

Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Wydział Nauk o Zdrowiu



PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

Nr 1 (51)

2014

© Copyright by Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ISSN 0860-8466

Korekta:

Renata Rasińska
Barbara Błazejczak

Korekta tekstów w j. ang.:

Agata Dolacińska-Środa

Skład komputerowy:

Beata Łakomiak

Projekt okładki:

Bartłomiej Wąsiel

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. 7,0. Ark. druk. 9,5. Papier offset, kl. III 80 g/m², 61 x 86.
Format A4. Zam. nr 31/14.



KOLEGIUM REDAKCYJNE

EDITORIAL BOARD

Redaktor Naczelny

Editor-in-Chief

dr hab. Maria Danuta Głowacka

Zastępcy Redaktora Naczelnego

Vice Editors-in-Chief

dr hab. Krystyna Jaracz

prof. dr hab. Tomasz Opala

prof. dr hab. Włodzimierz Samborski

prof. dr hab. Jacek Wysocki

Sekretarz Naukowy

Scientific Secretary

dr inż. Renata Rasińska

Sekretarz Redakcji

Editorial Secretary

dr inż. Renata Rasińska

RADA NAUKOWA

EDITORIAL ADVISORY BOARD

dr hab. Antoni Czupryna (Polska)

prof. Antonio Cicchella (Włochy)

dr hab. Danuta Dyk (Polska)

dr hab. Jolanta Jaworek (Polska)

prof. Lotte Kaba-Schönstein (Niemcy)

prof. Christina Koehlen (Niemcy)

doc. Helena Kadučáková (Słowacja)

dr hab. Maria Kózka (Polska)

dr hab. Anna Ksykiewicz-Dorota, prof. UM (Polska)

doc. Mária Machalová (Słowacja)

dr hab. Piotr Małkowski (Polska)

dr hab. Ewa Mojs, prof. UM (Polska)

dr Jana Nemcová (Słowacja)

dr inż. Iwona Nowakowska (Polska)

prof. Hildebrand Ptak (Polska)

prof. dr hab. Jerzy Stańczyk (Polska)

prof. dr hab. Grażyna Nowak-Starz (Polska)

prof. dr hab. Piotr Stępnik (Polska)

dr Frans Vergeer (Holandia)

dr hab. Maciej Wilczak, prof. UM (Polska)

prof. dr hab. Krzysztof Wiktorowicz (Polska)

dr Katarína Žiaková (Słowacja)

ADRES REDAKCJI

Pielęgniarstwo Polskie

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Smoluchowskiego 11, Poznań

tel.: 61 861 22 50, fax: 61 861 22 51

e-mail: pielęgniarstwopolskie@ump.edu.pl

www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl

LISTA RECENZENTÓW

THE LIST OF THE REVIEWERS

dr Grażyna Bączyk

prof. Antonio Cicchella

dr Grażyna Czerwiak

prof. Anders Meller Jensen

doc. Helena Kadučáková

dr Halina Król

doc. Mária Machalová

dr Monika Matecka

prof. dr hab. Henryk Mruk

dr Jana Nemcová

dr Tomasz Niewiadomski

dr inż. Iwona Nowakowska

dr Jan Nowomiejski

dr Piotr Pagórski

dr Grażyna Iwanowicz-Palus

prof. dr hab. Mariola Pawlaczyk

dr Jolanta Sielska

dr Dorota Talarska

dr Monika Urbaniak

dr Katarína Žiaková

dr Aleksandra Zielińska

REDAKTORZY TEMATYCZNI

PIEŁĘGNIARSTWO KLINICZNE

dr Dorota Talarska

dr Joanna Stanisławska

NAUKI O ZARZĄDZANIU W PIEŁĘGNIARSTWIE

dr Beata Bajurna

dr Ewa Jakubek

PIEŁĘGNIARSTWO ŚRODOWISKOWE

mgr Luiza Mendyka

NAUKI O ZDROWIU W PIEŁĘGNIARSTWIE

dr Eliza Dąbrowska

dr Małgorzata Postuszna

REDAKTOR STATYSTYCZNY

dr inż. Renata Rasińska

EDITOR'S ADDRESS

Polish Nursing

The Faculty of Health Sciences

Poznan University of Medical Sciences

11 Smoluchowskiego Str., Poznań, Poland

phone: +48 61 861 22 50 int. 191, fax: +48 61 861 22 51

e-mail: pielęgniarstwopolskie@ump.edu.pl

www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl

■ SPIS TREŚCI

Od redaktora	7
PRACE ORYGINALNE	
<i>Paweł Kalinowski, Katarzyna Mirosław</i> Rozpowszechnienie alergii pokarmowych wśród pacjentów oddziału alergologicznego	9
<i>Dorota Rogala, Małgorzata Dylewska, Aleksandra Harat</i> Opieka nad kobietą ciężarną w publicznej i prywatnej opiece zdrowotnej	13
<i>Renata Rasińska, Iwona Nowakowska, Jan Nowomiejski</i> Kampanie społeczne jako przejaw działań edukacyjnych	20
<i>Iwona Nowakowska, Renata Rasińska</i> Związek wybranych czynników socjodemograficznych z wypaleniem zawodowym wśród pielęgniarek	26
<i>Julita Wojciechowska</i> Rodzinne środowisko żywieniowe jako istotny czynnik kształtowania nawyków żywieniowych u dzieci i młodzieży	34
PRACE POGLĄDOWE	
<i>Iwona Robaczewska, Małgorzata Filanowicz, Bernadeta Cegła</i> Pielęgniarskie działania oparte na stosowaniu specjalistycznych opatrunków ratujących stopę cukrzycową	41
<i>Anna Gałęba, Beata Bajurna</i> Grzybica skóry owłosionej	49
<i>Paulina Perska, Piotr Stępiak</i> Zdrowie a funkcjonowanie skazanego w zakładzie karnym	54
<i>Piotr Stępiak</i> The remarks on european legal institutions of health care	59
<i>Dobrochna Mruk-Tomczak</i> Wybrane formy turystyki i ich związki ze zdrowiem	66
PRZEGLĄD PRASY ZAGRANICZNEJ	
<i>Iwona Nowakowska</i> Ocena jakości życia zawodowego i jej związek z wykonywaniem pracy przez pielęgniarki. <i>Mohammad Rastegari, Ali Khani, Parvin Ghalriz, Jelil Eslamian: Evaluation of quality of working life and its association with job performance of the nurses, Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2010, 15 (4), 224–228</i>	72
<i>Renata Rasińska</i> Możliwości dla pielęgniarek w dobie elektronicznej dokumentacji medycznej. <i>Tiffany Kelley: Opportunities for nurses in the era of electronic health records, Open Journal of Nursing 2014, 4, 15–17</i>	73
INFORMACJE	74

■ CONTENTS

Editor's note	8
ORIGINAL PAPERS	
<i>Paweł Kalinowski, Katarzyna Mirosław</i> Prevalence of alimentary allergy among patients in pediatric allergology department	9
<i>Dorota Rogala, Małgorzata Dylewska, Aleksandra Harat</i> Care for pregnant women in the public and private health care system	13
<i>Renata Rasińska, Iwona Nowakowska, Jan Nowomiejski</i> The social campaigns as symptom of educational activities	20
<i>Iwona Nowakowska, Renata Rasińska</i> The relationship between selected socio-demographic factors and professional burnout among nurses	26
<i>Julita Wojciechowska</i> Family food environment as an important factor for forming eating habits in children and youth	34
REVIEW PAPERS	
<i>Iwona Robaczewska, Małgorzata Filanowicz, Bernadeta Cegła</i> Nursing actions based on the use of specialized dressings saving a diabetic foot	41
<i>Anna Gałęba, Beata Bajurna</i> Dermatophytosis of the scalp	49
<i>Paulina Perska, Piotr Stępnik</i> The convict's health and functioning in prison	54
<i>Piotr Stępnik</i> Uwagi o europejskich przysądowych instytucjach opieki zdrowotnej	59
<i>Dobrochna Mruk-Tomczak</i> Forms of tourism and their associations with health	66
FOREIGN PRESS REVIEW	
<i>Iwona Nowakowska</i> <i>Mohammad Rastegari, Ali Khani, Parvin Ghalriz, Jelil Eslamian: Evaluation of quality of working life and its association with job performance of the nurses, Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2010, 15 (4), 224–228</i>	72
<i>Renata Rasińska</i> <i>Tiffany Kelley: Opportunities for nurses in the era of electronic health records, Open Journal of Nursing 2014, 4, 15–17</i>	73
INFORMATIONS	74

■ 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 naukowych uniwersytetów medycznych i innych; mamy nadzieję, że spotkają się z pozytywnym odbiorem przez Czytelników.

W aktualnym numerze przedstawiamy prace z różnych obszarów, prezentujące badania dotyczące aktualnych problemów związanych ze zdrowiem i zdrowym stylem życia. Zapraszamy do lektury.

Rekomendujemy także artykuł szczególnie ważny i godny polecenia w kontekście opieki nad kobietą ciężarną, w którym autorzy porównują jakość opieki w placówkach publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej.

Dla personelu pielęgniarskiego napewno ważne będą prace Anny Gałęby i Beaty Bajurny „Grzybica skóry owłosionej” oraz Iwony Robaczewskiej, Małgorzaty Filanowicz i Bernadety Cegły „Pielęgniarskie działania oparte na stosowaniu opatrunków specjalistycznych ratujących stopę cukrzycową”.

Zapraszamy również do zapoznania się z nowym działem „Przegląd prasy zagranicznej”, w którym prezentowane będą doniesienia z prasy zagranicznej o aktualnej tematyce z zakresu pielęgniarstwa i zdrowia publicznego.

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.

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 with different areas that include research on issues related to health and healthy lifestyle. Have a good time reading!

We also recommend article which is especially important in the context of caring for pregnant, in which the authors compare care in public and private health care system.

Another paper important for nursing personnel is article written by Anna Gałęba, Beata Bajurna "Dermatophytosis of the scalp" and written by Iwona Robaczewska, Małgorzata Filanowicz, Bernadeta Cegła "Nursing action based on the use of specialized dressings saling a diabetic foot".

We also invite you to familiarize with the new column "Foreign press review", in which the authors will present the reports from the foreign press about the current topics in nursing and public health.

At the end of the number we present information about postgraduate studies in the health care management and we encourage you to become members of the Polish Society of Health Sciences (membership form attached).

*Maria Danuta Głowacka, PhD
Editor in Chief*

*Renata Rasińska, PhD
Scientific Editor*

ROZPOWSZECHNIENIE ALERGII POKARMOWYCH WŚRÓD PACJENTÓW ODDZIAŁU ALERGOLOGICZNEGO

PREVALENCE OF ALIMENTARY ALLERGY AMONG PATIENTS IN PEDIATRIC ALLERGOLOGY DEPARTMENT

Paweł Kalinowski, Katarzyna Mirosław

Samodzielna Pracownia Epidemiologii, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

STRESZCZENIE

Wstęp. Alergia pokarmowa to nieprawidłowa odpowiedź immunologiczna organizmu powodująca występowanie objawów klinicznych. Obserwowany w ostatnich latach wzrost liczby reakcji alergicznych u dzieci może być spowodowany częstszą, wcześniejszą lub bardziej intensywną ekspozycją na alergeny.

Cel. Celem badań była analiza zjawiska alergii pokarmowej występującej wśród hospitalizowanych pacjentów na oddziale Alergologii Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie.

Materiał i metody. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Wywiad przeprowadzono przy użyciu autorskiej anonimowej ankiety wśród rodziców dzieci diagnozowanych i leczonych z powodu alergii pokarmowej na Oddziale Alergologicznym Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. Antoniego Gębali w Lublinie. Badanie przeprowadzono od lutego do kwietnia 2013 roku. Materiałem badawczym było 100 ankiet, wypełnionych przez rodziców dzieci (48 chłopców, 52 dziewczynki, wiek od 20 miesięcy do 18 lat).

Wyniki i wnioski. Z analiz udzielonych odpowiedzi wynika, że najczęściej alergia ujawnia się po spożyciu mleka krowiego (43%), jaj (38%) i produktów zbożowych (36%), a wymioty i biegunka to najczęstsze objawy po spożyciu pokarmu powodującego alergię (72%). Wprawdzie aż u 86% dzieci ankietowanych rodziców potwierdzono alergię pokarmową i ustalono jej przyczynę, co jest niezbędne w ustalaniu diety dla dziecka, ale 1/3 badanych podało, iż alergeny zmieniają się wraz z wiekiem. Większość alergii pokarmowych u dzieci ankietowanych rodziców zdiagnozowano w najwcześniejszych okresach życia, a diagnoza ta została postawiona przez specjalistę alergologa (74%), co pozytywnie świadczy o procesie diagnozowania tych schorzeń w naszym kraju.

SŁOWA KLUCZOWE: alergeny, alergia pokarmowa, przyczyny alergii.

ABSTRACT

Introduction. Alimentary allergy is based on an improper immunological response of an organism leading to the appearance of clinical symptoms. In the recent years there has been observed an increase in the number of allergic reactions in children, which can be attributed to a more frequent, earlier or more intense exposition to allergens.

Aim. The aim of the study was to analyze the phenomenon of alimentary allergy in patients hospitalized in the Ward of Allergology of the Children's Clinical Hospital in Lublin.

Material and methods. In the study there was applied the method of a diagnostic survey. The survey was conducted using an authorial anonymous questionnaire in parents of children diagnosed and treated for due to alimentary allergy in the Ward of Allergology of the Children's Clinical Hospital in Lublin. The study was conducted between February and April 2013. The material consisted of 100 questionnaires filled in by parents of 48 boys and 52 girls aged from 20 months to 18 years.

Results and conclusions. It was found that the symptoms of alimentary allergy most frequently occurred after the consumption of cow milk (43%), eggs (38%) as well as cereals (36%). The most prevalent symptoms occurring after the consumption of an allergen are vomits and diarrhea (72%). Although alimentary allergy was confirmed in as many as 86% of children and its cause was determined, which is indispensable in establishing a suitable diet, according to one-third of the respondents the allergens changed with the age. The majority of alimentary allergies in the studied group was diagnosed in the earliest periods of lives and the diagnose was made by a specialist in allergology (74%), which testifies favorably to the process of diagnosing such ailments in our country.

KEY WORDS: allergens, alimentary allergy, causes of allergy.

Wprowadzenie

Alergia pokarmowa to nieprawidłowa odpowiedź immunologiczna organizmu stymulowana spożytym pokarmem, w której mechanizm immunologiczny jest udokumentowany lub wysoce prawdopodobny, powodująca występowanie różnych objawów klinicznych. Objawy te

zawsze przyjmują tę samą postać i zawsze pojawiają się po spożyciu tego pokarmu, na który dana osoba jest uczulona [1, 2].

Obecnie szacuje się, że od 10% do 30% populacji cierpi na alergię [3]. Od dziesiątków lat ta przypadłość uważana jest za dziedziczną. Prawdopodobieństwo, że

dziecko mające zdrowych rodziców będzie chorowało na alergię, wynosi około 12%. Jeżeli matka cierpi na alergię, wzrasta ono do 60%. Jeżeli jednak mamy do czynienia z przypadkiem, w którym oboje z rodziców są dotknięci tą chorobą, to ryzyko pojawienia się jej u dziecka wynosić może nawet 80% [4, 5].

Pierwsze objawy stanów alergicznych można obserwować już u nowo narodzonego dziecka, które urodziło się z predyspozycją do alergii. Już podczas jednorazowego kontaktu z alergenami układ immunologiczny będzie wytwarzać odpowiednie przeciwciała. Pierwsze zetknięcie nie powoduje jednak żadnych reakcji alergicznych, a jedynie uczuła organizm osoby na dany alergen. Reakcje alergiczne zaobserwować można dopiero przy ponownym zetknięciu z alergenem [6].

Obserwowany w ostatnich latach wzrost liczby reakcji alergicznych u dzieci może być spowodowany częstszą, wcześniejszą lub bardziej intensywną ekspozycją na alergeny. Na podstawie obserwacji lekarze skłaniają się do tezy o wcześniejszym niż w ubiegłych dziesięcioleciach kontakcie niemowląt z alergenami pokarmowymi [1].

Cel pracy

Głównym celem badań była analiza zjawiska alergii pokarmowej występującej wśród pacjentów hospitalizowanych na oddziale Alergologii Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie. Zwrócono uwagę na produkty, które najczęściej wywołują nasilenie objawów, najczęstsze reakcje na podanie alergenu oraz zmienność alergenów w ciągu życia dziecka.

Materiał i metodyka

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Wywiad przeprowadzono przy użyciu autorskiej anonimowej ankiety, składającej się z 21 pytań, wśród rodziców dzieci diagnozowanych i leczonych z powodu alergii pokarmowej na Oddziale Alergologicznym Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. Antoniego Gębali w Lublinie. Badanie przeprowadzono od lutego do kwietnia 2013 roku. Materiałem badawczym było 100 ankiet, prawidłowo wypełnionych przez rodziców dzieci (48 chłopców, 52 dziewczynki, wiek od 20 miesięcy do 18 lat) z rozpoznaną alergią pokarmową. Wyniki opracowano metodami statystyki opisowej z wykorzystaniem programu Microsoft Office Excel.

Wyniki badań

W analizowanej grupie dzieci ankietowanych rodziców 71 mieszka w mieście powyżej 50 tysięcy mieszkańców, pozostałe 29 to mieszkańcy mniejszych miast i wsi. Wśród respondentów ponad połowa (63%) zapytana o występowanie alergii pokarmowych u osób spokrewnionych z dzieckiem odpowiedziała twierdząco.

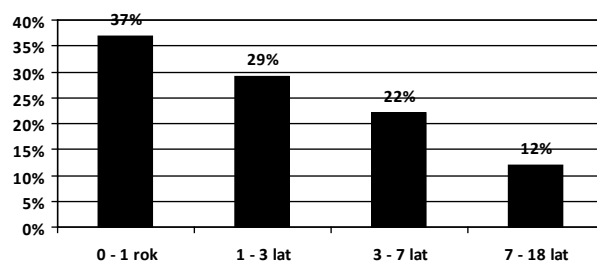
Według ankietowanych rodziców u ponad 1/3 ich dzieci (37%) zdiagnozowano alergię zaraz po urodzeniu, u 29% dzieci alergię stwierdzono między 1 a 3 rokiem życia, u kolejnych 22% – między 3 a 7 rokiem życia, i u 12% między 7 a 18 rokiem życia (Rycina 1).

Prawidłowa diagnoza lekarska jest podstawą w leczeniu alergii. Aż 74% ankietowanych rodziców dzieci alergicznych od początku zasięgało porad lekarza alergologa, 26% rozpoczęło konsultacje u lekarza ogólnego, po czym zostało skierowane do lekarza alergologa.

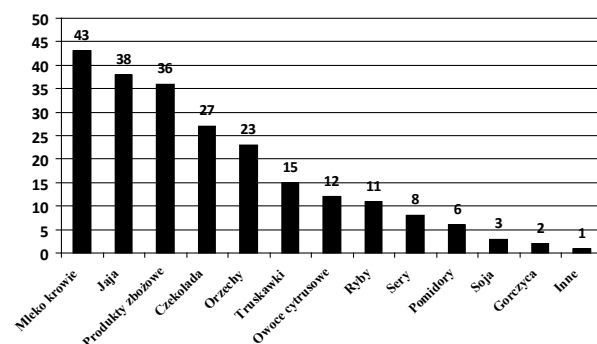
Kolejnym zagadnieniem, o które zapytano ankietowanych, było to, czy wykonywano u dziecka specjalistyczne badania potwierdzające alergię. Stwierdzono, że wśród dzieci respondentów 86% miało wykonywane badania alergologiczne, u pozostałych 14% badanych dzieci nie wykonywano badań potwierdzających alergię pokarmową.

Interesującym zagadnieniem jest przyczyna reakcji alergicznych. Według badanych najczęściej do reakcji alergicznych dochodziło po spożyciu mleka krowiego (43 wskazania), następnie – po spożyciu jajek, produktów zbożowych, czekolady, orzechów (Rycina 2).

Respondenci zapytani o najczęstsze reakcje na produkt zawierający alergen mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź. Najczęstszymi objawami alergii u dzieci ankietowanych są wymioty i biegunka (72%) oraz pokrzywka i kolka brzuszna – występowały u 68% dzieci.

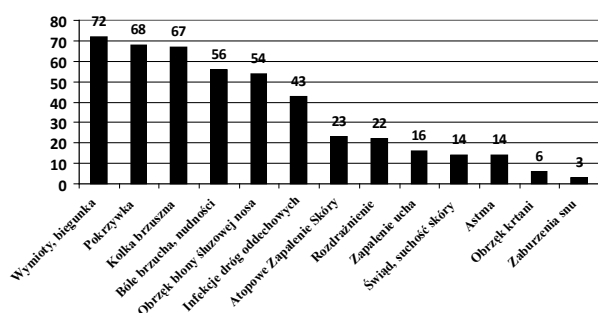


Rycina 1. Wiek, w którym zdiagnozowano alergię u dziecka
Figure 1. Age of diagnosis of allergy in a child



Rycina 2. Najczęstsze alergeny wywołujące objawy u dzieci respondentów
Figure 2. The most frequent allergens causing symptoms in children of responders

Niemal równie często rodzice wskazywali bóle brzucha i nudności (56%), obrzęk błony śluzowej nosa (54%) oraz nawracające infekcje dróg oddechowych (43%). Do atopowego zapalenia skóry, rozdrażnienia, zapalenia uszu, świądu i suchości skóry oraz astmy dochodziło w mniej niż 30% przypadków. Najrzadziej występował u dzieci po kontakcie z alergenem obrzęk krtani (6%) oraz zaburzenia snu (3%) (Rycina 3).



Rycina 3. Najczęstsze reakcje na produkt zawierający alergen
Figure 3. The most frequent reactions to products containing allergen

U 29% dzieci produkty uczulające zmieniały się wraz z wiekiem. Natomiast u 71% nie doszło jak dotychczas do zmiany alergenów.

