

ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN—POLONIA

VOL. XXXV, 48

SECTIO D

1980

Zakład Organizacji Pracy Pielęgniarskiej. Akademia Medyczna w Lublinie
P. o. kierownika: dr n. hum. Helena Szymańska

Helena SZYMAŃSKA

**Ocena poziomu opieki pielęgniarskiej chorych hospitalizowanych.
Część II***

Оценка уровня опеки среднего медицинского персонала госпитализированных
больных. Часть II

An Evaluation of the Quality of the Nursing Care of the Hospitalized Patients.
Part II

Niezmierne istotną funkcją pielęgnowania chorych jest opieka psychospołeczna. Choroba i hospitalizacja bowiem są czynnikami, które wzmacniają siłę jednych potrzeb, gaszą inne, zwykle jednak utrudniają normalne ich zaspokojenie. Choroba powoduje zmiany biologiczne w organizmie, np. ograniczenie czynności życiowych i wydolności, powstanie dolegliwości. Hospitalizacja łączy się ze zmianą środowiska, dotychczasowego trybu życia, przyzwyczajzeń, utratą bezpośredniej więzi z rodziną i najbliższymi osobami, koniecznością podporządkowania się wymogom szpitalnym. To wszystko wywiera istotny wpływ na procesy psychiczne ludzi chorych oraz na sferę ich uczuć. Zachwianiu zwykle ulega poczucie bezpieczeństwa, ujawnia się lęk przed cierpieniem, niepokój o zdrowie, strach przed nieznanym, rozdrażnienie. Z tych przyczyn konieczna jest opieka psychospołeczna nad chorymi w okresie hospitalizacji, choć jej wyodrębnienie jest czysto teoretyczne. Praktycznie opieka psychospołeczna winna i może być skutecznie realizowana w trakcie działalności instrumentalnej.

Treść opieki psychospołecznej sprowadza się do poprawienia i podnoszenia stanu psychicznego pacjenta poprzez m.in.: ułatwienie wejścia do nowej grupy społecznej chorych i personelu, zapewnienie kontaktów z rodziną oraz bliskimi osobami, zainteresowanie problemami zdrowotnymi i zawodowymi, a także rodzinnymi chorego, szanowanie godności osobistej itp.

* Metody i materiał takie jak w Części I.

WYNIKI

Między personelem a chorym dominują formalno-rzeczowe stosunki, natomiast wszystko to, co dotyczy ekspresyjnej funkcji pielęgnowania, osiąga minimalny poziom. W pracy obserwowanych pielęgniarek nie dość jest współczucia, ciepła, delikatności, zrozumienia, głębokiego zainteresowania. Chorych zwykle nie wprowadza się do oddziału i do zespołu pacjentów przebywających w tej samej sali (tab. 1, poz. 1), a także nie udziela się im niezbędnych wyjaśnień, nie zapoznaje się z rozkładem dnia i oddziału. Chorzy objęci badaniem, w 90,2% nie znają nazwisk leczących ich lekarzy ani oddziałowych (tab. 1, poz. 2). Dlatego chorzy pragną zdobyć wiadomości z innych źródeł, najczęściej od pacjentów dłużej przebywających w oddziale, zwykle niewłaściwie komentujących przebieg badań, leczenia, przewidywane prognozy, przez co stwarzających dodatkowe sytuacje stressowe. Pielęgniarki nie podejmują odpowiednich kroków, które prowadziłyby do możliwie bezkonfliktowego przystosowania się pacjentów do nowej sytuacji.

Personel pielęgniarski nie tworzy atmosfery zachęcającej do wypowiedziania przez chorych swoich trosk, kłopotów, obaw związanych z chorobą (tab. 1, poz. 4, 5). Brak sposobności przekazania komukolwiek odczuwanych przeżyć zwiększa u pacjentów lęk, niepokój oraz jest dodatkowym źródłem dręczącego poczucia osamotnienia i bezradności. Zachowanie się chorych i ich wypowiedzi wskazują, że pomoc psychiczna jest tak konieczna jak rzeczowe elementy terapii.

