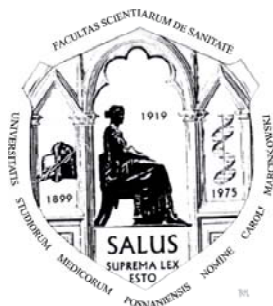


Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Wydział Nauk o Zdrowiu

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

Nr 4 (50)

Poznań 2013

© Copyright by Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ISSN 0860-8466

Korekta:
Renata Rasińska
Barbara Błażejczak

Korekta tekstów w j. ang.:
Agata Dolacińska-Śróda

Skład komputerowy:
Beata Łakomiak

Projekt okładki:
Rafał Staszewski

Zdjęcia na okładce:
Rafał Staszewski, Maciej Sobkowski

Sprzedaż:
Punkt Sprzedaży Wydawnictw Naukowych UMP
60-356 Poznań, ul. Przybyszewskiego 37a
tel./fax (61) 854-64-87
e-mail: sprzedazwydawnictw@ump.edu.pl

Redakcja deklaruje, że wersja papierowa
„Pielęgniarstwa Polskiego” jest wersją pierwotną (referencyjną).

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU
60-812 Poznań, ul. Bukowska 70
tel./fax (61) 854-71-51
www.wydawnictwo.ump.edu.pl

Ark. wyd. 8,2. Ark. druk. 10,3. Papier offset, kl. III 80 g/m², 61 x 86.
Format A4. Zam. nr 2/14.

SPIS TREŚCI

<i>Od Redaktora</i>	255	<i>Małgorzata Fedak, Mirella Sulewska, Andrzej Krupienicz: Czynniki jatropatogenne w pracy pielęgniarki</i> ...	295
PRACE ORYGINALNE			
<i>Maria Stachowska, Małgorzata Grabowska, Marlena Szewczyczak, Dorota Talarska: Ocena jakości życia chorych ze stwardnieniem rozsianym</i>	257	<i>Marta Estera Kowalska, Paweł Kalinowski, Urszula Bojakowska: Komunikacja internetowa jako aktywne medium przekazu wiedzy o zdrowiu – szanse, zagrożenia i ograniczenia</i>	300
<i>Jolanta Czajkowska-Fesio, Andrzej Kurylak: Ocena nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej i troski o zdrowie w hierarchii uczniów klas IV-VI Szkoły Podstawowej nr 3 w Nakle nad Notecią</i>	262	<i>Karolina Dejko: Związek pomiędzy czynnikami rodzinnymi a rozwojem zaburzeń psychiatrycznych z kręgu schizofrenii. Włączenie rodziny do procesu leczenia</i>	305
<i>Joanna Nawrocka-Rohnka, Sandra Napierała: Wspieranie rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym przez organizacje pozarządowe na przykładzie fundacji „Mały piesek Zuzi”</i>	270	<i>Ewa Pruszczyk-Sipińska, Agata Gawlak, Karolina Skalska: Architektura przestrzeni ogólnodostępnej w szpitalach. Pacjent i personel</i>	312
<i>Monika Schupke: Wpływ astmy oskrzelowej na życie codzienne i aktywność dzieci w wieku szkolnym</i>	276	<i>Maia Stanisławska-Kubiak, Ewa Mojs, Rafał W. Wójciak: Rodzina jako środowisko kształtujące zachowania zdrowotne dzieci z cukrzycą typu 1</i>	319
		<i>Monika Szpringer, Grażyna Czerwiak, Agnieszka Czerwiak: Uzależnienia wieku podeszłego</i>	324
PRACE POGLĄDOWE			
<i>Magdalena Sadowska, Piotr Stępiak: Wybrane aspekty zdrowia psychicznego osób skazanych na dwie najsurowsze kary pozbawienia wolności w Polsce – rozważania teoretyczne</i>	283	INFORMACJE	
<i>Monika Urbaniak: Konstytucyjny status rodziny i prawo do rodzicielstwa</i>	289	<i>Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu. Deklaracja członkowska</i>	329
		<i>Podyplomowe Studium Zarządzania w Opiece Zdrowotnej – informacje o naborze</i>	331

CONTENTS

<i>Editor's note</i>	256		
ORIGINAL PAPERS			
<i>Maria Stachowska, Małgorzata Grabowska, Marlena Szewczyk, Dorota Talarzka: Quality of life in patients with multiple sclerosis</i>	257	<i>Małgorzata Fedak, Mirella Sulewska, Andrzej Krupienicz: Iatropathogenic factors at nurses work</i>	295
<i>Jolanta Czajkowska-Fesio, Andrzej Kurylak: Rating eating habits, physical activity and health concerns in the hierarchy of grade 4–6 students attending primary school no. 3 in Nakło on the Notec River</i>	262	<i>Marta Eстера Kowalska, Paweł Kalinowski, Urszula Bojakowska: Internet communication as an active medium of communication of health knowledge – opportunities, risks and limitations</i>	300
<i>Joanna Nawrocka-Rohnka, Sandra Napierała: Support for families with a disabled child by NGOs based on example of the “mały piesek zuzi” foundation</i>	270	<i>Karolina Dejko: The relationship between family factors and the development of psychotic schizophrenia spectrum disorders. The inclusion of family into the treatment</i>	305
<i>Monika Schupke: Impact of asthma on daily life and activity of school-age children</i>	276	<i>Ewa Pruszeicz-Sipińska, Agata Gawlak, Karolina Skalska: Architecture of public space in hospitals. Patient and staff</i>	312
REVIEW PAPERS			
<i>Magdalena Sadowska, Piotr Stępniaik: Selected aspects of mental health of prisoners sentenced to the two most severe terms of imprisonment – theoretical issues</i>	283	<i>Maia Stanisławska-Kubiak, Ewa Mojs, Rafał W. Wójciak: The family as an environment influencing health behaviours of children with type 1 diabetes</i>	319
<i>Monika Urbaniak: Constitutional status of a family and the right parenthood</i>	289	<i>Monika Szpringer, Grażyna Czerwiak, Agnieszka Czerwiak: The old age addiction</i>	324
INFORMATION			
		Polish Society of Health Sciences. Member's declaration	329
		Postgraduate Course "The management in Health Care" – information	331

Od Redaktora

Szanowni Czytelnicy,

w imieniu Komitetu Naukowego mamy przyjemność zarekomendować Państwu kolejny numer „Pielęgniarstwa Polskiego”.

Treści zawarte w tym tomie mają bardzo zróżnicowany charakter, odzwierciedlają jednak obszary zainteresowań poznawczych i klinicznych zarówno personelu medycznego, jak i kadr nauki uniwersytetów medycznych i innych; mamy nadzieję, że spotkają się z pozytywnym odbiorem przez Czytelników.

W aktualnym numerze przedstawiamy pracę z obszaru prawa w ochronie zdrowia pt. *Konstytucyjny status rodziny i prawo do rodzicielstwa* autorstwa Moniki Urbaniak. Zapraszamy do lektury.

Rekomendujemy także artykuły szczególnie ważne i godne polecenia w kontekście opieki nad rodziną chorego dziecka, z cukrzycą, z otyłością, niepełnosprawnością ruchową i intelektualną. Autorzy opisują tu metody interwencyjne zarówno z obszaru psychoterapii, animacji, jak i wsparcia instytucji pozarządowych.

Ważna dla personelu pielęgniarskiego jest także praca Małgorzaty Fedak, Mirelli Sulewskiej i Andrzeja Krupienicza pt. *Czynniki jatropatogenne w pracy pielęgniarki*.

W końcowej części numeru przedstawiamy informacje o studiach podyplomowych z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia oraz zapraszamy do członkostwa w Polskim Towarzystwie Nauk o Zdrowiu – kwestionariusz zgłoszeniowy w załączeniu.

Życzymy Państwu owocnej lektury i wszystkiego najlepszego, realizacji planów osobistych i zawodowych oraz satysfakcji z pracy w nadchodzącym 2014 roku.

Dr hab. Maria Danuta Głowacka
Redaktor Naczelny

Dr inż. Renata Rasińska
Redaktor Naukowy

Editor's note

Dear Readers,

on behalf of the Scientific Committee we have a pleasure to recommend to you the current issue of the "Polish Nursing".

The contents of this volume are diverse but they express the scope of clinical and scientific interests of medical personnel and research workers of medical universities and other colleges. We hope this issue will meet with a positive response of our readers.

In the current issue you will find papers on healthcare law *Constitutional status of a family and the right to parenthood* written by Monika Urbaniak. Have a good time reading!

We also recommend articles which are especially important in the context of caring for families with special children or those with children who are diabetic or obese. The authors describe intervention methods in psychotherapy, animal therapy and support of governmental agencies.

Another paper, which is important for nursing personnel, focuses on iatropathogenic factors in nursing and was prepared by Małgorzata Fedak, Mirella Sulewska and Andrzej Krupienicz.

In the final part of this issue you can find information about Postgraduate School of Health Care Management. We also encourage you to become members of the Polish Society of Health Sciences (please find a membership form attached).

We wish you fruitful reading and all the best in the upcoming New Year 2014. May all your personal and professional plans be fulfilled!

Maria Danuta Głowacka, PhD

Editor in Chief

Renata Rasińska, PhD

Scientific Editor

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM

THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

MARIA STACHOWSKA¹, MAŁGORZATA GRABOWSKA², MARLENA SZEWCZYCZAK¹,
DOROTA TALARSKA¹

¹Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego, Katedra Profilaktyki Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. Jacek Wysocki

²Nova-Med, Pielęgniarski Ośrodek Medycyny Środowiskowo-Rodzinnej w Poznaniu

Streszczenie

Wstęp i cel pracy. Stwardnienie rozsiane (SM) jest przewlekłą, demielinizacyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego, prowadzącą do niesprawności ludzi młodych. Celem pracy była ocena jakości życia chorych na stwardnienie rozsiane oraz analiza zależności pomiędzy jakością życia a zmiennymi społeczno-demograficznymi oraz stanem funkcjonalnym respondentów.

Material i metody. Zbadano 75 chorych na SM (55 kobiet i 20 mężczyzn). Zastosowano kwestionariusz oceny jakości życia MSQOL-54, skalę depresji Becka oraz ankietę własnej konstrukcji.

Wyniki. Średnia punktów w MSQOL-54 wynosiła w dziedzinie fizycznej $55,1 \pm 26,3$, a w dziedzinie psychicznej $56,8 \pm 22,3$. Na podstawie skali Becka największy odsetek badanych stanowiły osoby bez objawów depresji (52%) i z łagodną depresją (40%). Stwierdzono wpływ wieku, płci, aktywności zawodowej, postaci choroby, występowania zaburzeń depresyjnych i seksualnych na poszczególne skale oceny jakości życia.

Wnioski. Ocena jakości życia powinna być stałym elementem opieki nad pacjentem z SM w celu optymalizacji opieki nad nim.

Słowa kluczowe: jakość życia, stwardnienie rozsiane.

Wstęp i cel pracy

Stwardnienie rozsiane (SM) jest przewlekłą, demielinizacyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Jej istotą są wieloogniskowe (rozsiane) uszkodzenia istoty białej w mózgu i rdzeniu kręgowym, które powodują wystąpienie zróżnicowanych objawów neurologicznych dotyczących dróg: piramidowych, mózdkowych, czucia, nerwów czaszkowych i czynności zwieraczy. Przebiega w postaci tzw. rzutów (zaostreżeń) lub pogorszenie stanu postępuje powoli. Etiologia SM nie jest znana [1]. Dane wskazują, iż w Polsce w 2011 r. było 43 000 chorych na SM, w Europie 500 000, natomiast na świecie 2 500 000 [2]. Najbardziej narażone na zachorowanie na SM są osoby w wieku 20–40 lat. Choroba ta jest dwa razy częściej diagnozowana u kobiet niż u mężczyzn [3]. Głównymi skutkami cho-

Abstract

Introduction and aim. Multiple sclerosis (MS) is a chronic demyelinating disease of the central nervous system leading to physical and functional decline of young people. The aim of this study was to assess the quality of life in patients with multiple sclerosis and to analyze the correlation between the quality of life, socio-demographic variables and the functional status of the respondents.

Material and methods. Seventy five patients with MS (55 women and 20 men) were evaluated. The questionnaire of the quality of life MSQOL-54, Beck Depression Inventory, and a survey of our own design were used.

Results. The mean physical health composite of MSQOL-54 was 55.1 ± 26.3 and mean mental health composite was 56.8 ± 22.3 . Based on Beck Depression Inventory the highest percentage of respondents were people with no symptoms of depression (52%) and mild depression (40%). The influence of age, gender, activity, form of the disease, the prevalence of depressive and sexual disorders on different scales of the quality of life were found.

Conclusions. In order to optimize care, the quality of life should be a regular part of care in patients with MS.

Key words: quality of life, multiple sclerosis.

roby są: ograniczenie samodzielności chorego, występowanie zaburzeń psychicznych i upośledzenie funkcjonowania społecznego. Terapia polega na łagodzeniu efektów rzutu, hamowaniu rozwoju SM i leczeniu objawowym. Ostatecznym celem leczenia jest zmniejszenie negatywnego wpływu choroby na funkcjonowanie fizyczne i psychiczne, a poprzez to poprawa jakości życia pacjentów (QoL) lub zapobieganie pogarszaniu się jej [4].

WHO definiuje jakość życia jako spostrzeganie przez osobę własnej sytuacji życiowej w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości oraz w związku ze swoimi celami, normami i zainteresowaniami [5]. Pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQOL) wprowadzili na grunt nauk medycznych Schipper i wsp. w 1990 r., definiując je jako funkcjonalny efekt choroby i leczenia, subiektywnie lub obiektywnie odbierany

przez pacjenta [6]. Wielu autorów zwraca uwagę, że w badaniach jakości życia dla potrzeb współczesnej medycyny należy analizować jej wymiar subiektywny i obiektywny [6, 7]. Do czynników subiektywnych w ocenie jakości życia chorych na SM należą m.in.: postrzeganie dolegliwości, poziomu sprawności, satysfakcja z życia rodzinnego, z pracy, z sytuacji ekonomicznej, z interakcji z innymi ludźmi, wsparcia społecznego, a co najważniejsze – z życia jako całości. Czynniki obiektywne brane pod uwagę w ocenie QoL chorych z SM są: obraz kliniczny choroby, status społeczny, warunki socjalno-bytowe oraz ilość i intensywność kontaktów społecznych [8].

Dla pracowników służby zdrowia, biorących udział w procesie opieki nad chorym z SM, badania nad jakością życia winny być źródłem wiedzy na temat oceny sytuacji życiowej pacjenta. Ponadto mogą one dostarczać także cennych informacji na temat stosowanej terapii, jej skuteczności oraz być podstawą do doskonalenia dalszego postępowania z pacjentem.

Celem pracy jest ocena jakości życia chorych na stwardnienie rozsiane oraz analiza zależności pomiędzy jakością życia a zmiennymi społeczno-demograficznymi oraz stanem funkcjonalnym respondentów.

Material i metody

Badanie przeprowadzono na oddziale Neurologii Wiospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. J. Strusia w Poznaniu (40 osób) oraz w środowisku domowym chorych z SM, na terenie miasta Poznania (35 osób), w okresie od września 2012 r. do stycznia 2013 r. Badaną grupę stanowiło 75 osób, w tym 55 kobiet (73,3%) i 20 mężczyzn (26,7%).

Najliczniejszą grupę stanowili chorzy w przedziale wiekowym 41–65 lat (50,7%), najmniej liczną grupą były osoby w wieku 18–20 lat (2,7%) oraz w wieku powyżej 65 r. ż. (8,0%). Ponieważ badania przeprowadzono w znacznej mierze na terenie miasta Poznania, to mieszkańcy wsi stanowią zdecydowaną mniejszość (12%). Liczba osób pracujących (53,3%) jest porównywalna do liczby osób niepracujących zawodowo (46,7%).

Ponad połowę badanych między 18 a 40 r. ż. (57,3%) oraz co czwartej osobie powyżej 40 r. ż. postawiono diagnozę. Ankietowani mają najczęściej postać SM z rzutami i remisjami (48%). Aż 20 chorych (26,7%) nie zna typu swojej choroby. W ostatnim roku 29 osób (38,7%) było hospitalizowanych z powodu SM.

Tabela 1. Charakterystyka badanej populacji
Table 1. Characteristics of the study population

Liczebność	75
Płeć	
Kobiety	55 (73,3%)
Mężczyźni	20 (26,7%)
Wiek	
18–20 lat	2 (2,7%)
21–40 lat	29 (38,7%)
41–65 lat	38 (50,7%)
powyżej 65 lat	6 (8,0%)
Miejsce zamieszkania	
Wieś	9 (12,0%)
Miasto	66 (88,0%)
Wykształcenie	
Podstawowe	2 (2,7%)
Zawodowe	14 (18,7%)
Średnie	34 (45,3%)
Wyższe	25 (33,3%)
Aktywność zawodowa	
Pracuje	40 (53,3%)
Nie pracuje	35 (46,7%)
Wiek zdiagnozowania choroby	
poniżej 18 r. ż.	6 (8,0%)
18–40 r. ż.	43 (57,3%)
41–49 r. ż.	24 (32,0%)
powyżej 50 r. ż.	2 (2,7%)
Postać SM	
Postać z rzutami i remisjami	36 (48,0%)
Postać wtórnie postępująca	8 (10,7%)
Postać pierwotnie postępująca	6 (8,0%)
Postać postępująca z rzutami	5 (6,7%)
Nie wiem	20 (26,7%)
Hospitalizacja w ostatnim roku	
Tak	29 (38,7%)
Nie	46 (61,3%)

Jako metodę badawczą zastosowano sondaż diagnostyczny przy użyciu następujących narzędzi:

- kwestionariusza jakości życia MSQOL-54. Skala MSQOL-54 jest skalą specyficzną dla stwardnienia rozsianego, powstała na bazie kwestionariusza SF-36 poprzez dodanie kolejnych 18 pytań

związanych bezpośrednio z chorobą. MSQOL-54 zawiera 52 pytania zgrupowane w 12 skalach: zdrowie fizyczne, ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów fizycznych, ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych, ból, stan emocjonalny, energia, ocena stanu zdrowia, funkcje społeczne, funkcje poznawcze, trudności zdrowotne, ogólna jakość życia, trudności seksualne oraz dwa pojedyncze pytania: zmiana w stanie zdrowia i satysfakcja z życia seksualnego. Dodatkowo można wyróżnić dwa komponenty: sumaryczną ocenę zdrowia fizycznego i sumaryczną ocenę zdrowia psychicznego. Każda z tych sfer życia oceniana jest w skali 0–100 punktów, gdzie im wyższa wartość, tym lepsza ocena jakości życia. Na potrzeby tej pracy uzyskano zgodę autorki B. Vickrey i wsp.;

- skali depresji Becka. Narzędzie to umożliwia ocenę najczęściej występujących symptomów depresji w skali czterostopniowej (od 0 do 3) na podstawie 21 pytań, za które można uzyskać maksymalnie 63 punkty. Ocena skali Becka:
 - 0–11 pkt. – brak depresji,
 - 12–26 pkt. – łagodna depresja,
 - 27–49 pkt. – umiarkowanie ciężka depresja,
 - 50–63 pkt. – bardzo ciężka depresja.

Informacje dotyczące danych społeczno-demograficznych uzyskano dzięki dołączonej krótkiej ankiecie.

Wyniki

Średnia punktów w MSQOL-54 wynosiła w dziedzinie fizycznej $55,1 \pm 26,3$, a w dziedzinie psychicznej $56,8 \pm 22,3$. Chorzy ze stwardnieniem rozsianym ogólnie nisko ocenili swoją jakość życia. Jedynie w trzech obszarach ocena była wyższa niż 60 punktów na 100 możliwych. Respondenci najwyżej ocenili funkcjonowanie poznawcze (69,22,16). Wysoko oceniono też domeny ogólnej jakości życia (63,122,7) i funkcjonowanie społeczne (61,927,61). Najniżej oceniono m.in. zmiany w stanie zdrowia (41,719,0).

Ocena występowania zaburzeń depresyjnych według skali Becka wykazała, że największy odsetek badanych stanowiły osoby bez objawów depresji (52%) i z łagodną depresją (40%). Nie stwierdzono osób z bardzo ciężką postacią depresji.

Przeanalizowano wpływ płci na ocenę jakości życia w poszczególnych obszarach. Wykazano, że istnieje istotna statystycznie różnica ($p < 0,05$) w ocenie jakości życia na poszczególnych skalach w grupie kobiet i mężczyzn. Jedynie w ocenie stanu zdrowia nie ma takiej zależności ($p = 0,619$). Mężczyźni uzyskali wyższe wartości we wszystkich domenach.

Ponadto płeć ma wpływ na stopień nasilenia depresji według skali Becka. Kobiety (średnia 15,16) wykazywały się wyższymi ocenami niż mężczyźni (średnia 7,40).

Tabela 2. Wyniki badań z kwestionariusza MSQOL-54
Table 2. The results of the questionnaire MSQOL-54

Skala jakości życia	Średnia	SD	Rozstęp
Zdrowie fizyczne	53,73	34,63	0–100
Ograniczenia ról przez problemy fizyczne	41,20	45,48	0–100
Ograniczenia ról przez problemy emocjonalne	44,00	42,15	0–100
Ból	54,90	28,13	0–100
Stan emocjonalny	57,49	16,74	28–92
Energia	44,32	19,10	12–88
Ocena stanu zdrowia	42,40	23,31	5–90
Funkcjonowanie społeczne	61,89	27,61	8,33–100
Funkcjonowanie poznawcze	69,20	22,16	10–100
Trudności zdrowotne	55,87	29,69	0–100
Trudności seksualne	52,00	38,85	0–100
Zmiany w stanie zdrowia	41,67	18,98	25–100
Satysfakcja z życia seksualnego	59,27	25,24	0–100
Ogólna jakość życia	63,06	22,71	26,65–100

Tabela 3. Uzyskane wyniki w skali depresji Becka
Table 3. The results of the Beck Depression Inventory

Ocena skali depresji Becka	N	%
Bez depresji (0–1 pkt)	39	52,0%
Łagodna depresja (12–26 pkt.)	30	40,0%
Umiarkowanie ciężka depresja (27–49 pkt.)	6	8,0%
Bardzo ciężka depresja (50–63 pkt.)	0	0,0%

Tabela 4. Ocena jakości życia w poszczególnych obszarach w zależności od płci
Table 4. Assessment of quality of life in different areas, depending on gender

Podskala	Kobiety		Mężczyźni	
	Średnia	SD	Średnia	SD
Zdrowie fizyczne	47,81	31,60	70,00	38,11
Ograniczenia ról przez problemy fizyczne	30,27	42,34	71,25	40,77
Ograniczenia ról przez problemy emocjonalne	33,93	39,79	71,66	36,31
Ból	51,02	28,80	65,56	23,67
Stan emocjonalny	52,50	14,64	71,20	14,54
Energia	40,29	16,79	55,40	21,05
Ocena stanu zdrowia	41,18	21,55	45,75	27,92
Funkcjonowanie społeczne	55,75	25,40	78,74	26,96
Funkcjonowanie poznawcze	64,54	22,22	82,00	16,57
Trudności zdrowotne	50,90	30,03	69,50	24,54
Trudności seksualne	44,54	35,76	72,49	40,47
Zmiany w stanie zdrowia	38,63	19,13	50,00	16,22
Satysfakcja z życia seksualnego	54,90	19,42	71,25	34,67
Ogólna jakość życia	58,66	22,18	75,16	19,96

Stwierdzono występowanie statystycznie istotnej korelacji wieku w ramach większości skal oceny jakości życia. Jedynie w obszarach: bólu, trudności zdrowotnych i zmian w stanie zdrowia nie zauważano takiej zależności. Chorzy w wieku do 40 lat wyżej oceniają jakość życia na poszczególnych skalach niż osoby w wieku powyżej 40 r. ż. Nie wykazano istotnych statystycznie zależności między miejscem zamieszkania a oceną jakości życia osób ze stwardnieniem rozsianym.

Porównując ocenę jakości życia ze względu na czas rozpoznania choroby, zdecydowanie wyższe wartości uzyskali respondenci, u których rozpoznano SM poniżej 40 r. ż. Największą różnicę można zaobserwować na skali ograniczenia ról przez problemy fizyczne oraz ograniczenia ról przez problemy emocjonalne. Obie skale nie są jednak statystycznie istotnie zależne od czasu rozpoznania choroby. Podobnie jak zdrowie fizyczne, ból, ocena stanu zdrowia, funkcjonowanie poznawcze czy trudności seksualne. Natomiast typ choroby stwardnienia różnicuje ocenę jakości życia. Najwyżej oceniali poszczególne sfery życia chorzy, którzy nie znali postaci swojej choroby. Wśród chorych ze znanym typem SM najwyższe oceny podane były przez badanych z rzutami i remisjami.

Zbadano również wpływ aktywności zawodowej na ocenę poszczególnych sfer życia. Ankietowani pracujący uzyskali wyższe wartości we wszystkich obszarach oceny jakości życia. Osoby niepracujące z kolei wykazywały się wyższymi ocenami w skali depresji Becka.

Wykazano silną ujemną korelację między wszystkimi skalami jakości życia a skalą depresji Becka. Im mniejsze wartości badani uzyskiwali na skalach jakości życia, tym wyższe uzyskiwali w skali depresji Becka. Najsilniejszy związek zaobserwowano przy ogólnej ocenie jakości życia.

Stwierdzono także silne korelacje między funkcjonowaniem społecznym a jakością życia chorych z SM. Najsilniej z funkcjonowaniem społecznym związana jest satysfakcja z życia seksualnego ($R_s = 0,68$), trudności zdrowotne ($R_s = 0,65$) oraz ogólna ocena jakości życia ($R_s = 0,65$).

Podobny związek występuje między trudnościami seksualnymi a jakością życia. Najsilniej dodatnio korelują: satysfakcja z życia seksualnego z trudnościami seksualnymi ($R_s = 0,724$), funkcjonowanie społeczne z trudnościami seksualnymi ($R_s = 0,649$).

Dyskusja

Stwardnienie rozsiane jest przewlekłą, postępującą chorobą dotykającą najczęściej osoby w wieku produkcyjnym i prokreacyjnym, dlatego też stanowi duży problem społeczny. Niepełnosprawność będąca jej wynikiem całkowicie zmienia życie pacjenta i jego najbliższych. Stwierdzono, że chorzy na stwardnienie rozsiane wcześniej rezygnują z pracy, częściej chorują na depresję,

mają zaniżoną samoocenę, obniżone poczucie społecznego wsparcia oraz niski poziom satysfakcji z pożycia małżeńskiego [9]. Badania nad przebiegiem choroby wykazują, że 50% chorych osiąga kolejne etapy nieśprawności następująco: utrata pracy, korzystanie ze środków pomocniczych przy chodzeniu, niemożność chodzenia [10]. Taki obraz przebiegu choroby negatywnie wpływa na zadowolenie z własnej sytuacji życiowej, czyli ogólnie rozumianej jakości życia. Rzetelna ocena jakości życia, oparta o czynniki zarówno subiektywne, jak i obiektywne, pozwala na zoptymalizowanie opieki nad jednostką chorą, a także, w miarę możliwości, na wyeliminowanie czynników pogarszających tę opiekę.

Wyniki badań własnych wskazują, że na ocenę jakości życia chorych z SM wpływa występowanie zaburzeń depresyjnych. Depresja może oddziaływać na naturalny przebieg SM, leczenie i rehabilitację oraz obniżać jakość życia. Wykazano znacznie wyższą ocenę jakości życia pacjentów bez depresji w porównaniu z pacjentami z lekką i w szczególności średnią i ciężką depresją. Szacuje się, iż depresja występuje u około 50% chorych z SM [12], co odzwierciedla odsetek osób z objawami depresji w badanej populacji. Wiele opracowań potwierdza, że zaburzenia nastroju, zwłaszcza te depresyjne, są jednym z czynników obniżających ocenę jakości życia [11, 12].

Nie bez znaczenia dla oceny jakości życia chorych z SM jest postać choroby. Im bardziej złożona postać SM, tym niższa ocena jakości życia. Do podobnych wniosków doszedł Benito, który stwierdził, że pierwotnie postępująca postać SM wywiera znacznie bardziej negatywny wpływ na ocenę jakości życia niż postać wtórnie postępująca SM, co z kolei wpływa bardziej negatywnie na postać z rzutami i remisjami [13]. Fruhwald jako czynnik determinujący ocenę jakości życia wskazuje czas trwania choroby [11]. W badaniach własnych respondenci, u których rozpoznano SM poniżej 40 r. ż., wyżej oceniali jakość życia.

Do czynników wpływających na ocenę większości obszarów życia zaliczyć można wiek, płeć i aktywność zawodową. Wraz ze starzeniem się chorych na SM zmniejsza się ich ocena jakości życia. Krocavkova i wsp. również stwierdzili ujemną korelację między wiekiem chorego na SM a oceną jakości życia w sferze fizycznej i psychicznej [14]. Istnieją też różnice w postrzeganiu jakości życia w poszczególnych sferach pomiędzy kobietami i mężczyznami ze stwardnieniem rozsianym. Z kolei Karakiewicz [15] w swoich badaniach stwierdziła, że płeć nie ma wpływu na jakość życia pacjentów. Podobne wnioski można znaleźć w pracy Brzozowskiej i Talarskiej [16].

Pacjenci dotknięci chorobami neurologicznymi odczuwają problemy w życiu seksualnym. Występowanie dysfunkcji seksualnych u chorych z SM istotnie wpływa na jakość życia związaną z życiem seksualnym i funkcjonowaniem społecznym. Starowicz wykazał dodat-

nią korelację między występowaniem poszczególnych dysfunkcji seksualnych, zadowoleniem z seksu i relacji z partnerem a odczuwaną przez pacjentki jakością życia. Zachowanie dobrych relacji w związku jest czynnikiem istotnie poprawiającym funkcjonowanie seksualne i jakość życia niezależnie od stopnia uszkodzenia układu nerwowego, co należy uwzględnić podczas planowania rozwiązań terapeutycznych dla tej grupy chorych [17].

Wnioski

Ocena jakości życia powinna być stałym elementem opieki nad pacjentem z SM w celu optymalizacji opieki nad nim.

Na ocenę jakości życia chorych z SM mają wpływ takie czynniki, jak wiek, płeć, aktywność zawodowa, postaci choroby, występowanie zaburzeń depresyjnych i seksualnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Selmaj K., Stwardnienie rozsiane, Wyd. Termedia, Poznań 2006, 3.
2. Grabowska-Fudala B., Jaracz K. et al., Rola pielęgniarki w leczeniu stwardnienia rozsianego, *Pielęg. Neurol. Neurochir.* 2012, 1, 1, 29–34.
3. Selmaj K., Stwardnienie rozsiane – kryteria diagnostyczne i naturalny przebieg choroby, *Przegl. Neurol.* 2005, 1, 3, 99–105.
4. Opara J., Jaracz K., Broła W., Aktualne możliwości oceny jakości życia w stwardnieniu rozsianym, *Neurol. Neurochir. Pol.* 2006, 40, 4, 336–341.
5. World Health Organization. Report of WHOQOL Focus Group Work, WHO, Geneva 1993.
6. Gopalakrishnan N., Blane D., Quality of life in older ages, *Br. Med. Bull.* 2008, 1, 113–126.
7. Szewczyk M., Stachowka M., Talarska D., Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym – przegląd piśmiennictwa, *Now. Lek.* 2012, 81, 1, 96–100.
8. Jamroz-Wiśniewska A., Papuć E., Bartosik-Psujek H. et al., Analiza walidacyjna wybranych aspektów psychometrycznych polskiej wersji Skali Wpływu Stwardnienia Rozsianego na Jakość Życia Chorych (MSIS-29), *Neurol. Neurochir. Pol.* 2007, 42, 215, 216.
9. Kerns R., Ból w stwardnieniu rozsianym – spojrzenie z perspektywy biopsychospołecznej, *Rehabil. Med.* 2003, 7, 65–67.
10. Skalska-Izdebska R., Bojczuk T., Hołys E., Jakość życia u osób chorych na stwardnienie rozsiane, *Young Sport Science of Ukraine* 2011, 3, 277–282.
11. Fruehwald S., Loeffler-Stastka H., Eher R. et al., Depression and quality of life in multiple sclerosis, *Acta Neurol. Scand.* 2001, 104, 257–261.
12. Broła W., Fudala M., Czernicki J., Effect of depression on quality of life of patients with multiple sclerosis, *Med. Rehabil.* 2007, 11, 1–5.
13. Benito-León J., Morales J.M., Rivera-Navarro J., Mitchell A., A review about the impact of multiple sclerosis on health-related quality of life, *Disabil. Rehabil.* 2003, 25, 1291–1303.
14. Krokavcova M., van Dijk J.P., Nagyova I. et al., Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis, *Patient Educ. Couns.* 2008, 73, 159–165.
15. Karakiewicz B., Stala C., Grochans E. et al., Ocena wpływu wybranych czynników socjodemograficznych na jakość życia chorujących na stwardnienie rozsiane, *Annales Academiae Medicae Stetinensis. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie* 2010, 56, 3, 107–112.
16. Brzozowska E., Talarska D., Poziom satysfakcji z życia u chorych na stwardnienie rozsiane, *Pielęg. Pol.* 2001, 2 (12), 275–283.
17. Starowicz L., Rola M., Jakość życia u kobiet chorych na stwardnienie rozsiane, *Przegl. Menopauz.* 2012, 5, 381–387.

Adres do korespondencji:

Maria Stachowska
Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego
Katedra Profilaktyki Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu
e-mail: marias@ump.edu.pl, mszewczyk@wp.pl

OCENA NAWYKÓW ŻYWIENIOWYCH, AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ I TROSKI O ZDROWIE W HIERARCHII UCZNIÓW KLAS IV–VI SZKOŁY PODSTAWOWEJ NR 3 W NAKLE NAD NOTECIĄ

*THE ASSESSMENT OF EATING HABITS, PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTH CARE
IN THE HIERARCHY OF GRADE 4–6 STUDENTS ATTENDING
THE PRIMARY SCHOOL NO. 3 IN NAKLO ON THE NOTEC RIVER*

JOLANTA CZAJKOWSKA-FESIO^{1,2}, ANDRZEJ KURYLAK¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego Collegium Medicum w Bydgoszczy

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Andrzej Kurylak

²Zakład Karny w Potulicach

Streszczenie

Wstęp i cel pracy. W pracy podjęto próbę oceny nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej, a także troski o zdrowie uczniów klas IV–VI szkoły podstawowej w jednym z mniejszych miast w województwie kujawsko-pomorskim.

Materiał i metody. Badaniami objęto 119 dzieci. Narzędziem badawczym była ankieta własnej konstrukcji, którą badane dzieci wypełniały anonimowo. Pytano o istotne dla utrzymania zdrowia działania i nawyki. Dzieci odpowiadały również na pytania dotyczące zdrowia psychicznego, w tym wypoczynku, kontaktów z rówieśnikami. Dbałość o zdrowie przejawia się nie tylko wówczas, gdy się je traci, ale przede wszystkim w trosce o prawidłowe odżywianie i utrzymywanie sprawności fizycznej.

Wnioski. Należy podejmować takie działania, które promują zdrowy tryb życia wśród dzieci na każdym etapie dorastania. Działania te powinny być dwukierunkowe, obejmując swym zasięgiem zarówno rodziców, jak i nauczycieli, aby wspólnie mogli przekazywać dzieciom odpowiednią wiedzę na temat zachowań zdrowotnych.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, styl życia, dzieci, rodzice, nauczyciele.

Wstęp

Każdy człowiek, niezależnie od wieku i płci, napotyka w swoim życiu sytuacje, które mogą nieść potencjalne zagrożenie dla jego zdrowia. Aby rozpocząć rozważania na temat postaw zdrowotnych, należy przybliżyć pojęcie samego zdrowia. Zgodnie z definicją encyklopedyczną zdrowie to stan pełnej sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej [1]. Dbałość o zdrowie to nie tylko korzystanie z opieki lekarskiej, ale przede wszystkim prawidłowe odżywianie i utrzymywanie sprawności fizycznej. Styl życia jest całokształtem cech charakterystycznych dla zachowania się jednostki lub zbiorowości, środowiska społecznego, ujawniający

Abstract

Introduction and aim. This paper attempts to assess the dietary habits and physical activity as well as health care of grade 4–6 students attending the primary school in a small town in the Kujawsko-Pomorskie Province.

Material and methods. The study included 119 children. The children anonymously completed the questionnaire of our own design. The questions included are essential for maintaining health, actions and habits. Children responded well to questions about mental health, their leisure time and contacts with their peers. Caring for one's health is manifested not only when one loses it. It is mostly expressed by proper nutrition and maintaining physical fitness. Such actions should be taken to promote a healthy lifestyle among children in every stage of adolescence.

Conclusions. These should be two-way actions, thus both parents and teachers should participate and pass their knowledge about health and health behaviors to their children.

Key words: health behaviors, lifestyle, children, parents, teachers.

się w życiu codziennym [1]. Zachowania zdrowotne to działania, które pośrednio lub bezpośrednio wpływają na zdrowie człowieka. Wśród nich wymienić można: zachowania pozytywne, które mają na celu ochronę zdrowia i zapobieganie jego uszkodzeniu, takie jak np. racjonalne odżywianie, aktywność fizyczna, utrzymywanie czystości ciała i otoczenia, radzenie sobie ze stresem, oraz zachowania szkodliwe dla zdrowia: narkomania, nadużywanie alkoholu, palenie tytoniu. Obecnie ważnym zagadnieniem jest propagowanie zdrowego stylu życia, tak aby przenieść ciężar działań związanych ze zdrowiem z leczenia na profilaktykę. Wśród technik w zakresie zmian zachowań dotyczących zdrowia wyróżnić można: dostarczanie rzetelnych informacji, odpowiednią perswazję

i motywowanie, naukę czynności praktycznych i interakcję ze środowiskiem w celu uzyskania odpowiedniego wsparcia społecznego i tworzenia warunków do zmian [2]. Styl życia decyduje o zdrowiu, a także o jakości życia człowieka. Okres dzieciństwa i wczesnej młodości jest bardzo ważny z uwagi na fakt kształtowania się zachowań zdrowotnych, które wpływają na styl życia w wieku dorosłym. Ważne jest podejmowanie wysiłków promujących zachowania służące zdrowiu.

Cel pracy

Przedstawienie nawyków żywieniowych i zachowań zdrowotnych uczniów szkoły podstawowej.

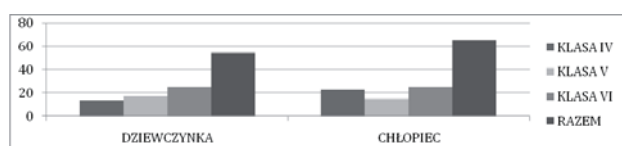
Metodyka

W celu dokonania oceny wybranych zachowań związanych z ochroną zdrowia zbadano 119 uczniów klas IV–VI uczęszczających do Szkoły Podstawowej nr 3 w Nakle nad Notecią. Jako narzędzie badawcze posłużyła ankieta własnej konstrukcji. Badane dzieci wypełniały ją anonimowo. Ankieta składała się z 34 pytań o charakterze otwartym i zamkniętym. Pytano o istotne dla utrzymania zdrowia działania i nawyki, m.in. częstość wizyt u stomatologa, mycie zębów i rąk, właściwe odżywianie. Dzieci odpowiadały także na pytania dotyczące zdrowia psychicznego: wypoczynku, kontaktów z rówieśnikami.

Wyniki

W badaniach wzięło udział 119 uczniów, w tym 65 chłopców (55%) i 54 dziewczynki (45%) (Tabela 1). Najliczniejszą grupę stanowiły dzieci z klas VI – 50 osób, następnie dzieci z klas IV – 37 osób, najmniej liczną grupą byli uczniowie z klas V – 32 osoby.

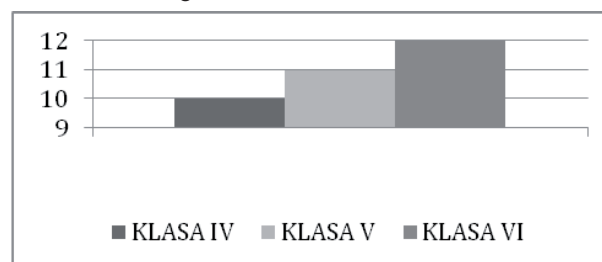
Tabela 1. Płeć dziecka
Table 1. Child's gender



Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Badaniami objęto dzieci w wieku 10–12 lat (Tabela 2).

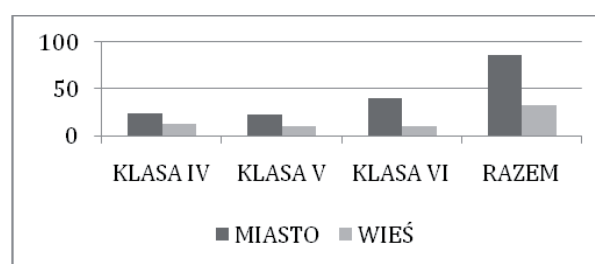
Tabela 2. Wiek dziecka
Table 2. Child's age



Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Badane dzieci pochodziły ze środowiska miejskiego i wiejskiego (72% i 7%). Dzieci z analizowanych grup mieszkaly w mieście – klasy IV: 65%, klasy V: 69%, klasy VI: 80% (Tabela 3).

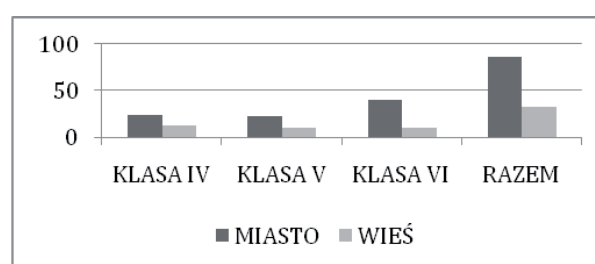
Tabela 3. Miejsce zamieszkania
Table 3. Place of residence



Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Badane dzieci pochodziły przeważnie z rodzin pełnych (88%), z niepełnych pochodziło 12% ankietowanych dzieci (Tabela 4).

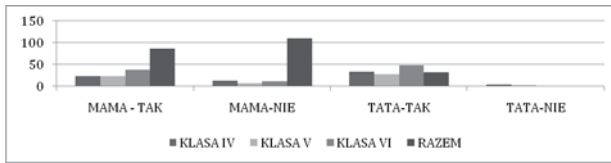
Tabela 4. Sytuacja rodzinna
Table 4. Family situation



Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Rodzice ankietowanych dzieci w zdecydowanej większości zajmują się pracą zarobkową. Aktywnych zawodowo jest 73% matek i 92% ojców (Tabela 5).

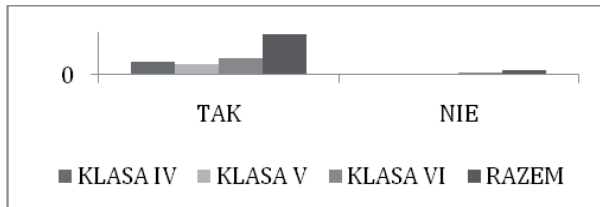
Tabela 5. Czy rodzice pracują?
Table 5. Do your parents work?



Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Na pytanie dotyczące posiadanego rodzeństwa uzyskano następujące odpowiedzi: w klasach IV rodzeństwo posiada 95% dzieci, w klasach V – 91% dzieci, natomiast w klasach VI – 90% dzieci (Tabela 6).

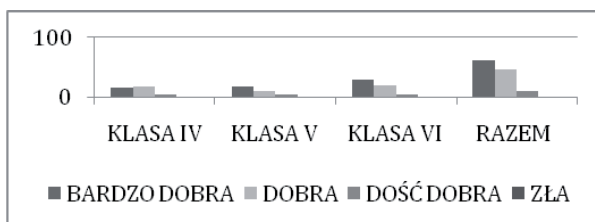
Tabela 6. Czy masz rodzeństwo?
Table 6. Do you have any siblings?



Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

52% osób uczestniczących w badaniu ocenia sytuację socjalną i ekonomiczną jako bardzo dobrą, 39% – jako dobrą, a 8,4% – jako złą (Tabela 7).

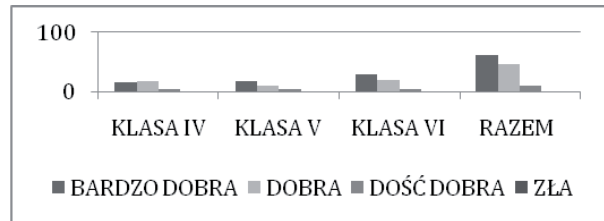
Tabela 7. Jak oceniasz sytuację socjalną i ekonomiczną?
Table 7. How would you rate the social and economic situation?



Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Kolejne pytania dotyczyły higieny osobistej i dbałości o zdrowie. W poniższych tabelach przedstawiono wyniki. Na pytanie dotyczące mycia rąk uzyskano następujące odpowiedzi: 13,4% dzieci myje ręce dwa razy dziennie, 84% ankietowanych dzieci myje ręce częściej niż 3 razy dziennie. Uzyskano następujące pojedyncze odpowiedzi typu: *nie wiem, nie liczę, kiedy są brudne, cały czas* (Tabela 8).

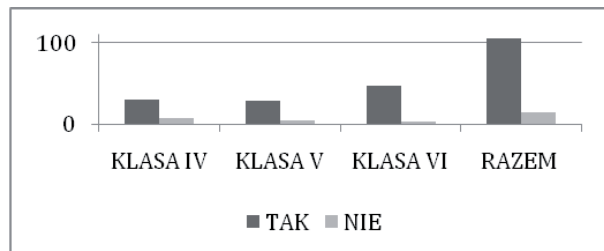
Tabela 8. Jak często myjesz ręce?
Table 8. How often do you wash your hands?



Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Pytanie dotyczące posiadania własnego ręcznika dostarczyło następujących odpowiedzi: 88% ankietowanych dzieci ma własny ręcznik, natomiast 12% nie ma własnego ręcznika (Tabela 9).

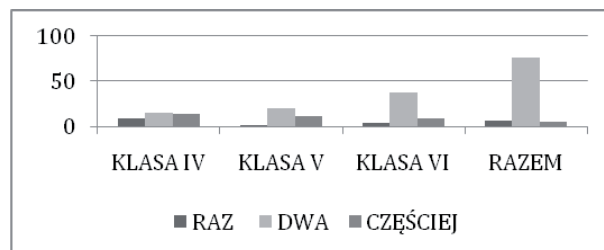
Tabela 9. Czy masz swój ręcznik w domu?
Table 9. Do you have your towel at home?



Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

W analizowanych grupach 10% ankietowanych dzieci myje zęby raz dziennie, 61% dzieci – dwa razy dziennie, natomiast częściej – tylko 29% (Tabela 10).

Tabela 10. Ile razy myjesz zęby w ciągu dnia?
Table 10. How many times do you brush your teeth every day?

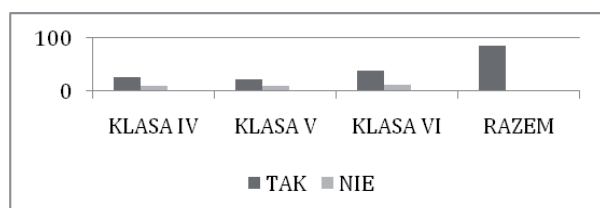


Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Pytanie dotyczące wizyt u stomatologa dostarczyło następujących odpowiedzi: 72% dzieci systematycznie chodzi do stomatologa, natomiast 28% wcale nie odwiedza stomatologa (Tabela 11).

Tabela 11. Czy chodzisz do stomatologa?

Table 11. Do you go to the dentist?

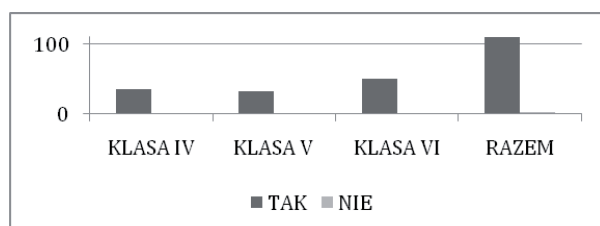


Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

W kolejnych pytaniach zwrócono uwagę na kontakty z rówieśnikami, na poświęcony im czas. W analizowanych grupach większość dzieci (91%) posiada przyjaciół i spędza z nimi czas wolny od zajęć; codziennie spotyka się z przyjaciółmi 67% dzieci, kilka razy w tygodniu – 24% dzieci, natomiast rzadziej – 9% dzieci (Tabele 12 i 13).

