że w okresie „odwilży popaździernikowej” grupa 16 profesorów med. — członków PAN opracowała memoriał, znany pod nazwą „*in integrum universitas*”, przekazany ministrowi zdrowia i ministrowi szkół wyższych oraz wszystkim rektorom AM i uniwersytetów. Akademia Medyczna w Warszawie jako pierwsza w kraju, na posiedzeniu senatu 4. V. 1957 r. opowiedziała się za przywróceniem nauk medycznych do poprzedniego stanu. Jedynym z żyjących inicjatorów „Memoriału” jest prof. zw. dr med Józef Heller — członek PAN, b. kierownik



Prof. dr Józef Heller (z prawej) w rozmowie z przedstawicielem
M-D-W red. Jerzym Celma-Pankiem

Foto. Zb. LASKOWSKI

katedry Chemii Fizjolog. i Biochemii AM, wieloletni v-prezes Międzynarodowej Unii Biochemicznej, w okresie II wojny nauczyciel konspiracyjnej medycyny na UW, a w okresie I wojny światowej student medycyny i żołnierz Legionów Józefa Piłsudskiego. Prof. J. Hellera odwiedziłem kilkakrotnie wiosną br.

— Z przekazanej mi swego czasu przez prof. T. Butkiewicza notatki, na której widnieje podpis Pana Profesora, wynika, że niezależnie od memoriału PAN-u, był Pan również rzecznikiem połączenia AM z UW już w 1957 r. Czy dzisiaj, też głosowałby Pan Profesor za taką strukturą organizacyjną studiów medycznych?

A wracając do przeszłości, czy wówczas liczni byli przeciwnicy powrotu do tradycyjnej integracji nauk uniwersyteckich z medycyną i farmacją?

— Jestem nadal zwolennikiem wprowadzenia szkoły lekarskiej i farmaceutycznej do uniwersytetów. Obecna medycyna jest bardzo zawodowa i potrzebny jest jej uniwersytecki pierwiastek humanistyczny. Czytałem niedawno autobiografię dra Rudolfa Petersa, z której wynika, jak duży wpływ na jego prace miało wykształcenie klasyczne.

Oczywiście, byli przeciwnicy powrotu medycyny do uniwersytetów. Spośród członków Wydziału Nauk Medycznych PAN nie podpisało memoriału jedynie dwóch profesorów. A na posiedzeniu Rady

Odręczny wniosek o połączenie akademii medycznych z uniwersytetami przez grupę profesorów medycyny, m.in. przez prof. J. Hellera, prof. Fr. Czubałskiego i prof. T. Butkiewicza.

Wydziału Lekarskiego AM, przeciwko wnioskowi o włączenie Wydziału do UW wystąpiły trzy osoby. Wniosek został przegłosowany dużą większością obecnych. Najżarliwszymi jego rzecznikami byli: b. rektor prof. Fr. Czubałski, wybitny pediatra i wybitny jednocześnie działacz polityczny, prezes SD prof. M. Michałowicz, b. dziekan prof. T. Butkiewicz, kierownik Kliniki Neurolog. prof. A. Opalski, prof. Wł. Melanowski, prof. L. Paszkiewicz, prof. W. Brokman, prof. E. Mikulaszek, prof. W. Orłowski, prof. Wł. Szenajch, prof. J. Bogdanowicz, czyli prawie wszyscy wymienieni w Waszym kwartalniku, wydanym z okazji XXX-lecia AM, których dziś uznajecie za najwybitniejszych nauczycieli akademickich współczesnej polskiej medycyny.

Wszyscy uważaliśmy, że wyłączenie w 1950 r. studiów medycznych z uniwersytetów zostało dokonane wg wzorów obcych, bez liczenia się z naszą tradycją i warunkami życia. Jako motyw uzasadnia-

jący ówczesną reformę, wysunięto konieczność powiązania studium lekarskiego z ogólną organizacją państwowej służby zdrowia i zabezpieczenia decydującego wpływu Ministerstwa Zdrowia na program studiów. My, zwolennicy ponownego włączenia studiów medycznych do uniwersytetów uważaliśmy, że ten słuszny postulat organizacyjny można osiągnąć pozostawiając medycynę w kręgu nauk uniwersyteckich. Przykładem jest Czechosłowacja, gdzie uszanowano tradycyjną więź organizacyjną i pozostawiono medycynę w Uniwersytecie im. Karola w Pradze. Również Litwini nie ulegli reformie i do dziś chlubią się Wydziałem Lekarskim na Uniwersytecie Wileńskim.

— *Listę zwolenników powrotu do UW wypada uzupełnić również profesorami z Wydziału Farmacji AM. Wg protokołu z posiedzenia Rady Wydziału wniosek o włączenie farmacji do UW poparł ówczesny dziekan prof. Wł. Rusiecki, prodziekan prof. H. Bukowiecki, prof. J. Deryng, sekretarz Rady doc. H. Bronisz, z-pca prof. dr farm. W. Jańczak, prof. R. Pakuła i doc. A. Parczewski, później wniosek podpisał jeszcze prof. St. Krauze. Przy okazji recenzowania mego artykułu o ceremoniale akademickim, tj. w 1974 r. prof. Krauze opowiadał mi jak to dla poparcia tego wniosku, wpłynął na młodzież studencką, by nosiła czapki uniwersyteckie i nagle prawie wszyscy zaczęli chodzić w białych czapkach, zresztą bardzo twarzowych dla dziewcząt. Czy młodzież lekarska także popierała inicjatywę swych profesorów?*

— Tu, muszę ujawnić coś, o czym dotychczas nie mówiłem jeszcze nikomu. Otóż po objęciu katedry w AM w Warszawie, dokąd przybyłem z Wrocławia, nie mogłem jakoś nawiązać kontaktu ze studentami. Trafiłem na młodzież steroryzowaną, wychowywaną przez organizacje. Nie uszło jednak mej uwadze, że pod formą cyniczną, kryje się głęboki patriotyzm, sentymentalizm i uczuciowość. Starłem się wychowywać przykładami, wzbudzać głębokie zainteresowanie wykładanym przedmiotem przez demonstrowanie zjawisk i ciągłe obcowanie ze studentami. Jakoś mi się to udawało. Z jednym tylko, najstarszym moim uczniem nie mogłem nawiązać żadnego kontaktu. A ci, którymi mogę się dziś poszczycić, to: dr hab. Zofia L a s o t o w a, prof. dr Tadeusz C h o j n a c k i, doc. dr Ludmiła S z a r k o w s k a, prof. dr hab. Przemysław S z a f r a Ń s k i, dr Jan S z a r k o w s k i, dr Monika J e ż e w s k a, dr Maria P i e c h o w s k a i doc. dr hab. Teresa S z y m c z y k.

Wracając do odpowiedzi na pytanie: czy młodzież była za, czy przeciw fuzji uczelni, rzetelnie trzeba podkreślić, że chociaż nie dano jej możliwości gruntownego zapoznania się podczas nauki w szkołach średnich a później na studiach z historią polskich uczelni wyższych i wielu studentów w ogóle nie wiedziało, że medycyna była kiedyś wydziałem uniwersyteckim, to niemal cała młodzież była za, choć to za, nie oznaczało aprobaty, a demonstrację popierającą drogę Październiko-

wej Odwilży. Uznali, że wyłączenie medycyny z uniwersytetów jest degradacją tej gałęzi nauki.

— *Następne lata były tego potwierdzeniem. Akademie medyczne, pozostające pod wyłącznym wpływem resortu zdrowia, którego zadania mają z natury rzeczy czysto praktyczny i usługowy charakter, przekształcały się coraz bardziej w zwykłe szkoły zawodowe o obniżającym się stale poziomie. Dziś uczelnie te są w stanie przygotowywać kadry lekarskie nawet sprawnie działające, ale nie umiejące rozwijać własnej oryginalnej działalności twórczej — powtarzam tu słowa prof. Czubalskiego, który bolał, że akademie nie potrafią rozbudzić w uczniach naukowych ambicji. Z licznych moich rozmów z nauczycielami akademickimi z różnych uczelni medycznych w kraju, mam okazję zbudować opinię, że medycyna polska znajduje się w stagnacji, bo chociaż kliniki AM uzyskują coraz wyższe wskaźniki usług lekarskich, nie potrafią stworzyć dobrze zorganizowanego, o wysokim poziomie nauczania klinicznego. Czy połączenie z uniwersytetami poprawiłoby poziom dydaktyki medycznej?*

— Oczywiście. Zamknięcie studentów w izolowanych uczelniach medycznych, w kręgu ściśle zawodowych i usługowych zainteresowań, odgradzonych od potężnych nurtów naukowych, przepływających z natury rzeczy przez uniwersytety, musi ograniczać myślowe horyzonty młodzieży do jednokierunkowych zainteresowań, dalekich często od niepokojów, pragnień i dążeń, cechujących umysły twórcze. Przytaczam tu nieco treści z memoriału „in integrum universitas”, gdyż nie jeden byłem wówczas i jestem i dziś tego zdania.

Względy te nabierają szczególnej wagi dzisiaj, gdy postęp medycyny jako nauki typu przyrodniczego jest tak silnie związany ze współczesnym rozwojem fizyki i chemii.

Opracowując memoriał byliśmy zgodni co do zachowania wpływu Ministerstwa Zdrowia na program nauczania i ogólną organizację wydziałów lekarskich i farmaceutycznych, co można było zapewnić w drodze ustawowej. Powstałyby również znaczne oszczędności budżetowe, spowodowane ograniczeniem kosztów osobowych i administracyjnych. Jeśli organizacyjne powiązanie z Ministerstwem Szkolnictwa Wyższego takich szkół zawodowych jak politechniki dało się pogodzić, to dlaczego nie można tego dokonać w stosunku do uczelni medycznych? W końcu memoriału, zaznaczyliśmy, że pozostawienie akademii med. jako uczelni niezależnych, w tych miastach, gdzie nie ma uniwersytetów, da w przyszłości możliwość porównania wyników, który typ nauczania medycyny jest bardziej korzystny dla polskiej medycyny.

Charakterystyczny w memoriale był ostatni akapit. Stwierdziliśmy tu dosłownie:

„Jeżeli walczymy o realizację powrotu do uniwersytetów, czynimy to nie dla własnych celów, bo dla nas ludzi starszych mogłoby to być rzeczą obojętną, a nie zabieranie głosu w tej sprawie dawałoby nam osobisty, korzystny spokój. Czynimy to w interesie młodych, idących w życie pokoleń. Jakie będą losy tej sprawy nie wiadomo. Dobrze jednak byłoby pamiętać z naszej historii, że ilekroć przeżywaliliśmy polityczne katastrofy, tylekroć uniwersytety były zamykane, a na ich miejsce powstawały różnego typu akademie medyczne. Takie były losy Krakowa, Warszawy i Wilna. A kiedy wola narodu przychodziła do głosu — znikwały akademie, a wracały do życia uniwersytety ze swymi tradycyjnymi wydziałami lekarskimi”.

Nie dziwię się więc wcale, że i dzisiaj, w okresie Odnowy życia politycznego w kraju sprawa federacji z uniwersytetami stała się znów aktualna. Szczególnie zaś cieszy mnie to, że tym razem inicjatywa wyszła ze strony młodego pokolenia.

— *Chciałbym jeszcze prosić Pana Profesora o wypowiedź na temat udziału studentów w kolegialnych organach szkoły wyższej, tzn. w senacie i radach wydziałowych. Strajkujący studenci uczelni łódzkich zażądali 1/3 miejsc, wiele uczelni oferuje jedynie 1/5, i wiele studenckich organizacji uczelnianych liczbę tę akceptuje.*

— Rzecz zrozumiała, że każda organizacja studencka powinna być reprezentowana wszędzie tam, gdzie są dyskutowane sprawy dydaktyki i organizacji uczelni; w senacie ograniczyłbym liczbę przedstawicieli młodzieży akademickiej. Na pewno moje stanowisko jest rozbieżne z Pańskim, ale jestem jednak tradycjonalistą. Tegoroczne strajki studenckie wykazały, że młodzież akademicka, tak zresztą jak i młodzież robotnicza jest bardzo solidarna i wcześniej politycznie dojrzewa. Trzeba z nimi delikatnie negocjować. Cieszyć trzeba się faktem, że mimo powstania Niezależnego Zrzeszenia Studentów front studencki jest jednolity. Staje się coraz bardziej dostrzegalne, że traktują oni kolegów z SZSP jako sojuszników. Strajk studencki bardzo uaktywnił całe środowisko akademickie w Polsce, łatwo widać było, że studenci nie zrzeszeni stoją po stronie NZS głośno żądali formalnej rejestracji tej organizacji. Do młodzieży należy przemawiać językiem tradycji i prawdy a nie zakładanymi racjami.


Dzisiejsza młodzież polska chce być niezależna, mówiąc językiem lekarskim, ta niezależność jest już jak choroba zjawiskiem powszechnym. Można też tego nie zauważyć lub nie akceptować, ale to naraża na popełnianie błędów, wynikających z nieliczenia się z faktami. Przymykanie oczu nie zmieni rzeczywistości, a trzeba wiedzieć, że nie ma rozwoju bez prawdziwego obrazu.

Wracając do udziału studentów w organach kolegialnych uczelni, to należy przestrzegać zasady, by przy głosowaniu nad nadawaniem stopni naukowych, głosowały jedynie osoby, mające co najmniej ten sam stopień: *Nemo plus potestatus in alium transferre potest, quam ipse possedet!*

In Item of A. F. B. 2005 A.

TEMPORARY IDENTITY CARD.

The "Allied Military Identity Card" for the bearer of this temporary card is required, but not yet issued.



1. Allied Land Component: *Belgian Forces*

2. Surname: *Heller*

3. Christian Name (not used as designations at time of issue): *Jozef Mayer*

4. Sex: *male*

5. Personal No: *66/45*

6. Height: *176 cm*

7. Colour of Eyes: *grey*

8. Colour of Hair: *dark*

9. Other distinguishing Marks of any

10. Date of Birth: *3.7.1876*

11. Signature of Issuing Officer: *[Signature]*

12. Date: *3.9.1918*

Signature of bearer: *J. Heller*

Po uwolnieniu z obozu jenieckiego dr J. Heller w stopniu mjr'a lek. pełnił funkcję komendata polskiego szpitala wojskowego w Bomlitz

— Z dużą satysfakcją i przyjemnością notowałem wypowiedzi Pana Profesora w sprawach, które w niedalekiej przyszłości mogą znów wypłynąć na forum zainteresowań całego społeczeństwa. Mam jeszcze do Pana prośbę o zaspokojenie mojej bibliofilskiej ciekawości. Proszę ujawnić, które z tych kilku tysięcy woluminów książek ceni Pan najbardziej. Oczywiście nie o materialną wartość mi chodzi. Wiem już także, że b. wartościowe książki podarował Pan różnym placówkom naukowym i że są to jedyne egzemplarze w kraju. Osobiście mniej interesują mnie — i bardzo za to Pana Profesora przepraszam — książki z zakresu Pańskiej specjalności naukowej, taktowniej byłoby spytać najpierw o nie, ale przecież i tak sam Pan o nich powie.

— Sprawił mi Pan Redaktor dużą przyjemność, że odgadł moje hobby. Całe życie kocham książki i przez całe życie je zbierałem. Zachowały mi się książki z gimnazjum. Mam takie 2-tomowe dzieło, z 1901 r., w języku niemieckim, które przedstawia ewolucję rozwoju świata „Od mgławicy do człowieka”. Jestem bardzo przywiązany do książki *Sztuka ludowa w Polsce, Lwów 1903*, Kazimierza Mokłowskiego, notabene mego teścia. Mam wiele dzieł dedykowanych mi przez kolegów, ale najwyżej cenię sobie „Biochemię nasienia” Tadeusza Manna, z którym pracowałem we Lwowie, a który obecnie jest wykładowcą fizjologii zwierząt w Cambridge. Pieczołowicie przechowuję książki z okresu walk o niepodległość Polski. Wspomnienia z walk Legionów Piłsudskiego, są mi bardzo bliskie, byłem przecież członkiem Związku Strzeleckiego, a później Legionów Polskich. Oto książka o roku 1920 generała Władysława Sikorskiego, a ta z autografem generała F. Sławoja-Składkowskiego.

Przy okazji mogę dodać, że jesienią 1914 r., gdy 1. pułk Legionów

pod komendą Józefa Piłsudskiego, po bitwie pod Dęblinem przeszedł w okolice Lwowa, gdzie byli już Austriacy, byłem tłumaczem Komentanta Piłsudskiego, od którego językiem niemieckim władałem bieglej.

Później znalazłem się we Lwowie, opanowanym już przez Ukraińców. Po odsieczy gen. Roji, wstąpiłem do 5 pp. Legionów, z którym dotarłem aż nad Dźwinę na Wileńszczyźnie, a później do Kijowa. Marzeniem ówczesnego pokolenia Polaków, było zdobyć ziemie niegdyś przed rozbiorami należące do Rzeczypospolitej. Wiosną 1920 r. znalazłem się na Polesiu w sztabie generała Ed. Rydza-Śmigłego, jako oficer do specjalnych zleceń. Poznałem tu generałów. Tadeusza Kutrzebę i Władysława Bortnowskiego, wybitnych dowódców w kampanii wrześniowej 1939 r.

— Z dokumentów Pana Profesora wynika, że przez cały czas I wojny światowej był Pan studentem medycyny, a nawet w międzyczasie składał Pan egzaminy z różnych przedmiotów?

— Tak. Dlatego dyplom uzyskałem już w 1922 r. Natomiast habilitację dopiero w 1937 r. Kampanię wrześniową odbyłem jako lekarz-major w X Kadrcze Sanitarnej WP. W czasie okupacji mieszkałem

PAN ADAM
MICKIEWICZ
TADEUSZ

Napis tytułowy z okładki
„Pana Tadeusza“
w skali 1 : 2
oraz notka wydawnicza na stronie
przedtytułowej,
z widocznymi, dorobionymi
czcionkami polskimi,
w wielkości oryginalnej
Reprodukcja: POLIFOTO

Działalność wydawnicza Związku należało od tej książki zaczynać, od eposu narodowego, stworzonego na emigracji, przesyconego nostalgią do „tych pól malowanych zbożem rozmaitym”, za którymi i nas dręczy dziś tęsknota. Niestety zbyt późno zdobyliśmy egzemplarz książki. Dopiero więc teraz, jak hostia narodowego chleba miłości za ziemią, która jest „jak zdrowie”, przełamać się możemy ze współczesnym pielgrzymem polskim, co oczy swe również na wschód obraca. Z książką tą pod każdy dach wejdzie Polska. L. M.

Nakładem Polskiego Związku Wychodźstwa Przymusowego
w Hanowerze

1945

i pracowałem najpierw we Lwowie, a później do Powstania w Warszawie, tu pod nazwiskiem Mokłowski wykładałem na tajnych studiach medycznych. Później znalazłem się w obozie. Po odbiciu nas przez Amerykanów, założyliśmy ze współbraćmi Polski Związek Wychodźstwa Przymusowego w Hanowerze. Zajęliśmy drukarnię i tu w Hanowerze wydaliśmy „Pana Tadeusza”. Jest to egzemplarz wprost unikalny, gdyż książka była w sprzedaży tylko w Niemczech Zach. Jest mi również b. bliski. Proszę zauważyć, że czcionki polskich liter: ć, ś, ń, ó, ą, ę, ż, ź są nieco inne, mniejsze w oczku i nierówne w linii wiersza. Sami je dorabialiśmy. Później wydaliśmy jeszcze kilka książek, ale o mniejszej wartości w literaturze polskiej. Ozdobą mego księgozbioru jest 62-tomowa seria dzieł Sienkiewicza pod red. prof. Krzyżanowskiego. A jeśli Pana interesuje, co obecnie czytam — to powiem: po raz nie wiem który „Potop” H. Sienkiewicza. No, i chętnie także czytam niemal „od deski do deski” Medycynę — Dydaktykę — Wychowanie; uważam ten kwartalnik za ciekawy i potrzebny.