W stosunku do 32% pacjentów (tab. 1, poz. 18) naruszone zostało poszanowanie godności ludzkiej i szacunku, przy czym oceniając ten aspekt pielęgnowania pomijano cały szereg pozornie drobnych spraw, jak np. lekceważenie próśb pacjenta, nieinformowanie o planowanych czynnościach, obnażanie ciała przy innych osobach itp.

U chorych obserwuje się zwykle przykre przeżycia związane z utrudnionymi kontaktami z przyjaciółmi. Pacjenci (tab. 1, poz. 17) w 69,0% pragnęliby częstszych odwiedzin, niż pozwalają na to formalne przepisy, narzekają na ściśle wyznaczone terminy odwiedzin (zwykle 2 razy w tygodniu), do których nie zawsze mogą się dostosować. Oczekują na możliwość widzenia się z rodziną przynajmniej co drugi dzień i nie w godzinach sztywno określonych.

Nie docenianym również zagadnieniem jest wykorzystanie wolnego czasu (tab. 1, poz. 15). Poza czasem wypełnionym normalnymi zajęciami, związanymi z zaspokojeniem potrzeb biologicznych, badaniami diagnostycznymi i leczeniem, chory w szpitalu ma przeważnie nadmiar wolnego czasu. Bezczynność, nuda, brak umiejętności lub możliwości aktywnego spędzenia wolnego czasu wpływają niekorzystnie na stan psychiczny oraz

Tab. 1. Opieka psychospołeczna
Psychosocial care

Lp.	Składniki opieki	N-x	Składniki opieki stwierdzono		%
			tak	nie	
1.	Pielęgniarka wprowadziła pacjenta do zespołu chorych na sali, chorzy zostali wzajemnie przedstawieni	299	20	279	93,3
2.	Pacjent został zapoznany z zespołem pracowników, zna osobę i nazwisko lekarza leczącego i pielęgniarki oddziałowej	305	30	275	90,2
3.	Pielęgniarka rozmawia z chorym w czasie wykonywania czynności	307	204	103	33,6
4.	Pielęgniarka przebywa na sali i rozmawia z chorym w czasie wolnym od czynności i zabiegów	307	16	291	94,8
5.	Pielęgniarka zachęca pacjenta do wyrażania swych myśli i odczuć	306	14	292	95,3
6.	Pielęgniarka traktuje pytania pacjenta poważnie, udziela wyczerpujących odpowiedzi bez powtarzania pytania	300	185	115	38,3
7.	Pielęgniarka reaguje szybko i możliwie skutecznie na dolegliwości pacjenta, np. niewygodne pozycje, pragnienie, ból itp.	286	138	148	51,7
8.	Pielęgniarka zwraca się do pacjenta przyjemnym i ciepłym tonem	305	255	50	16,4
9.	Pielęgniarka wyraziła zainteresowanie problemami zawodowymi i rodzinnymi pacjenta	226	30	196	86,7
10.	Pielęgniarka podjęła starania celem rozwiązania zawodowych i rodzinnych problemów	84	5	79	94,1
11.	Pielęgniarka przyszpitalna nawiązała kontakt z pacjentem	82	4	78	95,1
12.	Pielęgniarka nawiązała kontakt z rodziną pacjenta, rodzina została objęta opieką	282	6	276	97,9
13.	Przejawiono troskę o zabezpieczenie warunków pacjenta po wypisaniu ze szpitala	56	7	49	87,5
14.	Pacjent może korzystać z radia, TV, książek i prasy szpitalnej	306	166	140	45,7
15.	Czas wolny pacjenta jest właściwie wypełniony	306	61	245	80,1
16.	Pacjent ma możliwość telefonicznego kontaktowania się	289	217	72	24,9
17.	Pacjent nie chciałby być częściej odwiedzany niż pozwalają na to formalnie wyznaczone dni i godziny odwiedzin w szpitalu	306	95	211	69,0
18.	Pacjent jest pielęgnowany w atmosferze szacunku, akceptacji i poszanowania godności ludzkiej	307	209	98	31,9
19.	Prośby pacjenta w zakresie potrzeb religijnych są respektowane	215	212	3	1,4