Tabela 12. Czy masz przyjaciół?

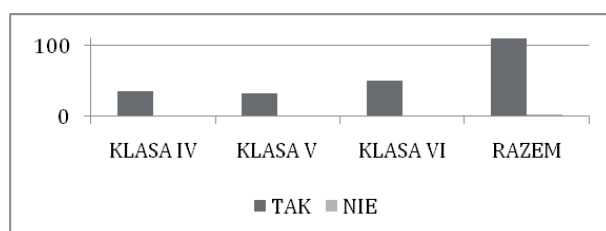
Table 12. Do you have friends?



Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Tabela 13. Ile czasu spędzasz z przyjaciółmi?

Table 13. How much time do you spend with your friends?

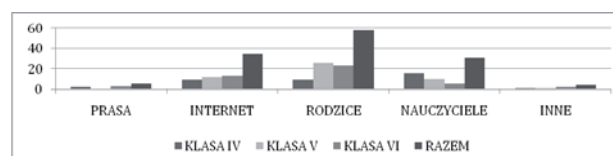


Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Kolejna grupa pytań, na które odpowiadali ankietowani, dotyczyła właściwego odżywiania się, nawyków żywieniowych i popełnianych błędów. Wiedzę na temat żywienia czerpią dzieci przede wszystkim od rodziców i z Internetu (w obu przypadkach dotyczy to 29% dzieci), następnie od nauczycieli (26%). Uzyskano także następujące odpowiedzi: z prasy (4,2%), z innych źródeł – 3,36% (z książek, od cioci, rodzeństwa i od dietetyka) (Tabela 14).

Tabela 14. Skąd czerpiesz wiedzę na temat żywienia?

Table 14. Where does your knowledge about nutrition come from?

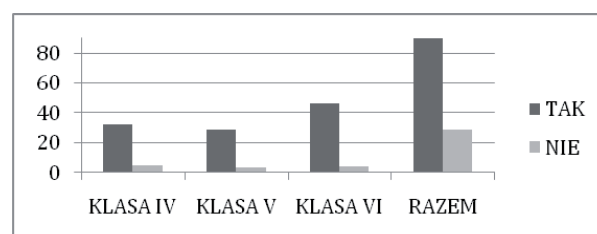


Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Na pytanie dotyczące spożywania posiłków aż 90% dzieci twierdzi, że spożywa je regularnie (Tabela 15).

Tabela 15. Czy spożywasz posiłki regularnie?

Table 15. Do you eat regular meals?

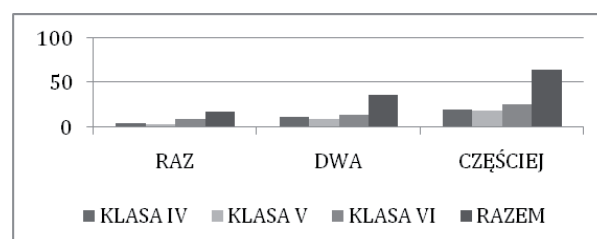


Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

65% dzieci jada owoce i warzywa częściej niż 3 razy w tygodniu, raz w tygodniu zjada je 18% dzieci, natomiast dwa razy w tygodniu 36% ankietowanych dzieci (Tabela 16).

Tabela 16. Ile razy w tygodniu jesz warzywa i owoce?

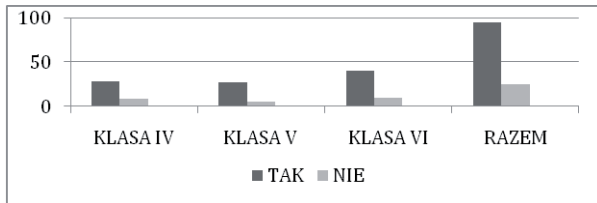
Table 16. How many times a week do you eat vegetables and fruits?



Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

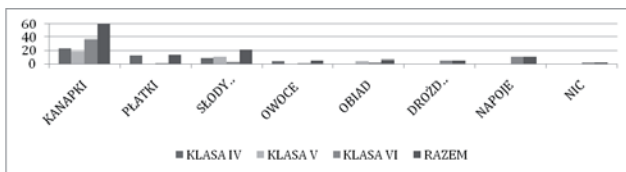
Drugie śniadanie zjada 80% dzieci, które wśród posiłków wymieniają kolejno: kanapki (65%), słodycze (18%), płatki (11%), obiad w szkole (5%), owoce (4%) i drożdżówki (4%). 8% dzieci twierdzi, że nie je nic na drugie śniadanie (Tabele 17 i 18).

Tabela 17. Czy jesz drugie śniadanie?
Table 17. Do you eat lunch?



Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Tabela 18. Co jesz na drugie śniadanie?
Table 18. What do you eat for lunch?



Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Ankietowane dzieci najchętniej jedzą kolejno: owoce i warzywa (25%), obiad w szkole (23%), słodycze (22%), kanapki (20%), fast foody (6%), płatki (3,4%), a 0,85% dzieci twierdzi, że nic nie lubi (Tabela 19).

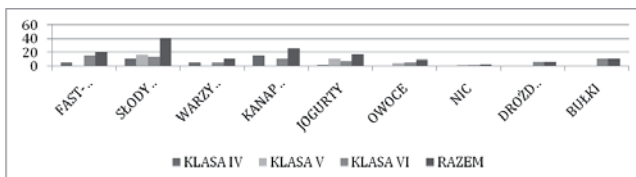
Tabela 19. Co lubisz jeść najchętniej w ciągu dnia?
Table 19. What do you like to eat most during the day?



Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Dzieci najchętniej kupują do jedzenia kolejno: słodycze (34%), kanapki (22%), pożywienie typu fast food (17%), jogurty (15%), warzywa i bułki (w obu przypadkach – 8,4%), owoce (7,5%), drożdżówkę (5%), nic do jedzenia nie kupuje natomiast 1,6% ankietowanych dzieci (Tabela 20).

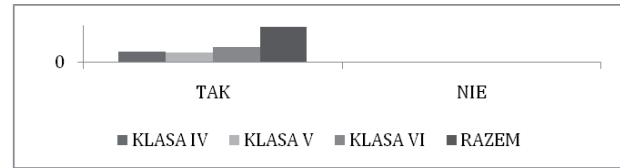
Tabela 20. Co kupujesz najchętniej do jedzenia?
Table 20. What food do you like to buy most?



Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

97% dzieci bardzo chętnie spożywa mleko i jego przetwory (Tabela 21).

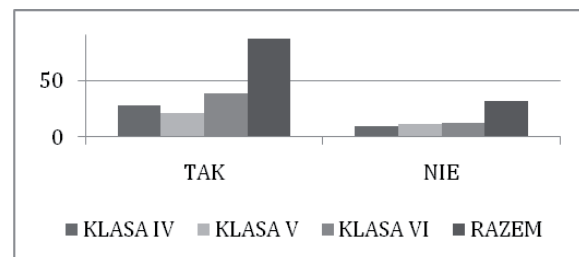
Tabela 21. Czy spożywasz mleko i jego przetwory?
Table 21. Do you consume milk and dairy products?



Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

73% dzieci bardzo chętnie jada ryby (Tabela 22).

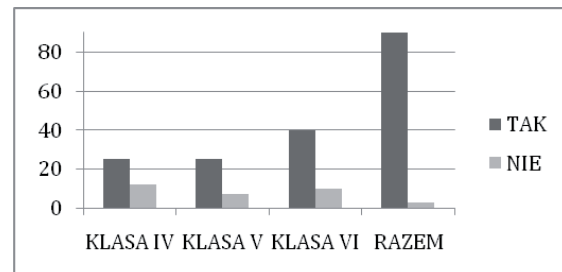
Tabela 22. Czy spożywasz ryby?
Table 22. Do you eat fish?



Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Aż 76% dzieci chętnie spożywa również płatki, otręby i ciemne pieczywo (Tabela 23).

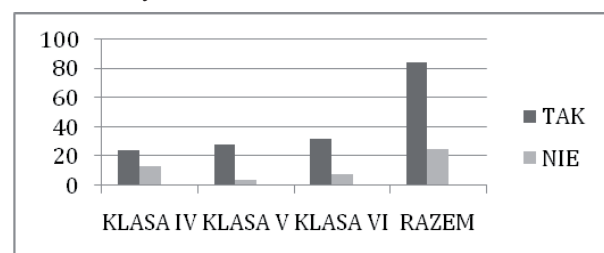
Tabela 23. Czy spożywasz płatki, otręby, ciemne pieczywo?
Table 23. Do you eat cereal, bran or brown bread?



Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Niepokojący wydaje się fakt, że 71% ankietowanych dzieci bardzo chętnie pije coca-colę i inne napoje gazowane (Tabela 24).

Tabela 24. Czy pijesz coca-colę i inne napoje gazowane?
Table 24. Do you drink Coca-Cola and other soft drinks?

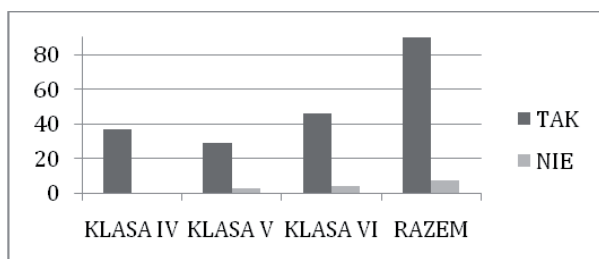


Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Kolejne pytania odnosiły się do zajęć wychowania fizycznego, ulubionych sportów. Jak ustalono, aż 94% dzieci lubi uczestniczyć w tych lekcjach (Tabela 25).

Tabela 25. Czy lubisz zajęcia wychowania fizycznego?

Table 25. Do you enjoy physical education?

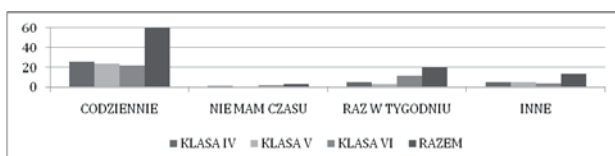


Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Na pytanie dotyczące ćwiczeń wykonywanych poza obowiązkowymi zajęciami wychowania fizycznego uzyskano następujące odpowiedzi: 60% dzieci ćwiczy codziennie, 17% raz w tygodniu, 2% nie ma czasu na tego rodzaju aktywność (Tabela 26).

Tabela 26. Ile razy ćwiczysz poza godzinami wf?

Table 26. Apart from physical education classes, how often do you practice sport?

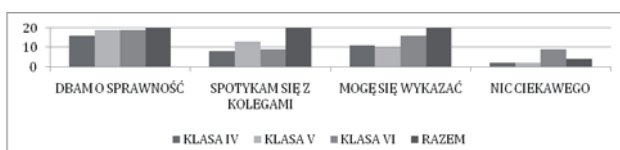


Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

W zajęciach pozalekcyjnych bierze udział 77% ankietowanych dzieci, które: dbają o sprawność (45%), mogą się wykazać (31%) i spotykać z kolegami (31%). Za nieciekawe uznają zajęcia 11% ankietowanych dzieci. Z kolei 5,9% dzieci nie bierze udziału w zajęciach z powodu braku czasu, 9,2% – z powodu braku zainteresowań, a 3,3% dzieci nie uczestniczy w zajęciach pozalekcyjnych, ponieważ im się nie chce (Tabela 27, 28 i 29).

Tabela 27. Czy bierzesz udział w zajęciach pozalekcyjnych?

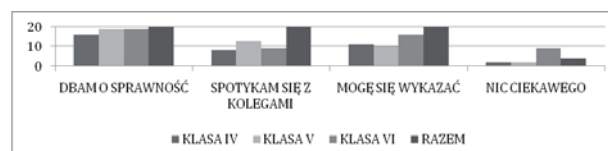
Table 27. Do you take part in extra-curricular activities?



Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Tabela 28. Dlaczego lubisz brać udział w zajęciach pozalekcyjnych?

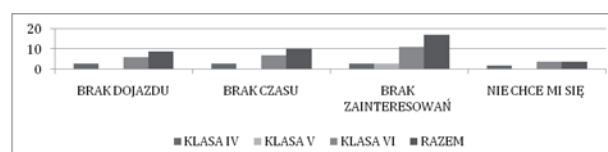
Table 28. Why do you like to take part in extra-curricular activities?



Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Tabela 29. Dlaczego nie bierzesz udziału w zajęciach pozalekcyjnych?

Table 29. Why don't you take part in extra-curricular activities?

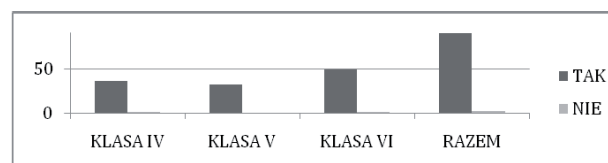


Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Dzieci bardzo lubią sport. Świadczy o tym aż 98% uzyskanych odpowiedzi; ulubione rodzaje sportu to: siatkówka (55%), piłka nożna (54%), piłka ręczna (18%) (Tabela 30 i 31).

Tabela 30. Czy lubisz sport?

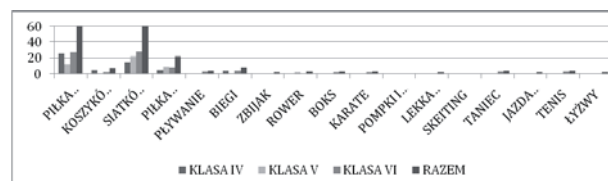
Table 30. Do you like sports?



Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Tabela 31. Jeśli lubisz sport, to jaki – wymień

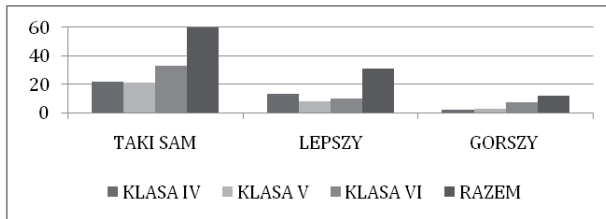
Table 31. If you like sports, name them



Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Dzieci miały także dokonać porównania siebie z rówieśnikami, odpowiadając na pytanie „Jaki jesteś w porównaniu z rówieśnikami?”; w obszarze tym uzyskano następujące odpowiedzi: „taki sam” (64%), „lepszy” (26%), „gorszy” (10%) (Tabela 32).

Tabela 32. Jaki jesteś w porównaniu z rówieśnikami?
Table 32. What are you like, compared with peers?



Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Omówienie wyników

W niniejszej pracy poruszono ważne zagadnienia związane ze zdrowiem, takie jak: odżywianie, higiena, ruch, aktywny wypoczynek. Jednym z kluczowych zagadnień jest racjonalne odżywianie, które ma na celu dostarczanie organizmowi niezbędnych składników pokarmowych oraz uzupełnianie deficytu energetycznego organizmu. Istotne znaczenie ma także aktywność ruchowa, która stymuluje ogólny rozwój i decyduje o kondycji fizycznej człowieka. Według wielu badaczy znaczenie ruchu trudno przecenić. Człowiek, który pracuje fizycznie, jest na ogół zdrowszy, zachowuje młodość i sprawność, rzadziej choruje. Jest odporniejszy na zmiany warunków życia.

Krzewienie kultury fizycznej należy rozpocząć już w okresie dzieciństwa. Wychowanie fizyczne jest ważnym elementem szeroko rozumianego wychowania zdrowotnego. Ruch na powietrzu, odpowiednie ćwiczenia fizyczne, sporty mają ogromne znaczenie dla zdrowia, a u dzieci stymulują rozwój. Odpowiednio dobrane i dopasowane do wydolności młodego organizmu ćwiczenia fizyczne podnoszą jego sprawność, zwiększają odporność na choroby, usuwają zmęczenie, wyrabiają nawyki zdrowotne. Ruch zapobiega otyłości, wzmacnia układ odpornościowy organizmu. Regularne ćwiczenia poprawiają kondycję i dobre samopoczucie, wpływają pozytywnie na nastrój, sprzyjają budowaniu poczucia pewności i zadowolenia z siebie.

Wyniki badań własnych pozwalają zaobserwować istniejącą u dzieci tendencję do wyboru zdrowego trybu życia. Jednak niektórzy badani ujawniają beztroskę i lekceważą własne zdrowie, co manifestuje się np. brakiem dbałości o higienę. Próchnica zębów jest częstym problemem zdrowotnym w populacji dzieci i młodzieży w Polsce. Mazur w raporcie HBSC [3] zwraca uwagę na konieczność czyszczenia zębów co najmniej dwa razy dziennie, a najlepiej po każdym posiłku. Wyniki uzyskane przez tę autorkę pozostają w spójności z wynikami badań własnych: dwa razy dziennie myje zęby 63,3% dzieci, których zachowania zdrowotne opisywane są w raporcie i 73% dzieci biorących udział w opisywanych w artykule badaniach własnych.

Przy wyborze posiłków dzieci nie kierują się zasadami zdrowego odżywiania, lecz jedzą to, co lubią, co według nich jest smaczne i słodkie. W nadmiarze piją coca-cola i inne napoje gazowane, nie biorąc pod uwagę powikłań, które mogą pojawić się w przyszłości. W raporcie HBSC [3] wyniki dotyczące spożywania coli i innych napojów gazowanych wskazują, że tylko 16,4% dzieci pije te napoje codziennie, natomiast w badaniu własnym fakt częstego ich spożywania potwierdza 70% dzieci. Częstość spożywania owoców i warzyw w badaniach własnych i raporcie HBSC jest porównywalna.

Wyniki badań własnych wskazują, że młodzi ludzie ujawniają braki w wiedzy dotyczącej codziennej ochrony zdrowia. Jednocześnie wykazują duże zainteresowanie sportem, czynnym jego uprawianiem. Lubią zajęcia wychowania fizycznego.

Badana grupa dzieci nie unika kontaktów z rówieśnikami, chętnie się z nimi spotyka, nie prezentuje postawy rywalizacji. Być może, na poziom wiedzy uczniów dotyczącej zdrowego stylu życia ma wpływ realizowanie przez szkołę programów profilaktycznych: „Dbaj o formę”, „Mleko w szkole”, „Owoce w szkole” oraz takich akcji, jak np.: „Tydzień zdrowia”, „Dbam o swoje zdrowie”.

Reasumując, istnieje konieczność podejmowania działań promujących zdrowy tryb życia wśród dzieci w wieku dorastania. Działaniami tymi należy objąć rodziców i nauczycieli, aby przekazywali dzieciom wiedzę na temat zachowań zdrowotnych.

Wnioski

- Należy podejmować działania promujące zdrowy styl życia dzieci w wieku dorastania.
- Działaniami należy objąć rodziców i nauczycieli, aby przekazywali dzieciom wiedzę na temat zachowań zdrowotnych.
- Wydaje się słuszne prowadzenie przez szkołę programów profilaktycznych.
- Należy wzmacniać zachowania zdrowotne uczniów i rodziców, dotyczące prawidłowego odżywiania i eliminowania błędów w codziennej diecie.
- Eliminowanie z diety dzieci produktów bogatych w cukry oraz zapewnienie dzieciom stałej możliwości korzystania z porad stomatologa przyjmującego w gabinecie na terenie szkoły przyczyniłoby się do poprawy stanu higieny jamy ustnej.
- Często obecność pielęgniarki w szkole, prowadzenie pogadarek na temat higieny, jak również zwiększona dbałość rodziców o higienę w domu rodzinnym wydają się istotnymi elementami kształtowania prawidłowych nawyków zdrowotnych.
- Na liczniejsze uczestnictwo dzieci w zajęciach pozaszkolnych wpłynęłaby atrakcyjność propo-

nowanych zajęć, lepsza komunikacja (zapewnienie dojazdu autobusami szkolnymi) i większa świadomość rodziców w odniesieniu do potrzeb i oczekiwań dzieci.

3. Mazur J., Szkutnik-Małkowska A., Wyniki badań HBSC 2010 – Raport techniczny, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.

PIŚMIENNICTWO

1. Nowa Encyklopedia Powszechna PWN, t. 6, Warszawa 1998.
2. Kulik T.B., Edukacja zdrowotna w rodzinie i szkole, FU KUL, Stalowa Wola 1997.

Adres do korespondencji:

dr Jolanta Czajkowska-Fesio
Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego
Collegium Medicum UMK w Toruniu
ul. Techników 3
85-801 Bydgoszcz
e-mail: Maciej624@wp.pl

**WSPIERANIE RODZIN Z DZIECKIEM NIEPEŁNOSPRAWNYM
PRZEZ ORGANIZACJE POZARZĄDOWE
NA PRZYKŁADZIE FUNDACJI „MAŁY PIESEK ZUZI”**

*THE SUPPORT FOR FAMILIES WITH A DISABLED CHILD BY NGOS BASED ON THE EXAMPLE
OF THE “MAŁY PIESEK ZUZI” FOUNDATION*

JOANNA NAWROCKA-ROHNKA^{1,2}, SANDRA NAPIERAŁA²

¹Katedra i Klinika Fizjoterapii, Reumatologii i Rehabilitacji
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. Włodzimierz Samborski

²Fundacja na rzecz wspomaganie rehabilitacji i szerzenia wiedzy kynologicznej „Mały Piesek Zuzi”
Prezes: mgr Joanna Nawrocka-Rohnka

Streszczenie

Cel. Celem pracy było przeanalizowanie, z jakiego wsparcia proponowanego przez organizacje pozarządowe korzystają rodzice dzieci z niepełnosprawnością.

Material i metody. W badaniu ankietowym uczestniczyli rodzice podopiecznych Fundacji „Mały Piesek Zuzi”, którzy odpowiadali na pytania, z jakiego wsparcia korzystają, oferowanego przez jakie organizacje oraz co skłoniło ich do skorzystania z niego.

Wyniki. Wyniki wskazują, iż zapotrzebowanie na wsparcie ze strony organizacji pozarządowych jest duże. Większość rodzin jest pod opieką kilku organizacji pozarządowych, a wsparcie ma charakter finansowy oraz pozafinansowy.

Wnioski. Rodzice dzieci uczęszczających na zajęcia do Fundacji „Mały Piesek Zuzi” korzystają ze wsparcia oferowanego przez organizacje pozarządowe, gdyż ma ono charakter bardziej kompleksowy niż wsparcie ofiarowane przez placówki zajmujące się opieką zdrowia.

Słowa kluczowe: organizacje pozarządowe, niepełnosprawność, wsparcie.

Abstract

Aim. The analysis of support offered by NGOs to parents of children with disabilities.

Material and methods. Parents of children attending the “Mały Piesek Zuzi” Foundation took part in a survey, answering questions: what type of support they use, what organisations it is offered by, and what made them apply for it.

Results. The results show that there is a big need for support. Most families are supported by several organisations and they use both financial and non-financial support.

Conclusions. The results showed that parents use support offered by NGOs, as they believe it is more comprehensive than support offered by health care facilities.

Key words: non-governmental organisations, disability, support.

Wstęp

Potrzeba wsparcia społecznego osób z niepełnosprawnością jest bardzo duża. Z danych uzyskanych podczas ogólnopolskiego badania przeprowadzonego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) pt. „Gmino, jaka jesteś? Badanie działalności gmin na rzecz osób niepełnosprawnych” wynika, iż w ciągu ostatnich 3 lat z pomocy Miejskich/Gminnych Ośrodków Pomocy Rodzinie korzystało 53% ankietowanych, z pomocy PFRONu – 22% ankietowanych, a z wsparcia oferowanego przez organizacje pozarządowe – 11% ankietowanych (przy czym w środowiskach miejskich 19%) [1].

Co ciekawe, w tym samym badaniu wykazano, iż w przypadku osób dorosłych rola organizacji pozarządowych jest dość ograniczona, za to w przypadku ro-

dzin dzieci niepełnosprawnych jest wręcz kluczowa. Ze wsparcia organizacji pozarządowych w naszym kraju korzystają głównie rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością w stopniu znacznym lub umiarkowanym, zamieszkujący miasta w województwach wielkopolskim, małopolskim i opolskim [1]. Przykładem takiej organizacji jest Fundacja na rzecz wspomaganie rehabilitacji i szerzenia wiedzy kynologicznej „Mały Piesek Zuzi”, której działania w zakresie kompleksowego wsparcia rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym zostaną przedstawione w niniejszym artykule.

Organizacje pozarządowe

Obok pojęcia „organizacje pozarządowe” występują również inne nazwy na określenie tego zjawiska, jak

na przykład „sektor pozarządowy”, „NGO” (ang. *non-governmental organisation*), „sektor non-profit”, „sektor pozarządowy”, „trzeci sektor” [2]. Podstawą prawną funkcjonowania wszelkich organizacji pozarządowych jest ustawa z 22 stycznia 2010 roku o zmianie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie z dnia 24 kwietnia 2003 roku. Zgodnie z tą ustawą organizacja pozarządowa to taka, która nie jest jednostką sektora finansów publicznych, w rozumieniu przepisów o finansach publicznych, i nie działa w celu osiągnięcia zysku. Mogą to być osoby prawne lub jednostki nieposiadające osobowości prawnej utworzone na podstawie przepisów ustaw, w tym fundacje i stowarzyszenia [3]. Ponieważ największą grupę organizacji pozarządowych w naszym kraju stanowią właśnie fundacje i stowarzyszenia, to one zostaną opisane bardziej szczegółowo.

Za fundację uznaje się organizację powoływaną dla celów społecznie lub gospodarczo użytecznych, dysponującą majątkiem przeznaczonym na realizację swoich celów, ustanawianą przez fundatora w oświadczeniu woli złożonym przed notariuszem lub w testamencie, uzyskująca osobowość prawną z chwilą wpisania do Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) [4]. Stowarzyszenia i fundacje różnią się w wielu kwestiach w sposób zasadniczy, jednakże w praktyce ich działania mogą być zbliżone. Powszechnie mówi się: „Jeśli masz przyjaciół – załóż stowarzyszenie, jeśli masz pieniądze – załóż fundację” [5]. Nie we wszystkich przypadkach sprawdza się to jednak. Różnice w funkcjonowaniu fundacji i stowarzyszenia ukazuje tabela 1.

Tabela 1. Różnice między stowarzyszeniem a fundacją [6]
Table 1. Differences between an association and a foundation [6]

STOWARZYSZENIE	FUNDACJA
Cel	Cel
<ul style="list-style-type: none"> • cel jest dowolny, pod warunkiem, że zgodny z prawem • cel niezarobkowy • cel może polegać na wspieraniu własnych członków 	<ul style="list-style-type: none"> • cel społecznie lub gospodarczo użyteczny • cel niezarobkowy • cel nie może polegać na wspieraniu fundatora
Majątek	Majątek
<ul style="list-style-type: none"> • nie jest potrzebny na etapie zakładania stowarzyszenia • członkowie płacą obowiązkowe składki 	<ul style="list-style-type: none"> • niezbędny na etapie tworzenia fundacji – bez przekazania przez fundatora majątku fundacja nie powstanie • wyczerpanie majątku oznacza likwidację fundacji
Członkostwo	Członkostwo
<ul style="list-style-type: none"> • minimum 15 osób • osoby fizyczne • osoby mające pełną zdolność do czynności prawnych • obywatele polscy • cudzoziemcy mieszkający w Polsce 	<ul style="list-style-type: none"> • fundator – jeden lub kilku, mogą to być osoby prawne lub fizyczne • osoby fizyczne – Polacy i cudzoziemcy bez względu na miejsce zamieszkania • osoby prawne – mające siedzibę w Polsce lub za granicą

Organy (władze)	Organy (władze)
<ul style="list-style-type: none"> • zarząd jest obowiązkowy • obowiązkowy organ kontroli wewnętrznej (np. komisja rewizyjna) 	<ul style="list-style-type: none"> • zarząd jest obowiązkowy • nieobowiązkowy organ kontroli wewnętrznej (np. komisja rewizyjna)
Nadzór i kontrola zewnętrzna	Nadzór i kontrola zewnętrzna
<ul style="list-style-type: none"> • nadzór sprawuje starosta powiatu właściwy ze względu na siedzibę stowarzyszenia 	<ul style="list-style-type: none"> • nadzór sprawują: właściwy minister wskazany przez fundatora i starosta powiatu właściwy ze względu na siedzibę fundacji

Źródło (Source): Biernacka S., Piecuch K., Styszko K., Aktywnie, Skutecznie, Lokalnie. Poradnik dla organizacji pozarządowych, Stowarzyszenie Doradców Europejskich PLinEU, Kraków 2009, 9, 10.

Sytuacja organizacji pozarządowych w Polsce

Organizacje pozarządowe w Polsce odgrywają bardzo istotną rolę w życiu społecznym. Według danych Stowarzyszenia Klon/Jawor w 2010 roku było zarejestrowanych w Polsce ponad 12 tysięcy fundacji oraz 71 tysięcy stowarzyszeń. Najwięcej organizacji w stosunku do liczby mieszkańców zlokalizowanych jest w województwach mazowieckim, dolnośląskim, warmińsko-mazurskim, pomorskim, lubuskim i zachodniopomorskim [7].

NGO działają szczególnie często (88%) na rzecz osób indywidualnych. Organizacje te zajmują się głównie bezpośrednim świadczeniem usług członkom, podopiecznym czy klientom organizacji lub ich finansowym wsparciem (64%), ale podejmują też działania mające na celu dotarcie do szerszych grup odbiorców i zwiększenie świadomości tematyki, jaką się zajmują. W tym celu organizują debaty i konferencje (30%), wydają czasopisma, biuletyny czy raporty (17%) i organizują targi lub wydarzenia mające promować działania organizacji (14%) [7].

Organizacje zajmujące się szeroko pojętym działaniem na rzecz rodzin lub dzieci z niepełnosprawnościami stanowią łącznie około 26% organizacji pozarządowych. Tabela 2 prezentuje podział organizacji non-profit w zależności od profilu działalności.

Tabela 2. Profil działalności organizacji pozarządowych [7]
Table 2. Profile of NGOs [7]

Profil działalności	Odsetek organizacji
Sport, turystyka, rekreacja, hobby	38%
Kultura i sztuka	17%
Edukacja i wychowanie	14%
Ochrona zdrowia	6%
Usługi socjalne, pomoc społeczna, humanitarna, ratownictwo	6%
Rozwój lokalny w wymiarze społecznym i ekonomicznym	5%
Inna działalność	14%

Źródło (Source): Przewłocka J., Polskie organizacje pozarządowe 2012, Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa 2013, 2, 3.

Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym

Pojawienie się dziecka z niepełnosprawnością w rodzinie jest sytuacją niezmiernie trudną. Wiąże się ona nie tylko z większym obciążeniem fizycznym czy czasowym, ale przede wszystkim z większym obciążeniem psychicznym dla rodziców. Wiele rodzin nie umie się odnaleźć w nowej sytuacji i wymaga kompleksowego wsparcia.

W zasadzie już od momentu diagnozy rodzice wymagają wsparcia psychoemocjonalnego, gdyż wówczas najczęściej pojawiają się u nich negatywne emocje, z którymi nie potrafią sobie poradzić. Do tych emocji można zaliczyć między innymi: lęk związany z ciągłym zagrożeniem życia i zdrowia, uczucie zagubienia, poczucie winy, stan stałej mobilizacji. Każdy z rodziców w sposób indywidualny będzie radził sobie z daną sytuacją, indywidualna jest również ilość czasu, która będzie niezbędna do zaakceptowania niepełnosprawności dziecka [8].

Niezależnie jednak od czasu, jaki jest niezbędny do pogodzenia się z ograniczeniami dziecka, zwolennicy nurtu „smutek ograniczony w czasie” uważają, że proces przystosowania się rodziny do nowej sytuacji składa się zawsze z takich samych faz. Tabela 3 ukazuje te fazy.

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego w Krakowie z 2011 roku liczba rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym w Polsce wynosiła niemal 156 tysięcy [10]. Duża grupa, w szczególności na etapie „pozornego przystosowania”, poszukuje pomocy w różnych placówkach. Jest to bardzo istotne, gdyż opieka nad dzieckiem niepełnosprawnym jest pracą żmudną i długotrwałą, obciążoną dużym prawdopodobieństwem wypalenia.

Aby uniknąć „wypalenia sił” u rodziców i opiekunów dziecka, powinny zostać podjęte następujące działania:

1. Częściowe odciążenie rodziców od nadmiaru obowiązków związanych z opieką nad dzieckiem. Wiąże się to z zatrudnieniem osoby do pomocy lub posłaniem dziecka do placówki zajmującej się edukacją, jak na przykład szkoła czy przedszkole specjalne lub integracyjne.
2. Zapewnienie wsparcia psychicznego rodzicom/opiekunom, okazywanie im zrozumienia i akceptacji przez osoby bliskie, a także profesjonalistów.
3. Zachęcanie do stosowania samopomocy psychoemocjonalnej między rodzicami/opiekunami.
4. Okresowe podejmowanie działań o zwiększonej intensywności, np. na turnusach rehabilitacyjnych lub podczas specjalnych programów terapeutycznych [11].

Tabela 3. Fazy radzenia sobie z niepełnosprawnością dziecka [9]
Table 3. Phases of dealing with the child's disability [9]

Faza	Charakterystyka fazy
Wstrząs emocjonalny	Pierwsza emocja, która się zazwyczaj pojawia na tym etapie, to szok. Rodzice nie są w stanie podejmować wówczas racjonalnych decyzji. W stosunku do dziecka zachowują się z dużą obawą, niepewnością i poczuciem winy. Zaburzeniu ulega także ich aktywność związana z pełnionymi dotychczas rolami. Jest to okres, podczas którego bardzo istotne jest wytłumaczenie sensu problemu oraz wskazanie możliwych form pomocy.
Rozpacz	Rodzice mają poczucie krzywdy, koncentrują się na swojej krzywdzie i szukają winnych. Często sami też obarczają się odpowiedzialnością za chorobę, co w większości przypadków jest bezzasadne. Mają głównie negatywne doznania, a ich rola w rodzinie diametralnie się zmienia. W tej fazie istotna jest pomoc specjalistów, ale także silne wsparcie ze strony najbliższych członków rodziny.
Pozorne przystosowanie	Na tym etapie rodzice zachowują się bardzo nieracjonalnie. Jeśli nie potrafią pogodzić się z niepełnosprawnością dziecka, uciekają się do różnych mechanizmów obronnych, np. uznają swoje dziecko za leniwe, celowo prezentujące nieprawidłowe zachowanie, często również zaprzeczają postawionej diagnozie. Jeśli natomiast przyjmują do wiadomości fakt, że dziecko jest chore, to wierzą w możliwość całkowitego wyleczenia dziecka. Tacy rodzice będą zwracać się o pomoc do wielu różnych organizacji oraz chodzić do wielu specjalistów. Często też będą korzystać z metod alternatywnych i poszukiwać „cudownego leku”. Funkcjonowanie rodziny może ulegać dezintegracji, a ilość nakładów finansowych w tym okresie jest bardzo duża. Na tym etapie istotne są kompleksowe wsparcie i pomoc w podjęciu decyzji, jaka metoda terapii byłaby najlepsza dla dziecka.
Konstruktywne przystosowanie	Faza ta charakteryzuje się zmianą nastawienia w stosunku do dziecka. Rodzice czują się dużo bardziej komfortowo w towarzystwie dziecka, sam fakt obcowania z nim sprawia im satysfakcję. Zauważają oni postępy czynione przez dziecko, a także doceniają swój własny trud. Równie chętnie współpracują zarówno ze specjalistami, jak i innymi rodzicami w podobnej sytuacji. Na tym etapie wsparcie będzie mieć charakter długofalowych pozytywnych relacji ze specjalistami.

Źródło (Source): Obuchowska I., Twardowski A., Kowalewski L. et al., Dziecko niepełnosprawne w rodzinie, WSiP, Warszawa 2008, 21–27.

Fundacja „Mały Piesek Zuzi”

Fundacja na rzecz wspomaganie rehabilitacji i szerzenia wiedzy kynologicznej „Mały Piesek Zuzi” została zarejestrowana w Krajowym Rejestrze Sądowym pod numerem 0000268184 dnia 26 listopada 2006 roku. Fundacja

została powołana do życia przez grupę osób pracujących z dziećmi z różnego rodzaju niepełnosprawnościami, będących jednocześnie pasjonatami psów. Osoby te chciały prowadzić zajęcia z terapii kontaktowej z udziałem psa, zwanej inaczej dogoterapią, a oprócz tego uczestniczyć w rozlicznych imprezach plenerowych, pokazując mieszkańcom Poznania umiejętności psów pracujących oraz sprawiając radość dzieciom.

W momencie tworzenia nazwy dla organizacji pani Zuzanna Klupsch – członek Rady Fundacji – z niecierpliwością oczekiwała na psa przeznaczonego specjalnie do pracy z dziećmi. Gdy pojawił się on w fundacji, córka fundatorki, pani Doroty Jarczyńskiej-Smurawa, powiedziała, że to „mała pieska Zuzi” i tak powstała nazwa Fundacji.

W statucie Fundacji wpisano, iż główne powody działania organizacji to: „...upowszechnianie i prowadzenie terapii kontaktowej z udziałem zwierząt, mającej na celu propagowanie aktywności, pomoc i rehabilitację osób niepełnosprawnych, zwiększanie dostępności osobom niepełnosprawnym, wykluczonym społecznie, przewlekle chorym do środowiska przyrodniczego i edukacji w tym zakresie, ekologia i ochrona zwierząt oraz działalność charytatywna, a także szerzenie wiedzy kynologicznej, w tym w szczególności podnoszenie poziomu świadomości społecznej w dziedzinie kultury kynologicznej” [12].

Do września 2012 roku działania Fundacji były jednoznacznie kojarzone z terapią z udziałem psa oraz szerzeniem wiedzy kynologicznej. Obecnie jednak nieco zmienił się charakter działań. Organizacja, odpowiadając na potrzeby podopiecznych i ich rodzin, postanowiła rozszerzyć profil swojej działalności, skupiając się na oferowaniu większej ilości działań terapeutycznych. Nowym celem działalności jest kompleksowe wsparcie rodzin dzieci niepełnosprawnych.

Oprócz zajęć z dogoterapii Fundacja „Mały Piesek Zuzi” prowadzi także:

- zajęcia z fizjoterapeutą dla dzieci,
- zajęcia z logopedą dla dzieci,
- zajęcia z pedagogiem dla dzieci,
- zajęcia z psychologiem dla dzieci,
- zajęcia z integracji sensorycznej,
- zajęcia z fizjoterapeutą dla dorosłych (w tym dla rodziców podopiecznych),
- grupę wsparcia dla rodziców dzieci niepełnosprawnych (zajęcia prowadzą pedagog i psycholog),
- szkolenia dla rodziców i opiekunów z zakresu masażu dzieci oraz komunikacji alternatywnej,
- konsultacje dla rodzin posiadających psa,
- pomoc w zakresie utworzenia specjalnego subkonta, aby móc przekazywać 1% podatku na rehabilitację i terapię dziecka,
- pomoc prawną.

Wszystkie wyżej wymienione działania są prowadzone w Ośrodku Wspomagania Rehabilitacji i Te-

rapii, który mieści się przy ulicy Jarochońskiego 44 w Poznaniu. Lokalizacja ośrodka niedaleko od centrum, w pobliżu dużego skrzyżowania, przystanków tramwajowych oraz autobusowych, jest bez wątpienia dużym plusem. Przed budynkiem nie ma też strefy płatnego parkowania, co ułatwia rodzicom/opiekunom dogodne parkowanie pod Ośrodkiem. W skład pomieszczeń, którymi dysponuje Fundacja, wchodzi: w pełni wyposażona sala zajęciowa, gabinet fizjoterapeutyczny z kozetką, drabinką gimnastyczną oraz niezbędnymi sprzętami rehabilitacyjnymi, sala konferencyjna umożliwiająca równoczesne spotkanie 20 osób, pokój z zapleczem socjalnym dla rodziców, biuro, pokój wolontariuszy oraz toaleta.

„Mały Piesek Zuzi” prowadzi także zajęcia dla podopiecznych następujących organizacji: Stowarzyszenia „Na Tak” – Przedszkola Specjalnego „Orzeszek”, Przedszkola Stowarzyszenia „Potrafię Więcej” oraz dla uczniów szkoły należącej do Stowarzyszenia „Zawsze Razem”. Łącznie daje to liczbę ponad 60 podopiecznych. Zajęcia te odbywają się regularnie w placówkach danych organizacji.

Fundacja jest organizacją zrzeszającą wolontariuszy posiadających odpowiednie wykształcenie kierunkowe – pedagogów, psychologów, fizjoterapeutów, ale także osoby pragnące działać na rzecz rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi, niezależnie od swoich kompetencji. Dzięki temu istnieje możliwość nie tylko w pełni profesjonalnych działań terapeutycznych, ale także organizowania wsparcia społecznego.

Grupa wsparcia w Fundacji „Mały Piesek Zuzi”

Rodzice dzieci z niepełnosprawnością dobrze znają potrzeby swoich pociech. Należą do nich m.in.: potrzeba akceptacji, przyjaźni, zabawy, opieki, poczucia bezpieczeństwa, dostrzegania własnych zdolności i ograniczeń, a także potrzeba odpoczynku [13]. Często jednak zdarza się tak, że rodzice zapominają o swoich potrzebach. Istotne jest uwrażliwienie ich na to, aby wygospodarowali choć parę godzin w ciągu tygodnia i w tym czasie skupili się na sobie.

Postępując zgodnie ze swoim mottem: „Kompleksowe wsparcie rodzin dzieci niepełnosprawnych”, Fundacja podjęła działania mające na celu organizowanie regularnych spotkań w ramach Grupy Wsparcia. Są to około dwugodzinne spotkania w środy od godz. 18:00 przy kawie i ciastku; uczestniczą w nich psycholog specjalizujący się w terapii rodzin oraz pedagog specjalny. Celem jest pomoc rodzicom w radzeniu sobie z problemem niepełnosprawności dziecka, własnymi emocjami i kłopotami. Zajęcia cieszą się dużym zainteresowaniem wśród rodziców zarówno podopiecznych Fundacji, jak i wśród rodziców z zewnątrz. Za olbrzymią zaletę tych spotkań uznawana jest możliwość zabrania dziecka ze sobą. W czasie zajęć dla rodziców wolontariusze zapew-

niają profesjonalną opiekę dzieciom, które znajdują się w tym czasie w pozostałych pomieszczeniach Fundacji.

Aktualnie na spotkania Grupy Wsparcia uczęszcza 5 rodziców, ale liczba ta systematycznie się zwiększa.

Formy wsparcia, z których korzystają rodzice podopiecznych Fundacji „Mały Piesek Zuzi”

Głównymi odbiorcami działań Fundacji są dzieci z niepełnosprawnością z Poznania i najbliższych okolic. W Ośrodku Fundacji odbywają się regularnie różnorakie zajęcia dla 21 dzieci w wieku od 2 do 12 lat. Oprócz podstawowych rozpoznń większość z podopiecznych Fundacji ma również stwierdzoną niepełnosprawność intelektualną – od stopnia lekkiego do głębokiego. Szczegółowe dane prezentuje tabela 4.

Tabela 4. Dzieci uczęszczające na zajęcia do Fundacji „Mały Piesek Zuzi”

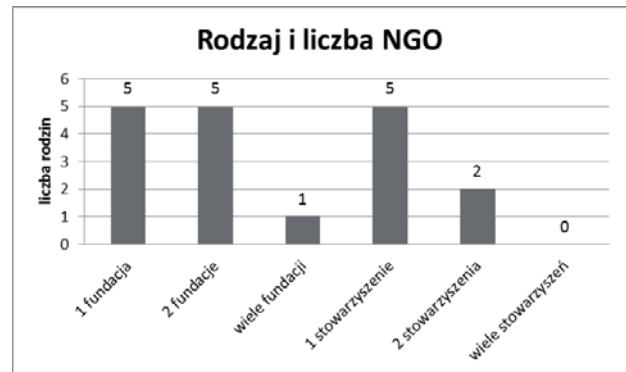
Table 4. Children attending classes organized by the Foundation “Mały Piesek Zuzi”

Rozpoznanie	Wiek	Liczba dzieci
Mózgowe porażenie dziecięce	2–9 lat	4
Autyzm/zaburzenia ze spektrum autyzmu	4–8 lat	7
Zespół Aspergera	8 lat	1
Zaburzenia ogólnorozwojowe	5–12 lat	5
Zaburzenia słuchu	7 lat	1
Zaburzenia psychiczne	8 lat	1
Zaburzenia społeczno- -emocjonalne	8 lat	1
Wada genetyczna	2 lata	1

W okresie kwiecień–maj 2013 roku rodzice/opiekunowie podopiecznych Fundacji zostali poproszeni o wypełnienie ankiety na temat wsparcia oferowanego przez NGO, z którego oni sami korzystają.

W badaniu wzięło udział 11 rodziców, w tym 9 rodzin z chłopcami oraz 2 rodziny z dziewczynkami. Dzieci były w wieku od 2 do 8 lat.

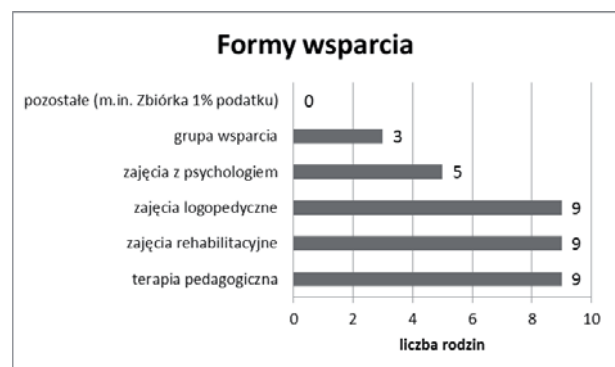
Uzyskane dane wskazują na to, iż zaledwie jedna rodzina korzysta ze wsparcia tylko jednej fundacji, natomiast wszyscy pozostali rodzice korzystają ze wsparcia co najmniej dwóch organizacji pozarządowych. Zdecydowanie większa liczba rodziców korzysta z pomocy fundacji (11 rodzin) niż stowarzyszeń (6 rodzin). Odpowiedzi rodziców prezentuje rycina 1.



Rycina 1. Liczba i rodzaj organizacji pozarządowych wspierających badane rodziny.

Figure 1. Number and type of NGOs supporting interviewed families.

Rodziny korzystają głównie ze wsparcia w postaci zapewnienia zajęć rehabilitacyjno-terapeutycznych dla dzieci; zajęcia te oferowane są im głównie w bezpłatnej formie (8 rodzin). Szczegółowe odpowiedzi prezentuje rycina 2.



Rycina 2. Rodzaje wsparcia rodzin.

Figure 2. Types of support for families.

Jedynie 4 rodziny korzystają z bezpośredniego, finansowego wsparcia ofiarowanego przez organizacje pozarządowe.

Głównymi powodami, dla których rodzice korzystają z pomocy organizacji pozarządowych, są: kompleksowe wsparcie (9 odpowiedzi), elastyczność dostosowywania pomocy do potrzeb podopiecznych (8 odpowiedzi) oraz szybki dostęp do zajęć, bez konieczności długiego oczekiwania (7 odpowiedzi).

Przy porównaniu organizacji pozarządowych i placówek opieki zdrowotnej to właśnie NGO są lepiej oceniane przez rodziców: 7 rodzin wskazało, iż zapewniają one bardziej kompleksową opiekę nad rodziną dziecka niepełnosprawnego. Szczegółowe odpowiedzi umieszczono na rycinie 3.



Rycina 3. Odpowiedzi na pytanie „Kto zapewnia bardziej kompleksowe wsparcie?”

Figure 3. Answers to the question „Who provides a more comprehensive support?”