— *Tą interesującą rozmową z Panem Profesorem rozpoczynamy w naszym czasopiśmie pamiętnikarski cykl artykułów o ludziach (lekarzach) niezwykłych. Zobowiązani dydaktyczno-wychowawczym profilem „M—D—W” pragniemy przedstawić naszym Czytelnikom lekarzy zasłużonych nie tylko dla medycyny ale i dla Polski.*



Rektor AM prof. dr hab. J. Szczerbań i dziekan I Wydziału Lekarskiego prof. dr hab. B. Szczygieł wręczają dyplomy nowo kreowanym lekarzom podczas uroczystości 19 stycznia 1981 r.

SYLWETKI NASZYCH UCZONYCH

dr n. med. *Miron Pacioriewicz*
Zakład Historii Medycyny AM w Warszawie

PROFESOR JAN SZMURŁO



Profesor JAN SZMURŁO wybitny naukowiec i społecznik jest dziś mało znany, chociaż Jego zasługi dla medycyny są wielkie. Żył on i działał na przełomie XIX i XX wieku. Pozostawił po sobie dobre imię jako lekarz i człowiek. Pracował i działał głównie w czterech miastach: Warszawie, Wilnie, Ciechocinku i Łodzi. Wszędzie pozostawiając istotny wkład w dziedzinie medycyny. Był tytanem pracy, lekarzem z powołania, społecznikiem w najlepszym tego słowa znaczeniu. Tak się o nim wyrażał prof. Władysław Sz en a j c h w liście napisanym do niego z okazji 80-lecia urodzin „Wa-

sze życie — to bogactwo twórczej pracy, bogactwo miłości i życzliwości dla człowieka”.

Urodził się 5.VI.1867 r. w osadzie Miedznie k. Węgrowa, jako syn piasarza gminnego Juliana i Marianny z Z a w a d z k i c h. Uczył się dobrze, z przerwą z powodu trudnych warunków, utrzymując się z korepetycji. Niezwykłe umiejętności nauczania innych pozwoliły mu na własne utrzymanie się już od czwartej klasy. Będąc jeszcze uczniem należał do Tajnego Kółka Samokształcenia. W 1877 r. rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim UW. Na I roku studiów zapisał się do tajnej organizacji radykalno-rewolucyjnej. Na II roku był jednym z założycieli Bratniej Pomocy Studenckiej, był jej prezesem w 1890 r. Stworzył kilka kółek robotniczych, współpracował z Kołem Oświaty Wiejskiej.

Na ostatnich latach pełnił już funkcję asystenta w Zakładzie Farmakologii. W latach 1892 — 94 pracował w szpitalu Św. Ducha w Warszawie jako asystent na oddziale dróg oddechowych, gdzie specjalizował się w zakresie małej laryngologii. Późniejsze swoje sukcesy naukowe w zakresie laryngologii zawdzięczać mógł przede wszystkim dr. Alfredowi Sokołowskiemu wybitnemu interniście fizjologowi i laryngologowi, który ukierunkował jego pracę.

Wszyscy uczniowie dra Sokołowskiego — jak pisał Szmurło — zostali dobrymi laryngologami, co prawda w węższym zakresie bo bez otiatrii, i dobrymi fizjologami. Wszyscy oni szczytli przejętą od Sokołowskiego zasadę uleczalności suchot płucnych. Sokołowski, twórca największej szkoły laryngologicznej w Polsce, uważał, że Szmurło należał do wyjątków, poświęcił się otolaryngologii i to w jej szerokim zakresie.

W 1894 r. dr Jan Szmurło został uwięziony za nielegalną pracę polityczną. Początkowo siedział w Warszawskiej Cytadeli do 9.IV.1897 r., skąd po 2-letnim pobycie zesłany został do północno-wschodnich powiatów guberni Wołogodzkiej. Jako więzień ożenił się z panną Michalowską i razem z nią pojechał na zesłanie. Miejscem zesłania okazał się Solwyczegodzk. Była tam liczna kolonia zesłańców politycznych Polaków i Rosjan. Tu zamieszkał i działał. Zły stan zdrowia żony ułatwił mu przeniesienie do Samary. Był jednym z tych, który prowadził na terenie Samary, rozszerzając na terenie całej Rosji wielkie operacje uszne, gardlane i nosowe. Z czasem został ordynatorem oddziału chorób uszu, gardła i nosa w szpitalu w Samarze, biorąc czynny udział w posiedzeniach naukowych. Pod koniec pobytu w Rosji pozwolono mu doksztalcać się za granicą.

W czasie wojny japońsko-rosyjskiej został wysłany w maju 1904 r. jako młodszy ordynator razem ze szpitalem zorganizowanym przez samarski oddział Czerwonego Krzyża do prowincji Ussurowskiej w Mandzurii. Za udział w tej wojnie odznaczony. Z Mandzurii wrócił do Samary w sierpniu 1905 r. Jego dorobek naukowy z tego okresu obejmował kilkanaście prac przeważnie z zakresu laryngologii. Jak wynika z akt personalnych był zatrudniony w Rosji od 22.VII.1901 do 13.XII.1911. Dekretem z 13.IV.1909 r. mianowany został tytularnym radcą a 21.XI. tegoż roku królewskim asesorem. W 1908 r. umiera jego żona, wierna towarzyska na wygnaniu. Aktem urzędowym z dnia 21.III.1911 r. otrzymał tytuł radcy dworu. W 1911 r. powrócił do kraju razem z dziećmi. Początkowo pracował w szpitalu św. Ducha w Warszawie. W trzy lata później był wykładowcą na kursach sanitarnych. Po zajęciu Warszawy przez Niemców na polecenie Komitetu Obywatelskiego organizował opiekę sanitarno-lekarską w szkołach miejskich. Od listopada 1915 r. pełnił funkcję naczelnego lekarza Sekcji Higieny Szkolnej do 1923 r. Organizował kolonie i półkolonie dla dzieci szkol-

nych, urządził szereg przychodni szkolnych. Zajmował się leczeniem wad wymowy u dzieci, zwalczaniem gruźlicy. Współpracował z Macie rzą Szkolną. W 1916 r. wstąpił ponownie w związek małżeński z artystką Marią M i c h a l c z e w s k ą. Od 1921 r. brał udział w pracach Towarzystwa Otolaryngologicznego; był współautorem statutu. W latach 1925 i 1938 pełnił funkcję prezesa. Zajmował się organizacją zjazdów, brał udział w pracach kolegium redakcyjnego Pol. Przeglądu Otolaryngologicznego. Pracował w komitetach utworzonych do walki z twardzielą i ozeną. Był członkiem Collegium Otolaryngologicum.

Dr. J. S z m u r ł o został powołany na katedrę U. S. B. w Wilnie w 1923 r. — jako kierownik nowo tworzonej tam katedry laryngologii otrzymując tytuł profesora. Początkowo wykładał w wypożyczonych salach do czasu organizacji własnej kliniki. Gdy J. Szmurło — jak pisał Adam W r z o s e k, obejmował katedrę otolaryngologii w Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie, przedmiot ten uważany był w programie studiów na naszych wydziałach lekarskich za drugorzędny i nie był egzaminacyjnym. Jan Szmurło walczył niestrudzenie o to, aby stała się ona nie podrzędnym przedmiotem nauczania na Wydziale Lekarskim, lecz obowiązującym i egzaminacyjnym. Profesor J. Szmurło rozpoczął wykłady w trudnych warunkach. W początkach 1925 r. komenda wojskowego szpitala przekazała do dyspozycji kliniki pawilon, opróżniony po przebywających tam chorych umysłowo, ale dopiero po adaptacji budynku w czerwcu 1926 r. nastąpiło otwarcie kliniki. Za salą wykładową znajdowało się muzeum.

Przez 10 lat kierował prof. S z m u r ł o katedrą i kliniką. Należy podkreślić wielki talent i zamiłowanie do pracy dydaktycznej, którą nie tylko realizował, ale w publikacjach, odczytach i wykładach szeroko propagował. W wyniku jego starań, nauczanie tego przedmiotu zostało przez władze uniwersyteckie uznane za obowiązkowe. Szkoląc młodzież kładł nacisk nie tylko na specjalizację ale również na teoretyczne oraz praktyczne opanowanie przedmiotu w zakresie potrzebnym w codziennej pracy. Wprowadził dobrze opracowane ćwiczenia praktyczne dla studentów, oddzielny egzamin z teorii i praktyki otolaryngologicznej, oddzielnie z każdego działu: uszu, nosa, gardła, krtani oraz obowiązkowe zajęcia dla studentów. Do nauczania zorganizował muzeum zaopatrzone w fantomy, preparaty anatomo-patologiczne, zbiory fotograficzne, rysunki, tablice ilustrujące różne działy tej dyscypliny. Toteż student opuszczając klinikę był dobrze przygotowany praktycznie do pełnienia zawodu. Przystępność profesora oraz cała jego chęć do udzielania swoim uczniom i asystentom wszelkich rad i pomocy spełniały ważną rolę w osiągnięciu wysokich wyników nauczania oraz uczyniły naukę dostępniejszą i przyjemniejszą. Profesor sam brał udział w nauczaniu praktycznym studentów również prowadził ćwiczenia w ambulatorium. Absolwenci USB podejmowali pracę w otolaryn-

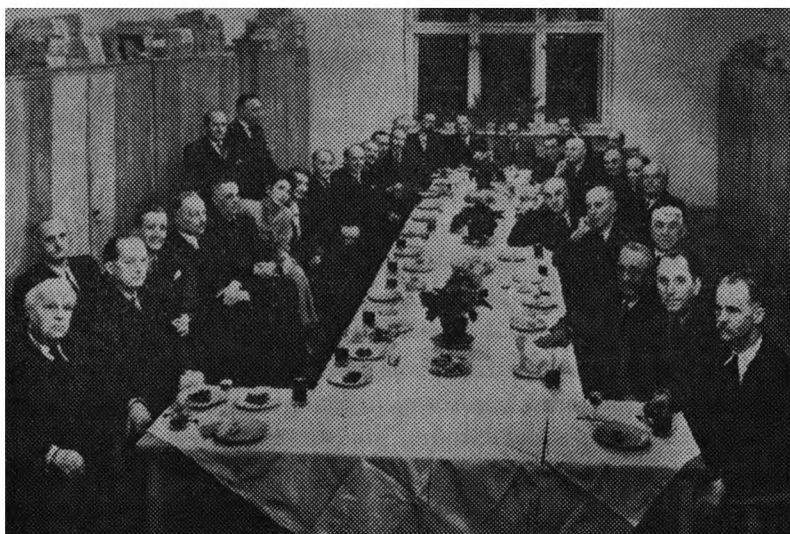
gologii dość często z przyjemnością, wykazując przy tym dobrą technikę operacyjną.

Klinika, jako pierwsza zorganizowała wykłady z zakresu wad wymowy dla studentów i lekarzy, tworząc nowy dział otolaryngologii „Choroby mowy i głosu”. Jednocześnie podjęto leczenie wad wymowy uczniów szkół podstawowych i średnich. Przy klinice utworzono pierwszą w Polsce poradnię fonologiczną osiągając dobre wyniki. Drugą miejską poradnię tego typu zorganizował uczeń i asystent prof. Szmurły ówczesny docent Benedykt Dylewski. Dwóch asystentów habilitowało się. Byli to Tadeusz Wąsowski i Czesław Czarnowski (z-ca prof. w Wilnie przed drugą wojną światową).

Jedną z największych prac profesora był kilkutomowy podręcznik całej otolaryngologii, obejmujący wszystkie jej działy, z których każdy mógł stanowić oddzielną całość. Wyrazem osiągnięć i uznania dla Kliniki było zaproszenie profesora jako jednego z głównych referentów na Zjazd Wszechślowiański w czerwcu 1926 r. poświęcony twardzieli. Na wniosek Towarzystwa Otolaryngologicznego rząd Polski uznał twardziel za chorobę zakaźną. Pracowano również w klinice nad ozeną. W 1926 r. został Profesor poproszony w sezonie letnim przez Wydział Zdrowia na stanowisko kierownika Oddziału Wziewalniczego, gdzie pracował przez 14 lat. Od 1931 r. zostało utworzone pod Jego kierownictwem emanatorium radowe. Jego obserwacje chorych z nieżytywym zanikiem krtani z niewielką wydzieliną wykazały, że przebywanie pod tężniami w Ciechocinku stanowi leczenie z wyboru tego schorzenia. Zaobserwował też, że nasycone ozonem, parą wodną z kryształkami soli kuchennej powietrze ciechocińskie pobudza śluzówkę do obfitego wydzielania. Był w Ciechocinku współorganizatorem kursów wakacyjnych. W zakresie osiągnięć z balneologii 19 sierpnia 1938 r. przekazał tę placówkę prof. Antoniemu Dobrzańskiemu, kierownikowi Kliniki Warszawskiej AM.

Trzecie poprawione wydanie podręcznika laryngologii nie zostało wydane, jest w rękopisie. Ogrom prac naukowych stał się możliwy dzięki jego pracowitości i umiejętności organizacji pracy. Wiele cennych myśli jest zawarte w skrypcie „Propedeutyka Lekarska” jest to bogate źródło wiedzy, z którego czerpiemy do dziś szereg wniosków co do postępowania w życiu zawodowym. Profesor chętnie lubił opowiadać o swoich wrażeniach za granicą i spostrzeżeniach wizytowanych tam klinik. Jego ulubionym tematem był opis nieba w Ciechocinku obserwowany przez lunetę często w towarzystwie swego ulubieńca, nacz. lekarza sanatorium WP, kpt. dra Cypriana Sadowskiego.

Na jego ostatnie lata życia w Wilnie przypada śmierć drugiej żony w 1934 r. Z małżeństwa tego miał córkę Marię, która była jego podopieczną i opiekunką. Wyrazem jego troski o dzieci było wykształcenie dzieci z pierwszego małżeństwa (Jana, Piotra, Zofii i Wandy) a także



**Pamiętkowa fotografia z przyjęcia z okazji 80-rocznicy urodzin
Profesora Archiwum M. Szmurło-Tarnowskiej.**

drugiego małżeństwa Marii. W dwa lata później profesor otrzymał emeryturę, ale w związku ze śmiercią jego następcy Ministerstwo ponownie zleca mu prowadzenie wykładów z otolaryngologii oraz funkcję p.o. kierownika kliniki. W 1937 r. nadano mu godność profesora honoris causa Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

Po przejściu na emeryturę Profesor przeniósł się do Warszawy gdzie nadal prowadził działalność lekarską, społeczną i naukową. W 1938 r. zajmował się pracą badawczą w Zakładzie Histologii Uniwersytetu Warszawskiego. W czasie prac badawczych stosował metodę docenta Piotra Słonimskiego. Barwił według tej metody naczynia krwionośne w nabłonku znajdującym się w kryptach migdałków podniebieniowych na oddzielnych i seryjnych skrawkach. Opublikował też szereg prac. W 1939 r. zgłosił się jako ochotnik do Szpitala Ujazdowskiego. W czasie oblężenia Warszawy leczył chorych i rannych wykazując nieprzeciętną odwagę. Towarzyszyła mu córka Maria. W czasie okupacji konsultował i operował rannych żołnierzy. Był też konsultantem w szpitalu Skarbowców. Od 1940 r. pracował w RGO. Był wykładowcą w tajnym Uniwersytecie Poznańskim. Brał udział również w posiedzeniach laryngologów. W czasie powstania opiekował się terenem ulicy Szopena i Piusa, ponadto pracował w szpitalach wojskowych w śródmieściu i Sióstr Urszulanek przy ul. Mokotowskiej 55. Po kapitulacji został wywieziony przez władze niemieckie wraz z chorymi ze szpitala przy ulicy Szopena do Piastowa.

Po wojnie, w 78 roku życia, po 43 latach pracy naukowej zgłosił się do władz uniwersyteckich w Łodzi. Zlecono mu prowadzenie wykładów

z historii medycyny i propedeutyki lekarskiej razem z ćwiczeniami z pielęgniarstwa i nauki o pomocy w nagłych przypadkach. Wykłady z historii medycyny rozpoczął profesor w październiku 1945 r. „Pierwszy wykład poświęciłem — pisze profesor — medycynie ludów pierwotnych i medycynie ludowej, opierając się na pracach Szumowskiego, Biegeleina oraz niektórych pracach Diepgena i innych autorów”. Dzięki staraniom profesora biblioteka jego zakładu miała pod koniec 1949 r. ok. 1200 woluminów. W 1951 r. został mianowany dyrektorem biblioteki Wydziału Lekarskiego AM w Łodzi. Z organizacją tej placówki miał trudności. Zwrócił się do prof. K o n o p k i.

Prof. Szmurło — jak pisze prof. Benedykt Dylewski — jest autorem przeszło 150 prac naukowych, ze wszystkich prawie dziedzin wiedzy lekarskiej . . . władającym siedmioma językami, uważał że każdy lekarz najwyższej nawet specjalności tylko wówczas może być na wysokości zadania w swej specjalności, gdy dobrze opanuje także i inne gałęzie medycyny. Stąd też taka różnorodność zagadnień poruszanych w jego pracach. Jako pedagog pisał dużo o sposobach i formach nauczania medycyny.

Jedną z największych jego prac był kilkutomowy podręcznik całej otolaryngologii. Podręcznik ten cieszył się ogromnym powodzeniem. Dwa wydania tej książki zostały szybko wyczerpane. Jako jeden z pierwszych zapoczątkował badanie ognisk twardzieli i prace nad niedorozwojem małżowiny usznej. Opisał także budowę małżowiny usznej. Wszystkie prace doktorskie w Łodzi były przez niego opiniowane. Warto zapoznać się z pracą z 1948 r. pt. „Najważniejsze zadania historii medycyny w chwili obecnej”. J. Szmurło wygłaszał wówczas takie poglądy: „Po drugiej wojnie światowej po przeprowadzeniu wielkich reform społecznych — istnieje konieczność pogłębienia i rozszerzenia studiów historycznych w kierunku medycyny społecznej, wysuwającej się obecnie na plan pierwszy oraz w kierunku badania nowej i najnowszej historii medycyny, nie zaniedbując wszakże badań okresu późnego średniowiecza”. Podkreśla konieczność rozszerzenia biblioteki zakładowej oraz odpowiedniego zaopatrzenia. Wobec ogromnego materiału z historii medycyny i braku czasu na wyłożenie, zalicza go do najważniejszych wydarzeń, kierunków poszczególnych epok. W braku podręczników z historii, trzeba dążyć do wydania skryptów i ich wymiany z uwzględnieniem własnych osiągnięć. Za konieczne uważa napisanie wspólnej zbiorowej biografii wielkich polskich lekarzy. Ukoronowaniem Jego działalności jest wydanie skryptu z historii medycyny (częściowo w rękopisie).

Reasumując należy podkreślić, że prof. S z m u r ł o reprezentuje typ lekarza społecznika. Myśli Jego deontologiczne stanowią drogowskaz w pracy każdego lekarza. Są dziś niejednokrotnie cenne i warte przypomnienia.

Prof. J. S z m u r ł o rozpoczął swą działalność lekarsko-społeczną w ostatnich latach XIX w., gdy zaczynały przeżywać się dawne zasady deontologiczne. Jego dawne poglądy też uległy zmianom. Długoletnia praca pedagogiczna przyczyniła się do tworzenia własnego wzorca lekarza przystosowanego do nowej roli w służbie społecznej. Powstał nowy typ lekarza — lekarza społecznika, realizującego dwie zasady postępowania: dawną zasadę „Salus aegroti lex esto”. Pisał dużo na ten temat, spotykając się z uznaniem społeczeństwa.