N-x — oznacza liczbę pacjentów oczekujących na dany element opieki, N-x ustalono dla każdego komponentu opieki oddzielnie, odejmując od N (307) liczby pacjentów nie wymagających poszczególnych składników pielęgnacji.

postawę chorego wobec szpitala. Personel pielęgniarski może wywierać wpływ na sposób spędzania przez chorych wolnego czasu, jeśli wykazuje zainteresowanie tymi zagadnieniami. Niestety, pielęgniarki tę sprawę pozostawiają samym chorym, skutkiem czego czas wolny 80% pacjentów nie był właściwie wykorzystany. Zdarza się, iż pielęgniarki bagatelizują dostarczanie chorym codziennych czasopism, zakupywanych przez szpitala, bywa też, że możliwość oglądania programu telewizyjnego zależy od humoru dyżurującej pielęgniarki. Zbyt mało uwagi poświęca się ułatwianiu czytelnictwa, dostarczaniu książek choremu do łóżka, udostępnianiu różnych gier, organizowaniu lekkich prac ręcznych, ułatwianiu odbywania spacerów, leżakowaniu itp.

Pielęgniarki niewiele interesują się przygotowaniem pacjenta do wyjścia ze szpitala (tab. 1, poz. 13). Nie przejawiono troski i nie udzielono pomocy w 87,5% przypadków pacjentom z grupy chorych, którzy mieli problemy związane z opuszczeniem szpitala. Świadczona opieka psychospołeczna prawie zupełnie pomija sferę rodzinno-zawodowych problemów pacjentów (tab. 1, poz. 9—12).

Materiał badawczy przedstawiony w tab. 2 pozwala stwierdzić, iż pacjenci pozbawieni są wychowawczego oddziaływania w zakresie zdrowia, a jeśli się czegoś uczą, to nie dzięki celowym i świadomym poczynaniom personelu, ale raczej sytuacjom przypadkowym. Celowe instruowanie chorych ma bardzo wąski zasięg i nie wykracza poza najkonieczniejsze wiadomości.

W większości szpitali, w których przeprowadzono badania, pacjenci nie tylko nie podwyższają standardu swojego życia higienicznego, ale go obniżają, ponieważ brak koniecznych warunków do wykonywania zabiegów higienicznych. Dzieje się tak, mimo że jednym z podstawowych zadań służby zdrowia jest szeroko pojmowana działalność profilaktyczna i wychowanie zdrowotne, do których realizacji zobowiązany jest każdy fachowy pracownik systemu ochrony zdrowia.

W okresie pobytu chorego w szpitalu wychowanie zdrowotne powinno być nie tylko kontynuowane, ale także intensyfikowane. W tym czasie wzrasta bowiem zainteresowanie sprawami mającymi związek ze zdrowiem. Pacjent znajduje w szpitalu nowe środowisko, o którym chce się czegoś dowiedzieć, często pragnie aktywnie wspomagać zastosowane leczenie, czynnie uczestniczyć w powrocie do zdrowia, a do tego potrzebna jest mu wiedza, odpowiednie wyjaśnienia, pouczenia oraz wskazówki. Wzrasta więc zapotrzebowanie na określone informacje z zakresu spraw zdrowia, konieczne chociażby dlatego, żeby nie zniszczyć osiągniętych rezultatów leczenia. Ponadto podkreślić należy znaczenie naturalnych i sprzyjających warunków zdrowotnego nauczania i wychowywania w okresie hospitalizacji.