Dyskusja

Choroby atopowe, w tym również alergię pokarmową, stanowią obecnie coraz większy problem zdrowotny ze względu na ich długotrwały i nawrotowy charakter oraz możliwość powstania powikłań narządowych. Alergia pokarmowa pojawiająca się we wczesnym dzieciństwie jest uznawana za pierwszy sygnał potencjalnej choroby atopowej w wieku późniejszym [4, 7]. Jest to związane z tak zwanym marszem alergicznym [8].

Problem alergii nie został do tej pory dokładnie przebadany z punktu widzenia epidemiologii. Z uwagi na fakt, że brakuje w chwili obecnej uniwersalnego testu, który dawałby jednoznaczną diagnozę, medycyna dysponuje jedynie przybliżonymi danymi. Diagnostycznym standardem jest współcześnie podwójnie ślepa próba kontrolowana (DBPCFC – *Double Blind Placebo Controlled Food Challenge*) [9]. Potwierdza ona występowanie alergii pokarmowej u zaledwie 20% badanych. Szacuje się, że u osób dorosłych częstość występowania alergii pokarmowych waha się od ok. 1,4 do 2,0%. Warto zaznaczyć, że u kobiet dwukrotnie częściej stwierdzane są objawy nadwrażliwości na pokarmy. Z kolei u dzieci procentowy udział alergików w populacji wynosi od 5 do 8% [7].

Za najpełniejsze źródła danych epidemiologicznych w Polsce uważane są dwa badania. Pierwsze z nich to pochodzące ze sporządzonego w 2008 roku raportu ECAP (Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce).

Objął on blisko 23 tysiące Polaków (25% z nich przeszło szczegółowe badania lekarskie). Drugim źródłem są przeprowadzone w latach 1998–1999 badania w ramach programu PMSEAD (*Polish Multicentre Study of Epidemiology of Allergic Diseases*), w których udział wzięło ponad 16 tys. Polaków [10, 11].

Analizując wyniki pochodzące z programu ECAP, można zauważyć, że Polska uplasowała się w czołówce krajów, w których u mieszkańców występują objawy alergii. Objawy alergiczne deklarowało prawie 40% badanych osób. Jeżeli chodzi o alergiczne testy skórne, to około połowa badanych miała wynik dodatni na powszechnie występujące alergeny. Warto również zwrócić uwagę na fakt, że na objawy alergiczne częściej skarżyli się mieszkańcy rejonów miejskich niż ci zamieszkujący na wsiach [10–12]. Również większość pacjentów poddanych niniejszemu badaniu pochodziła z terenów miejskich (71%). Alergie pokarmowe są chorobami o podłożu dziedzicznym [1, 4, 13]. Dowodem na to są między innymi badania nad bliźniętami jednojajowymi, u których odziedziczalność nietolerancji alergicznej na orzeszki arachidowe wynosi aż 64,3%, podczas gdy u bliźniąt dwujajowych 6,8% [8]. Większość ankietowanych rodziców (63%) podała w wywiadzie obecność alergii u osób spokrewnionych z dzieckiem.

Statystyki światowe wykazują, że 17 milionów Europejczyków cierpi na alergię pokarmową. Ponad 60% tych osób to kobiety. W ostatnich latach podwoiła się również częstość występowania alergii pokarmowych u dzieci do 5 roku życia. Europejczycy są uczuleni głównie na takie składniki pokarmowe jak mleko, jaja czy orzechy [14–17]. W badaniu własnym ankietowani rodzice podawali, że ich dzieci mają alergię na mleko krowie (43%), na jaja (38%), produkty zbożowe (36%), czekoladę (27%) i orzechy (23%). W dorosłej populacji śląskiej najczęstszą przyczyną nadwrażliwości pokarmowej były truskawki (5%), mleko (3,3%) i orzechy (3,2%), a w dalszej kolejności (w granicach 1–3%) alkohol, wieprzowina, żywność konserwowa, jaja kurze, owoce cytrusowe, jabłka, napoje sztucznie barwione, mak i ryby [12].

Należy przy tym zauważyć, że badana grupa składała się z rodziców dzieci już diagnozowanych i leczonych, natomiast w populacji odsetki te mogą być odmienne, gdyż część osób nie konsultuje dolegliwości z lekarzem i podejmuje próby samodzielnego wprowadzania diety i leczenia [12]. W rozpoznawaniu nietolerancji i alergii pokarmowej u dzieci ważną rolę powinien odgrywać personel szkół podstawowych. Jednakże w badaniu Kowalskiego i wsp. [18] wykazano, że chociaż 94% respondentów z terenu Łodzi (w większości pielęgniarek szkolnych, ale też dyrektorów szkół, nauczycieli i pedagogów szkolnych) deklarowało znajomość objawów

alergii pokarmowej, to nie zawsze potrafili je oni prawidłowo wskazać. Zaledwie 42% deklaroowało prowadzenie szkoleń dla uczniów w tym zakresie, a tylko w 7 szkołach spośród 50 przebadanych prowadzone były szkolenia na ten temat adresowane do grona pedagogicznego. Wyniki cytowanych badań wskazują, że nie we wszystkich badanych szkołach zidentyfikowano co najmniej jednego ucznia z objawami nadwrażliwości pokarmowej.

Wśród dzieci respondentów dziewczynki stanowiły tylko minimalnie licniejszą grupę (52%) niż chłopcy (48%). U największej liczby dzieci alergię zdiagnozowano w 1 roku życia (37%), a u 66% całej grupy do 3 roku życia. Ta wczesna diagnoza może odpowiadać częściowo za obserwowany wzrost alergii u najmłodszych dzieci [13, 15].

Najczęstszą reakcją po spożyciu produktu zawierającego alergen były wymioty i biegunka (72%). Często również występowały: pokrzywka, kolka brzuszna, bóle brzucha i nudności, obrzęk błony śluzowej nosa oraz nawracające infekcje dróg oddechowych. Walczak i wsp. [19] stwierdzili, że alergię na białka mleka krowiego objawiała się przede wszystkim zmianami skórными, a także zaburzeniami ze strony układu oddechowego i żołądkowo-jelitowymi.

U ponad około 1/3 dzieci produkty uczulające zmieniały się wraz z wiekiem, ważne więc jest regularne konsultowanie się z lekarzem alergologiem oraz wykonywanie badań alergologicznych, aby nie narazić dziecka na przypadkowy kontakt z nowym alergenem.

Wnioski

1. Z analiz udzielonych przez rodziców odpowiedzi wynika, że najczęściej do symptomów alergii dochodzi po spożyciu mleka krowiego, jajek i produktów zbożowych, a wymioty i biegunka to najczęstsze objawy po spożyciu pokarmu powodującego alergię.
2. Wprawdzie aż u 86% dzieci ankietowanych rodziców potwierdzono alergię pokarmową i ustalono jej przyczynę, co jest niezbędne w ustalaniu diety dla dziecka, ale 1/3 badanych podała, iż alergeny zmieniają się wraz z wiekiem dziecka.
3. Większość alergii pokarmowych u dzieci ankietowanych rodziców zdiagnozowano w najwcześniejszych okresach życia, a diagnoza ta została postawiona przez specjalistę alergologa, co pozytywnie świadczy o procesie diagnozowania tych schorzeń w naszym kraju.

Piśmiennictwo

1. Jarosz M., Dzieniszewski J., *Alergie pokarmowe*, w: Jarosz M., Dzieniszewski J. (red.), *Alergie pokarmowe. Porady lekarzy i dietetyków*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 25–32.

2. Bartuzi Z., Nowe spojrzenie na alergeny pokarmowe, *Alergia* 2011, 2, 31–37.
3. Kaczmarski M., Korotkiewicz-Kaczmarska E., Bobrus-Chociej A., *Aspekty epidemiologiczne, kliniczne i społeczne alergii pokarmowej. Część III. Aspekty społeczne alergii pokarmowej*, *Prz. Pediatr.* 2009, 39 (2), 139–142.
4. Golińska B., Kurzawa R., *Alergia pokarmowa u dzieci. Patogeneza, diagnostyka i leczenie*, Wydawnictwo Medyczne alfa-medica press, Bielsko-Biała 1999.
5. Schwarz G., Carlsson S., *Alergie pokarmowe. Przyczyny, rozpoznawanie, prawidłowe odżywianie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
6. Świerczyńska-Krępa M., *Alergia, Medycyna Praktyczna*, <http://alergie.mp.pl/chorobyalergiczne/wartowiedziec/show.html?id=57548> (dostęp dnia: 09.10.2013).
7. Kupczyk K., Adamska I., Swincow G. et al., Ocena przydatności doustnej próby prowokacji metodą podwójnej ślepej próby kontrolowanej placebo (DBPCFC) dla wykazania tolerancji pokarmowej na białka mleka krowiego – doniesienie wstępne, *Post. Dermatol. Alergol.* 2010, 4, 269–274.
8. Pałgan K., Bartuzi Z., Czynniki genetyczne i środowiskowe w rozwoju alergii na pokarmy, *Post. Hig. (online)* 2012, 66, 385–391.
9. Czerwionka-Szaflarska M., Zielińska-Duda H., *Alergia a nietolerancja pokarmowa u dzieci*, *Fam. Med. Primary Care Rev.* 2009, 3, 577–584.
10. Samoliński B., Lipiec A., Raciborski F. et al., *Epidemiologia chorób alergicznych w Polsce – doniesienie wstępne*, *Aler. Astma Immun.* 2007, 12 (1), 10–12.
11. Samoliński B., Raciborski F., Tomaszewska A. et al., *Częstość występowania alergii w Polsce – program ECAP, Alergoprofil* 2007, 3, 26–28.
12. Rymarczyk B., Glück J., Jóźwiak P. et al., *Częstość występowania i charakterystyka reakcji nadwrażliwości na pokarmy w populacji śląskiej – badanie ankietowe*, *Aler. Astma Immun.* 2009, 14 (4), 248–251.
13. Zawadzka-Krajewska A., *Alergie pokarmowa u dzieci – objawy i leczenie*, *Alergia* 2005, 4, 41–46.
14. Rudzki E., *Alergia pokarmowa. Część I – Mleko krowie*, *Post. Dermatol. Alergol.* 2005, 2, 77–80.
15. Traczyk I., Wierzejska R., Jarosz M., *Najczęściej spotykane alergeny pokarmowe*, w: Jarosz M., Dzieniszewski J. (red.), *Alergie pokarmowe. Porady lekarzy i dietetyków*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 39–59.
16. Rudzki E., *Alergia pokarmowa. Część IV – Jaja kurze*, *Post. Dermatol. Alergol.* 2007, 6, 271–273.
17. Rudzki E., *Alergia pokarmowa. Część III – Orzechy*, *Post. Dermatol. Alergol.* 2006, 2, 79–83.
18. Kowalski M., Majkowska-Wojciechowska B., *Wardzyńska A. et al., Stan wiedzy personelu szkół podstawowych na temat alergii na pokarmy*, *Aler. Astma Immun.* 2009, 15 (2), 113–120.
19. Walczak M., Grzelak T., Kramkowska M. et al., *Ocena sposobu żywienia i stan odżywienia dzieci z alergią na białka mleka krowiego – badanie pilotażowe*, *Now. Lek.* 2013, 82, 2, 124–129.

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Paweł Kalinowski
Samodzielna Pracownia Epidemiologii
ul. Chodźki 1, 20–093 Lublin
tel. (81) 742 37 69
e-mail: p.kalinowski@umlub.pl

OPIEKA NAD KOBIETĄ CIĘŻARNĄ W PUBLICZNEJ I PRYWATNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

CARE FOR PREGNANT WOMEN IN THE PUBLIC AND PRIVATE HEALTH CARE SYSTEM

Dorota Rogala¹, Małgorzata Dylewska², Aleksandra Harat³

¹ Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Zakład Organizacji i Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

² Studentka studiów magisterskich na kierunku Położnictwo CMUMK w Toruniu

³ Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Zakład Medycyny Zapobiegawczej i Zdrowia, Katedra Zdrowia Publicznego
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

STRESZCZENIE

Cel. Celem pracy było porównanie jakości opieki nad kobietą ciężarną w publicznym i prywatnym sektorze systemu opieki zdrowotnej.

Materiał i metody. Badaniami objęto 80 kobiet różniących się między sobą czynnikami socjodemograficznymi oraz sytuacją położniczą. Badania przeprowadzono za pomocą ankiety osobowej i zebranych danych z dokumentacji okresu ciąży. Wzięto pod uwagę czynniki socjodemograficzne (wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, status materialny) oraz przeszłość położniczą pacjentek (ilość ciąż i porodów, przebieg ciąży). Analizowano ilość świadczeń profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych oraz liczbę odbytych przez ciężarne wizyt w gabinetach ginekologicznych.

Wyniki. Ilość wizyt i świadczeń oferowanych kobietom jest większa w sektorze prywatnym niż w sektorze publicznym. Kobiety korzystające z opieki w sektorze prywatnym to najczęściej pierworódki po 30. roku życia, z dużych miast, o dobrym statusie materialnym, u których częściej występuje nieprawidłowy przebieg ciąży.

Wnioski. Jakość opieki mierzona ilością wizyt i udzielonych świadczeń jest wyższa w sektorze prywatnym niż w publicznej służbie zdrowia. Należałoby dołożyć wszelkich starań, aby kobiety, bez względu na swój status społeczno-ekonomiczny, korzystające z opieki w sektorze publicznym czuły się równie bezpiecznie, jak te w sektorze prywatnym, nie ponosząc przy tym dodatkowych kosztów.

SŁOWA KLUCZOWE: ciężarna, sektor publiczny i prywatny, jakość opieki.

ABSTRACT

Aim. The purpose of this study was to compare the health care quality for pregnant women in the public and private health care system.

Material and methods. The study included 80 women who differed in sociodemographic factors and the obstetric situation. The research was performed by means of a personal survey and the data collected from the documentation of a pregnancy period. Socio-demographic factors (age, marital status, place of residence, financial status) and the patient's obstetric record (number of pregnancies and births, the course of pregnancy) were taken into consideration. We analyzed the amount of preventive, diagnostic, therapeutic services and the number of appointments at gynecological clinics in relation to pregnant women.

Results. The amount of appointments and services provided for women are higher in the private sector than in the public sector. Women using private health care are mostly primiparas. Usually, they are 30 years old or older, from big cities, with a good material condition and showing abnormal pregnancy.

Conclusions. The quality of health, which is measured by the amount of appointments and given services are higher in the private sector than in the public one. It would make every possible effort to ensure that women, without regard to the socio-economic status, would use public healthcare as safe as those who use private healthcare without bearing additional costs.

KEY WORDS: pregnant women, public and private healthcare, quality of care.

Wstęp

Opieka perinatalna jest wielodyscyplinarnym działaniem, którego celem jest zapewnienie opieki medycznej razem z promocją zdrowia i postępowaniem leczniczym w okresie przedkoncepcyjnym, podczas ciąży, porodu i połogu, obejmującym matkę, płód i noworodka.

Prywatny sektor opieki zdrowotnej to coraz prężniej działający składnik ochrony zdrowia. Ze względu na szybką i powszechną dostępność korzysta z niego

coraz większa część społeczeństwa. Kobieta ciężarna i jej jeszcze nienarodzone dziecko wymagają szczególnej troski. Duża liczba kobiet decyduje się na prywatną opiekę, mając na uwadze zdrowie własne i zdrowie swojego dziecka; oczekują jednocześnie lepszej jakościowo specjalistycznej opieki.

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG) i Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie stan-

dardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej przewiduje się zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży oraz przedstawia wytyczne dotyczące wizyt kontrolnych kobiety w czasie ciąży o prawidłowym przebiegu [1].

Głównym celem podjętych badań była ocena jakości opieki nad kobietą ciężarną w publicznej służbie zdrowia i w sektorze prywatnym.

Wśród czynników mogących mieć wpływ na wybór przez kobietę miejsca prowadzenia ciąży wzięto pod uwagę wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, status materialny oraz ilość ciąż, przebytych porodów i przebieg aktualnej ciąży.

Analizując problem jakości opieki nad kobietą ciężarną, wzięto pod uwagę ilość odbytych wizyt lekarskich i wykonanych badań (w tym nadobowiązkowych).

Charakterystyka grupy badawczej

Badaniami objęto 80 kobiet po porodzie, które przebywały na Oddziale Położniczym Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy (na badania uzyskano zgodę Komisji Bioetyki CMUMK).

Średnia wieku badanych mieściła się w przedziale wiekowym 24–34 lata. 63,75% biorących udział w badaniu stanowiły mężatki, 36,25% kobiet było stanu wolnego. 37,5% pacjentek mieszkało w dużych miastach, 30% w mniejszych miastach, 32,5% na wsi. U 50% kobiet była to pierwsza ciąża, u 35% druga, u 15% trzecia lub więcej. 62,5% badanych rodziło po raz pierwszy, 30% po raz drugi, 7,5% po raz trzeci lub więcej. Połowa kobiet korzystała w ciąży z opieki w sektorze prywatnym, połowa w sektorze publicznym (40 vs. 40 kobiet).

Opis narzędzi

Zastosowano następujące narzędzia badawcze:

- ankietę osobową – służącą do opisanego grupy kobiet ze względu na właściwości społeczno-demograficzne składającą się z 8 pytań,
- raport dotyczący dokumentacji z okresu ciąży – służący do zebrania danych dotyczących ilości wizyt i wykonywanych świadczeń profilaktycznych i badań diagnostycznych w obu sektorach.

Metody statystyczne

W analizie statystycznej wykorzystano:

- test F-Snedecora w celu weryfikacji hipotezy o jednorodności wariancji w dwóch porównywanych grupach; od wyników testowania zależy wybór odpowiedniego testu do porównania wartości średnich,

- nieparametryczny test niezależności chi-kwadrat w celu ustalenia zależności korelacyjnej między cechami niemierzalnymi, jakościowymi,
- parametryczny test t-Studenta w celu porównania wartości średnich w dwóch niezależnych grupach przy założeniu normalności rozkładów i jednorodności wariancji,
- test Levene'a w celu sprawdzenia jednorodności wariancji porównywanych serii.

Postużono się liczbami bezwzględными, stosunkami procentowymi i średnimi wartościami – średnią arytmetyczną. Jako poziom istotności przyjęto $p = 0,05$.

Analiza wyników badań

Zależność między sektorem publicznym i prywatnym a ilością odbytych wizyt w okresie ciąży

Średnia liczba wizyt dla pacjentek korzystających z sektora publicznego to $8,28 \pm 0,816$, zaś dla pacjentek korzystających z sektora prywatnego $10,53 \pm 1,132$ (Tabela 1a).

Test Levene'a jednorodności wariancji nakazał przyjęć hipotezę zerową o równości wariancji między grupami ($p > 0,05$), zatem można przeprowadzić test równości średnich. Z kolei test t wykazał, że różnice pomiędzy średnimi są istotne statystycznie (Tabela 1b).

Liczba odbytych wizyt w sektorze prywatnym jest większa niż w sektorze publicznym (Rycina 1).

Najwięcej pacjentek w sektorze publicznym odbyło 8–9 wizyt. W sektorze prywatnym stanowi to minimum, gdyż najwięcej badanych odbyło 10–11 wizyt.

Tabela 1a. Średnia liczba wizyt dla pacjentek korzystających z sektora publicznego i prywatnego

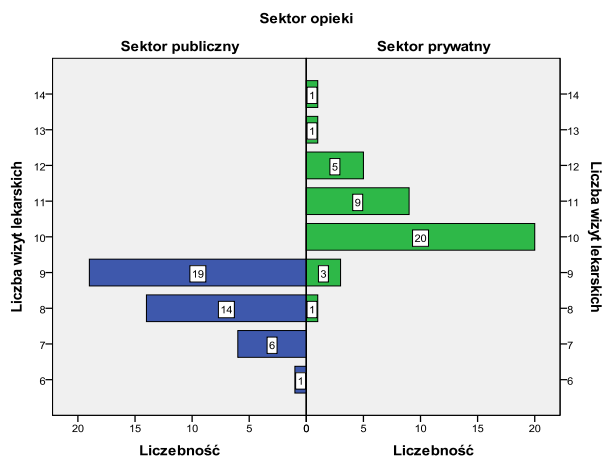
Table 1a. The average number of appointments for patients using the public sector and private sectors

	Sektor opieki	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej
Liczba wizyt lekarskich	Sektor publiczny	40	8,28	0,816	0,129
	Sektor prywatny	40	10,53	1,132	0,179

Tabela 1b. Test Levene'a dla liczby odbytych wizyt lekarskich

Table 1b. Levene's test for the number of physician appointments

	Test Levene'a jednorodności wariancji		Test t równości średnich			
	F	Istotność	t	df	Istotność (dwustronna)	Różnica średnich
Liczba wizyt lekarskich	2,195	0,143	-10,197	78	0,000	-2,250



Rycina 1. Średnia liczba wizyt dla pacjentek korzystających z sektora publicznego i prywatnego
Figure 1. The average number of appointments for patients using the public and private sectors

Związek między opieką nad ciążą w sektorze prywatnym lub publicznym a ilością wykonywanych badań

Tabela 2a zawiera zestawienie średniej liczby wykonywanych zabiegów w podziale na sektor prywatny i publiczny. Gwiazdką oznaczono badania, które u wszystkich pacjentek (niezależnie od sektora) były wykonywane jednokrotnie (średnia = 1).

Dla części badań test Levene'a jednorodności wariancji nakazał przyjąć hipotezę zerową o równości wariancji między grupami ($p > 0,05$), zatem można przeprowadzić test równości średnich w postaci podstawowej. W pozostałych przypadkach (gdzie $p < 0,05$) wykonano test równości średnich i wzięto pod uwagę różnice wariancji (Tabela 2b).

Z kolei test t wykazał, że różnice pomiędzy średnimi są istotne statystycznie w przypadku wszystkich badań (z badań wyłączono badania wykonane jednokrotnie niezależnie od sektora).