„Medycyna to nauka i sztuka — związana miłością do człowieka — głosił J. Szmurło — powtarzając za Hipokratesem — zaiste medycyna jest ze wszystkich sztuk najszlachetniejsza. A jednak wskutek niewiedzy tych, co ją uprawiają i tych, co nierozważnie o niej sądzą od dawna za gorszą była uważana”. „Lekarzami z powołania są tylko ci, którzy pielęgnują w sobie święty ogień umiłowania zawodu”. Była to dewiza jego działalności.

W wypowiedziach Jego przewijała się wielka troska o godność „stanu lekarskiego” o zachowanie wśród lekarzy stosunków opartych na uczuciu sympatii, przyjaźni, braterstwa, unikania sporów i zadrążeń.

Pogląd prof. S z m u r ł y na sprawę nauczania młodzieży zasad etyki jest zawarty w referacie „Przygotowanie filozoficzne niewątpliwie jest potrzebne każdemu lekarzowi”, który wygłosił z okazji inauguracji roku akad. 1948/49.

W rok po II wojnie J. S z m u r ł o tak mówił na Zjeździe Otolaryngologów Polskich... „Wchodzimy w okres wymarzony i tak przez miliony pożądaną równość... musimy się do tych nowych warunków przystosować... A więc do pracy drodzy koledzy na chwałę Polski i na pożytek ludzkości”. Twierdził, że po przeprowadzeniu wielkich reform społecznych istnieje konieczność pogłębienia i rozszerzenia studiów historycznych w kierunku medycyny społecznej wysuwającej się na plan pierwszy oraz w kierunku badania nowej, najnowszej historii medycyny nie zaniedbując wszakże badań późnego okresu średniowiecza.

Dziekan prof. S t. B a g i ń s k i mówił nad jego trumną m. in. *„Była to piękna, świetlana postać. Wszyscy, którzy się z Nim stykali, byli olśnieni Jego prawością, społecznym podejściem nawet do młodszych kolegów. Nie ma takiej dziedziny nauk lekarskich, która mu była obcą. Był inicjatorem badań luźno nawet bardzo powiązanych z otolaryngologią. Gromadził materiał muzealny dotyczący przeszłości, przede wszystkim medycyny polskiej. Cechowało go czytanie, trafne wnioskowanie, znajomość prądów naukowych, szczere oddanie młodzieży”.*

Niemale miał też zasługi dla profilaktyki i higieny socjalnej. On to nie czekając na oficjalne przeprowadzenie reformy studiów medycz-

nych, wprowadził wykłady medycyny społecznej, zapobiegawczej oraz etyki lekarskiej. Niejednokrotnie podkreślał, że lekarz nie powinien ograniczać się tylko do swoich specjalności. Powinien działać wszechstronnie. Zwalczał nadmierne bogacenie się. Bez pierwiastka filantropijnego — twierdził, medycyna byłaby najpospolitszym a może wstępnym rzemiosłem. Z upodobaniem cytował aforyzmy i myśli Biegańskiego. Dzięki wprowadzeniu nauki filozofii — pisał J. Szmurło — horyzont myślenia lekarza rozszerza się. Powstają nowe myśli lekarzy.

Zmarł 1. V. 1950 r. w Łodzi, pracując do ostatniego momentu życia.

BIBLIOGRAFIA

- Archiwum rodzinne córki dr n. przyr. Marii Szmurło-Tarnowskiej.
 Prof. J. Szmurło — *Pionierzy Polskiej Laryngologii* — pamiętnik XXI Zjazdu Otolaryng. Pol. Poznań 22—24 X. 1950 r. pod red. A. Dobrzańskiego
 Adam Wrzosek — *Życiorys prof. J. Szmurły* — arch. prof. St. Konopki
 Zaświadczenie z akt (o pracach w Rosji — tłumaczenie)
 Autobiografia prof. J. Szmurły, 1943 r.
 J. Szmurło: *10-lecie pracy Kliniki Otolaryng. USB*. 1933 r.
 B. Dylewski. *Prof. dr med. J. Szmurło „Otolaryng. Polska”* 1954 r. VIII nr. 1
 J. Szmurło — *Choroby krtani i tchawicy*. 1931 r.
 J. Szmurło — *Historia medycyny* (wykład w rękopisie)
 B. Dylewski — *Prof. dr med. J. Szmurło*. *Polski Tyg. Lekarski* 1947 r.
 St. Bagiński — *Przemówienie nad trumną* — rękopis
 J. Szmurło — *Powstanie katedry historii medycyny na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Łódzkiego „Arch. Hist. i Filoz. Medycyn. oraz Historii Nauk Przyrodniczych, Poznań 1939—1947 r.*
 B. Dylewski: *Prof. dr med. J. Szmurło i jego działalność pedagogiczna i naukowa*. 1948 r. nr 1 *Lek. Inst. Nauk Wyd.*
 J. Szmurło: „*Przygotowanie filozoficzne niewątpliwie jest potrzebne każdemu lekarzowi* — referat 1948 r.
 J. Szmurło: *Początek Nowego Akademickiego Roku „Eskulap”* 1948 r. nr 9 Łódź.
 J. Szmurło: „*Kilka myśli jak żyć i pracować w nowych warunkach*” przemówienie w marcu 1946 r.

mgr Halina Dusińska

Biblioteka Główna AM w Warszawie

KAROL MITKIEWICZ — LEKARZ SPOŁECZNIK

W II połowie XIX w. z higieny społecznej — nauki zajmującej się stanem zdrowia społeczeństwa, przyczynami zachorowalności i śmiertelności oraz sposobami walki z nimi, wydzielila się jako jedna z jej gałęzi — higiena szkolna. Zadania jej tak definiował E. Modrzejewski: „... ma (ona) na celu ochronę zdrowia młodzieży, tj. zapobieganie rozwijaniu się chorób, nieprawidłowych zboczeń organizmu dziecięcego, przez odpowiednie urządzenie żłobków, ochron, pensjonatów, przez odpowiednie z higieną nauczanie, jednym słowem przez odpowiedni z zasadami nauki rozwój fizyczny i umysłowy organizmu dziecięcego“.

Tragiczna sytuacja ekonomiczna rozdartej Polski, rusyfikacja, germanizacja — to czynniki, które spowodowały karygodną sytuację zdrowotną w placówkach oświatowych w końcu XIX i początkach XX stulecia. Badania prowadzone przez lekarzy społeczników tego okresu m.in. J. Pełczyńskiego, St. Kopczyńskiego, L. Wernica i J. Tchórznickiego, publikowane w czasopismach medycznych stwierdzały poważne zaniedbania w urządzeniach sanitarnych lokali szkolnych. Widzieli oni — jak stwierdza T. Gonet — „ściśły związek między niehigienicznymi pomieszczeniami lekcyjnymi a złym stanem zdrowia uczącej się młodzieży. Szerzenie się chorób zakaźnych wiązało z panującym w lokalach szkolnych brudem oraz brakiem odpowiednich ubikacji i zdrowej wody do picia; choroby płuc i narządów oddechowych z wadliwą wentylacją; wady wzroku z niedostatecznym oświetleniem; skrzywienia kręgosłupa z nie przystosowanymi do wzrostu dzieci ławkami. Krytyce poddawano również program nauczania, zwracano uwagę na zaniedbywanie przez szkołę gimnastyki.

Odradzającemu się po 1905 r. narodowemu szkolnictwu stawiano postulaty i zasady opracowane przez Komisję Edukacji Narodowej, której wskazaniom wierni lekarze na czele ze Stanisławem Kopczyńskim (1873—1933), twórcą i pionierem medycyny szkolnej w Polsce, stali na stanowisku umysłowego, fizycznego i moralnego roz-

woju dzieci i młodzieży. St. Kopczyński — naczelnik w Wydziale Higieny Szkolnej i Wychowania Fizycznego przy Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego — ufundował nagrodę im. Grzegorza Piramowicza, pierwszego polskiego higienisty szkolnego, przekazując sumę 10 tys. rubli Warszawskiemu Towarzystwu Lekarskiemu, jako wieczysty fundusz na cele popierania higieny szkolnej. Nagrodę konkursową przyznawał specjalny komitet: 1. autorowi najlepszej oryginalnej pracy ogłoszonej drukiem odrębnie bądź w czasopiśmie na terytorium kraju lub złożonej w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim w rękopisie z dziedziny higieny szkolnej; 2. lekarzowi szkolnemu, który wg opinii władz zwierzchnich najbardziej owocnie i wydajnie pod względem higieniczno-lekarskim pracował w szkole w roku konkursowym; 3. lekarzowi szkolnemu jako zapomoga na wyjazd na kongres międzynarodowy higieniczno-szkolny pod warunkiem szczegółowego zdania sprawy z wyników kongresu.

Laureatem wielkiej nagrody im. G. Piramowicza został m. in. dr Karol Mitkiewicz — lekarz społecznik, współtwórca higieny szkolnej w Polsce, której poświęcił bez mała całe życie. Urodził się w Warszawie 1882 r. Tutaj ukończył w 1904 r. Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego i podjął pierwszą pracę w Szpitalu Ewangelickim. Następnie w latach 1905—06 pracował w szpitalach w Dywlinie, Sielcu i Białowieży. Jak czytamy w jego pamiętniku „Spojrzenia wstecz” wydanym przez „Czytelnika” w 1970r., higieną szkolną zaraził go St. Kopczyński w 1907 r. powierzając stanowisko lekarza higienisty w warszawskiej szkole pod patronatem Polskiej Macierzy Szkolnej. Po dwunastu latach, w ciągu których pracował na Grodzieńszczyźnie i Polesiu, Warszawie i Żyrardowie, podczas 1. wojny światowej przemierzał szlak bojowy jako lekarz w armii rosyjskiej, po wojnie wrócił za namową St. Kopczyńskiego do pracy w szkolnictwie. Przyjął pracę lekarza szkolnego w Seminarium Nauczycielskim w Siennicy.

Dr Karol Mitkiewicz był jednym z założycieli powołanego do życia w 1920 r. „Wychowania Fizycznego” — periodyku poświęconego higienie szkolnej i wychowaniu fizycznemu, który miał na celu „rozszerzanie i pogłębianie wiedzy teoretycznej jak i praktycznego wyszkolenia lekarzy, nauczycieli, kierowników organizacji ćwiczebnych wszelkiego rodzaju i w ogóle ludzi zajmujących się mniej lub więcej higieną szkolną i wychowaniem fizycznym”. Czasopismo było organem Rady Wychowania Fizycznego i Kultury Cieleśnej, Polskiego Tow. Gmin. Sokół, Warsz. Tow. Wiośl., Sekcji Wychowania Fizycznego Towarzystwa Nauczycieli Szkół Wyższych, a jego redaktorem naczelnym został prof. Eugeniusz Piascki (1872—1947), pionier sportu pojętego racjonalnie, który w 1909 r. habilitował się z higieny szkolnej. W skład komitetu redakcyjnego wchodził m. in. St. Kopczyński.

W następnym roku dr Mitkiewicz objął tymczasowo stanowisko wizytatora higieny i wychowania fizycznego w kuratorium poznańskim, a zastaną sytuację opisał w 1922 r. w „Sprawozdaniu z działalności referatu higieny i wychowania fizycznego przy kuratorium Okręgu Szkolnego Poznańskiego” zamieszczonym w miesięczniku „Wychowanie Fizyczne”. Zakończył sprawozdanie następującymi wnioskami: 1. „wprowadzenie opieki higieniczno-lekarskiej do wszystkich szkół średnich, zawodowych, seminariów nauczycielskich a także szkół powszechnych i wydziałowych; 2. obsadzenie stanowisk kierowników wychowania fizycznego we wszystkich szkołach osobami, które ukończyły jeden z państwowych kursów wychowania fizycznego”. Do wniosków dołączył ponadto szereg postulatów, w których zwracał m.in. uwagę na konieczność zdobycia etatu lekarza szkolnego w każdej szkole, urządzenie gabinetów lekarskich z wagą, wprowadzenie stanowisk dentystów i higienistek szkolnych, uwzględnienie w budżecie etatu pomocnika referenta do spraw wychowania fizycznego, który mógłby być instruktorem wf dla szkół w całym okręgu, sprawą nie podlegającą kwestii było też wg K. Mitkiewicza wprowadzenie regulaminu dla referenta higieny i wychowania fizycznego w kuratorium.

W 1924 r. powierzono dr K. Mitkiewiczowi stanowisko wizytatora higieny i wychowania fizycznego w Kuratorium Okręgu Szkolnego Warszawskiego. „Praca w kuratorium — pisał Adam Kalinowski — absorbowiała go bez reszty. Istniały trudności z zatrudnieniem w szkołach pełnowartościowych lekarzy i nauczycieli wychowania fizycznego. Jednak niespełna kilka lat od rozpoczęcia pracy przez Mitkiewicza w kuratorium, niemal wszystkie szkoły średnie miały już gabinety lekarskie i dentystyczne. Duży był jego wkład pracy w utworzenie międzyszkolnego parku sportowego na terenie Agrykoli, przekazanego w 1925 r. przez Kancelarię Cywilną Prezydenta władzom szkolnym. Przyczynił się do wybudowania i uruchomienia wielkiej, funkcjonalnej, międzyszkolnej przystani wioślarskiej nad Wisłą, niestety, całkowicie zniszczonej przez hitlerowców. Trzeba podkreślić, że z wymienionych międzyszkolnych obiektów sportowych w ciągu dnia w sezonie korzystało kilka tysięcy uczniów”. Pracując na stanowisku wizytatora angażował się osobiście przez organizowanie wakacyjnego dokształcania ludzi zajmujących się higieną szkolną, współdziałał w przeprowadzaniu badań dotyczących sprawności i rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży szkolnej na terenie całej Rzeczypospolitej. Brał udział w tzw. czwartkach po piętnastym — posiedzeniach lekarzy szkolnych w MWRiOP, którym przewodniczył od 1933 r. Po śmierci dr. Kopyńskiego zaproponowano dr Mitkiewiczowi stanowisko naczelnego wizytatora higieny szkolnej, które zgodził się pełnić jedynie w zastępstwie. Zastępstwo trwało 3 lata. W tym czasie wygłaszał referaty, organizował kursy, pisał rozdziały do książek z medycyny szkolnej, pisał

artykuły, był autorem zarządzeń i opracowań programowych w zakresie higieny szkolnej. Na uwagę zasługuje m. in. referat wygłoszony w 1925 r. na XII Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich pt. „Lekarz szkolny jako wychowawca fizyczny”, w którym omawiał działalność lekarza higienisty szkolnego, czy art. pt. „Warunki higieniczno-szkolne w mniejszych miastach”. W 1933 r. ukazał się pod redakcją St. Kopczyńskiego podręcznik „Higiena szkolna”, którego współautorem był K. Mitkiewicz. W dwa lata później pojawił się jego podręcznik pt. „Nauka o zdrowiu”, któremu bardzo pochlebłą ocenę wydał prof. J. Bogdanowicz. Przedrukowany w 1943 r. przez Komitet Związków Młodzieży Chrześcijańskiej YMCA w Genewie podręcznik służył internowanym w Szwajcarii jeńcom polskim.

W okresie 2. wojny światowej był dr K. Mitkiewicz starszym ordynatorem oddziału chirurgicznego w szpitalu wojennym w Modlinie, następnie jako lekarz gminny leczył w Siennicy, brał udział w Powstaniu Warszawskim, prowadząc punkt sanitarny. Po wojnie znów pracował w Siennicy, by w 1947 r. wrócić do Warszawy na stanowisko kuratora. W Ministerstwie Oświaty pracował do chwili przejścia na emeryturę w 1961 r., mając 79 lat. Nie oznaczało to jednak przerwania pracy. W 1964 r. ukazał się poradnik pt. „Opieka pedagogiczno-lekarska nad wychowaniem fizycznym w szkole” napisany wspólnie z M. Kulikiem dla nauczycieli wychowania fizycznego i lekarzy szkolnych. W tym też roku wydrukowano po raz czwarty „Higienę szkolną” (I wyd. 1957) autorstwa dr K. Mitkiewicza (podręcznik ten ukazał się w nakładzie ponad 65 tys. egz.), a w 1970 r. wydał swój pamiętnik, który wzbogaca wiadomości z historii polskiej medycyny i higieny szkolnej od początku naszego stulecia.

Dr Karol Mitkiewicz zmarł w 1972 r. W zawodzie lekarza pracował 57 lat, a w szkolnictwie 43 lata. Swoje długie życie poświęcił sprawom wielkiej wagi, do rozwiązania których dążył z konsekwentnym uporem. Jego doniosłe zasługi w organizowaniu higieny szkolnej i wychowania zdrowotnego dzieci i młodzieży oceniono przez przyznanie mu Krzyża Kawalerskiego Orderu Odrodzenia Polski, Honorowej Odznaki Związku Nauczycielstwa Polskiego, oraz specjalnej renty, przewidzianej dla osób szczególnie zasłużonych.

Przypominając sylwetkę zasłużonego lekarza społecznika drukujemy fragment jego pamiętnika:

„W lipcu 1926 r. zorganizowany został przez Ministerstwo WRiOP, wspólnie z dyrekcją Państwowej Szkoły Higieny w Warszawie, I wakacyjny kurs przeszkolenia higienicznego nauczycieli szkół powszechnych na wsi i w małych osiedlach. Zadaniem szkoły, która świeżo powstała z funduszu Rockefellera w nowym pięknym gmachu Państwowego Zakładu Higieny przy ul. Chocimskiej 24, było rozpowszechnianie zasad higieny wśród najrozmaitszych grup społecznych. Dyrektorem szkoły był minister zdrowia, dr Witold Chodźko, wykładowcami — pracownicy różnych działów szkoły i zakładu: dr Ludwik Hirszfelfd, Marcin

Kacprzak, Józef Lubczyński, Brunon Nowakowski, Aleksander Szczygieł i inni. Dr Kopczyński, który latem spędzał urlop w Wiśle, zalecił mi reprezentowanie ministerstwa w czasie otwarcia kursu oraz wygłoszenie cyklu wykładów na temat „Wychowanie higieniczne w szkole”.

Kandydatów ze wszystkich kuratoriów na kurs zgłosiło się sporo — frekwencja i zainteresowanie słuchaczy było bardzo duże. Jako uwagi dotyczące kursu i dezyderaty prawie wszyscy słuchacze poddawali rozszerzenie niektórych działów, przedłużenie trwania kursów co najmniej do 28 dni (I kurs był 14-dniowy), zwiększenie liczby słuchaczy. Prelegenci zaś podkreślali poważny stosunek słuchaczy do wykładów, uważając kurs za najprzyjemniejszy z tych, które odbywają się w szkole. Toteż następne kursy, corocznie w ciągu trzynastu lat, odbywały się już po 28 dni, w niektórych latach dwukrotnie w lipcu i sierpniu, przy czym liczba słuchaczy zawsze przekraczała setkę, czasem dochodziła do 150, a nieraz i do 200. Ogólna liczba słuchaczy tych kursów od 1926 do 1939 r. (włącznie), według pobieżnych i dość skromnych obliczeń, przekroczyła 2000. W porównaniu z ogólną liczbą nauczycieli szkół powszechnych w Polsce była ona niewielka, ale przecież kursy te nie dawały słuchaczom żadnych uprawnień, skracają o połowę ich odpoczynek wakacyjny, należy więc uznać je za duże osiągnięcie w zakresie rozpowszechniania zasad higieny”.

BIBLIOGRAFIA

- E. Modrzejewski: *W kwestii higieny szkolnej*. Zdrowie 1887 nr 16 s. 15.
 T. Gonet: *Teoretyczny i praktyczny wkład lekarzy w dzieło unowocześnienia szkolnictwa w Królestwie Kongresowym na przełomie XIX i XX wieku*. Zdrowie Publiczne 1973 nr 7 s. 1094.
 Wychowanie Fizyczne 1922 z. 10—12 s. 124—136.
 A. Kalinowski: *Karol Mitkiewicz współtwórca higieny szkolnej*. Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna 1972 R. 20 nr 8 s. 23.
 Wychowanie Fizyczne 1926 R. 7 z. 1. Tamże, 1933 R. 14 z. 10.