Podsumowanie

Niepełnosprawność jednej osoby niesie za sobą konsekwencje dla całej rodziny. Jeśli osobą chorą jest dziecko, rodzice czują się szczególnie odpowiedzialni za uzyskanie odpowiedniej pomocy i kompleksowego wsparcia. Taka pomoc może być oferowana przez różnego rodzaju instytucje, w tym organizacje pozarządowe. Analizując przypadki rodzin będących pod opieką Fundacji „Mały Piesek Zuzi”, można wyciągnąć wnioski, iż w ich opiniach organizacje non-profit mogą gwarantować całościową opiekę nad rodzinami dzieci niepełnosprawnych. Z danych PFRON wynika, że rodziny zamieszkujące miasta są w znacznie lepszej sytuacji niż mieszkańcy wsi [1]. Dlatego istotne jest zachęcanie rodzin dzieci niepełnosprawnych, niezależnie od miejsca zamieszkania, do działań oddolnych, mających na celu tworzenie oraz promowanie organizacji pozarządowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Gmino, jaka jesteś? Badanie działalności gmin na rzecz osób niepełnosprawnych, PFRON, Warszawa 2008.

2. Kosmowski J., Szymczak S., Diagnoza stanu trzeciego sektora w Poznaniu. Badanie potrzeb z zakresu wsparcia NGO's, Fundacja Edukacja dla Przyszłości, Poznań 2012, 23–25.
3. Ustawa z dnia 22 stycznia 2010 r. o zmianie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie oraz niektórych innych ustaw z dnia 24 kwietnia 2003 r., Dz.U. z 2010 r., nr 28, poz. 146.
4. Co to jest fundacja? Poradnik NGO, <http://poradnik.ngo.pl/x/363120> (data dostępu: 08.05.2013).
5. Jaka jest różnica między fundacją a stowarzyszeniem? Administracja NGO, <http://administracja.ngo.pl/x/340717> (data dostępu: 08.05.2013).
6. Biernacka S., Piecuch K., Styszko K., Aktywnie, Skutecznie, Lokalnie. Poradnik dla organizacji pozarządowych, Stowarzyszenie Doradców Europejskich PLinEU, Kraków 2009, 9, 10.
7. Przewłocka J., Polskie organizacje pozarządowe 2012, Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa 2013, 2, 3.
8. Karwowska M., Wspieranie rodziny dziecka niepełnosprawnego umysłowo (w kontekście społecznych zmian), Oficyna Wyd. IMPULS, Kraków 2003, 78–80.
9. Obuchowska I., Twardowski A., Kowalewski L. et al., Dziecko niepełnosprawne w rodzinie, WSiP, Warszawa 2008, 21–27.
10. Kalista D., Koczwara M., Osuch M. et al., Dzieci korzystające ze świadczeń pomocy społecznej w 2011 roku, GUS, Kraków 2013, 50.
11. Maciarz A., Pedagogika lecznicza i jej przemiany, Wyd. Akadem. Żak, Warszawa 2001, 77.
12. Statut Fundacji na rzecz wspomaganie rehabilitacji i szerzenia wiedzy kynologicznej „Mały Piesek Zuzi”, Poznań 2006, 1.
13. Kozubska A., Opieka i wychowanie w rodzinie dziecka upośledzonego umysłowo w stopniu lekkim, Wyd. Uczelniane Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2000, 233.

Adres do korespondencji:

mgr Joanna Nawrocka-Rohnka
e-mail: joannanawrocka@psiaterapia.pl

WPLYW ASTMY OSKRZELOWEJ NA ŻYCIE CODZIENNE I AKTYWNOŚĆ DZIECI W WIEKU SZKOLNYM

THE IMPACT OF ASTHMA ON DAILY LIFE AND ACTIVITY OF SCHOOL-AGE CHILDREN

MONIKA SCHUPKE

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie
Kierownik: lek. med. Piotr Lehmann

Streszczenie

Wstęp i cel pracy. Ocena wpływu astmy oskrzelowej na życie codzienne i aktywność dzieci w wieku szkolnym.

Materiały i metody. Do badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Ankietę składającą się z 34 pytań wypełniło 100 rodziców dzieci chorych na astmę oskrzelową. Odebrano i zakwalifikowano do bazy danych 80 ankiet. Dzieci te pozostają pod opieką Poradni Alergologicznej i Pulmonologicznej, a także przebywają na oddziałach pediatrycznych. Badanie przeprowadzono w dniach od 9.09.2010 do 5.03.2011 w Kościanie.

Wyniki. W grupie badanych dzieci znalazło się 41,25% dziewczynek oraz 58,75% chłopców. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania badanych dzieci, można stwierdzić, iż w grupie badawczej znalazły się porównywalne liczby dzieci mieszkających na terenach wiejskich (43,75%) i w mieście (56,25%). Wśród dzieci, które poddano badaniu, dominowały osoby w wieku od 7 do 8 lat (33,8%). Na drugim miejscu znalazły się dzieci mające od 9 do 10 lat (25,0%) i w wieku od 11 do 12 lat (25,0%). Najmniej liczną grupą, biorąc pod uwagę wiek badanych dzieci, były te mające od 13 do 14 lat (16,3%).

Wnioski. Wraz z wydłużaniem się okresu, od jakiego dziecko choruje na astmę oskrzelową, maleje jego aktywność w zakresie uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego. Zarówno brak opuszczania zajęć w szkole, jak i uczestnictwo dzieci w zajęciach wychowania fizycznego i korzystanie przez nie z form aktywności, takich jak wycieczki szkolne, obozy, kolenie, nie są związane z częstotliwością ataków występujących w okresie zaostrzenia choroby. Aktywniej czas wolny spędzają dzieci, których kondycja fizyczna zdaniem rodziców jest dobra w porównaniu z rówieśnikami. Nie stwierdzono, aby sposób spędzania czasu wolnego przez dziecko w istotny sposób związany był z miejscem zamieszkania czy wiekiem dziecka.

Słowa kluczowe: astma oskrzelowa, dzieci w wieku szkolnym, życie codzienne, aktywność fizyczna, zaostrzenia choroby.

Wprowadzenie

We współczesnym świecie astma oskrzelowa dotyka coraz więcej osób, w tym bardzo liczną grupę dzieci. Obserwuje się wzrost zachorowania u dzieci, jednak często spotykamy się także z brakiem zdiagnozowania i dlatego wielu rodziców nie jest świadomych

Abstract

Introduction and aim. To assess the impact of asthma on daily life and activity of school-age children.

Materials and methods. The study used a method of a diagnostic survey. The survey consisting of 34 questions was filled in by 100 parents of children with asthma. 80 polls were received and classified in the database. These children are cared for by the Pulmonary and Allergy Clinic, and stay in pediatric wards. The study was conducted in the period from 09/09/2010 to 05/03/2011 in Kościan.

Results. In the group of children studied were 41.25% of girls and 58.75% of boys. Taking into account children's places of residence it can be concluded that in the study group there were comparable numbers of children living in rural areas – 43.75% and living in the city – 56.25%. The biggest number of children tested were 7–8 years old (33.8%). Then there were kids aged 9 to 10 years (25.0%) and children aged 11 to 12 years – 25.0%. The smallest group, taking into account the age of children, were from 13 to 14 years – 16.3%.

Conclusions. The longer the period the child suffers from asthma, the lower the child's activity in terms of participation in physical education classes. Both attending classes and participating in physical education classes, as well as using various forms of activities, such as school trips or camps are not associated with the frequency of fits occurring during exacerbations. Children whose parents believe their physical fitness is good spend leisure time more actively in comparison to their peers. There is no significant correlation between the way of spending spare time and the place of residence or the child's age.

Key words: asthma, school-age children, daily life, physical activity, exacerbation of the disease.

choroby swojego dziecka. Jako choroba przewlekła w znacznym stopniu przyczynia się do pogorszenia jakości życia pacjenta.

Astma oskrzelowa charakteryzuje się wheezingiem, napadami duszności, suchego kaszlu oraz świszczącym oddechem. Występują również charakterystyczne objawy ostrzegające o zbliżającym się ataku. Główną rolę

odgrywają indywidualne dla każdego chorego czynniki wywołujące zaostrzenie choroby. Ważnym zadaniem personelu medycznego jest takie wyedukowanie pacjenta, by sam potrafił rozpoznać zbliżający się atak i umiał radzić sobie w tej sytuacji.

„Astma jest przewlekłą chorobą zapalną dróg oddechowych, w której uczestniczy wiele komórek i substancji przez nie uwalnianych. Przewlekłe zapalenie jest przyczyną nadreaktywności oskrzeli, powodujące nawracające epizody świszczącego oddechu, duszności, ucisku w klatce piersiowej, kaszlu, występujących szczególnie w nocy lub nad ranem. Epizodom tym zwykle towarzyszy uogólniona obturacja oskrzeli o zmienionym nasileniu często ustępująca samoistnie lub pod wpływem leczenia” [1].

Pod pojęciem zaburzeń obturacyjnych rozumie się stany chorobowe przebiegające ze zwężeniem dróg oddechowych przy zachowanych objętościach płucnych. W trakcie obturacji występują zaburzenia w pomiarach czynnościowych [2].

Wśród objawów astmy wyróżniamy: wheezing, napady suchego kaszlu, trudności i duszności podczas karmienia, duszności manifestujące się często ograniczeniami ruchowymi, furczenia i rżenia spowodowane hipersekrecją, świsty i trzeszczenia nad polami płucnymi, kaszel nocny, powysiłkowy, uczucie ściskania w klatce piersiowej, zwiększoną męczliwość, zmniejszoną tolerancję wysiłkową, przewlekły nieswoisty kaszel – może być jedynym objawem szczególnie w początkowym etapie choroby, odkrztuszanie wydzielin [3, 4].

Wyróżniamy dwa rodzaje astmy oskrzelowej ze względu na czynniki ją powodujące:

- astmę oskrzelową atopową (alergiczną), która stanowi większość przypadków astmy u dzieci, bo 80–90%. Ekspozycja na alergeny swoiste dla danego pacjenta wywołuje zaostrzenie astmy;
- astmę oskrzelową nieatopową (niealergiczną) – rozpoznawana wtedy, gdy nie znajduje się konkretnego alergenu przyczynowego. Tutaj z zaostrzeniami mamy do czynienia najczęściej w przypadku infekcji dróg oddechowych.

Ze względu na stopień ciężkości przebiegu klinicznego astmę oskrzelową możemy podzielić na:

- astmę lekką: epizodyczną,
- astmę przewlekłą: łagodną, umiarkowaną, ciężką [1, 5].

Czynnikami ryzyka w zachorowaniu na astmę oskrzelową są czynniki środowiskowe oraz predyspozycje genetyczne. Jeśli zwrócimy uwagę na czynniki genetyczne, to największe znaczenie ma uwarunkowana genetycznie skłonność do zwiększonej syntezy IgE, co jest odpowiedzią na kontakt z powszechnie występującymi antygenami. Natomiast wśród czynników środowiskowych wymienić możemy takie jak: alergeny, częste infekcje dróg oddechowych, leki, zanieczyszczenie środowiska zewnętrznego i domowego – palenie papierosów przez rodziców przy dziecku, kosmetyki, jak również inne środki chemiczne [6].

Na świecie w ostatnich latach zaobserwowano wzrost zachorowania na astmę oskrzelową szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych. W badaniach wykazano, iż jest ona u dzieci w wieku 3–16 lat jedną z najczęstszych przyczyn nieobecności w szkole i hospitalizacji; stwierdzono również, że 50% dzieci do końca wieku szkolnego przeszło epizod obturacji drzewa oskrzelowego. W 3 fazach badań ISAAC zaobserwowano wzrost występowania astmy, szczególnie w młodszej grupie wiekowej, w wielu krajach świata.

W badaniach ECAP, które były prowadzone w latach 2007–2008 w 9 obszarach Polski, wykazano, że astma oskrzelowa występuje u 2–7% dzieci w przedziale wiekowym od 6–7 lat, a także u 4–10% dzieci w wieku 13–14 lat. U badanych dzieci występuje także niediagnozowanie astmy, czyli pewna dysproporcja między objawami a rozpoznaniem choroby. Jest ono znacznie większe niż w krajach zachodnich. Średni przyrost częstości astmy na dekadę wynosi 5% [7].

Cel i problemy badawcze

Celem pracy było ukazanie wpływu astmy oskrzelowej na życie codzienne i aktywność dzieci w wieku szkolnym.

Głównym problemem badawczym było udzielenie odpowiedzi na pytania, w jaki sposób astma oskrzelowa wpływa na funkcjonowanie w życiu codziennym dzieci dotkniętych tym schorzeniem oraz jakie czynniki determinują aktywność dzieci. Wśród szczegółowych problemów badawczych znalazły się następujące zagadnienia:

1. Czy istnieją czynniki wpływające na formy spędzania czasu wolnego przez dzieci?
2. W jaki sposób okres, w jakim zdiagnozowano astmę oskrzelową, wpływa na uczęszczanie dzieci do szkoły oraz korzystanie przez dzieci z aktywności w zajęciach pozalekcyjnych?
3. Czy częstotliwość ataków w okresie zaostrzenia choroby jest czynnikiem mającym wpływ na uczestnictwo dzieci w zajęciach pozaszkolnych?

W związku z powyższymi pytaniami badawczymi przyjąłem następujące hipotezy badawcze:

1. Związek pomiędzy okresem, od jakiego u dziecka zdiagnozowano astmę oskrzelową, a opuszczaniem zajęć w szkole.
2. Związek pomiędzy okresem, od jakiego u dziecka zdiagnozowano astmę oskrzelową, a uczęszczaniem na zajęcia wychowania fizycznego.
3. Związek pomiędzy wiekiem dziecka a uczęszczaniem na zajęcia organizowane w kołach zainteresowań.
4. Związek pomiędzy okresem, od jakiego u dziecka zdiagnozowano astmę oskrzelową, a korzystaniem z wycieczek szkolnych, obozów, kolonii.
5. Związek pomiędzy częstotliwością ataków w zaostrzeniu astmy a opuszczaniem zajęć w szkole.

6. Związek pomiędzy częstością ataków w zastrzeżeniu choroby a uczestnictwem w zajęciach wychowania fizycznego.
7. Związek pomiędzy częstotliwością ataków w zastrzeżeniu choroby a korzystaniem z wyjazdów szkolnych, obozów, kolonii.
8. Związek pomiędzy wiekiem dziecka a formami spędzania czasu wolnego.
9. Związek pomiędzy miejscem zamieszkania dziecka a formami spędzania czasu wolnego.
10. Związek pomiędzy oceną kondycji fizycznej dziecka a formami spędzania czasu wolnego.

Metoda i technika badawcza

W celu przeprowadzenia badań w pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Dzięki tej metodzie możliwe było zdobycie informacji i opinii w dużej populacji na podstawie przebadania jej reprezentacji.

Zastosowaną techniką badawczą była ankieta. W prezentacji uzyskanych wyników zastosowano analizę poszczególnych zmiennych, ukazując ich rozkład procentowy oraz liczebności. Uzyskane dane przedstawiono w formie wykresów słupkowych lub tabel. W analizie wykorzystano także przedstawienie dwóch zmiennych jednocześnie, ukazując zachodzący pomiędzy nimi związek. Zależności zostały przedstawione za pomocą tabel krzyżowych. Analizy statystycznej dokonano przy użyciu testu chi kwadrat, przyjmując poziom istotności dla $p < 0,05$.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety opracowany dla postawionego celu badań. Zawarto w nim 34 pytania. Pytania miały charakter zarówno pytań otwartych, jak i zamkniętych oraz występowały pytania półotwarte z ułożonymi odpowiedziami oraz miejscem na dodatkowe odpowiedzi, a także pytania, w których ankietowani mogli wybrać kilka możliwych odpowiedzi. Ankieta składała się z dwóch części. Część pierwsza dotyczyła informacji o dziecku: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, warunki mieszkaniowe, oraz informacji o rodzicach: wykształcenie, zatrudnienie, aktywność fizyczna. Druga część zawierała pytania dotyczące problemów badawczych.

Dobór próby i przebieg badania

Badanie dotyczyło dzieci chorych na astmę oskrzelową. Zdecydowałam się na dobór próby nielosowy. Wybrano dzieci w wieku szkolnym, dlatego była to próba celowa. Rozdano 100 kwestionariuszy ankiet, odebrano i zakwalifikowano do bazy danych 80 ankiet. Ankietę wypełnili rodzice dzieci chorych na astmę, które pozostają pod opieką Poradni Alergologicznej i Pulmonologicznej, a także przebywających na oddziałach pediatrycznych.

Badanie przeprowadzono w dniach od 9.09.2010 do 5.03.2011 w Kościanie.

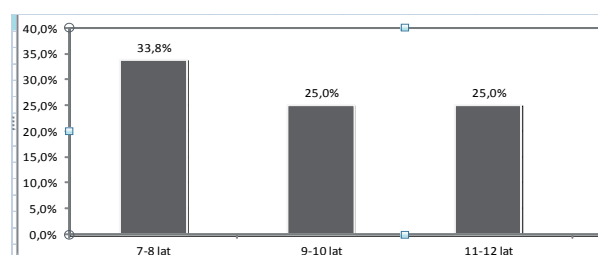
Charakterystyka grupy badawczej

W grupie badanych dzieci znalazło się 41,25% (N = 33) dziewczynek oraz 58,75% (N = 47) chłopców. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania badanych dzieci, można stwierdzić, iż w grupie badawczej znalazły się porównywalne ilości dzieci mieszkających na terenach wiejskich (43,75%, N = 35) i w mieście (56,35%, N = 45).

Tabela 1. Płeć dziecka i miejsce zamieszkania
Table 1. Child's gender and place of residence

Płeć			Miejsce zamieszkania		
	N	%		N	%
Żeńska	33	41,25	Wieś	35	43,75
Męska	47	58,75	Miasto	45	56,25
Razem	80	100,0	Razem	80	100,0

Wśród dzieci, które poddano badaniu, dominowały osoby w wieku od 7 do 8 lat (33,8%, N = 27). Na drugim miejscu znalazły się dzieci mające od 9 do 10 lat (25,0%, N = 20) i w wieku od 11 do 12 lat (25,0%, N = 20). Najmniej liczną grupą, biorąc pod uwagę wiek, były badane dzieci mające od 13 do 14 lat (16,3%, N = 13).



Rycina 1. Wiek dziecka.
Figure 1. Child's age.

Wśród matek badanych dzieci dominowały kobiety z wykształceniem średnim (51,2%, N = 41). W przypadku ojców najczęściej występującym wykształceniem było zasadnicze zawodowe (45,0%, N = 36).

Biorąc pod uwagę częstotliwość aktywności fizycznej, można powiedzieć, że matki najczęściej znajdują na to czas od 2 do 3 razy w tygodniu (42,5%, N = 34). W grupie matek znalazło się także 25,0% (N = 20) korzystających z aktywności fizycznej raz w tygodniu, 18,8% (N = 15) znajdujących na to czas 4–5 razy w tygodniu, ale także 11,3% (N = 9) pozostających czynnymi fizycznie pięć i więcej razy w tygodniu. Wcale aktywności ruchowej nie przejawia 2,5% (N = 2) matek badanych dzieci.

Ojcowie podejmują aktywność fizyczną przeważnie raz w tygodniu (38,8%, N = 31) lub 2–3 razy (37,5%, N = 30). Wśród ojców znalazło się także 10,0% (N = 8) znajdujących czas na aktywność ruchową więcej niż pięć razy w tygodniu. Od czterech do pięciu razy w tygodniu aktywność fizyczna ojców wystąpiła w przypadku 6,3%. Ten sam procent analizowanych przypadków nie wykazuje żadnej formy aktywności (6,3%, N = 5). Odpowiedzi na to pytanie nie uzyskano od 1,3% (N = 1) ojców.

Ankietowane osoby poproszono także o ocenę warunków mieszkaniowych dziecka. Na podstawie uzyskanych danych można powiedzieć, że większość badanych dzieci posiada dobre warunki mieszkaniowe.

Badane osoby poproszono także o udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy w mieszkaniu, w którym przebywa dziecko, pali się papierosy. Z uzyskanych danych wynika, że w większości przypadków (71,3%, N = 57) mieszkanie, w jakim przebywa dziecko, wolne jest od dymu nikotynowego.

W grupie badanych dzieci stwierdzono prawie połowę o przeciętnej budowie ciała (47,5%, N = 38). Dzieci o szczupłej budowie ciała reprezentowane były w 30,0%, a o budowie ciała otyłej w 22,5% (N = 18).

Badanych rodziców poproszono także o wskazanie, jakie objawy najczęściej występują u ich dzieci. Z uzyskanych danych wynika, że głównym objawem astmy oskrzelowej jest napadowy kaszel (88,0%, N = 71). Duszność występuje w przypadku co czwartego z dzieci (26,3%, N = 21), a u co piątego (22,5%, N = 18) objawem tym jest świszczący oddech. Głównym czynnikiem wywołującym u dzieci zaostrzenia astmy oskrzelowej są alergenzy środowiskowe (91,3%, N = 73). Na drugim miejscu znalazł się wysiłek fizyczny (32,5%, N = 26). Prawie wszystkie z analizowanych dzieci z astmą oskrzelową uczęszczają razem z rówieśnikami do szkoły (97,5%, N = 78). Badanym rodzicom zadano także pytanie odnośnie opuszczania przez dzieci zajęć w szkole w wyniku choroby. Z uzyskanych danych wynika, że przeszło połowa (58,8%, N = 47) nie opuszcza zajęć lekcyjnych w przypadku zaostrzeń choroby. Większość z badanych dzieci (87,5%, N = 70) uczestniczy w zajęciach wychowania fizycznego. Zdaniem prawie połowy rodziców kondycja ich dziecka jest gorsza od kondycji rówieśników (45,0%, N = 36). O tym, iż jest ona porównywalna, przekonanych było 41,3% (N = 33). W grupie rodziców znalazło się także 11,3% (N = 9) uważających, iż kondycja fizyczna ich dziecka jest bardzo słaba, a 2,5% (N = 2) uznało, że jest ona lepsza od kondycji rówieśników.

Wśród analizowanych przypadków dzieci z astmą oskrzelową stwierdzono uczęszczanie na sportowe zajęcia pozalekcyjne (32,5%, N = 26). W zajęciach tego typu nie uczestniczy 67,5% (N = 54) badanych dzieci.

Respondentom zadano także pytanie odnośnie form aktywności dziecka w czasie wolnym. Z uzyskanych danych wynika, że najczęściej dzieci z astmą oskrze-

wą spędzają go z rówieśnikami na świeżym powietrzu w formie spokojnej zabawy (46,3%, N = 37). W przypadku co piątego (20,0%, N = 16) stwierdzono spędzanie czasu wolnego samotnie w domu lub w domu z rówieśnikami (21,3%, N = 17). W grupie badanych dzieci znalazło się także 12,5% (N = 10) spędzających czas wolny aktywnie na świeżym powietrzu.

Przeszło połowa badanych dzieci bierze udział w wyjazdach typu wycieczki szkolne, obozy, kolonie (66,3%, N = 53). Zdaniem większości rodziców biorących udział w badaniu dziecko z astmą oskrzelową wymaga większej opieki niż dzieci zdrowe (86,3%, N = 69).

Weryfikacja hipotez badawczych

Związek pomiędzy okresem, od jakiego u dziecka zdiagnozowano astmę oskrzelową, a opuszczaniem zajęć w szkole

Na podstawie uzyskanych danych można zauważyć, iż im dłużej u dziecka istnieje diagnoza astmy oskrzelowej, tym częściej dzieci te opuszczają zajęcia w szkole. Zaobserwowana zależność nie jest jednak istotna statystycznie. Długość trwania choroby nie jest czynnikiem mającym wpływ na opuszczanie zajęć w szkole.

Tabela 2. Okres, od jakiego u dziecka zdiagnozowano astmę oskrzelową, a opuszczanie zajęć w szkole

Table 2. The period since when the child was diagnosed with asthma and school classes attendance

	Rok–2 lata		3–4 lata		5–6 lat		Więcej niż 6 lat	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sporadycznie	14	58,3	24	63,2	5	62,5	4	40,0
Często opuszcza	9	37,5	14	36,8	3	37,5	6	60,0
Nigdy nie opuszcza	1	4,2	0	0	0	0	0	0
Razem	24	100,0	38	100,0	8	100,0	10	100,0

$\chi^2 = 4,222$, $p = 0,647$ * nieistotne statystycznie, $p > 0,05$

Związek pomiędzy okresem, od jakiego u dziecka zdiagnozowano astmę oskrzelową, a uczęszczaniem na zajęcia wychowania fizycznego

Analizując uzyskane dane, można zauważyć, iż z zajęć wychowania fizycznego najczęściej rezygnują dzieci o dłuższym niż 6 lat okresie leczenia astmy oskrzelowej. Zaobserwowana zależność jest istotna statystycznie.

Okres, od jakiego u dziecka zdiagnozowano astmę, jest czynnikiem mającym wpływ na jego uczestnictwo w zajęciach wychowania fizycznego.

Tabela 3. Okres, od jakiego u dziecka zdiagnozowano astmę oskrzelową, a uczęszczanie na zajęcia wychowania fizycznego
Table 3. The period since when the child was diagnosed with asthma and attend physical education classes

	Rok-2 lata		3-4 lata		5-6 lat		Więcej niż 6 lat	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Uczestniczy	23	95,8	33	86,8	8	100,0	6	60,0
Nie uczestniczy	1	4,2	5	13,2	0	0	4	40,0
Razem	24	100,0	38	100,0	8	100,0	10	100,0

$\chi^2 = 9,596$, $p = 0,022$ *istotne statystycznie, $p < 0,05$

Związek pomiędzy wiekiem dziecka a uczęszczaniem w zajęciach organizowanych w kołach zainteresowań

Na podstawie uzyskanych danych można powiedzieć, że w zajęciach w ramach kółek zainteresowań uczestniczą częściej dzieci mające więcej niż 10 lat. Zaobserwowana zależność nie jest jednak istotna statystycznie.

Wiek dziecka nie jest czynnikiem mającym wpływ na uczestnictwo dzieci w kółkach zainteresowań.

Tabela 4. Wiek dziecka a uczęszczanie na zajęcia w kołach zainteresowań

Table 4. Child's age and hobby groups participation

	7-8 lat		9-10 lat		11-12 lat		13-14 lat	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nie uczestniczy	21	77,8	14	70,0	9	45,0	7	53,8
Uczestniczy	6	22,2	6	30,0	11	55,0	6	46,2
Razem	27	100,0	20	100,0	20	100,0	13	100,0

$\chi^2 = 6,232$, $p = 0,101$ *nieistotne statystycznie, $p > 0,05$

Związek pomiędzy okresem, od jakiego u dziecka zdiagnozowano astmę oskrzelową, a korzystaniem z wycieczek szkolnych, obozów, kolonii

Na podstawie uzyskanych danych można powiedzieć, że z aktywności w postaci wyjazdów na wycieczki szkolne, obozy, kolonie korzystają głównie dzieci, u których astmę oskrzelową rozpoznano w okresie nie dłuższym niż 2 lata lub mające taką diagnozę dłużej niż 6 lat. Zaobserwowane różnice nie są jednak istotne statystycznie. Okres, jaki upłynął od zdiagnozowania astmy oskrzelowej, nie jest czynnikiem wpływającym na korzystanie przez dzieci z wyjazdów na wycieczki szkolne, obozy czy też kolonie.

Tabela 5. Okres, od jakiego u dziecka zdiagnozowano astmę oskrzelową, a korzystanie z wycieczek szkolnych, obozów, kolonii

Table 5. The period since when the child was diagnosed with asthma and taking part in school trips or camps

	Rok-2 lata		3-4 lata		5-6 lat		Więcej niż 6 lat	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Korzysta z wyjazdów	17	70,8	24	63,2	5	62,5	7	70,0
Nie korzysta z wyjazdów	7	29,2	14	36,8	3	37,5	3	30,0
Razem	24	100,0	38	100,0	8	100,0	10	100,0

$\chi^2 = 0,0501$, $p = 0,919$ *nieistotne statystycznie, $p > 0,05$

Związek pomiędzy częstotliwością ataków w zaostrzeniu astmy a opuszczaniem zajęć w szkole

Analizując uzyskane dane, można zauważyć, że wśród dzieci o zwiększonej częstotliwości występowania ataków w zaostrzeniu astmy oskrzelowej obserwuje się rzadsze opuszczanie zajęć w szkole. Zaobserwowana zależność nie jest jednak istotna statystycznie.

Obecność dzieci z astmą oskrzelową w szkole nie ma związku z częstotliwością występowania ataków w fazie zaostrzenia choroby.

Tabela 6. Częstotliwość ataków w zaostrzeniu choroby a opuszczanie zajęć w szkole

Table 6. The frequency of fits in the disease exacerbation and school classes attendance

	Kilka razy/dobę		Raz/dobę		Kilka razy/tydzień		Raz/tydzień		Rzadziej niż raz/tydzień	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rzadko opuszcza	3	75,0	1	100,0	0	0	5	41,7	38	65,5
Często opuszcza	1	25,0	0	0	5	100,0	7	58,3	19	32,8
Nigdy nie opuszcza	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,7
Razem	4	100	1	100,0	5	100,0	12	100,0	58	100,0

$\chi^2 = 11,728$, $p = 0,146$ *nieistotne statystycznie, $p > 0,05$

Związek pomiędzy częstością ataków w zaostrzeniu choroby a uczestnictwem w zajęciach wychowania fizycznego

Na podstawie uzyskanych danych można powiedzieć, że zwiększona częstotliwość ataków w fazie zaostrzenia choroby nie wpływa na zwiększoną absencję w zajęciach wychowania fizycznego uczniów. Zaobserwowane różnice w uczestniczeniu w tego typu zajęciach szkolnych w związku z częstotliwością ataków nie są istotne statystycznie.

Tabela 7. Częstotliwość ataków w zaostrzeniu choroby a uczestniczenie w zajęciach wychowania fizycznego
Table 7. The frequency of fits in the disease exacerbation and participation in physical education classes

	Kilka razy/dobę		Raz/dobę		Kilka razy/tydzień		Raz/tydzień		Rzadziej niż raz/tydzień	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Uczestniczy	3	75,0	1	100,0	3	60,0	9	75,0	54	93,1
Nie uczestniczy	1	25,0	0	0	2	40,0	3	25,0	4	6,9
Razem	4	100	1	100,0	5	100,0	12	100,0	58	100,0

$\chi^2 = 7,551$, $p = 0,109$ *nieistotne statystycznie, $p > 0,05$

Związek pomiędzy częstością ataków w zaostrzeniu choroby a korzystaniem z wyjazdów szkolnych, obozów, kolonii

Analizując uzyskane dane, można zauważyć, że im częściej występują ataki w fazie zaostrzenia choroby, tym rzadziej dzieci uczestniczą w wyjazdach szkolnych, obozach, koloniach. Zaobserwowana zależność nie jest jednak istotna statystycznie. Częstotliwość występowania ataków w okresie zaostrzenia astmy oskrzelowej nie jest czynnikiem mającym wpływ na uczestnictwo dzieci w zorganizowanych formach wyjazdów.

Tabela 8. Częstotliwość ataków w zaostrzeniu choroby a korzystanie z wyjazdów szkolnych, obozów, kolonii
Table 8. The frequency of fits in the disease exacerbation and taking part in school trips or camps

	Kilka razy/dobę		Raz/dobę		Kilka razy/tydzień		Raz/tydzień		Rzadziej niż raz/tydzień	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Korzysta	1	25,0	0	0	2	40,0	7	58,3	43	74,1
Nie korzysta	3	75,0	1	100,0	3	60,0	5	41,7	15	25,9
Razem	4	100	1	100,0	5	100,0	12	100,0	58	100,0

$\chi^2 = 8,498$, $p = 0,075$ *nieistotne statystycznie, $p > 0,05$

Związek pomiędzy wiekiem dziecka a formami spędzania czasu wolnego

Analizując uzyskane dane, można powiedzieć, że aktywność dzieci z astmą oskrzelową w czasie wolnym nie jest związana z wiekiem dziecka. Zaobserwowane różnice w formach spędzania czasu wolnego w związku z wiekiem nie są istotne statystycznie.

Tabela 9. Wiek dziecka a formy spędzania czasu wolnego
Table 9. Child's age and ways of spending free time

	Do 10 lat		Powyżej 10 lat	
	N	%	N	%
Samo w domu	10	21,3	6	18,2
Z rówieśnikami w domu	10	21,3	7	21,2
Z rówieśnikami na dworze na spokojnej zabawie	20	42,6	17	51,5
Na dworze aktywnie	7	14,8	3	9,1
Razem	47	100,0	33	100,0

$\chi^2 = 0,952$ $p = 0,813$ *nieistotne statystycznie, $p > 0,05$

Związek pomiędzy miejscem zamieszkania dziecka a formami spędzania czasu wolnego

Na podstawie uzyskanych danych można wnioskować, że pomiędzy dziećmi mieszkającymi na wsi i mieszkającymi w mieście istnieje niewielka różnica w formach spędzania czasu wolnego. Różnice te nie są istotne statystycznie. Miejsce zamieszkania nie wpływa na sposób spędzania czasu wolnego przez dzieci z astmą oskrzelową.

Tabela 10. Miejsce zamieszkania dziecka a formy spędzania czasu wolnego
Table 10. Child's place of residence and ways of spending free time

	Wieś		Miasto	
	N	%	N	%
Samo w domu	7	20,0	9	20,0
Z rówieśnikami w domu	9	25,7	8	17,8
Z rówieśnikami na dworze na spokojnej zabawie	16	45,7	21	46,7
Na dworze aktywnie	3	8,6	7	15,5
Razem	33	100,0	45	100,0

$\chi^2 = 1,356$, $p = 0,716$ *nieistotne statystycznie, $p > 0,05$

Związek pomiędzy oceną kondycji fizycznej dziecka a formami spędzania czasu wolnego

Na podstawie uzyskanych danych można wnioskować, iż im lepsza ocena kondycji fizycznej dziecka tym aktywniej spędza ono czas wolny. Zaobserwowana zależność jest istotna statystycznie. Kondycja fizyczna dziecka ma związek z formami aktywności w czasie wolnym.

Tabela 11. Ocena kondycji fizycznej dziecka a formy spędzania czasu wolnego
Table 11. Child's physical fitness assessment and ways of spending free time

	Porównywalna z kondycją rówieśników		Gorsza od kondycji rówieśników		Lepsza od kondycji rówieśników		Bardzo słaba	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Samo w domu	9	9,1	10	27,8	0	0	3	33,3
Z rówieśnikami w domu	8	24,2	6	16,6	0	0	3	33,3
Z rówieśnikami na dworze na spokojnej zabawie	15	45,5	19	52,8	0	0	3	33,3
Na dworze aktywnie	7	21,2	1	2,8	2	100,0	0	0
Razem	33	100,0	36	100,0	2	100,0	9	100,0

$\chi^2 = 25,478$, $p = 0,002$ *istotne statystycznie, $p < 0,05$

Wnioski

1. Wraz z wydłużaniem się okresu, od jakiego dziecko choruje na astmę oskrzelową, maleje jego aktywność w zakresie uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego. Istnieje więc realna potrzeba aktywowania dzieci dłużej borykających się z chorobą do aktywności fizycznej. Należy także zastanowić się, czy rezygnacja z tego rodzaju aktywności nie jest wynikiem pogarszania się wydolności fizycznej, a tym samym utrudnieniem w możliwościach korzystania z aktywności w postaci zajęć wychowania fizycznego.
2. Zarówno brak opuszczania zajęć w szkole, jak i uczestnictwo dzieci w zajęciach wychowania fizycznego i korzystanie przez nie z form aktywności, takich jak wycieczki szkolne, obozy, kolonie, nie są związane z częstotliwością ataków występujących w okresie zaostrzenia choroby. Uzyskane dane pozwalają stwierdzić, iż choroba, jaką jest astma oskrzelowa, nie wpływa negatywnie na funkcjonowanie w środowisku szkolnym dzieci dotkniętych tą chorobą.
3. Aktywniej czas wolny spędzają dzieci, których kondycja fizyczna zdaniem rodziców jest dobra w porównaniu z kondycją rówieśników. Nie stwierdzono, aby sposób spędzania czasu wolnego przez dziecko w istotny sposób związany był z miejscem zamieszkania czy wiekiem dziecka.

PIŚMIENNICTWO

1. Kurzawa R., Jędrus-Kłucjasz U., Astma oskrzelowa, w: *Pediatrics*, t. 1, Kubicka K., Kawalec W. (red.), PZWL, Warszawa 2004, 244–270.
2. Mazurek H., Patofizjologia obturacji oskrzeli, w: *Astma i choroby obturacyjne oskrzeli u dzieci*, Emeryk A., Bręborowicz A., Lis G. (red.), Wyd. Urban and Partner, Wrocław 2010, 1–8.
3. Emeryk A., Bartkowiak-Emeryk M., Kurzawa R., Symptomatologia i klasyfikacja astmy, w: *Astma i choroby obturacyjne oskrzeli u dzieci*, Emeryk A., Bręborowicz A., Lis G. (red.), Wyd. Urban and Partner, Wrocław 2010, 37–47.
4. Drożdż-Gessner Z., Zarys pielęgniarstwa pediatrycznego, Wyd. Akademii Med., Poznań 2006, 27–31.
5. Jędras-Kłucjasz U., Astma oskrzelowa u dzieci – diagnostyka i leczenie, w: *Terapia*, Rok XII, Nr 11 (158), listopad 2004, 7–15.
6. Bręborowicz A., Choroby układu oddechowego, w: *Zarys pediatrii. Podręcznik dla studiów medycznych*, Pawlaczyk B. (red.), PZWL, Warszawa 2005, 230–234.
7. Emeryk A., Lis G., Epidemiologia astmy, w: *Astma i choroby obturacyjne oskrzeli u dzieci*, Emeryk A., Bręborowicz A., Lis G. (red.), Wyd. Urban and Partner, Wrocław 2010, 9–18.

Adres do korespondencji:

mgr Monika Schupke
e-mail: monias74@wp.pl

WYBRANE ASPEKTY ZDROWIA PSYCHICZNEGO OSÓB SKAZANYCH NA DWIE NAJSUROWSZE KARY POZBAWIENIA WOLNOŚCI W POLSCE – ROZWAŻANIA TEORETYCZNE

SELECTED ASPECTS OF MENTAL HEALTH OF PRISONERS SENTENCED TO TWO MOST SEVERE TERMS OF IMPRISONMENT – THEORETICAL ISSUES

MAGDALENA SADOWSKA¹, PIOTR STĘPNIAK²

¹Zakład Penitencjarystyki, Wydział Studiów Edukacyjnych
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Kierownik: prof. UAM dr hab. Piotr Stępnik

²Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

Cel. Zaprezentowanie wybranych warunków izolacji penitencjarnej osób skazanych na dwie najsurowsze kary pozbawienia wolności: dożywotniego pozbawienia wolności oraz 25 lat pozbawienia wolności, ze szczególnym wskazaniem na warunki odbywania kary w zakładzie karnym typu zamkniętego oraz najczęściej pojawiające się zaburzenia zdrowia psychicznego w tej grupie więźniów.

Material i metoda. Systematyczny przegląd literatury przedmiotu w aspekcie czynników wpływających na zdrowie psychiczne osób skazanych na dwie najsurowsze kary pozbawienia wolności.

Wyniki. Czynniki wpływające na zdrowie psychiczne osób skazanych na dwie kary najdłuższe są takie same jak u osób skazanych na krótsze kary pozbawienia wolności, jednak ze względu na znacznie dłuższe oddziaływanie zdają się znacznie pogarszać funkcjonowanie skazanych oraz mogą mieć negatywny wpływ na cele i zadania kary pozbawienia wolności. Temat zdrowia psychicznego w tej grupie skazanych nie doczekał się pogłębionego naukowego opracowania.

Podsumowanie. Zagadnienie zdrowia psychicznego osób pozbawionych wolności, a skazanych na dwie kary najsurowsze w szczególności, powinno stać się przedmiotem badań naukowych wspierających osoby pracujące z tymi skazanymi.

Słowa kluczowe: zdrowie psychiczne, osoby skazane.

Abstract

Aim. The aim is to present selected aspects of imprisonment of people sentenced to two most severe terms of imprisonment: 25 years-sentence and life-sentence with special indication to imprisonment conditions and the most frequent mental health diseases.

Material and method. A systematic review of psychological and penitentiary literature to find factors influencing prisoners' mental health.

Conclusions. Factors that influence mental health of long-term prisoners are the same as the ones that influence prisoners' mental health, but last longer, cause many dysfunctional behaviours and may also negatively influence the aims and tasks of the prison penalty. Mental health of long-term prisoners has not been recognized yet.

Resume. To help working with prisoners, especially those with long-term sentences, scientists should carry out professional research in that area.

Key words: mental health, prisoners sentenced.

Wstęp

Według definicji z Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego „zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka” [1]. Składa się ono na ogólny stan zdrowia człowieka, stanowiąc wspólnie ze zdrowiem fizycznym i społecznym dobrostan, w jakim się on znajduje [2]. Zdrowie psychiczne jest terminem szeroko rozpatrywanym przez przedstawicieli dyscyplin takich jak psychiatria, psychologia, promocja zdrowia i wielu innych. Potocznie mówi się, że zdrowie psy-

chiczne zależy od tego, jaki jest człowiek, jak radzi sobie z przeciwnościami losu i czy potrafi „otrząsnąć się”, kiedy ów los nie jest dlań zbyt łaskawy. Twierdzi się, że zdrowie psychiczne jest kruche. Obserwując obecne zmagania człowieka z życiem codziennym, nie dziwi rosnąca liczba pacjentów poradni psychologicznych, psychiatrycznych czy ośrodków zdrowia psychicznego. Nauka już dawno temu dostrzegła ten problem i do dziś podejmuje działania zarówno profilaktyczne, jak i interwencyjne w sytuacji bezpośredniego uszczerbku na psychice człowieka. Ustalenia badaczy nie są zawsze

jednoznaczne, ale w bardzo wielu opracowaniach podaje się ogólnie, że zdrowie psychiczne jest wypadkową predyspozycji genetycznych, czynników biologicznych oraz reakcji człowieka na bodźce płynące ze środowiska [3].

Przedmiotem niniejszego opracowania jest zdrowie psychiczne osób skazanych na dwie najsurowsze kary pozbawienia wolności zapisane w polskim kodeksie karnym: karę dożywotniego pozbawienia wolności oraz karę 25 lat pozbawienia wolności. Sytuacja więźniów odbywających te kary jest trudna pod wieloma względami, które mają wpływ na ich zdrowie psychiczne. Celem artykułu jest zaprezentowanie problemu, jakim jest wieloletnia izolacja, i ukazanie możliwego wpływu warunków odbywania obu kar na psychikę człowieka. Autorzy artykułu nie stawiają sobie za cel krytykowania warunków odbywania kary, a chcą jedynie zwrócić uwagę Czytelników na problem zdrowia psychicznego osób przebywających w warunkach wieloletniej izolacji penitencjarnej. Problem ten w literaturze pedagogicznej i penitencjarnej nie został zbadany całkowicie w odniesieniu do opisywanej grupy skazanych, ale badania naukowe wskazują na pewne prawidłowości i tendencje w odniesieniu do tychże więźniów. Sytuacja skazanych na dożywotnie pozbawienie wolności jest o tyle trudna, że często pogorszenie stanu zdrowia psychicznego wynika z faktu braku nadziei na poprawę swojego losu w obliczu całościowej (lub wieloletniej) izolacji. Co ciekawe, w grupie skazanych na tę karę pozbawienia wolności są osoby, dla których perspektywa spędzenia całego życia za więziennym murem jest bardzo atrakcyjna i pożądana.

Według danych statystycznych służby więziennej [4] na dzień 31 marca 2013 roku w polskich zakładach karnych przebywały 1903 osoby skazane na dwie najsurowsze kary pozbawienia wolności. W skład tej grupy weszło 307 osób skazanych prawomocnym wyrokiem sądu na karę dożywotniego pozbawienia wolności oraz 1596 osób (w tym 49 kobiet) skazanych na karę 25 lat pozbawienia wolności. Procent, jaki osadzeni ci stanowią w całej więziennej populacji, wynosi: 0,34% dla osób skazanych na dożywotnie pozbawienie wolności i 1,84% dla osób skazanych na 25 lat pozbawienia wolności. Skład obu grup nie jest jednorodny. Wśród osób skazanych na dożywotnie pozbawienie wolności są kobiety, osoby pierwszy raz odbywające karę pozbawienia wolności oraz recydywiści. Osoby odbywające karę 25 lat pozbawienia wolności to: kobiety, pierwszy raz odbywający karę, recydywiści oraz młodociani (wg polskiego prawa nie mogą oni zostać skazani na karę dożywotniego pozbawienia wolności). Taki niejednorodny skład populacji skazanych na najsurowsze kary przekłada się na grupy i podgrupy klasyfikacyjne nadawane więźniom w trakcie odbywania kary, co wymuszone jest maksymalnym zindywidualizowaniem podejścia do każdej osoby.

Kodeks karny w wybranych artykułach ujmuje przestępstwa zagrożone karą dożywotniego oraz dwudziestopięcioletniego pozbawienia wolności. Poczynając od

wszczenia lub prowadzenia wojny napastniczej (art. 117 k.k.), eksterminacji (art. 118 k.k.), zastosowania środka masowej zagłady zakazanego przez prawo międzynarodowe (art. 120 k.k.), zabójstwa chronionych prawem międzynarodowym osób (art. 123 k.k.), poprzez zamach stanu (art. 127 k.k.), zamach na Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej (art. 134 k.k.), aż po zabójstwo zwykłe i kwalifikowane (art. 148 k.k.) – oto spektrum czynów zagrożonych obiema karami. Na 25 lat pozbawienia wolności może także zostać skazany człowiek, który w czasie działań zbrojnych dokonał ataku na miejscowość lub obiekt niebroniony, strefę sanitarną lub zneutralizowaną oraz stosował sposoby walki zakazane przez prawo międzynarodowe (art. 122 k.k.) lub też dokonał uszczerbku na zdrowiu osoby, poddał torturom, okrutnemu lub nieludzkiemu traktowaniu i eksperymentowaniu, ochraniał określony obiekt albo własny oddział oraz wziął jako zakładników osoby chronione prawem międzynarodowym, które poddały się, rannych, chorych, rozbitków, personel medyczny lub osoby duchowne, jeńców wojennych, ludność cywilną obszaru okupowanego, zajętego bądź tego, na którym toczą się działania zbrojne, lub inne osoby korzystające w czasie działań zbrojnych z ochrony międzynarodowej (art. 123 § 2 k.k.), a także organizował działalność szpiegowską lub kierował nią (art. 130 § 4 k.k.). Większość przestępstw zagrożonych najsurowszymi karami dotyczy czynów podejmowanych w trakcie działań zbrojnych, choć obecnie – w czasach pokoju – w Polsce odbywają je wyłącznie osoby skazane za zabójstwo [5]. W związku z tym możemy przyjąć, że charakteryzując osoby odbywające obecnie dwie najsurowsze kary pozbawienia wolności w Polsce, opisujemy zabójców.

Dokonując ich charakterystyki, literatura podaje kilka cech, które w sposób szczególnie uwidaczniają się w zachowaniu i myśleniu osób skazanych na kary długoterminowe, a więc także na dwie kary najsurowsze. Z badań wynika, że osoby te wyróżniają się poniższymi cechami:

1. dominuje u nich niski poziom wykształcenia;
2. pochodzą najczęściej z rodzin o niskim lub bardzo niskim statusie społecznym;
3. posiadają dużą ilość deficytów wychowawczych;
4. zwykle nie mają wyraźnego poczucia winy (z powodu popełnionej zbrodni – M.S.) i niechętnie podejmują rozmowy na ten temat;
5. szukają zwykle prymitywnego uzasadnienia popełnionej zbrodni;
6. są często osobami psychopatycznymi, socjopatycznymi i uzależnionymi;
7. prezentują znaczny poziom demoralizacji, w tym wykolejenia przestępczego;
8. brak im skłonności do zadośćuczynienia rodzinom ofiar oraz uważają często, że fakt uwięzienia jest wystarczającym odkupieniem popełnionego czynu;
9. są jednocześnie sprawcami innych przestępstw [5].