Średnio wszystkie badania były wykonywane częściej w przypadku pacjentek, które wybrały opiekę prywatną.

Zależność między czynnikami socjodemograficznymi a wyborem publicznej bądź prywatnej opieki przedporodowej

Analiza statystyczna wykazała zależność między wyborem sektora opieki a wiekiem, miejscem zamieszkania oraz statusem materialnym. Stan cywilny nie różnicuje kobiet na korzystające i niekorzystające z opieki w obu sektorach (Tabela 3).

Sektor prywatny najczęściej wybierały kobiety po 30. roku życia, zaś publiczny kobiety w wieku 21–29 lat (Rycina 2).

Tabela 2a. Średnia liczba wykonywanych świadczeń w podziale na sektor prywatny i publiczny

Table 2a. The average number of services divided into private sector and public

Rodzaj badań	Sektor opieki	Średnia	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej
Grupa krwi i Rh	publiczny	0,83	0,38	0,06
	prywatny	1,00	0,00	0,00
Przeciwciała anty RH	publiczny	1,13	0,46	0,07
	prywatny	1,43	0,68	0,11
Badania cytologiczne	publiczny	0,78	0,42	0,07
	prywatny	1,20	0,46	0,07
Ocena wydzieliny pochwowej	publiczny	1,35	0,48	0,08
	prywatny	1,93	0,83	0,13
Mocz	publiczny	8,00	0,91	0,14
	prywatny	10,53	1,13	0,18
Morfologia krwi	publiczny	4,50	0,78	0,12
	prywatny	5,90	0,93	0,15
Masa ciała	publiczny	8,28	0,82	0,13
	prywatny	10,53	1,13	0,18
Wzrost *	publiczny	1,00	0,00	0,00
	prywatny	1,00	0,00	0,00
Przeciwciała anty-HIV *	publiczny	1,00	0,00	0,00
	prywatny	1,00	0,00	0,00
HBs *	publiczny	1,00	0,00	0,00
	prywatny	1,00	0,00	0,00
Pomiar ciśnienia tętniczego	publiczny	8,28	0,82	0,13
	prywatny	10,53	1,13	0,18
WR	publiczny	1,05	0,22	0,03
	prywatny	1,30	0,46	0,07
Przeciwciała różyczki	publiczny	0,73	0,45	0,07
	prywatny	1,00	0,00	0,00
Przeciwciała toksoplazmozy	publiczny	0,80	0,41	0,06
	prywatny	1,18	0,38	0,06
BMI	publiczny	1,08	0,27	0,04
	prywatny	1,33	0,53	0,08
Poziomu cukru we krwi po podaniu doustnym glukozy *	publiczny	1,00	0,00	0,00
	prywatny	1,00	0,00	0,00
Ogólna liczba badań	publiczny	8,28	0,82	0,13
	prywatny	10,53	1,13	0,18
Badania ginekologiczne przez pochwę	publiczny	1,30	0,46	0,07
	prywatny	1,90	0,30	0,05
Monitorowanie ASP	publiczny	5,25	0,74	0,12
	prywatny	7,48	1,09	0,17
Badania położnicze zewnętrzne	publiczny	5,18	0,68	0,11
	prywatny	7,33	1,02	0,16
Konsultacje specjalistyczne	publiczny	0,25	0,44	0,07
	prywatny	1,78	1,12	0,18
USG	publiczny	3,93	0,47	0,08
	prywatny	7,88	1,67	0,26
Poziom cukru we krwi na czczo	publiczny	1,03	0,16	0,03
	prywatny	1,23	0,48	0,08

Tabela 2b. Test Levene'a dla ilości wykonywanych badań
Table 2b. Levene's test for the number of tests performed

Rodzaj badań	Test Levene'a jednorodności wariancji		Test t równości średnich			
	F	Istotność	t	df	Istotność (dwustronna)	Różnica średnich
Grupa krwi i Rh	53,31	0,00	-2,88	39,00	0,01	-0,18
Przeciwciała anty RH	16,88	0,00	-2,32	69,07	0,02	-0,30
Badania cytologiczne	0,09	0,77	-4,28	78,00	0,00	-0,43
Ocena wydzieliny pochwowej	5,34	0,02	-3,79	62,76	0,00	-0,58
Mocz	1,61	0,21	-11,01	78,00	0,00	-2,53
Morfologia krwi	0,17	0,68	-7,29	78,00	0,00	-1,40
Masa ciała	2,19	0,14	-10,20	78,00	0,00	-2,25
Pomiar ciśnienia tętniczego	2,19	0,14	-10,20	78,00	0,00	-2,25
WR	57,15	0,00	-3,08	55,78	0,00	-0,25
Przeciwciała różyczki	153,59	0,00	-3,85	39,00	0,00	-0,28
Przeciwciała toksoplazmozy	0,32	0,57	-4,24	78,00	0,00	-0,38
BMI	34,68	0,00	-2,68	57,84	0,01	-0,25
Ogólna liczba badań	2,19	0,14	-10,20	78,00	0,00	-2,25
Badania ginekologiczne przez pochwę	24,63	0,00	-6,84	67,24	0,00	-0,60
Monitorowanie ASP	5,63	0,02	-10,70	68,93	0,00	-2,23
Badania położnicze zewnętrzne	6,40	0,01	-11,10	67,57	0,00	-2,15
Konsultacje specjalistyczne	25,94	0,00	-8,02	50,67	0,00	-1,53
USG	85,93	0,00	-14,41	45,27	0,00	-3,95
Poziom cukru we krwi na czczo	32,35	0,00	-2,50	47,37	0,02	-0,20

Tabela 3. Zależność wyboru sektora od czynników socjodemograficznych
Table 3. Dependence of sector selection sociodemographic factors

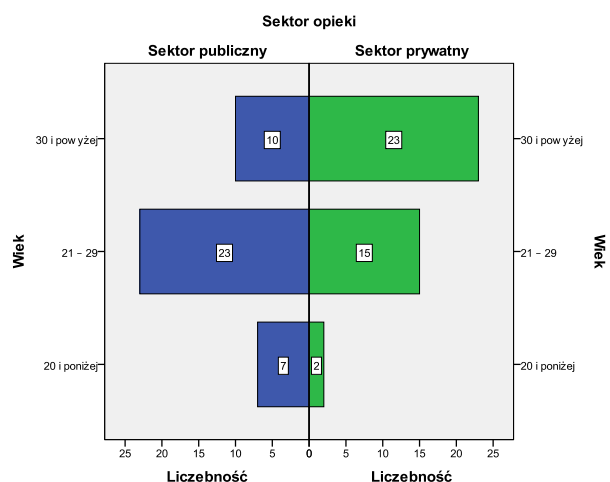
	Wiek	Miejsce zamieszkania	Stan cywilny	Status materialny
Chi-kwadrat	9,45	12,01	0,48	32,31
df	1,00	1,00	1,00	1,00
Istotność asymptotyczna	0,00	0,00	0,49	0,00

Sektor publiczny częściej wybierają osoby ze wsi lub małego miasta, zaś sektor prywatny kobiety z dużych miast (Rycina 3).

Sektor prywatny częściej wybierały osoby o dobrym statusie materialnym, publiczny – oceniające swoją sytuację finansową na poziomie średnim (Rycina 4).

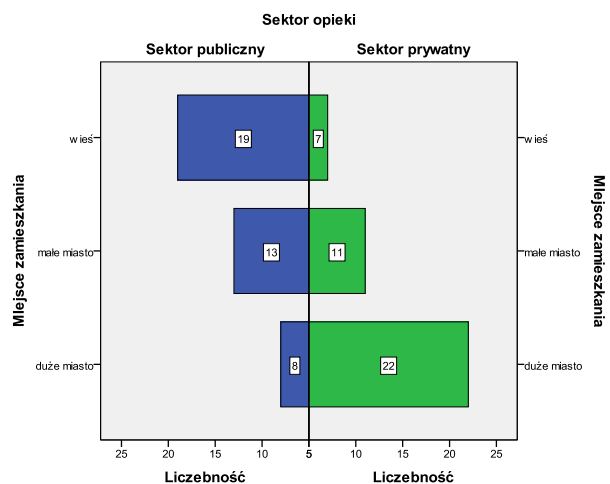
Zależność między sytuacją położniczą a wyborem publicznej lub prywatnej opieki przedporodowej

Analiza statystyczna wykazała zależność między wyborem sektora opieki a ilością porodów oraz przebiegiem ciąży. Ilość ciąż nie ma wpływu na wybór któregoś z sektorów (Tabela 4).



Rycina 2. Zależność między wyborem sektora opieki a wiekiem pacjentki
Figure 2. Dependence between the choice of sector and the age of patient

Figure 2. Dependence between the choice of sector and the age of patient

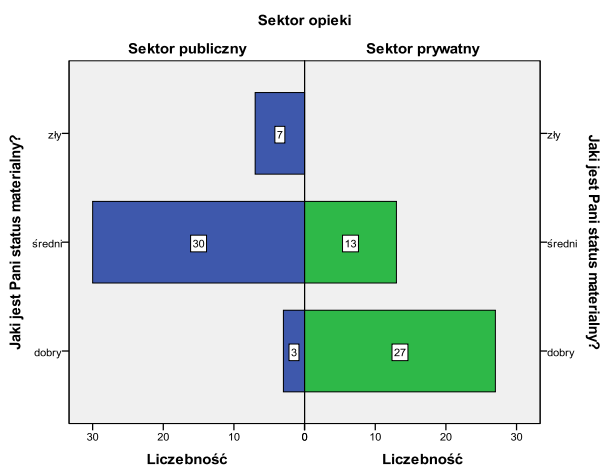


Rycina 3. Zależność między wyborem sektora opieki a miejscem zamieszkania pacjentki
Figure 3. Dependence between the choice of healthcare system and place of patient's residence

Figure 3. Dependence between the choice of healthcare system and place of patient's residence

Sektor prywatny wybierały częściej kobiety rodzące po raz pierwszy. Natomiast w sektorze publicznym dysproporcja ta nie jest tak widoczna (Rycina 5).

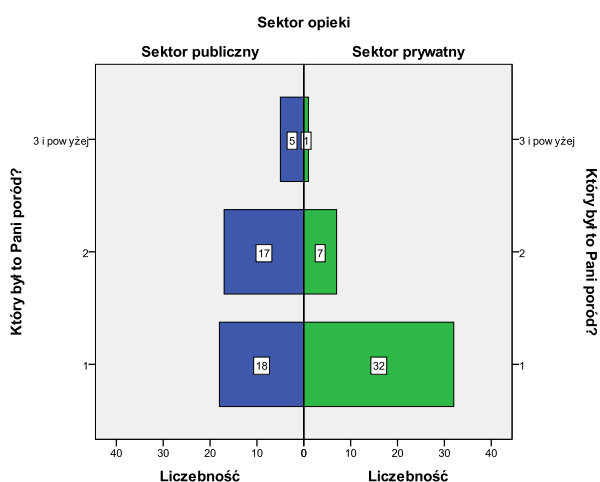
Kobiety z nieprawidłowym przebiegiem ciąży częściej wybierały sektor prywatny (Rycina 6).



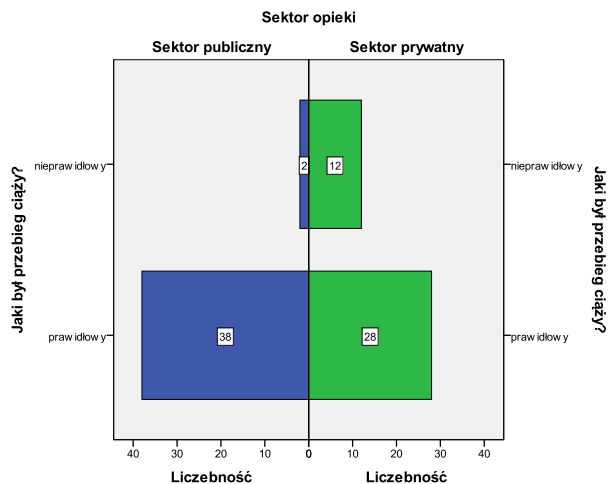
Rycina 4. Zależność między wyborem sektora opieki a statusem materialnym pacjentki
Figure 4. Dependence between the choice of the care sector and the material status of the patient

Tabela 4. Zależność między wyborem sektora opieki a sytuacją położniczą
Table 4. Dependence between the choice of the care sector and the obstetric situation

	Która była to Pani ciąża?	Który był to Pani poród?	Jaki był przebieg ciąży?
Chi-kwadrat	0,13	10,61	8,55
df	1,00	1,00	1,00
Istotność asymptotyczna	0,72	0,00	0,00



Rycina 5. Zależność między wyborem sektora opieki a ilością porodów.
Figure 5. Dependence between the choice of the care sector and the number of births.



Rycina 6. Zależność między wyborem sektora opieki a przebiegiem ciąży.
Figure 6. Dependence between the choice of the care sector and the course of pregnancy.

Dyskusja

Mimo różnych modeli opieki przedporodowej na świecie istnieje zgodna opinia, że kobieta ciężarna powinna być objęta opieką już w pierwszym trymestrze ciąży [2–6]. Ryzyko późno rozpoczętej i nieodpowiedniej opieki najczęściej występuje wśród kobiet przed 20. i po 34. roku życia, niezamężnych, z wykształceniem niższym, niepracujących, rodzących czwarte lub kolejne dziecko [7, 8].

Zwraca się uwagę, że fakt wczesnego zgłoszenia się do lekarza i odbycia większej liczby wizyt łączy się ze zmniejszonym ryzykiem hipotrofii, a niezadowolająca opieka i zaniedbania są główną przyczyną zgonów matek, szczególnie po 35. roku życia, oraz ciąż obumarłych [8, 9, 10].

Wskazuje się również na wzrost w ostatnich latach ogólnej liczby kobiet objętych opieką, w tym opieką wczesną; rośnie również liczba wizyt w okresie ciąży [7, 8, 9]. W przekrojowym raporcie „Zdrowie kobiet...” podkreśla się występujące wciąż braki w opiece profilaktycznej nad ciężarną, szczególnie w pierwszym trymestrze ciąży, niedostateczną jeszcze wczesną zgłaszalność kobiet i utrudniony dostęp do badań specjalistycznych. Nie wszędzie funkcjonuje w pełni trójstopniowy system opieki perinatalnej, styl życia części kobiet ciężarnych nie odpowiada wymogom zdrowotnym [11].

Liczba wizyt rekomendowanych przez PTG zgodnie z Rozporządzeniem MZ w sprawie standardów opieki okołoporodowej wynosi średnio 7–8 w zależności od czasu trwania ciąży [1]. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że liczba wizyt w sektorze publicznym była zgodna ze standardem, natomiast w sektorze prywatnym 8 wizyt odbyła zaledwie 1 kobieta, zaś 85% odbyło przeciętnie 10–12 wizyt w ciąży.

Reroń i wsp. w swoich badaniach podają, że ambulatoryjny nadzór ciąży u 37,8% kobiet był prowadzony

w publicznych gabinetach opieki zdrowotnej, pozostałe zaś 62,2% w gabinetach prywatnych. Aż 94,3% kobiet wskazało na wyższe zaufanie do położniczek prywatnego sektora niż do położniczki z sektora publicznego. 56,9% pacjentek prywatnego sektora wyraziło zdecydowane zadowolenie z opieki, zaś w publicznym sektorze taki poziom satysfakcji zadeklarowało 42,6% pacjentek. Dodatkowych informacji na temat ciąży poszukiwało 80,5% pacjentek z gabinetów prywatnych i 92,9% z publicznych, co może sugerować lepszą jakość komunikacji między pacjentką a lekarzem z prywatnego sektora [12].

Bojar i wsp., badając kobiety ze stwierdzoną patologią szyjki macicy, wykazali, że spośród ankietowanych 53% kobiet korzystało z publicznej opieki ginekologicznej, a pozostałe 47% z prywatnej opieki. Wiedza merytoryczna oraz życzliwość lekarzy zostały lepiej ocenione przez pacjentki korzystające z prywatnej opieki ginekologicznej [13].

Porównanie dwóch powyższych badań wskazuje, że wraz z faktem zajścia w ciążę, a więc z koniecznością wzmoczonej opieki nie tylko nad własną osobą, ale i nad dzieckiem, wzrasta liczba pacjentek korzystających z prywatnego sektora.

Dziubińska-Michalewicz podkreśla, że w prywatnym sektorze opieki zdrowotnej wykonuje się również większą liczbę badań laboratoryjnych oraz diagnostycznych niż w sektorze publicznym [14].

Potwierdziło się to także w niniejszej pracy: w sektorze prywatnym, biorąc pod uwagę wszystkie badania, wykonywano ich więcej niż w publicznej służbie zdrowia. Największe różnice wystąpiły w ilości wykonywanych badań USG i konsultacji specjalistycznych. Zgodnie z Rozporządzeniem MZ rekomendowane jest trzykrotne wykonanie USG w ciąży. Z przeprowadzonych analiz wynika, że w sektorze prywatnym wykonywano tych badań dwukrotnie więcej niż w sektorze publicznym (7,88 vs. 3,93), zaś na konsultacje kierowane były 7 razy częściej pacjentki z gabinetów prywatnych niż z publicznych (1,78 vs. 0,25).

Sekcja Ultrasonografii PTG wskazuje na konieczność podjęcia szerszej dyskusji na temat dokumentowania badań USG w celach „pamiątkowych” na życzenie pacjentki, gdyż powszechnie wiadomo, że badania takie są wykonywane znacznie częściej w prywatnych gabinetach lekarskich. Kornas-Biela powołuje się na światowe doniesienia dotyczące pozytywnego wpływu badania USG na więź rodziców z dzieckiem [15]. Choć nie udowodniono szkodliwego wpływu ultradźwięków na płód, American Institute of Ultrasound in Medicine (AIUM) stoi na stanowisku, że badanie płodu powinno być wykonywane tylko ze ścisłych wskazań medycznych [16].

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że wśród czynników socjodemograficznych na wybór

sektora miał wpływ wiek pacjentki (sektor prywatny – kobiety po 30. r.ż., sektor publiczny – 21–29 lat) oraz miejsce zamieszkania (sektor prywatny – mieszkanki dużych miast, sektor publiczny – mieszkanki wsi i małych miast). Decydującym czynnikiem był również status materialny. Sektor prywatny wybrało 67,5% kobiet o dobrym statusie materialnym i 32,5% kobiet o średnim statusie materialnym, zaś sektor publiczny 7,5% kobiet o dobrym statusie materialnym, 75% kobiet o średnim i 17,5% kobiet w złej sytuacji finansowej. Znaczenie sytuacji finansowej kobiety w wyborze sektora podkreśla również Bień w swoich pracach [17].

Z publikacji Wosiewicza i Dziubińskiej-Michalewicz wynika, że kobiety z nieprawidłowym przebiegiem ciąży częściej wybierały sektor prywatny, co potwierdziły również przeprowadzone badania [14, 18]. Ponadto wykazano, że prywatny sektor częściej wybierały kobiety rodzące po raz pierwszy, aniżeli wieloródki. Pacjentki w obawie o zdrowie i życie swoich dzieci wybierają prywatne gabinety w przekonaniu, że otrzymają tam wysoki poziom świadczeń – wskazują na to Cieśla i wsp. w swoich badaniach [8].

Dostępne publikacje poruszają głównie problem związku między poziomem opieki a efektem ciąży, niewiele jest natomiast badań badających wpływ opieki przedporodowej na przebieg samego porodu.

W badaniach Cieśli zaobserwowano, że u ciężarnych korzystających z opieki lekarza prywatnego sektora rzadziej występują przypadki hipotrofii płodu, co szczególnie było widoczne wśród mieszkanek wsi, z wykształceniem podstawowym i w wieku 19–25 lat. Autorka sugeruje, że jest to związane z wyższym poziomem świadczeń uzyskiwanych w gabinetach prywatnych [8].

Badania Wdowiaka nie wykazały natomiast różnicy w częstości występowania porodów przedwczesnych, porodów martwych i zgonów w okresie okołoporodowym pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki przedporodowej w prywatnych gabinetach i gabinetach mających podpisane umowy z NFZ. Nie wykazano również zróżnicowania wagi noworodków z tych dwóch typów gabinetów, ale wskazano istotną różnicę w punktacji Apgar – noworodki z gabinetów prywatnych rodziły się w lepszym stanie niż dzieci z gabinetów NFZ [19].

W innych badaniach przeprowadzonych przez autorkę na grupie 234 kobiet po porodzie nie wykazano różnicy między poziomem opieki (częstotliwość wizyt w okresie ciąży, czas zgłoszenia się na pierwszą wizytę i przestrzeżenie zaleceń lekarskich) a przebiegiem porodu (czas trwania porodu, środki znieczulające, obrażenia dróg rodnych, stan noworodka, sposób ukończenia porodu) [20].

W badaniach zagranicznych podkreśla się, że w systemach zdrowotnych na świecie dających możliwość ciągłości opieki tego samego zespołu nad kobietą

ciężarną i rodzącą (bez względu na rodzaj sektora) występują: rzadsze korzystanie ze znieczulenia podczas porodu, mniejsza ilość nacięć krocza, mniej przedwczesnych przyjazdów do szpitali, większe zadowolenie pacjentek, przy jednocześnie takiej samej liczbie urodzeń martwych i w podobnym stanie noworodków [21, 22]. Hatem, analizując 11 prób obejmujących ciągłą opiekę przedporodową, podczas porodu i po urodzeniu z udziałem ponad 12 tysięcy kobiet, podaje mniejszą ilość nacięć krocza, rzadsze korzystanie z analgezji w trakcie porodu i mniejszą ilość porodów zabiegowych, przy takiej samej ilości cięć cesarskich. Wskazuje również na większą samokontrolę rodzających w czasie porodu [23].

Podsumowanie

1. Sektor prywatny oferuje większą liczbę wizyt w gabinetach ginekologicznych i wykonuje więcej badań niż sektor publiczny.
2. Kobiety po 30. roku życia, z dużych miast, o dobrym statusie materialnym, rodzące po raz pierwszy, o nieprawidłowym przebiegu ciąży częściej korzystają z prywatnej opieki przedporodowej.