Z KART HISTORII



Dawne pieczęcie na dyplomach lekarskich i farmaceutycznych: pierwsza używana w latach 1918—35; druga w latach 1936—39.



KRONIKA

JUBILEUSZOWA UROCZYŚĆ PROMOCJE DOKTORSKIE W WARSZAWSKIEJ AM

Na drodze Odnowy zaistniał klimat do wprowadzenia tradycyjnych form życia uniwersyteckiego również w Warszawskiej AM. Jedną z tych form, notabene praktykowaną dotychczas w wielu państwach Zachodu, jest wręczenie „odnowionych dyplomów ukończenia studiów”. Otrzymują je wyłącznie ci, którzy mają za sobą 50-letni okres od ukończenia studiów i uzyskania pierwszego dyplomu.

W dniu 18 marca br. w Sali Warszawskiej PKiN odbyła się uroczystość przyznania „odnowionych dyplomów” czworgu absolwentom Wydziału Lekarskiego UW, będącego przecież protoplastą działającej przecież dopiero od 30 lat Akademii Medycznej. Po odczytaniu treści dyplomów przez rektora AM prof. dr hab. J. Szczerbanię, że absolwent warszawskiej uczelni medycznej w ciągu 50 lat pracy w zawodzie lekarza nie naruszył przysięgi hipokratesowej, był ofiarnym pracownikiem służby zdrowia i wzorem godnym naśladowania, mistrz ceremonii prof. dr hab. J. Komender przedstawił życiorysy jubilatów:

— prof. dr hab. Antonina Orlik-Grzybowska, em. profesor AM, długoletnia kier. Z-du Ortodoncji Instytutu Stomatologii, wychowawczyni wielu pokoleń stołecznych lekarzy dentyków;

— dr Wanda Kosmalka-Łotocka, pracująca od zakończenia II wojny światowej w Akademickim Cen-



Prof. A. Orlik-Grzybowska otrzymuje z rąk rektora WAM prof. J. Szczerbanię dyplom 50-lecia



Dr J. K. Kozłowski z uśmiechem przyjmuje dyplom 50-lecia wręczony mu przez JM Rektora WAM
FOTO: M. KOŁASZEWSKI

trum Rehabilitacji im. S. Jasińskiego w Zakopanem;

— dr Jan Henryk Kozłowski, pracujący od chwili otrzymania dyplomu we wsi Bądkowo w woj. wrocławskim. Jeden z nielicznych lekarzy, którzy całe swoje życie poświęcili ratowaniu zdrowia i życia mieszkańców wsi;

— dr Cyprian Sadowski wieloletni dyrektor uzdrowiska Ciechocinek, w okresie okupacji szef sanitarny Kedywu KG AK ps. Skiba, (któremu poświęcimy w następnym numerze artykuł biograficzny).

Dyplomy 50-lecia wręczył jubilatom rektor AM prof. dr hab. J. Szczerban, składając jednocześnie im serdeczne gratulacje i życzenia trwałego zdrowia i pomyślności w ich dalszym życiu osobistym i działalności zawodowej.

W drugiej części uroczystości opiekunowie przewodów habilitacyjnych i promotorzy przewodów doktorskich wręczyli dyplomy habilitacyjne i doktorskie następującym osobom:

Doktoraty nauk medycznych otrzymali:

I Wydział Lekarski

Janina Borkowska
 Jadwiga Kowalik
 Danuta Śliwonik-Janeczko
 Lidia Wójcik-Mazurowska
 Piotr Gruchalski
 Maria Łyko-Margot
 Janusz Młyński
 Jolanta Dzierżkowska
 Andrzej Srodka
 Dorota Szwed
 Józef Stempień
 Grzegorz Opolski
 Krzysztof Filczak
 Anna Wasilewska
 Irena Skibińska
 Jan Brokowski
 Halina Kowalska
 Jerzy Golański
 Barbara Kucharczyk
 Teresa Wewiorska
 Zygmunt Moczydłowski
 Krzysztof Semenicki
 Włodzimierz Borkowski
 Halina Karpowicz
 Marta Jerzmanowska
 Jadwiga Sawicka
 Maria Godlewska-Kostrzewska
 Krystyna Mars-Gawlikowska
 Robert Granowski
 Krystyna Potocka-Wojtulewicz

II Wydział Lekarski

Bogusław Uchman
 Piotr Janicki
 Roger Mierzwiński
 Ewa Biro
 Józef Jarema Antepowicz
 Stanisław Jan Goryń
 Danuta Krysa-Leszczyńska
 Wiesław Pietrusiewicz
 Włodzimierz Józef Otto



Dr. C. Sadowski z uwagą słucha przemówienia okolicznościowego dotyczącego biogramów jubilatów



Dziekan I Wydziału Lekarskiego prof. dr hab. B. Szczygiel wręcza dyplom doktorski dr L. Wójcik-Mazurowskiej
 Foto: Marek Kołaszewski



Dziekan II Wydziału Lekarskiego WAM prof. dr hab. R. Rajszys wręcza dyplom doktora hab. doc. dr J. Niedziółce

Antoni Wąsikowski
Piotr Ireneusz Roszkowski

**Stopień doktora habilitowanego
otrzymali:**

I Wydział Lekarski

Elżbieta Domańska-Janczewska
Liliana Gradowska
Lech Iwanowski
Teresa Kasperska-Czyżykowa
Ryszard Leydo
Krzysztof Młosek
Roman Poleć

II Wydział Lekarski

Jerzy Niedziółka
Kamil Wermeński
Janina Wójcicka

W imieniu nowo kreowanych doktorów krótkie przemówienie wygłosiła dr Liliana Gradowska, „*Dziś, gdy cały kraj znajduje się w niezwykłych trudnościach — powiedziała — tak, jak dawniej nasi starsi koledzy, dziś za swą długoletnią i cenną pracę otrzymali jubileuszowe dyplomy, biorąc z nich przykład, dotożymy starań, by opinia spoleczna o polskiej służbie zdrowia była wzorem dla innych środowisk naukowych*”.

Uroczystość przebiegała z zachowaniem pełnego ceremoniału akademickiego, a zakończyła ją pieśń „Gaudeamus igitur”.
(c—p)

NOMINACJE PROFESORSKIE

W dniu 15 kwietnia 1981 r. w siedzibie przewodniczącego Rady Państwa PRL — warszawskim Belwederze zostały wręczone dyplomy nominacyjne grupie nowo mianowanych profesorów.

I. Tytuł naukowy profesora zwyczajnego nauk medycznych otrzymali: Stefan Angielski prof. nadzw. w AM w Gdańsku, Jerzy Kościelak prof. nadzw. w Inst. Hematologii, Andrzej Manitius prof. nadzw. w AM w Gdańsku, Henryk Rykowski prof. nadzw. w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, Władysław Traczyk prof. nadzw. w AM w Łodzi, Stanisław Wołke prof. nadzw. w AM w Szczecinie.

II. Tytuł naukowy profesora nadzwyczajnego otrzymali: nauk farmaceutycznych: Jadwiga Chmielnicka doc. w AM w Łodzi;

nauk medycznych: Henryk Belowski doc. w AM w Krakowie — Zespół Nauczania Klinicznego w Kielcach, Jerzy Bidziński doc. w AM w Warszawie, Adam Cekański doc. w Śląskiej AM w Katowicach, Kazimierz Czyżewski doc. w Śląskiej AM, Mieczysław Jeszke doc. w AM w Poznaniu, Miron Kałowski doc. w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, Henryk Kirschner doc. w AM w Warszawie, Henryk Matej doc. w Inst. Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN we Wrocławiu, Wiesława Partyska doc. w AM w Łodzi, Tadeusz Raddecki doc. w AM w Krakowie, Hieronim Strzyżewski doc. w AM w Poznaniu, Tadeusz Żaczek doc. w AM w Krakowie — Zespół Nauczania Klinicznego w Rzeszowie, Izabella Zgórnika-Nowosielska doc. w AM w Krakowie.

**WYBORY REKTORA
I PROREKTORÓW**

**W WARSZAWSKIEJ AKADEMII
MEDYCZNEJ**

Wybory zostały zorganizowane przez powołaną przez JM Rektora prof. dr J. Szczerbanię komisję wyborczą w składzie: przewodniczący początkowo prof. dr S. Krus, potem prof. dr hab. H. Strzelecka; członkowie: prof. K. Ostrowski, prof. M. Weiss prof. L. Kryst, doc. J. Ławecki, dr hab. B. Dąbrowska, doc. T. Wróblewski, dr med. J. Piekarczyk, dr med. J. Korewicki, dr med. J. Polański, stud. stud.: K. Radziwiłł, A. Tarnawska, M. Jędras.

Tryb ordynacji wyborczej opracowany został przez Komisję Wyborczą na podstawie „Ramowych zasad wyborów jednoosobowych władz Akademii Medycznych w 1981 r.”. Dokument ten przesłany do władz uczelni przez Departament Szkolnictwa Wyższego i Nauki MZiOŚ został przedyskutowany i przyjęty przez Senat AM w dniu 23. IV. br. Wybory rektora odbyły się 18. V. br. Przewodniczącym zebrania obrano prof. L. Piekarskiego; powołano

7-osobową komisję mandatową (przew. prof. W. Szulc), 17-osobową komisję skrutacyjną (przew. doc. W. Noszczyk), a sekretarzem dr J. Korewickiego.

Kandydaci na stanowisko rektora zostali przedstawieni w kolejności alfabetycznej, przez zgłaszające osoby lub zespoły. Kandydatami byli prof. prof: S. Kruś, L. Kryst, J. Nielubowicz, L. Stępień B. Szczygieł, J. Tatoń, A. Trzebski. Po zapoznaniu się z listą obecności elektorów komisja mandatowa stwierdziła, że spośród 473 uprawnionych do głosowania było obecnych 439, wobec czego wybory uznano za prawomocne.

W pierwszej turze oddano 430 głosów ważnych. Największą liczbę głosów otrzymał prof. J. Nielubowicz (143) i prof. S. Kruś (96), oni to kandydowali w II, a następnie III turze, uzyskując pierwszy — 228, a drugi — 180 głosów. Rektorem elektem został więc prof. dr hab. Jan Nielubowicz. Pismem z 4. VI. br. Minister ZiOS kandydaturę tę zaakceptował.

Wybory prorektorów odbyły się 1. VI. br. Zebranie otworzyła prof. H. Strzelecka, proponując na przewodniczącą doc. M. Sieniawską; sekretarzem został dr J. Piekarczyk. Powołano komisję mandatową (przew. prof. W. Szulc) i komisję skrutacyjną (przew. doc. L. Marianowski).

Rektor elekt prof. J. Nielubowicz, przedstawił kandydatów na stanowiska prorektorów:

d/s klinicznych: doc. dr hab. W. Droszcza i doc. dr hab. T. Tołłoczka;
d/s nauki: prof. dr hab. L. Piekarskiego i prof. dr hab. A. Trzebskiego;
d/s dydaktyki: dr hab. M. Dąbrowskiego i dr hab. A. Karwowskiego.

W głosowaniu doc. Droszcz otrzymał 112 głosów, doc. Tołłoczko 192, prof. Piekarski 105, prof. Trzebski 120, dr hab. Dąbrowski 184, dr Karwowski 120. Zgodnie z regulaminem w I turze wybrano prorektorów: doc. Tadeusza Tołłoczka, prof. Andrzeja Trzebskiego i doc. Marka Dąbrowskiego.

Red.

ZMIANY PERSONALNE

W marcu br. został odwołany ze stanowiska dyr. administracyjnego AM Maciej Górzyński. W kwietniu ze stanowiska z-cy dyr. administracyjnego zostali zwolnieni: inż. Zdzisław Sztajer i mgr inż. Elżbieta Chlebowska.

* * *

W dn. 2. IV. br. w bibliotece Instytutu Biostruktury Warszawskiej AM odbyło się posiedzenie Senatu AM, na którym powołano zespół ds. wyborów do władz i organów kolegialnych uczelni. Rozpatrzono także informacje o aktualnych problemach uczelni, m. in zaakceptowano przedstawioną przez Rektora AM kandydaturę mgr inż. Jerzego Wodzyńskiego na stanowisko dyrektora administracyjnego uczelni.

DYREKTOR ADMIN. AM W WARSZAWIE MGR INŻ. JERZY WODZYŃSKI



Urodził się 10. II. 1940 r. w Warszawie w rodzinie inteligencji pracującej. Przed wybuchem powstania wyjechał wraz z rodzicami do Otwocka koło Warszawy, tam ukończył szkołę podstawową i liceum ogólnokształcące — matura w 1957 r. W tym samym roku rozpoczął studia w Politechnice War-

szawskiej na Wydziale Mechanicznym, Energetyki i Lotnictwa, które dwukrotnie przerywał (w latach 1960—61 i 63) ze względu na trudności materialne. Studia ukończył w 1965 r. uzyskując tytuł magistra inżyniera mechanika. Pracę zawodową rozpoczął w 1960 r. jako mechanik w PP „Fotooptyka” następnie w Katedrze Fizyki Ogólnej politechniki. Po uzyskaniu absolutorium rozpoczął staż w Śląskiej Fabryce Kabli, a po uzyskaniu dyplomu w 1965 r. przeszedł do pracy w Zjednoczeniu Przemysłu Kabli i Sprzętu Elektrotechnicznego w Warszawie. Od 1968 r. rozpoczął pracę przy katedrze (następnie Instytucie Fizyki PW, kolejno na stanowiskach: asystenta, st. asystenta i specjalisty kierującego zespołem). W roku 1973 objął stanowisko głównego inżyniera Instytutu Fizyki.

W roku 1977 podjął pracę w Akademii Medycznej, jako główny specjalista kierujący działem Rozwoju Badań Naukowych. Z dniem 1. IV. 1981 r. mianowany został dyrektorem administracyjnym AM.

XVII OGÓLNOPOLSKI KONKURS PRAC MAGISTERSKICH FARMACJI

Rada Wydziałowa SZSP Wydziału Farmaceutycznego AM we Wrocławiu była w tym roku organizatorem kolejnego XVII konkursu prac magisterskich akademii medycznych. Finał konkursu odbył się w dniach 26—29 marca br. we Wrocławiu. Celem konkursu był przegląd osiągnąć absolwentów farmacji, rozpowszechnienie najbardziej wartościowych prac magisterskich oraz zainteresowanie tymi pracami instytucji, zajmujących się zagadnieniami leków. Prace były uprzednio oceniane przez dziekanaty wydziałów farmaceutycznych AM w siedmiu grupach tematycznych: leku syntetycznego, analizy chemicznej, bioanalizy, farmacji stosowanej, farmakologii i toksykologii oraz innych. Każdy wydział mógł zgłosić na konkurs 6 prac. Ogółem napłynęło zaledwie 30 prac, w tym

najwięcej, bo 9 w grupie leku roślinnego, 6 — leku syntetycznego, po 4 — bioanalizy oraz toksykologii i farmakologii, 3 — analizy chemicznej, 2 — farmacji stosowanej i 1 dotycząca diagnostyki laboratoryjnej.

Na pierwszym miejscu pod względem liczby uczestników w konkursie znalazł się Wydział Farmaceutyczny AM w Łodzi — 7 osób, w dalszej kolejności znajdują się wydziały AM z: Warszawy — 6 osób, Poznania — 5 osób, Lublina — 4, Gdańska i Wrocławia po 3 osoby oraz Krakowa — 2 osoby. Niestety, nie wszyscy uczestnicy konkursu przybyli do Wrocławia, by zaprezentować swoje prace, a tym samym prace ich, często wysoko ocenione przez recenzentów z rodzimych AM, nie miały praktycznych szans dojścia do nagradzanych miejsc. Wypada tu nadmienić, że konkurs odbywał się w okresie wysokiego napięcia w sytuacji politycznej w kraju, tj. w przededniach zapowiadanego strajku powszechnego wskutek zajęć w Bydgoszczy, co oczywiście usprawiedliwia nieprzybycie do Wrocławia niektórych uczestników a nawet członków jury. Niemal każdy uczestnik, który przybył do Wrocławia mógł liczyć na nagrodę.

Organizatorzy konkursu wywiązali się z nałożonych nań obowiązków bez zastrzeżeń. Na dworcu PKP Wrocław Główny znajdował się punkt informacyjny, tak że mimo przeniesienia konferencji w inne miejsce od podanego w zaproszeniach, otwarcie odbyło się punktualnie i przy pełnej sali. Sesje konkursowe w poszczególnych grupach tematycznych odbywały się przez całe popołudnie dn. 27. III. i do obiadu 28. III. br. Po zakończeniu sesji tematycznych rozpoczęły się obrady jury, składające się z 16 osób, nauczycieli akademickich z AM z Krakowa, Gdańska, Łodzi, Poznania, Lublina i Wrocławia (w większości), ale co charakterystyczne w równej liczbie pań i panów. Możliwe dlatego duże były rozpiętości w ocenach wyróżnionych prac od 5 do 9 pkt., przy czym wyższe noty stawia-



Przemawia dziekan Wydziału AM we Wrocławiu prof. dr hab. Halina Bodalska



Przewodniczący Jury doc. dr hab. Adam Nawojski wręcza nagrodę jednej z laureatek



Jury radzi. Na pierwszym planie najtańgodniejsze jurorki: prof. dr hab. Bodalska, doc. dr hab. Chmielnicka i prof. dr hab. A. Szatkowska (z Łodzi)
Foto: Ewa Szota

ły panie. W dwóch tylko przypadkach punktacja była niemal jednakowa i to dość wysoka. W dwóch też przypadkach jurorzy zgłosili obawy w stosunku do samodzielności pracy, ale nie mogli kwestionować komisji wydziałowych. Na marginesie dodam, że dość często miałem okazję uczestniczenia w różnych obradach jurorów, ale obrady tego jury przekonało mnie, że żyjemy już w okresie Wielkiej Odnowy, atmosfera, styl i forma dyskusji były tego dowodem. Taką klasę jurorów zaprezentowali tu prof. H. Bodalska, prof. Zdz. Machoń, doc. A. Nawojski, doc. M. Masiak i dr K. Orzechowska-Juzwenko.

W wyniku głosowania przyznano 19 nagród, ufundowanych przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, JM Rektora Wrocławskiej AM prof. Eug. Rogalskiego, Zarząd Główny PTFarm. i ZPP „Polfa”. Prywatną nagrodę ofiarowała przewodnicząca komitetu organizacyjnego XVII Konkursu studentka V r. farmacji wrocławskiej Bożena Kowalczyk; była to barwna plansza bukietu roślin leczniczych wydrukowana techniką rotograviurową w Holandii, skąd właśnie przywiozła ją ofiarodawczyni.

Na podstawie opinii Jurorów, ich dyskusji nad merytoryczną wartością prac i oceny prezentowanych prac przez uczestników konkursu Jury postanowiło przyznać:

W grupie prac z bioanalizy:

I miejsce: mgr Urszuli Rogalskiej za pracę pt. „Próba izolacji biologicznie aktywnego t-RNA endocarcinoma ovarii” wykonaną w Zakładzie Biochemii Farmaceutycznej A.M. we Wrocławiu,

Dwa II miejsca: mgr Reginie Piotrowskiej za pracę pt.: „Li-fetoproteina i SP1 glikoproteid wskaźnikiem zagrożenia płodu” wykonaną w Zakładzie Biochemii Farmaceutycznej A.M. we Wrocławiu,

i mgr Stefanii Złota za pracę pt.: „Działanie związków rtęci na nukleotydy adeninowe płytek krwi” wykonaną w Zakładzie Biochemii A.M. w Łodzi,

III miejsce: mgr Janinie Hołuj-Gubała za pracę pt.: „Odporność grzybów na 5-fluorocytosynę” wykonaną w Zakładzie Mykologii A.M. w Krakowie.