Tę charakterystykę potwierdzają badania zawarte w literaturze, które wskazują na niższy poziom wykształcenia zabójców (od braku wykształcenia podstawowego po zdobyte wykształcenie zawodowe) [6, 7] oraz na pochodzenie tych osób z rodzin o niższym statusie społecznym (ogólny poziom wykształcenia rodziców oraz pozycja społeczna rodziny są bardzo niskie) [7]. W rodzinach, w których wychowywali się przyszli zabójcy, często stwierdzano bardzo niekorzystną atmosferę wychowawczą, autorytarny styl wychowania dzieci oraz negatywne relacje synów z ojcami. Co warto podkreślić – agresywne zachowania, które w rodzinie przejawiali przyszli zabójcy, były szczególnie chętnie akceptowane przez ojców. Wpływ rodziny wzmacniał więc negatywne, społeczne zachowania dzieci, a ich potrzeby często nie były zaspokajane we właściwy sposób. Inną cechą charakteryzującą zabójców – prymitywne uzasadnienie popełnionej zbrodni – znajdowała wyraz w takich przekonaniach opisywanych osób jak: tłumaczenie zbrodni prowokacyjnym zachowaniem ofiary, stanem upojenia alkoholowego, brakiem możliwości kontrolowania własnych emocji lub niemożnością przewidzenia konsekwencji swoich zachowań [8]. Cechy te wskazują na dużą niedojrzałość zarówno społeczną, jak i psychiczną człowieka, który odebrał drugiej osobie życie. Ponadto w badaniach prowadzonych przez biegłych sądowych stwierdzono, że u większości zabójców występują poważne zmiany charakterologiczne, psychopatia, znaczna nadpobudliwość, drażliwość i wybuchowość [6]. Duży poziom demoralizacji i wykołejenie przestępcze u osób dopuszczających się zabójstwa nie budziły wątpliwości. Warto zauważyć, że grupa osób skazanych na najsurowsze kary składa się między innymi z recydywistów penitencjarnych, którzy stanowią 43,5% skazanych na karę dożywotniego pozbawienia wolności oraz 35,9% skazanych na karę 25 lat pozbawienia wolności. Wskazywać to może na fakt, że w polskich zakładach karnych znaczny odsetek osób odbywających kary najsurowsze to więźniowie, którzy przynajmniej dwukrotnie złamali prawo. Na marginesie tych rozważań dodać można, że jedną z funkcji kary pozbawienia wolności jest odstraszanie ludzi (w tym także tych, którzy wdali się w konflikt z prawem) od popełniania przestępstw. Skoro duża część osób będących w obszarze zainteresowania niniejszych rozważań to recydywiści, można domniemywać, że funkcja ta nie została względem nich spełniona należycie i przejawiają oni znaczny poziom demoralizacji (to znaczy taki, że nawet kara pozbawienia wolności nie odstrasza ich od popełnienia ponownego przestępstwa). Osoby skazane na kary dożywotniego i dwudziesto- pięcioletniego pozbawienia wolności są to także osoby dokonujące zbrodni samodzielnie lub w grupie; dla jednych przestępstwo było przemyślanym i zaplanowanym krokiem, a inni popełnili je pod wpływem presji grupy przestępczej; część z zabójców zabiła, będąc pod wpływem środków psychoaktywnych, a część bez ich

zażywania [5]. Wskazanie tych kilku cech powoduje, że praca penitencjarna z tą kategorią osadzonych jest trudna i wymaga wszelkich środków resocjalizacji penitencjarnej oraz działań wspierających, takich jak terapia czy leczenie. Opisane cechy zabójców nie pozostają bez wpływu na ich zdrowie psychiczne. Uzależnienia, drażliwość, wybuchowość, roszczeniowość, zmiany charakterologiczne czy osobowość nieprawidłowa czynią z tej grupy skazanych potencjalnych pacjentów psychologów więziennych oraz lekarzy psychiatrów.

Oprócz cech osób skazanych na najsurowsze kary na stan ich zdrowia psychicznego mają także wpływ czynniki genetyczne oraz środowisko, w jakim przebywają. Badań nad rodzinnymi uwarunkowaniami zaburzeń zdrowia psychicznego jak do tej pory nie opublikowano, ale środowisko odbywania kary jest w nauce dość dobrze znane i opisane. W Polsce osoby skazane na karę pozbawienia wolności mogą być skierowane do odbycia kary w trzech typach zakładów karnych: zamkniętym, półotwartym i otwartym. Zakłady te różnią się „stopniem zabezpieczenia, izolacji skazanych oraz wynikającymi z tego ich obowiązkami i uprawnieniami w zakresie poruszania się w zakładzie i poza jego obrębem” [9]. Z mocy prawa (mówi o tym art. 88 § 5 k.k.w.) skazani na dwie kary najsurowsze są kierowani do odbycia kary w zakładzie zamkniętym (więźniowie odbywający karę dożywotniego pozbawienia wolności pozostają w nim 15 lat, gdyż dopiero po tylu latach mogą ubiegać się o przeniesienie do zakładu o mniejszym rygorze). Oznacza to, że wiele lat spędzają w następujących warunkach:

1. Cele mieszkalne skazanych przez pewien czas w porze dziennej mogą pozostawać otwarte, lecz jak wskazują badania pracowników Biura Rzecznika Praw Obywatelskich (badaniami objęto 25 osób skazanych na karę dożywotniego pozbawienia wolności), skazani na karę bezterminowego pozbawienia wolności nie korzystają z takiego prawa. Oznacza to, że przez 22–23 godziny na dobę pozostają w tej samej celi.
2. Skazani mogą być zatrudnieni poza zakładem karnym w systemie pełnego konwojowania. Prawo to nie przysługuje jednak osobom odbywającym bezterminową karę pozbawienia wolności, które mogą być zatrudniane wyłącznie na stanowiskach w obrębie zakładu karnego, w którym odbywają karę. Skazani na 25 lat pozbawienia wolności mogą pracować poza zakładem karnym, co poprawia ich sytuację w stosunku do sytuacji więźniów skazanych na dożywotnie pozbawienie wolności.
3. Zajęcia kulturalno-oświatowe, sportowe oraz nauczanie organizuje się na terenie zakładu, dodatkowo obostrzenie kierując pod adresem skazanych na dożywotnie pozbawienie wolności, gdyż nie mogą oni zdawać egzaminów szkolnych poza zakładem, w którym odbywają karę.

4. Ruch skazanych po zakładzie jest ograniczony do niezbędnych potrzeb, ewidencjonowany, kontrolowany i dozorowany oraz zorganizowany. Także rodzaj przedmiotów w celach jest ściśle określony oraz nadzorowany.
5. Skazani mogą korzystać z własnej bielizny oraz obuwia, a za zgodą dyrektora zakładu także z odzieży.
6. Przysługujące skazanym widzenia (dwa w miesiącu) odbywają się pod nadzorem i są kontrolowane, korespondencja i rozmowy telefoniczne również poddawane są kontroli.

Warunki odbywania kary pozbawienia wolności w zakładach karnych typu zamkniętego należą do najbardziej surowych. Skazani większość czasu spędzają w tej samej celi, bez możliwości samodzielnego przemieszczania się. Ze względu na wysoki stopień zagrożenia, jaki stanowią, są oni także izolowani podczas pobytu w świetlicy czy w trakcie innych zajęć. Takim decyzjom personelu zakładu sprzyja także wysoka pozycja sprawców zabójstw w podkulturze więziennej. Wszystkie opisane wyżej czynniki sprawiają, że osoby skazane na najsurowsze kary pozbawienia wolności są jednocześnie osobami, względem których funkcja izolacyjna kary pozbawienia wolności wysuwa się na pierwszy plan. Stanowią zagrożenie nie tylko dla personelu zakładu karnego oraz innych osadzonych, ale także dla samych siebie. Perspektywa spędzenia wielu lat za więziennym murem, bez możliwości decydowania o swoim życiu i bez wpływu na życie osób najbliższych, staje się sytuacją na tyle frustrującą, że skazani na krótsze kary dokonują samouszkodzeń czy podejmują próby samobójcze. Można więc wysunąć hipotezę, że u więźniów odbywających najsurowsze kary sytuacja uwięzienia może przyczyniać się do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego.

Erving Goffman, twórca koncepcji instytucji totalnych, zalicza zakład karny do tych instytucji, definiując je jako „miejsce pobytu i pracy znacznej liczby osób znajdujących się w podobnej sytuacji, odciętych na jakiś czas od reszty społeczeństwa i prowadzących sformalizowany tryb życia” [10]. Placówki, które opisuje autor i określa je mianem totalnych, to między innymi więzienia, szpitale psychiatryczne, domu opieki, zakony i klasztory, zakłady poprawcze. One wszystkie, zdaniem E. Goffmana, stawiają sobie za cel ukształtowanie społecznego „ja” pensjonariusza. Dokonuje się to za pomocą kilku działań – cech określających instytucje totalne. W tym miejscu zostaną przywołane tylko te, które wpływają w sposób bezpośredni na zdrowie psychiczne pensjonariuszy (więźniów).

Pierwszą cechą więzienia ujmowanego w kategoriach instytucji totalnej jest przełamanie bariery oddzielającej trzy strefy życia człowieka – pracy, zabawy i snu. W zakładzie karnym – szczególnie w jego typie zamkniętym – wszystkie te czynności odbywają się pod kontrolą i przy udziale innych ludzi oraz w obrę-

bie więziennych murów. Praca wykonywana jest w towarzystwie funkcjonariuszy służby więziennej (system pełnego konwojowania lub praca tylko na terenie zakładu karnego), aktywności związane z czasem wolnym są ściśle zaplanowane (zajęcia pod nadzorem funkcjonariuszy, zajęcia własne w celi – tylko z wykorzystaniem przedmiotów, które skazany może w niej posiadać), sen – zwykle w towarzystwie innych osadzonych. W więziennej celi człowiek rzadko jest sam, co stanowi jedną z dolegliwości kary pozbawienia wolności. Agresywne zachowanie, antypatie i brak intymności frustrują, szczególnie tych skazanych, którzy nie są przyzwyczajeni do obcowania z tak znaczną liczbą ludzi przez cały czas. Przebywanie w dużej grupie prowadzi także z czasem do standaryzacji, czyli stopniowej utraty swojej indywidualności [11]. W warunkach izolacji penitencjarnej dochodzi do tego między innymi poprzez wkładanie więziennego uniformu, wykonywanie tych samych, powtarzalnych czynności każdego dnia, spożywanie jednakowych posiłków (odmienna dieta przewidziana jest dla osób, których stan zdrowia lub przekonania religijne nie pozwalają spożywać wybranych produktów), grupowe wykonywanie zadań przez skazanych (wychodzenie na spacer lub na zajęcia organizowane na terenie zakładu odbywa się „celami”, oznacza to, że wszyscy skazani z jednej celi mieszkalnej wychodzą wspólnie; jedynym odstępstwem od takiej sytuacji jest rezygnacja z wyjścia).

Drugą cechą instytucji totalnych ujawniającą się w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności jest częściowo już przywoływana sztywno uregulowana organizacja zaspokajania potrzeb. W zakładzie karnym wszelkie czynności z udziałem osób skazanych są uregulowane zarówno w kwestii organizacji, jak i czasu. Posiłki wydawane są o stałej porze (więźniowie mają niewielkie prawo decydowania o tym, co spożywają), pobudka i pora nocna (tzw. pora gaszenia świateł) określone są regulaminem i ściśle przestrzegane, w ciągu dnia prycze muszą pozostawać zaścielone, a skazanym nie wolno leżeć w pościeli, więźniowie także muszą stawiać się na apele o określonej porze. Sztywne stosowanie się do więziennego regulaminu oraz konieczność dostosowania się do reguł panujących w zakładzie karnym dla osób będących w pierwszym okresie odbywania kary może okazać się trudne i wywoływać wiele negatywnych emocji oraz bunt.

Inną cechą instytucji totalnych, ujawniającą się szczególnie w więziennych życiorysach osób odbywających dwie najsurowsze kary pozbawienia wolności, jest ograniczenie lub całkowita utrata więzi z osobami pozostającymi na wolności. Bardzo często w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności, szczególnie dożywczej, rodzina podejmuje decyzję o zerwaniu kontaktów albo z powodu poczucia wstydu i żalu, albo ze względu na stygmatyzację społeczną, jakiej doświadcza [12]. Jak pokazały badania, kontakt z rodziną może wpłynąć pozytywnie na funkcjonowanie skazanych w więzieniu, zarówno w wymiarze społecznym, jak

i psychologicznym [13]. Brak kontaktów daje zwykle odwrotne rezultaty. Ograniczony przez wymiar kary oraz warunki jej odbywania (dwa widzenia w miesiącu w zakładzie typu zamkniętego, cenzurowana korespondencja, brak przepustek) kontakt z osobami najbliższymi może skutkować społecznym i psychicznym usunięciem człowieka z rodziny, co przekłada się na utratę wpływu skazanego na życie najbliższych i odsunięcie więźnia od spraw, którymi żyje rodzina. W konsekwencji zerwania więzi dochodzi u skazanych do zamknięcia się na zewnętrzny świat i do skupienia się na ułożeniu własnego życia w zakładzie karnym. Jak podaje literatura: „długoletnie funkcjonowanie w roli więźnia [...] wyrabia nie tylko mechanizmy przystosowujące do życia w zakładzie karnym, ale również eliminuje posiadane niegdyś umiejętności ułatwiające podejmowanie aktywności w środowisku otwartym (umiejętność dokonywania wyboru, wartościowania, planowania przyszłości, a także inicjatywę, samodzielność, poczucie odpowiedzialności, przewidywanie konsekwencji swojego działania itp.)” [14]. Można domniemywać, że zerwanie wszelkich więzi ze światem zewnętrznym i koncentrowanie się przez wiele lat na życiu w zakładzie karnym wpłynie negatywnie na zdrowie psychiczne osadzonych. Na marginesie warto podkreślić, że wg prezentowanych powyżej badań [5] osoby skazane za zabójstwo cech takich jak wartościowanie, poczucie odpowiedzialności oraz przewidywanie konsekwencji własnych działań nie przejawiają. Jak więc mają je ukształtować w środowisku, które temu nie sprzyja?

Omawiając kwestie zdrowia psychicznego skazanych na karę dożywotniego pozbawienia wolności i 25 lat pozbawienia wolności, należy uwzględnić fazowość tych kar [15, 16], gdyż w zależności od fazy inny może być stan zdrowia skazanych. Mają nań wpływ odczucia związane ze spostrzeganiem siebie samego i swojej sytuacji przez więźniów.

Pierwsza faza nazywana jest okresem buntu. Jej przebieg w sposób znaczący zależy od wcześniejszej karalności więźnia. Jeśli jest to recydywista, wówczas okres przyjęcia do zakładu karnego i pogodzenia się z wymierzoną karą trwa krócej i faza ta ma łagodniejszy przebieg. W przypadku odbywających karę pozbawienia wolności po raz pierwszy faza ta ma zwykle bardziej burzliwy przebieg. Na tym etapie skazani zwykle koncentrują się na dwóch zadaniach: uporządkowaniu spraw związanych z wolnością oraz redukcji pojawiającego się silnego, negatywnego napięcia emocjonalnego. Na stan psychiczny skazanych wpływają obawy o swój los (zwłaszcza kiedy osoba odbywa karę po raz pierwszy i obawia się wszystkiego, co zastanie w zakładzie karnym oraz weryfikacji swoich wyobrażeń o tym miejscu) oraz o sytuację osób najbliższych pozostawionych na wolności (w sytuacji kiedy więzień był jedynym żywicielem rodziny lub kiedy rodzina spotyka się z niechęcią i wrogością innych ludzi). Te osoby, których proces nadal się toczy lub wyrok nie jest prawomocny, obawiają się o wysokość kary i umieszczenie

w zakładzie daleko od miejsca zamieszkania. Na tym etapie więźniowie zamykają się na jakiegokolwiek kontakty, które nie pochodzą spoza więziennego muru. W zachowaniu dominują reakcje dezadaptacyjne, negatywna ocena wysokości wymierzonej kary i poczucie krzywdy z jednoczesnym mocnym zaangażowaniem w sprawy karne. Nasila się działanie psychologicznych mechanizmów obronnych, które mają chronić skazanych przed dopuszczeniem do siebie negatywnych opinii na swój temat [16].

W drugiej fazie – zwanej przystosowaniem się – pojawiają się zachowania związane z procesem prizonizacji. Jest to proces „przystosowania się osadzonego do warunków zakładu penitencjarnego” [17], w którym nastawia się on na przeżycie więzienia, ma lepszy stosunek do więziennego regulaminu, organizuje swoje otoczenie więzienne, stara się o nagrody, ubiega o prace i naukę, ale jednocześnie koncentruje się drobiazgowo na ustalaniu i pilnowaniu planu dnia, nie patrzy w przeszłość, staje się uzależniony od instytucji, przyjmuje postawę biorcy. W zakresie zdrowia psychicznego to w tej fazie najczęściej pojawiają się stany depresyjne, agresja i samoagresja, nerwice, proces neurotycznego zahamowania przeżywania uczuć (jako następstwo działania mechanizmów obronnych), lęk, agresja [8]. Zaczynają ujawniać się psychozy: maniakalno-depresyjna i paranoidalna oraz różne postaci schizofrenii i depresja. Występują zaburzenia związane z uzależnieniem od alkoholu [8]. Pojawiają się tzw. reakcje prymitywne, jak np. zespół Gansera. Cechą charakterystyczną wszystkich pojawiających się zaburzeń jest ich specyficzny charakter uzależniony od warunków, w jakich skazani przebywają, to jest od izolacji penitencjarnej. Myśli prześladowcze chorujących więźniów dotyczą zbrodni, jakiej się dopuścili. Skazani uważają, że funkcjonariusze służby więziennej w szczególny sposób utrudniają im życie i potęgują uciążliwość osadzenia. Narastające poczucie winy wobec własnej rodziny pozostawionej na wolności na tak długi okres znajduje odbicie w wycofaniu się osób osadzonych z kontaktów lub w oskarżaniu najbliższych o porzucenie więźnia. Skazani stawiają siebie w centrum własnego zachowania, myśli i emocji, koncentrując się na własnym cierpieniu. Z obserwacji autorów niniejszego artykułu wynika także, że skazani stają się bardzo roszczeniowi i oczekują natychmiastowego rezultatu terapii czy innych pomocowych działań. Napięcie emocjonalne jest tak duże, że nie są w stanie przejąć odpowiedzialności za proces zdrowienia. Na taką postawę osób pozbawionych wolności ma także wpływ przyjęcie roli biernego odbiorcy wszystkich działań personelu zakładu karnego, tj. organizowania żywienia, zajęć kulturalno-oświatowych, kształcenia lub zajęć sportowych [15, 16]. Faza druga – zwana może nieco mylnie, ze względu na zaburzenia zdrowia psychicznego, fazą przystosowania – trwa najdłużej. Dla osób skazanych na kary najsurowsze może ona przebiegać przez bardzo długie lata.

Faza trzecia – rozpoczynająca się w chwili rozpatrzenia pierwszego wniosku o warunkowe przedterminowe zwolnienie – może (zgodnie z literą prawa) dla skazanych na 25 lat pozbawienia wolności rozpocząć się po 15 latach odbycia kary, a dla skazanych na dożywotnie pozbawienie wolności – po 25 latach od osadzenia w zakładzie karnym. Owe 15 lub 25 lat jest to więc bardzo długi okres, który osoba odbywająca karę spędza w specyficznych warunkach zakładu zamkniętego.

Trzecia faza nazywana jest fazą przygotowania do wolności [15, 16]. Poprzedza ją złożenie wniosku o przedterminowe warunkowe zwolnienie motywowanego często narastającym u skazanych przekonaniem o przysługiwaniu zwolnienia za lata spędzone w izolacji. Charakterystyczne dla zdrowia psychicznego w tej fazie jest duże napięcie psychiczne związane z nadzieją na odzyskanie wolności, co powoduje negatywne, ekstremalne reakcje w sytuacji odmowy [8]. Skazani zwykle dobrze, choć nie zawsze właściwie, oceniają swoje zachowanie w zakładzie karnym oraz dbają w tym czasie o to, by nie wchodzić w konflikty z personelem więzienia.

We wszystkich trzech fazach zdecydowanie najlepiej radzą sobie osoby odbywające karę pozbawienia wolności po raz kolejny [16]. U tych, które przebywają w więzieniu po raz pierwszy, napięcie emocjonalne jest wyższe, gdyż potęgowane jest lękiem o warunki życia w zakładzie karnym. Recydywiści penitencjarni w warunkach izolacji wykazują się dużą zaradnością, przedsiębiorczością oraz podejmują próby manipulowania innymi ludźmi w celu osiągnięcia korzyści. Ich napięcie psychiczne zmniejszają wcześniejsze doświadczenia i postawa typu „jakoś to będzie”, która pozwala im przetrwać trudności faz adaptacji, przystosowania się i przygotowania do wolności.

W literaturze trudno o wyniki badań, które mówiłyby o występowaniu bądź braku potrzeb związanych ze zdrowiem psychicznym skazanych na najsurowsze kary. Można jedynie domniemywać, że skoro inne grupy więźniów stawiają te potrzeby (dotyczące głównie pomocy psychoterapeutycznej) na drugim lub trzecim miejscu [18], to istnieje znaczne zapotrzebowanie na taką formę pomocy.

Na zdrowie psychiczne człowieka wpływ ma zarówno jego kondycja psychiczna, jak i uwarunkowania środowiskowe. Czas trwania najsurowszych kar oraz warunki izolacji penitencjarnej sprzyjają zaburzeniom zdrowia psychicznego, lecz jego więzienne uwarunkowania w odniesieniu do tej szczególnej grupy więźniów, jaką są osoby skazane na te kary, nie zostały jeszcze dokładnie poznane. Zdaniem autorów niniejszego artykułu temat ten może stać się problemem interesującym dla wielu dziedzin nauki. Wykazanie jego prawidłowości oraz wskazanie możliwych form pomocy szerszej niż dotychczas stosowanej mogą pomóc funkcjonariuszom służby więziennej w pracy z tą grupą skazanych zarówno w obszarze profilaktyki, jak i pomocy w sytuacji wystąpienia zaburzeń zachowania u tych skazanych.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. z 2011 r., nr 231, poz. 1375.
2. Definicja zdrowia wg WHO, www.izp.wroclaw.pl (data dostępu: 29.05.2013).
3. Sęk H., Wprowadzenie do psychologii klinicznej, Wyd. Nauk. Scholar, Warszawa 2007, 38–51.
4. Statystyka, www.sw.gov.pl, o-sluzbie-wieziennej/statystyka/ (data dostępu: 29.05.2013).
5. Machel H., Więzienie jako instytucja karna i resocjalizacyjna, Wyd. Arche, Gdańsk 2003, 193.
6. Janowska H., Zabójstwa i ich sprawcy. Analiza socjologiczna, PWN, Warszawa 1974, 57.
7. Badźmirowska-Masłowska K., Młodociani sprawcy zabójstw w Polsce, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2000, 16.
8. Gordon M., Poczucie winy i samoocena własnych zachowań sprawców przestępstw o charakterze agresywnym, w: Więziennictwo. Nowe wyzwania, Hołyst B., Ambrozik W., Stępnik P. (red.), Wyd. Nauk. UAM, Warszawa–Poznań–Kalisz 2001, 698.
9. Kodeks karny wykonawczy, Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r., Dz.U. 1997.90.557 ze zm.
10. Goffman E., Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych, GWP, Sopot 2011, 11.
11. Ciosek M., Psychologia sądowa i penitencjarna, Wydawnictwa Prawnicze PWN, Warszawa 2001, 217.
12. Korecki J., Kara 25 lat pozbawienia wolności w Polsce, Wydawnictwa Prawnicze PWN, Warszawa 1988, 106–109.
13. Rzepiński A., Rodziny więźniów długoterminowych, Wyd. PAN, Wrocław 1981, 206.
14. Jarzębowska-Baziak B., Traktowanie penitencjarne recydywistów w warunkach systemu regresywnego, w: Problemy więziennictwa u progu XXI wieku, Hołyst B., Redo S. (red.), Centralny Zarząd Służby Więziennej, Warszawa–Wiedeń–Kalisz 1996, 412.
15. Kurzawiński W., Wykonywanie kary 25 lat i dożywotniego pozbawienia wolności w Zakładzie Karnym w Sztumie, Przegl. Więziennictwa Pol., Warszawa 2001, 32, 33, 161–167.
16. Urbańska I., Diagnoza psychologiczno-penitencjarna, w: Wprowadzenie do metodyki pracy penitencjarnej, Benedyczak S. (red.), Centralny Ośrodek Szkolenia Służby Więziennej, Kalisz 1994, 203.
17. Pstrąg D., Rejman J., Oczekiwanie skazanych wobec wychowawców więziennych, w: Służba więzienna wobec problemów resocjalizacji penitencjarnej, Ambrozik W., Stępnik P. (red.), Wyd. Nauk. UAM, Centralny Zarząd Służby Więziennej, Centralny Ośrodek Szkolenia Służby Więziennej, Poznań–Warszawa–Kalisz 2004, 377–389.

Adres do korespondencji:

mgr Magdalena Sadowska
Zakład Penitencjarystyki
Wydział Studiów Edukacyjnych
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
e-mail: sadowska_m@op.pl

KONSTITUCYJNY STATUS RODZINY I PRAWO DO RODZICIELSTWA

CONSTITUTIONAL STATUS OF A FAMILY AND THE RIGHT TO PARENTHOOD

MONIKA URBANIAK

Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

Zgodnie z Konstytucją RP małżeństwo jako związek kobiety i mężczyzny, rodzina, macierzyństwo i rodzicielstwo znajdują się pod ochroną i opieką Rzeczypospolitej Polskiej. Jednoznaczne rozwiązanie dotyczące definicji małżeństwa jako związku kobiety i mężczyzny przyjęte w Konstytucji ogranicza swobodę wprowadzenia ewentualnej legalizacji związków partnerskich, albowiem nie można im przyznać statusu prawnego małżonków. Z konstytucyjnej zasady ochrony rodzicielstwa wynika prawo rodziców do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu dzieci, w znaczeniu pozytywnym i negatywnym, które oznacza podwójny zakaz podejmowania działań ograniczających wolność posiadania dzieci, jak również zakaz podejmowania działań przymuszających do posiadania dzieci.

Słowa kluczowe: rodzina, małżeństwo, dziecko, Konstytucja RP, prawa człowieka.

Na straży ochrony rodziny, małżeństwa i rodzicielstwa stoi Konstytucja RP, ale również liczne akty prawa międzynarodowego w systemie Rady Europy i Unii Europejskiej. Rodzina podlega szczególnej ochronie w oparciu o przepisy prawa międzynarodowego oraz unijnego. Akty te nie określają pojęcia rodziny i małżeństwa, jednak wydaje się, że definicja małżeństwa i rodziny ustalona na gruncie aktów prawa międzynarodowego jest identyczna, jak określenie tych instytucji w prawie wewnętrznym poszczególnych państw [1]. Zgodnie z art. 10 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych oraz art. 16 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka rodzina jest naturalną i podstawową komórką społeczeństwa. Stanowi ona naturalne środowisko narodzin i rozwoju człowieka, w którym zarówno dziecko, jak i człowiek dojrzały zaspokajają swoje podstawowe potrzeby [2]. Również Międzynarodowe Pakty Praw Człowieka wśród ustanowionych przez nie wolności i praw ekonomicznych, społecznych, kulturalnych, cywilnych i politycznych wymieniają prawo do opieki i pomocy rodzinie, w tym zapewnienia opieki matkom w odpowiednim czasie przed i po urodzeniu dziecka [3]. Szczególne znaczenie w kontekście ochrony praw dziecka przyznaje się Konwencji ONZ o prawach dziecka z 1989 r., która zwraca uwagę m.in. na prawo dziecka do poznania swoich

Abstract

According to the Constitution of the Republic of Poland, marriage as a union between a woman and a man, family, motherhood and parenthood are under the protection and care of the Polish Republic. The explicit solution for the definition of marriage as a union of a man and a woman, adopted in the Constitution, restricts the freedom to introduce possible legalization of civil unions because they cannot be granted the legal status of marriage. The constitutional principle of parenthood protection implies the right of parents to take responsible decisions on having children, in positive and negative terms, which means a double prohibition of taking actions restricting the freedom to have children, as well as the prohibition of taking actions coercing into having children.

Key words: family, marriage, child, Constitution, human rights.

rodziców, przebywania ze swoimi rodzicami oraz specjalnej ochrony i pomocy państwa w przypadku pozbawienia środowiska rodzinnego [4]. Również Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności [5] z 4 listopada 1950 r. w art. 8 wprowadza zasadę, zgodnie z którą każdy ma prawo do poszanowania swego życia prywatnego i rodzinnego; niedopuszczalna jest ingerencja władzy publicznej w korzystanie z tego prawa z wyjątkiem przypadków przewidzianych przez ustawę i koniecznych w demokratycznym społeczeństwie z uwagi m.in. na ochronę zdrowia, moralności lub ochronę praw i wolności innych osób. Z kolei w art. 12 Konwencji mowa o prawie mężczyzn i kobiet do zawarcia małżeństwa i założenia rodziny zgodnie z ustawami krajowymi regulującymi korzystanie z tego prawa. Redakcja tego przepisu wskazuje wprost, że podmiotami prawa w nim określonego są wyłącznie mężczyzna i kobieta, co wyklucza możliwość odniesienia go do osób tej samej płci [6]. Punktem wyjścia dla dalszych rozważań będą: art. 18 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. [7], zgodnie z którym małżeństwo jako związek kobiety i mężczyzny, rodzina, macierzyństwo i rodzicielstwo znajdują się pod ochroną i opieką Rzeczypospolitej Polskiej, oraz art. 71 Konstytucji proklamujący zasadę ochrony rodziny. Przepisy te mają podstawowe znaczenie dla interpre-

tacji pozycji małżeństwa i rodziny w prawie polskim. Podkreślić przy tym należy, że art. 18 Konstytucji RP udzielający szczególnej ochrony małżeństwu umieszczony został w rozdziale I Konstytucji wśród podstawowych zasad ustrojowych państwa i stanowi wzorzec dla uregulowanych w kolejnych rozdziałach Konstytucji przyjętych rozwiązań prawnych [8].

Podkreślić również należy, że art. 18 wyrażający zasadę ochrony rodziny ma charakter normy programowej, co oznacza, że nie można z niego bezpośrednio wywodzić praw podmiotowych [9]. Z zasady ochrony rodziny wynika równość kobiety i mężczyzny w zakresie praw i obowiązków przysługujących im w małżeństwie i rodzinie, a także wobec dzieci [10]. Rzeczypospolita Polska otacza ochroną i opieką związek jednej kobiety i jednego mężczyzny [10]. Z ochrony i opieki państwa nie może korzystać związek dwóch lub większej liczby osób tej samej płci (związek homoseksualny) [11], przy czym należy zaznaczyć, że art. 18 Konstytucji RP nie wprowadza zakazu ustanawiania innych związków między ludźmi aniżeli małżeństwo i nie wyklucza regulacji związków partnerskich [12]. Trzeba zaznaczyć, że z chwilą wejścia w życie Konstytucji nie zmieniła ona przepisów prawnych zastanych w dziedzinach prawa cywilnego, rodzinnego i opiekuńczego czy prawa o aktach stanu cywilnego, przyjmując koncepcję heteroseksualnego związku osób, dwu płci, jako warunek nieodzowny (*sine qua non*) dla powstania oraz dalszego istnienia małżeństwa [13].

Do najważniejszych ograniczeń możliwości zawarcia związku małżeńskiego prawo zalicza wymóg rozdzielności płci nupturientów (zasada heteroseksualności małżeństwa), albowiem zasada ta ma fundamentalne znaczenie dla prokreacyjnej funkcji rodziny opartej na małżeństwie [14]. Różność płci małżonków jest potwierdzona również w art. 1 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego [15], zgodnie z którym małżeństwo zostaje zawarte, gdy mężczyzna i kobieta jednocześnie obecni złożą przed kierownikiem urzędu stanu cywilnego oświadczenia, że wstępują ze sobą w związek małżeński. Norma ta jest skorelowana z jedną z podstawowych funkcji rodziny, obok funkcji opiekuńczej, ekonomicznej i wychowawczo-socjalizacyjnej, tj. funkcją prokreacyjną, która pozwala na utrzymanie ciągłości biologicznej rodziny, społeczeństwa i gatunku ludzkiego [16].

W kontekście tych rozważań należy podkreślić, że obecnie coraz więcej państw europejskich umieszcza w swoim porządku prawnym przepisy dotyczące możliwości zawierania małżeństw jednopłciowych oraz zarejestrowanych związków partnerskich. W efekcie tych zmian również w Polsce szeroko dyskutowana jest możliwość przyjęcia przez ustawodawcę koncepcji rejestrowanych związków partnerskich (w tym także osób tej samej płci) i ich relacji do instytucji małżeństwa [10]. W niektórych ustrojach prawnych ustawodawca toleruje istnienie par jednorodnych seksualnie, jednakże nie przyznaje im statusu prawnego małżonków [2].

Ochronę konstytucyjną otrzymuje każde macierzyństwo, niezależnie od stanu cywilnego matki, każde małżeństwo, niezależnie od faktu posiadania lub nieposiadania przez nie dzieci, a także każda rodzina, pełna, niepełna oraz bezdzietna [17]. Ochrona dotyczy nie tylko matki i dziecka już urodzonego, ale rozciąga się również na czas od poczęcia dziecka [2]. Pojęcie konstytucyjnej ochrony obejmuje również dziadków żyjących we wspólnocie domowej z wnukami i ich rodzicami [11]. Zdaniem A. Kobińskiej rodzinę stanowi każdy trwały związek dwóch lub więcej osób, który oparty jest na małżeństwie oraz na więzach pokrewieństwa lub powinowactwa. Pojęcie to rozciąga się również na osoby pozostające w konkubinacie i posiadające dzieci [18]. Z kolei B. Banaszak twierdzi, że rodzina w ujęciu Konstytucji jest ściśle powiązana z małżeństwem, zatem nie można do tego pojęcia zaliczyć kobiety i mężczyzny żyjących wspólnie, ale niebędących małżeństwem [10]. W wyroku z dnia 12 kwietnia 2011 r. Trybunał Konstytucyjny uznał, że „w świetle przepisów konstytucyjnych za «rodzinę» należy zatem uznać każdy trwały związek dwóch lub więcej osób, składający się z co najmniej jednej osoby dorosłej i dziecka, oparty na więzach emocjonalnych, prawnych, a przeważnie także i na więzach krwi”.

Dopełnieniem zasady ochrony rodziny jest art. 48 Konstytucji, z którego wynika zasada prymatu rodziców w wychowywaniu dzieci zgodnie z własnymi przekonaniami. Przepis ten oznacza, że rodzice mają obowiązek dbać o rozwój fizyczny dziecka, zaspokajając jego potrzeby bytowe, ale również podejmować działania zgodnie z własnymi poglądami dotyczącymi różnych sfer życia, których celem jest ukształtowanie dziecka pod względem psychicznym, duchowym, moralnym, światopoglądowym, estetycznym i fizycznym [10]. Z kolei z art. 53 ust. 3 Konstytucji gwarantującego wolności sumienia i wyznania wynika, że rodzice mają prawo do zapewnienia dzieciom wychowania i nauczania moralnego i religijnego zgodnie ze swoimi przekonaniami. Konstytucja wskazuje na odpowiednie zastosowanie art. 48 ust. 1 i zobowiązuje rodziców do uwzględniania stopnia dojrzałości dziecka, jego wolności sumienia i wyznania, a także jego przekonania [10].

Obowiązek uwzględniania przez państwo w swojej polityce społecznej i gospodarczej dobra rodziny wyrażony został w art. 71 ust. 1 Konstytucji. Co do zasady ma on zastosowanie do każdej rodziny, ze szczególnym uwzględnieniem rodzin znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej i społecznej, zwłaszcza wielodzietnych i niepełnych. Pomoc udzielana przez państwo musi uwzględniać dobro rodziny i nie może przyczyniać się do tworzenia sytuacji patologicznych [17]. Z przepisu tego nie można wyprowadzić żadnego prawa podmiotowego, stanowi ona jedynie normę programową, określającą cele państwa w dziedzinie ochrony rodziny, czyli normy, których adresatem są władze publiczne, a wśród

nich parlament, które zawierają nakaz podejmowania działań zmierzających do realizacji wskazanych w tych normach celów społeczno-gospodarczych [19]. Organy państwa, prowadząc politykę społeczną i gospodarczą w sferze odnoszącej się do rodziny, uwzględniają postanowienia art. 18 Konstytucji [10].

Jako jedną z podstawowych zasad polityki państwa Konstytucja w art. 72 ust. 1 określa obowiązek zapewnienia ochrony praw dziecka. W celu zapewnienia ochrony tych praw Konstytucja ustanawia instytucję Rzecznika Praw Dziecka (art. 72 ust. 4), która została powołana ustawą o Rzeczniku Praw Dziecka z 6 stycznia 2000 roku [20]. Konstytucja w wielu miejscach zakłada, że dzieci powinny funkcjonować w ramach rodziny, a podstawowe decyzje dotyczące ich wychowania i wykształcenia muszą należeć do rodziców [21].

W ciągu ostatnich kilku lat toczy się dyskusja publiczna dotycząca konstytucyjnej definicji rodziny. Związana jest ona przede wszystkim z koncepcją objęcia związków partnerskich konstytucyjną zasadą ochrony małżeństwa i ochrony rodziny. Zauważyć w tym miejscu należy, że w wyniku prac nad Konstytucją wprowadzono do jej postanowień jednoznaczną definicję małżeństwa jako związku kobiety i mężczyzny. Rozwiązanie to utrudnia wprowadzenie ewentualnej legalizacji związków homoseksualnych, albowiem nie można im przyznać statusu prawnego małżonków [2, 17]. Regulacja ta obecnie budzi wiele kontrowersji również ze względu na brak możliwości uregulowania na drodze ustawowej warunków zawierania legalnych związków partnerskich, które podlegałyby konstytucyjnej ochronie na równi z małżeństwem.

Podkreślić należy, że zarówno w Konstytucji, jak i w przepisach powszechnie obowiązującego prawa nie ma definicji rodziny [2, 17]. W Konstytucji RP rodzina oznacza trwałą wspólnotę życiową, którą tworzą małżonkowie oraz ich dzieci lub samotni rodzice, połączeni prawnie uznanymi stosunkami rodzinnymi: pokrewieństwem, stosunkami alimentacyjnymi i władzą rodzicielską [22]. Według T. Smoczyńskiego rodzina stanowi legalny i trwały związek mężczyzny i kobiety, w którym mają oni równe prawa, powstałym z ich własnej woli celem wspólnego pożycia, realizacji dobra zarówno własnego, jak i całej rodziny, a także celem realizacji zadań społecznych [23]. Rodzina jako zjawisko socjologiczne rozumiana jest jako grupa skupiająca „pod jednym dachem” rodziców i dzieci, innych krewnych oraz osoby bliskie. Nie ulega wątpliwości, że rodzina jest miejscem niezastąpionym, w którym człowiek rodzi się, rozwija się, a także zaspokaja swoje podstawowe potrzeby biologiczne, psychiczne oraz kulturalne [2]. Pojęcie rodziny w polskim prawie rodzinnym ogranicza się do tzw. rodziny malej, którą tworzy wspólnota dwupokoleniowa. Oznacza to ograniczenie się do struktury opartej na małżeństwie a wyłączenie związku opartego na konkubinacie oraz wyłączenie z tego pojęcia dalszych krewnych w linii prostej i liniach bocznych [14].

Konstytucja RP w wielu swoich postanowieniach odnosi się do ochrony rodziny. Do katalogu praw osobistych zalicza m.in. prawo do prywatności i ochrony czci oraz dobrego imienia i do decydowania o swoim życiu osobistym, a także proklamowane w art. 48 ust. 1 prawo rodziców do wychowania dzieci zgodnie z własnymi przekonaniami. W kontekście prawa dziecka do szczególnej ochrony należy przytoczyć również art. 68 ust. 3 Konstytucji RP, który nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku, która powinna przejawiać się w obowiązku jej zapewnienia w sposób dalej idący niż w przypadku pozostałej ludności.

W istotnym dla rozumienia definicji rodziny wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Kozak przeciwko Polsce z dnia 2 marca 2010 r. [24], który dotyczył zarzutu interpretacji i zastosowania w jego sprawie terminu prawnego „faktycznego pożycia małżeńskiego”, o którym mowa w art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 2 lipca 1994 r. o najmie lokali mieszkalnych i dodatkach mieszkaniowych, Trybunał uznał skargę za dopuszczalną i stwierdził, że Polska naruszyła art. 14 w związku z art. 8 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (dyskryminacja w związku z ochroną prawa do życia rodzinnego). W świetle przytoczonego wyroku stwierdzić należy, że w aktualnym stanie prawnym konkubinaty oznaczają nieformalny związek dwojga partnerów, niezależnie od ich płci.

Określenie „konkubinaty” nie zostało zdefiniowane przez prawo. W związku z tym należy poszukiwać definicji tego określenia w znajdujących się w doktrynie i judykaturze interpretacji najczęściej używanych przez ustawodawcę sformułowań, które odnoszą się do wspólnego pożycia, które jest powiązane znaczeniowo z konkubinatem [25]. Pomimo tego że nie ma legalnej definicji konkubinatu, orzecznictwo sądowe często stosuje to określenie. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 7 lipca 2004 r. [26] stwierdził, że pojęcie „wspólne pożycie” odnoszone jest wyłącznie do konkubinatu, a w szczególności do związku osób o różnej płci, odpowiadającego od strony faktycznej stosunkowi małżeństwa (którym w myśl art. 18 Konstytucji jest wyłącznie związek osób różnej płci). W innej uchwale z dnia 28 listopada 2012 r. Sąd Najwyższy stwierdził, że „osobą faktycznie pozostającą we wspólnym pożyciu z najemcą – w rozumieniu art. 691 § 1 k.c. – jest osoba połączona z najemcą więzią uczuciową, fizyczną i gospodarczą; także osoba tej samej płci”. W orzeczeniu tym Sąd uznał związek osób tej samej płci za konkubinaty.

Obowiązkiem państwa jest stworzenie takich warunków, które umożliwią rodzinie posiadanie dzieci. Daje to rodzicom faktyczną możliwość korzystania z prawa do decyzji w tej sprawie, a ich wybór dotyczący posiadania dziecka staje się realny [17]. W wyroku z 28 kwietnia 2003 r. [27] Trybunał Konstytucyjny za-

uważył, że realizacja zasady dobra dziecka może dokonywać się poprzez zapewnienie możliwości jego wychowania przede wszystkim w rodzinie naturalnej, a więc poprzez pieczę rodzicielską sprawowaną przez osoby związane z dzieckiem więzią biologiczną, co nie oznacza, że prymat rodziny naturalnej i więzi biologicznej jako podstawy kształtowania stosunków rodzinnych ma charakter bezwzględny, który zawsze i w każdych okolicznościach musi przeważać nad wartością relacji rodzinnych kształtowanych w oparciu o innego rodzaju kryteria, nakierowane na ochronę wartości takich jak bliskość i stabilność relacji rodzinnych, bezpieczeństwo dziecka, godziwe warunki wychowania i rozwoju itp.

Ochrona rodziny oznacza również możliwość realizowania podstawowej jej funkcji, jaką jest wolność posiadania dzieci. W moim przekonaniu z przepisów prawa powszechnie obowiązującego nie można wywieść prawa rodziców do posiadania dzieci. Kwestia ta pozostaje wyłącznie w sferze wolności człowieka. Podkreślić w tym miejscu należy, że Konstytucja wyróżnia prawa podmiotowe, które mogą zostać ujęte jako wolność; władze publiczne mają obowiązek powstrzymywania się od działań utrudniających lub uniemożliwiających jednostce korzystanie z danej wolności, jak również obowiązek podejmowania działań umożliwiających realizację tych praw [21]. Zadaniem państwa jest stworzenie warunków i instytucji służących prawnemu zagwarantowaniu wolności, a także jej ochrona w granicach określonych przez prawo [28]. Państwo nie może skutecznie żądać od rodziców realizacji przez nich tego prawa, a ma wyłącznie nie podejmować działań utrudniających jednostkom jego realizację.

Z konstytucyjnej zasady ochrony rodzicielstwa wynika prawo rodziców do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu dzieci, w znaczeniu pozytywnym i negatywnym, które oznacza podwójny zakaz podejmowania działań ograniczających wolność posiadania dzieci, jak również zakaz podejmowania działań przymuszających do posiadania dzieci [29]. Prawo do rodzicielstwa jest wspólnym prawem obojga małżonków [17]. W wyroku z dnia 28 maja 1997 r. [30] Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że prawo do rodzicielstwa w szczególności dotyczy decyzji o poczęciu dziecka, a wszelką ingerencję władzy państwowej czy innych osób w tę sferę należałoby uznać za niedopuszczalne naruszenie podstawowego prawa każdego człowieka.

W kontekście wolności rodziców do posiadania dzieci niezwykle ważną kwestią jest możliwość podejmowania leczenia niepłodności i podejmowania czynności zapłodnienia pozaustrojowego (*in vitro*). Analizując aktualny stan prawny, należy stwierdzić, iż ustawodawca nie reguluje tego wprost na poziomie ustawowym. Artykuł 15 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [31] zawiera zamknięty katalog zakresów standardowych świadczeń dla systemu opieki. W katalogu tym

brak jest świadczeń dotyczących leczenia niepłodności i podejmowania czynności zapłodnienia pozaustrojowego. Z kolei art. 16 tej ustawy określający negatywny katalog świadczeń nieprzysługujących świadczeniobiorcy nie mówi wprost o wyłączeniu możliwości finansowania przez państwo procedury *in vitro*. Przyjąć zatem należałoby, że konsekwencją takiego stanu prawnego jest możliwość finansowania tej procedury ze środków publicznych.

Obecnie aktualnym problemem pozostaje kwestia uregulowania w programie zdrowotnym możliwości finansowania przez państwo procedury *in vitro*. Co do zasady finansowanie programów zdrowotnych powinno być ustanawiane z mocy ustawy. Na podstawie art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych program leczenia niepłodności zostanie wprowadzony jako program zdrowotny ministra właściwego do spraw zdrowia.

Wobec nieuregulowania kwestii finansowania *in vitro* w drodze ustawy na poziomie krajowym powstała koncepcja uregulowania kwestii leczenia niepłodności na poziomie rozporządzenia. Zgodnie z zasadą generalną wynikającą z art. 68 Konstytucji RP każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Z kolei z art. 68 ust. 2 Konstytucji wynika konieczność zapewnienia równego dostępu wszystkich obywateli do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, a warunki i zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych określać ma ustawa. Wykonywanie prawa do ochrony zdrowia następuje niezależnie od jakichkolwiek kryteriów [32]. W wyroku z dnia 23 marca 1999 r. Trybunał Konstytucyjny [33] uznał, że z art. 68 ust. 1 należy „wywieść podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia oraz obiektywny nakaz podejmowania przez władze publiczne takich działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa”.

W związku z powyższym powstaje pytanie: czy uregulowanie tego zagadnienia w formie rozporządzenia nie stanowiłoby rozszerzającego interpretowania Konstytucji? Konstrukcja świadczeń ponadstandardowych, do których niewątpliwie należy również finansowanie zapłodnienia *in vitro*, w drodze rozporządzenia może naruszać, w ocenie autorki, zasadę państwa prawnego wyrażoną w art. 2, a także w art. 68 ust. 2 Konstytucji, który wymaga określenia w ustawie warunków i zakresu udzielania świadczeń zdrowotnych.