Wnioski

1. Jakość opieki mierzona ilością wizyt i udzielonych świadczeń jest wyższa w sektorze prywatnym niż w publicznej służbie zdrowia.
2. Należałoby dołożyć wszelkich starań, aby kobiety, bez względu na swój status społeczno-ekonomiczny, korzystające z opieki w sektorze publicznym czuły się równie bezpiecznie, jak te w sektorze prywatnym, nie ponosząc przy tym dodatkowych kosztów.

Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20.09.2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożenia oraz opieki nad noworodkiem, Dz.U. 12.1100 z dn. 04.10.2012 r.
2. McQuide P., Delvaux T., Buekens P. and the Study Group on Barriers and Incentives to Prenatal Care In Europe, Prenatal care incentives in Europe, J. Publ. Health Policy 1998, 19, 331–349.
3. Kupek E., Petrou S., Vause S. et al., Clinical, provider and sociodemographic predictors of late initiation of antenatal care in England and Wales, BJOG 2002, 109, 265–273.
4. Wildman K., Blondel B., Nijhuis J. et al., European indicators of health care during pregnancy, delivery and the postpartum period, Eur. J. Obstet. Gynaecol. Reprod. Biol. 2003, 111, 53–65.
5. Alderliesten M.E., Vrijkotte T.G., Van der Wal M.F. et al., Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women, BJOG 2007, 114, 1232–1239.
6. Villar J., Carroly G., Khan-Neelofur D. et al., Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy, The Cochrane Library 2008, Issue 3.

7. Kocemba W., Oszukowski P., Ocena intensywności opieki przedporodowej w rejonie Brzezin w latach 1987–98, Ginek. Pol. 2002, 73, 2, 110–115.
8. Cieśla B., Hanke W., Grodzicka A. et al., Profil korzystania z opieki prenatalnej a ryzyko hipotrofii płodu. Wstępne wyniki badania kliniczno-kontrolnego w woj. łódzkim, Prz. Epidemiol. 2004, 58, 537–546.
9. Rogoszewski M., Grudzień J., Szuścik P. et al., Analiza ciąż obumarłych na terenie miasta Rybnika w latach 1991–2000, Ginek. Pol. 2001, 72, 12, 972–976.
10. Troszyński M., Chazan B., Kowalska B. et al., Zgony matek w Polsce w latach 1991–2000 wg czterech głównych przyczyn, Ginek. Pol. 2003, 74, 10, 1306–1315.
11. Gadzinowski J., Rola systemu trójstopniowej opieki perinatalnej w opiece medycznej nad noworodkiem w Polsce, w: Niemiec T. (red.), Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49. Polska 2006, UNDP 2007, 115–119.
12. Reroń A., Ossowski P., Kuśmierska K., Opieka medyczna, psychologiczna oraz wsparcie społeczne kobiety ciężarnej, Prz. Ginek. Położ. 2009, 9, 2, 39–44.
13. Bojar I., Woźnica I., Holecki T. et al., Dostępność, jakość i sprawność funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce w opinii pacjentek korzystających i nie korzystających z prywatnej opieki ginekologicznej, Med. Ogólna 2010, 16, 2, 152–161.
14. Dziubińska-Michalewicz M., Sektor prywatny w systemie ochrony zdrowia w Polsce, Wydawnictwo Prawno-Ekonomiczne INFOR, Warszawa 2004.
15. Kornas-Biela D., Niepomyślna diagnoza prenatalna: dylemat rodziców, wyzwanie dla profesjonalistów, Med. Prakt. Ginek. Położ. 2008, 04, http://www.mp.pl/etyka/poczatki_zycia/show.html?id=39622 (dostęp dnia: 09.09.2009).
16. Położnicze badanie ultrasonograficzne. Aktualne wytyczne American Institute of Ultrasound in Medicine, Med. Prakt. Ginek. Położ. 2004, 3, <http://www.mp.pl/artykuly/16962> (dostęp dnia: 09.09.2009).
17. Bień A.M., Opieka nad kobietą ciężarną, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
18. Wosiewicz E., Zdrowie publiczne i medycyna społeczna: skrypt dla studentów, Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2000.
19. Wdowiak A., Wiktor K., Wiktor H., Analiza jakości świadczeń zdrowotnych w opiece prenatalnej, Zdr. Publ. 2004, 114, 3, 301–303.
20. Rogala D., Psychofizyczne przygotowanie ciężarnych a przebieg porodu. Rozprawa doktorska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu, Toruń 2011.
21. Hodnett E.D., Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth, Cochrane Database System. Rev. 2008, Issue 4, 1469–1493.
22. Kraśnianin E., Semczuk A., Doświadczenia niemieckie z wprowadzaniem Centrum Opieki Położniczej według Belegsystem, Ginek. Pol. 2008, 79, 560–563.
23. Hatem M., Sandall J., Devane D. et al., Midwife-led versus other models of care for childbearing women, Cochrane Database System. Rev. 2008, Issue 4.

Adres do korespondencji:

Uniwersytet Mikołaja Kopernika
Collegium Medicum
ul. Jagiellońska 13–15
85-067 Bydgoszcz

KAMPANIE SPOŁECZNE JAKO PRZEJAW DZIAŁAŃ EDUKACYJNYCH

THE SOCIAL CAMPAIGNS AS SYMPTOM OF EDUCATIONAL ACTIVITIES

Renata Rasińska, Iwona Nowakowska, Jan Nowomiejski

Katedra i Zakład Organizacji w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Wstęp. Do realizacji strategii promocji zdrowia służą kampanie społeczne, których głównym zadaniem jest zmiana postaw i zachowań ludzkich. Obszary poruszane w kampaniach społecznych są tożsame z głównymi płaszczyznami problemów społecznych.

Cel. Celem badań była ocena wiedzy studentów dotyczącej kampanii społecznych związanych z promocją zdrowia oraz analiza roli edukacyjnej tych kampanii.

Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone wśród grupy studentów poznańskich uczelni za pomocą kwestionariusza ankiety, który oprócz pytań zawierał także przykładowe plakaty kampanii społecznych.

Wyniki. Szczegółowa wiedza studentów na temat kampanii społecznych związanych ze zdrowiem jest niewystarczająca, a społeczne kampanie nie są kojarzone z organizacjami, które je tworzą.

Wnioski. Kampanie społeczne odgrywają istotną rolę edukacyjną, jednak nie należy spodziewać się znaczących zmian postaw pod ich wpływem. Kampanie społeczne powinny pobudzać do refleksji i przyczyniać się podjęcia działań służących rozwiązaniu problemu, który jest w nich stawiany.

SŁOWA KLUCZOWE: kampanie społeczne, działania edukacyjne.

ABSTRACT

Introduction. Social campaigns are designed to implement health promotion strategies. Their main aim is to change attitudes and human behaviours. The areas raised in social campaigns are identical with major social problems.

Aim. The aim of research was the evaluation of students' knowledge about the social campaigns connected with health promotion and evaluation of their educational activities.

Material and methods. The research was carried out among a group of Poznan universities' students using the questionnaire survey, which besides questions contained also sample posters of social campaigns.

Results. Students' detailed knowledge on social campaigns connected with health is insufficient and students do not know the organizations which arrange such campaigns.

Conclusions. The educational role of social campaigns is important, but you should not expect to see significant changes in attitudes under their influence. Social campaigns should stimulate to reflection and contribute to take actions aiming at solving the problem.

KEY WORDS: social campaigns, educational activities.

Wstęp

Ph. Kotler, N. Roberto i N. Lee zdefiniowali kampanię społeczną jako zorganizowane wysiłki prowadzone przez grupę (pełnomocnika zmian), która próbuje przekonać innych (docelowych odbiorców), by przejęli, zmienili lub odrzucili określone poglądy, postawy czy zachowania [1]. **Kampania społeczna** według P. Prochenko to zestaw różnych działań zaplanowanych w konkretnym czasie, skierowanych do określonej grupy docelowej, których celem jest doprowadzenie do wzrostu wiedzy, zmiany myślenia, zachowania wobec określonego problemu społecznego lub przyczynienie się do rozwiązywania problemu społecznego blokującego osiągnięcie dobra wspólnego zdefiniowanego jako dany cel marketingowy [2]. Kampania społeczna może stosować narzędzia i techniki reklamowe, a reklama

społeczna według P. Prochenki jest tylko jednym z nich [3]. Autorzy kampanii chcą przekonać odbiorcę do tego, aby zachowywał się w określony sposób i udowodnić mu, że jest to społecznie użyteczne i ważne. Kampanie społeczne mówią ludziom, żeby zmienili swoje nawyki, przyzwyczajenia, zachowania.

W realizację kampanii społecznych zaangażowanych jest zwykle wiele podmiotów: biznes, media, organizacje społeczne, instytucje państwowe. Podmioty te oferują różne formy działalności: pomoc finansową, rzeczową czy usług. Kampania społeczna wykorzystuje zróżnicowane metody dotarcia do odbiorców komunikatu lub rozwiązania problemu społecznego.

Definiując reklamę społeczną, D. Maison i N. Maliszewska wskazują, iż jest ona komunikatem perswazyjnym, służącym nie tylko informowaniu, ale również po-

zytywnie wpływającym na zmianę postaw i zachowań [4, 5]. Reklama społeczna realizowana jest w dwojaki sposób: namawia do prospołecznych zachowań, nakłania do korzystnych zmian ze społecznego punktu widzenia, a także zachęca do zaniechania zachowań niepożądanych. Społeczne kampanie reklamowe najczęściej organizowane są przez organizacje społeczne, non-profit lub rządowe oraz są wspierane przez przedsiębiorstwa zainteresowane uczestnictwem. Najbardziej istotne elementy każdej kampanii decydujące o jej powodzeniu to treść, rodzaj środków przekazu, lokalizacja i sezonowość [6]. Celem kampanii społecznych i edukacyjnych jest zmiana postaw i zachowań określonej grupy ludzi [7]. Mają one zwracać uwagę na dany problem, edukować, łamać stereotypy. Kampanie prowadzone są w różnym zakresie, dotyczą wielu dziedzin życia, poruszają niemal wszystkie najważniejsze problemy społeczne, takie jak ochrona środowiska, bezpieczeństwo, pomoc społeczna, prawa człowieka, równouprawnienie, tolerancja, walka z przemocą i wiele innych. W zakresie zdrowia poruszane są takie zagadnienia jak: profilaktyka, uzależnienia oraz promocja zdrowia.

Trudno w praktyce ocenić, czy kampania społeczna jest skuteczna. Jeżeli produktem jest zmiana postaw społecznych, to powinno się badać zmianę postaw [3]. Według P. Prochenki reklama jest tylko elementem kampanii społecznej i dlatego trudno oczekiwać, aby zmieniła zachowania ludzi. Można badać, czy reklama została zauważona, czy wywarła wrażenie, czy była zrozumiała. Aby dowiedzieć się, czy zostały zmienione postawy, trzeba przeprowadzać skomplikowane badania zachowań społecznych. Najczęściej jednak bada się deklaracje ludzi na temat określonych postaw. Jednorazowa kampania może jedynie dostarczyć wiedzy, następnym krokiem jest zmiana sposobu myślenia, kolejnym wywołanie potrzeby zmiany zachowania. Dopiero po kilku latach prowadzonych działań można zaobserwować zmiany zachowań. Kontrowersyjna kampania społeczna nie powinna generować kolejnych problemów społecznych ani pogłębiać stereotypów. Mocny przekaz jest potrzebny, ale komunikat brutalny już niekoniecznie. Według P. Prochenki trzeba stworzyć przekaz mocny, który nie będzie odstraszał. Warto zostawić odbiorcy pole do wyobraźni. Ciekawe jest to, iż w różnych kulturach różna siła przekazu jest odbierana. Podobne opinie prezentuje L. Stafiej [3], według którego kampania jest tylko zewnętrzną częścią dotyczącą porozumienia, komunikacji z odbiorcą. W reklamie społecznej trzeba, jak wszędzie, liczyć się z tym, że po pierwsze, efekty takich programów wymagają czasu, bo sam program jest z natury przedsięwzięciem długodystansowym. Po drugie, cenniejsze są te zmiany

w postawach, które dojrzejają powoli, ale gruntownie, które dobrze ukorzeniają się w społeczeństwie niż te, które dzieją się doraźnie, o których się zapomni, zanim kampania się skończy albo tuż po niej. Dlatego warto czekać, warto realizować te programy, żeby zmiana była gruntowna. Według I. Stankiewicza [3] wiele kampanii jest organizowanych doraźnie bez dobrego przygotowania. Zapał przy takich nieprzemyślanych akcjach *ad hoc* bardzo szybko gaśnie. Brak planu strategicznego oraz brak jasno zdefiniowanego celu tłumaczone są tym, że podejmowanie problemu społecznego usprawiedliwia wszystko. Kampanie społeczne powinny być więc planowane długofalowo. Nie mogą być działaniami doraźnymi, powinny bardzo jasno definiować cel społeczny, jaki chcą osiągnąć, promować bardzo konkretne zachowania.

Kampanie prowadzone z użyciem reklamy społecznej mają różne cele [8]. Mogą przybliżać społeczeństwu dany problem społeczny lub prowokować do działań na rzecz jego zniwelowania. Mogą popularyzować działania organizacji pozarządowych lub publicznych, służyć zgromadzeniu środków finansowych na realizację tych działań (*fundraising*) i nakłaniać do angażowania się społecznie czy obywatelsko. Z punktu widzenia zasięgu geograficznego kampanie mogą być globalne (o zasięgu międzynarodowym, kontynentalnym lub ogólnosiwiatowym), krajowe i lokalne, a z punktu widzenia odbiorców – mogą oddziaływać na osoby dotknięte problemem społecznym lub na tych, którzy mogą pomóc w jego rozwiązaniu. Grupą docelową może być więc wybrana część społeczeństwa lub jego ogół (trzeba jednak zaznaczyć, że kampanie kierowane „do wszystkich” bywają kampaniami kierowanymi do nikogo). Kampanie społeczne są bardziej rozbudowane od reklam społecznych, ustrukturyzowane (zaplanowane i podzielone na etapy, obejmujące różne narzędzia – w tym także reklamę społeczną) i mają większy zasięg czasowy. Ponadto są domeną organizacji pozarządowych (po nich zleceńdawcami kampanii społecznych lub ich inicjatorami są instytucje publiczne). Kolejną ważną cechą kampanii społecznych jest emocjonalność przekazu – znaczna część kampanii społecznych opiera się bowiem właśnie na emocjach. Racjonalna podbudowa komunikatu (dane ilościowe, wyniki badań, argumenty merytoryczne) często schodzi tutaj na drugi plan. Należy bowiem pamiętać, że celem kampanii społecznych jest zmiana postaw, uwrażliwienie, zwrócenie uwagi na problem społeczny, któremu trzeba (zdaniem nadawcy) przeciwdziałać, zmobilizowanie odbiorców do reakcji. Obszary poruszane w kampaniach społecznych są tożsame z głównymi płaszczyznami problemów społecznych. Za portalem Fundacji Komunikacji Społecznej można więc wymienić między innymi: aktywizację spo-

teczną i obywatelską (w tym działania profrekwencyjne), bezpieczeństwo w sferze komunikacji i transportu, edukację, ekologię i ochronę środowiska, komunikację i relacje w rodzinie, kulturę, prawa człowieka, profilaktykę zdrowia, kampanie wizerunkowe i informacyjne, kampanie dotyczące rozwoju gospodarczego, kampanie poruszające kwestie konsumenckie, kampanie dotyczące równouprawnienia.

Bazą kampanii społecznych, nie tylko polskich, ale również zagranicznych, jest portal www.kampaniespoleczne.pl, którego wydawcą jest Fabryka Komunikacji Społecznej.

Celem badań była ocena wiedzy studentów dotyczącej kampanii społecznych związanych z promocją zdrowia oraz analiza roli edukacyjnej tych kampanii.

Materiał i metody badań

Badania zostały przeprowadzone w latach 2012 i 2013 wśród grupy 152 studentów poznańskich uczelni za pomocą kwestionariusza ankiety, który oprócz pytań zawierał także przykładowe plakaty kampanii społecznych. Średnia wieku badanych wynosiła 22,01 r. \pm 2,342 r., 55% stanowiły kobiety, a 45% mężczyźni.

Tabela 1. Kampanie społeczne w latach 2011–2013

Table 1. Social campaigns in 2011–2012

Nazwa kampanii	Cel	Termin	Media
Żywność ekologiczna gwarancją dobrego smaku	promocja znaku certyfikowanej żywności – „Euro-liścia”	08.10.2012–15.12.2012	telewizja
JA TY JEMY – Jakie matki, takie dziatki	ukazanie problemu otyłości Polaków	17.09.2012–	bilbordy, Internet
Roztrzaskana łąkotka? Rozcięta pięta?	niesienie pierwszej pomocy	01.03.2012–	radio
Wspólnie przeciw białaczce	ukazanie problemu białaczki	17.11.2011–30.11.2011	bilbordy
Siła odruchu	propagowanie sportu amatorskiego wśród Polaków	01.10.2011–30.11.2011	telewizja, bilbordy, Internet
Teraz pstrąg	promocja pstrąga jako ryby zdrowej, hodowanej w czystych wodach i „wdzięcznej” kulinarnie	20.09.2011–	telewizja, radio, Internet, prasa
Pij mleko! Będziesz wielki!	promocja zdrowych nawyków żywieniowych wśród dzieci i młodzieży	04.07.2011–31.07.2011	telewizja, Internet, prasa, bilbordy
Narkotyki? Na co mi to!	przeciwdziałanie narkomanii	20.06.2011–15.12.2011	telewizja, radio, Internet, prasa
Cisnienie na życie – Mama dla siebie się nie przebada	edukacja Polaków w kwestii profilaktyki schorzeń układu krążenia, ale również przebadanie 200 000 osób pod kątem nadciśnienia tętniczego	10.12.2012–	telewizja, radio, prasa, bilbordy
Nie mam nic do ukrycia – zrobiłem test na HIV!	zachęcenie osób aktywnych seksualnie do testowania się w kierunku HIV	01.12.2012–	prasa
Alcosfery. Picie w biznesie	zwrócenie uwagi na problem alkoholizmu wśród kobiet, w tym także tych z grupy tzw. HFA (z ang. High-Functioning Alcoholic), czyli wysokofunkcyjnych alkoholiczek	19.11.2012–03.12.2012	telewizja, Internet
SamObójstwo. Potrzeba POMOCY, nie ŚMIERC!	ukazanie wpływu przemocy i agresji na zachowania samobójcze młodzieży oraz osób do 25 roku życia	29.10.2012–	plakaty, ulotki, strony www
ABC seksu w obrazkach	profilaktyka chorób przenoszonych drogą płciową	01.09.2012–01.12.2012	Internet
SM – walcz o siebie	przekonanie opinii publicznej, decydentów i samych dotkniętych chorobą SM, że właściwie dobrana terapia może dać szansę na normalne funkcjonowanie, warto więc się jej poddawać i w nią inwestować	05.09.2012–30.11.2012	telewizja, bilbordy, prasa
W którym świecie żyjesz?	zwrócenie uwagi na problem nadmiernego korzystania z komputera i Internetu przez dzieci i młodzież	17.07.2012–30.09.2012	telewizja, radio
Mężczyzna 45+	profilaktyka układu moczowo-płciowego	01.07.2012–	telewizja, prasa, radio, Internet
Zaproszenie do znajomych	przestrzeżenie przed niepewnymi znajomościami, a w konsekwencji przed zakażeniem się wirusem HIV od nowo poznanej, nawet bardzo atrakcyjnej osoby	14.11.2011–	Internet
Chroń życie przed rakiem szyjki macicy	wzrost świadomości o istnieniu wirusa HPV, dostępności szczepionek i konieczności wykonywania regularnych badań	16.11.2011–	Internet
Nie pal przy dziecku	edukacja społeczeństwa w zakresie przeciwdziałania biernemu paleniu	03.11.2011–	plakaty, ulotki, Internet
Nie jesteś sama w depresji	zwrócenie uwagi na problem depresji jako choroby, która może dotknąć każdą kobietę, bez względu na wiek, miejsce zamieszkania, wykonywany zawód czy status społeczny	06.11.2011–30.11.2011	bilbordy, Internet
Stop zwolnieniom z wf-u	zwiększenie liczby uczniów aktywnie uczestniczących w tych zajęciach	06.09.2013	telewizja
Rak. To się leczy!	przekonanie Polaków, że rak w porę wykryty jest uleczalny	04.02.2013–25.03.2013	telewizja, Internet
Rak. To się leczy! Odłóż drugą	poszerzenie wiedzy o nowotworach, sposobach ich rozpoznawania, a także wskazówki, jak żyć, żeby zminimalizować ryzyko choroby	24.05.2013	telewizja, spoty w kinach

Źródło: <http://www.kampaniespoleczne.pl/kampanie,nadawca,Ministerstwo%20Zdrowia>

Do obliczeń wykorzystano program statystyczny Statistica 10. Poziom istotności przyjęty w pracy to $p < 0,05$.

Wyniki badań

Badana grupa, oceniając podejmowane w Polsce działania związane z promocją zdrowia, podkreślała, że są one dostateczne (59,9%). Tylko 15,8% oceniło je jako dobre, a 24,3% jako niezadowolające. Żadna osoba nie oceniła działań jako bardzo dobre.

Jednak respondenci potwierdzili, że w Polsce są tworzone warunki do podejmowania celów promocji zdrowia (58,1%). Zależność pomiędzy poszczególnymi odpowiedziami a płcią studentów jest nieistotna statystycznie ($p > 0,05$).

Ponad połowa badanych spotkała się z materiałami reklamowymi w telewizji (68%), na plakatach i bilbordach (53%), w Internecie (48%), w prasie (16%) i radiu (12%). Zależność pomiędzy poszczególnymi odpowiedziami a płcią była nieistotna statystycznie ($p > 0,05$). Studenci nie zwracali uwagi na instytucje, które przygotowywały reklamy, 99,5% nie pamiętało, jakie organizacje były wymieniane w przekazach.