Dyplomy za uczestnictwo w konkursie otrzymali: mgr Jolanta Brodzińska, mgr Jerzy Szczęśniak, mgr Maria Żukowska

W grupie prac „Lek roślinny” przyznano:

Dwa I miejsca: mgr Alicji Doraczyńskiej za pracę pt.: „Badanie steroli i kumaryn w owocach kopru ogrodowego *Anethum graveolens*” wykonaną w Zakładzie Farmakognozji A.M. w Lublinie,

i mgr Teresie Zwoleńskiej za pracę pt.: „Rozmnażanie wegetatywne *Aristolochia clematitis* L. przez hodowlę tkankową *in vitro*” wykonaną w Zakładzie Botaniki Farmaceutycznej A.M. w Warszawie;

II miejsce: mgr Katarzynie Sordyl za pracę pt.: „Badania fitochemiczne *Tylophilus felius* ze szczególnym uwzględnieniem polisacharydów” wykonaną w AM w Krakowie;

III miejsce: mgr Barbarze Latocha za pracę pt.: „Wstępna analiza frakcji polisacharydowych z *Laccaria laccata* (Scop. ex Fr) i *Phellinus igniarius* (L. ex Fr)” wykonaną w Katedrze Botaniki Farmaceutycznej A.M. w Krakowie;

Dyplomy za uczestnictwo w konkursie otrzymali: mgr Janina Kulik-Szymańska, mgr Gerard Nowak, mgr Grażyna Nowakowska, mgr Danuta Wolska, mgr Krystyna Wojtowicz, mgr Danuta Ziembka-Figlewicz.

W grupie prac „Lek syntetyczny” przyznano:

I miejsce: mgr Stanisławie Jadwidze Łatawiec za pracę pt.: „Reakcje 2, 4-dinitroindazolu z niektórymi aminami” wykonaną w Zakładzie Chemii Organicznej A.M. w Poznaniu;

II miejsce: mgr Halinie Drewniak za pracę pt.: „Synteza pochodnych układu pirydodiazepiny—1,4” wykonaną w Zakładzie Syntezy Leku A.M. we Wrocławiu;

III miejsce: mgr Iwonie Bieniarz za pracę pt.: „Synteza niesymetrycznych 1,4—dwupodstawionych piperazydów” wykonaną w Zakładzie Chemii Farmaceutycznej AM w Łodzi.

Dyplomy za uczestnictwo w konkursie otrzymali: mgr Irena Binda, mgr Joanna Galbas, mgr Andrzej Ostrowicz, mgr Danuta Stanilewicz.

W grupie prac „Analiza chemiczna” przyznano:

I miejsce — (nie przyznano)

II miejsce: mgr Jadwidze Matlewskiej za pracę pt.: „Otrzymywanie i

badanie produktów chemicznej degradacji heparyny” wykonaną w A.M. w Warszawie;

III miejsce: mgr Lidii Wojcieszyskiej za pracę pt.: „Chromatografia gazowa w analizie leków zawierających fenytoinę” wykonaną w Zakładzie Chemii Leku A.M. w Poznaniu.

Dyplomy za uczestnictwo w konkursie otrzymali: mgr Andrzej Andrzejczak i mgr Ewa Habrat

W grupie prac „Farmacja Stosowana” przyznano:

I miejsce: mgr Elżbiecie Jacukiewicz-Lewandowskiej za pracę pt.: „Technologia maści ochronnej do nosa” wykonaną w Zakładzie Farmacji Stosowanej A.M. w Gdańsku;

II miejsce: mgr Grażynie Dyk za pracę pt.: „Oddziaływanie roztworów infuzyjnych w różnych opakowaniach na obraz krwi” wykonaną w Zakładzie Farmacji Stosowanej A.M. w Lublinie;

III miejsce: nie przyznano

Dyplomy za uczestnictwo w konkursie otrzymali: mgr Tadeusz Bohdanowicz, mgr Magdalena Indulska, mgr Grażyna Matuszewska.

W grupie prac „Farmakologia i toksykologia” przyznano:

Dwa I miejsca: mgr Andrzejowi Tybuszewskiemu za pracę pt.: „Wpływ podjednostki katalitycznej kinazy białkowej zależnej od C AMP na aktywność endogennego inhibitora kinaz białkowych typu I” wykonaną w Zakładzie Farmakodynamiki AM w Łodzi;

i mgr Urszuli Mach za pracę pt.: „Ocena stopnia narażenia pracowni huty szkła w Stroniu Śl. w oparciu o stężenie ołowiu we krwi, aktywność dehydratazy kwasu delta-aminolewulinowego i 5-nukleotydyazy” wykonaną w Zakładzie Chemii Toksykologicznej AM we Wrocławiu;

II miejsce: mgr Barbarze Woźniak za pracę pt.: „Wstępne badania nad interakcją indometacyny jako leku przeciwzapalnego z lekami przeciwastmatycznymi — ketotifenem oraz aminofiliną” wykonaną w Katedrze Farmakodynamiki A.M. w Krakowie;

III miejsce: mgr Jolancie Kotlińskiej za pracę pt.: „Znaczenie ośrodkowych struktur dopaminowych w powstawaniu uzależnienia na morfinę” wykonaną w Zakładzie Farmakodynamiki A.M. w Lublinie;

Dyplom za uczestnictwo w konkursie otrzymała: mgr Ewa Kuźma.

Jury Konkursu, na wniosek Redakcji kwartalnika „Medycyna-Dydaktyka-Wychowanie” wytypowało prace niżej wymienionych uczestników konkursu, których streszczenie zostanie zamieszczone w w/w kwartalniku:

1. Z działu „Bioanaliza” praca mgr Reginy Piotrowskiej;

2. Z działu „Farmacja stosowana” praca mgr Elżbiety Jackiewicz-Lewandowskiej;

3. Z działu „Farmakologia i toksykologia” praca mgr Urszuli Mach.

Jury Konkursu oceniło poziom XVII Ogólnopolskiego Konkursu Prac Magisterskich jako dobry, podkreślając jednocześnie bardzo dobry poziom prezentowanych prac. Jury zaproponowało, by w następnym konkursie rozdzielić dział „Farmakologia i toksykologia” na dwie odrębne grupy.

PRZEWODNICZĄCY JURY

doc. dr hab. Adam Nawojski

Wyróżnione prace drukujemy na str. 271 i 272.

W czasie uroczystości wręczenia nagród przemówienia wygłosili prze-

wodniczący jury doc. A. Nawojski i dziekan W-łu Farmacji AM we Wrocławiu prof. H. Bodalska, którzy następnie, gratulując nagrodzonym, wręczyli im nagrody. Przemówienia pożegnalne wygłosili w imieniu komitetu organizacyjnego Konkursu Bożena Kowalczyk oraz dr Waldemar Szwarzczyński z AM w Poznaniu w imieniu Komisji Koordynacyjnej Studentów Farmacji AM SZSP.

Wieczorem w klubie „Medyk” domu studenckiego „Bliźniak” grupa nauczycieli akademickich AM była gośćmi organizatorów Konkursu.

* * *

Przy okazji przedstawiciel Redakcji „M-D-W” zwiedził pracownię fotografii naukowej AM, której kierownikiem jest mgr inż. Włodzimierz Kałdowski, laureat wielu znanych konkursów fotograficznych, m.in. I nagroda bydgoskiego konkursu „Dziennika Wieczornego”, Oddziału SDP i Urzędu Miasta Bydgoszczy w 1980 r. oraz Złoty Medal Międzynarodowej Wystawy Pracowników Służby Zdrowia w Budapeszcie w 1978 r. (c—p)



Goście i jurorzy Konkursu podczas uroczystości wręczenia nagród

KONFERENCJA HIGIENISTÓW AWF

W dniach 11 — 13 maja br. w Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie odbywała się ogólnopolska konferencja higienistów uczelni wychowania fizycznego; tematem konferencji były problemy dydaktyki higieny, jako przedmiotu nauczania w szkolnictwie wyższym wychowania fizycznego. Obok przedstawiciele resortów: zdrowia, oświaty, szkolnictwa wyższego i GKKFiS; w konferencji udział wzięło 31 nauczycieli akademickich prowadzących zajęcia z higieny w akademiach wychowania fizycznego w Warszawie, Krakowie, Poznaniu, Wrocławiu oraz wyższych szkołach wychowania fizycznego w Gdańsku i w Katowicach, a także z filii AWF w Bielsku Podlaskim i Gorzowie Wlp. Organizatorami konferencji byli: Departament Szkolnictwa i Nauki GKKFiS oraz Zakład Higieny Instytutu Nauk Biologicznych i Rehabilitacji Ruchowej AWF w Warszawie.

Konferencję otworzył kierownik Zakładu Higieny w AWF w Warszawie doc. dr Cezary W. Korczak, który po powitaniu obecnych, wręczył w imieniu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Higienicznego, którego jest sekretarzem generalnym, medale pamiątkowe PTH przyznane: prof. dr

hab. Marcie Doleżał z AWF w Krakowie i doc. dr med. Zbigniewowi Lewandowskiemu z AWF we Wrocławiu za zasługi na polu higieny.

Po powitaniu uczestników przez prodziekana prof. dr Tadeusza Maszczyka, głos zabrał dyrektor Departamentu Szkolnictwa i Nauki GKKFiS mgr Władysław Trybus, którego przemówienie było wprowadzeniem do tematu konferencji, wskazujące na konieczność poprawy procesu dydaktycznego w zakresie higieny, jako przedmiotu w uczelniach wychowania fizycznego w Polsce. Higiena jest różnie umiejscowiona w programach kształcenia — powiedział dyr. Wł. Trybus — na różnych kierunkach jest ona w różnych przedmiotach wykładana i obejmuje różną liczbę godzin, np. na kierunku trenerskim — 186 godz., na nauczycielskim — 62 godz., na turystycznym — 56 godz. a na rekreacji — 50 godz., natomiast na rehabilitacji higieny nie występuje pod żadną postacią.

Po przemówieniu dyrektora Departamentu Szkolnictwa i Nauki GKKFiS rozpoczęła się sesja naukowa, której przewodniczył prof. dr hab. med. Światosław Ziemiański. W sesji przedpołudniowej referaty wygłosili: doc. dr med. Cezary W. Korczak — „Dy-

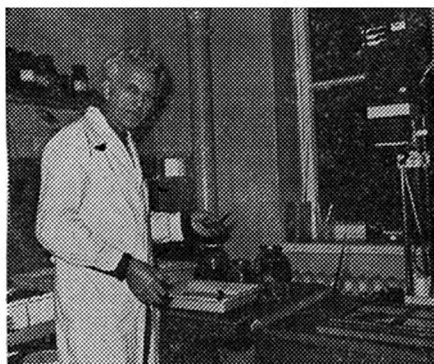




Prezydium Zjazdu: prof. S. Ziemiański, doc. C. Korczak, doc. Z. Lewandowski (na mównicy)



Zjazdowe dyskusje
FOTO: L. Dubracki — AWF



inż. W. Kałdowski w Pracowni Dokumentacji Fotografii Naukowej AM we Wrocławiu

daktyka higieny w akademiach wf podstawą profilaktyki zdrowia” oraz doc. dr med. Zbigniew Lewandowski — „Higiena i wychowanie zdrowotne jako przedmiot nauczania w aspekcie potrzeb, wynikających z zatrudnienia absolwentów”. W sesji popołudniowej referaty wygłosili: prof. dr hab. Światosław Ziemiański, doc. dr hab. Jerzy Rzepka, dr wf Andrzej Zembaty, mgr inż. Jan Sobótko, doc. dr hab. Irena Celejowa i doc. dr Juliusz Czapllicki.

Następnego dnia odbywały się posiedzenia sekcji higieny żywienia (moderator — dr Danuta Niedźwiecka) oraz sekcji higieny środowiska (moderator — dr Jolanta Groba), a następnie moderatorzy zaprezentowali wnioski z obrad sekcji, które stały się przedmiotem wielogodzinnej rzeczowej dyskusji, w której m.in. głos zabierały przedstawicielki resortu zdrowia i oświaty oraz GKKFiS. W końcowej fazie dyskusja sięgnęła poza program konferencji. Z przyjętych wniosków na szczególną uwagę zasługują: wniosek 3 — w chwili obecnej należy poświęcić więcej uwagi zagadnieniom związanym z aktualną sytuacją na rynku żywnościowym a więc problemom właściwego układania jadłospisów, umiejętności oceny oferowanego pożywienia, stosowania zmienników, odpowiednich technik kulinarnych, zapobiegających zmniejszaniu się wartości odżywczych pożywienia i wniosek 4 — postulujący zwiększenie liczby godzin zajęć z higieny na kierunku nauczycielskim 3 semestry, w tym 1 semestr przeznaczony na higienę żywienia (1 godz. wykładu, 2 godz. ćwiczeń), na kierunku rehabilitacji ruchowej (1 godz. wykładu, 2 godz. ćwiczeń). Istnieje potrzeba wprowadzenia oddzielnych egzaminów z tych działów analogicznie do kierunku trenerskiego.

XX ZAWODY PŁYWACKIE O PUCHAR REKTORA AM



Dyplom otrzymuje Joanna Kiprian



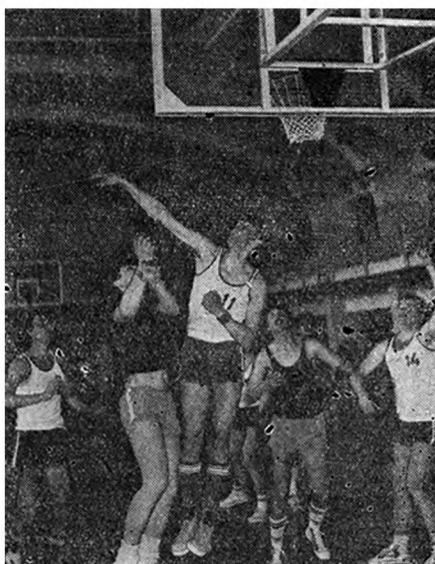
*Dziekan I Wydziału Lekarskiego AM
prof. dr hab. Bruno Szczygieł wręcza
puchar zwycięskiemu zespołowi*

Imprezą, która cieszy się w naszej uczelni największą popularnością i ma najdłuższą historię, są zawody pływackie o przechodni puchar ufundowany przez JM Rektora. Ta wspólna zabawa ma już 19-letnią tradycję i stale zyskuje na popularności. Z poziomem bywa różnie i musi tak być, skoro zaproszenie do startu kieruje się przy tej okazji do wszystkich studentów i pracowników naukowo-dydaktycznych uczelni. W zawodach startują reprezentacje wszystkich lat studiów ze wszystkich wydziałów.

W 19-letniej historii tej imprezy puchar zdobył na własność III rok I Wydziału Lekarskiego (w roku akad. 1975/76 i 1979/80). W XX zawodach puchar zdobył IV rok I Wydziału Lekarskiego, zwycięzca ubiegłorocznych zawodów, wyprzedzając rok II i I. Zwycięski zespół wygrał 4 konkurencje (na 11 rozegranych). Najlepszymi zawodnikami uznani zostali: wśród mężczyzn — Wojtek Glinkowski (II rok I Wydział Lekarski), wśród kobiet — Małgorzata Szczypiorska (II rok I Wydział Lekarski). Oprócz studentów wszystkich wydziałów, którzy dopingowali startujących, zawody zaszczylili swoją obecnością: dziekan I Wydziału Lekarskiego — prof. dr hab. med. Bruno Szczygieł, prodziekan Wydziału Farmaceutycznego — doc. dr hab. Teodor Zawadowski, przedstawiciele Zarządu Głównego i Zarządu Środowiskowego AZS, pracownicy dydaktyczni naszej uczelni i innych uczelni warszawskich.

Imprezę przygotowali i przeprowadzili pracownicy Studium Wychowania Fizycznego i Sportu oraz członkowie KU AZS naszej uczelni.

mgr Jerzy Rudzik



*Fragment meczu koszykówki
WAM — AM w Warszawie
FOTO. Mirosław Żydecki*

WYRÓŻNIONE PRACE MAGISTERSKIE

mgr farm. *Elżbieta Jackiewicz-Lewandowska*

TECHNOLOGIA MAŚCI OCHRONNEJ DO NOSA

Praca magisterska wyróżniona na XVII Ogólnopolskim Konkursie
(wykonana w Zakładzie Farmacji Stosowanej Akademii Medycznej w Gdańsku)

Opiekun pracy — *dr Wiesława Stożkowska*

Streszczenie

Temat tej pracy został podjęty w trosce o pracowników zatrudnionych w warunkach dużego zapylenia.

Codziennie, wielogodzinne narażenie na pył prowadzi do nieżytów błony śluzowej nosa, gardła, krtani i tchawicy, do nieżytów oskrzeli i do roztrzeni oskrzeli. Przedostające się w wyniku tych zmian ziarna do płuc prowadzą w konsekwencji do pylic, bardzo groźnych chorób zawodowych. Pierwszą naturalną ochroną zatrzymującą znaczne ilości cząstek pyłu i chroniącą dalsze odcinki dróg oddechowych jest nos. Organ ten ogrzewa powietrze wdychowe, nawilgaca oraz oczyszcza z zanieczyszczeń. Mechanizm usuwający zanieczyszczenia jest bardzo subtelny. Rzęski są częścią składową wielowarstwowego nabłonka migawkowego, pokrywającego błonę śluzową nosa. Ruch rzęsek nabłonka migawkowego jest bardzo szybkim ruchem posuwistym. Ponad warstwą nabłonkową znajdują się dwie warstwy śluzu o różnej lepkości: wewnętrzna — żół, w którym poruszają się rzęski i zewnętrzna — żel, znajdujący się na powierzchni rzęsek. Żel ten przesuwany jest przez rzęski wraz z zanieczyszczeniami w kierunku gardła. Prawidłowe funkcjonowanie aparatu śluzówkowo-migdałkowego zostaje upośledzone na skutek działania pyłów.

Ze względu na bardzo szeroki zakres działania pyłów i powstające w wyniku tego groźne schorzenia, wydaje się koniecznym opracowanie preparatu profilaktycznego. Preparat taki powinien spełniać rolę bariery chroniącej błonę śluzową nosa przed szkodliwym działaniem pyłów i jednocześnie ułatwiać transport zanieczyszczeń, nie wpływając ujemnie na fizjologiczne funkcje nosa. Nie mogą to być jednak maści sporządzane na podłożach tradycyjnych, gdyż przy dłuższym stosowaniu, na skutek dużej lepkości, utrudniają oddychanie i hamują ruch rzęsek. W związku z tym wydaje się, że właściwą rolę mógłby pełnić żel, zapobiegający wysychaniu błony śluzowej oraz chroniący przed zapyleniem.

Opracowując technologię preparatów do nosa, oparto się na wymaganiach stawianym kroplom do nosa. W pracy uwzględniono: pH, właściwości buforujące ciśnienie osmotyczne, lepkość, wpływ na normalny ruch rzęsek oraz jonowy skład wydzielinowy.

W badaniach wstępnych wybrano szereg substancji, które mogłyby znaleźć zastosowanie w technologii preparatów ochronnych do nosa. Jako podstawowe kryterium ich oceny przyjęto wpływ na aktywność migawek błony śluzowej. Oceny takiej dokonano na błonie śluzowej, pokrywającej podniebienie żaby.

Wykorzystując poczynione obserwacje ustalono skład pięciu preparatów ochronnych przeznaczonych do stosowania do nosa. Preparaty te wykonano w warunkach aseptycznych w postaci trzech żeli i dwóch emulsji. Poszczególne preparaty różniły się zawartością glikolu propylenowego, który został zastosowany jako środek zapobiegający wysychaniu preparatu. Zarówno w żelach jak i emulsjach fazę wodną stanowił bufor fosforanowy doprowadzony do izotoniczności sorbitolem i zawierający bromeek benzalkoinowy jako środek konserwujący.