W podpisanym w dniu 20 marca 2013 r. przez ministra zdrowia Programie Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013–2016 wprowadza się możliwość korzystania z procedury zapłodnienia pozaustrojowego parom, u których stwierdzono niepłodność kobiety lub mężczyzny i wyczerpały się inne możliwości jej leczenia albo nie istnieją inne metody jej leczenia. Program ten nie ogranicza możliwości finansowania zapłodnienia pozaustrojowego wyłącznie do par będących w związku małżeńskim, a rozszerza jego

zakres podmiotowy na wszystkie pary dotknięte nieplodnością, również te, które pozostają w tzw. konkubinacie. W proponowanej regulacji sformułowanie: „pary, u których stwierdzono nieplodność kobiety lub mężczyzny” nie narusza zasady równości, albowiem równo traktuje wszystkie podmioty znajdujące się w określonej normą sytuacji. W konsekwencji nie wprowadza wyłączeń podmiotowych odnoszących się do par, które nie zalegalizowały związku. Program leczenia nieplodności w założeniach jest skierowany do par, które leczą się z nieplodności przez co najmniej rok. Zauważyć należy, że program ten ma charakter programu wieloletniego, opracowanego na trzy lata (termin pierwszej realizacji jego założeń to połowa 2013 r.).

W kontekście wprowadzania postanowień dotyczących możliwości uregulowania kwestii leczenia nieplodności w rozporządzeniu bądź też na podstawie art. 48 ustawy o świadczeniach programu zdrowotnego stwierdzić należy, że kwestie te powinny zostać rozstrzygnięte w ustawie. Poza zakresem Programu Leczenia Nieplodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego pozostają kwestie ściśle związane z realizacją praw podstawowych, a dotyczące m.in. statusu zarodka czy też środków bezpieczeństwa transferu zarodków. Zdaniem autorki kwestie te wymagają regulacji ustawowej, ponieważ dotyczą możliwości korzystania przez jednostkę z konstytucyjnych praw i wolności, w tym w szczególności prawa do ochrony życia i zdrowia osoby ludzkiej.

Reasumując powyższe rozważania, stwierdzić należy, że prawo do ochrony rodziny, macierzyństwa i rodzicielstwa zajmuje szczególną pozycję wśród przepisów Konstytucji, nie tylko ze względu na miejsce w strukturze Konstytucji. Wartości te zasługują na szczególną ochronę. Regulacje konstytucyjne w tym zakresie oznaczają nakaz podejmowania działań rozwijających postanowienia Konstytucji.

Pomimo wyrażonych wyżej wątpliwości należy podkreślić, że wprowadzenie przez ministra zdrowia programu leczniczego w zakresie finansowania świadczeń *in vitro* stanowi krok naprzód w regulacji skomplikowanej i niezwykle ważnej materii finansowania zapłodnienia pozaustrojowego w Polsce.

PIŚMIENNICTWO

- Zielonacki A., Prawo do zawarcia małżeństwa i założenia rodziny, w: Prawa człowieka. Model prawny, Wrocław–Warszawa–Kraków 1991, 300.
- Smyczyński T., Rodzina i prawo rodzinne w świetle nowej Konstytucji, Państwo i Prawo 1997, 11, 12, 185–191.
- Urbaniak M., Konstytucyjne wolności i prawa społeczne oraz ekonomiczne w Polsce i we Włoszech. Analiza prawnoporównawcza, Wyd. A. Marszałek, Toruń 2009.
- Oniszczyk J., Wolności i prawa społeczne oraz orzecznictwo konstytucyjne, SGH, Warszawa 2005, 311.
- Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z dnia 4 listopada 1950 r., ratyfikowana przez Polskę 19 stycznia 1993 r., Dz.U. z 1993 r., nr 61, poz. 284.
- Brzozowski W., Małżeństwo, życie rodzinne, związki osób tej samej płci – glosa do wyroku ETPC z 24 czerwca 2010 r. w sprawie Schalk i Kopf v. Austria, Europ. Przegl. Sąd. 2001, 4, 44.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483, ze zm.
- Święch K., Pozycja rodziny w polskim prawie podatkowym, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
- Zob. wyroki TK z 10 lipca 2000 r., sygn. SK 21/99, OTK ZU nr 5/2000, poz. 144, wyrok z 27 stycznia 1999 r., sygn. K 1/98, OTK ZU nr 1/1999, poz. 3 oraz wyrok z dnia 9 listopada 2010 r., sygn. SK 10/08.
- Banaszak B., Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2009, 118, 119, 250, 274.
- Winczorek P., Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Warszawa 2000, 31, 32.
- Piotrowski R., Opinia w sprawie oceny dopuszczalności prawnej projektów ustaw dotyczących związków partnerskich w świetle art. 18 Konstytucji RP, www.orka.sej.gov.pl (data dostępu: 17.05.2013).
- Dudek D., Opinia prawna w przedmiocie konstytucyjności poselskiego projektu ustawy o związkach partnerskich oraz ustawy – Przepisy wprowadzające ustawę o związkach partnerskich, www.orka.sej.gov.pl (data dostępu: 17.05.2013).
- Domański M., Względne zakazy małżeńskie, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2013, 19.
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz.U. z 2012 r., nr 788, t.j. ze zm.
- Mączyński A., Konstytucyjne i międzynarodowe uwarunkowania instytucjonalizacji związków homoseksualnych, w: Związki partnerskie – debata na temat projektowanych zmian prawnych, Andrzejewski M. (red.), Wyd. „Dom Organizatora” TNOiK, Toruń 2013.
- Dobrowolski M., Status prawny rodziny w świetle nowej Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, Przegl. Sejm. 1999, 4, 23, 27.
- Kobińska A., Ograniczenie *in vitro* tylko dla małżeństw, Prawo i Medycyna 2009, 3, 129.
- Florczak-Wątor M., Możliwości kontrolowania przez Trybunał Konstytucyjny swobody ustawodawcy w zakresie realizacji norm programowych, Przegl. Sejm. 2009, 4, 111, 112.
- Urbaniak M., Rzecznik Praw Dziecka jako organ ochrony prawa dziecka do życia i ochrony zdrowia, w: Zagrożenia zdrowotne i społeczne dzieci i młodzieży, Głowacka M.D., Mojs E. (red.), Wyd. Miejskie, Poznań 2008.
- Garlicki L., Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu, Liber, Warszawa 2008, 98–105.
- Gołownik M., Rodzina jako wartość chroniona w Konstytucji na tle europejskich standardów ochrony praw człowieka, w: Polska wobec europejskich standardów praw człowieka, Jasudowicz T. (red.), Wyd. „Dom Organizatora” TNOiK, Toruń 2001, 90.
- Smyczyński T., Prawo rodzinne i opiekuńcze, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 1997, 18.

24. Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu z dnia 2 marca 2010 r. w sprawie Kozak przeciwko Polsce, skarga nr 13102/02, LEX nr 560824.
25. Pismo Jana Borkowskiego, Ministerstwo Sprawiedliwości, Departament Prawa Cywilnego, www.spr.org.pl/2013/03/12/jednak-konkubinaty-jednop%C5%82cio-we-w-polsce/ (data dostępu: 17.05.2013).
26. Wyrok SN z dnia 7 lipca 2004 r., sygn. akt II KK 176/04.
27. Wyrok TK z dnia 28 kwietnia 2003 r., sygn. akt K 18/02.
28. Banaszak B., Porównawcze prawo konstytucyjne współczesnych państw demokratycznych, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Warszawa 2004, 209.
29. Dudek D., Zasady ustroju III Rzeczypospolitej Polskiej, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2009, 84.
30. Wyrok TK z dnia 28 maja 1997 r., sygn. akt K 26/96.
31. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027, t.j. z późn. zm.
32. Urbaniak M., Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia, w: Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty organizacyjne, prawne i psychologiczne, Głowacka M.D., Mojs E. (red.), Wyd. Uniw. Med., Poznań 2008; Konstytucje Rzeczypospolitej oraz komentarz do Konstytucji RP z 1997 roku, Boć J. (red.), Wrocław 1998, 126.
33. Wyrok TK z dnia 23 marca 1999 r., sygn. akt K 2/98.

Adres do korespondencji:

dr Monika Urbaniak
Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań
e-mail: monika.urbania@ump.edu.pl

CZYNNIKI JATROPATOGENNE W PRACY PIELEŃNIARSKIEJ

IATROPATHOGENIC FACTORS AT NURSES' WORK

MAŁGORZATA FEDAK, MIRELLA SULEWSKA, ANDRZEJ KRUPIENICZ

Zakład Podstaw Pielęgniarstwa
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

Pielęgniarka opiekująca się pacjentem wykonuje wiele czynności pielęgnacyjnych i w każdym z podejmowanych działań może popełnić błędy jatrogenne. Błędy te mogą stać się przyczyną nie tylko urazów fizycznych, ale i psychicznych pacjenta. Może dojść do powikłań w trakcie leczenia, wydłużenia czasu chorowania, kalectwa, a nawet do zgonu pacjenta. Konsekwencją uszkodzeń jatrogennych mogą być odparzenia, odgniecenia, odleżyny. Skutkiem błędów podczas pielęgnowania bywają także zwichnięcia stawów, zwłaszcza barkowych, zerwanie lub uszkodzenie mięśni i ścięgien. U chorych nieprzytomnych może dojść do uszkodzenia gałek ocznych. Dużym problemem jest szerzenie się zakażeń związanych z nieprzestrzeganiem zasad higieny sanitarnej i zasad postępowania aseptycznego.

Celem tego opracowania jest uwrażliwienie całego zespołu terapeutycznego, a zwłaszcza pielęgniarek, na grożące pacjentowi niebezpieczeństwa i powikłania, które mogą powstać podczas wykonywania zabiegów diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych.

Każda pielęgniarka powinna podejmować działania zapobiegające błędom, a w razie ich popełnienia mieć odwagę, aby się do nich przyznać. Szybko podjęte działania mogą te błędy naprawić.

Słowa kluczowe: błąd medyczny, opieka pielęgniarska, czynniki jatropatogenne.

Wstęp

Błędy jatrogenne są najczęściej przypisywane lekarzowi, jeżeli pacjent doznał szkody w trakcie leczenia. Być może fakt ten wynika z etymologii słowa „jatrogenny” (*iatros* – „lekarz”, *genesis* – „pochodzący”), czyli „pochodzący od lekarza” [1]. Jednak współcześnie lekarz współpracuje z całym zespołem terapeutycznym i każdy z członków tego zespołu może wyrządzić pacjentowi szkodę jatrogenną. Pierwsze dane o dużej skali tego problemu w szpitalach w USA podał w 1994 r. dr Lucjan Leape, który w swym artykule przyrównał liczbę ofiar błędów medycznych rocznie do liczby ofiar katastrof trzech jumbo jetów spadających z nieba co dwa dni [2]. Od tego momentu statystyki w USA podają coraz wyższe odsetki ofiar błędów jatrogennych, większe liczby wykonanych niepotrzebnych zabiegów operacyjnych, badań diagnostycznych i zleconych leków, które są przyczyną wielu tysięcy zgonów i które kosztują wiele miliardów dolarów rocznie [3].

Celem niniejszego opracowania jest uwrażliwienie całego zespołu terapeutycznego, a w szczególności

Abstract

A nurse who takes care of a patient performs many nursing activities and can make iatrogenic mistakes in each of the undertaken tasks. These mistakes can result not only in physical injuries of a patient, but also the psychical ones. During the treatment the following complications can occur inter alia: prolongation of the illness, disability or death of a patient. Chafes, blisters, bedsores can be the consequence of iatrogenic damages. The following results of mistakes made during nursing can occur: joint dislocation, occurring in shoulders, as well as muscle or ligament breaking or damage. The eyeball injury may occur in unconscious patients. Spreading infections related to non-observance of hygiene principles and aseptic techniques constitute a big problem.

The purpose of this paper is to sensitize the entire therapeutic team, especially nurses, to imminent dangers and complications that can occur in patients while performing diagnostic, therapeutic and rehabilitation procedures.

Each nurse should take up actions that prevent occurrence of mistakes and in case they are made to have courage to admit to them as quickly undertaken actions can correct these mistakes.

Key words: medical error, nursing care, iatropathogenic factors.

pielęgniarek, na grożące pacjentowi niebezpieczeństwa i powikłania mogące powstać podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych.

Każda pielęgniarka powinna podejmować działania zapobiegające błędom jatrogennym. Pielęgniarki mogą popełniać różne błędy jatrogenne. Pomijając oczywiste pomyłki w podawaniu leków, wiele błędów popełnianych jest w trakcie zwykłych czynności codziennych wykonywanych dla pacjenta.

W szpitalu każdy pacjent bezpośrednio podlega opiece pielęgniarskiej przez cały okres pobytu. Pielęgniarka jest odpowiedzialna za pacjenta od momentu rozpoczęcia dyżuru do jego zakończenia. W trakcie dyżuru wykonuje wiele czynności pielęgnacyjnych, podejmuje wiele decyzji oraz przetwarza i przekazuje ogromną ilość informacji. W każdym z tych działań może popełnić błąd jatrogenny. Mała liczba pielęgniarek w oddziale, zbyt duża liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę, niedostateczna ilość i jakość sprzętu i materiałów, zła organizacja pracy, niedosta-

teczna wiedza i nieznamość często uaktualnianych procedur oraz wiele innych czynników predysponuje do popełniania błędów.

Błędy powstałe w wyniku wykonywanych czynności pielęgnarskich mogą spowodować różne szkody dla pacjenta, począwszy od niepokoju i dyskomfortu, poprzez powikłania w trakcie leczenia i wydłużenie czasu pobytu w szpitalu, aż po trwałe kalectwo lub zgon pacjenta.

Wiele czynności pielęgniarka jest zmuszona wykonywać w pośpiechu, aby zdążyć ze wszystkimi zadaniami podczas dyżuru. Pośpieszenie wykonywane toalety, podmywanie chorego i inne działania mogą być przyczyną odparzeń w wyniku niedostatecznego osuszania skóry lub zamoczenia bielizny po toalecie, przeciekających, długo niezmiennych opatrunków, zbyt grubo nałożonych opatrunków, zwłaszcza podczas upałów, źle ułożonych, przylegających do ciała drenów i cewników. Szczególnie groźne są wymiociny. Nie wystarczy pacjenta wytrzeć, należy umyć skórę bardzo dokładnie we wszystkich zakamarkach i fałdach i zawsze zmienić zabrudzoną pościel. Pieluchomajtki zmieniane dopiero wtedy, gdy są zanieczyszczone, stanowią przyczynę odparzeń nawet wtedy, gdy wydają się suche – stopień zawilgocenia trudno ocenić, pracując w rękawiczkach – wkład pieluchy kumuluje ciepło, powoduje przegrzanie, pocenie się, nasiąka potem, który tak samo jak mocz drażni skórę i jest idealnym miejscem namnażania się bakterii. Niebezpieczne stają się złe ułożenie ciała pacjenta nieprzytomnego lub ciężko chorego czy niezadbanie o zastosowanie na stykających się powierzchniach skóry warstw izolujących. Również pacjent ułożony na materacu przeciwoleżynowym zmiennociśnieniowym lub na podkładzie jednorazowym, albo na foli podłożonej pod podkład jest narażony na odparzenia, zwłaszcza podczas upałów lub gdy gorączkuje i intensywnie się poci.

Częstymi skutkami błędów pielęgniarki są odgniecenia i odleżyny. Odgniecenia najczęściej powstają od źle naciągniętego prześcieradła, koszuli lub szwów pokrowca materaca (wielokrotnie można spotkać pokrowiec nawleczony na lewą stronę z wystającymi, twardymi szwami). Również pozostawione przez personel lub samego pacjenta różne przedmioty w łóżku (osłonki od igieł i aparatów do kroplówek, długopisy, okulary, bilon, grzebień itp.) mogą zsuwać się pod ciało pacjenta i być przyczyną odgnieceń, a te z kolei mogą stanowić początek odleżyn. Odleżyny mogą być wynikiem błędów jatrogennych, ale nie zawsze. U pacjenta skrajnie wyniszczonego, np. chorobą nowotworową, są nieuniknione. Dużo ostrożności należy zachować przy wykonywaniu różnych czynności przy pacjencie leżącym, wyniszczonym chorobą, w wieku starszym lub o znacznej masie ciała. U takich pacjentów łatwo może dojść do otarcia naskórka, np. podczas naciągania prześcieradła, zmiany pieluchomajtek, ubierania lub rozbierania. U ciężko chorych, wyniszczonych chorobą pacjentów wszelkie czynności pielęgnacyjne trzeba wykonywać

szczególnie delikatnie i zawsze pod kontrolą wzroku. Nie wolno wyszarpywać spod pacjenta pościeli, lecz wcześniej ostrożnie unieść lub odchylić ciało pacjenta. Również przy usuwaniu zużytych pieluchomajtek należy pamiętać, aby przylepiec lub rzep odczepić od razu z obu stron i zagiąć ich końcówki, aby nie mogły się przyczepić do ciała pacjenta podczas usuwania spod pośladek. Czasem występują u pacjentów zmiany troficzne, pęcherze na skórze w miejscach mało widocznych. Podczas wykonywania codziennych czynności przy takim pacjencie łatwo możemy te miejsca uszkodzić. Nie należy pacjentów unieruchamiać za pomocą mankietów, gdy pacjent jest pobudzony psychoruchowo, bez uprzedniego podania środków uspokajających na zlecenie lekarza, w przeciwnym wypadku uszkodzi sobie skórę na nadgarstkach lub kostkach nóg nawet prawidłowo zastosowanym mankietem.

Jeszcze poważniejszymi skutkami błędów jatrogennych powstałych podczas pielęgnacji mogą być zwichnięcia stawów, głównie barkowego u pacjentów z niedowładami lub porażeniami wiotkimi podczas obracania na bok pacjenta lub po ułożeniu na boku z obciążeniem barku. Rzadziej u takich chorych może dojść do zwichnięcia stawu biodrowego podczas obracania na bok za pomocą dużej siły wywieranej na zgięte kolano, bez równoczesnego podparcia pleców. Zanikające mięśnie i słabe więzadła nie są w stanie utrzymać stawu we właściwym ułożeniu, w wyniku czego łatwo dochodzi do zwichnięcia. Zerwania bądź uszkodzenia mięśni lub ścięgien mogą powstać u pacjentów z niedowładami lub porażeniami spastycznymi. Uszkodzenia te mogą wystąpić nie tylko podczas pomocy przy ubieraniu i rozbieraniu, ale także podczas przenoszenia chorego lub po ułożeniu w wymuszonej pozycji, szczególnie wtedy, gdy działamy z dużą siłą lub w sposób gwałtowny.

Do patologicznych złamań w osteoporozie może dojść w tych samych okolicznościach, co przy zwichnięciach stawów i zerwaniach/uszkodzeniach mięśni i stawów, oraz przy zmianie pozycji, przy wstawaniu, przebieraniu. Najwięcej takich zagrożeń występuje na oddziałach neurologicznych i internistycznych, chociaż mogą zdarzyć się na każdym oddziale dla dorosłych, wtedy gdy pielęgniarka nie wie lub nie pamięta, że dany pacjent cierpi również na osteoporozę, która towarzyszy podstawowej jednostce chorobowej.

Upadki to przypadłość głównie osób starszych. Zdarzają się w łazience, na mokrej posadzce, na korytarzu, przy łóżku, przy próbie wstawania, po zasłabnięciu, w wyniku zawrotów głowy. W największym stopniu spowodowane są ograniczeniami w funkcjonowaniu organizmu pacjenta, począwszy od zaburzeń widzenia, niezdolności ruchów, ogólnego osłabienia, aż po zaburzenia świadomości różnego pochodzenia. Upadki mogą być też spowodowane skutkami ubocznymi zażywanych leków. Czynniki zewnętrzne też mają wpływ na występowanie upadków: brak uchwytów w łazience, mokra

podłoga, progi, niestabilne meble, ciasne przejścia między łózkami itp. Upadki należą do najczęstszych wypadków również w domu pacjenta, jednak w szpitalu odpowiada za nie pielęgniarka. Powinna przewidzieć takie zagrożenie dla pacjenta [4].

Podskórne wylewy krwi mogą powstawać dość często po próbie nakłucia żyły, kiedy żyła pęka lub gdy nie dopilnujemy, aby pacjent właściwie postępował po nakłuciu żyły albo żeby nie usunął sobie wkłucia obwodowego. Również za mocno zapięta staza oraz wysokie ciśnienie tętnicze krwi mogą spowodować taki wylew, a niestarannie wykonywane wstrzyknięcia z heparyny drobnocząsteczkowej mogą powodować olbrzymie zasinienia, budzące niepokój pacjenta. Niewiele pielęgniarek ma zwyczaj czytać ulotki załączone do leków i sprzętu. Rozumowanie takich pielęgniarek jest mniej więcej takie: jeśli coś ma igłę, to należy wykonać wstrzyknięcie, a jaką drogą – to zleca lekarz; po czym wykonują zlecenia, nie wdając się w niuanse.

Poważnym w skutkach błędem jest uszkodzenie gałek ocznych po zastosowaniu okładów z 0,9% chlorku sodu na niedomknięte powieki u nieprzytomnych pacjentów. Ten błąd wydaje się być skutkiem zbyt pobieżnego szkolenia pielęgniarek w tej kwestii. Przyszłe pielęgniarki są uczone, że oczy powinno się przemywać 0,9% roztworem chlorku sodu lub wodą destylowaną do iniekcji. Źle się jednak dzieje, gdy w swej praktyce ten roztwór chlorku sodu stosują do okładów na niedomknięte powieki nieprzytomnego pacjenta. Podczas parowania w okładach zostaje sól, która uszkadza gałki oczne. Zwilżanie i powtórne użycie tych okładów tylko przyspiesza ten proces. Od stosowania okładów bezpieczniejsze jest sklejanie powiek maścią, ponieważ użycie okładów z wodą destylowaną również całkowicie nie chroni oczu. Jeżeli pacjent się poci, to okłady mogą nasiąkać potem, co też drażni gałkę oczną.

Wiadomo, że z zakażeniami wewnątrzszpitalnymi trudno walczyć. Wykrywa się je wtedy, gdy przynajmniej jeden pacjent wykazuje objawy zakażenia i potwierdzą to badania, ale już wcześniej mógł zakażać innych pacjentów i personel. W celu uniknięcia rozprzestrzeniania się zakażenia, zanim zostanie ono wykryte, obowiązkiem pielęgniarki jest uczenie pacjentów i ich rodzin, jak mają się zachowywać w warunkach szpitalnych. Nikt oprócz pacjenta nie powinien siadać na jego łóżku. Pacjent nie powinien używać swojego koca lub innej części pościeli innym chorym ani dzielić się posiłkiem, sztućcami. Na zużyte chusteczki higieniczne lub ligninę chory powinien mieć dostarczony zamykany pojemnik lub woreczki foliowe. Takie zużyte materiały nie mogą leżeć obok pacjenta na łóżku ani na podłodze. Wydzieliny, parując, uwalniają też drobnoustroje, które wdychane są razem z powietrzem przez wszystkie osoby przebywające w sali chorego. Z tego samego powodu nie powinno się rzucać na podłogę ani kłaść na krzesła używanym przez wszystkich pacjentów brudnej pościeli ani zużytych

pieluchomajtek. Kończąc pracę przy łóżku pacjenta, roznosimy na butach drobnoustroje po całym oddziale i szpitalu. Ze względu na wrodzoną oszczędność naszych rodaków zrezygnowano w polskich szpitalach z obowiązku noszenia ochraniaczy na buty przez odwiedzających. Po wizycie u chorego kupione za złotówkę ochraniacze były chowane do torebek lub kieszeni i używane wielokrotnie. Być może, gdyby ochraniacze wydawano nieodpłatnie, a informacja o zasadach ich używania była jasna, dostępna i czytelna, spełniłyby swoją funkcję. Według stanowiska Głównego Inspektoratu Sanitarnego z 2009 r. nie ma podstaw merytorycznych ani prawnych do obowiązkowego stosowania przez odwiedzających jednorazowych ochraniaczy na obuwiu w szpitalach. Niewłaściwie stosowane (nagminnie wielokrotnie) mogą być przyczyną rozprzestrzeniania drobnoustrojów w całym szpitalu i poza nim. Obowiązek stosowania ochraniaczy na buty jest wyłącznie wewnętrznym rozporządzeniem szpitali. Jeśli ochraniacze na obuwiu mają być jednym z elementów izolacji kontaktowej, w której skład wchodzi również jednorazowe: czapka, maska, fartuch i rękawice ochronne, to powinny spełniać określone warunki, ze szczególnym uwzględnieniem szczelności do wysokości kostki lub powyżej. Równocześnie trzeba zapewnić pojemniki na odpady oraz środek do dezynfekcji rąk w pobliżu strefy izolacyjnej. Personel oddziału powinien dopilnować właściwego postępowania odwiedzających z takim sprzętem.

Błędne decyzje pielęgniarki mogą stać się przyczyną nie tylko urazu fizycznego u pacjenta, ale także urazu psychicznego, który może być spowodowany chociażby niewłaściwym wyborem sali i łóżka dla nowego pacjenta. Umieszczenie pacjenta sprawnego z obłożnie chorymi może spowodować taki uraz i pogorszenie samopoczucia. Jeżeli nowego pacjenta położymy na łóżku dosuniętym jednym bokiem do ściany, to w nocy lub rano pacjent może rozbić sobie głowę o ścianę podczas wstawania, jeśli łóżko jest dostawione innym bokiem do ściany niż to, na którym pacjent spał w domu.

Decyzja pozostawienia leków przy pacjencie bez czekania, aż je zażyje, może zaburzyć jego terapię. Pacjent może o nich zapomnieć, pogubić część tabletek, zażyć z kolejną dawką leków lub zbierać przez szereg dni w celach samobójczych.

Częstym błędem jest sposób zabezpieczenia protez zębowych na czas zabiegu operacyjnego. Zawinięcie ich w ligninę bez dokładnego oznakowania może przyczynić się do utraty tak zabezpieczonej protezy. Inna pielęgniarka lub ktoś z rodziny pacjenta, porządkując rzeczy pacjenta, po prostu wyrzuci ją do śmieci. Narażamy pacjenta na trudności przy spożywaniu pokarmu, zaś siebie na koszty związane z odpowiedzialnością cywilną za utraconą protezę pacjenta.

Zły obieg informacji lub nieprzekazywanie ważnych informacji mogą skutkować niewłaściwym leczeniem pacjenta, niewykonaniem lub zdublowaniem zabiegu

oraz wieloma pomyłkami. Jeżeli takie sytuacje często się zdarzają w szpitalu, pacjenci przeżywają dodatkowy stres w obawie, czy właściwe zabiegi zostaną wykonane, a nawet zabezpieczają się sami przed pomyłkami na salach operacyjnych, pisząc na własnych ciałach, które narządy mają być operowane, a których nie należy ruszać.

Błędy i urazy jatrogenne zawsze zdarzały się w pracy pielęgniarek, często nie zostają jednak ujawniane – należy pamiętać, że te ujawnione stanowią jedynie czubek góry lodowej. Wszystkie pozostają w konflikcie z podstawowym prawem w sprawowaniu opieki nad pacjentem: *primum non nocere*.

Sposób karania za takie przewinienia reguluje rozdział 6 (art. 36–88) Ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych [6]. Pielęgniarka, która popełniła szkodę jatrogenną, może być ukarana na dwa sposoby: może odpowiadać przed sądem karnym lub sprawa może być skierowana do Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych przy odpowiadającej Izbie Pielęgniarek i Położnych i rozpatrywana przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Obecnie coraz częściej do rzeczników odpowiedzialności zawodowej trafiają skargi na błędy pielęgniarek, które broniąc się, twierdzą, że przyczyną zdarzeń niepożądanych są braki w obsadach pielęgniarskich w szpitalach.

W 2008 roku okręgowi rzecznicy odpowiedzialności zawodowej prowadzili 153 postępowania, a rok wcześniej – 91. Do okręgowych sądów pielęgniarek i położnych trafiły 32 sprawy. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wydał 86 postanowień, a Naczelny Sąd Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych – 15 postanowień oraz 5 orzeczeń w I i II instancji [8]. Wiele błędów nigdy nie zostało ujawnionych, a pacjent może uznać pogorszenie stanu zdrowia za etap choroby, lub nie może protestować, będąc w ciężkim stanie zdrowia. O drobnych błędach nawet rodzina nigdy się nie dowie, ponieważ pielęgniarka po prostu nie przyzna się do nich. W takich przypadkach sprawa najczęściej zostaje zatuszowana, nawet wtedy, gdy lekarz i inne osoby z personelu oddziału o tym wiedzą. Jednak nawet te „błaha” przewinienia najczęściej skutkują przedłużeniem czasu leczenia, wymagają dodatkowych leków, zabiegów i badań – co podnosi koszty leczenia oraz naraża pacjenta na dodatkowy stres. Szpitale wielu błędów nie rejestrują, a personel ich nie zgłasza. Natomiast ukarane pielęgniarki dopuściły się poważniejszych przewinień.

Pielęgniarka może być pociągnięta również do odpowiedzialności materialnej (za szkody wyrządzone pacjentowi lub np. za szkody materialne mienia szpitalnego), każda musi posiadać ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej. Pielęgniarki posiadające umowę o pracę są ubezpieczone przez pracodawcę, natomiast zatrudnione w ramach kontraktu muszą mieć wykupione ubezpieczenie na własny koszt. Sprawę ubezpieczenia reguluje Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. [7].

Trudno jest wyeliminować całkowicie błędy medyczne, ale jeżeli już nastąpią, to nie należy ich ukrywać, lecz powinno się wyciągać z nich wnioski do postępowania zapobiegającego im. Jednym z prekursorów takiego postępowania był profesor Billroth, który jako pierwszy odważył się publikować sprawozdania również z nieudanych operacji [8].

Aby zmniejszyć liczbę urazów medycznych u wszystkich pacjentów, ze szczególnym uwzględnieniem starszych, Andrew H. Smith w swoim artykule proponuje cztery strategie:

1. stosowanie strategii zapobiegania błędom z innych branż przy użyciu czynnika ludzkiego: standaryzacja, uproszczenie, lepszy dostęp do informacji, szkolenie, praca w zespole;
2. zmniejszenie zmienności w opiece medycznej: upowszechnienie wytycznych i wykonywanie norm;
3. zwiększenie roli specjalistów;
4. planowanie, ocena i identyfikacja pacjenta z ryzykiem powikłań jatrogennych [5].

Podsumowanie

Obecnie w większości szpitali brakuje personelu pielęgniarskiego. Pielęgniarki są przeciążone obowiązkami, a w takich warunkach pracy nietrudno popełnić błąd. Atutem w ich pracy jest fakt, że doskonale znają stan psychofizyczny pacjenta, jego potrzeby i ewentualne zagrożenia. Prowadzą też bieżącą dokumentację o pacjencie: raport, karty indywidualnej pielęgnacji, monitorują stany zagrożenia odleżynami. Przekazują sobie informacje o pacjencie na bieżąco i przy zmianie każdego dyżuru. Jednak z tej ogromnej ilości informacji niezbyt często korzystają inni członkowie zespołu terapeutycznego, jak lekarze, fizyoterapeuci, masażyści itd. Zdarza się więc, że podczas badania, rehabilitacji lub transportu pacjent ulega drobnym lub większym urazom z powodu niewiedzy o istniejących zagrożeniach.

W pracy pielęgniarki powinna się liczyć rzetelna, ustawicznie aktualizowana wiedza, sprawność psychofizyczna, wyobraźnia, zdolność do pracy w warunkach stresowych i umiejętność podejmowania szybkich i trafnych decyzji. Bardzo ważną cechą jest też odwaga. Nawet po popełnieniu błędu pielęgniarka powinna mieć tyle odwagi, aby się do niego przyznać, wtedy szybka reakcja personelu może uratować pacjentowi życie. Reszta przychodzi wraz z doświadczeniem.

PIŚMIENNICTWO

1. Jarosz M., Psychologia lekarska, PZWL, Warszawa 1988.
2. Leape L., Error in Medicine, JAMA 1994, 272(23), 1851–1857.
3. Starfield B., Doctors are Third-Leading Cause of Death, JAMA 2000, 284(4), 483–485.

4. Bielak E., Doroszkiewicz H., Zadania dla pielęgniarki. Upadki – wielki problem, *Mag. Piel. Położn.* 2007, 5, 16, http://www.nursing.com.pl/ArchiwumMagazynuPiP_Zadania_dla_piellegniarki_Upadki_-_wielki_problem_87.html (data dostępu: 17.07.2013).
5. Smith A., In brief: The Nature and Extent of Medical Injury in Older Patient, AARP Public Policy Institute 2000, <http://www.aarp.org/health/doctors-hospitals/info-2000/aresearch-import-21-INB23.3.html> (data dostępu: 17.07.2013).
6. Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, *Dz.U.* z 2011 r., nr 174, poz. 1038.
7. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, *Dz.U.* z 2011 r., nr 112, poz. 654.
8. Marczevska S., Błąd medyczny w pielęgniarstwie. Niczego nie ukrywać! *Mag. Piel. Położn.* 2010, 12, http://www.nursing.com.pl/Medinf_Bd_medyczny_w_pielgniarstwie_Niczego_nie_ukrywa_305.html (data dostępu: 17.07.2013).

KOMUNIKACJA INTERNETOWA JAKO AKTYWNE MEDIUM PRZEKAZU WIEDZY O ZDROWIU – SZANSE, ZAGROŻENIA I OGRANICZENIA

INTERNET COMMUNICATION AS AN ACTIVE MEDIUM OF COMMUNICATION OF HEALTH KNOWLEDGE – OPPORTUNITIES, RISKS AND LIMITATIONS

MARTA ESTERA KOWALSKA¹, PAWEŁ KALINOWSKI¹, URSZULA BOJAKOWSKA²

¹Samodzielna Pracownia Epidemiologii
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Kierownik: dr hab. n. med. Paweł Kalinowski

²Studium Doktoranckie przy Samodzielnej Pracowni Epidemiologii
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Wstęp. Powszechność komunikacji internetowej wśród młodzieży w wieku adolescencji skłania do próby oceny pozytywnych oraz negatywnych aspektów jej oddziaływania w sferze dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego.

Cel pracy. Celem pracy jest przedstawienie zagadnienia komunikacji internetowej jako interaktywnego medium przekazu wiedzy o zdrowiu wśród młodzieży, a także prezentacja pozytywnego i negatywnego wpływu komunikacji internetowej na zdrowie.

Material i metody. Przegląd piśmiennictwa naukowego.

Wyniki. Komunikacja internetowa może stanowić istotne narzędzie w przekazie wiedzy o zdrowiu w grupie młodych ludzi ze względu na powszechność, dostępność oraz różnorodne formy oddziaływań z użyciem najnowszych technologii (e-promocja zdrowia). Jednocześnie owe cechy komunikacji, jak powszechność lub dostępność, są pewnym ograniczeniem w kwestii mnogości informacji oraz ich chaotyczności w ogromnej przestrzeni internetowej. Użytkowanie komunikacji internetowej niesie również za sobą szereg zagrożeń dotyczących zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego.

Podsumowanie. Komunikacja internetowa to narzędzie, które przy umiejętnym wykorzystaniu, a więc poznaniu jej negatywnych i pozytywnych cech, może stanowić dla młodych ludzi efektywne i skuteczne medium przekazu wiedzy o zdrowiu.

Słowa kluczowe: komunikacja internetowa, promocja zdrowia, młodzież.

Wstęp

Okres adolescencji to szczególny czas w życiu młodych ludzi kształtujący ich sfery życia związane z intelektem, postawami społecznymi oraz kulturowymi. Ten etap życia charakteryzuje się łatwością przyswajania wiedzy oraz nabywania umiejętności, a także kształtowania wzorców postaw i zachowań na tle społecznym. W aspekcie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej jest to cecha szczególnie istotna. Nabycie wzorców zachowań oraz wiedzy o zdrowiu w młodym wieku może przyczynić się do powstania efektu multiplikacji, czyli

Abstract

Introduction. The popularity of online communication among adolescents makes one try to assess the positive and negative aspects of its influence in the sphere of physical, mental and social development.

Aim of study. The aim of this study is to present the issues of Internet communication as an interactive medium of communication of health knowledge among young people, as well as the presentation of positive and negative impacts on the health of Internet communication.

Material and methods. The review of scientific literature.

Results. Internet communication can be an important tool in the transmission of health knowledge among young people, because of its universality, accessibility, and various forms of interactions with the use of modern technologies (e-health promotion). At the same time these features of Internet communication may become its limitation because of a vast sea of information and the chaos in the vast web space. The use of Internet communication also carries a wide range of threats to the physical, mental and social health.

Summary. The Internet is a communication tool which must be used skillfully and the users must be aware of its negative and positive features. Only then it can become an efficient and effective medium of communication of knowledge about health of young people.

Key words: online communication, health promotion, youth.

zwielokrotnienia oraz utrwalenia nabytych zachowań i umiejętności w życiu dorosłym.

Współczesna koncepcja zdrowia ukierunkowana na teorię systemowo-holistyczną pozwala na szczegółową obserwację zmian potrzeb w procesie rozwoju młodego człowieka. Takie podejście wysuwa założenie, iż promocja zdrowia, a szczególnie edukacja oraz profilaktyka zdrowotna, powinna być włączona w proces socjalizacji młodych ludzi – pozwoli to na zwiększenie jej skuteczności dzięki uwzględnieniu problemów kształtowania się ludzkiej egzystencji [1]. Stąd wniosek, iż każde działanie związane z nauczaniem, informowaniem, kształto-

waniem wiedzy o zdrowiu powinno być poprzedzone dokładnym zbadaniem potrzeb zdrowotnych oraz społecznych danej grupy docelowej. Walijski Urząd Promocji Zdrowia opracował Program Planowania Zdrowia Młodzieży, w którym została zamieszczona lista potrzeb zdrowotnych młodych ludzi:

- „stworzenie warunków sprzyjających wyborom korzystnym dla zdrowia;
- dostarczenie właściwej wiedzy i umiejętności niezbędnych dla promowania zdrowia;
- stworzenie otoczenia sprzyjającego zdrowiu;
- umożliwienie udziału w działaniach na rzecz promocji zdrowia młodych ludzi, ich rodzin i społeczności, w których żyją;
- stałe podnoszenie jakości wiedzy i umiejętności osób odpowiedzialnych za młodych ludzi” [1].

Z uwagi na szerokie spektrum potrzeb zdrowotnych młodzieży działania związane z promocją zdrowia i edukacją zdrowotną powinny być dostosowane do środowiska i kultury życia danej grupy społecznej.

Owe potrzeby zdrowotne z uwzględnieniem czynników środowiskowych i kulturowych można przedstawić jako sześć grup tematycznych, wokół których należy skupić działania promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej:

1. informacje, wiedza i umiejętności,
2. zdrowe otoczenie,
3. zdrowy styl życia,
4. rozwój społeczny i seksualny,
5. polityka promocji zdrowia,
6. służby działające na rzecz ochrony zdrowia [1].

Komunikacja internetowa jest narzędziem codziennego użytku młodzieży szkolnej. Funkcjonuje jako instrument edukacji, informacji, a także rozrywki. Powszechność i różnorodność form jej wykorzystania wymusza dynamikę zmian społecznych, szczególnie w zakresie norm oraz kultury życia danej społeczności. Przyczyną owych zmian może być to, iż środowisko internetowe stało się miejscem zaspokajania potrzeb młodzieży w okresie dorastania. Tym samym cyberprzestrzeń stała się rynkiem oraz bazą informacji wiedzy umożliwiającymi wykorzystanie technologii informacyjnych w sposób bardziej atrakcyjny niż typowe podręczniki lub inne materiały dydaktyczne. Zjawisko to nazywane jest w literaturze procesem tworzenia cyberkultury definiowanej jako kultura w czasach nowych, w których występuje dominacja mediów elektronicznych [2].

Różnorodne formy komunikacji internetowej wykorzystują intensywnie wzrokowy, a także słuchowy kanał sensorycznego odbioru. Ponadto cyberprzestrzeń jest prostym, łatwo dostępnym narzędziem, stanowiącym jedno miejsce zaspokajania kilku potrzeb. Rozważając formy aktywności młodzieży w cyberprzestrzeni, najczęściej wymienia się takie potrzeby zaspokajane za jej pośrednictwem jak:

- potrzeba określania własnej tożsamości;
- potrzeba przynależności – wyraża się uczestnic-

twem w forach dyskusyjnych, czatach, portalach społecznościowych;

- potrzeba intymności – cyberprzestrzeń zapewnia anonimowość;
- potrzeba seksualna – serwisy randkowe, cyberseks;
- potrzeba autoekspresji – wyrażanie uczuć, emocji bez cenzury;
- potrzeba poznawcza – sieć internetowa stanowi źródło informacji z każdej dziedziny życia [3].

Internet jako powszechna sieć komunikacyjna o zasięgu globalnym stanowi jeden z głównych kanałów przepływu i wymiany informacji, stając się równocześnie ważnym rodzajem komunikacji międzyludzkiej. To medium interaktywne, co oznacza, iż każdy użytkownik sieci ją współtworzy w sposób bezpośredni lub pośredni. Bezpośrednie tworzenie cyberprzestrzeni polega na wykonaniu i prowadzeniu własnej witryny informacyjnej, natomiast przykładem pośredniego tworzenia jest wpis do tzw. księgi gości (*guest book*) lub zalogowanie się na forum dyskusyjnym. Formy komunikacji internetowej można podzielić na jednostronne i interaktywne, które występują w postaci synchronicznej lub asynchronicznej [4]. Komunikacja internetowa jednostronna polega na tym, iż nadawca informacji nie zwraca się bezpośrednio do danego odbiorcy oraz nie oczekuje odpowiedzi. Przykładem są tutaj informacje zamieszczane na stronach Web, w portalach, serwisach oraz w internetowych bazach danych. Komunikacja interaktywna synchroniczna umożliwia porozumiewanie się za pomocą komunikatorów (Gadu-Gadu, Tlen, Skype) w czasie rzeczywistym. Forma asynchroniczna komunikacji charakteryzuje się tym, że reakcje odbiorcy informacji są przesunięte w czasie, co umożliwia przemyślenie odpowiedzi; zaliczyć tu należy pocztę elektroniczną, grupy i fora dyskusyjne.

Obecnie zastosowanie komunikacji internetowej obserwuje się w różnych dziedzinach życia społecznego, również w szeroko pojętej ochronie zdrowia, a zwłaszcza w promocji zdrowia Internet staje się narzędziem edukacji prozdrowotnej.

Funkcje komunikacji internetowej w życiu młodzieży

Zasięg Internetu sprawia, iż można mu przypisać funkcje oraz sposoby oddziaływania na odbiorcę typowe dla mass mediów. Ewa Chuchro wymienia charakterystyczne funkcje Internetu w życiu młodzieży:

1. informacyjna – łatwy, szybki i przystępny przekaz informacji;
2. kształcąca – treści przedstawiane są w walorach poznawczych, które umożliwiają powiększanie zasobu wiadomości;
3. stymulująca – rozbudzanie zainteresowań i motywacji;

4. interpersonalna – umożliwia kontakty interpersonalne, wyrażanie emocji;
5. wychowawcza – promowanie stylów życia, udzielanie wsparcia i porad;
6. ludyczna – dostarcza rozrywki, sposób spędzania wolnego czasu [5].

Maria Braun-Gałkowska, odnosząc się do skutków oddziaływania Internetu na młodzież, wymienia takie zalety jak:

- szybki dostęp do informacji, umożliwiający natychmiastowe zrealizowanie potrzeby związanej z dostarczeniem wiedzy na dany temat lub rozwiązującej problem;
- szybka komunikacja, porozumiewanie się na odległość;
- nawiązywanie znajomości, podtrzymywanie dotychczasowych kontaktów;
- udzielanie oraz pozyskiwanie wsparcia,
- rozrywka.

Wśród zagrożeń skupia się przede wszystkim na trzech:

1. nadmiar informacji tworzący nierządno chaotyczny przekaz, pornografia oraz reklamy;
2. prosty, czasem prymitywny język, który upośledza umiejętności językowe;
3. zmniejszenie aktywności społecznej w świecie realnym, co może stanowić zagrożenie uzależnieniem [6].

E-zdrowie a e-promocja zdrowia

Dostępność komunikacji internetowej jest świadectwem postępu cywilizacji, a jego cechy, takie jak duży zasięg oddziaływania, wielowymiarowość czy możliwość stosowania ciekawych dla odbiorców rozwiązań technologicznych, są podstawą do konsekwentnego zastosowania Internetu w działaniach na rzecz zdrowia, w tym w budowaniu indywidualnego oraz społecznego potencjału zdrowotnego. Użycie technologii informacyjnych w dziedzinie medycyny zostało opatrzone terminem e-zdrowie (*e-health*). Termin ten definiuje się jako „wszelkie zastosowania technologii teleinformatycznych w zapobieganiu chorobom, diagnostyce, leczeniu, kontroli oraz prowadzeniu zdrowego trybu życia” [7]. Funkcjonowanie e-zdrowia w społeczeństwie najczęściej związane jest z prowadzeniem dokumentacji medycznej, rejestracji pacjentów czy metodami teleinformatycznej konsultacji medycznej. E-zdrowie stanowi szeroki wachlarz działań wykorzystywanych w ochronie zdrowia. Takim przykładem jest informacja zdrowotna w formie wirtualnej, która ma służyć edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na promocję zdrowia w skali indywidualnej i społecznej. Dlatego też zagadnienie informacji zdrowotnej w Internecie klasyfikowane jest lub definiowane jako e-promocja zdrowia. Małgorzata Paszkowska, rozważając wady i zalety e-promocji zdrowia, wskazuje na

przewagę tych drugich. Wśród zalet e-promocji zdrowia wymienia się głównie:

1. „szeroki zasięg oddziaływania,
2. stosunkowo niskie koszty dotarcia przekazu do odbiorcy i jego odbioru,
3. multimedialność przekazu,
4. dużą pojemność informacji,
5. szybkość przekazu informacji” [8].

Szeroki zasięg oddziaływania ma znaczenie lokalne oraz demograficzne. Powszechność i dostępność Internetu znacznie ułatwiają wyszukiwanie oraz korzystanie z wirtualnych informacji zdrowotnych. Ponadto bardzo ważnym tego elementem jest brak ograniczeń czasowych w dostępie do tych informacji. Zaspokojenie potrzeby zdrowotnej lub odszukanie informacji pozwalającej na rozwiązanie problemu zdrowotnego może nastąpić tuż po zaistnieniu takiej sytuacji. Aspekt demograficznego zasięgu oddziaływania Internetu polega na tym, iż zasoby informacyjne dostępne są dla szerokiej grupy społeczeństwa. Należy również zaznaczyć, że korzystając z informacji ulokowanych w cyberprzestrzeni, użytkownicy, zarówno młodzi, jak i starsi, przyczyniają się pośrednio do tworzenia i rozwoju zasobów informacyjnych.

Cecha multimedialności przekazu opiera się głównie na wykorzystaniu kilku kanałów odbioru bodźców sensorycznych – najczęściej wzroku oraz słuchu. Wpływa to przede wszystkim na zwiększenie szybkości odbioru, interpretacji oraz zapamiętania danych informacji.

Oprócz szeregu zalet i korzyści e-promocji zdrowia istnieją również jej wady i ograniczenia, które w sposób istotny mogą zaburzać intencję działań podejmowanych za jej pośrednictwem. Dynamiczny rozwój sieci internetowej skutkuje intensywnym powstawaniem nowych portali czy for internetowych o tematyce zdrowia. Stanowi to podstawową przyczynę systematycznego zwiększania się ilości wirtualnych informacji zdrowotnych, które tracą na tym swoją wiarygodność, a zyskują chaotyczność. Innym problemem jest zjawisko samoleczenia – rozwiązywania problemów zdrowotnych bez konsultacji z lekarzem, a z wykorzystaniem tylko i wyłącznie informacji odszukanых poprzez Internet. Ponadto środowisko cyberprzestrzeni stwarza korzystne warunki do rozpowszechniania mitów zdrowotnych, a tym samym do tworzenia i umieszczania sprzecznych ze sobą informacji zdrowotnych w sieci internetowej.