W badaniu wykorzystano materiały reklamowe związane z kampaniami społecznymi przedstawianymi w telewizji, prasie, Internecie czy na bilbordach w latach 2011–2012 (Tabela 1).

Niemal 90% badanych zadeklarowało, że w ciągu ostatnich dwóch lat zetknęło się z tylko niektórymi wymienionymi kampaniami społecznymi. Najbardziej znaną kampanią społeczną była kampania „Pij mleko! Będziesz wielki!” (aż 89,1% badanych studentów potwierdziło, że spotkało się z reklamami tej kampanii w telewizji). W związku z tym, że była to już ósma edycja tej kampanii, znajomość tematyki oraz osób występujących w niej jest znaczna. Badani studenci nie zawsze kojarzyli nazwy kampanii – dopiero po prezentacji celów i plakatów omawianych kampanii badani studenci potwierdzili ich znajomość. Wszystkie grupy studentów bardziej znały tematykę kampanii, które pojawiły się w ostatnich miesiącach, tzn. „JA TY JEMY” „Nie pal przy dziecku”, „Stop zwolnieniom z wf-u” czy „Ciśnienie na życie – Mama dla siebie się nie przebada”.

W ocenie poszczególnych kampanii zauważyć można spore rozbieżności. Reklamy kampanii, które są ogólnie znane przez badanych studentów, podobają im się i są w większości czytelne. Natomiast te kampanie, które są dla nich nieznanne, były w opiniach badanych zbyt ogólnikowe i przekazywały mało konkretne informacje oraz nie miały jasnego i czytelnego przekazu. Ponadto dla najmniej znanych kampanii najwięcej było odpowiedzi „trudno określić” (Tabela 2).

Ogólnie studenci niezależnie od płci potwierdzili, że reklamy poszczególnych kampanii przyczyniają się do

wzrostu wiedzy społeczeństwa dotyczącej problematyki zdrowia. Kampanie społeczne często poruszają tematy, które dotyczą delikatnych sfer życia oraz tematy, o których nie mówi się na głos. Najwyżej zostały ocenione kampanie, które studenci znali (wyniki istotne statystycznie przy $p < 0,05$): „Pij mleko! Będziesz wielki!” (3,76), „Chroń życie przed rakiem szyjki macicy” (3,67) i „Stop zwolnieniom z wf-u” (3,67), „JA TY JEMY” (3,62) oraz „Narkotyki? Na co mi to!” (3,53).

Głównym celem kampanii według badanych jest dostarczanie wiedzy na różne tematy, np. związane ze szkodliwością alkoholu, narkotyków oraz reagowanie na nowe zagrożenia. Jednak badane grupy studentów nie potwierdziły, że pod ich wpływem zmienili oni swoje zachowanie, postawę czy nawyki. Tylko 15,6% studentów niezależnie od płci potwierdziło, że zmienili oni swoje nawyki, natomiast nieco ponad połowa (50,2%) zainteresowała się tylko tematem.

Dyskusja

O skuteczności kampanii społecznej decyduje nie tylko jej zauważalność, ale przede wszystkim efekt, jaki wywołała [9]. Akcji społecznych nie robi się przecież dla „szumu informacyjnego”, ale w celu rozwiązania trudnego problemu społecznego czy uwrażliwienia odbiorców na wybrane zagadnienie. Zmiany postaw nie osiąga się przez jednorazowe akcje, ale przez długofalowe działania. Częstym problemem polskich kampanii społecznych jest ich efemeryczność. Problem głośny przez czas trwania akcji znika z umysłów ludzi zaraz po jej zakończeniu, dlatego skuteczna kampania społeczna to taka, która jest zaplanowana długofalowo i nakierowana na systematyczność poruszania danego problemu. Przykładem takiej kampanii jest kampania „Pij mleko! Będziesz wielki!”, która jest kontynuowana od kilku lat i angażuje coraz to nowe osoby. Potwierdzeniem są wyniki badań własnych.

We współczesnej Polsce praktycznie nie narodziła się jeszcze tradycja wykorzystywania specyficznych dla reklamy mediów jako sposobu rozwiązywania i prezentowania problemów społecznych [10]. Społeczne reklamy, które pojawiają się od czasu do czasu w Polsce, eksponują zazwyczaj swój wymiar instrumentalny. Sposób ich realizacji wskazuje, iż mają służyć przede wszystkim pomnażaniu profitów ich sponsorów i samej agencji, nie zaś skutecznemu rozwiązywaniu problemu, który jest za ich sprawą stawiany. Przeważająca większość z nielicznych kampanii społecznych, które pojawiły się w Polsce, nie jest inicjatywą samych agencji reklamowych, ale zwykłą realizacją kolejnego zlecenia. Kolejnym grzechem kampanii społecznej w Polsce jest jej koncentracja na problemach, o których już mówi się powszechnie i do znudzenia, którymi nasycone są do

Tabela 2. Ocena reklam poszczególnych kampanii społecznych
Table 2. Evaluation of the individual social campaigns advertisement

Nazwa kampanii	Reklama kampanii podołała mi się	Zbyt ogólne wiadomości, mało konkretne	Brak czytelnego przekazu	Trudno określić	Ocena roli edukacyjnej
Żywność ekologiczna gwarancją dobrego smaku	22,0%	3,9%	15,6%	58,5%	1,89
JA TY JEMY – Jakie matki, takie dzieci	85,3%	2,3%	1,3%	11,1%	3,62
Roztrzaskana łąkotka? Rozcięta pięta?	1,6%	4,6%	4,1%	89,7%	1,18
Wspólnie przeciw białaczce	46,3%	5,6%	5,7%	42,4%	2,56
Siła odruchu	1,3%	13,6%	35,6%	49,5%	1,67
Teraz pstrąg	36,8%	16,3%	42,3%	4,6%	2,85
Pij mleko! Będziesz wielki!	89,1%	1,3%	5,6%	4,0%	3,76
Narkotyki? Na co mi to!	75,6%	11,3%	3,2%	9,9%	3,53
Cisnienie na życie – Mama dla siebie się nie przebadła	72,3%	3,6%	14,3%	9,8%	3,38
Nie mam nic do ukrycia – zrobiłem test na HIV!	63,5%	19,3%	13,2%	4,0%	3,42
Alcosfery. Picie w biznesklasie	32,6%	11,3%	18,6%	37,5%	2,39
SamObójstwo. Potrzeba POMOCY, nie ŚMIERCI	32,6%	21,3%	28,6%	17,5%	2,69
ABC seksu w obrazkach	3,6%	11,3%	13,2%	71,9%	1,47
SM – walcz o siebie	33,6%	15,6%	20,3%	30,5%	2,52
W którym świecie żyjesz?	8,6%	11,3%	29,3%	50,8%	1,78
Mężczyzna 45+	66,8%	12,6%	15,6%	5,0%	3,41
Zaproszenie do znajomych	1,3%	12,6%	25,3%	60,8%	1,54
Chroń życie przed rakiem szyjki macicy	78,6%	11,6%	8,3%	1,5%	3,67
Nie pal przy dziecku	81,3%	5,6%	4,2%	8,9%	3,59
Nie jesteś sama w depresji	33,6%	16,3%	15,7%	34,4%	2,49
Stop zwolnieniom z wf-u	82,6%	5,6%	8,3%	3,5%	3,67
Rak. To się leczy!	63,2%	4,6%	3,2%	29,0%	3,02
Rak. To się leczy! Odstona druga	65,8%	5,8%	4,5%	23,9%	3,14

granic inne przekazy medialne i które są już strywializowane, nie zaś na tych, które w istocie dotyczą jednostki i wspólnoty, a które są wstydliwie przemilczane, nie są wystarczająco atrakcyjne medialnie. Konsekwencją niedostrzegania pozytywnych funkcji kampanii społecznej i traktowania jej wyłącznie w kategoriach czysto instrumentalnych jest sprowadzenie trybu realizacji tego rodzaju kampanii do zaprojektowania plakatów i ich wyklejenia. Kampania społeczna ma sens tylko wtedy, kiedy pobudza do refleksji i jest przyczyną podjęcia działań służących rozwiązaniu problemu, który jest w niej stawiany. Według Drozdowskiego i Krajewskiego przykłady dobrze skonstruowanych i konsekwentnie zrealizowanych kampanii społecznych należą w Polsce do rzadkości. Aby kampanie można było uznać za udane, muszą mieć, po pierwsze, jasne przesłanie. Po drugie, dotyczyć powinny rzeczywistych problemów, którym wcześniej towarzyszyła bezradność i do rozwiązania których społeczeństwo nie potrafiło się wystarczająco dobrze zorganizować. I po trzecie, być czymś więcej niż samą tylko „obecnością medialną” i powinny stworzyć ramy dla aktywności i dostarczyć przestrzeni dla konkretnych działań.

Bardzo istotną rolę kampanii społecznych jest uświadamianie społeczeństwa. Oprócz kształtowania wiedzy powinny uświadamiać, jak należy postępować, kiedy zauważy się niepokojące objawy. Pożądane by-

łyby, aby kampanie uczyły tolerancji, a także uczyły na problemy innych ludzi. Ponadto ich zadaniem jest wywoływanie refleksji, zainteresowanie trudnymi zagadnieniami i kształtowanie pożądanych wzorców zachowań. Najważniejszą rolą kampanii jest zmiana postaw. Kampanie społeczne dotyczące zdrowia mogą być adresowane do całego społeczeństwa lub do grupy docelowej.

W kampaniach społecznych wykorzystuje się różne kanały komunikacyjne, w zależności m.in. od środków finansowych. Obecnie ważnym kanałem komunikacji w kampaniach społecznych jest Internet. Korzyści związane z wykorzystaniem Internetu wynikają z szerokich możliwości dotarcia do bardzo dużej grupy odbiorców. Ten typ mediów jest również stosunkowo tani oraz istnieje możliwość dotarcia do odbiorców właściwie przez całą dobę. W ostatnich latach bardzo popularne stało się wykorzystanie do celów kampanii serwisów społecznościowych.

Studenci potwierdzają słuszność tworzenia kampanii społecznych dotyczących zdrowia. Powinny być one kierowane do całego społeczeństwa, ale również do poszczególnych grup. Wyniki ankiety wykazują, że wpływ na zmiany zachowań według studentów nie jest znaczący, jednak potwierdzają oni, że systematyczność występowania kampanii w mediach może wpłynąć na zmiany postaw czy zachowań. Wszelkie inicjatywy

mające na celu promowanie zdrowia, w tym również kampanie społeczne, powinny być popierane przez wszystkie organy administracji rządowej, organizacje pozarządowe oraz społeczności lokalne, ponieważ służą do ochrony, utrzymania i poprawy zdrowia społeczeństwa.

Wnioski

1. Szczegółowa wiedza studentów na temat kampanii społecznych związanych ze zdrowiem jest niewystarczająca, a społeczne kampanie nie są kojarzone z organizacjami, które je tworzą.
2. Rola edukacyjna kampanii społecznych jest istotna, jednak nie należy spodziewać się znaczących zmian postaw pod ich wpływem.
3. Kampania społeczna powinna pobudzać do refleksji i przyczyniać się do podjęcia działań służących rozwiązaniu problemu, który jest w niej stawiany.

Piśmiennictwo

1. Kotler P.H., Roberto N., Lee N., *Social Marketing. Improving the quality of life*, Sage Publications, Thousand Oaks 2002, za: Miller R.V., Petrieff L.O. (red.), *Public Opinion Research Focus*, Nova Science Publishers, New York 2008, 11, za: Daszkiewicz M., *Planowanie kampanii społecznych*, w: Mazurek-Łopacińska K. (red.), *Nauki o zarządzaniu 6, Badania rynkowe*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 161, Wrocław 2011, 131–145.
2. Prochenko P., *Kampania społeczna – definicja Fundacji Komunikacji Społecznej*, <http://www.kampaniespoleczne.pl/>

wiedza_definicje,2324,kampania_spoeczna_definicja_fundacji_komunikacji_spoecznej (data dostępu: 27.10.2013).

3. Izdebski M., *Reklama społeczna. Kreacja a skuteczność*, Fundacja Komunikacji Społecznej, Stowarzyszenie na rzecz Forum Inicjatyw Pozarządowych, <http://www.kampaniespoleczne.pl/publikacja> (data dostępu: 27.10.2013).
4. Nowacki R., *Reklama – podręcznik*, Difin, Warszawa 2005, za: Biątek-Dratwa A., Kukielczak A., Czech N., Gętek M., *Kampanie społeczne przykładem sposobu propagowania zasad zdrowego żywienia*, *Probl. Hig. Epidemiol.* 2012, 93 (2), 414–419.
5. Maison D., Wasilewski P., *Propaganda dobrych serc, czyli rzecz o reklamie społecznej*, Agencja Wasilewski, Kraków 2002, za: Biątek-Dratwa A., Kukielczak A., Czech N., Gętek M., *Kampanie społeczne przykładem sposobu propagowania zasad zdrowego żywienia*, *Probl. Hig. Epidemiol.* 2012, 93 (2), 414–419.
6. Smid W., *Encyklopedia promocji i reklamy*, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 2001.
7. *Kampanie społeczne i edukacyjne*, <http://www.healthcare-repr.pl/kampanie-spoeczne-i-edukacyjne/> (data dostępu: 27.10.2013).
8. Kicińska M., *Równość płci w polskich kampaniach społecznych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2012, 7.
9. Sokołowski W., *Jak zweryfikować skuteczność kampanii społecznych w Polsce?* <http://www.epr.pl/jak-zweryfikowac-skuteczosc-kampanii-spoecznych-w-polsce.goracy-temat,256,1.html> (data dostępu: 27.10.2013).
10. Drozdowski R., Krajewski M., *Reklama społeczna w Polsce – grzechy i możliwości*, <http://www.fks.org.pl/b-art-reklama.php> (data dostępu: 27.10.2013).

Adres do korespondencji:

dr inż. Renata Rasińska
e-mail: rasinska@ump.edu.pl

ZWIĄZEK WYBRANYCH CZYNNIKÓW SOCJODEMOGRAFICZNYCH Z WYPALENIEM ZAWODOWYM WŚRÓD PIELEŃNIAREK

THE RELATIONSHIP BETWEEN SELECTED SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS AND PROFESSIONAL BURNOUT AMONG NURSES

Iwona Nowakowska, Renata Rasińska

Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Cel. Celem podjętych badań jest określenie i analiza związku wybranych zmiennych socjodemograficznych na proces wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek.

Materiał i metody. Badaniu ankietowemu poddano 405 aktywnych zawodowo pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach szpitalnych. Celem pozyskania materiału empirycznego wykorzystano Copenhagen Burnout Inventory oraz pytania własnej konstrukcji, umożliwiające zebranie informacji socjodemograficznych na temat osób objętych badaniem.

Wyniki i wnioski. Istnieje częściowy wpływ czynników socjodemograficznych na pojawienie się syndromu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek. Stwierdzono, że pielęgniarki posiadające krótszy staż pracy ogółem częściej doświadczają wypalenia osobistego. Wypalenie związane z pracą koreluje z długością stażu pracy na obecnie zajmowanym stanowisku, co oznacza, że im jest on dłuższy, tym częściej obserwowane są symptomy wypalenia. Istnieją potwierdzone zależności pomiędzy pracą na oddziale zachowawczym oraz rodzajem oddziału a wypaleniem związanym z pracą. Zaobserwowano także związek między rodzajem oddziału oraz województwem a wypaleniem w kontaktach z pacjentami.

SŁOWA KLUCZOWE: czynniki socjodemograficzne, wypalenie zawodowe, pielęgniarki.

ABSTRACT

Aim. The aim of the study is to identify and analyze the relationship between selected socio-demographic variables and the process of burnout among nurses.

Material and methods. A questionnaire survey covered 405 professionally active nurses working in hospital wards. In order to obtain empirical material, Copenhagen Burnout Inventory was used in the study as well as the author's own questions, allowing to collect socio-demographic data from the respondents.

Results and conclusions. There is a partial impact of socio-demographic factors on the occurrence of professional burnout syndrome among nurses. It was found that nurses with shorter seniority in general, more often experience personal burnout. Work-related burnout correlates with the length of seniority in the current position, which means that the longer it is, the more frequently the symptoms of burnout are observed. There is confirmed correlation between working on non-surgical wards and the type of ward and work-related burnout. There was also a relationship between the type of ward and voivodeship and burnout in contact with patients.

KEY WORDS: selected socio-demographic, professional burnout, nurses.

Wstęp

Geneza szerszego zainteresowania badaczy problematyką wypalenia zawodowego sięga 1974 roku, kiedy to pierwsze doniesienia na ten temat opublikował H. Freudenberger, określając wypalenie jako „krańcowy stan wyczerpania, spowodowany nadmiernym zapotrzebowaniem na energię i wszelkie zasoby, jakimi dysponuje jednostka” [1]. W ciągu kolejnych lat wzrastało zainteresowanie wypaleniem zawodowym, prowadząc do pojawiania się nowych doniesień na jego temat. Na przykład Ch. Maslach definiuje wypalenie zawodowe przez pryzmat trzech komponentów: wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżenia poczucia

dokonań własnych [2–5]. Z kolei zespół duńskich badaczy pod kierunkiem prof. T.S. Kristensena podjął się zadania zdefiniowania wypalenia; stwierdzili oni, że w wypaleniu dominującymi stanami są: fizyczne i psychiczne zmęczenie i wyczerpanie, mogące uaktywnić się w każdej sferze działalności człowieka [6]. Zdaniem zespołu można wyróżnić trzy zasadnicze rodzaje wypalenia. *Wypalenie osobiste*, scharakteryzowane jako „odczuwane przez daną osobę fizyczne i psychiczne zmęczenie i wyczerpanie”. *Wypalenie związane z pracą* to „fizyczne i psychiczne zmęczenie czy wyczerpanie odczuwane przez daną osobę przy wykonywaniu pracy”. *Wypalenie w kontaktach z klientami* (związane

z klientami) stanowi „fizyczne i psychiczne zmęczenie czy wyczerpanie odczuwane przez daną osobę przy kontaktach z klientami” [6, 7, 8]. Doniesienia naukowe, obejmujące swym zasięgiem tematykę wypalenia zawodowego, dostarczają m.in. informacji na temat przyczyn powstawania syndromu *burnout*. Wśród nich znaleźć można tezę, że za pojawienie się symptomów wypalenia wśród pracowników w głównej mierze odpowiada obecność tych czynników, których źródła związane są bezpośrednio ze środowiskiem pracy. Dotyczą one zarówno sfery psychospołecznej, jak i czynników fizycznych [9, 10] czy organizacyjnych. Jednak nie bez znaczenia (choć nie chodzi o ich nasilenie, a raczej o występowanie – przyp. aut.) są cechy osobowościowe czy demograficzne [4].

Cel pracy

Celem podjętych badań jest określenie i analiza wzajemnych relacji pomiędzy wybranymi danymi socjodemograficznymi respondentek a występowaniem symptomów wypalenia zawodowego w trzech zdefiniowanych obszarach.

Materiał i metody

Materiał badawczy pozyskano od 405 aktywnych zawodowo pielęgniarek, różniących się wiekiem (wyodrębniono 5 grup wiekowych), stanem cywilnym, wykształceniem, stażem pracy ogółem i obecnie zajmowanym stanowiskiem (również wyodrębniono 5 grup stażowych). Część respondentek zajmowała stanowiska kierownicze w podsystemie pielęgniarstwa oraz była zatrudniona w systemie pracy zmianowej. Osoby objęte badaniem różniły się także miejscem zatrudnienia (oddział szpitalny i województwo).

Na rycinie 1 (a–j) przedstawiono wykresy kołowe wraz z procentowymi wskaźnikami struktury, przedstawiającymi, jaki jest procentowy udział osób z rozważaną cechą socjodemograficzną w całej badanej grupie.

W celu pozyskania materiału empirycznego wykorzystano duński kwestionariusz Copenhagen Burnout Inventory [7, 8] oraz pytania własnej konstrukcji, umożliwiające zebranie informacji socjodemograficznych od osób objętych badaniem.

Opracowania statystycznego dokonano przy użyciu programu komputerowego STATISTICA 6.0. Testy statystyczne przeprowadzono na poziomie istotności $\alpha = 0,05$. Do analizy wyników użyto następujących metod statystycznych: testu niezależności χ^2 , testu Kruskala-Wallisa (z testem porównań dwustronnych) oraz testu ρ -Spearmana i współczynnika korelacji rang ρ -Spearmana.

Wyniki

Pierwszym etapem pracy nad wypaleniem zawodowym jest analiza klasyfikacji pielęgniarek jako osób wolnych

od objawów wypalenia, wypalonych i zagrożonych wypaleniem w każdym z trzech zdefiniowanych aspektów wypalenia. Na podstawie odpowiedniego przyporządkowania średnich ocen (wg procedury badawczej) uzyskano wyniki zaprezentowane na rycinie 1.