Sporządzone preparaty poddano badaniom właściwym określając ich wpływ na aktywność migawek błony śluzowej oraz pH, ciśnienie osmotyczne, ciężar właściwy i lepkość. Badania ruchu migawkowego wykazały występowanie działania hamującego tylko w przypadku jednego z żeli. Było to wynikiem dużej zawartości glikolu propylenowego w tym preparacie. Dzięki zastosowaniu buforu fosforowanego o pH 6,5 uzyskano dla wszystkich preparatów pH zbliżone do odczynu wydzieliny śluzowej czyli 5,5—7,5. Dla zapewnienia odpowiedniego ciśnienia osmotycznego (lekkie hipertoniczne) wprowadzono dodatek sorsitolu. Pomiar ciężaru właściwego i lepkości wykazały większe wartości dla żeli niż dla emulsji. Wynika to z procentowego udziału metylocelulozy w obu tych postaciach. Dokładniejsze badania struktury wewnętrznej preparatów za pomocą wiskozymetru rotacyjnego wykazały, że są to układy nienewtonowskie charakteryzujące się lepkością strukturalną, a wykreślone reogramy świadczą o występowaniu nieznacznych właściwości tiksotropowych.

Biorąc pod uwagę wymagania dla kropli do nosa, jak również wyniki przeprowadzonych badań stwierdzono, że opracowane dwa żele i obydwie emulsje mogłyby znaleźć zastosowanie jako preparaty ochronne do nosa. W związku z tym preparaty te przekazano do badań farmakologicznych. Badania prowadzone na królikach mają dostarczyć informacji, jaki jest wpływ preparatów na błonę śluzową przy dłuższym i systematycznym stosowaniu. Następnym etapem będą badania kliniczne.

mgr farm. *Urszula Mach*

**OCENA STOPNIA NARAŻENIA NA OŁÓW PRACOWNIC HUTY SZKŁA
W STRONIU ŚLĄSKIM W OPARCIU O STĘŻENIE OŁOWIU WE KRWI,
AKTYWNOŚĆ DEHYDRATAZY KWASU DELTA AMINOLEWULINOWEGO
I 5' — NEUKLEOTYDAZY.**

Praca magisterska wyróżniona na XVII Ogólnopolskim Konkursie

wykonana w Zakładzie Chemii Toksykologicznej

Akademii Medycznej we Wrocławiu

Opiekun pracy — prof. Kazimierz Jacyszyn

Streszczenie

Szybki rozwój cywilizacji przemysłowej powoduje intensywną emisję ołowiu do ekosfery człowieka. Dla organizmu ludzkiego nie jest obojętne działanie tego, już tak rozpowszechnionego zanieczyszczenia.

Jednym z zasadniczych skutków intoksykacji ołowiem jest wystąpienie zaburzeń w syntezie hemu, co w konsekwencji prowadzi do anemii oraz do gromadzenia się i wydalania związków patologicznych. We krwi krążącej pojawiają się niedojrzałe erytrocyty zasadochłonne, nakrapiane, charakteryzujące się brakiem zdolności przenoszenia tlenu, natomiast wielkimi skłonnościami do przedwczesnej hemolizy. Uszkodzeniu ulegają również narządy mięsiste — wątroba i nerki. Długotrwałe narażenie na ołów w stężeniach, nie wystarczających jeszcze do ujawnienia rozpoznawalnych objawów klinicznych, może doprowadzić do zaburzeń neurologicznych a także do zejść śmiertelnych. W intoksykacji ołowiem istotne znaczenie ma nie tylko poziom ołowiu we krwi, co przede wszystkim skutki metaboliczne, wynikające z obecności metalu w organizmie. Okazało się bowiem, że niejednokrotnie niskie, obecnie uważane za całkowicie bezpieczne stężenie ołowiu we krwi, towarzyszyło zmianom zaawansowanego uszkodzenia narządów. Natomiast w sytuacjach, gdy podwyższony poziom ołowiu jednoznacznie sugerował istnienie zwiększonej puli ołowiu w ustroju, był to jedynie rezultat krótkotrwałej ekspozycji na wyższe stężenie metalu w powietrzu.

W świetle tych informacji wydaje się konieczne podjęcie badań o znaczeniu profilaktycznym, które możliwie najszybciej i najpełniej określą stopień za-

trucia organizmu. Mechanizm toksycznego działania ołowiu polega na oddziaływaniu jego zjonizowanych związków na grupy SH, odpowiedzialne za strukturę III rzędową enzymów. Z tego powodu badania określenia stopnia narażenia na ołów u ludzi zawodowo stykających się z tym metalem, oparto przede wszystkim na pomiarze aktywności enzymów wybiórczo hamowanych przez ołów. Pomiar poziomu ołowiu we krwi stanowił dodatkową kontrolę.

O stopniu narażenia ludzi na ołów decyduje szereg wskaźników biochemicznych, spośród których aktywność dehydratazy kwasu delta aminolewulinowego wykazuje najwyższą korelację w odniesieniu do poziomu ołowiu we krwi. Badania aktywności AIAD prowadzone przez wielu naukowców dały wyraźną ujemną linię regresji ze współczynnikiem korelacji od $r = -0,72$ do $r = -0,888$. Uzyskany w tej pracy wyjątkowo wysoki współczynnik korelacji $r = -0,957$ jeszcze raz udowodnił, jak wysoko czułym i dobrze skorelowanym wskaźnikiem ekspozycji na ołów jest dehydrataza kwasu delta aminolewulinowego. Drugi enzym badany w ramach tej pracy to wewnątrzkrwinkowa pirymidyno 5'—nukleotydaza. Jest to enzym, nad którym badania prowadzone są jak dotychczas jedynie we Włoszech przez Paglię i przez Valentina. Okazał się on bardzo wrażliwym na wyjątkowo niskie stężenia ołowiu. Badania wykazały, że istotna inhibicja pirymidyno 5'—nukleotydazy pojawiła się w obecności ołowiu w stężeniach takich, które miały minimalny wpływ na wiele innych enzymów erytrocytarnych. Inhibicja była wyraźnie dostrzegalna już przy stężeniu 0,1 lub 1,0 umol octanu ołowiu. Enzym ten nie był jeszcze rozpatrywany pod kątem wykorzystania go w diagnostyce zatruc ołowiem. Badania przeprowadzone w tej pracy wykazały, że aktywność 5'—nukleotydazy jest także odwrotnie i dobrze skorelowana z poziomem ołowiu we krwi, chociaż słabiej niż AIAD. Dla tych parametrów współczynnik korelacji wyniósł $r = 0,677$ i potwierdził przypuszczenia, że również pomiar aktywności pirymidyno 5'—nukleotydazy może mieć zastosowanie jako wartość diagnostyczna, tym bardziej że odznacza się tak dużą wrażliwością na minimalne stężenie ołowiu w powietrzu.

Omówienie wyników badań

Grupę osób zawodowo stykających się z ołowiem stanowili pracownicy huty kryształów w Stroniu Śląskim. Grupę porównawczą—honorowi dawcy krwi narażeni na normalne, miejskie środowisko.

Porównując wartości średnie, stwierdzono, że poziomy ołowiu były niższe u ludzi nie narażonych zawodowo niż u pracowników huty szkła i wynosiły odpowiednio: 1,6 umola (Pb) i 2,11 umola Pb/l. Aktywność enzymów w erytrocytach krwi osób kontaktujących się z tym metalem ulega wyraźnej obniżce. Zaobserwowano prawie 50% spadek w aktywności AIAD z 1529 nkat/cm³ erytrocytów u dawców do 815 nkat /cm³ erytrocytów w grupie przemysłowej. Aktywność 5'—nukleotydazy już znacznie obniżona u mieszkańców miasta uległa jeszcze większemu zahamowaniu u osób narażonych zawodowo. Średnia aktywność u dawców wynosiła 0,32 nkat/g Hb, a u pracowników eksponowanych na ołów 0,26 nkat/g Hb. Najwyższa aktywność 5'—nukleotydazy w dializowanych hemolizatach normalnych ludzkich erytrocytów uzyskana przez Paglię wynosiła 2 nkat/g Hb.

Badania te udowodniły także, że chociaż średnie stężenia Pb we krwi w obydwu grupach mieszczą się w granicach dotąd akceptowanych (norma wynosi 10—60 ug⁰/₀; 0,48—2,9 umola(l), okazało się, że w organizmach badanych ludzi mają już miejsce pewne zmiany metaboliczne, mogące w konsekwencji doprowadzić do poważnych zaburzeń.

WYKAZ STOPNI NAUKOWYCH

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

BORKOWSKI WŁODZIMIERZ ANTONI: *Badania epidemiologiczne nad dynamiką stanów niedokrwiłości u kobiet w wieku 18 — 45 lat* — 28. V. 1980 r.
Wykonano w Instytucie Medycyny Społecznej
Promotor: **doc. dr hab. med.** Henryk Kirschner

BROKOWSKI JAN: *„Immunologiczne aspekty niepłodności matzkiej”*
— 20. II. 1980 r.
Wykonano w Instytucie Położnictwa i Ginekologii AM
Promotor: **prof. dr hab.** Ireneusz Roszkowski

BRZESKI JERZY: *„Badania doświadczalne nad wpływem insektycydu fosforoorganicznego (Lebaycid) na rozród szczura i aktywność esteraz cholinowych w wybranych tkankach matki, płodu i noworodka badanych zwierząt”*
— 12. XI. 1980 r.
Wykonano w Instytucie Ginekologii i Położnictwa AM
Promotor: **prof. dr hab.** Ireneusz Roszkowski

CEGŁOWSKI PIOTR: *„Mechanizm pobierania kwasu dezoksyrybonukleinowego w zjawisku genetycznej transformacji cech u bakterii. Czynn timer wiązcy DNA w jego wstępnych fazach reakcji z komórką”* — 28. XI. 1979 r.
Wykonano w Instytucie Biofarmacji AM
Promotor: **prof. dr hab.** Władysław Dobrzański

DZIERŻKOWSKA JOLANTA: *„Udział katecholamin w hamowaniu sekrecji soku żółdkowego przez glukagon”* — 28. XI. 1979 r.
Wykonano w Instytucie Nauk Fizjologicznych AM
Promotor: **prof. dr hab.** Zbigniew Kaleta

FILCZAK KRZYSZTOF: *„Optymalizacja warunków uzyskiwania antygenu hemaglutynacyjnego i surowic kontrolnych do serodiagnostyki różyczki”*
— 9. IV. 1980 r.
Wykonano w Centralnym Laboratorium Surowic i Szczepionek w W-wie
Promotor: **prof. dr hab.** Michał Korbecki

FINOWICKA—WALCZYNA JOLANTA. *„Wpływ odnerwienia na ultrastrukturę dojrzewającego włókna mięśniowego szczura”* — 22. X. 1980 r.
Wykonano w Klinice Neurologicznej AM
Promotor: **doc. dr hab.** Anna Fidziańska—Dolot

GODLEWSKA—KOSTRZEWSKA MARIA: „Pomiar odżywczego przepływu mózgowego oraz stanu bariery krew—mózg w okresie utrwalania się wrodzonego nadciśnienia tętniczego u szczurów szczepu SHR” — 7. XI. 1979 r.

Wykonano w Instytucie Nauk Fizjologicznych AM

Promotor: doc. dr hab. Krystyna Niewiadomska—Skolasińska

GOLAŃSKI JERZY: „Wyniki kliniczne jednoczasowej prestatektomii i herniotomii” — 20. II. 1980 r.

Wykonano w Klinice Urologicznej AM

Promotor: prof. dr hab. Stefan Wesołowski

GRUCHALSKI JAN: „Ocena wyników nadpęcherzowego odprowadzenia moczu metodą Brickera u dzieci” — 9. I. 1980 r.

Wykonano w Instytucie Pediatrii AM

Promotor: prof. dr hab. med. Irena Giżycka

GRANOWSKI ROBERT: „Analiza sił płytkowych dociskowego zespolenia odtamów kości długiej w badaniu modelowym” — 9. IV. 1980 r.

Wykonano w Centralnym Szpitalu MSW

Promotor: dr hab. n. med. Witold Ramotowski

CHODUK—GÓRNICKA MARIA: „Zachowanie się insulinomii po doustnym i dożylnym obciążeniu glukozy u chorych z różnymi postaciami zapalnych schorzeń trzustki” — 12. XI. 1980 r.

Wykonano w Centralnym Szpitalu MSW

Promotor: prof. dr hab. Artur Czyżyk

JERZMANOWSKA MARTA: „Badanie mechanizmu działania witaminy D i L- α -OH D na wybrane fragmenty metabolizmu nerki szczura” — 9. I. 1980 r.

Wykonano w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego

Promotor: doc. dr hab. Roman Lorenc

KARPOWICZ HALINA: „Otyłość w cukrzycy i jej związek z powikłaniem naczyniowym typu choroby wieńcowej” — 9. IV. 1980 r.

Wykonano w Instytucie Medycyny Społecznej AM

Promotor: doc. dr hab. Jan Kopczyński

KUCHARCZYK BARBARA: „Wpływ różnych rodzajów i ilości oleju rzepakowego na skład kwasów tłuszczowych lipidów tkankowych zwierząt doświadczalnych o zróżnicowanej aktywności fizycznej” — 9. IV. 1980 r.

Wykonano w Instytucie Żywności i Żywienia w Warszawie

Promotor: prof. dr hab. n. med. Światosław Ziemiański

KULESZA WERA NATALIA: „Ocena sposobu żywienia kobiet otyłych” — 12. XI. 1980 r.

Wykonano w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie

Promotor: prof. dr hab. med. Wiktor Szostak

KOWALSKA HALINA: „Wpływ chloraminy obecnej w wodzie wodociągowej na niedokrwistość u chorych dializowanych” — 20. II. 1980 r.

Wykonano w I Klinice Chorób Wewnętrznych AM

Promotor: prof. dr hab. med. Alfred Siciński

KOWALIK JADWIGA: „Wpływ skojarzonego stosowania etanolu z pirazolem na wątrobę noworodka szczura” — 20. XI. 1979 r.

Wykonano w Zakładzie Medycyny Sądowej

Promotor: prof. dr hab. Mirosław Beskid

LYKO MARGOT—MARIA: *Kliniczna ocena wartości miękkich promieni Roentgena w leczeniu naczynek w porównaniu z innymi metodami postępowania terapeutycznego* — 28. V. 1980 r.

Wykonano w Stołecznym Szpitalu Dermatologicznym w Warszawie

Promotor: prof. dr med. Stefania Jabłońska

MILLER—PODRAZA HALINA: „Złożone glikosfingolipidy różnych tkanek i narządów człowieka oraz zwierząt” — 20. II. 1980 r.

Wykonano w Instytucie Hematologii w Warszawie

Promotor: prof. dr hab. med. Jerzy Kościelak

MOCZYDŁOWSKI ZYGMUNT: „Leczenie złamań wyrostka łokciowego i rzepki metodą WEBERA w świetle obserwacji klinicznych i badań doświadczalnych” — 11. VI. 1980 r.

Wykonano w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Ostrołęce

Promotor: doc. dr hab. med. Romuald Kreczko

NIEDZIELSKI WITOLD: „Analiza porównawcza leczenia zachowawczego i operacyjnego urazowych uszkodzeń stawu skokowego-goleniowego” — 22. X. 1980 r.

Wykonano w Szpitalu Wojewódzkim w Kielcach

Promotor: dr hab. n. med. Zdzisław Salamon

OBAŁEK SŁAWOMIR: „Badania odczynowości komórkowej u chorych z zakażeniami skóry wywołanymi przez wirusy z grupy papilioma (HPV)” — 12. XI. 1980 r.

Wykonano w Klinice Dermatologicznej AM

Promotor: prof. dr hab. Stefania Jabłońska

PIETRZAK KAZIMIERZ: „Charakterystyka kliniczna chorych a obraz morfologiczny nadżerki szyjki macicy i bezpośrednie wyniki jej leczenia elektrokoagulacją” — 23. V. 1979 r.

Wykonano w Instytucie Ginekologii i Położnictwa AM

Promotor: doc. dr hab. med. Józef Szamborski

PIOWIERTOWSKA—REZMER MAŁGORZATA: „Immunochemiczne właściwości monoklonalnych I_pC ” — 28. XI. 1979 r.

Wykonano w Instytucie Hematologii w Warszawie

Promotor: doc. dr hab. Jarosław Snigurowicz

MIEDZIŃSKA—SZADKOWSKA EWA: „Porównanie wydzielania insuliny w różnych postaciach cukrzycy pod wpływem glukozy i argininy” — 10. XII. 1980 r.

Wykonano w Klinice Gastroenterologii i Chorób Przemiany Materii

Promotor: doc. dr hab. med. January Ławecki

SKIBIŃSKA IRENA: „Badanie wpływu glikozoeminoglikanów na aktywność lipazy lipoproteidowej w tkankach szczura” — 7. XI. 1979 r.

Wykonano w Instytucie Przemysłu Farmaceutycznego w Warszawie
Promotor: prof. dr Jerzy Kawiak

SZREJER KRZYSZTOF: „Wpływ 1-alfa-hydroksycholekalcyferolu na tkankę kostną psów z niedoborem witaminy D” — 7. XI 1979 r.

Wykonano w Instytucie Chorób Wewnętrznych AM
Promotor: prof. dr hab. Alfred Siciński

SZWED HANNA: „Stymulacja komór serca elektrodą przetykową w postępowaniu reanimacyjnym” — 22. X. 1980 r.

Wykonano w Instytucie Chorób Wewnętrznych AM
Promotor: prof. dr hab. med. Tadeusz Kraska

ŚLIWONIK—JANECZKO DANUTA: „Uwarunkowania białkomoczu u chorych na cukrzycę” — 9. IV. 1980 r.

Wykonano w Klinice Gastroenterologii i Chorób Przemiany Materii
Promotor: prof. dr hab. med. Artur Czyżyk

SRÓDKA ANDRZEJ: „Udział esteraz cholinowych w powstawaniu stressowych wrzodów żołądka u szczurów” — 28. XI. 1979 r.

Wykonano w Instytucie Nauk Fizjologicznych AM
Promotor: prof. dr hab. Zbigniew Kaleta

TOŁŁOCZKO IWONA: „Zaburzenia przemiany wapniowo-fosforowej w prze-wlekłej niewydolności nerek u dzieci” — 9. I. 1980 r.

Wykonano w Instytucie Pediatrii AM
Promotor: doc. dr hab. med. Maria Sieniawska

WASILEWSKA ANNA TERESA: „Charakterystyka oddziaływań między błonowym receptorem hormonu tyreotropowego a immunoglobulinami stymulującymi czynność tarczycy” — 28. XI. 1979 r.

Wykonano w Instytucie Hematologii
Promotor: prof. dr hab. n. med. Janusz Nauman

WÓJCIK—MAZUROWSKA LIDIA: „Badania okulosfigmograficzne w asymetrii przepływu krwi w tętnicach szyjnych bazyjnych” — 20. II. 1980 r.

Wykonano w Centralnym Szpitalu Klinicznym AM
Promotor: prof. dr hab. Zofia Falkowska

WOJTULEWICZ—POTOCKA KRYSZYNA: „Częstość występowania anomalii układu kostnego rąk i stóp u dzieci chorych na białaczkę” — 28. V. 1980 r.

Wykonano w Instytucie Pediatrii AM
Promotor: doc. dr hab. med. Stefan Winnicki

WIEWIÓRSKA TERESA: „Ocena sprawności rozpoznawania raka krtani na terenie regionu rzeszowskiego” — 11. VI. 1980 r.

Wykonano w Zespólnym Szpitalu w Rzeszowie
Promotor: doc. dr hab. med. G. Janczewski

ZUKOWSKA—GRÓJEC ZOFIA: „Zachowanie się noradrenaliny, 3-metoksy-4-hydroksyfenyloglikolu i 3,4, -dwohydroksyfenyloglikolu w mózgu szczurów z genetycznie uwarunkowanym nadciśnieniem” — 7. XI. 1979 r.

Wykonano w Instytucie Chorób Wewnętrznych AM
Promotor: dr hab. Bożena Wocial

II. DOKTORA NAUK MEDYCZNYCH NADANYCH UCHWAŁĄ RADY II WYDZIAŁU LEKARSKIEGO WAM

BIRO EWA: „Zaburzenia gospodarki węglowodanowej w ostrej fazie zawału serca i rekonwalescencji” — 29. XI. 1978 r.