Zachowania zdrowotne bionegatywne związane z użytkowaniem komunikacji internetowej przez młodzież

Komunikacja internetowa stanowi specyficzny obszar funkcjonowania człowieka w wirtualnym świecie, który oprócz korzyści może być źródłem negatywnych zachowań bądź innych skutków wpływających na stan zdrowia. Po pierwsze, korzystanie z komunikacji interneto-

wej wymusza zachowanie bierności, stanu statycznego, przyjęcia pozycji siedzącej. Już ten element może powodować zaburzenia zarówno w sferze fizycznej (drętwienie kończyn, bóle mięśni i stawów, zespół cieśni nadgarstka), jak i w sferze społecznej. Internet stał się główną rozrywką, a tym samym miejscem spędzania wolnego czasu w postaci biernego wypoczynku. Młodzież woli kontaktować się ze znajomymi w wirtualnym świecie, niż spotykać się realnie. Może to stanowić przyczynę zaburzenia relacji interpersonalnych, nieumiejętności rozmowy i wyrażania emocji bezpośrednio podczas komunikacji w świecie realnym. Kolejnym problemem jest uzależnienie od Internetu. Nadmierna fascynacja siecią powoduje, że uzależniona osoba spędza zbyt wiele czasu przed komputerem. Katarzyna Kaliszewska wymienia takie oto konsekwencje nadmiernego używania komunikacji internetowej:

- zaburzenia relacji interpersonalnych, ograniczenie bezpośrednich kontaktów interpersonalnych;
- wzrost samotności;
- zaburzenia tożsamości (świat wirtualny a świat realny);
- zubożenie języka, używanie skrótów;
- zaburzenia zdrowia – brak ruchu, zaburzenia rytmu dobowego, postępujący zanik mięśni [9].

Inną grupę zagrożeń związanych z użytkowaniem komunikacji internetowej przez młodzież stanowią zachowania związane z treścią zasobów sieci internetowej. Internet jest siecią komercyjną, więc reklamy odgrywają znaczącą rolę w jego utrzymaniu. Z łatwością można trafić na reklamy zachęcające do spożywania alkoholu, papierosów, narkotyków czy środków odurzających. Ponadto różnorodne fora internetowe umożliwiają wymianę pomiędzy użytkownikami informacji dotyczących np. sposobów prostego odurzania się lub mieszania leków lub innych środków w celu pobudzenia psychicznego. Tematyka na forach jest szeroka, a nie każdy administrator danej witryny dba o jakość zamieszczanych tam informacji. Internet jest również łatwym środkiem dostępu do pornografii, która oprócz zagrożenia psychodegradacyjnego młodych ludzi niesie element zagrożenia netoholizmem. Uzależnienie od Internetu określane jest również jako: siecioholizm, cyberzależność, internetozależność. Definiowane jest jak notoryczny pociąg do korzystania z Internetu bez zaistnienia konkretnej potrzeby [10].

W aspekcie informacji zdrowotnej w Internecie można odwołać się do zachowań mogących powodować hipochondryzm oraz samoleczenie. Zjawisko samoleczenia za wykorzystaniem sieci internetowej staje się coraz powszechniejsze. Nieograniczony dostęp do wszelkich informacji związanych ze zdrowiem i chorobą powoduje, iż przeczytanie danej informacji stawia jednostkę w funkcji swojego lekarza. Przeczytanie informacji staje się wyznacznikiem podjęcia samoleczenia, które dla wielu osób jest bardziej wygodne niż wi-

zyty u profesjonalistów medycznych. Rodzi to obawę o efekty takiego postępowania w stanie zdrowia. Natomiast hipochondryzm wiąże się podobnie z mnogością informacji oraz ich dostępem. Brak pełnej informacji, a jedynie stawianie podejrzeń dotyczących stanu zdrowia na podstawie informacji znalezionych w sieci może wywołać skutek odwrotny do zamierzonego. W ten sposób edukowanie się poprzez informację zdrowotną w sieci internetowej przeistoczy się w ciągłą obawę o własne zdrowie i stanie się źródłem stresu.

Podsumowując aspekt negatywnego wpływu użytkowania komunikacji internetowej na zdrowie młodzieży, można dojść do wniosku, iż Internet może jednocześnie oddziaływać na trzy sfery życia człowieka: psychiczną, fizyczną oraz społeczną. W sferze fizycznej Internet najczęściej jest przyczyną obniżenia aktywności fizycznej, prowadzącej nawet do bezczynności ruchowej. Wpływa to na pojawianie się problemów kostno-stawowych. Ponadto zwiększona częstotliwość użytkowania komunikacji internetowej może wywołać zmęczenie wzroku lub jego osłabienie. Oprócz zagrożeń występujących w obrębie zdrowia fizycznego bardzo niepokojącym zjawiskiem jest uzależnienie od Internetu (netoholizm), które jednocześnie może zaburzać stan zdrowia fizycznego (np. poprzez zaburzoną higienę snu) oraz wpływać na podejmowanie aktywności społecznej. Częste użytkowanie Internetu może w sposób istotny zakłócać i zubożyć relacje interpersonalne, które zostają ograniczone tylko do kontaktów w wirtualnej rzeczywistości. Ponadto sprzyja to dominowaniu w życiu codziennym biernej formy wypoczynku, mogącej prowadzić do izolacji społecznej wpływającej nie tylko na stan zdrowia psychicznego, ale również fizycznego.

Podsumowanie

Rozważając powyższe aspekty związane z użytkowaniem komunikacji internetowej przez młodych ludzi oraz jej rolę w przekazie wiedzy o zdrowiu, można zauważyć, iż cyberprzestrzeń oraz narzędzia komunikacji internetowej mogą stanowić walor w procesie promocji zdrowia, ale wynikają z tego również zagrożenia. Niewątpliwie Internet to narzędzie, które może sprawnie realizować promocję zdrowia, ponieważ pozwala na indywidualne zwiększanie kontroli nad własnym zdrowiem i na budowanie potencjału zdrowotnego, co jest wypełnieniem definicji promocji zdrowia zawartej w Karcie Ottawskiej: „promocja zdrowia to proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę” [11]. Jednocześnie należy zwrócić uwagę, iż interaktywne medium posiada wiele ograniczeń wynikających głównie z cech powszechności i mnogości informacji, a także stwarza wiele zagrożeń, z których najbardziej szkodliwym i niebezpiecznym dla młodych ludzi jest uzależnienie od Internetu.

PIŚMIENICTWO

1. Kulik T.B., Koncepcja zdrowia w medycynie, w: *Zdrowie publiczne*, Kulik T., Latański M. (red.), Czelej, Lublin 2002, 15–33.
2. Furmanek M., Edukacja medialna – edukacja dzieci i rodziców, w: *Dziecko w świecie wiedzy, informacji i komunikacji*, Juszczyk S., Polewczyk I. (red.), Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2006, 318–324.
3. Szmigielska B., Korzystanie z Internetu w świetle wybranych cech osobowości młodzieży, <http://konferencja.21.edu.pl/publikacje/4/1/335.pdf> (data dostępu: 21.05.2013).
4. Sowińska B., Środowisko komunikacyjne Internetu, <http://konferencja.21.edu.pl/publikacje/5/1/507Sowinska.pdf> (data dostępu: 21.05.2013).
5. Chuchro E., O walorach edukacyjnych i kulturotwórczych serwisu dla dzieci i młodzieży, www.junior-reporter.pl, w: *Oblicza Internetu. Internet a globalne społeczeństwo informacyjne*, Sokołowski M. (red.), PWSZ, Elbląg 2005, 163, 164.
6. Braun-Gałkowska M., Internet w życiu dzieci i młodzieży, w: *Jednostka. Grupa. Cybersieć*, Radochoński M., Przywara B. (red.), Wyd. WSiiz, Rzeszów 2004, 71–84.
7. Unijny Portal Zdrowie, eZdrowie – http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/e-health/index_pl.htm (data dostępu: 21.05.2013).
8. Paszkowska M., Rola Internetu w promocji zdrowia, *Prz. Med. Uniw. Rzesz., Rzeszów* 2008, 244–252.
9. Kaliszewska K., Zagubieni w sieci – czyli o nadmiernym używaniu zasobów i możliwości Internetu, w: *Oblicza współczesnych uzależnień*, Cierpiątkowska L. (red.), Wyd. Nauk. UAM, Poznań 2006, 111–115.
10. Woronowicz B., Wprowadzenie, www.siecioholizm.eu (data dostępu: 21.05.2013).
11. Karski J., *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*, CeDeWu, Warszawa 2008, 246–288.

Adres do korespondencji:

mgr Marta Kowalska
Samodzielna Pracownia Epidemiologii
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Chodźki 1, 20-093 Lublin
tel. (81) 742 37 69
e-mail: marta.kowalska@umlub.pl

**ZWIĄZEK POMIĘDZY CZYNNIKAMI RODZINNYMI
A ROZWOJEM ZABURZEŃ PSYCHOTYCZNYCH Z KRĘGU SCHIZOFRENII.
WŁĄCZENIE RODZINY DO PROCESU LECZENIA**

*THE RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY FACTORS AND THE DEVELOPMENT
OF PSYCHOTIC SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS.
THE INCLUSION OF FAMILY INTO THE TREATMENT*

KAROLINA DEJKO

Katedra Psychiatrii
Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Józef Krzysztof Gierowski

Streszczenie

Celem niniejszej pracy jest opisanie związku między czynnikami rodzinnymi a przebiegiem zaburzenia psychotycznego z kręgu schizofrenii. Uwzględniono znaczenie systemu rodzinnego jako istotnego źródła wsparcia, patogeniczny wpływ nadmiernego emocjonalnego zaangażowania rodziny na przebieg choroby oraz możliwości modyfikacji atmosfery emocjonalnej przez oddziaływania psychoedukacyjne. Charakterystyka atmosfery emocjonalnej w rodzinie oraz jej zmiany dokonana została w odniesieniu do zdolności do samoregulacji emocjonalnej przez mentalizację.

Opis związku między czynnikami rodzinnymi a przebiegiem choroby dokonany został w oparciu o koncepcję ujawnianych uczuć oraz teorię mentalizacji. Na podstawie praktyki klinicznej oraz doniesień naukowych przypuszcza się, że niekorzystny przebieg choroby związany jest z wysokim wskaźnikiem ujawnianych uczuć, który jest miarą klimatu emocjonalnego w rodzinie. Psychoedukacja rodzin jest efektywnym sposobem obniżania wskaźnika ujawnianych uczuć. Przypuszcza się, że jej skuteczność opiera się na rozwijaniu zdolności do mentalizacji. Na podstawie dokonanej analizy stwierdza się, że włączenie rodziny do aktywnego udziału w procesie leczenia chorego jej członka przez uczestnictwo w spotkaniach psychoedukacyjnych jest ważnym czynnikiem wzmacniającym system rodzinny oraz wspierającym zdrowienie osoby chorej.

Słowa kluczowe: schizofrenia, psychoza, wskaźnik ujawnianych uczuć, mentalizacja.

**Związek czynników rodzinnych
z przebiegiem choroby**

Kategoria zaburzeń psychotycznych z kręgu schizofrenii obejmuje choroby psychiczne uwzględnione w działach F20–F29 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 [1]. Doświadczenie psychozy wiąże się z załamaniem linii życiowej osoby chorującej, przejściowym lub trwałym pogorszeniem jej funkcjonowania psychicznego, społecznego i zawodowego. Jest doświadczeniem związanym z silnym i długotrwałym lękiem, poczuciem chaosu

Abstract

The aim of the paper is to describe the relationship between family factors and the development of psychotic schizophrenia spectrum disorders. The paper includes several topics: the significance of the family system which is the source of support, the pathogenic impact of emotional overinvolvement on the development of illness and the possibility to modify the emotional atmosphere through psychoeducation sessions. A description of the emotional atmosphere has been related to the emotional self-regulation through mentalization.

The description of the relationship between family factors and the development of an illness has been based on the Expressed Emotion theory and Mentalization theory. On the basis of clinical practice and results of scientific research it is assumed that an adverse outcome is related to the high rate of the Expressed Emotion Index, which is the measure of the emotional atmosphere in the family. Psychoeducation is an efficient method to downregulate the level of the Expressed Emotion Index. It is assumed that its efficiency is based on the development of mentalizing abilities. The analysis has shown that engagement of family members into the treatment process through participation in psychoeducation sessions is a vital factor which reinforces the family system and supports the recovery of an ill family member.

Key words: schizophrenia, psychosis, the Expressed Emotion Index, mentalization.

i dezorganizacji. Leczenie i rehabilitacja jest procesem złożonym i długotrwałym, najczęściej obejmuje hospitalizację, leczenie w oddziałach dziennych, ośrodkach terapii zajęciowej, długotrwałą farmakoterapię oraz psychoterapię. Doświadczenie psychozy ma również znaczący wpływ na funkcjonowanie rodziny osoby chorującej. Pierwszy epizod choroby pojawia się najczęściej w etapie późnej adolescencji lub wczesnej dorosłości, często jest poprzedzany wystąpieniem tzw. objawów zwiastunowych, których pojawienie się związane jest z pogorszeniem funkcjonowania osoby na długo przed postawieniem diagnozy. Rodzina osoby chorującej,

najczęściej jest to rodzina generacyjna, może doświadczać silnego i długotrwałego uczucia niepokoju, lęku, poczucia dezorientacji i bezradności wobec choroby osoby bliskiej, trudności w komunikacji z osobą chorującą oraz w zrozumieniu jej zachowań oraz przeżyć. Rodziny osób chorujących często doświadczają uczucia wstydu związanego ze społecznym stereotypem choroby psychicznej oraz poczucia odpowiedzialności i winy za pojawienie się choroby. Takie doświadczenia mogą stanowić znaczące obciążenie dla całej rodziny [2, 3]. Z drugiej strony, spójność i stabilność systemu rodzinnego oraz sposoby radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych mają kluczowe znaczenie w sytuacji choroby psychicznej jednego z jej członków. Wsparcie udzielane osobie chorującej jest jednym z najważniejszych czynników leczących [4]. Wystąpienie psychozy u jednego z członków rodziny stanowi bardzo trudne doświadczenie dla większości rodzin oraz przekracza ich zwyczajne możliwości radzenia sobie i regulacji. Dlatego też niezbędna wydaje się pomoc profesjonalna udzielana nie tylko osobie chorującej, ale całej rodzinie. Bezpośrednim celem takiego wsparcia jest udzielenie pomocy poszczególnym członkom rodziny, co pośrednio ma pozytywny wpływ na leczenie i rehabilitację osoby chorującej.

Znaczenie czynników rodzinnych w rozwoju choroby tak wyraźne w praktyce klinicznej potwierdzane jest również w badaniach naukowych. Analiza patogenezy i natury schizofrenii powinna uwzględniać czynniki rodzinne na równi z wynikami badań wychodzącymi z założeń biomedycznych, genetycznych oraz psychologii indywidualnej. O udziale czynnika relacji rodzinnych w patogenezie schizofrenii Alanen [5] pisze następująco: „jeśli schizofrenia ma związek z zaburzeniem rozwoju ludzkiej osobowości, jak to sugerują wyniki badań zorientowanych psychologicznie, naturalne jest przypuszczenie, że relacje interakcyjne mają udział w jej patogenezie, nie tylko na poziomie psychologicznym, ale i na poziomie biologicznym”. Najważniejsze charakterystyki systemu rodzinnego, które wydają się mieć znaczący wpływ na rozwój choroby, to atmosfera emocjonalna w rodzinie oraz style komunikacji interpersonalnej [6]. Przykładem badań, które wyraźnie ukazują znaczenie uwarunkowań biologicznych, psychospołecznych oraz ich interakcji, są zorientowane genetycznie i psychodynamicznie badania adopcyjne, którymi objęto grupę dzieci matek hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychotycznych oraz grupę dzieci matek zdrowych. W ramach badania przeprowadzono również ocenę stanu zdrowia psychicznego środowiska wychowującego. Wyniki wyraźnie potwierdzają znaczenie czynników genetycznych, środowiska psychologicznego i interakcji między nimi. Spośród oddanych do adopcji dzieci więcej dzieci matek chorych na schizofrenię rozwinęło zaburzenie w porównaniu z dziećmi matek zdrowych. Jednocześnie zaburzenia u dzieci adoptowanych były silnie związane ze środowiskiem wychowawczym (istotnymi

czynnikami była komunikacja w rodzinie, konflikty międzypokoleniowe oraz empatia). Szczególnie istotny wydaje się inny wniosek z badań – środowisko rodzinne może zapobiec wystąpieniu zaburzenia nawet u tych dzieci, których matki biologiczne chorowały na schizofrenię. Podsumowując, można stwierdzić, że środowisko rodzinne może być istotnym czynnikiem patogennym lub ochronnym w zaburzeniach psychotycznych [7, 8]. Wydaje się, że korzystny lub szkodliwy wpływ rodziny na proces chorobowy i proces leczenia zależy od jej klimatu emocjonalnego.

Wskaźnik ujawnianych uczuć jako miara klimatu emocjonalnego rodziny oraz istotny predyktor przebiegu choroby

Jedną z najlepiej opracowanych koncepcji naukowych uwzględniających wpływ uwarunkowań psychospołecznych na przebieg schizofrenii jest koncepcja ujawnianych uczuć (ang. *Expressed Emotions, EE*). Odnosi się ona do wpływu postaw członków rodziny przejawianych podczas interakcji z chorym na schizofrenię na przebieg jego choroby, przede wszystkim na liczbę nawrotów, ponownych hospitalizacji, obraz psychopatologii (zaostrenie objawów) oraz stopniową deteriorację chorego [9, 10]. Punktem wyjścia do opracowania koncepcji ujawnianych uczuć było spostrzeżenie, że u chorych na schizofrenię wracających ze szpitala do domu częściej dochodzi do nawrotu choroby niż u tych, którzy wracają do hostelu¹ czy samodzielnego mieszkania. Miarą funkcjonowania emocjonalnego rodziny jest wskaźnik ujawnianych uczuć (wskaźnik UU; ang. *the Expressed Emotion Index*). Przy jego użyciu możliwe jest dokonanie podziału na rodziny o tzw. wysokim i niskim emocjonalnym zaangażowaniu. Koncepcja ujawnianych uczuć umieszczona jest w szerszej ramie teoretycznej, jaką stanowi teoria podatności–stresu [2]. Trudny klimat emocjonalny rodziny rozumiany jest jako długotrwały czynnik stresujący powodujący lub przyspieszający nawrót u osoby z wyższą wrażliwością (podatnością na negatywne skutki oddziaływania stresu). Wyróżnia się pięć komponentów wskaźnika UU: krytyczne uwagi, emocjonalne naduwikłanie (nadmierna ochrona, przesadne angażowanie się w życie chorego, poświęcanie się), wrogość (obwinianie chorego za chorobę, emocjonalne odrzucenie – znacząco skorelowane z krytycznymi uwagami), pozytywne uwagi (pochwała, aprobatą zachowania lub zalety charakteru) oraz ciepło (okazywanie empatii, troski, przyjaznych uczuć) [11].

¹ Hostele to mieszkania dla osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, z dużą wrażliwością na stres i zranienie, z trudnościami w podejmowaniu ról społecznych, potrzebujących treningu podstawowych umiejętności. Jest to realizacja idei integracji cierpiących na zaburzenia psychiczne z tzw. zdrowym społeczeństwem.

Badania nad wskaźnikiem UU przyniosły potwierdzenie następujących hipotez: (1) Wysokie emocjonalne zaangażowanie związane jest z częstszym pogarszaniem się stanu psychicznego (ponowne pojawienie się objawów lub ich zaostrzenie) osób chorych na schizofrenię; (2) Istotną zmienną moderującą zależność między klimatem emocjonalnym rodziny a prawdopodobieństwem nawrotu jest ilość czasu, jaką pacjent spędza razem ze znaczącym krewnym². Przekroczenie liczby 35 godzin tygodniowo zwiększało prawdopodobieństwo szybkiego nawrotu [12]. Metaanaliza wyników 27 badań dotyczących związku między wysokością wskaźnika UU a przebiegiem choroby pokazała, że klimat emocjonalny w rodzinie jest istotnie i wyraźnie związany z nawrotami w schizofrenii; na podstawie wysokości wskaźnika UU można z dużym prawdopodobieństwem przewidzieć przebieg choroby. Związek między wskaźnikiem a przebiegiem choroby wykazany został w 89% analizowanych artykułów. Inne analizy statystyczne przeprowadzone w tym badaniu wykazały, że potrzebnych byłoby aż 1246 doniesień z badań raportujących brak związku między wskaźnikiem a przebiegiem choroby, aby wyniki metaanalizy stały się istotne statystycznie, czyli stanowiłyby efekt przypadku [13].

Wyniki licznych badań wskazują, że związki między poszczególnymi komponentami UU a przebiegiem choroby mają charakter niejednorodny. Wyniki badań [14] wskazują, że *emocjonalne naduwikłanie* (EN) oraz *ciepło* są komponentami zmiennymi, stanowiącymi odpowiedź rodzica na zachowanie (często będące skutkiem procesu chorobowego) dziecka. Komponent *krytycyzm* wydaje się być trwalszą cechą krewnego; modyfikacja tego elementu wiąże się z głębszymi oraz bardziej długotrwałymi oddziaływaniami terapeutycznymi. Spójne z tymi wynikami są dane dotyczące związku między poziomem stresu a wysokością poszczególnych komponentów wskaźnika – jedynie EN wydaje się być związane z podwyższonym poziomem stresu [15]. Rostworowska w swojej pracy [12] wskazuje, że wysoki poziom wskaźnika przewiduje pogorszenie jedynie w zakresie pozytywnych objawów³. *Krytycyzm* może pełnić funkcję ochronną przed chronicznością oraz wiązać się z wyższą jakością życia postrzeganą przez chorego. Również Beitbrode [16] wskazuje, że zależności między poszczególnymi komponentami wskaźnika a nawrotami nie są prostoliniowe i jednolite. Związek między prawdopodobieństwem nawrotu a poziomem EN wydaje się być krzywoliniowy – wysoki poziom EN wywiera niszczący wpływ na stan chorego, natomiast średni poziom może pełnić funkcję ochronną. Wysoki poziom wskaźnika UU może stanowić rezultat

² Znaczący krewny to członek rodziny pacjenta pozostający z nim w bliskim kontakcie.

³ Objawy pozytywne to grupa objawów wytwórczych, których natura jest jakościowo różna od normalnych doświadczeń. Do kategorii objawów pozytywnych zalicza się urojenia, halucynacje, zaburzenia toku myślenia.

nieumiejętności krewnych w radzeniu sobie z napięciem, stresem, trudnymi sytuacjami (a taką niewątpliwie jest doświadczenie psychozy w rodzinie). Innym mechanizmem modulującym poziom ujawnianych uczuć może być przekonanie krewnych o tym, że mogą być winni wystąpieniu choroby. Chan [17] wskazuje na rolę zależności jako czynnika zwiększającego poziom EN. Innym sposobem rozumienia wysokiego poziomu wskaźnika UU jest potraktowanie go jako reakcji na chorobę. King [18] wskazuje, że podniesiony poziom *krytycyzmu* oraz *emocjonalnego naduwikłania* można tłumaczyć wpływem intensywności objawów negatywnych⁴.

Powyższy krótki przegląd badań nad wskaźnikiem ujawnianych uczuć wyraźnie uwidoczniał, że zarówno mechanizmy warunkujące poziom wskaźnika, jak i zależności między nim a występowaniem objawów wydają się być bardzo złożone. Mimo pewnych niejasności odnośnie natury poszczególnych komponentów wskaźnika UU oraz złożoności ich związku z przebiegiem choroby można stwierdzić, że ogólna wartość predykcyjna wskaźnika odnośnie przebiegu choroby wydaje się być niepodważalna [12]. Duże znaczenie ma również zależność między oddziaływaniami terapeutycznymi i psychoedukacyjnym a obniżeniem poziomu wskaźnika UU. W konsekwencji prowadzi to do korzystniejszego przebiegu choroby.

Uwzględnienie czynników rodzinnych w leczeniu zaburzeń psychiatrycznych: psychoedukacja rodzin osób chorujących na schizofrenię

Ważnym aspektem koncepcji ujawnianych uczuć jest fakt, że stanowi ona podstawę dla działań psychoedukacyjnych. Zgodnie z założeniami dotyczącymi klimatu emocjonalnego w rodzinie przypuszcza się, że oddziaływanie psychoedukacyjne mają istotny wpływ na jego modyfikację, co zostało wielokrotnie zweryfikowane empirycznie [19]. Możliwość modyfikacji postaw bliskich w kontekście choroby świadczy o tym, że klimat emocjonalny w rodzinie nie jest cechą stałą i jednorodną, podatny jest na zmiany zachodzące w wyniku oddziaływań psychospołecznych. Jest to bardzo ważna implikacja dla praktyki klinicznej, stanowi ważny środek do wspomagania procesu leczenia oraz podtrzymywania stanu remisji. Działania psychoedukacyjne mają na celu dostarczenie rzetelnej informacji, co w konsekwencji zwiększa poczucie kontroli w trudnej sytuacji choroby, nauczenie rodzin skutecznych sposobów rozwiązywania problemów, sprawnych wzorców komunikacji oraz bardziej efektywnej regulacji emocjonalnej w sytuacji

⁴ Do objawów negatywnych (ubytkowych) zalicza się takie objawy, których istota dotyczy zjawisk psychicznych występujących u każdego człowieka, ale albo nieprawidłowo ukształtowanych, albo o odmiennej reprezentacji.

wysokiego poziomu stresu. Spotkania psychoedukacyjne z krewnymi mają również cechy spotkania terapeutycznego – odbywają się w atmosferze poczucia bezpieczeństwa, braku oceny ze strony prowadzących, z ich empatycznym nastawieniem w stosunku do krewnych chorego. Uczestnicy spotkań są zachęceni do wyrażania swoich myśli, uczuć i potrzeb przez nazywanie ich. Zachęceni są również do opowiedzenia o wydarzeniach związanych z chorobą osoby bliskiej oraz własnych sposobach radzenia sobie w tych sytuacjach. Dzięki temu mogą doświadczyć tego, że przeżyciami związanymi z chorobą można dzielić się z innymi. Mówiąc o sposobach radzenia sobie, uświadamiają sobie, że nie są całkowicie bezbronni w sytuacji kryzysu. Podczas spotkań psychoedukacyjnych mają możliwość dostrzeżenia tego, że inni ludzie mają podobne trudności, co sprzyja przełamaniu izolacji społecznej oraz stygmatyzacji, której się często poddają. Uczestnicy spotkań dzielą się również swoją wiedzą na temat chorowania i leczenia oraz przekonaniami. Prawdziwość tych przekonań weryfikowana jest w świetle aktualnej wiedzy klinicznej. Spotkania psychoedukacyjne dla rodzin powinny stwarzać przestrzeń do wyrażania własnych przekonań, uczuć i potrzeb, dawać możliwość doświadczenia przynależności i akceptacji oraz uzyskania rzetelnej, przystępnej wiedzy odnośnie procesu choroby i leczenia. Stanowią również przestrzeń do uczenia się i rozwijania kompetencji społecznych, w tym umiejętności komunikacyjnych, konstruktywnego rozwiązywania problemów – drogą modelowania oraz na podstawie własnego doświadczenia. Spotkania mogą przyjmować różną formę – grupowych spotkań wielu rodzin, wliczając chorych ich członków, spotkań wielorodzinnych bez chorych członków, spotkań specjalistów z jedną rodziną [19]. W niniejszej pracy opisano procesy zachodzące w pracy grupowej, z wieloma rodzinami, bez udziału chorującego członka rodziny. Spotkania te prowadzone są przez specjalistów – lekarzy, psychologów lub psychoterapeutów.

W dalszej części pracy opisany zostanie czynnik, który wydaje się odgrywać kluczową rolę w pozytywnym wpływie psychoedukacji rodzin na funkcjonowanie całej rodziny oraz jej chorego członka: umiejętność regulacji emocjonalnej przez mentalizowanie trudnych doświadczeń. Inne obszary, nad którymi podejmuje się pracę, to gotowość do przyjmowania wsparcia społecznego oraz otwartość na możliwości uczenia się sposobów radzenia sobie w sytuacji choroby.

Mentalizacja jako mechanizm samoregulacji emocjonalnej. Rozwój zdolności do mentalizowania w ramach spotkań psychoedukacyjnych

Jednym z kluczowych celów spotkań psychoedukacyjnych jest umożliwienie ich uczestnikom rozwoju umiejętności skutecznej regulacji emocjonalnej. Zdolność

ta obejmuje trzy kluczowe mechanizmy: umiejętność kontrolowania reakcji na stres, regulację uwagowość oraz umiejętność dostrzegania i rozumienia stanów umysłu swoich i innych ludzi, czyli mentalizację [20]. Mentalizacja (nazywana również *funkcją refleksyjną*) określana jest jako podstawowa ludzka zdolność do rozumienia zachowań własnych i innych osób przez odnoszenie się do stanów umysłowych i intencji leżących u podłoża tych zachowań. Każdy człowiek ma biologicznie uwarunkowaną predyspozycję do rozwinięcia zdolności do mentalizowania, ale przebieg i rezultat tego rozwoju zależą od jakości związku emocjonalnego z opiekunem w pierwszych latach życia [21]. Dzięki mentalizacji zachowania własne i innych stają się przewidywalne, co w znacznym stopniu zwiększa poczucie bezpieczeństwa. Mentalizacja umożliwia nawiązywanie oraz utrzymywanie satysfakcjonujących relacji interpersonalnych. Stanowi również podstawę do spójności doświadczenia wewnętrznego, stabilności struktury osobowości, poczucia tożsamości oraz zdolności do odróżniania doświadczenia wewnętrznego (własne uczucia, myśli, oczekiwania, potrzeby itp.) od świata zewnętrznego oraz testowania rzeczywistości. Jest zdolnością metapoznawczą, która obejmuje wiele procesów umysłowych, między innymi zdolność do przyjmowania perspektywy drugiej osoby, wgląd i rozumienie stanów umysłowych. Jednocześnie odnosi się do pewnego rodzaju sprawności funkcjonowania emocjonalnego, składającej się między innymi ze zdolności do utrzymywania pewnego poziomu pobudzenia emocjonalnego, przetwarzania go i pełnego doświadczenia emocji. W pewnym sensie jest to zjawisko podobne do empatii, dodatkowo jednak zakłada zdolność do regulowania doświadczanej w wyniku współodczuwania emocji. Odnosi się do gotowości jednostki do zaangażowania emocjonalnego, które nie ma charakteru obronnego – agresywnego lub unikającego. Temu zaangażowaniu towarzyszy rozumienie oraz nadawanie znaczenia uczuciom i wewnętrznym doświadczeniom.

Rozwój zdolności do mentalizacji dokonuje się w kontekście bliskiej relacji emocjonalnej w pierwszych latach życia [21]. Początkowo dziecko posiada elementarną zdolność do regulowania własnego pobudzenia, na przykład przez odwracanie wzroku lub zasypianie. Główny ciężar regulacji jego pobudzenia emocjonalnego spoczywa na opiekunie, od którego dziecko jest całkowicie zależne. To opiekun mentalizuje stany emocjonalne dziecka – odczytuje je w ekspresji mimicznej oraz zachowaniu dziecka, konteneruje⁵ oraz przetwarza przez nadawanie im znaczenia. W taki sposób chaotyczne, niesprecyzowane i niekontrolowane pobudzenie jest „oswajane” przez nadanie mu konkretnego, swoistego znaczenia

⁵ Kontenerowanie – termin odnoszący się do roli opiekuna polegającej na przyjmowaniu projekcji ze strony dziecka oraz ich „metabolizowaniu” (dot. zwłaszcza negatywnych przeżyć, uczuć, fantazji).

nia wyrażonego przez nazwanie tego pobudzenia nazwą konkretnej emocji. Na pierwotne pobudzenie nakładana jest warstwa symboliczna. Tak „opracowaną” emocję opiekun zwraca dziecku przez jej odzwierciedlanie – dziecko może w wyrazie twarzy rodzica zobaczyć swoje własne doświadczenie, być może czuje się wtedy tak, jakby przeglądało się w lustrze. Dodatkowo słyszy, że rodzic nazywa to, czego ono właśnie doświadcza – samo stopniowo uczy się, że jego doświadczenie jest sensowne oraz może być rozumiane i kontrolowane. Regulacja emocjonalna początkowo dokonuje się w przestrzeni interpersonalnej – między dzieckiem a opiekunem. W procesie rozwoju dziecko uczy się samodzielnie regulować doświadczane przez siebie pobudzenie. Dojrzała jednostka potrafi samodzielnie regulować własne emocje, o ile sytuacja, w której się znajduje, nie jest dla niej zbyt obciążająca. W sytuacji zbyt dużego poziomu stresu może przejawiać nieadekwatne i chaotyczne zachowanie, sposób myślenia i przeżywania. Wówczas pomocna może być bliska osoba – w relacji z nią dokonuje się regulacji emocji. Sprawnie funkcjonujące mechanizmy regulacji afektywnej u jednej osoby wydają się być szczególnie ważne i potrzebne wtedy, gdy druga osoba będąca częścią diady lub systemu doświadcza trwałej lub chwilowej trudności w regulowaniu swoich własnych doświadczeń emocjonalnych. Gdy sytuacja wraca do normy, poziom stresu obniża się, osoba również odzyskuje swoje normalne zdolności do samoregulacji emocjonalnej. Inaczej jest u osób o zaburzonej strukturze osobowości, cechującej się mniejszą spójnością i stabilnością oraz dominacją prostych mechanizmów obronnych [22]. Taką strukturą osobowości cechują się osoby podatne na dekompensację psychiczną. Ich możliwości autonomicznej, sprawnej regulacji pobudzenia są znacząco obniżone. Dlatego też szczególnie mocno potrzebują nawiązywać takie relacje, w których ta regulacja mogłaby się dokonywać. Warunkiem niezbędnym jest poczucie bezpieczeństwa w takiej relacji oraz rozwinięta zdolność do mentalizacji osoby, z którą chory wchodzi w relację. Stein [23] sugeruje, że w takim momencie chory potrzebuje wsparcia psychoterapeutycznego, które będzie źródłem regulacji zewnętrznej. Innym źródłem, ośrodkiem regulacji zewnętrznej może być w takiej sytuacji bliski krewny. Przez pomieszczenie w sobie, przeżywanie i rozumienie emocji chorego wspiera on przebieg procesu zdrowienia. Jeśli krewny nie dysponuje sprawnie funkcjonującymi mechanizmami samoregulacji, nie potrafi kontenerować trudnych uczuć swoich i bliskiego chorego, a jego rozumienie stanów umysłowych (własnych i bliskiego) jest nietrafione, sprzeczne z rzeczywistością lub pomieszane, dezorganizowane, wówczas jego negatywne emocje wyrażane będą w sposób niekontrolowany. W konsekwencji będą wytwarzane i utrwalane wzajemnie raniące wzorce komunikacji oraz obniży się potencjał całego systemu rodzinnego do pełnienia funkcji systemu wsparcia.

Podsumowując, można przypuszczać, że zdolność do mentalizacji jest mechanizmem psychologicznym częściowo odpowiedzialnym za klimat emocjonalny panujący w relacjach rodzinnych. Wydaje się, że funkcjonowanie mechanizmów samoregulacji rodzica wywiera znaczący wpływ nie tylko na rozwój dziecka w pierwszych latach jego życia, ale może kształtować klimat emocjonalny w aktualnej relacji między członkami rodziny. Trudności w samoregulacji, niska zdolność lub brak gotowości do poddawania refleksji stanów umysłowych, w tym przede wszystkim emocji, może prowadzić do dominacji ekspresji negatywnych emocji (wrogości, krytycyzmu) lub nadmiernego zaangażowania, co odzwierciedlane jest za pomocą wskaźnika UU. Przypuszczenie, że funkcjonowanie mechanizmów samoregulacji jest związane z klimatem emocjonalnym w rodzinie (odzwierciedlanym przez wskaźnik UU), może stanowić uzasadnienie dla podejmowania prób wspomagania rozwoju funkcji refleksyjnej w kontekście psychoedukacyjnym.

Kluczowym warunkiem rozwoju zdolności do mentalizacji jest atmosfera poczucia bezpieczeństwa w bliskiej relacji emocjonalnej. Tak jak dziecko, aby uczyć się samodzielnie regulować własne pobudzenie emocjonalne, potrzebuje móc zaufać swojemu opiekunowi, tak też w kontekście terapeutycznym pacjent (lub uczestnik spotkania) potrzebuje czuć się bezpiecznie w relacji z terapeutą (prowadzącym spotkanie) i innymi uczestnikami. Poczucie bezpieczeństwa zapewniane jest przez postawę rozumiejącą oraz brak oceny ze strony wszystkich uczestników i prowadzących. Członkowie spotkań psychoedukacyjnych mają możliwość opowiedzenia innym osobom o trudnych wydarzeniach i związanych z nimi emocjach, mogą ponownie przeżyć je w grupie oraz wyrazić je. Jeśli uczestnik sam nie potrafi zidentyfikować i nazwać przeżywanych przez siebie emocji, robią to prowadzący. Empatycznie wczuwając się w sytuację uczestnika spotkania, rozpoznają i opisują przeżywane przez niego emocje, pokazują związki z wydarzeniami, nadają pobudzeniu specyficzne znaczenie. Uczestnik grupy może poczuć się zrozumiany, zaakceptowany przez innych, a jego trud zostaje uznany.

Bardziej szczegółowy opis procesów, na których opiera się mentalizacja, może być dokonany na podstawie koncepcji *zreflektowanej emocjonalności* (ang. *mentalized affectivity* [24]), którą określa się jako formę regulacji afektu, specyficzny aspekt mentalizacji, polegający na dokonaniu ponownej oceny poznawczej przeżywanej emocji (ang. *revalue*). Poddawanie refleksji doświadczenia afektywnego sprawia, że tworzone są nowe znaczenia, nowe rozumienie. Wyróżnia się trzy elementy emocjonalności. Pierwszy z nich to identyfikacja afektu. Jej podstawową formą jest nazwanie uczucia (ang. *naming*), bardziej rozwiniętą – odróżnienie go od innych uczuć oraz uświadomienie sobie relacji tego uczucia z innymi (ang. *distinguishing*). Drugim elementem jest przetwarzanie afektu rozumiane jako próba doko-

niania zmiany w intensywności lub czasie jego trwania (podtrzymanie obecnego stanu emocjonalnego lub jego modyfikacja). Bardziej zaawansowaną formą jest „oczyszczanie” afektu (ang. *refining*), czyli zmiana jego znaczenia, stworzenie nowego rozumienia przez odnośnienie się do wcześniejszych doświadczeń. Trzecim elementem jest ekspresja uczuć. Podstawową jej formą jest ekspresja zewnętrzna lub wewnętrzna (pozwolenie sobie na doświadczenie, przeżycie emocji). Bardziej złożona forma to komunikacja afektu rozumiana jako wyrażenie uczuć przed drugą osobą, oczekiwanie ich rozumienia i reakcji na nie. Na każdym z trzech poziomów (elementów) może się dokonywać proces regulacji afektu, przy czym „oczyszczanie” afektu wydaje się być kluczowym mechanizmem samoregulacyjnym [24]. Wydaje się, że podczas spotkań psychoedukacyjnych ich uczestnicy uczą się identyfikować i nazywać przeżywane przez siebie uczucia, lepiej je rozumieć oraz komunikować w relacji z prowadzącymi oraz innymi członkami grupy. Umiejętności te są następnie generalizowane i przenoszone na relację z bliskim chorym.

Podsumowanie

Powyższe rozważania dotyczące związku między atmosferą emocjonalną w rodzinie a przebiegiem choroby i procesu leczenia, możliwości modyfikacji emocji dominujących w danym systemie rodzinnym przez oddziaływania psychoedukacyjne poruszają ważną, ale i niezwykle trudną problematykę. Opis związków między czynnikami rodzinnymi a przebiegiem choroby może być interpretowany jako oskarżenie, zwłaszcza że dotyczy on doświadczenia tak złożonego i trudnego, jakim jest doświadczenie psychozy u bliskiej osoby. Wycofanie się z opisywania rodzinnego kontekstu choroby wydaje się być jednak podejściem szkodliwym zarówno dla osoby chorującej, jak i jej rodziny, szczególnie w świetle przytoczonych w niniejszej pracy danych. Uznanie trudności, z jakimi boryka się cała rodzina, empatyczne współodczuwanie oraz okazanie współczucia wydają się być ważnymi elementami wsparcia udzielanymi rodzinie. Ważne jest również stwarzanie przestrzeni, w której poszczególni jej członkowie mogą wyrazić swoje potrzeby i uczucia. Tego rodzaju pomocy powinna towarzyszyć również pomoc polegająca na umożliwieniu rodzinom podejmowania wysiłku uczenia się samodzielnego i kompetentnego radzenia sobie w sytuacji choroby. Dzieje się to przez zachęcanie rodzin do poszukiwania wiedzy na temat choroby i zdrowienia, obserwowania siebie i innych celem uczenia się nowych sposobów radzenia sobie, lepszego rozumienia siebie i innych, w tym bliskiego chorującego na schizofrenię. System rodzinny może stanowić cenne źródło wsparcia w procesie zdrowienia, o ile tylko sam jest systemem stabilnym i spójnym. Jest to szczególnie istotne w kontekście zaburzeń psychotycznych, ale wydaje się, że

może mieć duże znaczenie w przypadku innych chorób psychicznych, psychosomatycznych, a także somatycznych. Potrzebne są badania empiryczne oraz obserwacje kliniczne dotyczące rozwoju zdolności do samoregulacji emocjonalnej przez mentalizację oraz jego związku z atmosferą emocjonalną w rodzinie.

PIŚMIENNICTWO

1. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, WHO, Uniw. Wyd. Med. Versalius, Kraków–Warszawa 2000.
2. Birchwood M., Jackson C., Modele stresu i podatności, w: Schizofrenia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne, GWP, Gdańsk 2004, 45–58.
3. De Barbaro B., Podstawy teoretyczne systemowej terapii rodzin w schizofrenii: rys historyczny, w: Schizofrenia w rodzinie, de Barbaro B. (red.), Wyd. UJ, Kraków 1999, 15–32.
4. De Barbaro B., Ostoja-Zawadzka K., Cechnicki A., Możesz pomóc – poradnik dla pacjentów chorych na schizofrenię i zaburzenia schizotypowe, Wyd. UJ, Kraków 2005.
5. Alanen Y., Źródła schizofrenii: próba syntezy, w: Schizofrenia. Jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000, 49–100.
6. Nugter M.A., Dingemans P.M., Linszen D.H. et al., The relationships between expressed emotion, affective style and communication deviance in recent-onset schizophrenia, *Acta Psychiatr. Scand.* 1997, 96 (6), 445–451.
7. Tienari P., Implications of adoption studies on schizophrenia, *Br. J. Psychiatry Suppl.* 1992, 18, 52–58.
8. Tienari P., Wynne L.C., Moring J. et al., Genetic vulnerability or Family environment? Implications from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia, *Psychiatr. Fennica* 1993, 24, 23–41.
9. Brown G.W., Monck E., Carstairs G. et al., The influence of family life on the course of schizophrenic illnesses, *Br. J. Prev. Soc. Med.* 1962, 16, 55–68.
10. Brown G.W., Birley J.L., Wing J. K., Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication, *Br. J. Psychiatry* 1972, 121 (562), 241–258.
11. Hooley J.M., Hiller J. B., Expressed emotion and the pathogenesis of relapse in schizophrenia, in: *Origins and development of schizophrenia: Advances in experimental psychopathology*, Lenzenweger M.F., Dworkin R.H. (ed.), American Psychological Association, Washington 1998, 447–468.
12. Rostworowska M., Koncepcja wskaźnika ujawnianych uczuć, w: Schizofrenia w rodzinie, de Barbaro B. (red.), Wyd. UJ, Kraków 1999, 51–65.
13. Butzlaff R.L., Hooley J.M., Expressed Emotion and Psychiatric Relapse. A Meta-analysis, *Arch. Gen. Psychiatry* 1998, 55, 547–552.
14. Schroeiber J.L., Breier A., Pickar D., Expressed emotion. Trait or state? *Br. J. Psychiatry* 1995, 166 (5), 647–649.
15. Boye B., Munkvold O.G., Bentsen H. et al., Pattern of emotional overinvolvement in relatives of patients with schizophrenia: A stress syndrome analogue? *Nord. J. Psychiatry* 1998, 52 (6), 493–499.

16. Breitborde N., Lopez S.R., Wickens T.D. et al., Toward specifying the nature of the relationship between expressed emotion and schizophrenic relapse: the utility of curvilinear models, *Int. J. Method. Psych.* 2007, 16 (1), 1–10.
17. Chan B., Negative caregiving experience: A predictor of high expressed emotion among caregivers of relatives with schizophrenia, *Soc. Work Mental Health* 2010, 8 (4), 375–397.
18. King S., Is expressed emotion cause or effect in the mothers of schizophrenic young adults? *Schizophr. Res.* 2000, 45 (1–2), 65–78.
19. Robak J., Efektywność psychoedukacji w schizofrenii, w: *Schizofrenia w rodzinie*, de Barbaro B. (red.), Wyd. UJ, Kraków 1999, 79–88.
20. Fonagy P., Target M., Early Intervention and the development of self-regulation, *Psychoanal. Inq.* 2002, 22 (3), 307–335.
21. Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L. et al., Attachment and Reflective Function: Their Role in Self-Organization, in: *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of Self*, Karnac, Londyn 2004, 23–64.
22. Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L. et al., The Development of Understanding of Self and Agency, in: *Affect Regulation, Mentalization and the Development of Self*, Karnac, London 2004, 203–252.
23. Stein H., Mentalization with reservations, *B. Menninger Clin.* 2003, 67 (2), 143–149.
24. Jurist E.L., Mentalized Affectivity, *Psychoanal. Psychol.* 2005, 22 (3), 426–444.

Adres do korespondencji:

mgr Karolina Dejko
Katedra Psychiatrii
Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
e-mail: karolina.dejko@gmail.com

ARCHITEKTURA PRZESTRZENI OGÓLNODOSTĘPNEJ W SZPITALACH. PACJENT I PERSONEL

ARCHITECTURE OF PUBLIC SPACE IN HOSPITALS. PATIENT AND STAFF

EWA PRUSZEWICZ-SIPIŃSKA, AGATA GAWLAK, KAROLINA SKALSKA

Wydział Architektury, Politechnika Poznańska
Kierownik: prof. PP dr hab. inż. arch. Ewa Pruszevicz-Sipińska

Streszczenie

Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na relację pomiędzy wizualną jakością przestrzeni publicznej w szpitalach, jakością systemu informacji wizualnej a poziomem stresu i poczuciem bezpieczeństwa jego użytkowników (pacjentów, gości i personelu szpitalnego).

Omówiono na wybranych przykładach takie fizyczne aspekty środowiska jak: kolorystyka, faktura, oświetlenie, wyposażenie wnętrza, a także organizacja przestrzeni – pojmowana nie tylko jako układ pomieszczeń, ale również jako system niosący informację. Odniesiono się do wybranych przykładów systemów informacji wizualnej w centrach handlowych jako dobrych wzorców ułatwiających nawigację w przestrzeni. Zaproponowano, że stosowanie bliskich na co dzień użytkownikowi szpitala wizualnych kodów (np. przypominających do pewnego stopnia środowisko domowe) zamiast skrajnie obcych (np. zbyt nowoczesnych lub stylizowanych) może powodować zwiększenie komfortu psychicznego pacjenta, gości czy personelu. Zwrócono uwagę, jak ważna jest nie tylko wizualna jakość (i charakter) przestrzeni ogólnodostępnej szpitala, ale sposób, w jaki użytkownik jest informowany o tym, jak w jej obrębie poruszać się. Uznano, że wszystkie te elementy powinny być uwzględniane zarówno przy projektowaniu nowych obiektów szpitalnych, jak i wszelkiego rodzaju przebudowach i modernizacjach obiektów istniejących.

Słowa kluczowe: samopoczucie pacjenta, jakość przestrzeni, środowisko szpitala, system informacji wizualnej, architektura szpitala.