Tab. 2. Wychowanie zdrowotne pacjentów
Health teaching of patients

L.p.	Składniki wychowania	N-x	Składniki wychowania stwierdzono		%
			tak	nie	
1.	Pacjent został zapoznany przez pielęgniarkę z rozkładem oddziału	295	24	271	91,8
2.	Pacjent został zapoznany przez pielęgniarkę z rozkładem dnia w oddziale	307	20	287	93,5
3.	Pacjent został zapoznany przez pielęgniarkę z regulaminem	307	36	271	88,3
4.	Pacjent otrzymał „Informator dla chorych”	307	—	307	100,0
5.	Pacjent został poinformowany, czego oczekuje od niego zespół terapeutyczny	307	—	307	100,0
6.	Pacjent zna nazwę, działanie przyjmowanych lektów, tych, o których może być informowany	307	57	249	81,4
7.	Pacjentowi wyjaśniono zalecenia co do przyjmowania płynów, rodzaju pokarmów, ruchu, wypoczynku, zachowania	285	32	253	88,8
8.	Pacjent jest informowany o planowanych badaniach, o ich celu, rodzaju, przygotowaniu, przebiegu	275	51	124	45,1
9.	Pacjent otrzymuje na bieżąco informacje o wszystkim, co ma zamiar się przy nim wykonać	296	100	196	66,2
10.	Pacjent wie, jak ma zachowywać się podczas i po wykonaniu zabiegu	295	110	185	62,7
11.	Pacjent jest zachęcany do wykonywania czynności prowadzących do jego usamodzielnienia się	272	63	209	76,8
12.	Pielęgniarka rozmawia z pacjentem na temat znaczenia dla zdrowia zasad higieny życia codziennego, żywienia, wypoczynku, nauki, pracy	255	52	203	79,6
13.	Pacjent jest pouczony, jak zapobiegać chorobom	306	73	233	76,1
14.	Pacjent jest nauczony wykonywania zabiegów higienicznych	304	43	261	85,8
15.	Pacjent jest nauczony wykonywania zabiegów leczniczych	288	25	263	91,3
16.	Rodzina pacjenta została objęta wychowaniem zdrowotnym	252	3	249	98,8
		299	—	299	100,0

N-x — patrz tab. 1.

Tab. 3. Współdziałanie w medycznym leczeniu
Participation of nurses in medical treatment

L.p.	Składniki postępowania terapeutycznego	N-x	Składniki terapii stwierdzono			
			tak	%		
			nie	%		
1.	Pacjent otrzymał przepisane lekarstwo doustnie we właściwej porze	262	144	54,9	118	45,1
2.	Pacjent otrzymał przepisane lekarstwo doustnie we właściwej dawce	264	261	98,7	3	1,3
3.	Pacjent otrzymał lekarstwa drogą pozaustną (iniekcje pods. dom., dożylnie, inhalacja) we właściwej porze przez osoby uprawnione	242	152	62,8	90	37,2
4.	Pacjent otrzymał przepisowo leki drogą pozaustną we właściwej dawce	228	227	99,7	1	0,3
5.	Inne zabiegi lecznicze zostały wykonane we właściwym czasie	227	125	55,1	102	44,9
6.	Inne zabiegi lecznicze zostały wykonane właściwą techniką	226	165	73,0	61	27,0
7.	Inne zabiegi lecznicze zostały wykonane przez właściwe osoby	228	174	76,3	54	23,7
8.	Przestrzegana jest zasada zażywania leków w obecności pielęgniarki	303	142	46,9	61	53,1
9.	Stosowana jest zasada jednoosobowej odpowiedzialności za podany lek (ta sama osoba przygotowuje i podaje)	301	99	32,9	202	67,1
10.	Próbki materiału do badań zostały pobrane we właściwym czasie	199	110	55,3	89	44,7
11.	Próbki materiału do badań zostały pobrane we właściwy sposób	199	136	68,3	63	31,7
12.	Próbki materiału do badań zostały pobrane po właściwym przygotowaniu pacjenta	199	136	68,3	63	31,7
13.	Pielęgniarka przestrzega zasad aseptyki	294	174	59,2	120	40,8
14.	Pielęgniarka przygotowuje fizycznie pacjenta do zabiegu	290	49	16,9	241	83,1
15.	Pielęgniarka przygotowuje psychicznie pacjenta do zabiegu	285	116	47,0	165	53,0
16.	Pielęgniarka zebrała anamnezę przy przyjęciu chorego do szpitala	307	22	7,2	285	92,8
17.	Pacjent jest wnikliwie obserwowany, spostrzeżenia są raportowane we właściwej formie	302	83	27,5	219	72,5
18.	Pielęgniarki zapobiegają powikłaniom (gimnastyka oddechowa, nacieranie, masaże, gimnastyka ruchowa itp.)	253	32	12,7	221	87,3

N-x — patrz tab. 1.