Wykonano w Szpitalu Grochowskim w Warszawie
Promotor: doc. dr hab. Jerzy Kuch

GORYŃ STANISŁAW: „Rentgenodiagnostyka zmian pourazowych kości skroniowej” — 6. 06. 1979 r.

Wykonano w Centralnym Szpitalu Klinicznym AM
Promotor: prof. dr hab. Ryszard Rajszyś

JANICKI PIOTR KAZIMIERZ: „Udział struktur jądra ogoniastego w mechanizmach działania elektrofizjologicznego narkotycznych leków przeciwbólowych” — 21. 05. 1980 r.

Wykonano w Instytucie Nauk Fizjologicznych AM
Promotor: doc. dr hab. Witold Gumułka

MIERZWIŃSKI ROGER: „Stężenia żelaza w surowicy krwi w tkankach mięśnia i mięśniaka u kobiet chorych na mięśniaki macicy” — 24. X. 1979 r.

Wykonano w Zarządzie Służby Zdrowia i Spraw Socjalnych w Bydgoszczy
Promotor: doc. dr hab. Janusz Kretowicz

ROSZKOWSKI PIOTR IRENEUSZ: „Wpływ O-izopropoksyfenylo-N-metylokarbominianu/propoksur/na cykl estralny, przebieg ciąży i potomstwa szczura” — 28. 06. 1978 r.

Wykonano w Instytucie Położnictwa i Ginekologii AM
Promotor: doc. dr hab. Michał Troszczyński

STECKIEWICZ WŁADYSŁAW: „Analiza przyczyn zgonów noworodków i niemowląt z niską wagą urodzeniową na terenie Zespołu Opieki Zdrowotnej w Płocku w latach 1970—1976” — 1. 03. 1978 r.

Wykonano w Zespole Opieki Zdrowotnej w Płocku
Promotor: doc. dr hab. M. Głowacka-Ruszczak

WAŚKOWSKI ANTONI: „Ocena wyników leczenia złamań otwartych goleni” — 2. 06. 1976 r.

Wykonano w Szpitalu Chirurgii Urazowej ZOZ Warszawa-Ochota
Promotor: prof. dr hab. Witold Szulc

III. DOKTORA NAUK FARMACEUTYCZNYCH NADANYCH UCHWAŁĄ RADY WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO

BALICKA ELIZA: „Synteza kwasów — α -5-hydroksy-9-metoksy-7H-furo [3,2-g] [1] benzopiran-7-on-4-[oksy] -alkanokarboksylowych i ich pochodnych o spodziewanym działaniu farmakologicznym” — 21. V. 1980 r.

Wykonano w Zakładzie Chemii Ogólnej AM

GRADOWSKA-OLSZEWSKA IWONA: „Wpływ insektycydów fosforoorganicznych na równowagę fizjologiczną androgenów w ustroju szczura” — 27. IX. 1979 r. Wykonano w Zakładzie Chemii Toksykologicznej AM

GOLDNIK ANNA: „Wyodrębnianie L-hydroksyproliny, L-proliny, L-tryptofanu, L-lizyny i L-argininy z hydrolizatu białka odpadowego” — 30. IX. 1980 r. Wykonano w Samodzielnej Pracowni Analizy Leków AM

JABŁOŃSKA JOANNA: „Wpływ zatruc insektycydami z grupy pochodnych kwasu karbaminowego na poziom i równowagę amin katecholowych ustroju szczura” — 20. II. 1980 r. Wykonano w Zakładzie Chemii Toksykologicznej AM

JAKUBOWSKI JAN: „Synteza niektórych kwasów i-aryloilo — 2-metylo 5-metoksy — 3-indoliloctowych oraz ich amidów” — 5. XI. 1980 r. Wykonano w Akademii Wychowania Fizycznego

KMIOTEK RYSZARD: „Syntezy niektórych 3-podstawionych pochodnych 8-alkilo-8-azabicyklo 3.2.1 oktanu” — 23. IV. 1980 r. Wykonano w Zakładzie Technologii Chemicznej Środków Leczniczych AM

KOTER ZBIGNIEW: „Wpływ etanolu i kofeiny na tolerowanie ostrego niedotlenienia wysokościowego” — 20. II. 1980 r. Wykonano w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej

LESZCZYŃSKA BARBARA: „Synteza 3-) (4-acylopiperazyńnylo-1)-iminometylo-ryfamycyn SV, związków o spodziewanym działaniu przeciwgruźliczym” — 25. VI. 1980 r. Wykonano w Samodzielnej Pracowni Biosyntezy Leków AM

MACIEJEWSKA DOROTA-EWA: „Badanie tautometrii 2-aryloazoimidazoli oraz ich aktywności biologicznej” — 21. X. 1980 r. Wykonano w Zakładzie Chemii Fizycznej AM

MAZUR JOLANTA: „Synteza 4,4-dimetylofosfondyny oraz kwasu (4,9-dimetylo-2H-furo (2,3-h) — (1)-benzopyran-2-on-6-oksyo)-octowego i jego pochodnych o spodziewanym działaniu spazmolitycznym” — 21. V. 1980 r. Wykonano w Zakładzie Chemii Ogólnej AM

MŚCICKA MAŁGORZATA: „Synteza niektórych N-podstawionych pochodnych 4-amino-1-butylpiperydyny o spodziewanym działaniu farmakologicznym” — 30. IX. 1980 r. Wykonano w Zakładzie Technologii Chemicznej Środków Leczniczych AM

NARTOWSKA JADWIGA: „Związki sterydowe korzeni i kłączy konwalii majowej (*Convallaria majalis* L.) — 30. IX. 1980 r. Wykonano w Zakładzie Farmakognozji AM

PROKOPIENKO GRAŻYNA: „Pochodne aminokwasów o spodziewanej czynności antycholinergicznnej” — 28. IX. 1979 r. Wykonano w Zakładzie Chemii Organicznej AM

RAFALSKA BOŻENNA: „Pochodne fenolokwasów o spodziewanej czynności antycholinergiczej” — 28.IX. 1979 r.

Wykonano w Zakładzie Chemii Organicznej AM

ROSTAFIŃSKA BARBARA: „Synteza i badania związków chemicznych pochodnych 2,4-dwupodstawionej-pirydyny o spodziewanym działaniu biologicznym” — 23. IV. 1980 r.

Wykonano w Instytucie Przemysłu Farmaceutycznego

SKALSKA-HILGIER ELŻBIETA: „Metabolizm cukrowy i białkowy szczura po zatruciu furfurałem” — 20. II. 1980 r.

Wykonano w Zakładzie Biochemii AM

SULIŃSKI ANDRZEJ: „Wybrane elementy metabolizmu aminokwasowych pochodnych 4-aminoantypiryny u szczura” — 25. VI. 1980 r.

Wykonano w Zakładzie Metabolizmu Leków AM

SUCHOCKI PIOTR: „Ustalenie warunków wyodrębniania aminokwasów z hydrolizatów białkowych z zastosowaniem kwasów arylosulfonowych” — 23. IV. 1980 r.

Wykonano w Samodzielnej Pracowni Analizy Leków AM

SZCZEPANIK ZDZISŁAWA: „Wpływ kwasu 3,5 dwubromosalicylohydroksamowego na składniki lipidowe i glikemię małych zwierząt laboratoryjnych (szczur i królik)” — 28. IX. 1979 r.

Wykonano w I Klinice Chorób Wewnętrznych AM

TOKARZ ANDRZEJ: „Badania nad aktywnością przeciwutleniającą wątroby i krwi szczurów, narażonych na działanie niektórych związków chemicznych, występujących w przemyśle petrochemicznym” — 30. IX. 1980 r.

Wykonano w Zakładzie Bromatologii AM

WASILEWSKA HELENA: „Badanie nad wchłanianiem wapnia w jelicie szczura, w następstwie zatrucia wybranymi insektycydami metylokarbaminianami — 18. X. 1979 r.

WOJCIECHOWSKA MARIA: „Badanie wpływu elektrono-donorów i elektrono-akceptorów na zmianę położenia równowag tautometrycznych w roztworach — 21. V. 1980r.

Wykonano w Zakładzie Chemii Fizycznej AM

**IV. DOKTORA HABILITOWANEGO NAUK MEDYCZNYCH NADANYCH
PRZEZ RADĘ I WYDZIAŁU LEKARSKIEGO I ZATWIERDZONYCH
PRZEZ CENTRALNE KOMISJE KWALIFIKACYJNE DS. KADR NAUKOWYCH
PRZY PREZESIE RADY MINISTRÓW**

DOMAŃSKA-JANCZEWSKA ELŻBIETA: „Czynniki determinujące ciężar urodzeniowy płodu ludzkiego” — 7. XI. 1979 r.

Wykonano w Instytucie Położnictwa i Ginekologii AM

GRADOWSKA LILIANA: „Wydzielanie jonu wodorowego przez przeszczepioną nerkę” — 20. II. 1980 r.

Wykonano w Klinice Chorób Wewnętrznych AM

CHOWANIEC OLENA: „Badania nad histogenezą tłuszczycy” 28. V. 1980 r.
Wykonano w Klinice Dermatologicznej AM

IWANOWSKI LECH: „Rola zmian w naczyniach i w splocie naczyńiówkowym w procesie starzenia się mózgu” — 11. V. 1980 r.
Wykonano w Centrum Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN w W-wie

JAKÓBISIAK MAREK: „Immunoterapi wysiękowego raka Ehrlicha (WRE)”
— 23. IV. 1980 r.
Wykonano w Instytucie Biostruktury AM

LEYDO RYSZARD: „Wpływ wzmożonego nacisku na staw biodrowy w doświadczeniach na zwierzętach” — 9. IV. 1980 r.
Wykonano w Szpitalu w Kielcach

POŁEĆ ROMAN: „Badania morfologiczne i czynnościowe górnego odcinka przewodu pokarmowego u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek” — 26. 03. 1980 r.
Wykonano w Instytucie Chorób Wewnętrznych AM

ROWIŃSKI JAN: „Biomedyczne zastosowania ilościowej analizy obrazu chromatyny jądrów komórkowych” — 14. V. 1980 r.
Wykonano w Instytucie Biostruktury AM

STACHÓW ALEKSANDER: „Rola przemiany tryptofanu w patogenezie twarżyny i stanów rzekomotwardzinowych” — 9. I. 1980 r.
Wykonano w Klinice Dermatologicznej AM

SZULCZYK PAWEŁ: „Badania nad organizacją czynnościową układu współczulnego” — 23. 01. 1980 r.
Wykonano w Instytucie Nauk Fizjologicznych AM

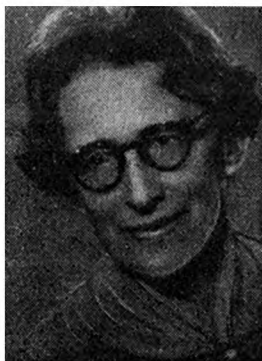
**V. DOKTORA HABILITOWANEGO NAUK MEDYCZNYCH NADANYCH
PRZEZ RADĘ II WYDZIAŁU LEKARSKIEGO I ZATWIERDZONYCH
PRZEZ CENTRALNE KOMISJE KWALIFIKACYJNE DS. KADR NAUKOWYCH
PRZY PREZESIE RADY MINISTRÓW**

NIEDZIÓŁKA JERZY: „Zmiany rzutu środka ciężkości w płaszczyźnie czołowej w chorobach biodra” — 20. 02. 1980 r.
Wykonano w Szpitalu Kolejowym w Warszawie

WÓJCICKA JANINA: „Wpływ niektórych chorób i czynników na metabolizm energetyczny erytrocytów kobiet podczas ciąży i porodu — 6. 06. 1979 r.
Wykonano w II Klinice Położnictwa i Chorób Kobięcych

WERMEŃSKI KAMIL: „Znaczenie angiokardiografii w rozpoznawaniu wrodzonych wad serca spowodowanych zaburzeniami rozwoju cewy opuszkowo komorowej” — 6. 06. 1979 r.
Wykonano w Centrum Zdrowia Dziecka

CI, KTÓRZY ODESZLI...



IRENA KOZARSKA — BIBLIOTEKARZ I PEDAGOG
(1913—1981)

Dnia 27 marca 1981 r. zmarła w Warszawie w wieku 68 lat długoletnia zasłużona bibliotekarka Biblioteki Głównej Warszawskiej Akademii Medycznej w latach 1951—1974, emerytowany starszy kustosz dyplomowany — mgr Irena Kozarska.

Urodziła się 18 czerwca 1913 r. w Siedlcach, w rodzinie inteligenckiej, jako jedyna córka Zygmunta Romualda Michałowskiego i Jadwigi Wandy z Barszczewskich. Naukę w szkole powszechnej zdobywała w Warszawie dokąd przeniosła się wraz z rodzicami w 1920 r. Tutaj też uczęszczała do 8-klasowego Państwowego Żeńskiego Gimnazjum im. M. Konopnickiej (przełożoną szkoły była Jej matka), które ukończyła w 1929 r. W tymże roku wstąpiła na Wydział Humanistyczny Uniwersytetu Warszawskiego, gdzie studiowała historię. Uczelnię ukończyła w 1934 r., uzyskując dyplom magistra filozofii na podstawie pracy o „Elekcji Jana Kazimierza”.

W czasie edukacji uniwersyteckiej mgr I. Kozarska ukończyła kurs bibliotekarski przy Centralnej Bibliotece Wojskowej (1930), którego wykładowcami byli tej miary bibliotekarze co Marian Łodyński i Jan Niezgoda. W CBW odbyła też bezpłatną czteromiesięczną praktykę biblioteczną, katalogując zbiory rapperswilskie — w pracy tej miała możliwość wykorzystać swą wiedzę historyczną. Pragnąc pogłębić wiadomości, ukończyła następnie kurs archiwalny przy Archiwum Akt Dawnych oraz Studium Pedagogiczne UW. Po odbyciu teoretycznych i praktycznych studiów pedagogicznych poddała się państwowemu egzaminowi na nauczyciela szkół średnich (16. X. 1935 r.) i zdała go z wynikiem bardzo dobrym, uzyskując „kwalifikacje zawodowe do nauczania historii, jako przedmiotu głównego, w szkołach średnich ogólnokształcących i seminariach nauczycielskich państwowych i prywatnych, w języku wykładowym polskim”.

W 1932 r. I. Kozarska podjęła pracę zawodową. Początkowo prowadziła przez okres dwóch lat bibliotekę pedagogiczną dla kursów pedagogicznych Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego na Tłomackiem, a następnie od 1934 r. do wybuchu 2. wojny światowej pracowała jako nauczycielka w Państwowym Gimnazjum im. N. Żmichowskiej. Nie zerwała jednakże więzów z bibliotekarstwem, sprawując opiekę nad biblioteką historyczną szkoły.

W okresie okupacji hitlerowskiej uczy w szkole handlowej T. Raczkowskiej oraz na kursach dla handlowców. 25 października 1941 r. zawarła związek małżeński ze Stanisławem Kozarskim i przenieśli się do Lubienia (wojew. piotrkowski), gdzie był zatrudniony Jej mąż. W latach 1946—1951 zamieszkała z rodziną w Skarszewie (woj. śląskie), skąd wróciła po latach do stolicy.

8 września 1951 r. rozpoczęła pracę w Bibliotece Głównej Warszawskiej Akademii Medycznej, przechodząc kolejne szczeble bibliotekarskiej hierarchii służbowej: bibliotekarza, st. bibliotekarza i kustosa, piastując jednocześnie stanowisko kierownika działu opracowania zbiorów. Komisja Egzaminacyjna dla Bibliotekarzy Dyplomowanych przy Ministrze Szkolnictwa Wyższego po zapoznaniu się z dorobkiem zawodowym, organizacyjnym i dydaktycznym I. Kozarskiej w zakresie bibliotekarstwa uznała w dniu 20 listopada 1968 r. Jej kwalifikacje za równorzędne ze złożeniem egzaminu na stanowisko bibliotekarza dyplomowanego. W wyniku tego mianowana została z dn. 1 stycznia 1969 r. starszym kustoszem dyplomowanym, osiągając w ten sposób wyżyny kariery w zawodzie bibliotekarskim. Z dn. 1 stycznia 1973 r. została powołana na stanowisko z-cy dyrektora Biblioteki Głównej Akademii Medycznej, które piastowała do dnia przejścia na emeryturę w dniu 1 października 1974 r.

Dyr. Irena Kozarska w ciągu prawie ćwiećwiekowej pracy w Bibliotece Głównej Warszawskiej Akademii Medycznej położyła duże zasługi w dziedzinie opracowania zbiorów księżnicy tej największej uczelni medycznej w kraju. Kierując opracowaniem druków zwartych i czuwając nad powstawaniem katalogu przedmiotowego, z troską zabiegała o najszerze udostępnianie zgromadzonych materiałów. Z Jej to inicjatywy zaczęto wydawać przegląd zawartości najważniejszych zagranicznych czasopism medycznych znajdujących się w zbiorach BG WAM. Na uwagę zasługuje również Jej wkład w prowadzenie przysposobienia bibliotecznego dla studentów naszej Uczelni oraz aktywny udział w szkoleniu młodych adeptów zawodu i zabiegi o permanentne podnoszenie kwalifikacji przez wszystkich pracowników Biblioteki.

Trud bibliotekarski mgr Kozarskiej w Warszawskiej Akademii Medycznej wysoko ceniono. Świadectwem tego były nagrody pieniężne i dyplomy uznania wręczone Jej przez kolejnych rektorów oraz odznaczenia państwowe i resortowe. Szacunek i autorytet przełożonych i podwładnych jednała sobie wysokimi kwalifikacjami zawodowymi, dobrą znajomością kilku języków obcych, dużą kulturą osobistą oraz młodzieńczym zapałem i energią, które nie opuściły Jej nawet po przejściu na emeryturę.

Z urodzenia społeczniczka brała aktywny udział w życiu społecznym Akademii, pełniąc przez wiele lat funkcję sekretarza Komitetu Zakładowego Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia. Za swój wkład pracy w bibliotekarstwo i działalność społeczną została odznaczona: Brązową „Oznaką Odbudowy Warszawy” (1960), Oznaką „Za wzorową Pracę w Służbie Zdrowia” (1964), Srebrną „Oznaką Związkową” (1967), Srebrnym „Krzyżem Zasługi” (1970), Oznaką Tysiąclecia, Złotą „Oznaką Związkową” (1971) i Złotym Krzyżem Zasługi (1974). Odeszła w sile wieku ulegając chorobie, w walce z którą medycyna w innych przypadkach wychodziła zwycięsko. W poniedziałek 30 marca 1981 r. o godzinie 9-tej mały powązkowski kościół św. Karola Boromeusza wypełnili Jej wychowankowie, uczniowie, współtowarzysze pracy i znajomi. Nad otwartą mogiłą pożegnali Zmarłą: prorektor AM prof. dr hab. L. Kryst — w imieniu władz Uczelni i mgr H. Bojczuk — w imieniu pracowników Biblioteki.

Pamięć o Niej, wśród tych z którymi pracowała pozostanie na zawsze żywym i serdecznym wspomnieniem.

dr n. hum. *Janusz Kapuścik*
dyrektor Biblioteki Głównej WAM



Recenzje

TWÓRCZA OBECNOŚĆ CHORYCH

Krystyna Osińska

Instytut Wydawniczy „PAX” — Warszawa 1980

Wyd. I, nakład 10 tys. egz. str. 192, cena 35 zł.

Autorka prezentowanej tu książki jest lekarzem, specjalistą w zakresie chorób płuc i psychiatrii. Należy do pokolenia dziewcząt z „Szarych Szeregów” AK, była studentką „Tajnej Medycyny”, brała udział w Powstaniu Warszawskim. Studia ukończyła po wojnie i już w 1952 r. uzyskała stopień doktora medycyny.