Czym jest jakość

Jakość przestrzeni publicznej w szpitalach (i w jakichkolwiek innych obiektach) nierozdzielnie powiązana jest z komfortem dysponowania wystarczającą powierzchnią użytkową, standardem wyposażenia, tzw. wykończeniem materiałowym, i przede wszystkim – co paradoksalnie rzadko jest uwzględniane – ze sposobem organizacji przestrzeni. To, czy jesteśmy w stanie – nie znając dobrze danej przestrzeni – intuicyjnie się w niej poruszać, jest jednym z najważniejszych aspektów świadczących o dobrej jakości przestrzeni, a co się z tym wiąże, o komforcie jej użytkowania. Liczne badania pokazują, że istnieje pewna zależność pomiędzy jakością środowiska architektonicznego w szpitalach a samopoczuciem jego użytkowników [1–3].

Abstract

The aim of this article is to draw attention to the relation between the visual quality of public space in hospitals, the quality of a visual information system and the level of stress of its users (patients, visitors and hospital staff).

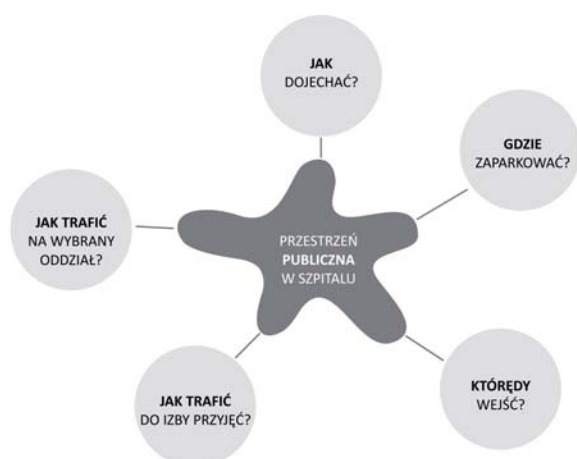
Some physical aspects of the environment were taken into consideration, including: coloring, texture, lighting, room equipment and organization of space considered both as a room layout and a system carrying information. A reference was made to some cases of visual information systems existing in shopping malls. It was suggested that applying visual codes which are familiar to users (e.g. reminding to some extent of home space), instead of those that are extremely unfamiliar (e.g. abusively modern or stylized) can effect in increasing mental comfort of patients, guests and hospital staff. It was emphasized that not only the visual quality (and character) of public space is vital but also the way in which a user is being informed how to navigate. It was acknowledged that all the above mentioned elements should be taken into consideration in process of designing new hospital buildings but also in all kinds of reconstructions and refurbishments.

Key words: patient's comfort, quality of space, hospital environment, visual information system, hospital architecture.

Szpital – pierwsze wrażenie

Pacjent jest specyficznym klientem – zazwyczaj znajduje się pod wpływem stresu. Szpitale zamiast kierować się zasadą „po pierwsze nie szkodzić”, często na samym wstępie nakładają na pacjenta (czy też osoby odwiedzające) kolejne obciążenia (Rycina 1) wynikające z np.:

- mało intuicyjnej lokalizacji wjazdu do szpitala,
- problemu z parkowaniem,
- nieoczywistej lokalizacji wejścia do szpitala,
- niejasnej organizacji przestrzeni w obrębie szpitala (np. szukanie recepcji, szukanie poszczególnych oddziałów czy pomieszczeń przeznaczonych do badań).



Rycina 1. Na użytkowników szpitala już na samym wstępie nakładane są obciążenia w postaci problemów wynikających z nieprawidłowego układu przestrzeni i braku miejsca.

Figure 1. Users of hospitals are being burdened at the very beginning with problems resulting from the incorrect space layout and the lack of place.

Problemy te są rozwiązywane doraźnie i prowizorycznie, bez uwzględnienia szerszego kontekstu (np. rzutu i organizacji budynku). W efekcie szpital staje się swego rodzaju labiryntem, w którym klient porusza się po omacku, z jednego punktu do kolejnego. Informacje umieszczane są – co można zaobserwować w wielu szpitalach – na kartkach poprzyklejanych na ścianach, drzwiach itp. (Rycina 2).



Rycina 2. Informacje umieszczane są – co można zaobserwować w wielu szpitalach – na kartkach poprzyklejanych na ścianach, drzwiach itp.

Figure 2. It can be observed in many hospitals: information is put down on pieces of paper stuck onto walls, doors, etc.

Źródło: fot. A. Gawlak

Source: phot. A. Gawlak

Bez wątpliwości, pisząc o architekturze i układzie funkcjonalnym polskich szpitali, należy rozpatrywać trzy podstawowe sytuacje:

- obiekty z XIX/XX w., które pierwotnie miały charakter znacznie bardziej kameralny niż obecnie (często wielokrotnie przebudowywane/rozbudowywane),

- obiekty wybudowane po II wojnie światowej,
- obiekty wybudowane w przeciągu ostatnich 10 lat.

Największy problem dotyczący jakości przestrzeni można zaobserwować w dwóch pierwszych przypadkach. Niejednokrotnie takie kwestie jak lokalizacja wjazdu do szpitala, parkowanie, wejście do szpitala są tu trudne do modyfikacji z przyczyn obiektywnych. Nie zmienia to faktu, że mało klarowna organizacja przestrzeni w obrębie szpitala jest zazwyczaj do pewnego stopnia modyfikowalna i dzięki prostym zabiegom, niekoniecznie kosztownym, może ulec ulepszeniu. Można tu mówić o modyfikacji:

- samej przestrzeni (wyposażenie, materiały wykończeniowe, oświetlenie itp.),
- a jeśli to niemożliwe, o modyfikacji systemu informacji wizualnej.

Szukanie wzorców – centra handlowe, SIW oraz Wayfinding System

Poprawnych wzorców systemu informacji wizualnej (SIW) należy szukać we współczesnych nowo projektowanych obiektach szpitalnych. Pewnych analogii można dopatrywać się również w nowoczesnych centrach handlowych, w których system informacji (a co za tym idzie – przyciągania klienta do wybranego punktu) doprowadzono niejednokrotnie do doskonałości (Rycina 3).



Rycina 3. System informacji wizualnej w Starym Browarze w Poznaniu zaprojektowany przez pracownię Diagram Brand Design.

Figure 3. Visual information system in Stary Browar in Poznań designed by Diagram Brand Design studio.

Źródło: <http://www.diagram.pl/projekty/stary-browar/>

Source: http://www.diagram.pl/projekty/stary-browar

W wielu obiektach użyteczności publicznej (w tym właśnie w centrach handlowych) jest stosowany tzw. *Wayfinding System* („system odnajdywania drogi”) – dzięki odpowiedniemu usytuowaniu punktów orientacyjnych, systemu oznakowań, szlaków komunikacyjnych i znaków w otoczeniu ułatwia się odwiedzającym swobodne przemieszczanie się i odnajdywanie drogi do celu. Oznaczenia powinny być umiejętnie zaplanowane, wizualnie/estetycznie powiązane między sobą, tworzyć efekt „dobrego pierwszego wrażenia”, wzmacniać (a przynajmniej nie osłabiać) poczucie bezpieczeństwa i psychicznego komfortu [4]. *Wayfinding System* wraz z nieco szerszej pojmowanym tzw. systemem informacji wizualnej powinny informować nas

o tym, gdzie jesteśmy w danym momencie i którydy/ w jaki sposób możemy dotrzeć w inne miejsce (Rycina 4).

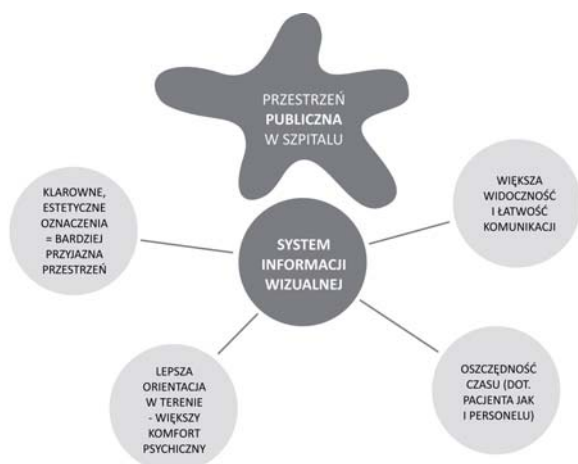


Rycina 4. System informacji wizualnej w projekcie szpitala pediatrycznego WUM.

Figure 4. Visual information system in a design of pediatric hospital WUM.

Źródło: <http://www.diagram.pl/projekty/szpital-pediatryczny/>
Source: <http://www.diagram.pl/projekty/szpital-pediatryczny/>

W projektach architektonicznych szpitala powinno uwzględnić się wdrożenie systemu znaków, które ułatwiają przemieszczanie się w nieznannej przestrzeni. Kiedy oznaczenia są wprowadzone w spójny i konsekwentny sposób, większość ludzi bez wysiłku może odnaleźć drogę (Rycina 5). Gdy są niespójne i nielogiczne, ludzie po prostu błądzą, a co się z tym wiąże – tracą czas, stresują się i często angażują w pomoc przy odnajdywaniu drogi personel szpitalny, który zaabsorbowany jest innymi zadaniami.



Rycina 5. Zastosowanie prawidłowo zaprojektowanego systemu informacji wizualnej daje wiele korzyści zarówno pacjentom, odwiedzającym, jak i szpitalnemu personelowi.

Figure 5. Applying a well-designed visual information system gives a lot of benefits to patients, visitors as well as to hospital staff.

Prawie jak w domu – kolorystyka, faktura, oświetlenie

Nie ma ściśle określonych kanonów precyzujących, jak powinna wyglądać przestrzeń publiczna szpitala od strony czysto wizualnej. Wydaje się jednak, że nie może reprezentować skrajnie obcego pacjentowi kodu wizualnego (różnego od tego, z jakim ma do czynienia na co dzień). Potoczne określenie „jak w szpitalu” oznacza sterylność, zastosowanie bieli, chłodnych, jasnych zieleni oraz chłodnego oświetlenia i ma wydźwięk pejoratywny. W wielu szpi-

talach można zaobserwować ucieczkę od tego stereotypu w kierunku skrajnie odwrotnym – czyli ku barwom ciepłym. Efekt końcowy bywa jednak często niezamierzony. Pojęcie „ciepła” w wielu przypadkach oznacza nadmierne zastosowanie barw żółtych, pomarańczowych i brązowych.

Paradoksalnie efekt przytulności można osiągnąć nie dzięki zastosowaniu barw wyłącznie ciepłych, ale poprzez użycie barw chłodniejszych, średnio jasnych lub jasnych i zarazem przygaszonych (czyli z pierwiastkiem szarości) oraz unikanie materiałów połyskliwych. Barwy czyste (nieprzygaszone) należy stosować z umiarem, np. jeśli dany element ma być zaakcentowany. Połyskliwe materiały, zwłaszcza na posadzkach (Rycina 6), chociaż z reguły łatwiejsze w utrzymaniu czystości, generują nieprzyjemne dla oka zjawisko olśnienia, a co za tym idzie, tworzą często agresywny kontrast, dający uczucie wizualnego chłodu.



Rycina 6. Połyskliwy materiał, zastosowany zwłaszcza na posadzkach, generuje nieprzyjemne zjawisko olśnienia.

Figure 6. Glossy material, especially when applied on floors gives an annoying glare effect

Źródło: <http://www.archdaily.com/323790/avila-hospital-eacsn/>
Source: <http://www.archdaily.com/323790/avila-hospital-eacsn/>

Natomiast nieładka faktura (matowa, półmatowa) wpływa znacząco na podwyższenie jakości akustycznej wnętrza, co ma z kolei wpływ na odczytywanie takiej przestrzeni jako bardziej przyjaznej w użytkowaniu. Najlepiej, gdy przestrzeń publiczna jest oświetlona światłem dziennym, a jeśli zajdzie potrzeba, rozproszonym światłem sztucznym o średnio ciepłej temperaturze (Rycina 7).



Rycina 7. Najlepiej, gdy przestrzeń publiczna jest oświetlona światłem dziennym lub rozproszonym światłem sztucznym o średnio ciepłej temperaturze.

Figure 7. Public space should have an access to the natural light or be illuminated with the equally distributed artificial light having mid-warm temperature

Źródło: <http://www.archdaily.com/347370/randall-children-hospital-zgf-architects-llp/>

Source: <http://www.archdaily.com/347370/randall-children-hospital-zgf-architects-llp/>

Niezależnie od aspektów prawnych dotyczących oświetlenia, zawartych w Polskich Normach, jest kilka podstawowych składowych dobrego oświetlenia – bezpieczeństwo, dobre widzenie, komfort wizualny i estetyka. Dodatkowymi parametrami wpływającymi na jakość oświetlenia są współczynniki odbicia powierzchni, czyli sposób i kolor wykończenia obiektu. Dla służby zdrowia wymaga się płaszczyzn jasnych o wysokich parametrach odbiciowych. Dodatkowo powinniśmy na samym początku zdać sobie sprawę, że system oświetlenia może generować nawet 50% kosztów utrzymania budynku szpitala. Dlatego dąży się do wprowadzania nowoczesnych i energooszczędnych rozwiązań, które w skrajnym przypadku mogą obniżyć koszty do 30% [5].

Warto zauważyć równocześnie, że w szpitalach elementy przestrzeni wspólnej o charakterze społecznym, jak zespoły rejestracji, izby przyjęć, główne hole, toalety czy szatnie, stanowią obszar o charakterze reprezentacyjnym, decydującym o tzw. pierwszym wrażeniu. Właśnie często ta pierwsza impresja, odczuwana zaraz po wejściu do budynku, determinuje nasze dalsze zachowanie i wpływa na samopoczucie. Stosując odpowiednie oświetlenie przestrzeni wspólnych szpitala, skorelowane z systemem informacji wizualnej budynku, uzyskamy czytelniejszą dla pacjenta przestrzeń oraz zwiększymy jego poczucie bezpieczeństwa, eliminując stres związany z poszukiwaniem właściwej drogi. Jednoznaczne oświetlenie – podkreślenie światłem głównej rejestracji czy punktu informacyjnego, głównych ciągów komunikacyjnych, ale także zewnętrznych dojeżdżających do budynku – ułatwi pacjentowi identyfikację przestrzenną. Światło może służyć także podkreśleniu detali architektonicznych, elementów plastycznych wnętrza (obrazy, grafiki, plakaty, faktura ścian itp.). Taki zabieg spowoduje, być może, częściowe odwrócenie uwagi pacjenta od jego dolegliwości i ulży stresowi, dzięki czemu ułatwi personelowi zarówno diagnostykę, jak i pracę.

Wyposażenie meblowe izby przyjęć.

Inne elementy wystroju wnętrza

Izba przyjęć czy szpitalna poczekalnia jest miejscem, gdzie przebywa zazwyczaj zdenerwowany, niespokojny pacjent oczekujący na konsultację czy zabieg. Trudno mu zapanować nad stresem. W takim miejscu kluczowymi wydają się być przejrzystość i jednoznaczność układu funkcjonalnego. Pacjent musi odczuwać pewność, że znajduje się we właściwym miejscu, że trafił tam, gdzie zamierzał. Dobrze, żeby miejsca wyznaczone w poczekalni umożliwiały obserwację całego pomieszczenia, także możliwie wszystkich wejść. Z drugiej strony, aranżacja miejsc siedzących powinna dawać minimalne poczucie izolacji i intymności, bez nadmiernej ekspozycji chorego na widok każdego wchodzącego. Można w tym celu stosować częściowe przepierzenia lub ustawić kompozycje z kwiatów, paneli dekoracyjnych.

Niekorzystny jest dość powszechnie stosowany układ poczekalni polegający na uszeregowaniu rzędów krzeseł pod ścianami. Lepiej aranżować poczekalnie skupiskami siedzisk zwróconymi do siebie, ale w takiej konfiguracji, by kilka z siedzisk dawało możliwość większej alienacji niż pozostałe. Kolorystyka, dekoracja, stylistyka wnętrza powinny być możliwie neutralne dla pacjenta, nie budzić zbyt silnych skojarzeń i emocji. Pacjenci zle się czują we wnętrzach przestylizowanych, zbyt nowoczesnych, zbyt awangardowych. Taka architektura może onieśmielać, powodować niepokój, czasem poczucie wyobcowania. Dobrze, jeśli wnętrze daje wrażenie zbliżone do tego, jakie wywołują warunki domowe. Zawsze pozytywne wrażenie robi dbałość o szczegóły, gdy pacjent czuje, że jest ważny, że się o niego dba. Dzieje się tak, gdy ma on zapewniony dostęp do napojów, prasy, szatni oraz do informacji. Czasem mniej ważne staje się to, że musi oczekiwać na badanie, tylko to, że tak naprawdę nie wie, jak długo potrwa to oczekiwanie.

Naukowcy podkreślają także znaczenie sztuki w przestrzeni szpitala. Przeprowadzone przez zespół badaczy z Finlandii badania na oddziale chirurgicznym potwierdzają, że w zasadzie możliwe jest takie projektowanie szpitali, by wprowadzać sztukę do niemal każdej szpitalnej przestrzeni [6].

Psychologiczne uwarunkowania rozwiązań architektonicznych w szpitalach

Jak zauważa Marek Czyński, „brakuje powszechnego zrozumienia relacji pomiędzy budynkami i ich otoczeniem a ludzką potrzebą bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego (...). Wady rozwiązań architektonicznych (...) przyczyniają się do powstawania sytuacji stresowych, niekorzystnych dla ludzkiego zdrowia i samopoczucia” [7].

W tym względzie istotne społecznie jest właściwe prowadzenie procesów adaptacji funkcjonalno-przestrzennej istniejących obiektów szpitalnych, a więc w taki sposób, by realizować wszystkie wytyczne wynikające ze stopnia zaawansowania i postępu nowych technologii w medycynie i psychologii. Ważne jest zwrócenie uwagi na świadome tworzenie bezpiecznego, komfortowego i ergonomicznego środowiska wewnętrznego, w którym przebiega proces terapii [8].

W strefie izby przyjęć pacjentów, szczególnie dotyczy to dzieci (ale w tym samym stopniu ludzi starszych), architektura może wywołać wzrost poczucia bezpieczeństwa i tzw. działania akomodacyjne sprzyjające terapii. Może być odwrotnie – rozwiązania architektoniczne, przestrzenne mogą potęgować lęk, strach, uczucie paniki, zamknięcia, utrudniając tym samym kontakt z pacjentem, proces diagnozowania itp.

Z pozoru może się wydawać, że szpital jako budynek naszpikowany nowoczesnymi systemami uniemożliwia swobodne kształtowanie wnętrza architektonicznych. Tymczasem w obszarze sal operacyjnych czy poko-

jów zabiegowych występuje szereg ograniczeń, nawet w kwestii kolorystyki. Natomiast trzeba zwrócić uwagę na fakt, że w szpitalach przestrzeń publiczną o charakterze do społecznym możemy łatwo wyodrębnić i zdefiniować. W jej skład wchodzi wszystkie dojścia i dojazdy do budynku szpitala, w tym także parkingi, izba przyjęć i korytarze, pomieszczenia wspomagające, jak szatnie, toalety i świetlice. Są to obszary o dużym potencjale architektonicznym, gdzie poprzez rozwiązania funkcjonalno-przestrzenne, dobór kolorystyki i wyposażenia można usprawnić organizację i komunikację pacjentów.

Przykłady na świecie

Pierwszym przykładem, o którym wspominamy, jest szpital ortopedyczny dla dzieci i młodzieży w Ashau, zaprojektowany przez Hansa Nickla i jego zespół (Rycina 8). W reprezentacyjnej przestrzeni foyer zaprojektowano ściankę wspinaczkową dla dzieci, która stanowi oryginalną reliefową dekorację ścienną. Jest także wykorzystywana pod nadzorem instruktora przez małych pacjentów do ćwiczeń i zabaw. Ale przede wszystkim jest ona detalem architektonicznym, który szczególnie przemówi do młodego pacjenta, odwracając jednocześnie jego uwagę od niewątpliwie przykrych dla niego czy stresujących badań lub zabiegów [9].



Rycina 8. Szpital ortopedii dziecięcej w Aschau. Strefa izby przyjęć ze ścianką wspinaczkową.
Figure 8. Aschau Children's Hospital. Hospital lobby area with a climbing wall.

Źródło: <http://www.nickl-partner.com>
Source: <http://www.nickl-partner.com>

Drugim, ciekawym przykładem, gdzie poprzez elementy architektury wewnątrz odwraca się uwagę pacjentów, tworząc zaskakujące dla nich, ale i przyjemne doznania, jest klinika dentystyczna Kids Doc w Berlinie. W centralnym miejscu izby przyjęć zainstalowano rejestrację małych pacjentów w replice samolotu do złudzenia przypominającego Boeing 747. Pacjenci zapraszani są do przeżycia podniebnej przygody z wieloma atrybutami charakterystycznymi dla lotnictwa. Nawet personel pielęgniarski przebrany jest za stewardesy. Ostatecznie

lęk przed zabiegiem czy strach przed dentystą ustępują miejsca najpierw ciekawości, a potem ekscytacji [10].

Innowacyjne metody projektowe sprzyjały stworzeniu wyjątkowego w skali kraju oddziału onkologicznego dla młodzieży w szpitalu Królowej Elżbiety w Birmingham. Intencją było stworzenie miejsca leczenia nowotworów, które w swojej stylistyce będzie odpowiadało poczuciu estetyki pacjentów – nastolatków. I tak zaaranżowano pomieszczenia w bardzo modnym wśród młodzieży stylu lat 60. i loftów Nowego Jorku. Wyposażenie meblowe stanowią bardzo popularne i designerskie modele krzeseł z Vitry. Same łóżka szpitalne również zostały zaprojektowane w bardzo indywidualny sposób. Są wyposażone w metalowe, kolorowe wezglowia, które za pomocą magnesów, zdjęć, plakatów czy zmywalnych markerów można dekorować i nadawać w ten sposób szpitalnej przestrzeni bardzo zindywidualizowany charakter. Do tej pory utworzono 17 takich oddziałów. Natomiast sukces zastosowanych rozwiązań projektowych spowodował, że powstanie 16 kolejnych.

Zachowanie intymności, poufność przekazywanych danych

Miejsce przyjęcia pacjenta do szpitala – czy dotyczy to przyjęć planowych, czy na SOR – zazwyczaj wyposażone jest w tzw. rejestrację przyjęć. W większości szpitali ma ona charakter lady obsługi, gdzie z jednej strony do dyspozycji pozostaje personel, po drugiej zaś stronie stoi/siedzi pacjent. O ile takie otwarte rozwiązania sprawdzają się w punktach obsługi klientów w obiektach np. handlowych, to w specyficznym miejscu, jakim jest szpital, nastęrczają wielu trudności. Przede wszystkim, ze względu na swój otwarty charakter, nie zapewniają pacjentom należytej intymności i poufności przekazywanych informacji. Izby przyjęć z powodu ograniczonej powierzchni są często przepełnione pacjentami. Nierzadko zestresowanymi, poirytowanymi, zniecierpliwionymi. Pierwszy wywiad z pacjentem, gdzie padają także kłopotliwe pytania, np. o przebyte choroby, stan zdrowia itp., powinien być przeprowadzony w sposób spokojny, delikatny, dyskretny i rzetelny, tak by ograniczyć wgląd osób postronnych. Szczególnie dotyczy to osób starszych, łatwiej ulegających wpływom otoczenia i rozproszeniu uwagi.

W związku z powyższym bardzo pożądanym jest, by miejsca rejestracji pacjentów stanowiły wyodrębnione pomieszczenia, ewentualnie dźwiękoszczelne boksy. Takie rozwiązania zapewne łatwiej projektować w nowych obiektach niż w przypadku modernizacji szpitali istniejących, niemniej, także z uwagi na obowiązującą ustawę o ochronie danych osobowych, takie rozwiązania powinny stać się obligatoryjne, choćby dlatego, że w trakcie wywiadu padają pytania o przebyte choroby, a sam wywiad rozpoczynają pytania o podstawowe dane osobowe pacjenta.

Osobnym tematem jest aktualnie szeroko dyskutowana kwestia agresji pacjentów wobec personelu szpitala. Coraz częściej dochodzi do agresywnych zachowań w szpitalach – zazwyczaj w izbach przyjęć lub na oddziałach ratunkowych. Uporządkowanie przestrzeni izby przyjęć przez jednoznacznie wydzielone pomieszczenia rejestracji, bez możliwości ingerencji osób niepożądanych, mogłoby wpłynąć na częściową eliminację takich zdarzeń. Kształtując świadomie układ funkcjonalno-przestrzenny izby przyjęć, mamy do pewnego stopnia możliwość manipulacji i sterowania zachowaniem pacjentów w niej przebywających.

Stosując np. przesłony, czy – jeśli to możliwe – korzystając z osobnych pomieszczeń w celu przeprowadzenia wywiadu z pacjentem, ograniczamy specyficzny „hałas szpitalny” w izbie przyjęć. Wpływa to na emocje pacjentów, a także na pracę i skupienie personelu podczas rozmowy. Poprawa komunikacji pomiędzy personelem a pacjentem jednoznacznie wpływa na jakość pracy izby przyjęć i usprawnia jej organizację.

Personel i odwiedzający. Partycypacja w projektowaniu szpitala

Architektura szpitali wpływa pozytywnie na postawę personelu, któremu łatwiej identyfikować się z miejscem pracy i który lepiej się czuje i działa efektywniej w atrakcyjnej wizualnie przestrzeni [2]. To samo dotyczy osób odwiedzających. Szpitale starają się umożliwić pobyt osób bliskich, które mają pozytywny wpływ na pacjenta i mogą wyręczyć personel szpitalny w prostych czynnościach, jak umycie pacjenta, podanie posiłku itp.

Wydaje się, że właściwą metodą w projektowaniu szpitali będzie projektowanie partycypacyjne, czyli uwzględniające opinie potencjalnych użytkowników przestrzeni [12]. Przy czym zwróćmy uwagę, że chodzi nie tylko o projektowanie nowych obiektów. Bardzo ważne jest projektowanie przebudowy, rozbudowy czy remontu szpitali istniejących, gdzie chociażby ze względu na zmieniające się metody, technologie medyczne czy wymogi sanitarne konieczne są zmiany funkcjonalno-przestrzenne. W przypadku architektonicznego projektowania szpitali wiedzę na temat wielu rozwiązań z zakresu architektury budynku dostarczają pacjenci, personel, osoby odwiedzające chorych oraz firmy świadczące usługi outsourcingowe na terenie szpitala.

Korzystając z wiedzy bezpośrednich użytkowników, zespołu zarządzającego czy wyspecjalizowanych projektantów, można już na samym wstępie uniknąć wielu złych rozwiązań, które prowadzą nieuchronnie do kolejnych zmian w budynku [13].

W 2010 r. naukowcy z Uniwersytetu w Teheranie przeprowadzili ocenę poczucia bezpieczeństwa pacjentów przebywających na 14 oddziałach szpitalnych w kraju (m.in. na oddziałach chirurgicznym, ortopedycznym, neurologicznym, neurochirurgicznym). W badaniach

brał udział personel pielęgniarski (w sumie ankietowano 42 osoby, wybierano po 3 z każdego oddziału). Badania były bardzo szczegółowe i uwzględniały m.in. płeć i wiek tych osób. Ocenie poddawano zarówno środowisko zbudowane szpitala, jak i szpitalne łóżka czy instalacje. Oceniono, że poziom satysfakcji i bezpieczeństwa dla wszystkich oddziałów generalnie jest na poziomie średnim, przy czym najlepsze wyniki uzyskał oddział urologiczny, a najgorsze chirurgia ortopedyczna [14].

Takie podejście do projektowania wyzwała nowe, kreatywne metody rozwiązywania problemów projektowych, dostarcza projektantom cenną wiedzę o użytkownikach przestrzeni, ale także wpływa na pracę personelu, integruje pracowników i daje poczucie odpowiedzialności za przestrzeń.

Pierwszym etapem projektowania architektonicznego szpitala będzie zbudowanie wiedzy na temat funkcjonowania budynku. Wykonuje się ankiety, przeprowadza wywiady z pracownikami, gromadzi się wiedzę na temat istniejących szpitali o podobnym profilu. Sporządza się dokumentację fotograficzną. Analizuje się wszystkie wcześniejsze zmiany w obrębie budynku – przebudowy i remonty. Stosuje się metody oceny jakości środowiska zbudowanego. Oceny jakości obiektów stają się bardzo przydatne w planowaniu i ukierunkowaniu procesów modernizacyjnych, a przede wszystkim pomagają uchwycić zaistniałe zmiany i nowe potrzeby w użytkowaniu obiektu.

Wśród etapów pracy wyróżnia się: zebranie dokumentacji projektowej budynku i dokumentacji inwentaryzacji, uzupełnionych informacjami od zarządu i głównych użytkowników; ustalenie wspólnie z zarządcą ostatecznego zakresu oceny i głównych zadań; wykonanie dokumentacji fotograficznej, osobistych obserwacji, przeprowadzenie rozmów z użytkownikami (pracownikami, pacjentami); analizę historii budynku w zakresie przeprowadzonych prac remontowych, dotychczasowych adaptacji (gdy jakiś element budynku często psuje się, szybciej zużywa, być może świadczy to o niedopasowaniu funkcjonalnym) [15].

Użytkownik występuje w pozycji eksperta w kwestii użytkowanej przez siebie przestrzeni.

Na podstawie tego etapu prac sporządza się graficzne analizy, schematy funkcjonowania w przestrzeni szpitala, analizy spełnienia potrzeb organizacyjnych, studia behawioralne. Wykonuje się ankiety, kwestionariusze, dzięki którym ocenia się oczekiwania i potrzeby użytkowników oraz to, w jakim zakresie spełnia je budynek. Przykłady niedogodności możliwe do zdiagnozowania w ocenie POE to często: zbytne zatłoczenie powodujące zmniejszenie prywatności, nieergonomiczne wyposażenie, trudna orientacja w obiekcie, niski poziom efektywności wykorzystania przestrzeni [15].

Badania przeprowadzone przez zespół amerykańskich i tajwańskich naukowców na grupie 680 pacjentów wykazały zależność pomiędzy percepcją przestrze-

ni wspólnych szpitala i poziomem satysfakcji a innymi czynnikami charakteryzującymi pacjenta, jak wiek, płeć czy nawet pora dnia przeprowadzonych badań. I tak osoby starsze wykazywały znacznie większe zadowolenie wynikające z odbioru wizualnego wnętrza niż inne grupy, pacjenci odwiedzający szpital pierwszy raz wykazywali niższy poziom satysfakcji niż pacjenci przebywający w nim powtórnie, pacjenci przybywający do szpitala w godzinach popołudniowych byli mniej zadowoleni od tych odwiedzających szpital w godzinach rannych. Mężczyźni wykazywali większe zadowolenie z poziomu czystości pomieszczeń szpitala niż kobiety. Obrazuje to, że przeprowadzając badania jakościowe istniejących budynków, w interpretacji wyników należy brać pod uwagę aspekty takie jak płeć pacjenta, wiek, porę dnia czy czas pobytu w szpitalu w momencie prowadzenia badań. W tych samych badaniach przedstawiono propozycje samych pacjentów odnośnie poprawy jakości wnętrz. Mniej więcej 40% ankietowanych sugerowało umieszczanie w poczekalniach czasopism, gazet itp., prawie 32,4% proponowało zainstalowanie telewizorów, 20% – dostęp do wody, 15% – broszury informacyjne o zdrowiu, 4,4% – dyspozycyjność wózków inwalidzkich, 12% – miejsca do niezakłóconego odpoczynku [16].

Celowość takich badań wynika z szybko zmieniających się potrzeb użytkownika w związku z rozwojem technologii w medycynie i pojawieniem się nowych metod leczenia. Oprócz obiektywnych korzyści w postaci stworzenia w formie projektu czy to planu modernizacji, czy adaptacji, potencjalnie otrzymujemy korzyści istotne psychospołeczne.

Podsumowanie

Dobre samopoczucie użytkowników szpitala (pacjentów, gości, pracowników) jest częściowo zależne od jakości środowiska fizycznego, w którym się znajdują. Istotna jest nie tylko strona wizualna środowiska architektonicznego przestrzeni publicznej szpitala (wyposażenie, kolor, faktura, oświetlenie), ale także organizacyjna i informacyjna (system informacji wizualnej). W wielu szpitalach – z różnych względów – przestrzeń ogólnodostępna jest źle zorganizowana, co wpływa na utrudnione jej użytkowanie. Niekiedy wprowadzenie niewielkich zmian może znacząco podwyższyć jakość środowiska architektonicznego, a co się z tym wiąże – do pewnego stopnia poprawić samopoczucie użytkowników.

PIŚMIENNICTWO

1. Gillespie R., Architecture and power: a family planning clinic as a case study, *Health & Place* 2002, 8, 211–220.
2. Mourshed M., Zhao Y., Healthcare providers' perception of design factors related to physical environments in hospitals, *J. Environ. Psychol.* 2012, 32, 362–370.
3. Rama Devi N.R., Behavioural Study of Children in Paediatric Hospitals: A Design Perspective, 3rd International Conference on Ecological, Environmental and Biological Sciences 2013, 67–70.
4. <http://www.biesek.com/whatis.html> (data dostępu: 20.05.2013).
5. Gawlak A., Pruszewicz-Sipińska E., Oświetlenie w architekturze a budynki służby zdrowia, *Zeszyty Nauk. Wydz. Architektury Politechniki Poznańskiej* 2013; w opracowaniu.
6. Wikström B.-M., Westerlund E., Erkkilä J., *Open J. Nurs.* 2012, 2, 188–195.
7. Czyński M., Architektura w przestrzeni ludzkich zachowań. Wybrane zagadnienia bezpieczeństwa w środowisku zbudowanym, Wyd. Uczelniane Politechniki Szczecińskiej, Szczecin 2006, 7.
8. Bańka A., Społeczna psychologia środowiskowa, w: *Środowisko w ochronie zdrowia i korygowaniu zaburzeń*, Wyd. Nauk. Scholar, Warszawa 2002, 318–327.
9. <http://www.nickl-partner.com> (data dostępu: 20.05.2013).
10. Meuser P., *Construction and Design Manual. Medical Practices. Building Typologies Public Health*, DOM Publishers, Berlin 2010, 12, 13.
11. <http://www.archdaily.com/150883/teenage-cancer-trust-tytu-two-create/> (data dostępu: 20.05.2013).
12. Adams A., Theodore D., Goldenberg E., McLaren C. et al., Kids in the atrium: Comparing architectural intentions and children's experiences in a pediatric hospital lobby, *Soc. Sci. Med.* 2010, 70, 658–667.
13. Villeneuve J., Remijn S.L.M., Lu J. et al., Ergonomic Intervention in Hospital Architecture, in: *Meeting Diversity in Ergonomics*, Pikaar R.N., Koningsveld E.F.P., Settels P.J.M. (ed.), Elsevier Ltd., Amsterdam 2007, 243–269.
14. Farzianpour F., Fouroshani A.R., Dargaha K.R. et al., *Am. J. Appl. Sci.* 2012, 9 (12), 2004–2011.
15. Niezabitowska E., Użytkowanie budynków, jakość budynku i procesy jej tworzenia, w: *Wybrane elementy Facility Management w architekturze*, Niezabitowska E. (red.), Wyd. Politechniki Śląskiej, Gliwice 2004, 48–62 i 139–154.
16. Tsai C., Wang M., Liao W. et al., Hospital outpatient perceptions of the physical environment of waiting areas: the role of patient characteristics on atmospherics in one academic medical center, *BMC Health Serv. Res.* 2007, 7:198, 1–9.

Adres do korespondencji:

mgr inż. arch. Karolina Skalska
Wydział Architektury, Politechnika Poznańska
e-mail: karolina.skalska@doktorate.put.poznan.pl

RODZINA JAKO ŚRODOWISKO KSZTAŁTUJĄCE ZACHOWANIA ZDROWOTNE DZIECI Z CUKRZYCĄ TYPU 1

THE FAMILY AS AN ENVIRONMENT INFLUENCING HEALTH BEHAVIOURS OF CHILDREN WITH TYPE 1 DIABETES

MAIA STANISŁAWSKA-KUBIAK¹, EWA MOJS¹, RAFAŁ W. WÓJCIAK^{1,2}

¹Zakład Psychologii Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Ewa Mojs

²Zakład Higieny i Toksykologii Żywności, Katedra Higieny Żywnienia Człowieka
Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. Jan Jeszka

Streszczenie

Analiza danych epidemiologicznych wskazuje na stały wzrost zachorowań dzieci na cukrzycę typu 1. Proces leczenia jest skomplikowany i wymagający od dziecka wielu umiejętności. Diabetolodzy wciąż szukają odpowiedzi na pytanie, jak skutecznie wspomagać proces leczenia dzieci i młodzieży, aby nie dochodziło do wczesnych powikłań. Aby osiągnąć prawidłowe wyrównanie glikemiczne, potrzebna jest współpraca chorego dziecka i jego rodziny z zespołem diabetologicznym. Rodzina może zarówno być czynnikiem ryzyka dla dziecka, jak i wspierać dziecko w zachowaniach prozdrowotnych. Niniejszy artykuł przedstawia, w oparciu o podejście systemowe, wybrane trudności towarzyszące budowaniu konstruktywnych zachowań zdrowotnych w grupie dzieci chorujących na cukrzycę typu 1.

Słowa kluczowe: dziecko, rodzina, cukrzyca typu 1, czynniki ryzyka, zachowania prozdrowotne.

Abstract

The analysis of epidemiological data shows a steady increase in the number of children affected with type 1 diabetes. The treatment is complicated and places several demands on children (i.e. learning new skills). Diabetologists have been looking for ways to effectively improve the treatment process so that early complications could be avoided. In order to achieve a good glycaemic control, the cooperation between the child, its family and the diabetological team is necessary. The family may be both a risk factor and a supporting factor which positively affects the desired health-related behaviours of their children. The article presents selected difficulties associated with shaping positive health – related behaviours in the group of children with type I diabetes based on the systemic approach.

Key words: child, family, type 1 diabetes, risk factors, positive health-related behaviours.

Wprowadzenie

Dziecko chore przewlekle, jako członek rodziny, podlega jej nieustannym wpływom – rodzina to podstawa jego rozwoju oraz dobrostanu somatycznego i psychicznego. Trudności występujące w rodzinie to początek zakłóceń funkcjonowania związanego z zarządzaniem chorobą; w związku z tym istnieje ryzyko pojawienia się trudności zarówno fizycznych, jak i psychologicznych. Trudności te z kolei uruchamiają szereg mechanizmów, które utrudniają zachowania antyzdrowotne oraz takie, które nie gwarantują, szeroko pojmowanego, zdrowia.

Niniejszy artykuł przedstawia, w oparciu o podejście systemowe, wybrane trudności towarzyszące budowaniu konstruktywnych zachowań zdrowotnych w grupie dzieci chorujących na cukrzycę typu 1. Główny nacisk kładziemy tu na analizę czynników ryzyka pochodzenia rodzinnego oraz na analizę sposobów wspierania zachowań prozdrowotnych, jak również budowania prawidłowych umiejętności związanych z zarządzaniem chorobą.

Epidemiologia i skutki cukrzycy typu 1

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) cukrzyca typu 1 to jedna z najczęstszych chorób przewlekłych okresu rozwojowego. W 2007 roku WHO uchwaliła rezolucję uznającą cukrzycę za epidemię współczesnej cywilizacji; eksperci szacują, że w 2005 roku liczba osób z cukrzycą osiągnie 330 milionów. Obecnie cukrzyca typu 1 stanowi około 10% wszystkich zaburzeń metabolizmu węglowodanów – choruje na nią ponad 20 mln ludzi, w tym około 150 tysięcy w Polsce [1]. Ponad 40% pacjentów z tą postacią cukrzycy ma mniej niż 20 lat. Najwyższe wskaźniki zachorowalności wśród dzieci obserwuje się w grupie 10–14-latków, natomiast najszybszy wzrost zapadalności dotyczy dzieci poniżej 5 roku życia [1].

W Tabeli 1 przedstawiono wybrane medyczne i psychologiczne skutki wstępowania cukrzycy typu 1 u dzieci.

Tabela 1. Wybrane skutki cukrzycy typu 1 dla dzieci
Table 1. Selected effects of type 1 diabetes in children

Medyczne skutki cukrzycy typu 1 u dzieci	Psychologiczne skutki cukrzycy typu 1 u dzieci
<ul style="list-style-type: none"> • Powikłania naczyniowe, w następstwie których dochodzi do uszkodzenia wielu narządów • Mikroangiopatia • Neuropatia • Retinopatia • Nefropatia cukrzycowa • Makroangiopatia 	<ul style="list-style-type: none"> • Zaburzenia koncentracji • Zaniżona samoocena • Depresyjność • Zaburzenia spostrzegania własnego ciała • Wysoki poziom lęku • Chroniczny stres

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Leczenie cukrzycy jest trudne, składa się z wielu elementów, które muszą wzajemnie współgrać i jednocześnie być dostosowywane do ciągle zmieniającego się stanu psychofizjologicznego chorego dziecka. Jednym z najważniejszych elementów jest funkcjonalna, intensywna insulinoterapia z zastosowaniem wielokrotnych wstrzyknięć za pomocą pena lub ciągłego podskórnego wlewu insuliny przy użyciu osobistej pompy insulinowej. Niezbędne są również: kilkakrotne w ciągu dnia monitorowanie poziomu glukozy we krwi, dobieranie odpowiedniej diety (w której każdy produkt trzeba zważyć i obliczyć jego wymienniki węglowodanowe i białkowo-tłuszczowe, aby dopasować do niej odpowiednią ilość insuliny) oraz systematyczny wysiłek fizyczny.

Takie leczenie jest możliwe jedynie w połączeniu ze stałą edukacją chorego i jego rodziny, przy dokładnej samokontroli oraz codziennym trenowaniu umiejętności przestrzegania zaleceń związanych z insulinoterapią połączoną z dietą i wysiłkiem fizycznym. Już same wymagania czynią cukrzycę typu 1 poważnym źródłem stresu zarówno dla dziecka, jak i wszystkich innych członków rodziny. Rodzina konfrontuje się z wieloma różnymi wyzwaniami, takimi jak: ciągła normalizacja poziomu glukozy we krwi, która wymaga stałego zwracania uwagi na objawy choroby, cierpliwość w jej prowadzeniu, jak również konieczność ciągłego doksztalcania się, po to, by modyfikować zalecenia lekarskie w sytuacji, gdy chory za dużo i/lub za mało zje, podejmie większy lub mniejszy wysiłek fizyczny, zachoruje, przeżywa zbyt dużo sytuacji stresowych itp. Wszystkie te elementy generują chroniczny stres.

Stres powoduje z kolei wydzielanie hormonów będących w opozycji do insuliny, które zaburzą metabolizm organizmu [2]. Hormony stresu powodują wzrost stężenia glukozy we krwi, co wymaga dodatkowej dawki insuliny. Istnieją sprzeczne dowody na to, czy stres bezpośrednio wpływa na zachorowanie i przebieg cukrzycy [3, 4]. Niemniej badania wskazują, iż wyrównanie glikemiczne jest gorsze u osób odczuwających większy

stres [4] oraz brak wsparcia [4, 5]. Konsekwencją może być stosowanie strategii opartych na emocjach i unikaniu konfrontacji z chorobą oraz uruchamianie myślenia życzeniowego [6].

Włączenie rodziny do procesu terapii korzystnie wpływa na lepsze zrozumienie problemów związanych z chorobą, oddziałuje na motywację, ułatwia realizację zachowań prozdrowotnych.

Życie rodzinne jako czynnik ryzyka w rozwoju zachowań ryzykownych związanych z prowadzeniem cukrzycy typu 1

Problemy życia rodziny z dzieckiem chorującym na cukrzycę typu 1 ilustruje napisana przez Luthera Traversa recepta na powodowanie problemów psychologicznych w rodzinie, która składa się z siedmiu punktów (wszystkie dotyczą cukrzycy):

- „Obdarz członka rodziny przewlekłą chorobą – daj ją dziecku.
- Spraw, by choroba miała niejasne pochodzenie – wskaż na jej wrodzony charakter, ponieważ wtedy każdy będzie czuł się winny.
- Spowoduj, aby leczenie zasadnicze dla dobrego stanu chorego było czasochłonne i trudne.
- Uczyni to bolesnym.
- Spraw, by leczenie kłóciło się z normalnym trybem życia, bo wtedy wszyscy będą niezadowoleni.
- Spowoduj, żeby samodyscyplina było podstawą sukcesu w leczeniu, gdyż to wywołuje trudności.
- Włącz w to wszystko wielodyscyplinarny zespół, w którym poszczególni członkowie nie są pewni dróg leczenia i mogą dawać pacjentowi oraz jego rodzinie sprzeczne rady” [7].

Warunkiem dobrej kontroli cukrzycy jest posiadanie przez pacjenta oraz członków jego rodziny jak najlepszej wiedzy i informacji o chorobie, sposobach jej leczenia i właściwego odżywiania, a także o zasadach samokontroli. Badania z literatury są zgodne. Dowodzą, że rodzina jest integralnym czynnikiem prowadzenia cukrzycy u dzieci. Wyniki badań pokazują, że wysoki poziom spójności i zgodności z odpowiedzialnym i wspierającym zachowaniem ma związek z lepszym sprawowaniem ścisłej kontroli glikemii. Natomiast konflikty w rodzinie często powodują brak odpowiedzialności w prowadzeniu cukrzycy u dziecka i mają związek z gorszym trybem życia i kontrolą glikemii. Znaczące w rodzinach dysfunkcyjnych jest to, że w większości klinicznych obserwacji młodzieży pojawiają się nawracające kwasice ketonowe [8, 9]. Badania pokazują, że również czynniki socjodemograficzne, takie jak samotne rodzicielstwo [10] i niskie dochody, mają związek z większym ryzykiem złego prowadzenia cukrzycy [11].

Wielu rodziców ma również psychologiczne problemy po diagnozie cukrzycy 1 typu u swojego dziecka. U 1/3 matek pojawia się ryzyko depresji. Większość

problemów z przystosowaniem u matek pojawia się w trakcie pierwszego roku po otrzymaniu diagnozy dotyczącej choroby dziecka. Ojcowie dzieci z cukrzycą często spełniają kryteria diagnozy stresu posttraumatycznego po 6 tygodniu od rozpoznania choroby u ich dziecka [12]. Brak perspektywy na wyzdrowienie i ryzyko powikłań oraz konieczność wzięcia odpowiedzialności za przebieg choroby stanowią duże obciążenie. Świadomość, że choroba może zakłócać rozwój emocjonalny i poznawczy dziecka, że wymaga codziennego wysiłku, a leczenie spoczywa głównie na dziecku i/lub jego rodzinie, powoduje permanentne napięcie i w konsekwencji poczucie wyczerpania, zmęczenia, smutku czy złości. Choroba może również determinować realizację zadań rozwojowych, takich jak: założenie rodziny, posiadanie potomstwa, wybór zawodu (konieczność porzucenia planów zawodowych czy marzeń o karierze kierowcy, policjanta lub pilota) [13,14].

Emocje o zmieniającej się intensywności i treści towarzyszą rodzicom dziecka chorego na cukrzycę przez cały czas trwania choroby. Powszechnymi reakcjami emocjonalnymi są lęk, niepokój, poczucie zagrożenia. To, jak dziecko i jego rodzice poradzą sobie z nową sytuacją, zależy od wielu czynników, takich jak: osobowość pacjenta, poziom inteligencji, umiejętność radzenia sobie ze stresem, emocje, uruchamiane mechanizmy obronne i zachowania w obliczu choroby oraz zewnętrzne wsparcie [12]. Wiele zależy od oceny poznawczej odnoszącej się do cukrzycy, która pozostaje w związku z tym, jak dziecko spostrzega to, co o jego chorobie myśli rodzice i otoczenie [15].

Cukrzyca, jako choroba przewlekła i nieuleczalna, wiąże się z ciągłym emocjonalnym napięciem również dla rodzica, który chce wspierać dziecko. W konsekwencji może pojawić się mechanizm współzależnienia od zachowań dziecka i jego poziomu glikemii u opiekuna. I tak, poziom napięcia i niepokoju wzrasta wraz z poziomem glikemii u dziecka, co sprawia, że jeszcze trudniej jest go stabilizować, ponieważ stres podwyższa poziom cukru we krwi [16].