Zgromadzony materiał badawczy pozwala stwierdzić, iż personel pielęgniarski poświęca najwięcej czasu, uwagi i zainteresowania instrumentalnej działalności związanej z leczeniem somatycznym (tab. 3). Niemniej stwierdzono niepunktualne wykonywanie zleceń, podawanie leków i wykonywanie zabiegów leczniczych zwykle z dość dużym opóźnieniem bądź wyprzedzeniem (tab. 3, poz. 1, 5, 10).

W stosunku do 67,1% badanych łamana jest jedna z podstawowych wytycznych pracy pielęgniarki — zasada przygotowania i podawania leków chorym przez tę samą osobę (tab. 3, poz. 9). Leki bywają przygotowywane przez nocną bądź popołudniową pielęgniarkę dyżurną na cały następny dzień, a zatem rozdawane są przez inną osobę. Wyłania się tu problem odpowiedzialności, a także możliwość zmiany działania leków w postaci płynnej, które rozdzielone do nie przykrytych kieliszków parują i zmieniają skład. Również dość powszechnie jest łamana zasada zazywania przez chorych leków w obecności pielęgniarki (tab. 3, poz. 8).

Dość dużo uwag dotyczy kwestii aseptyki w czasie wykonywania niektórych zabiegów, wymagających jałowego postępowania (tab. 3, poz. 13). I tak np. obserwowano pielęgniarkę z bardzo słabym wzrokiem, która wykonywała iniekcje bez okularów (nosiła je w kieszeni) i popełniała szereg błędów, infekując strzykawki oraz igły. W innym oddziale pacjent nie miał założonego opatrunku na dużą ropną ranę przez dwa dni (bo opatrunki robi sala operacyjna). Pielęgniarki nie poświęcają należytej uwagi kwestii fizycznego i psychicznego przygotowania pacjenta do zabiegów leczniczo-diagnostycznych (tab. 3, poz. 14, 15), nie zawsze zapobiegają powikłaniom (tab. 3, poz. 18). Poważnie zaniedbana jest przez personel pielęgniarski obserwacja stanu zdrowia pacjentów: nasilenie bądź ustępowanie objawów chorobowych, zachowanie się chorych (tab. 3, poz. 16, 17). Dokumentacja działalności zawodowej prowadzona była niedokładnie, często występuje brak podstawowych informacji, np. nazwisk nowo przyjętych chorych, rozpoznań chorób, anamnez itd.

PODSUMOWANIE

Podstawowa opieka pielęgniarska składa się z tych samych komponentów, świadczona jednak bywa indywidualnemu pacjentowi w różnym stopniu i w różnym zakresie, zmianie bowiem ulegają nie tylko zdrowotne potrzeby chorego, ale także jego możliwości do samodzielnego ich zaspokojenia. Oceniając stan opieki pielęgniarskiej chorych hospitalizowanych, ustalono więc zakres opieki pożądanej i rzeczywiście świadczonej chorym w tym samym okresie, a także określono braki według

umownych wskaźników punktowo-procentowych. Nie badano jednak przyczyn zarejestrowanego poziomu.

Metodologicznie zebrany materiał źródłowy pozwala stwierdzić, że poziom profesjonalnej opieki pielęgniarskiej jest niski. Wartość świadczonej pielęgnacji osiąga 40% pożądanego stanu opieki.

Największe braki w odniesieniu do stanu pożądanego stwierdzono kolejno w zakresie:

- 1) wychowania zdrowotnego pacjentów (80,5%);
- 2) zapewnienia bezpiecznych warunków pobytu chorych w szpitalach (64,7%);
- 3) opieki psychospołecznej (57,1%);
- 4) zaspokojenia biologicznych potrzeb zdrowotnych (50,0%);
- 5) wykonania programu leczenia somatycznego (44,0%).