Zarówno więc przeżycia Autorki, bogatsze od innych, doświadczenie życiowe, osiągnięte dzięki „wyostrzonym” przez walkę konspiracyjną zmysłom, jak i jej zainteresowania naukowe, zawodowe i społeczne legły u podłoża tej oryginalnej i odkrywczej pracy.

Właśnie dziś, gdy całemu społeczeństwu daje się odczuć obniżenie humanistycznych podstaw kształconych aktualnie lekarzy praca dr hab. med. K. Osińskiej ma znaczenie dużej wagi. „Twórcza obecność ludzi chorych we wspólnocie ludzkiej domaga się ujawnienia, zaakceptowania — zajęcia stanowiska” — pisze w przedmowie Autorka. Książka jest więc próbą wydobycia na jaw faktu, że ludzie chorzy wnoszą również pewne wartości do wspólnoty społecznej. Jako recenzenta „M-D-W” obowiązują mnie kryteria przydatności treści pod kątem wymagań profilu czasopisma. Od razu więc należy zaznaczyć, że intencją Wydawcy było przeznaczenie książki nie tyle dla środowiska lekarskiego a dla samych chorych i ich najbliższych. Ale omówione tu przykłady twórczych postaw chorych mają wpływ na kształtowanie postaw humanistycznych lekarzy. Należy zgodzić się z autorką, że umiejętne (dobre) przeżycie choroby jest wartością mobilizującą w kierunku postaw twórczych, jest egzaminem decydującym o postawie twórczej, ale że jest ona darem, łaską czy szansą jest to stwierdzeniem szokującym. Najbardziej pożądane jest świadome przeżywanie własnej choroby z akceptacją pozytywną — w dążeniu do wyzdrowienia. Przykładem takich postaw byli „ranni, którzy przetrwali bez odpowiedniej pomocy sanitarno-lekarskiej wiele tygodni w powstańczej Warszawie” — pisze autorka. U każdego, ta sama nawet choroba przebiega inaczej. Stąd nie ma ustalonych schematów chorowania ani leczenia — stwierdza dr K. Osińska. Stosowanie więc schematów leczenia przez służbę zdrowia, bez indywidualizacji może nie tylko paraliżować działanie lecznicze (skutki leczenia), ale nawet pogłębić i wiksłać chorobę.

Ważną a może nawet najistotniejszą rolę lekarzy w ostatnim etapie choroby swoich pacjentów jest wpływanie na uwolnienie chorych od uzależnień a tym samym i od postaw egoistycznych. Wśród takich umięjących chorować nie rzadko można spotkać ludzi o osobowości heroicznej. Konkretnymi wzorcami osobo-

wymi takich chorvch byli np. Krzysztof Kamil B a c z y ń s k i, Helena Keller, Denise Legroix, Franklin Roosevelt. Ich przeżycia chorobowe wytworzyły w nich trwałe postawy życiowe.

W dalszym ciągu mamy scharakteryzowanych chorych o postawach twórczych i egoistycznych. Rozdział VI zatytułowany: „Człowiek chory a wspólnota ludzka” — omawia relacje chorych ze światopoglądem katolickim, problemami kraju, narodu, rodziny i środowiska zawodowego. Autorka wskazuje przy tym niebezpieczeństwo kultu produktyjności w naszym kraju; tzw. rehabilitacja chorych zmierzająca głównie do przyuczenia zawodowego, przytępia umysł np. zgrzewanie czy klejenie torebek, miast wyzwalać inicjatywy twórcze. *„Kult produktyjności niesie ze sobą konieczność uznania wartości materialnych za najważniejsze, co wiedzie do konformizmu — stwierdza dr K. Osińska — konformizm zaś daje w konsekwencji inny kult — kult przeciętności. I wówczas liczy się tylko to, co jest przeciętne, co nie występuje ponad szablon, co mieści się wygodnie w narzuconych ramach. Stąd ustalenie, że mają wartość społeczną tylko tacy ludzie, którzy pasują do wzorca przeciętności. A w kulcie miernoty chory człowiek nie może się zmieścić. Jest inny.* Istotnie życie dostarczyło nam w ostatnich szczególnie latach wiele dowodów, jak reagują ludzie wobec rozszerzającego się konformizmu. A wiedzieć przy tym trzeba, że ludzie chorzy są bardziej wrażliwi na wartości moralne, których na próżno szukać u konformistów, brutalnie idących do sukcesu własnego „siłą przebicia”, oczywiście cudzym kosztem.

U ludzi chorych obserwuje się silniejsze dążenie do uczestnictwa w ładzie i spokoju społecznym niż u ludzi zdrowych a niesprawiedliwość i zakłamanie bolą ich bardziej, niż wywołane chorobą, zjawiska patologiczne. Negatywnie więc na tym tle można ocenić działalność resortu zdrowia w minionym dziesięcioleciu i odnowa jest tutaj nieodzownym czynnikiem.

Mam nieco żalu do Autorki za anonimowe wypowiedzi w rozdziale VII pod adresem ZUS i Komisji ds. Inwalidztwa i Zatrudnienia. Moje w tym względzie opinie różnią się diametralnie. Działalność tych instytucji oceniam pozytywnie.

Rozdział IX — „Człowiek chory — twórca wartości w środowisku pracowników służby zdrowia” zasługuje na szczególną uwagę. Wiele tu mądrych myśli Biegańskiego, Ingardena, Jana Pawła II, Kępińskiego, Kielanowskiego, Szczepańskiego. Szenajcha potwierdzających tezę Autorki, że kultura etyczna jest warunkiem prawidłowego działania pracowników służby zdrowia. I nic lepiej nie definiuje obecnego stanu jak wypowiedź Salmanoffa: *„...Kryzys w medycynie jest logiczną konsekwencją kryzysu cywilizacji. Wówczas gdy drzewo kultury jest chore, każda z gałęzi jest również chora. A przecież medycyna jest jedną z gałęzi kultury”*. Czas już najwyższy zwrócić uwagę na refleksyjną postawę pracowników służby zdrowia. Bo tylko człowiek refleksyjny — myślący, logiczny, bezinteresowny, twórczy gwarantuje prawidłowy układ między chorym a istniejącym światem.

Książkę Krystyny Osińskiej czyta się powoli, może dlatego łatwiej zauważyć na jej stronach liczne usterki językowe, które nie przynoszą splendoru redaktorce wydawnictwa. Używanie wyrazów w cudzysłowach nie wymaga skrótowców tzw. (tzw. maffi, tzw. nietykalnych, tzw. szósty zmysł s. 15): wyraz stres pisze się już przez jedno „s” (s. 16, 17, 131), a związki frazeologiczne z „bezistnieniem”, narastającym ubytkiem, antynormami — są naprawdę brzydką polszczyzną.

R A K

George Mathe, tłum. z francuskiego dr Zofia Gerlach
Instytut Wydawniczy „PAX” — Warszawa 1980
Wyd. I. nakład 10 tys. egz. str. 272, cena 70 zł

Proporcjonalnie do wzrostu zgonów i zachorowań na raka — rośnie we współczesnym społeczeństwie kancerofobia. Nic też dziwnego, że każda publikacja na ten temat, zwłaszcza książkowa, znika szybko z półek księgarń. Jeśli równie szybko zniknęła książka francuskiego onkologa G. Mathe pt. RAK, wielu czytelników doznało rozczarowania. Dlaczego?

Kupując książkę wydaną przez tę oficynę a nie przez PZWL, czytelnik miał prawo spodziewać się dzieła dostępnego dla przeciętnego inteligenta. Tymczasem spotkał się z pracą o niewyrównanym poziomie formy i treści, dla zrozumienia czego wymagany jest spory zakres wiedzy z dziedziny biologii molekularnej, immunologii, fizyki jądrowej, wirusologii, toksykologii i paru innych specjalności medycznych. Nie ułatwia też zrozumienia treści, umieszczony na końcu książki słownik pojęć specjalistycznych, bo jest hermetyczny. Równocześnie rozdziały poświęcone profilaktyce przeciwrakowej, w których autor wymienia liczne czynniki kancerogenne są na poziomie publikacji popularnej dostępnej dla wszystkich. Z niej dopiero wystraszony czytelnik dowiadyuje się, jakim zagrożeniem jest wszystko co go otacza. A więc woda, gleba, powietrze, przemysł i jego produkty uboczne, komunikacja, środowisko pracy a nawet sfera psychiczna.

Zarówno zdanie sobie sprawy z liczby przyczyn i czynników — pisze autor — powodujących lub sprzyjających rozwojowi nowotworów, jak i znajomości wewnętrznych mechanizmów transformacji komórki zdrowej w nowotworową oraz wymykania się jej potomstwa spod kontroli zabezpieczającej, poprzez procesy hamowania lub rozkładu, homeostazę, przekonały nas o różnorodności przyczyn złośliwych nowotworów.

...(—) Czyż więc nie jest zaskakujące, że ekspozycja człowieka na liczne czynniki rakotwórcze może wywołać ilościowo nieprzewidziane ryzyko, nawet jeżeli dokładnie zna się związane z każdym z nich niebezpieczeństwo. Jeden kancerogen może wprowadzić enzymy zdolne zniszczyć inny, co wytworzy zespół dwóch, mniej niebezpieczny niż narażenie się na jeden z nich. Trudność odcięcia się od sumujących się niebezpieczeństw, na jakie mogą być narażeni członkowie społeczności w środowisku przemysłowym zanieczyszczonym oraz znaczny wzrost ryzyka, spowodowanego zachodzącymi połączeniami może w wyniku zsumowania się poszczególnych dawek odegrać rolę rakotwórczą.

Mac Farlane — czytamy w innym miejscu — wykazuje, że nasz system odpornościowy, podobnie jak służba wywiadowcza, spełnia w naszych organizmach, w stosunku do raka „nadzór immunologiczny”. Mimo, że zaletą tej teorii byłaby możliwość uspokojenia tych wszystkich, którzy nadmiernie obawiają się nowo-

tworów, ale trudno nie zapytać dlaczego w obecności tego systemu odpornościowego powstają i rozwijają się nowotwory?

(...) Jeżeli nawet onkolodzy dziś lepiej rozumieją rozwój nowotworów pomimo procesów immunologicznych, które w myśl tych poglądów powinny im we wzroście przeszkodzić, to jednak nie są w stanie wytłumaczyć ich zapoczątkowania.

(...) Ustalono też geografie nowotworów. Najczęściej na światowej mapie występują nowotwory przewodu pokarmowego, a wśród nich najczęstszy jest rak żołądka. Częstość występowania jego przewyższa częstość nowotworów płuca u mężczyzn w Chile, Japonii, Norwegii, Portugalii i Szwecji. Przekracza też częstość nowotworów złośliwych sutka u kobiet w Chile, Japonii, Australii, Finlandii, RFN, Italii i Portugalii.

(...) Socjologia nowotworów, podobnie jak i geografii ich stanowi obiecującą gałąź epidemiologii. I tak wśród klas o wysokim standardzie częściej występują nowotwory odbyticy, gruczołu tarczowego, jelita grubego, nerki, białaczki, a szczególnie rzadkie są nowotwory skóry, warg, kości i ślinianek. W tej materii dość interesująca jest hipoteza, że Egipcjanie już przed wielu laty mogliby zlikwidować raka, stanowiącego w ich kraju powikłanie bilharczozy, gdyby przed modlitwą nie stosowali rytualnych ablucji w strumieniach zanieczyszczonych pasożytami wywołującymi tę chorobę.

Opierając się na dziele „Biopathie du Cancer” Reicha, który stawia hipotezę częstszych przypadków rozwoju raka u osób „odsuniętych od normalnej aktywności seksualnej” G. Mathe pisze, że koncepcja ta nie jest pozbawiona podstaw doświadczalnych, ponieważ odsetek zapadalności na białaczki u szczepu myszy „AkR” obniża się z 90% (jeżeli zwierzęta są izolowane) do 25% jeżeli w klatkach są umieszczone razem 2 samiczki i 1 samiec. Okazuje się, że życiodajne słońce ma również swój udział w karcinogenezie. Otóż amerykański komitet Akademii Nauk promieniom ultrafioletowym słońca przypisywał co najmniej 80% nowotworów skóry oraz 40% czerniaków, występujących u ludności białej. Zauważono, że śmiertelność z powodu czerniaka na obszarze pomiędzy Luizjaną a Karoliną Południową jest wyższa o 75% niż w regionie pomiędzy Waszyngtonem a Minnesotą.

Zasada „nie po to żyć aby jeść”, ma również zastosowanie w profilaktyce przeciwnowotworowej. Nie tylko obawa przed cukrzycą i miażdżycą ale również przed nowotworem powinna skłaniać nas ku diecie uboższej od zalecanych „norm”. Moda zalecająca kobietom szczupłą sylwetkę jest doskonałą profilaktyką raka. Towarzystwa ubezpieczeniowe stwierdziły, że śmiertelność z powodu raka wynosząca 111 na 100 tys. ludności o normalnym ciężarze ciała, podnosi się do 143 u tych, których ciężar ciała przekracza 125% normalnego ciężaru ciała. I tu wiele miejsca autor poświęca omowieniu produktów żywnościowych podejrzanych o działanie rakotwórcze. Konkluzja? Im mniej się je, tym mniejsze ryzyko zachorowania.

Wśród wielu innych czynników rakotwórczych autor wymienia alkohol, papierosy, stresy i ogólną chemizację oraz technizację życia współczesnego.

— *Napisałem tę rozprawę — wyjaśnia autor — aby przyczynić się w jak największym stopniu do walki z rakiem, ponieważ sądzę i pragnę przekonać wszystkich, że nadeszła godzina, kiedy można i winno się rozpocząć dzieło likwidacji i „wykorzenia” tej plagi. Zwycięstwo jest możliwe, a walka nie potrwa dłużej niż przez najbliższe ćwierćwiecze: specjaliści z dziedziny planowania obiecują, że w roku 2000 będzie można wyleczyć z choroby nowotworowej 70% pacjentów.*

W posłowie dr Mathe przypomina swoją rozmowę z generałem de Gaulle.

który spytał go, czy we Francji jakiś rodzaj nowotworów złośliwych występuje szczególnie często?

— *Rak przetyku* — odpowiedziałem — *szczególnie w okręgach słynących ze znacznego spożycia alkoholu.*

Wyciągnął stąd wniosek, że Francuzom niełatwo będzie odebrać ten „złoty medal” i że sama znajomość przyczyn choroby nie wystarcza, aby im przeciwdziałać. Czy — spytał mnie — skierowanie naszego wysiłku badawczego na wykrycie jakiejś szczepionki nie byłoby skuteczniejsze i mniej kosztowne?

Wyraziłem przekonanie, że pierwiej wyleczymy 3/4 nowotworów, zanim dzięki środkom „profilaktyki” ograniczymy o 1/4 już doskonale znane i stale zwiększające się czynniki rakotwórcze. Dziś dzięki zastosowanemu leczeniu żyje 400 tys. Francuzów.

— Czy są naprawdę wyleczeni? — spytał generał.

— Czy można wyleczyć się z tej dziwnej choroby, jaką jest życie?

* * *

Na tej filozoficznej refleksji mogłabym zakończyć prezentację omawianej książki i w ten sposób uniknąć odpowiedzialności za jej obiektywną ocenę. Mimo zastrzeżeń powiedzianych na wstępie należy wyrazić uznanie dla rzetelnego ładunku wiedzy zawartej w tej pracy. Na uznanie zasługuje również tłumaczka. Ale... niestety zapomniano o korekcie stylistycznej niewątpliwie obniżającej ogólną wartość książki, którą mimo to należałoby zalecać, jako lekturę pożyteczną studentom ostatnich lat medycyny.

Izabella Szenkowa

Nowe leki węgierskie

Od ponad 20 lat firma MEDIMPEX z Budapesztu w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Zjednoczeniem P.Z.F. „CEFARM” organizuje sympozja naukowe na temat wartości terapeutycznych nowych leków produkcji węgierskiej wprowadzonych do naszego lecznictwa. Ponieważ uczestnikami tych spotkań są głównie farmaceuci — przedstawiciele przedsiębiorstw zaopatrzenia farmaceutycznego z całej Polski — czujemy się w obowiązku poinformować o treści ich również lekarzy.

Tematem sympozjum, które odbyło się 26 lutego br. w Warszawie była ocena kliniczna dokonana przez polskich oraz węgierskich klinicystów niżej wymienionych preparatów i na tej podstawie ostatnio dopuszczonych do obrotu w Polsce. Są to następujące środki mające zastosowanie w następujących chorobach: **IMAP** — preparat o przedłużonym działaniu w psychozach schizofrenicznych. **TREMBLEX** — działa przeciw chorobie Parkinsona. **CLOSTILBEGYT** — w chorobach kobiecych (wywołuje jajczkowanie). **GRAMURIN** — chemioterapeutyk dróg moczowych stosowany w pediatrii. **BRULAMYCYNA** — antybiotyk o szerokim zakresie działania, głównie w zakażeniach drobnoustrojami gram-ujemnymi.

I. Sz.

CONTENTS

EDITORIAL	193
<i>Elżbieta Łapińska</i>	
The Influence of Academic Teacher's Personality upon Medical Students (A Voice about the Conference)	194
<i>Józef Hornowski</i>	
The History of Chambers of Physicians in Poland	198
<i>Aleksander Drygas</i>	
The History of Health Protection Legislation	207
<i>Urszula Włodarczyk</i>	
Problems of Occupational Orientation	221
<i>Leszek Tomaszewski, Liliana Konarska, Andrzej Tomaszewski</i>	
Motives of Taking Up Pharmaceutical Studies	231
<i>Jerzy Celma-Panek</i>	
Federation with Universities Means Humanization of Medicine — an Interview with Professor Józef Heller	239
<i>Miron Paciorkiewicz</i>	
Our Eminent Scientists: Professor Jan Szmurło	247
<i>Halina Dusińska</i>	
Dr Karol Mitkiewicz — A Physician Social Activist	255
CHRONICLE: Jubilee Ceremony, Conferment of Doctors's Degrees — Appointments of Professors — 17th National Competition of Master's Theses in Pharmacy — New Appointments — A Conference of Specialists in Hygiene of the Polish Academies of Physical Training — 20th Rectors Cup Swimming Competition at Warsaw Medical School	260
<i>Elżbieta Jackiewicz-Lewandowska, Urszula Mach</i>	
Awarded Master's Theses	271
LIST OF ACADEMIC DEGREES	274
OBITUARY: Irena Kozarska M. Sc.	282
REVIEWS:	284
<i>Jerzy Celma-Panek</i> — „Twórcza obecność chorych” (Creative Presence of the Patient) by Krystyna Osińska	
<i>Izabella Szenkowa</i> — „Dossier cancer” by G. Mathé	

KOLEGIUM REDAKCYJNE

Redaktor naczelny

prof. dr hab. med. BOGDAN KAMIŃSKI

Sekretarz redakcji i redaktor techniczny

mgr JERZY CELMA-PANEK

Redaktorzy działów:

doc. dr hab. farm. BOŻENA GUTKOWSKA

dr n. hum. JANUSZ KAPUŚCIK

Członkowie:

doc. dr hab. ANDRZEJ BUDKIEWICZ, dr hab. ANDRZEJ KARWOWSKI

doc. dr hab. JAN KOPCZYŃSKI, prof. dr hab. WIESŁAW TYSAROWSKI

Korekta

MAŁGORZATA STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI

00-105 Warszawa, ul. Twarda 6

Administracja i Sekretariat Redakcji czynne:
wtorki i czwartki w godz. 9—15

telefony:

Redaktor naczelny: 21-73-05

Sekretarz redakcji: 20-81-44; 35-55-32

WYDAWCA: AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE
02-032 Warszawa, ul. Filtrowa 30

WARUNKI PRENUMERATY

Cena prenumeraty rocznej 120.— zł od 1. I. 1982 r.

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.

Nr indeksu: 36573
ISSN 0137-6543

Cena egz. 30.— zł