W rodzinach dzieci z cukrzycą typu 1 spotykamy uczenie się określonego stylu życia obejmującego kilka istotnych czynników ryzyka: nadopiekuńczość lub nadkontrola rodziców, która ma służyć wspieraniu chorego dziecka, a często wzmacnia poczucie bezradności oraz nadmierną koncentrację na chorobie. Niemniej brak zainteresowania wsparciem dziecka w jego chorobie jest również niebezpieczny. Nieprzeprowadzenie przez rodzinę analizy dotyczącej sposobu żywienia czy poziomu aktywności fizycznej powoduje nasilenie siedzącego trybu życia, wzrost liczby godzin spędzonych przed telewizorem i komputerem, a w konsekwencji poczucie samotności, tendencje unikowe oraz negowanie choroby. Czynniki te generują z kolei stres w rodzinie oraz jej mniejszą spójność. Tabela 2 przedstawia wybrane czynniki ryzyka dzieci z cukrzycą typu 1 w związku z oddziaływaniem

rodziców. Zdecydowanie gorsze rezultaty uzyskiwano w przypadku nadmiernie oferowanego wsparcia, odbieranego jako przesadne i wyzwalającego zachowania niesprzyjające zdrowiu, na przykład jedzenie słodyczy. Zbyt wysoki poziom wsparcia korelował również z symptomami depresji, poczuciem zależności od innych, bezsilności. Wzrost depresji u dziecka może z kolei wyzwać bezradność członków rodziny i zwiększać komplikacje medyczne. Dlatego wsparcie udzielane dzieciom z cukrzycą powinno być zbieżne z wykorzystaniem zasobów indywidualnych dziecka, co zwiększa efektywne radzenie sobie i lepsze przystosowanie do sytuacji wyzwalanych przez chorobę.

Tabela 2. Właściwości rodzica a konsekwencje dla rozwoju zachowań ryzykownych u dziecka z cukrzycą typu 1
Table 2. Parent's profile and its consequences for development of risky health – behaviors in children with type 1 diabetes

Właściwości rodziców	Konsekwencje dla dziecka
Nadopiekuńczość rodziców	Wzmacnia bezradność, nadmierną koncentrację na chorobie oraz utrudnia zdobywanie autonomii
Silny stres w rodzinie	Somatyzacja stresu, tłumienie i zaleganie takich emocji, jak smutek, złość, poczucie winy, lęk
Brak zainteresowania wsparciem dziecka w przeżywaniu choroby	Negowanie problemu, zachowania unikowe w stosunku do własnej choroby u dziecka
Brak zainteresowania aktywnością fizyczną dziecka	Siedzący tryb życia dziecka, trudniejsze wyrównanie metaboliczne
Słaba spójność rodziny i poczucie niedostatecznej opieki	Depresja, gorsze wyrównanie metaboliczne, niskie umiejętności radzenia sobie z chorobą

Źródło: opracowanie własne na podstawie pracy z rodzinami z dzieckiem z cukrzycą typu 1

Source: based on authors' analysis of their work with children with type 1 diabetes and their families

Czynniki zachowań ryzykownych w rodzinie mogą przyczynić się do pojawienia się i utrwalenia zachowań antyzdrowotnych u dziecka z cukrzycą.

Poziom i stopnie wyrównania u dziecka z cukrzycą typu 1 zwykle określa się na podstawie wskaźnika procentowego wyrównania hemoglobiny glikowanej. Wskaźniki poprawy zdrowia i zmian w zakresie zachowań zdrowotnych to HbA1c na poziomie 6,5–7,5%. Źle kontrolowana glikemia, wskaźnik HbA1c powyżej 8%, może być powodem podwyższonego poziomu lęku i niskiej samooceny. Zaburzenia lękowe u pacjentów z cukrzycą mogą przejawiać się pod postacią: zespołu lęku uogólnionego, niezróżnicowanych zaburzeń lękowych i nasilonych objawów lękowych [17]. I tak na przykład

w przypadku fobii społecznej u dziecka z cukrzycą może dominować lęk przed ujawnieniem własnej choroby. Innym obserwowanym problemem jest fobia przed wykonaniem iniekcji, której towarzyszą silne objawy wegetatywne. Charakter fobii przybiera również lęk przed hipoglikemią, co objawia się przesadną częstością sprawdzania glukozy we krwi, strachem przed zostaniem samemu w domu, przed wysiłkiem fizycznym lub unikaniem niedocukrzenia przez dojadanie lub zmniejszanie dawki insuliny, co w konsekwencji prowadzi do wysokich stężeń glukozy we krwi. Diagnoza objawów zaburzeń lękowych jest utrudniona, ponieważ objawy mogą być podobne do objawów hipoglikemii.

Wskazania do terapii w większości wymagają od dziecka restrykcyjnej zmiany stylu życia – poprzez ścisłą kontrolę glikemii, podawanie insuliny do dokładnie obliczonego pokarmu, zmniejszanie dawek pożywienia, ćwiczenia fizyczne.

Prewencja i interwencja

Szczególnie w początkowej fazie choroby można skorygować przekonania pacjenta, dostarczyć rodzinie adekwatnej wiedzy i informacji. Wspieranie rodziny w momencie diagnozy może mieć wpływ na to, w jaki sposób przeżywają i myślą o chorobie rodzice; z dużym prawdopodobieństwem ich przekonania będą również dotyczyć dziecka. Dzieje się tak, ponieważ znaczenia i interpretacje nadawane wydarzeniom i sytuacjom, w których uczestniczy rodzina, osadzone są w jej doświadczeniach społecznych, kulturowych i historycznych [15].

Wsparcie społeczne

Silna więź z osobami wspierającymi odgrywa istotną rolę w odbiorze przez dziecko informacji o chorobie. Wsparcie, zwłaszcza o charakterze emocjonalnym, może oddziaływać na ocenę doświadczanego stresu i wybór strategii radzenia sobie z codziennymi trudnościami [12, 18]. Pozytywną rolę wsparcia przekłada się na lepsze radzenie sobie z trudnościami związanymi z samoopieką i kontrolą objawów cukrzycowych. Oczywiście jest, że opieka i wsparcie dla dzieci z cukrzycą w różnym wieku muszą być specyficzne. Dla młodzieży muszą być one bardziej instrumentalne; również ważne jest umożliwienie młodym ludziom doznawania wsparcia emocjonalnego od przyjaciół [12, 18]. Atrybutem dorastania jest bowiem często negatywny stosunek nastolatka do opiekunów, co w konsekwencji nasila stres dziecka i wpływa na kontrolę glikemii. Poczucie niewystarczającego wsparcia znacznie częściej powoduje wspomniane wcześniej unikowe radzenie sobie z chorobą, odizolowanie się, zaniechanie troski o własne zdrowie [12, 18]. W wielu badaniach [18] podkreślana jest zależność pomiędzy adekwatnością wsparcia a kontrolą cukru i postępowaniem zgodnym z wytycznymi lekarza.

Wsparcie społeczne wpływa znacząco na wiele aspektów zachowań prozdrowotnych rodzin z dzieckiem chorym na cukrzycę. Gdy otoczenie wykazuje zrozumienie dla choroby, dzieciom i nastolatkom dużo łatwiej jest stosować dietę, poświęcać więcej czasu na aktywność fizyczną i obserwować glikemię.

Cechy pozytywne, które mogą być wzmacniane w przebiegu choroby to, w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami, większa dojrzałość psychiczna, odpowiedzialność, wytrwałość i sumiennosc [19]. Dzieci chore na cukrzycę często są bardziej uporządkowane, mają stałe zasady i wyższy poziom empatii. W myśleniu i zachowaniach są bardziej refleksyjne i realistyczne [20].

Skuteczność pomocy dla dzieci z cukrzycą wyraża się w budowaniu w szerszym środowisku rodzinnym i społecznym warunków ułatwiających edukację, umożliwiającą utrzymywanie zachowań prozdrowotnych lub chociaż przeciwdziałanie wahaniom glikemii. Programy te nie koncentrują się jedynie na dziecku, ale na wielu obszarach, z których ono korzysta, by wspomagać jego rozwój.

Tabela 3. Obszary interwencji regulacyjnych programów przeciwdziałania powikłaniom u dzieci z cukrzycą typu 1
Table 3. Areas of intervention of programs for counteracting negative effects of type 1 diabetes in children

Szkoła	Dom	Dziecko z cukrzycą
Budowanie świadomości nauczycieli o chorobie i jej specyfice	Włączenie rodziców w zmiany stylu życia dziecka, stylu odżywiania i spędzania wolnego czasu	Dbanie o podnoszenie wiedzy o chorobie, samooceny i motywacji do zmian w stylu życia
Zmiana asortymentu sklepików szkolnych		
Aktywizujące zajęcia fizyczne		

Źródło: opracowanie własne na podstawie pracy z rodzinami z dzieckiem z cukrzycą typu 1

Source: based on authors' analysis of their work with children with type 1 diabetes and their families

Sposób i zasięg oddziaływania tak rozumianej interwencji zbliżone są w swej logice do rekonstrukcji niewykształconej w rozwoju dziecka kompetencji zdrowego (somatycznie i psychicznie) regulowania swojej aktywności w środowisku, zarówno pod względem somatycznym, jak i emocjonalnym, stąd też warto w zakresie zdrowia publicznego zwracać uwagę na działanie rodziny.

Okazuje się, że rodzina jest fundamentem prawidłowych zachowań, takich jak: odpowiednie nastawienie

do choroby, własny monitoring, pozytywne wzmocnienia, odnoszące się do zachowań prozdrowotnych, podtrzymujące rodzicielskie porozumienie i właściwy udział i odpowiedzialność w prowadzeniu cukrzycy, poprawę nawyków i kontroli glikemii [12]. Ostatnie studia na temat terapii systemowej z rodzinami z dzieckiem z cukrzycą pokazują poprawę konfliktów i trybu życia oraz poprawę kontroli glikemii przez 18 miesięcy [21]. Często dziecko nie reaguje na indywidualną terapię tak dobrze jak na rodzinną. Szczególnie w sytuacji, gdy natężenie stresu związanego z chorobą nakłada się na inne sytuacje stresowe w systemie rodzinnym [22].

Terapia rodzin przyczynia się do zwiększenia umiejętności rozwiązywania problemów i wzrostu wsparcia dzieci i rodziców, co pomaga poprawiać kontrolę glikemii u dzieci przez dłuższy czas. Interwencja psychologiczna jest również pomocna w sytuacjach podejmowanych zmian w systemie. Z badań wynika, że jeśli rodzice pozwolą starszym dzieciom i adolescentom zajmować się cukrzycą, gdy nie są oni wystarczająco dojrzałi społecznie i poznawczo, młodzi pacjenci będą mieli problemy z prowadzeniem cukrzycy, co wiąże się z określonymi konsekwencjami. Warto podkreślić, że powodem lekceważenia choroby przez dziecko jest niekiedy chęć zwrócenia na siebie uwagi [22].

Podsumowując, można stwierdzić, że rodzina jest podstawą najskuteczniejszych, pozytywnych wzmocnień i prawidłowych zachowań w prowadzeniu cukrzycy. Terapeuci systemowi powinni być częścią zespołu diabetologicznego opiekującego się rodzinami z dzieckiem z cukrzycą. Wydaje się, iż właśnie takie złożone podejście, które spotyka się coraz częściej w pracach dotyczących opieki nad dziećmi z cukrzycą i jego funkcjonowaniem w sytuacjach krytycznych i długotrwałego stresu, jest najbardziej uzasadnione.

PIŚMIENNICTWO

- Rewers M., Krętowski A., Epidemiologia cukrzycy typu 1., w: Cukrzyca, Sieradzki J. (red.), Wydawnictwa VIA MEDICA, Gdańsk 2007, 151–158.
- Peyrot M.F., McMurry J.F., Stress buffeting and glycemie control. The role of coping styles, *Diabetes Care* 1992, 15, 842–846.
- Helz J.W., Templeton B., Evidence of the role of psychosocial factors in diabetes mellitus: a review, *Am. J. Psychiatry* 1990, 147, 1275–1282.
- Psychosomatic Medicine. Psychiatric Care of the Medical, Levenson J.L. (ed.), American Psychiatric Publishing, A Division of American Psychiatric Association, Arlington 2011, 503–524.
- Chida Y., Hamer M., An association of adverse psychosocial factors in diabetes mellitus: a meta-analytic review of longitudinal cohort studies, *Diabetologia* 2008, 51, 2168–2178.
- Grey M., Cameron M.E., Thurber F.W., Coping and adaptation in children with diabetes, *Nurs. Res.* 1990, 40, 144–149.
- Silink M., Fichna P., Cukrzyca wieku dziecięcego i okresu dojrzewania, *Pediatr. Praktycz.* 1997, t. 5, Zeszyty 2, 3.
- Liss D., Waller D., Kennard B. et al., Psychiatric illness and family support in children and adolescents with diabetic ketoacidosis: a controlled study, *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 1998, 37, 536–544.
- Anderson B.J., Miller J.P., Auslander W.F., Santiago J.V., Family Characteristics of diabetic adolescents: relationship to metabolic control, *Diabetes Care* 2005, 1081, 4, 586–594.
- Thompson S.J., Auslander W.F., White N.H., Comparison of single-mother and two-parent families on metabolic control of children with diabetes, *Diabetes Care* 2001, 24, 234–238.
- Junik R., Bronisz A., Zaburzenia psychiczne w cukrzycy, w: Cukrzyca, J. Sieradzki (red.), Wydawnictwa VIA MEDICA, Gdańsk 2007, 1134–1142.
- Stanisławska-Kubiak M., Mojs E., Wójciak R., Diagnostyka i opieka psychologiczna dzieci i młodzieży z cukrzycą, w: Człowiek chory – aspekty biopsychosocjalne, t. 4, Janowski K., Artymiak M. (red.), Wyd. Polihymnia, Lublin 2009, 164–178.
- Buchnat M., Wizje przyszłego życia dzieci przewlekłe chorych na cukrzycę, Wyd. Nauk. UAM, Poznań 2008.
- Smoczkiewicz R., Działkowiak H., Wisłocka E., Wpływ sytuacji kryzysowych na dzieci i młodzież chore na cukrzycę insulinozależną, *Pediatr. Pol.* 1994, 49, 595–600.
- Stanisławska-Kubiak M., Terapia systemowa jako forma wsparcia w rodzinie z cukrzycą typu 1, w: Pomoc psychologiczna w chorobach somatycznych, Mojs E. (red.), Jeźeli p to q, wyd. SC, Poznań 2009, 67–85.
- Wojciechowska J., Stanisławska-Kubiak M., Mojs E., Sytuacja psychologiczna matki dziecka chorego na cukrzycę. Etapy procesu adaptacji do choroby jako wyznacznik wspierania i warunek pośredni równowagi glikemicznej dziecka, *Now. Lek.* 2011, 80, 6, 452–460.
- Grigsby A.B., Anderson R.J., Freedland K.E., Clouse R.E., Lustman P.J., Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review, *J. Psychosom. Res.* 2002, 53, 1053–1060.
- Dalmater A.M., Psychological care of children and adolescents with diabetes, *Pediatr. Diabetes* 2007, 8, 340–348.
- Szymańska S., Psychologiczne problemy młodzieży chorej na cukrzycę, w: Psychologia kliniczna okresu dzieciństwa i adolescencji, Czabała J.C., Zasepa E. (red.), Wyd. Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2006, 235–244.
- Szewczyk L., Wiśniowiecka M., Pomoc psychologiczna dziecku choremu na cukrzycę w zależności od dominujących cech osobowości i jakości prowadzonej samokontroli, w: Zaburzenia psychosomatyczne u dzieci i młodzieży. Teoria i praktyka, Szewczyk L., Skowrońska M. (red.), Wyd. Emu, Warszawa 2003, 127–136.
- Wysocki T., Harris M., Buckloh L. et al., Randomized trial of behavioral family systems therapy for diabetes: maintenance of effects on diabetes outcomes in adolescents, *Diabetes Care* 2007, 30, 555–560.
- Goldberg H., Goldberg I., Terapia rodzin, Wyd. UJ, Kraków 2006.

UZALEŻNIENIA WIEKU PODESZŁEGO

THE OLD AGE ADDICTIONS

MONIKA SZPRINGER¹, GRAŻYNA CZERWIAK², AGNIESZKA CZERWIAK³

¹Zakład Profilaktyki Społecznej, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik: dr hab. n. hum. Monika Szpringer prof. UJK

²Zakład Umiejętności Pielęgniarskich i Organizacji Pracy, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Lesław Krwawicz

³Absolwentka Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Streszczenie

Proces starzenia się społeczeństw stanowi interdyscyplinarny problemem współczesnego świata, wyzwając specyficzne konsekwencje społeczne, ekonomiczne i polityczne. Obok zagrożeń funduszy emerytalnych obserwowane są także niekorzystne zmiany w strukturze rodziny i jej funkcjonowaniu. Niekiedy proces starzenia się jest trudny do akceptacji, wzrasta poczucie osamotnienia i izolacji, pojawia się pustka egzystencjalna. Do sięgania po używki mogą skłaniać: choroba przewlekła lub/i przykre dolegliwości, utrata najbliższych, narastające problemy materialne. Do niedawna zaburzenia spowodowane nadmiernym spożyciem alkoholu wśród seniorów budziły niewielkie zainteresowanie badawcze.

Czynniki ryzyka rozwoju uzależnień wieku podeszłego powinny być poddane wnikliwej analizie z uwagi na istotne aspekty społeczne, psychologiczne i zdrowotne związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych przez seniorów.

Słowa kluczowe: wiek podeszły, uzależnienia, czynniki ryzyka.

Abstract

Aging of the society is an interdisciplinary problem of the modern world that releases specific social, economic and political consequences. In addition to the risks of pension funds the unfavorable changes in the family structure and its functioning are also observed. Sometimes the aging process is difficult to accept, the sense of isolation and loneliness increase and the existential emptiness appears. Reaching for drugs may be inclined by a chronic disease and/or unpleasant symptoms, the loss of family members, increasing financial problems. The problems caused by an excessive alcohol consumption among seniors not long ago aroused little interest in research. The risk factors for the development of old-age addictions should be under dissection because of the important aspects of the social, psychological and health in relation to the substance abuse by seniors.

Key words: old age, addiction, risk factors.

Wstęp

Uzależnienia stanowią przedmiot zainteresowania wielu dyscyplin. U podstaw uzależnień tkwi utrata kontroli nad własnym myśleniem i zachowaniem, która sprowadza się do ciągłego poszukiwania przez jednostkę kontaktu z substancją lub/i sytuacją wyzwalającą oczekiwany stan emocjonalny. Z medycznego aspektu uzależnienia charakteryzują się zakłóceniem wielu funkcji organizmu spowodowanych wprowadzeniem substancji chemicznej. Wśród osób uzależnionych widoczne są totalny brak możliwości utrzymywania abstynencji i utrata kontroli nad zachowaniem ukierunkowanym jedynie na pozyskanie środka.

W psychologicznym ujęciu uzależnienia związane są ze specyficznymi zaburzeniami zachowania jednostki lub/i grupy, w tym z zaburzeniami funkcji społecznych. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych ma na celu redukcję napięć emocjonalnych, lęku, niepewności siebie, niskiego poczucia własnej wartości, zaś według osoby uzależnionej – zaspokojenie potrzeby pozytywnych doznań [1].

Wśród różnorodnych patologii społecznych można wyróżnić: patologie o charakterze globalnym, dotyczącym grup społecznych, i indywidualne. Mechanizmy uzależnienia pełnią fundamentalną funkcję zarówno w jego powstawaniu, jak i w utrzymywaniu. Wyróżniono kilka koncepcji rozwoju uzależnień związanych z determinacją biologiczną, psychiczną, społeczną i duchową. Ciekawą koncepcją rozwoju podłoża uzależnień jest wskazanie na potrzeby egzystencjalne jednostki. Do sięgania po alkohol może stymulować jednostkę obniżenie poczucia celu i sensu życia, w tym deficyt spełnienia potrzeb duchowych. Picie minimalizuje ten niedosyt, dając jednostce tymczasowe poczucie wyższości oraz wszechmocy [2].

Według WHO uzależnienie od alkoholu to specyficzny stan psychiczny i fizyczny wynikający ze współdziałania żywego organizmu i alkoholu. Stan ten charakteryzuje się zmianami w zachowaniu jednostki i innymi następstwami, w tym zawsze z przymusem ciągłego lub okresowego korzystania z alkoholu w celu doświadcze-

nia psychicznych efektów jego działania lub unikania dyskomfortu [3].

W Polsce fragmentaryczne badania epidemiologiczne nie pozostawiają złudzeń, że niektórzy seniorzy także nadużywają alkoholu. Niepokoić może także tendencja wzrostowa uzależnień od alkoholu wśród osób objętych opieką stacjonarną (zakłady dla przewlekle chorych, domy pomocy społecznej, oddziały psychiatryczne) w grupie wiekowej powyżej 65 r. ż. Z powodu zaawansowania wieku wśród seniorów objawy uzależnienia od alkoholu, leków lub narkotyków mogą być przypisywane współistniejącym chorobom. Problematyka uzależnień wśród osób w podeszłym wieku to wciąż temat tabu. W Polsce działania wspierające profilaktykę i terapię adresowane są głównie do osób młodszych, często eksperymentujących z używkami. Zatem występuje marginalizowanie uzależnień wśród seniorów [4].

Niekontrolowane picie nie tylko nie rozwiązuje problemów, ale prowadzi do kolejnych. Osoba nadużywająca alkoholu nie przestaje pić, mimo że spirala problemów spowodowana uzależnieniem piętrzy się w dynamicznym tempie. W ciągu pięciu miesięcy w latach 2007–2008 w Kielcach wśród 105 pacjentów programu terapeutycznego odnotowano najwięcej osób w przedziale wieku 31–40 lat, ale 21% badanych było w wieku 60 lat i więcej. Wyniki badań świadczą o tym, że alkoholizm jest problemem, z którym chory nie jest w stanie sobie sam poradzić [5].

Celem artykułu była analiza czynników ryzyka rozwoju uzależnień w populacji osób wieku podeszłego ze wskazaniem na możliwości poprawy w tym zakresie.

Jakie czynniki mogą inicjować ryzyko rozwoju uzależnień wieku podeszłego?

Zapewne wpływ na rozwój uzależnienia od alkoholu w wieku podeszłym mogą mieć wzorce wypracowane w młodości. Poza tym dla wielu osób proces starzenia się jest trudny do akceptacji, wzrasta poczucie osamotnienia i izolacji, pojawia się pustka egzystencjalna. Do sięgania po używki mogą skłaniać także choroba przewlekła i związane z tym przykre dolegliwości, utrata najbliższych, narastające problemy materialne. Alkohol może być postrzegany przez jednostkę jako środek ułatwiający funkcjonowanie i jednocześnie sposób na radzenie sobie z problemami dnia codziennego.

Zdaniem B. Habrat nadmierne spożywanie alkoholu przez osoby starsze i szkody zdrowotne tym spowodowane są jednym z najbardziej niedocenianych problemów w populacji. Choć częstość i intensywność spożywania alkoholu zmniejsza się wśród osób starszych, to problemy związane z nadmiernym spożyciem występują u ok. 3–5% osób powyżej 60 r. ż. Mniej więcej 2/3 z tych osób rozpoczęło picie wcześniej, mimo szkód zdrowotnych. Natomiast 1/3 to osoby, które rozpoczęły nadmierne spożycie ok. 60 r. ż. Toksyczne działanie alkoholu na tkanki

u seniora wynika z ich podatności i większej wrażliwości, a także z interakcji z lekami powszechnie stosowanymi w tej populacji. Wbrew poglądom podejmowanie interwencji u osób w tej grupie wiekowej może powodować korzystne zmiany zachowań sprzyjające poprawie stanu zarówno psychicznego, jak i somatycznego [4].

Analizę społecznych problemów osób starszych w latach 2008–2009 mieszkających w województwie świętokrzyskim przeprowadzono za pomocą ankiety, w której brało udział 1450 osób. W świetle wyników tych badań starość dla wielu respondentów oznacza pogorszenie się sytuacji życiowej (79,2%). Dotyczy to wielu aspektów codziennego życia, takich jak: zdrowie, kontakty społeczne, sytuacja materialna. Ponad 30% badanych nie posiada funduszy na zabezpieczenie podstawowych potrzeb. Ryzyko rozwoju uzależnień od alkoholu w wieku podeszłym może wynikać z pogorszenia sprawności funkcjonalnej w wielu obszarach. Jednocześnie obserwowany jest mechanizm zaprzeczania nadużywania alkoholu [6].

Często degradacja zawodowa lub/i społeczna, utrata zdrowia są silnymi motywatorami do podejmowania decyzji o terapii alkoholowej. Badaniem objęto 203 osoby przebywające na leczeniu w placówce stacjonarnej w Kielcach od listopada 2007 do marca 2008 roku i od stycznia do kwietnia 2009 roku. Celem badania była weryfikacja, czy i w jaki sposób motywacja pacjenta ewoluuje podczas kilkutygodniowego oddziaływania terapeutycznego. Na początku terapii 92,86% badanych potwierdziło brak umiejętności radzenia sobie z codziennymi trudnościami bez użycia alkoholu; świadomość ta wzrastała w trakcie pobytu. Większość badanych przyznała, że decyzję o leczeniu podjęła pod presją osób bliskich, z powodu kłopotów finansowych lub zdrowotnych. Świadomość stopnia rozwoju choroby pacjenci uzyskiwali w trakcie terapii. Wyniki tych badań wskazują na konstruktywny wpływ terapii odwykowej w zakresie procesów poznawczych osób uzależnionych, co powinno oddziaływać na ich sferę behawioralną szczególnie po opuszczeniu placówki odwykowej [7].

Na podstawie charakterystyki aktualnego stanu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce można stwierdzić, że w ciągu ostatnich 18 lat, tj. od 1990 r., obserwowany jest, zarówno w opiece ambulatoryjnej, jak i stacjonarnej, wzrost wskaźników rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. Rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych towarzyszy wzrost wskaźników związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, narkotyków i leków. Wskaźnik osób leczonych z powodu uzależnień (od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych) sukcesywnie wzrasta. Co więcej dynamika zapadalności uzależnień jest wyższa niż dynamika rozpowszechnienia, co oznacza, że na zjawisko ma większy wpływ rejestrowanie nowych przypadków uzależnień niż podejmowanie kolejnych prób leczenia. Zarówno w opiece ambulatoryjnej, jak

i stacjonarnej większość pacjentów stanowią mieszkańcy miast. Ze względu na płeć: z terapii korzysta więcej mężczyzn niż kobiet. Największa grupa pacjentów to ci w wieku 30–64 lat. Mimo że kobiety spożywają mniej alkoholu niż mężczyźni, to jednak ryzyko podejmowania picia w starszym wieku jest większe, zwłaszcza wśród osób samotnych. We wszystkich placówkach ambulatoryjnych odnotowano w ostatnich latach wzrost świadczeń z zakresu psychoterapii [8].

Niebezpieczeństwo rozwoju uzależnień w wieku podeszłym może wynikać z tego, że miarę upływu lat dochodzi do pogorszenia sprawności i funkcjonowania w wielu obszarach. Zwiększa się zapotrzebowanie na specyficzne świadczenia opiekuńczo-pielęgniacyjne w zakresie opieki instytucjonalnej i domowej. Choroby przewlekłe sprzyjają rozwojowi zróżnicowanej niepełnosprawności. Pojawiają się tzw. wielkie zespoły geriatryczne, tj. zaburzenia mobilności, równowagi i zagrożenie upadkiem, nietrzymanie moczu i stolca, zaburzenia otępienne, upośledzenie wzroku, słuchu, wzrasta zagrożenie zespołem depresyjnym [9].

W wielu sytuacjach trudnych ryzyko nadużywania leków może być zainicjowane pożyczaniem takiej substancji od innej osoby. Nieoczekiwane pojawiają się epizody charakterystyczne dla uzależnienia. Nie ustalono dotąd kompletnej listy czynników warunkujących nadużywanie leków przez osoby starsze, jednakże wskazywano na znaczenie uzależnienia zainicjowanego w przeszłości. Innym aspektem tej problematyki staje się starzenie się tzw. użytkowników narkotyków. U seniorów zmienia się metabolizm, maleje sprawność funkcji neurokognitywnych, co w połączeniu z niekontrolowanym spożyciem leków może powodować dotkliwe skutki zdrowotne. W grupie podwyższonego ryzyka znajdują się te osoby starsze, które doświadczają przykrych problemów zdrowotnych i jednocześnie systematycznie piją alkohol [10].

Samo pojęcie uzależnienia od substancji psychoaktywnych jest definiowane z jednej strony na podstawie objawów nieswoistych związanych z zależnością psychiczną i fizyczną, która występuje podczas stosowania wszystkich środków, z drugiej – objawów swoistych związanych ze zmieniającą się tolerancją i reaktywnością, specyficznymi zaburzeniami osobowości, zaburzeniami psychicznymi. Zależność psychiczna przejawia się w obsesyjnym dążeniu do zdobycia środka w celu uzyskania oczekiwanych doznań emocjonalnych. Natomiast zależność fizyczna oznacza kompulsyjne dążenie do przyjęcia substancji psychoaktywnej, utratę kontroli nad jej zażywaniem oraz rozwój zespołu abstynencyjnego. Do objawów swoistych zalicza się te, które przyjmują charakterystyczną postać dla określonej grupy, w tym nawet pojedynczych substancji psychoaktywnych [11].

Badania Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) z 2008 roku, które dotyczyły używania substancji psychoaktywnych przez osoby starsze, nie pozwalają na dokładne oszacowanie

skali problemu. Z danych wynika, że osoby starsze są zagrożone występowaniem problemów alkoholowych. Tym bardziej że nadużywanie alkoholu w połączeniu z innymi substancjami zwiększa ryzyko problemów społecznych, psychologicznych i zdrowotnych. Osoby powyżej 65 r. ż. zażywają około jednej trzeciej wszystkich leków na receptę zawierających benzodiazepiny lub opioidowe środki przeciwbólowe. Leki są zarówno przepisywane przez lekarza, jak i dostępne bez recepty, ale zażywane przez osoby starsze dość często i regularnie [10].

W Polsce źródłem danych związanych ze stosowaniem substancji psychoaktywnych przez osoby starsze są badania prowadzone w ramach systemu sprawozdawczego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. W grupie osób przyjętych do leczenia stacjonarnego z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania związanych z używaniem substancji psychoaktywnych większość stanowili mężczyźni. Okazjonalne przyjmowanie leków bez zlecenia lekarskiego jest najbardziej rozpowszechnione wśród osób w grupie wiekowej 45–54 lat, przy czym w najstarszej grupie badanych odsetek ten jest niewiele niższy [8, 12].

Nie ulega wątpliwości, że środkami nasennymi i uspokajającymi można doprowadzić do obniżenia poziomu przykrych emocji. Owe substancje wprowadzają jednostkę w stan bierności, zamiast wspierać w poszukiwaniach i dążeniach do rozwiązania problemu.

Prawdopodobieństwo otrzymywania recepty na leki psychoaktywne i niewłaściwego ich zażywania jest większe w grupie starszych kobiet niż mężczyzn. Używanie substancji psychoaktywnych przez seniorów może być spowodowane polipragmazją. W Europie 27% osób powyżej 55 r. ż. wskazuje, że konsumuje codziennie alkohol [12]. Występowanie u seniorów dolegliwości i trudnych sytuacji może skłaniać do sięgania po substancje psychoaktywne. Do tych czynników ryzyka należą m.in.: utrata bliskiej osoby, izolacja społeczna, brak wsparcia społecznego, trudności finansowe, samotność, niepokój, zaburzenia poznawcze, brak mobilności, problemy zdrowotne związane z bólem i cierpieniem [13].

Starzenie się społeczne związane jest silnie z pozbawieniem aktywności zawodowej. Często jest to okres redukcji wszelkich interakcji społecznych. Do czynników hamujących prozdrowotną aktywność seniora w tym okresie można zaliczyć:

- izolację społeczną i psychiczną,
- pogorszenie sytuacji materialnej,
- nagłą zmianę warunków środowiskowych, np. w wyniku instytucjonalizacji,
- brak przygotowania seniora do starości,
- niewłaściwe nastawienie do procesu starzenia się innych osób,
- brak odpowiednich form rekreacji i czynnego wypoczynku [9].

Częstotliwość zaburzeń psychicznych w późnym okresie dorosłości nadal pozostaje przedmiotem dysku-

sji. Refleksja nad minionym czasem może przyczynić się do satysfakcji, jak i dostarczać frustracji. Zatem nie jest obojętne, jaki jest bilans życia osoby w podeszłym wieku. Zdarza się, że osoby starsze są wobec siebie samych zbyt surowymi sędziami, negatywnie oceniają szanse życiowe, pogłębiając nastrój przygnębienia. Wśród osób starszych obserwowane jest nadużywanie alkoholu, leków analgetycznych lub/i uspokajających [14].

W rodzinie, w której występuje problem uzależnienia jednego z jej członków, dochodzi do zachwiania równowagi funkcjonalnej. Dysfunkcjonalność związana jest z zaburzonymi relacjami pomiędzy członkami rodziny, podziale ról, chaosie i nierzadko przemocą. Zaburzone zachowania członków rodziny mogą być konsekwencją deficytu praktycznych umiejętności radzenia sobie z problemem uzależnienia wynikającym z niewiedzy. Zachwianie równowagi psychicznej w rodzinie, nadmierne napięcie emocjonalne, frustracja, czasem poczucie winy, zaburzenia psychosomatyczne to efekt działania związanego z uzależnieniem. Takie stany emocjonalne, jak: lęk, rozpacz, poczucie bezsilności, stają się nieodłączną częścią życia wszystkich członków rodziny.

Zakończenie

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego w Polsce realizowany w latach 2011–2015 zakłada jako główny cel promowanie zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, zwiększenie integracji społecznej, upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz rozwój badań naukowych oraz systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego. Program wskazuje na konieczność podejmowania nowych rozwiązań organizacyjnych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej, tj. zorganizowanie Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych, jednego na co najmniej 50–200 tys. mieszkańców, 0,2 miejsca w hostelu/10 tys. mieszkańców, oddziału detoksykacji: 0,1 łóżka/10 tys. mieszkańców, ośrodka terapii uzależnień od alkoholu: 1,2 łóżka/10 tys. mieszkańców. W zakresie opieki ambulatoryjnej powinna funkcjonować co najmniej jedna, codziennie czynna, poradnia terapii uzależnień od alkoholu i współuzależnień, przypadająca na jeden powiat obejmujący ok. 50 tys. mieszkańców [8].

Przeglądając oferty ośrodków zajmujących się psychoterapią, można zauważyć, że wśród różnych form pomocy oferowana jest także terapia rodzinna. Współczesne tempo życia oraz uzależnienia sprawiają, że wiele osób nie potrafi zbudować dobrych relacji wewnątrzrodzinnych i czuje się kompletnie zagubionych. Podobnie jak każdy organizm posiada własny system immunologiczny, tak też rodziny posiadają możliwości i sposoby umożliwiające utrzymywanie równowagi. Nie zawsze jednak własne zasoby są na tyle wystarczające, by pokonać kryzys. Niezbędny jest także specjalista, który zaoferuje pomoc w uporządkowaniu trudnej

sytuacji i wskaże nowe spojrzenie na wzajemne relacje w rodzinie.

Czas późnej dorosłości to okres wyciszenia, zasłużonego odpoczynku po pracy zawodowej. Zdarza się jednak, że tuż po przejściu na emeryturę obserwowane są niskie wskaźniki jakości życia seniora. Niekiedy jest to proces całkowitego wycofywania się jednostki z życia społecznego, kulturalnego i towarzyskiego. Takie sytuacje mogą powodować aktywację przykrych doznań emocjonalnych, stanów depresyjnych, zaburzeń snu, poczucia osamotnienia i izolacji, co zwiększa ryzyko uzależnień. Starzenie się w kontekście psychologicznym oznacza upośledzenie zmian zachodzących z wiekiem w zakresie zdolności psychomotorycznych, uczenia się, zapamiętywania, myślenia, motywacji i emocji.

Istnieją trudności w realizacji terapii uzależnień, ponieważ jednym z nieodłącznych elementów nałogu jest mechanizm zaprzeczenia dokonywany przez jednostkę. Powoduje to obronę uzależnionego przed specjalistyczną terapią odwykową. Nawet w sytuacjach, gdy jednostka dostrzega negatywne zmiany egzystencjalne i podejmuje próby samotnego radzenia sobie, najczęściej uzyskuje efekt wzmoczonego powrotu do nałogu. Należy także rozważać finansowy aspekt profilaktyki i kompleksowej terapii uzależnień. Niekiedy administracje rządowe wolą czerpać zyski z akcyzy nakładanej na używki, niż systemowo rozwiązywać przyczyny i konsekwencje uzależnień [2].

Zarówno alkoholicy, jak i narkomani wymagają pomocy medycznej (np. detoksykacji lub farmakoterapii), psychoterapeutycznej, oddziaływań rehabilitacyjnych oraz resocjalizacyjnych. Szeroko rozumiana pomoc psychologiczna jest najważniejszą formą terapii, która początkowo skoncentrowana jest na utrzymywaniu abstynencji, a później na nauczaniu jednostki życia w trzeźwości [11].

Bardzo ważnym aspektem staje się przygotowanie pracowników w okresie przedemerytalnym do emerytury. Chodzi o przekazanie prozdrowotnych zasad codziennego życia w wieku starszym, poinformowanie o możliwości skorzystania z form opieki socjalnej i medycznej. Niezbędne jest także wskazanie form zainteresowań niezawodowych. Ważnym zadaniem jest redukcja stresu osób szczególnie mocno zaangażowanych w pracę, np. proste prace w ogródku przydomowym dostarczają fizycznych i psychicznych bodźców, satysfakcji z wyników pracy – co jest równoznaczne z poczuciem przydatności dla rodziny i społeczeństwa [13].

Istotny wkład w poczucie bycia potrzebnym ma działalność polityczno-społeczna, malarstwo, pisanie pamiętników, wychowywanie wnuków lub praca w niepełnym wymiarze czasu pracy. Działania związane z rozbudową środowiskowej infrastruktury socjalnej, kulturalnej, rekreacyjnej i oświatowej dostosowanej do oczekiwań tej grupy wiekowej sprzyjają korzystnym zachowaniom seniorów. Kolejnym trendem może być aktywizowanie

osób w podeszłym wieku do działań samopomocowych, w tym do niwelowania typowych stereotypów wieku podeszłego. Pomyślnie starzenie się powinno być wolne od chorób oraz uzależnień z zachowaną sprawnością intelektualną i fizyczną. Czynniki warunkujące pomyślnie starzenie się zależne są od preferencji jednostki związanych ze stylem życia oraz wczesną diagnostyką i leczeniem chorób.

Zmiany związane z wiekiem prowadzą do ograniczenia samodzielności, utraty poczucia bezpieczeństwa i wynikającej z niej niemożności podejmowania samodzielnych decyzji. Zawęża się własny horyzont patrzenia na świat, zmniejsza się sprawność intelektualna. Sytuacja materialna osób starszych jest często skomplikowana. Respondenci mają utrudniony dostęp do rehabilitacji i skutecznego leczenia. Problemy materialne lub/i zdrowotne często dominują wśród problemów badanych osób. Brakuje zagospodarowania czasu wolnego osobom w podeszłym wieku w aktywny sposób. Problem ten dotyczy szczególnie terenów wiejskich. Badani twierdzą, że najbliższa rodzina powinna sprawować opiekę nad osobami starszymi. Tymczasem nie ma rozwiązań systemowych, które wspierałyby rodzinę w jej funkcjach opiekuńczych.

Wnioski

Opieka rodzinna nad osobami starszymi powinna być obudowywana wsparciem środowiskowym, świadczonym przez organizacje pozarządowe oraz służby publiczne [5].

Projektowanie działań i interwencji powinno być oparte na faktycznym rozpoznaniu dolegliwości zdrowotnych, problemów psychologicznych, społecznych w populacji seniorów. Brak informacji o wieku podeszłym – „zmowa milczenia” – utrudnia działanie, a także wzajemne zrozumienie wszystkich zainteresowanych, tj. osób starszych, rodziny i tzw. opinii społecznej. Tempo procesów starzenia się zależy od szeroko pojętej profilaktyki w dzieciństwie, młodości i w wieku dojrzałym.

PIŚMIENNICTWO

1. Peele S., Doświadczenie uzależnienia, w: Wybrane spojrzenia na alkoholizm i jego leczenie, Dodziuk A. (red.), IPZiT, Warszawa 1992, 9.
2. Bebas S., Oblicza patologii społecznych, WSH, Radom 2011, 195–215.
3. Woronowicz B., Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia, Media Rodzina, Warszawa 2009, 36.
4. Habrat B., Problemy związane z piciem alkoholu przez osoby starsze, *Postępy Nauk Med.* 2011, 8, 701–704.
5. Karyś J., Szpringer M., Najważniejsze problemy pacjentów uzależnionych od alkoholu, *Stud. Med.* 2009, 14, 7–12.
6. Szpringer M., Kowalski M., Problemy społeczne osób starszych, *Stud. Med.* 2010, 20, 19–24.
7. Karyś J., Szpringer M., Karyś T., Zmiana motywacji do leczenia osób uzależnionych od alkoholu w trakcie terapii odwykowej, *Stud. Med.* 2009, 16, 49–56.
8. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, *Dz.U.* nr 24, poz. 128.
9. Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku, Kędziora-Kornatowska K., Muszaliak M. (red.), Czelej, Lublin 2007.
10. Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M., Podstawy gerontologii społecznej, Warszawa 2006, 66–78.
11. Cierpialkowska L., Psychologia uzależnień, w: Psychologia kliniczna, Sęk H. (red.), PWN, Warszawa 2006, 157–181.
12. Gossop M., Zażywanie substancji przez osoby starsze: zaniedbany problem. Cel – narkotyki, *Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii*, 2008, 18.
13. Struzik M., Używanie substancji psychoaktywnych przez osoby starsze, *Serwis Informacyjny Narkomania* 2008, 4, 26–30.
14. Bee H., Psychologia rozwoju człowieka, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2004, 543–557.

Adres do korespondencji:

dr Grażyna Czerwiak
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego
w Kielcach
al. IX Wieków Kielc 19
25-516 Kielce
e-mail: gczewiak@o2.pl



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu powstało w 1998 roku. Inicjatorami powstania Towarzystwa była grupa entuzjastów nauk o zdrowiu i promocji zdrowia pod kierunkiem Pani dr hab. Marii Danuty Głowackiej.

Towarzystwo powołano w celu inspirowania, popierania i popularyzowania rozwoju nauk o zdrowiu oraz promocji zdrowia. W zatwierdzonym statucie Towarzystwa przedstawiono środki umożliwiające realizację wyżej wymienionych celów, do których zalicza się działalność naukową, popieranie działalności wydawniczej, popieranie badań naukowych, organizowanie wymiany naukowej z zagranicą, organizowanie konferencji, sympozjów i seminariów, dofinansowywanie uczestnictwa członków w innych konferencjach, sympozjach i seminariach. Członkowie Towarzystwa aktywnie uczestniczą w działalności naukowej, badawczej i publikacyjnej Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Towarzystwo dofinansowuje uczestnictwo swoich członków w konferencjach organizowanych przez inne uczelnie, a także współuczestniczy w organizowanych przez Wydział Nauk o Zdrowiu konferencjach i sympozjach. Zgodnie z prawem o działalności stowarzyszeń i towarzystw PTNoZ składa na bieżąco sprawozdania finansowe i podatkowe oraz organizuje walne zebrania członków Towarzystwa, zatwierdzając sprawozdania i oceniając działalność statutową.



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Miejsce pracy, stanowisko

Ukończona uczelnia/szkoła, kierunek, specjalność

Uzyskany tytuł/stopień/zawód

Data urodzenia

Telefon kontaktowy

E-mail

Proszę o przyjęcie mnie do Polskiego Towarzystwa Nauk o Zdrowiu.
 Zapoznałem/am się ze statutem Towarzystwa.
 Zobowiązuję się do aktywnej współpracy w realizacji celów Towarzystwa
 i regularnego opłacania składek członkowskich.

Data

Podpis

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu
 ul. Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań
 tel. (0-61) 655-92-50, fax. (0-61) 655-92-51, e-mail: ptnoz@poczta.onet.pl
 NIP: 781-16-48-520, REGON: 639578796, KRS: 0000074710
 BZ WBK 60 1090 1346 0000 0001 1347 1664

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

zaprasza do udziału w XXXVII edycji

PODYPLOMOWEGO STUDIUM ZARZĄDZANIA W OPIECE ZDROWOTNEJ

– jednego z najlepszych w rankingach szkół menedżerów zdrowia

Studium jest propozycją dla osób z wyższym wykształceniem, pracujących w podmiotach organizacyjnych służby zdrowia lub planujących karierę zawodową w tych strukturach.

Kadrę dydaktyczną tworzą wysokiej klasy wykładowcy akademicy i specjaliści, których celem jest przekazanie słuchaczom wiedzy oraz umiejętności w zakresie: zarządzania, prawa w ochronie zdrowia, ubezpieczeń społecznych, analizy ekonomicznej, rachunkowości oraz marketingu w jednostkach organizacyjnych opieki zdrowotnej.

Zajęcia prowadzone są w trybie zaocznym, trwają od września 2013 do września 2014.

Nabór już trwa, zgłoszenia przyjmujemy pod adresem:
Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
60-179 Poznań, ul. Smoluchowskiego 11 (pokój 201)
Tel./fax 61 861 22 51, tel. 61 861 22 50
e-mail: knoz@ump.edu.pl

Szczegółowe informacje dotyczące studium zamieszczone są
na stronie internetowej: <http://amp.edu.pl>

ZASADY RECENZJI NADSYŁANYCH PRAC DO „PIELĘGNIARSTWA POLSKIEGO”

1. Autorzy, przysyłając pracę, wyrażają zgodę na proces recenzji. Wszystkie nadesłane prace są poddawane ocenie – w pierwszej kolejności przez Redakcję, a następnie przez Recenzenta. W przypadku recenzji negatywnej Autor jest informowany o wyniku recenzji. Ostateczną decyzję w sprawie przyjęcia do druku podejmuje Redaktor Naczelny w porozumieniu z Komitetem Naukowym.
2. Redakcja nie zwraca Autorom nadesłanych prac.
3. Redakcja stara się dbać o merytoryczną zawartość czasopisma, jednak za treść artykułu odpowiada Autor. Redakcja i Wydawca nie ponoszą odpowiedzialności za ewentualne nierzetelności wynikające z naruszenia przez Autora praw autorskich.
4. Recenzenci opiniują pracę, uwzględniając jej wartość merytoryczną, wnioskowanie statystyczne, poprawność językową.
5. Redakcja zastrzega sobie prawo do korekty pracy z uwzględnieniem uwag Recenzenta dotyczących tabel, rycin, stylu pracy i błędów edytorskich. W niektórych wypadkach, kiedy prace wymagają znaczących poprawek, są one odsyłane do Autorów z prośbą o ich modyfikację.
6. Za opublikowanie pracy Autorom nie są wypłacane honoraria.

REVIEW SYSTEM OF THE “POLISH NURSING”

1. By sending the article, authors automatically give the Editorial Board their permission to the reviewing process. All articles are firstly evaluated by the Editorial board and then by the Reviewer. If the evaluation is negative, the author is informed about the decision. The final decision about publication is made by the Editor-in-chief in agreement with the Scientific Committee.
2. The Editorial Board does not send the articles back to authors.
3. The Editorial Board makes every effort to maximize informative value of the journal but it is the author who is responsible for the contents. Neither the Editorial Board nor the Publisher bear responsibility for any dishonesty resulting from Author's violation of copyright laws.
4. Reviewers provide their opinion on the article's scientific value, statistical reasoning and linguistic correctness.
5. The Editorial Board reserves the right to correct the article with regard to reviewer's remarks considering the tables, figures, writing style and editorial errors. In some cases, if major corrections are necessary, articles are sent back to their Authors.
6. Authors do not receive remuneration for the publication of their articles.