Piśmiennictwo: obszerny wykaz u autorki, adres: ul. B. Bieruta 22c/61, 20-128 Lublin.

РЕЗЮМЕ

Констатировано неудовлетворительное состояние психо-общественной опеки над госпитализированными больными, низкий уровень участия средне-медицинского персонала в санитарно-просветительной работе и, кроме того, недостатки в выполнении программы соматического лечения. Неудовлетворительное состояние опеки проявляется в области санитарно-просветительной работы (80,5%), психо-общественной опеки (57,1%) и в выполнении программы соматического лечения (44,0%). Были применены методы и использован такой же экспериментальный материал, как в 1 части.

SUMMARY

It was found out that psychosocial care of the hospitalized patients was unsatisfactory. Participation of the nurses in health education was low and some failures in performing the programme of somatic treatment were also observed. In relation to the required nursing care the following deficiencies were found out: in health education — 80.5%, in psychosocial care — 57.1%, in performing the programme of somatic treatment — 44.0%. The methods and material of this study were the same as in Part I.

ANNALES UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA

Nakład 600+25 egz., ark. wyd. 31, ark. druk. 23+50, str. wkl. kred.+1 wklejka. Papier druk. sat. V kl. B1, 70 g. Oddano do składu w październiku 1980 r., podpisano do druku w kwietniu 1981 r., wydrukowano w maju 1981 r. Cena zł 93,—

ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN—POLONIA

VOL. XXXIV

SECTIO D

1979

21. T. Szumiło, M. Szymona: The Effect of Arsenite on the Endogenous Respiration of some Microorganisms.
22. J. Halliop, M. Latałski: Electron Microscopic Research on the Neurophil Granulocyte Series in Experimental Poisoning by Monocrotophos.
23. T. Majstruk-Majewska: Histochemical Examination of the Main Tubules in the Rat Kidney Following Experimental Administration of Toxobidin.
24. M. Szwał, T. Borkowski: The Incorporation of Radioactive Lysine to Ribosomic Proteins from Ehrlich Ascites Tumour Cells.
25. M. Stelmasiak, J. Osemlak, R. Siwek: The Dimensions and Shape of the Stomach in *Macacus rhesus* and *Macacus cynomolgus*.
26. S. Załuska, G. Kiś, E. Załuska: The External Structure of the Obturator Nerve in the Postfetal Life in Man.
27. S. Załuska, G. Kiś, E. Załuska: The Internal Structure of the Obturator Nerve in the Postfetal Life in Man.
28. H. Gieryng, W. Soroczan: Studies on the Influence of pH on the Development of Eggs and Hatching of *Syphacia obvelata* Seurat, 1916 Larvae and *Aspicularis tetraptera* Schultz, 1924 Larvae.
29. S. Bryc, J. Złomaniec: Interacranial Arterial Calcifications and Arteriosclerosis.
30. K. Czerny, J. Staszyc, E. Jędrzejewska, E. Kifer, A. Tomaszewska: Histological and Histochemical Research on Kidneys Effected by an Antibiotic Introductorily Called Bencylina-1.
31. I. Królikowska-Prasał, B. Ciszewska-Popiłek, A. Zarębska, H. Niespodziewańska: Histochemical Research on the Action Mechanism of a New Antibiotic Bencylina-1 on the Liver and Pancreas of Experimental Animals.
32. H. Berbeć, T. Borkowski: Two Forms of Glutamyl-tRNA and Aspartyl-tRNA Synthetases from Liver and Brain.
33. A. Kruszevska, R. Langwiński: Preliminary Pharmacological Investigations of Six New p-chlorphenoxyacetic Acid Derivatives.
34. J. Hanzlik, J. Tomaszewski, K. Woźniak, I. Wolański, M. Grzywa, E. Kimak: Studies on the Chemical Composition of the Vascular Wall. XVII. Collagen and Elastin of the Aortic Wall in Rabbits on an Atherogenic Diet and after the Production of Experimental Hyperthyroidism.
35. J. Tomaszewski, J. Hanzlik, I. Wolański, M. Grzywa, H. Donica, K. Woźniak, M. Itenda: Studies on the Chemical Composition of the Vascular Wall. XVIII. Glycosoaminoglycans of the Aortic Wall in Rabbits on an Atherogenic Diet and after the Production of Experimental Hyperthyroidism.
36. M. Semczuk: The Morphological Structure of the Pituitary Gland in a White Rat under Conditions of Long-lasting Alcohol Intoxication.
37. B. Semczuk: The Results of Clinical Observations and Experimental Research of Some Preparations Produced by the Pharmaceutic Industry Plant "Polfa".
38. A. Górski, J. Iskierko: A Comparative Analysis of the Proteins of Wheat, Rye and Two Kinds of Triticale T₂₇₅ and T₂₉₄. I. Subfraction of Gliadines of Various Molecular Weights.