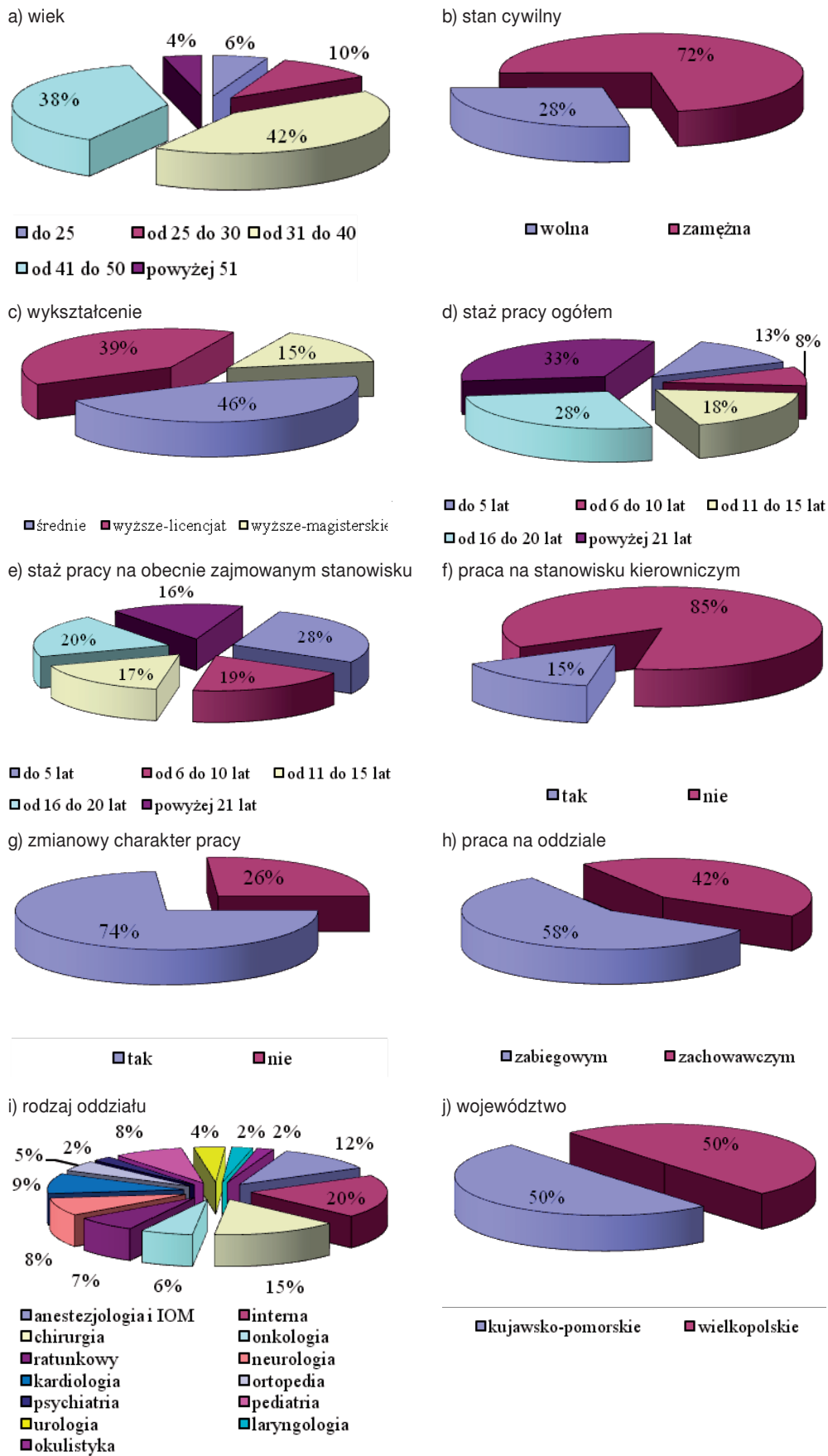
Z ryciny 2 wynika, iż na podstawie przeprowadzonych badań 39% pielęgniarek udzieliło odpowiedzi świadczących o braku symptomów wypalenia osobistego, 37% z nich nie obserwuje oznak wypalenia związanego z pracą i ponad 26% – objawów syndromu *burnout* w kontaktach z pacjentami. Wśród ankietowanych pielęgniarek wypaleniem osobistym zagrożonych jest 32% kobiet, wypaleniem związanym z pracą 30% z nich, a 37% wypaleniem w kontaktach z pacjentami. Poczucie wypalenia osobistego zadeklarowało 29% respondentek. Na obecność objawów wypalenia związanego z pracą wskazuje 33% badanych, a wypalenia w kontaktach z pacjentami – 36% ankietowanych kobiet.

Rycina 3 jest syntetycznym zestawieniem pozyskanych informacji na temat występowania wypalenia zawodowego wśród ankietowanych pielęgniarek. Wykresy kołowe są graficzną prezentacją procentowego rozkładu wypalenia w kontaktach z pacjentami z pozostałymi aspektami wypalenia, tj. wypaleniem osobistym i wypaleniem związanym z pracą.

Histogramy kołowe (Rycina 3) ilustrują, jaki jest rozkład procentowy wypalenia w kontaktach z pacjentami (kolor niebieski – brak objawów wypalenia, kolor żółty – zagrożenie wypaleniem, kolor czerwony – obecność wypalenia) w poszczególnych grupach osób z pozostałymi obszarami: wypaleniem osobistym i wypaleniem związanym z pracą.

Pielęgniarki, wśród których nie występuje wypalenie związane z pracą oraz które doświadczają wypalenia osobistego, są wolne od objawów wypalenia w kontaktach z pacjentami. Jednak aż 88% z nich odczuwa objawy wskazujące na zagrożenie syndromem *burnout*. Zaobserwowano, iż w grupie osób niewypalonych w związku z wykonywaną pracą i zagrożonych wypaleniem osobistym jest 16% kobiet wypalonych w kontaktach z pacjentami i 37% zagrożonych tym rodzajem wypalenia. Około 56% respondentek jest wolnych od objawów wypalenia w każdym z trzech analizowanych aspektów.

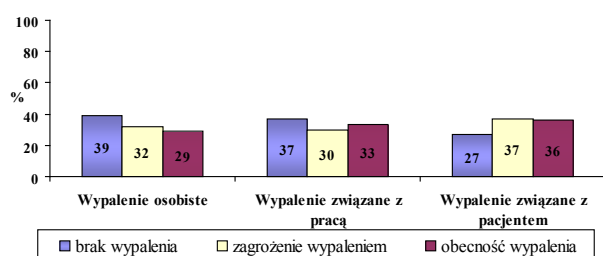
W grupie osób zagrożonych wypaleniem związanym z pracą i wypalonych osobiście blisko połowa (48%) odczuwa wypalenie w kontaktach z pacjentami. Niemal równomierny rozkład procentowy wypalenia w kontaktach z pacjentami zaobserwowano wśród pielęgniarek zagrożonych wypaleniem osobistym i związanym z pracą (29%) oraz wśród zagrożonych wypaleniem związanym z pracą i wolnych od objawów wypalenia oso-



Rycina 1. (a-j) Wykresy kołowe dla danych socjodemograficznych respondentek
 Figure 1. (a-j) Pie charts for socio-demographic data of the respondents

bistego (30%). Zagrożenie wypaleniem w kontaktach z pacjentami w tych dwu grupach osób wynosi odpowiednio 55% i 48% kobiet.

Wśród pielęgniarek wypalonych w związku z wykonywaną pracą i wypalonych osobiście aż 74% odczuwa objawy wypalenia w kontaktach z pacjentami. Około 24% respondentek jest zagrożonych takim wypaleniem, a tylko 2% jest wolne od objawów interpretowanego

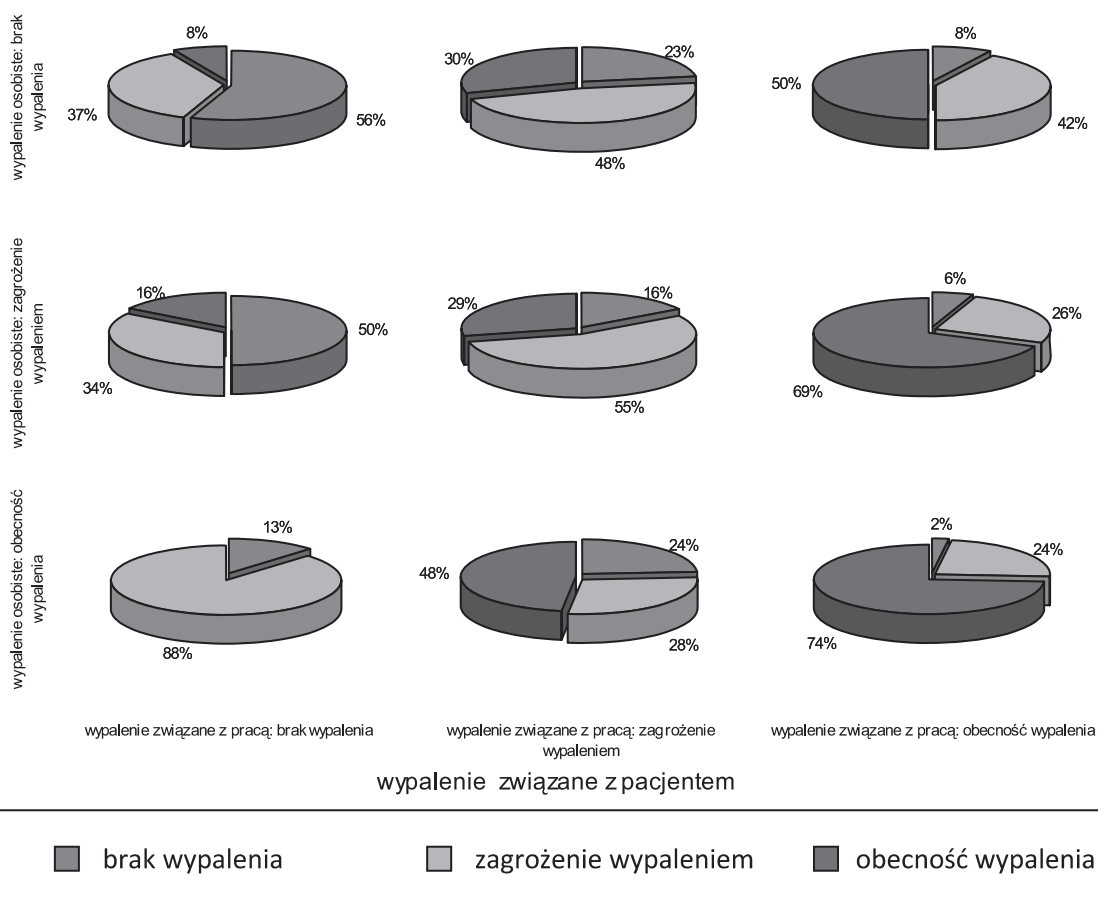


Rycina 2. Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek w aspekcie wypalenia osobistego, wypalenia związanego z pracą i wypalenia w kontaktach z pacjentami

Figure 2. Burnout among nurses in terms of personal burnout, work-related burnout and burnout in contact with patients

rodzaju wypalenia. Niepokojący obraz zaobserwować również można w grupie osób odczuwających objawy wypalenia związane z pracą i zagrożonych wypaleniem osobistym oraz niewypalonych osobiście, a wypalonych w związku z pracą. W tych sytuacjach wypalenie w kontaktach z pacjentami deklaruje odpowiednio 69% i 50% ankietowanych. Wolnych od objawów tego rodzaju wypalenia jest odpowiednio 6% i 8% pielęgniarek.

Na podstawie wyznaczonych wartości współczynnika korelacji rang ρ -Spearmana korelacje istotne statystycznie występują pomiędzy wszystkimi obszarami wypalenia. Najwyższa korelacja ($\rho = 0,61$) występuje pomiędzy wypaleniem związanym z pracą a wypaleniem osobistym. Pozwala to sformułować wniosek, iż pielęgniarki odczuwające wypalenie osobiste bardzo często cechuje także wypalenie związane z pracą, natomiast jest ono słabiej skorelowane z wypaleniem w kontaktach z pacjentami ($\rho = 0,43$). Pielęgniarkom odczuwającym wypalenie w związku z wykonywaną pracą nie są obce także objawy wypalenia w kontaktach z pacjentami ($\rho = 0,58$).



Rycina 3. Skategoryzowane wykresy kołowe dla wypalenia w kontaktach z pacjentami z uwzględnieniem kategorii: wypalenie osobiste i wypalenie związane z pracą

Figure 3. Categorized pie charts for burnout in contact with patients taking into account the category: personal burnout and work-related burnout

Wypalenie osobiste

Podczas pracy nad analizą empiryczną materiału dotyczącego wypalenia osobistego, zgodnie z przyjętą punktacją dla każdego z pytań, według klucza CBI oraz przyjętym kryterium klasyfikacji pielęgniarek uczestniczących w badaniu ankietowym, dokonano analizy pozwalającej określić występowanie wzajemnych zależności pomiędzy obszarem wypalenia a danymi socjodemograficznymi. Uwzględniono następujące kryteria podziału: brak wypalenia, zagrożenie wypaleniem oraz obecność wypalenia.

Na podstawie testu niezależności χ^2 (Tabela 1) nie zaobserwowano obecności wyników istotnych statystycznie pomiędzy wybranymi danymi socjodemograficznymi, tj. wiekiem respondentek, stanem cywilnym, wykształceniem, stażem pracy ogółem i na obecnym stanowisku, pracą na stanowisku kierowniczym, zmianowym charakterem pracy, pracą na oddziale zabiegowym lub zachowawczym, rodzajem oddziału i województwem a obszarem wypalenia osobistego.

Poddając analizie wartości współczynników otrzymanych w wyniku przeprowadzonego testu Kruskala-Wallisa, otrzymano jedną istotną statystycznie różnicę na poziomie istotności $\alpha = 0,05$ (Tabela 2). Różnica zachodzi pomiędzy rodzajem oddziału, na którym są zatrudnione respondentki, a występowaniem u nich symptomów wypalenia osobistego ($p = 0,0017$).

Podczas analizy korelacyjnej z zastosowaniem współczynnika korelacji rang Spearmana w przypadku wypalenia osobistego również stwierdzono wyłącznie jeden związek istotny statystycznie. Jest to dość słaba, ujemna zależność wypalenia osobistego od stażu pracy ogółem. Współczynnik korelacji rang Spearmana wynosi w tym przypadku $\rho = -0,10$ i pozwala wnioskować, iż osoby z dłuższym ogólnym stażem pracy odczuwają

wypalenie osobiste w mniejszym stopniu niż pielęgniarki posiadające krótszy okres pracy (Tabela 3).

Wypalenie związane z pracą

Wykorzystując test niezależności χ^2 , zaobserwowano statystycznie istotne zależności pomiędzy stażem pracy ogółem ($p = 0,0103$), stażem pracy na obecnie zajmowanym stanowisku ($p = 0,0155$), pracą na oddziale zabiegowym/zachowawczym ($p = 0,0149$) oraz rodzajem oddziału ($p < 0,0001$) a udzielanymi odpowiedziami na pytania dotyczące wypalenia związanego z pracą w ramach przyjętych kryteriów (Tabela 1). Poddając analizie pozostałe wyniki testu niezależności χ^2 , stwierdzono brak istotnych statystycznie zależności korelacyjnych pomiędzy wiekiem respondentek, stanem cywilnym, wykształceniem, pracą na kierowniczym stanowisku, zmianowością pracy i województwem a obszarem wypalenia związanego z pracą (Tabela 1).

W toku analizy wartości testu Kruskala-Wallisa występuje statystycznie istotna różnica pomiędzy kategorią parametru: staż pracy ogółem a wypaleniem związanym z pracą ($p = 0,0380$) (Tabela 2). Wpływ na taki wynik testu mają obserwowane różnice (na podstawie testu porównań dwustronnych) występujące między osobami ze stażem pracy poniżej 5 lat a osobami ze stażem pracy od 16 do 20 lat ($p = 0,0251$).

Z analizy testu Kruskala-Wallisa wynika, iż występuje statystycznie istotna różnica pomiędzy stażem pracy na obecnie zajmowanym stanowisku a wypaleniem związanym z pracą, o czym świadczy wysokość współczynnika $p = 0,0006$ (Tabela 2). Taki wynik testu jest efektem różnic występujących pomiędzy grupami:

- pielęgniarki zatrudnione na obecnym stanowisku poniżej 5 lat vs. zatrudnione w przedziale 11–15 lat ($p = 0,0009$),

Tabela 1. Wartości współczynnika p w teście niezależności χ^2 dla wypalenia osobistego, wypalenia związanego z pracą oraz wypalenia w kontaktach z pacjentami (z zastosowaniem kryterium: obecność wypalenia, zagrożenie wypaleniem, brak wypalenia) a danymi socjodemograficznymi. Pogrubioną czcionką oznaczono przypadki istotne statystycznie

Table 1. The values of p in χ^2 test of independence for personal burnout, work-related burnout, and burnout in contact with patients (using the criterion: the presence of burnout, risk of burnout, lack of burnout) and socio-demographic data. Boldface indicates cases statistically significant

	wiek	stan cywilny	wykształcenie	staż pracy ogółem	staż pracy na obecnie zajmowanym stanowisku	praca na stanowisku kierowniczym	praca o charakterze zmianowym	praca na oddziale zabiegowym / zachowawczym	rodzaj oddziału	województwo
Wypalenie osobiste	0,6933	0,6076	0,4327	0,2632	0,5015	0,8614	0,8982	0,0830	0,1149	0,9779
Wypalenie związane z pracą	0,1328	0,2440	0,7499	0,0103	0,0155	0,7045	0,8398	0,0149	< 0,0001	0,4032
Wypalenie w kontaktach z pacjentami	0,8732	0,2093	0,8728	0,2539	0,0482	0,0685	0,1870	0,9043	0,0003	0,0034

Źródło: opracowanie własne na podstawie ankiety
Source: author's own materials

Tabela 2. Wartości testu Kruskala-Wallisa dla wypalenia osobistego, wypalenia związanego z pracą oraz wypalenia w kontaktach z pacjentami (z zastosowaniem kryterium: obecność wypalenia, zagrożenie wypaleniem, brak wypalenia) i danych socjodemograficznych. Pogrubioną czcionką oznaczono przypadki istotne statystycznie

Table 2. The values of Kruskal-Wallis test for personal burnout, work-related burnout, and burnout in contact with patients (using the criterion: the presence of burnout, risk of burnout, lack of burnout) and socio-demographic data. Boldface indicates cases statistically significant

	wiek	stan cywilny	wykształcenie	staż pracy ogółem	staż pracy na obecnie zajmowanym stanowisku	praca na stanowisku kierowniczym	praca o charakterze zmianowym	praca na oddziale zabiegowym /zachowawczym	rodzaj oddziału	województwo
Wypalenie osobiste	0,4842	0,6235	0,1098	0,1315	0,4216	0,4662	0,6738	0,0830	0,0017	0,9270
Wypalenie związane z pracą	0,0618	0,0720	0,5654	0,0380	0,0006	0,9774	0,6544	0,0560	<0,0001	0,5757
Wypalenie w kontaktach z pacjentami	0,5422	0,2246	0,9919	0,0688	0,0133	0,3957	0,2770	0,4424	0,0001	0,0041

Źródło: opracowanie własne na podstawie ankiety

Source: author's own materials

Tabela 3. Wartości współczynników korelacji rang Spearmana dla wybranych zależności pomiędzy poszczególnymi rodzajami wypalenia (z zastosowaniem kryterium: obecność wypalenia, zagrożenie wypaleniem, brak wypalenia) i danymi socjodemograficznymi. Pogrubioną czcionką oznaczono przypadki istotne statystycznie

Table 3. The values of Spearman's rank correlation coefficients for selected relationships between different types of burnout (using the criterion: the presence of burnout, risk of burnout, lack of burnout) and socio-demographic data. Boldface indicates cases statistically significant

	wiek	wykształcenie	staż pracy ogółem	staż pracy na obecnie zajmowanym stanowisku
Wypalenie osobiste	-0,06	-0,02	-0,10	-0,03
Wypalenie związane z pracą	0,07	-0,06	0,09	0,15
Wypalenie w kontaktach z pacjentami	0,05	-0,05	0,03	0,15

Źródło: opracowanie własne na podstawie ankiety

Source: author's own materials

- pielęgniarki zatrudnione na obecnym stanowisku 6–10 lat vs. 11–15 lat ($p = 0,0177$).

Istotna statystycznie różnica (na podstawie testu Kruskala-Wallisa) zachodzi pomiędzy kategorią parametru: rodzaj oddziału a wypaleniem związanym z pracą (Tabela 2); świadczy o tym wysokość współczynnika $p < 0,0001$.

Wartości współczynnika korelacji rang Spearmana dla wypalenia związanego z pracą, odczytane z tabeli 3, świadczą o istniejącym związku tego wypalenia ze stażem pracy na obecnie zajmowanym stanowisku ($p = 0,15$). Pozwala to na sformułowanie wniosku, że im pielęgniarki posiadają dłuższy staż pracy na obecnym stanowisku, tym większa jest możliwość wystąpienia wypalenia związanego z pracą.

Wypalenie w kontaktach z pacjentami

Kolejnym etapem analizy jest usystematyzowanie wyników przeprowadzonych obserwacji dotyczących wypalenia w kontaktach z pacjentami. W toku prowadzonej analizy z wykorzystaniem testu niezależności χ^2 zaobserwowano występowanie statystycznie istotnych zależności (Tabela 1) pomiędzy wypaleniem w kontaktach z pacjentami a stażem pracy na obecnie zajmowanym stanowisku ($p = 0,04824$), rodzajem oddziału ($p = 0,00026$) oraz województwem ($p = 0,00341$). W przypadku analizy wyników testu niezależności χ^2 dla pozostałych zmiennych zawartych w metryczce nie zaobserwowano występowania statystycznie istotnych zależności pomiędzy wiekiem, stanem cywilnym, wykształceniem, stażem pracy ogółem, pracą na stanowisku kierowniczym, zmianowością pracy oraz pracą na oddziale zabiegowym lub zachowawczym a wypaleniem w kontaktach z pacjentami (Tabela 1).

Na poziomie istotności $\alpha = 0,05$ w teście Kruskala-Wallisa występuje statystycznie istotna różnica pomiędzy kategoriami parametru: staż pracy na obecnie zajmowanym stanowisku a wypaleniem w kontaktach z pacjentami (Tabela 2), gdzie wartość $p = 0,0133$. Na taki wynik testu wpływ mają zaobserwowane różnice pomiędzy grupą osób ze stażem pracy poniżej 5 lat a grupą osób ze stażem w przedziale 11–15 lat. Wartość p dla porównań dwustronnych wynosi $p = 0,0357$.

Jak wynika z Tabeli 2 prezentującej wyniki testu Kruskala-Wallisa, istnieje statystycznie istotna różnica pomiędzy rodzajem oddziału a wypaleniem w kontaktach z pacjentami ($p = 0,0001$).

Statystycznie istotna różnica występuje pomiędzy województwem a wypaleniem związanym z pacjentem (Tabela 2) – wartość współczynnika $p = 0,0041$. Wpływ na taki wynik testu mają zaobserwowane różnice występujące pomiędzy wyodrębnionymi grupami obra-

zującymi województwa. Wartość p dla porównań dwustronnych wynosi $p = 0,0043$.

Podczas analizy tabeli korelacyjnej z wykorzystaniem współczynnika rang Spearmana zaobserwowano, iż występuje słaba, statystycznie istotna, dodatnia korelacja pomiędzy stażem pracy na obecnie zajmowanym stanowisku a wypaleniem pielęgniarek w kontaktach z pacjentami i wynosi ona $\rho = 0,15$ (Tabela 3). Oznacza to, że pielęgniarki z dłuższym stażem pracy na obecnym stanowisku częściej doświadczają wypalenia w kontaktach z pacjentami.

Dyskusja

Z badań przeprowadzonych przez prof. T.S. Kristensen i zespołu współpracowników w ramach dużego projektu badawczego wynika, że pielęgniarki zatrudnione w szpitalach częściej doświadczają wypalenia związanego z pracą, podczas gdy wypalenie w kontaktach z pacjentami jest również obecne, ale jego nasilenie jest znacznie niższe [6, 8]. W 2007 roku zostały przeprowadzone badania z wykorzystaniem narzędzia CBI, które objęły swym zasięgiem 550 aktywnych zawodowo pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach szpitalnych. Wynika z nich, że problem wypalenia osobistego i związanego z pracą występuje częściej aniżeli wypalenie w kontaktach z pacjentami [11, 12], co wykazały również wyniki badań niniejszego opracowania.

Podczas analizy literatury przedmiotu zawierającej wyniki badań empirycznych odnotowano wpływ czynników socjodemograficznych na pojawienie się symptomów wypalenia zawodowego. Wśród najczęściej wymienianych czynników znalazły się: wiek, płeć, wykształcenie i stan cywilny czy staż pracy [4]. W niniejszym opracowaniu uzyskano zgodność tej tezy w przypadku stażu pracy na obecnie zajmowanym stanowisku. Pielęgniarki zatrudnione dłużej na danym stanowisku częściej doświadczają wypalenia związanego z pracą i w kontaktach z pacjentami, natomiast na wypalenie osobiste bardziej narażone są osoby z krótszym stażem pracy ogółem. Związek rodzaju oddziały [13, 14] z wypaleniem odnotowano w badaniach przeprowadzonych w ramach dużego europejskiego projektu NEXT¹. Wśród czynników obciążających zostały wskazane przez pielęgniarki również te bezpośrednio związane ze specyfiką pracy na danym oddziale [15, 16]. Z duńskich badań wynika, że pielęgniarki pełniące funkcje kierownicze rzadziej obserwują u siebie niepokojące objawy wypalenia, w przeciwieństwie do kobiet zatrudnionych na wykonawczych stanowiskach pracy

w podsystemie pielęgniarstwa [8]. Teza ta znalazła potwierdzenie w wynikach niniejszego opracowania. Udowodniono także negatywny wpływ pracy zmianowej, będącej dużym obciążeniem, powodującym obniżenie jakości życia osobistego oraz zawodowego [17–20], co zwróciło również uwagę Międzynarodowej Rady Pielęgniarek [21].

Wnioski

Istnieje częściowy wpływ czynników socjodemograficznych na pojawienie się syndromu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek. Stwierdzono, że pielęgniarki posiadające krótszy staż pracy ogółem częściej doświadczają wypalenia osobistego. Wypalenie związane z pracą koreluje z długością stażu pracy na obecnie zajmowanym stanowisku, co oznacza, że im jest on dłuższy, tym częściej obserwowane są symptomy wypalenia. Istnieją potwierdzone zależności pomiędzy pracą na oddziale zachowawczym oraz rodzajem oddziału a wypaleniem związanym z pracą. Zaobserwowano także związek między rodzajem oddziału oraz województwem a wypaleniem w kontaktach z pacjentami.

Piśmiennictwo

1. Freudenberger H.J., Staff Burnout, J. Soc. Issues 1974, 30 (1), 159–165.
2. Maslach C., Jackson S., The Measurement of Experienced Burnout, J. Occup. Behav. 1981, 2, 99–113.
3. Maslach C., Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej, w: Sęk H. (red.), Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
4. Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P., Job Burnout, Ann. Rev. Psychol. 2001, 52, 397–422.
5. Maslach C., Leiter M.P., Prawda o wypaleniu zawodowym, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
6. Kristensen T.S., Borritz M., Villadsen E. et al., The Copenhagen Burnout Inventory: A New Tool for the Assessment of Burnout, Work Stress 2005, 19 (3), 192–207.
7. Kristensen T.S., Borritz M., Copenhagen Burnout Inventory: Normative Data from a Representative Danish Population on Personal Burnout, Work Burnout and Client Burnout, National Institute of Occupational Health, Copenhagen 2001.
8. Borritz M., Burnout In Human Service Work – Causes and Consequences. PhD Thesis 2006, 11, www.ami.dk/upload/MB-phd.pdf (data dostępu: 26.09.2006).
9. Toscano P., Ponterdolph M., The Personality to Buffer Burnout, Nurs. Manage. 1998, 29 (8), 32L–32R.
10. Oandasan I., Baker G.R., Baker K. et al., Teamwork in Healthcare: Promoting Effective Teamwork in Health-care in Canada, Canadian Health Services Research Foundation, Ottawa 2006.
11. Nowakowska I., Głowacka M.D., Łukomska A., Ryzyko wypalenia zawodowego a zmiany sektorowe i organizacyjne w zakładach opieki zdrowotnej, w: Bizon-Górecka J. (red.), Strategie zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwie – zarządzanie ryzykiem w warunkach kryzysu gospodarczego, Wydawnictwo TNOiK, Bydgoszcz 2009.
12. Głowacka M.D., Nowakowska I., Wypalenie zawodowe jako czynnik zmieniający efektywność pracownika, w: Głowacka M.D., Mojs E. (red.), Profesjonalne zarządzanie kadra-

¹ Nurses Early Exit Study. Badania finansowane przez Komisję Europejską, przeprowadzone w Belgii, Francji, Wielkiej Brytanii, Niemczech, Włoszech, Holandii, Słowacji, Polsce, Finlandii i Szwecji.

mi w zakładach opieki zdrowotnej, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010.

13. Van der Schoot E., Ogińska H., Estyn-Behar M., Next-Study Group, Burnout in the Nursing Profession in Europe, 2003, 53, www.next.uni-wuppertal.de/download/Buch2003/ch5.pdf (data dostępu: 04.02.2008).
14. Murrells T., Robinson S., Griffiths P., Job Satisfaction Trends During Nurses' Early Career, *BMC Nurs.* 2008, 7, 7, 1–9.
15. Płotka A., Golec D., Cześniakiewicz A., Syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek psychiatrycznych, *Ann. Universitatis Mariae Curie-Skłodowska* 2000, Vol. LV/VII, 45, 229–237.
16. Grzywna T., Cieślik A., Praca pielęgniarki w oddziale psychiatrycznym zamkniętym a zespół wypalenia zawodowego, *Ann. Universitatis Mariae Curie-Skłodowska* 2003, Vol. LVIII/XIII, 86, 465–469.
17. Pokorski J., Ogińska H., Pokorska J. et al., Praca zmianowa w pielęgniarstwie i jej spostrzegana uciążliwość w wybranych krajach europejskich, w: *Pielęgniarek polskich portret własny z Europą w tle, czyli raport z badań europejskiego projektu NEXT, Materiały konferencyjne 2005.*
18. Perek M., Kózka M., Twarduś K., Trudne sytuacje w pracy pielęgniarek pediatrycznych i sposoby radzenia sobie z nimi, *Probl. Pielęg.* 2007, 15 (4), 223–228.
19. Kishi R., Kitahara T., Masuchi A. et al., Work-related Reproductive, Musculoskeletal and Mental Disorders among Working Women – History, Current Issues and Future Research Directions, *Ind. Health* 2002, 40, 101–112.
20. Brooks B.A., Anderson M.A., Nursing Work Life in Acute Care, *JNCQ* 2004, 19 (3), 269–276.
21. Oficjalne Stanowisko Międzynarodowej Rady Pielęgniarek: Zdrowie i bezpieczeństwo pielęgniarek w miejscu pracy, *Probl. Pielęg.* 2007, 15 (1), 76–77.

Adres do korespondencji:

dr inż. Iwona Nowakowska
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
ul. Smoluchowskiego 11, 60–179 Poznań

■ RODZINNE ŚRODOWISKO ŻYWIENIOWE JAKO ISTOTNY CZYNNIK KSZTAŁTOWANIA NAWYKÓW ŻYWIENIOWYCH U DZIECI I MŁODZIEŻY

FAMILY FOOD ENVIRONMENT AS AN IMPORTANT FACTOR FOR FORMING EATING HABITS IN CHILDREN AND YOUTH

Julita Wojciechowska

Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Socjalizacji i Wspomagania Rozwoju
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

STRESZCZENIE

Wstęp. Artykuł ma na celu omówienie specyfiki czynników rodzinnych w budowaniu nawyków żywieniowych dzieci i młodzieży. Ze względu na alarmujące statystyki dotyczące nadwagi i otyłości warto podjąć refleksje nad środowiskowymi czynnikami biorącymi udział w genezie tego zjawiska u dzieci ze względu na konsekwencje nie tylko zdrowotne, ale i psychospołeczne.

Cel. Prezentowane wyniki badań dotyczą środowiska żywieniowego rodzin dzieci w wieku od 1 do 12 roku życia. Na podstawie tych informacji podejmowana jest w ramach szerszych badań analiza związku wybranych elementów środowiska żywieniowego z zachowaniami żywieniowymi dzieci i rodziców.

Metoda. Analiza wyników oparta jest o metryczkę z podstawowymi danymi o sobie i rodzinie oraz na autorskim kwestionariuszu Rodzinne Środowisko Żywieniowe.

Wyniki. Czas matek poświęcony na przygotowywanie posiłków jest istotnie statystycznie wyższy od czasu, jaki temu zajęciu poświęcają ojcowie, najczęściej rodzice razem z dziećmi zjadają kolację i obiad oraz podwieczorek, poza domem drugie śniadania i pierwsze śniadanie. W grupie dzieci starszych (powyżej 6 roku życia) istotnie spada poziom stabilności w zakresie warunków spożywania posiłków, jak i poziom planowania posiłków w rodzinie. Ujawniły się słabe, choć istotne statystycznie korelacje między obszarami badanymi przez kwestionariusz Rodzinne Środowisko Żywieniowe.

SŁOWA KLUCZOWE: rodzinne środowisko żywieniowe, nawyki żywieniowe, profilaktyka.

ABSTRACT

Introduction. The aim of the paper is to discuss the specificity of family factors in building eating habits of children and adolescents. Due to alarming statistics on overweight and obesity, the analysis of environmental factors involved in the etiopathogenesis of this phenomenon in children is needed because of all its consequences not only for physical health, but also for psychosocial health.

Aim. To present the results of research on the food environment of families with children aged 1–12. On this basis, as part of a broader research, an analysis of associations between selected elements of the family food environment and eating behaviors of children and their parents.

Method. The research analysis of the results is based on general data about family and the author's original questionnaire Family Food Environment.

Results. Mothers spent significantly more time than fathers preparing meals. Most parents have lunch, dinner and afternoon tea with their children. They have breakfast and packed lunch outside home. The level of stability of meals related to both meal conditions and meal planning decreases in the group of older children (over 6 years). The study indicated a weak but statistically significant correlation between selected areas investigated by the Family Food Environment Questionnaire.

KEY WORDS: family food environment, eating habits, prevention.

Wstęp

Nadwaga, otyłość i choroby związane z nieprawidłowym odżywianiem są jedną z głównych przyczyn umieralności i chorób w Europie [1]. Światowa Organizacja Zdrowia informuje, że liczba osób otyłych podwoiła się od 1980 roku. W 2008 roku 35% osób powyżej 20 roku życia miało nadwagę, a 11% było otyłych [2]. Problem ten nie omija Polski. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego problem nadmiernej masy ciała w 2009 roku dotyczył około 45% kobiet powyżej 20 roku (w tym

29% stanowiły kobiety z nadwagą, a 15% otyłe) i aż około 61% mężczyzn (45% miało nadwagę, a 17% było otyłych) [3].

Najwyższa Izba Kontroli podaje, że 18% dzieci i młodzieży dotkniętych jest otyłością [4]. Ze względu na alarmujące statystyki dotyczące nadwagi i otyłości warto podjąć refleksje nad środowiskowymi czynnikami biorącymi udział w genezie tego zjawiska u dzieci ze względu na konsekwencje nie tylko zdrowotne, ale i psychospołeczne [5].

Rodzinne środowisko żywieniowe jako obszar badań

Badania nad przyczynami otyłości i nadwagi u dzieci od dekad koncentrują się zarówno na czynnikach biologicznych, genetycznych, jak i środowiskowych i psychologicznych, które integrację znajdują w analizie środowiska rodzinnego [6, 7]. Środowisko rodzinne jako obszar badań jest szczególnie istotne w profilaktyce nie tylko fizycznych i fizjologicznych, ale też psychologicznych skutków nadwagi i otyłości [8]. W literaturze przedmiotu wyróżnia się obszar badań nad psychologicznym aspektem zachowań żywieniowych, jakim jest rodzinne środowisko żywieniowe (*family food environment*) [9, 10].

W podejmowanych badaniach bardzo szeroko analizuje się rolę rodziców w budowaniu wzorców zachowań żywieniowych u dzieci, ale też rolę innych elementów środowiska rodzinno-domowego [11]. Analizy te pozwalają wyłaniać czynniki środowiskowe mające istotny wpływ na jakość oraz zawartość kaloryczną posiłków przyjmowanych przez dzieci oraz na poziom ich aktywności fizycznej (również modelowaną w środowisku rodzinnym).

Zwrócenie uwagi na całość środowiska żywieniowego w rodzinie wydaje się szczególnie ważne ze względu na proces budowania zdrowych nawyków żywieniowych jako podstawę strategii w profilaktyce nadwagi i otyłości. To również pozwala przyjrzeć się obszarom ryzyka w kształtowaniu zmian żywieniowych, np. przez osoby pracujące w obszarze pomocy dla rodzin osób chorujących na cukrzycę lub inne przewlekłe schorzenia metaboliczne wymagające ścisłego przestrzegania norm i higieny żywieniowej. Wyróżnienie czynników ryzyka w ocenie warunków żywieniowych w rodzinie może być zatem pomocne dla personelu medycznego [12].

Elementy rodzinnego środowiska żywieniowego są identyfikowane w badaniach na różnorodnym poziomie i w odniesieniu do bardzo zróżnicowanych obszarów. W niniejszym opracowaniu podjęto próbę usystematyzowania ich i wskazania ich roli w kształtowaniu się preferencji i wyborów żywieniowych dziecka.

Literatura dzieli środowisko rodzinne na podstawowe obszary:

- właściwości rodziców (preferencje, dokonywane wybory żywieniowe, wartości, przekonania dotyczące procesu jedzenia i jakości żywienia, styl życia);
- właściwości środowiska fizycznego, bodźcowego (ekspozycja pokarmów, trendy w dostępie i ekspozycji pokarmów, udział mediów w środowisku rodzinnym – oglądanie reklam, czas spędzany przed telewizorem czy komputerem – zakres korzystania z pozadomowego przygotowywania posiłków – restauracje i jedzenie u innych członków rodziny, spo-

żywanie w domu gotowego jedzenia spoza domu – food preparation outsourcing);

- zakres interakcji zachowań żywieniowych (zachowania rodziców związane z przyjmowaniem pokarmów, style żywieniowe przyjmowane względem dzieci, interakcje między dziećmi i rodzicami związane z jedzeniem).

Mimo podejmowanych badań nad związkiem wymienionych czynników z wagą dzieci większość badań zorientowanych jest na szukanie modelu zmiennych bezpośrednich i mediujących związków czynników rodzinnych oraz preferencji i zachowań dzieci prowadzących do nadwagi i otyłości.

W badaniach są one często dobierane różnorodnie [13–17] w zależności również od lokalnych badań nad istotnymi czynnikami ryzyka [9]. W literaturze znajdują się także doniesienia o podejmowanych w tym obszarze badaniach podłużnych, np. dotyczące związku śniadania czy konsumpcji produktów typu fastfood z nadwagą dziecka, ale miały one inne ograniczenia (specyficzne grupy badawcze, małe próby, nieadekwatne miary wagi [18]).

Elementy rodzinnego środowiska żywieniowego

W badaniach podejmuje się próby wyróżnienia środowiskowych czynników ryzyka umożliwiających wyłonienie transakcji między nimi; ma to na celu coraz bardziej skuteczne oddziaływanie prewencyjne i profilaktyczne w zakresie stylu żywienia. Tabela 1 przedstawia analizę elementów rodzinnego środowiska żywieniowego podejmowanych w badaniach.

Prezentowane analizy z punktu widzenia potrzeby stworzenia modelu czynników istotnie związanych z procesem budowania zdrowych nawyków żywieniowych wymagają pewnego uporządkowania, które pozwoli również w sposób bardziej systematyczny zarówno wyłaniać nowe zjawiska determinujące żywienie i jedzenie w rodzinie, jak i opracować model pozwalający na uzyskanie bardziej jednoznacznych wyników. Biorąc pod uwagę dotychczas włączane w środowisko rodzinne zjawiska, możemy podzielić je na trzy grupy:

- środowisko osobowe (właściwości i zachowania żywieniowe rodziców);
- środowisko pozaosobowe (ekspozycja specyficznych bodźców pokarmowych oraz ich selekcja, możliwość podejmowania określonej aktywności żywieniowej w środowisku domowym);
- środowisko transakcji między rodzicami a dzieckiem (rodzice jako element środowiska selekcyjnego dostępu do określonych bodźców i zachowań).

W pierwszej grupie czynników wyłonione są cechy i właściwości samych rodziców związane z ich aktyw-

Tabela 1. Elementy rodzinnego środowiska żywieniowego w badaniach. Źródło: opracowanie własne

Table 1. Elements of family food environment in research. Source: author's own materials

Elementy rodzinnego środowiska żywieniowego w badaniach	Źródło
<ul style="list-style-type: none"> wyбір pokarmów, reguły domowe dotyczące jedzenia, spostrzegane trudności w utrzymywaniu zdrowej diety własnej i dziecka, spostreżenie optymalnej aktywności fizycznej dla dziecka, aktualne źródła informacji o żywieniu, poczucie odpowiedzialności za żywienie dziecka, zwracanie uwagi na nowości w zakresie zasad karmienia 	Hart, Herriot et al. (2003) [19]
<ul style="list-style-type: none"> spostreżenie adekwatności diety dziecka, spostreżenie trudności w dostępie do określonej żywności, monitorowanie (kontrola), restrykcyjność w zakresie jedzenia, modelowanie nacisku na jedzenie 	Tysoe, Wilson (2010) [20]
<ul style="list-style-type: none"> spostreżenie adekwatności diety, modelowanie jedzenia, strategie karmienia (+żywienia), dostęp do produktów, pewność siebie w gotowaniu, koszty i preferencje w dostępie do warzyw i owoców, oglądanie telewizji, przerywanie posiłków 	Campbell, Crawford, Ball (2001, 2006) [9, 10]
<ul style="list-style-type: none"> kontrola, nagradzanie, udzielanie informacji o poziomie zdrowotności produktów, dawanie dobrego przykładu, dostęp i osiągalność produktów, ekspozycja produktów 	Cook (2004) [11]
<ul style="list-style-type: none"> okoliczności spożywania posiłków, obecność lub opuszczanie posiłków, jedzenie przed telewizorem lub przy stole, typ spożywanych pokarmów, dostęp do przekąsek i słodkich napojów w domu, opuszczanie śniadań, słodkie przekąski, w domu i poza domem 	McFarlane et al. (2009) [18]

nością żywieniową zarówno w procesie zaspokajania swoich potrzeb pokarmowych, jak i zaspokajania potrzeb dziecka, oraz wartości i przekonania decydujące o kształcie i częstotliwości, a także jakości posiłków w rodzinie oraz podejmowanych aktywności fizycznych.

W drugiej grupie czynników wyłonić możemy elementy środowiska fizycznego związanego z żywieniem: wzrokowy kontakt z pokarmami, ich ekspozycja bądź ukrycie, dostępność określonego typu pokarmów, obecność mediów w procesie żywienia (selekcja pokarmów pod wpływem perswazji) i jedzenia (np. podczas posiłków czy przed posiłkami), częstotliwość, jakość posiłków, przerywanie posiłków, koszty posiłków.

W trzeciej grupie z kolei wyłonić można te właściwości środowiska, które odnoszą się do interakcji podejmowanych w rodzinie w związku z jedzeniem: dawanie

przykładu, perswazje, monitorowanie i kontrolowanie procesu wyboru produktów i potraw, sposobu jedzenia, czasu posiłków, sposobu podejmowania decyzji o rozpoczęciu i zakończeniu posiłku przez np. dziecko, typy karania i nagradzania zachowań dziecka związanych z jedzeniem, zachęcenia do jedzenia, modelowanie decyzji związanych z jedzeniem.

Wydaje się, że takie uporządkowanie czynników pozwoli bardziej precyzyjnie przyglądać się wartości poszczególnych elementów tego konstruktów.

Oddziaływanie elementów rodzinnego środowiska żywieniowego

W literaturze szeroko omawiane są wyniki badań dotyczące związków wybranych elementów środowiska żywieniowego z wybranymi właściwościami dziecka (wagą, zachowaniami żywieniowymi czy preferencjami smakowymi).