2204.4054/35

ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN—POLONIA

VOL. XXXIV

SECTIO D

1979

39. A. Górski, J. Iskierko: A Comparative Analysis of the Proteins of Wheat, Rye and Two Kinds of Triticale T₂₇₅ and T₂₉₄. II. Separation of Gliadines and Glutenines in Polyacrylamide Gel.
40. A. Górski, J. Iskierko: A Comparative Analysis of the Proteins of Wheat, Rye and Triticale T₂₇₅ and T₂₉₄. III. Content of Tryptophan and Tyrosine in Gliadines and Glutenines and N-End Amino Acids of Gliadine Fraction.
41. Z. Olejnicka: Observations on the Treatment of Varicose and Arterial Ulcerations of Legs with Solcoseryl.
42. T. Majstruk-Majewska, J. Tarach, W. Matysiak, J. Romanowska-Sarlej, W. Zaranko: Histochemical Research on the Effect of Bencylina-1 upon the Digestive System of Experimental Animals.
43. T. Rechberger, L. Turski, W. Turski, E. Wójcik: The Influence of Atropine on the Antiamphetaminic Action of Fluphenazine.
44. Z. Kleinrok, G. Ossowska: The Influence of Trihexyphenidyl on the Antiamphetaminic Action of Fluphenazine.
45. M. Grudzień: Examinations of Urinary Oestrogens in Women with Uterine Myomas before and after Hysterectomy.
46. M. Grudzień: Glycoproteids in the Blood Serum, the Myometrium of the Uterus, the Tissue of the Myoma and of the Ovary.
47. M. Grudzień, M. Waga-Rzucidło: Determinations of Nucleic Acids and Glycoproteids in the Tissue of the Appendage Tumours.
48. M. Grudzień, M. Waga-Rzucidło: Desoxyribonucleid and Ribonucleid Acids and 5-hydroxytryptamine in the Endometrium of Patients with Bleedings from the Uterus.
49. Z. Borzęcki, J. Rejowska, E. Jarzębowski, Z. Świąt: The Influence of Oxazepam and Diazepam on the Sexual Behaviour and Level of GABA Biogenic Amines in a Male Rat's Brain.
50. Z. Borzęcki, F. Woźniak, K. Gojżewski, Z. Świąt, J. Rejowska: The Influence of Anticol (Disulfiram) on the Sexual Activity and Morphological Changes of Male Gonades.
51. S. Biliński, B. Marcewicz-Rojewska: The Condensation of Acetic Acid 4-phenyl-thiosemicarbazide with Chloroacetone and ω -bromoacetophenone.
52. S. Bryc, J. Złomaniec: X-Ray Diagnosis of a Temporal Bone on the Basis Plain and Tomographic Films According to Chaussé III — Guillen.
53. J. Kotarski: The Vitamin E Concentration in the Trophoblast and Blood Serum of Women in the Course of an Abortion.

Adresse:

UNIWERSYTET MARII CURIE-SKŁODOWSKIEJ
BIURO WYDAWNICTW

Plac Marii

Curie-Skłodowskiej 5

20-031 LUBLIN

POLOGNE

Cena zł 93,—