Badania poświęcone pierwszej grupie czynników – właściwości rodziców – pokazują, że przekonania, wartości i wiedza rodziców oraz ich preferencje w zakresie wyboru jedzenia są związane z właściwościami zachowań żywieniowych dzieci. Wybredność dzieci w stosunku do wybranych potraw (neofobia) została w badaniach udokumentowana jako zależna od poziomu zachowań fobicznych u rodziców [21]. Badania matek z kolei pokazują, że poziom spożycia owoców przez dziecko może zależeć od poziomu wiedzy, częstości porównania owoców i przekonań o zdrowym ich wpływie obserwowanych u matki [22].

Zarówno badania, jak i metaanalizy wskazują na związek preferencji smakowych i żywieniowych rodziców z preferencjami ujawnianymi przez dzieci [23, 24, 25]. W tej grupie czynników warto przyjrzeć się właściwości rodziców związanej z „byciem na diecie”, stosowania stałe bądź okresowo różnych form restrykcji ze względu na swoją wagę. Badania [26] pokazały, że zachowania dietetyczne matki mają związek ze spostrzeganiem przez nią diety i wagi córki oraz wpływają na zachowania żywieniowe córek.

Badania odnoszące się do wyróżnionej drugiej grupy elementów żywieniowego środowiska rodzinnego dotyczą m.in. ekspozycji potraw i produktów i ich związku z preferencjami i wyborami dzieci. Badania eksperymentalne Birch [27] i inne badania [28] udowodniły tę prawidłowość – pokazano, że obecność i dostępność owoców wzmacnia preferencje i spożycie owoców przez dzieci.

Innym elementem środowiska są bodźce związane z obecnością mediów. Wyniki badań wskazują na to, że dzieci jedzą częściej te produkty, które widzą w reklamie [29, 30]. Inne badania [31] wskazują na związek między czasem spędzonym przed telewizorem a ty-

pem jedzonych przez dzieci produktów i nabywaniem przez rodziców reklamowanych artykułów. Badania [30] wskazują również na związek między oglądaniem telewizji a spożywaniem tłuszczu i częstotliwością przyjmowania posiłków przez nastolatków [32].

Trzecia grupa badań dotyczy stylu interakcji między rodzicami a dziećmi w zakresie zachowań związanych z jedzeniem. Do najczęściej badanych stylów zachowań względem dzieci należą: kontrola, nagradzanie i karanie, zachęcanie, monitorowanie [33]. Klasyczne badania Birch pokazały, że produkty użyte jako nagroda są przez dzieci później znacząco bardziej preferowane [34]. Birch wraz z Fisher z kolei [35, 36] analizowały skutki rodzicielskiego zakazywania określonych produktów i dowiodły, że strategia wprowadzania restrykcji odnosi odwrotny do pożądanego skutek (efekt zakazanego owocu). Inne badania pokazały, że nadmierna kontrola matki podczas posiłków (ile, jak, jak długo) wiąże się ze słabszą samoregulacją dziecka pod kątem kierowania się głodem i sytością [37, 33].

Powyższa analiza wskazuje na potrzebę szerokiego spojrzenia na zjawiska składające się na proces zarówno budowania nawyków żywieniowych w rodzinie, jak i na zmianę nawyków żywieniowych, np. w sytuacji diagnozy choroby.

Wyniki badań

Prezentowane wyniki badań dotyczą środowiska żywieniowego rodzin dzieci w wieku od 1 do 12 roku życia. Na podstawie tych informacji podejmowana jest w ramach szerszych badań analiza związku wybranych elementów środowiska żywieniowego z zachowaniami żywieniowymi dzieci i rodziców. Wyniki są częścią szerszego projektu badawczego¹, w ramach którego analizowane są elementy środowiska rodzinnego związanego z pierwszą, drugą i trzecią grupą wyróżnionych wyżej grup czynników. W tym opracowaniu analizowane są wyniki odnoszące się do drugiej grupy elementów, czyli środowiska żywieniowego pod kątem organizacji jedzenia w rodzinie i dostępu do określonych możliwości żywieniowych w rodzinie.

Materiał badawczy

Badaniom w postaci ankiet podlegali rodzice dzieci (N = 379) uczęszczających do różnych placówek opiekuńczo-edukacyjnych (żłobki, przedszkola, szkoły podstawowe).

¹ Grant finansowany przez NCN, nr NN 106 010 440, pt. „Zachowania żywieniowe rodziców w kontekście rozwoju samoregulacji zachowań jedzeniowych dzieci” na lata 2011–2014; kierownik grantu: dr Julita Wojciechowska.

W analizowanej próbie dzieci badanych rodziców mieściły się w przedziale od 1 do 12 roku życia (M = 5, 22, SD = 2,49). W tej grupie największy odsetek stanowiły dzieci w wieku 3 lat (19%), 5 lat (15%) oraz 2 lat (14%), a najmniej było dzieci w wieku 8, 11, 12 lat (ok. 1%). Badani rodzice prawie w połowie badanej próby mieli wykształcenie wyższe, a ponad 25% grupy miała wykształcenie średnie (Rycina 1).

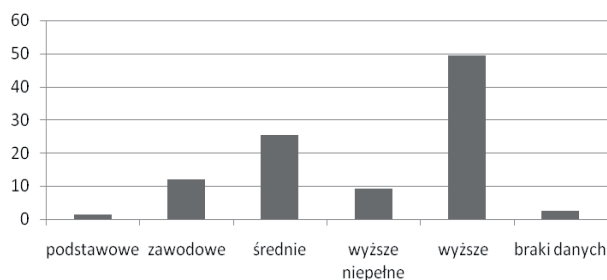
Badani rodzice (matki i ojcowie badani parami, N = 375) mieli od 26 do 53 lat, 90% badanej grupy lokuje się pod względem wieku i zjawisk rozwojowych w tzw. wczesnej dorosłości.

Narzędzia badawcze

Rodzice osobno wypełniali ankiety oraz kwestionariusze – jednym z nich była metryczka z podstawowymi danymi o sobie i rodzinie, kolejnym był autorski kwestionariusz Rodzinne Środowisko Żywieniowe. W metryczce rodzice określali m.in. sposób spożywania – 5 podstawowych posiłków w ciągu dnia (razem, osobno, poza domem) czy czas poświęcany na przygotowanie posiłku. Kwestionariusz składał się z 44 pytań odnoszących się do częstotliwości występowania określanych sytuacji (zawsze, często, rzadko, nigdy). Pytania dotyczyły zjawisk zgrupowanych w 5 skalach (Tabela 2).

Wyniki badań

Analiza wyników związanych z czasem przygotowywania posiłków przez rodziców w badanej grupie pokazu-



Rycina 1. Wykształcenie badanych rodziców. Źródło: opracowanie własne

Figure 1. Education of parents who participated in the study. Source: author's own materials

Tabela 2. Skale i wymiary w kwestionariuszu Rodzinne Środowisko Żywieniowe. Źródło: opracowanie własne

Table 2. Scales and dimensions in the questionnaire Family food environment. Source: author's own materials

Skala	Wymiar skali
aktywność fizyczna	wysoka–niska
organizacja posiłków	zaplanowana–spontaniczna
okoliczności spożywania posiłków	stabilne–niestabilne
diety w rodzinie	wysoka–niska
ekspozycja na bodźce (przekąski)	zdrowe–niezdrowe

Tabela 3. Zestawienie czasów przygotowywania posiłków dziennie przez rodziców wg płci. Źródło: opracowanie własne
Table 3. Meal preparation times of parents who participated in the study (according to their gender)

Tabela krzyżowa płeć * czas przygotowywania posiłków							
		czas przygotowywania posiłków				Ogółem	
		< 0,5 h	0,5–1,5 h	2–3 h	Powyżej 3 h		
płeć	mężczyzna	Liczebność	74	102	9	2	187
		% z płeć	39,6%	54,5%	4,8%	1,1%	100,0%
	kobieta	Liczebność	18	111	56	3	188
		% z płeć	9,6%	59,0%	29,8%	1,6%	100,0%
Ogółem		Liczebność	92	213	65	5	375
		% z płeć	24,5%	56,8%	17,3%	1,3%	100,0%

je (Tabela 3), że 59% matek i 54,5% ojców poświęca dziennie podobną ilość czasu na przygotowywanie posiłków, tym niemniej widać, że wielu (liczba druga co do wielkości) ojców poświęca tym czynnościom mniej czasu, bo poniżej 0,5 godz. dziennie.

Czas matek poświęcony na przygotowywanie posiłków ($M = 2,23$; $SD = 0,64$) jest średnio wyższy od czasu ojców ($M = 1,67$; $SD = 0,62$). Analiza testem istotności różnic pokazuje, że różnice te są istotne statystycznie (Tabela 4).

Wyniki te są istotne ze względu na planowane np. akcje edukacyjne czy profilaktyczne, bo pokazują, kto powinien być głównym odbiorcą tych informacji w rodzinie, bądź od czego zacząć równowagę odpowiedzialności za posiłki (np. w rodzinach dotkniętych chorobami metabolicznymi).

Rodzice określali również, w jakich okolicznościach spożywają główne posiłki w ciągu dnia. Z zebranych danych wynika, że najczęściej rodzice razem z dziećmi zjadają kolację i obiad oraz podwieczorek, poza domem drugie śniadania i pierwsze śniadanie (Rycina 2). Wyniki te pokazują również, w odniesieniu do jakich posiłków warto szczególnie zwrócić uwagę rodzin na sposób kształtowania zarówno wyboru produktów do posiłku, jak i sposobu przebiegu posiłku.

Wyniki kwestionariusza Rodzinne Środowisko Żywnościowe przedstawione są w Tabeli 5. Nie stwierdzono istotnych różnic między matkami i ojcami. Analiza tych wyników wydała się interesująca ze względu na wiek dzieci w rodzinach badanych rodziców.

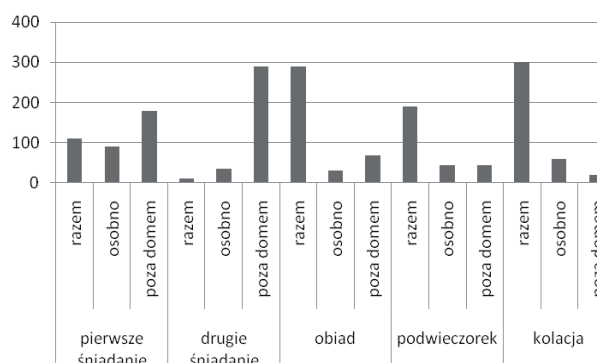
Badaną grupę podzielono na dwie grupy wiekowe (dzieci powyżej i poniżej 6 roku życia). Wyniki kwestionariusza w tych grupach wskazywały na wzrost aktywności fizycznej w rodzinach dzieci starszych (Rycina 3).

Różnice istotnie statystyczne wystąpiły jednak na dwóch innych skalach, mianowicie na skalach przedstawiających organizację posiłków i okoliczności spożywania posiłków. Test istotności różnic (Tabela 6) pokazuje, że w grupie dzieci starszych (powyżej 6 roku życia) istotnie spada zarówno poziom stabilności w zakresie

Tabela 4. Analiza istotności różnic między rodzicami. Źródło: opracowanie własne

Table 4. The analysis of significant differences between parents. Source: author's own materials

czas przygotowywania posiłków	Test dla prób niezależnych				
	Test Levene'a jednorodności wariancji		Test t równości średnich		
	F	Istotność	t	df	Istotność (dwustronna)
	0,336	0,563	-8,647	373	0,000



Rycina 2. Wyniki dotyczące sposobu spożywania posiłków w rodzinach. Źródło: opracowanie własne

Figure 2. The results related to mode of having family meals. Source: author's own materials

Tabela 5. Statystyki opisowe skal kwestionariusza Rodzinne Środowisko Żywnościowe. Źródło: opracowanie własne

Table 5. Descriptive statistics of scales of the questionnaire Family Food Environment. Source: author's own materials

	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
aktywność fizyczna	378	1,25	3,50	2,4717	0,34394
organizacja posiłków	378	1,40	3,10	2,1481	0,31261
okoliczności	378	1,64	3,50	2,3816	0,24653
diety	378	1,71	6,43	2,4216	0,32765
bodźce	376	1,33	3,17	2,2443	0,31534

warunków spożywana posiłków, jak i poziom planowania posiłków w rodzinie. Może to mieć związek ze zwiększającą się samodzielnością dziecka (pójście do szkoły) i ze zmniejszeniem uwagi rodziców na styl żywienia w domu. Tym niemniej wyniki te wskazują jednak na pewien niepokojący trend, utrudniający dzieciom w wieku szkolnym stabilizowanie zdrowych nawyków żywieniowych.

Analizie poddano również związki między obszarami badanymi przez kwestionariusz Rodzinne Środowisko Żywieniowe. Ujawniły się słabe, choć istotne statystycznie korelacje, które ze względu na trwające jeszcze badania można uznać za trendy wymagające dalszego potwierdzenia.

W badanej grupie wraz z liczbą dzieci w rodzinach stabilizują się okoliczności spożywania posiłków ($\rho = 0,137$, $p < 0,01$), tzn. częściej się je przy stole i w spokojnej atmosferze. Dużo istotnych korelacji wiąże się z poziomem aktywności fizycznej w rodzinie. Im wyższa aktywność, tym więcej ekspozycji potraw i przekąsek zdrowych ($\rho = 0,265$, $p < 0,01$), jak również wyższy poziom planowania posiłków ($\rho = 0,139$, $p < 0,01$), ale paradoksalnie zmniejsza się stabilność i spokój spożywania posiłków ($\rho = -0,217$, $p < 0,01$), co może mieć związek właśnie z poświęceniem czasu na aktywność fizyczną skutkującą bardziej dynamicznym stylem życia rodziny.

Ciekawe korelacje ujawniają się w odniesieniu do obecności określonych bodźców w środowisku żywieniowym rodziny. Im bardziej planowane jest przygotowywanie posiłków, tym więcej w rodzinie ekspozycji przekąsek zdrowych ($\rho = 0,179$, $p < 0,01$), a paradoksalnie im więcej zdrowych przekąsek, tym mniej stabilne i mniej spokojne spożywanie posiłków ($\rho = -0,141$, $p < 0,01$) – co można by wytłumaczyć wiekiem dzieci badanych rodzin i ich preferencjami w kierunku potraw słodkich mimo dostępu do zdrowych przekąsek.

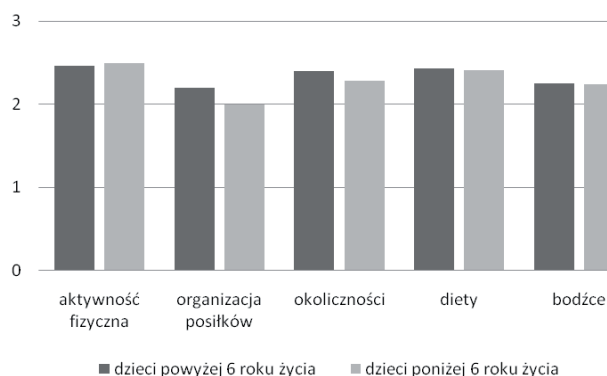
Podsumowanie

Analiza wyników uzyskanych w toku badań wskazuje na pewne istotne obszary oddziaływań edukacyjnych – profilaktycznych i interwencyjnych, związanych z rodzinnym kształtowaniem nawyków żywieniowych.

Przede wszystkim trzeba pamiętać o tym, że zdrowe odżywianie i pomoc w zbudowaniu zdrowego stylu żywienia to nie tylko dostęp do określonego rodzaju potraw, ale proces uczenia się regularnego spożywania posiłków, które spełniają również funkcje społeczne, więziotwórcze i na tej podstawie tworzą bardzo silne związki z preferencjami obserwowanymi w różnych zachowaniach żywieniowych zarówno u dzieci, jak i osób dorosłych.

Kształtowanie zdrowych nawyków żywieniowych opartych o kompetencje samoregulacji [33, 37] odbywa

się w złożonym społecznie i fizycznie środowisku, które warto analizować pod każdym kątem, zarówno psychospołecznym, jak i organizacyjnym.



Rycina 3. Wyniki dotyczące sposobu spożywania posiłków w rodzinach. Źródło: opracowanie własne

Figure 3. The results related to mode of having family meals. Source: author's own materials

Tabela 6. Analiza istotności różnic między grupami wiekowymi. Źródło: opracowanie własne

Table 6. The analysis of differences between age groups. Source: author's own materials

	Test Levene'a		Test t równości średnich		
	F	Istotność	t	df	Istotność (dwustronna)
aktywność fizyczna	3,450	0,064	-1,405	369	0,161
organizacja posiłków	0,263	0,608	2,761	369	0,006
okoliczności	0,308	0,579	2,221	369	0,027
diety	0,090	0,765	0,434	369	0,665
bodźce	0,021	0,885	0,403	367	0,687

Tabela 7. Korelacje między obszarami rodzinnego środowiska żywieniowego. Źródło: opracowanie własne

Table 7. Correlations between areas of family food environment. Source: author's own materials

	Korelacje rho-Spearmana					
	Liczba dzieci	Wiek dziecka	Aktywność fizyczna	Organizacja posiłków	Okoliczności	Diety
liczba dzieci						
wiek dziecka	0,207					
aktywność fizyczna	-0,033	0,040				
organizacja posiłków	-0,037	-0,085	0,139			
okoliczności	0,137	-0,099	-0,217	0,042		
diety	-0,071	-0,021	0,014	-0,034	-0,014	
bodźce	-0,003	-0,060	0,265	0,179	-0,141	-0,016

Korelacje są istotne na poziomie 0.01 (dwustronnie).

Piśmiennictwo

1. Najwyższa Izba Kontroli, <http://www.nik.gov.pl/plik/id,3276,vp,4137.pdf> (data dostępu: maj 2013).
2. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (data dostępu: maj 2013).
3. Główny Urząd Statystyczny, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbr/gus/zo_zdrowie_dzieci_mlodziemy_w_polsce_2009.pdf (data dostępu: maj 2013).
4. Najwyższa Izba Kontroli, <http://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-otylosci-u-uczniow.html> (data dostępu: maj 2013).
5. Neumark-Sztainer D., Obesity and eating disorder prevention: an integrated approach? *Adolesc. Med.* 2003, 14, 159–173.
6. Jebb S.A., Moore M.S., Contribution of a sedentary lifestyle and inactivity to the etiology of overweight and obesity: current evidence and research issues, *Med. Sci. Sports Exerc.* 1999, 31 (11 suppl.), 534–541.
7. Heini A., Weinsier R., Divergent trends in obesity and fat intake patterns: the American paradox, *Am. J. Med.* 1997, 102, 259–264.
8. Mojs E., Kubiak M., Wojciechowska J., Regulacyjne właściwości programów prewencji otyłości u dzieci i młodzieży a środowiskowe czynniki ryzyka, *Pielęg. Pol.* 2008, 4 (30), 283–286.
9. Campbell K., Crawford D., Family food environments as determinants of preschool aged children's eating behaviours: implication for obesity prevention policy, *Austr. J. Nutr. Diet.* 2001, 58, 19–25.
10. Campbell K.J., Crawford D.A., Ball K., Family food environment and children's eating, *Int. J. Obes.* 2006, 30, 1272–1280.
11. Cooke L., The development and modification of children's eating habits, British Nutrition Foundation, *Nutr. Bull.* 2004, 29, 31–35.
12. Dymek-Skoczyska A., Drozd E., Talarska D., Profilaktyka cukrzycy typu 2 – rola i udział pielęgniarki, *Pielęg. Pol.* 2009, 3 (33), 201–205.
13. Wang Y., Liang H., Tussing L. et al., Obesity and related risk factors among low socio-economic status minority students in Chicago, *Pub. Health Nutr.* 2007, 10, 927–38.
14. Dubois L., Girard M., Potvin Kent M., Breakfast eating and overweight in a pre-school population: is there a link? *Pub. Health Nutr.* 2006, 9, 436–4214.
15. French S.A., Story M., Neumark-Sztainer D. et al., Fast food restaurant use among adolescents: associations with nutrient intake, food choices and behavioral and psychosocial variables, *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* 2001, 25, 1823–1833.
16. Veugelers P.J., Fitzgerald A.L., Prevalence of and risk factors for childhood overweight and obesity, *CMAJ* 2005, 173, 607–13.
17. Utter J., Scragg R., Mhurchu C.N. et al., At-home breakfast consumption among New Zealand children: associations with body mass index and related nutrition behaviors, *J. Am. Diet Assoc.* 2007, 107, 570–576.
18. Macfarlane A., Cleland V., Crawford D., Campbell C., Timperio A., Longitudinal examination of the family food environment and weight status among children, *Int. J. Pediatr. Obes.* 2009, 4, 343–352.
19. Hart K.H., Herriot A., Bishop J.A., Truby H., Promoting healthy diet and exercise patterns amongst primary school children: a qualitative investigation of parental perspectives, *J. Hum. Nutr. Diet.* 2003, 16, 89–96.
20. Tysoe J., Wilson C., Influences of the family and childcare food environments on preschoolers' healthy eating, *Aust. J. Early Childhood* 2010, 35, 3, 105–110.
21. Pliner P., Development of measures of food neophobia in children, *Appetite* 1994, 23, 147–63.
22. Gibson E.L., Wardle J., Watts C.J., Fruit and vegetable consumption, nutritional knowledge and beliefs in mothers and children, *Appetite* 1998, 31, 205–208.
23. Skinner J., Carruth B.R., Moran J., Houck K., Schidhammer J., Reed A. et al., Toddler's food preferences: concordance with family member's preferences, *J. Nutr. Educ.* 1998, 317–322.
24. Oliveria S.A., Curtis Ellison R., Moore L.L., Gillman M.W., Garrahe E.J., Singer M.R., Parent-child relationships in nutrient intake: the Framingham children's study, *Am. J. Clin. Nutr.* 1992, 56, 593–598.
25. Feunekes G.I.J., Stafleu A., de Graff C., van Staveren W.A., Family resemblance in fat intake in The Netherlands, *Eur. J. Clin. Nutr.* 1997, 51, 793–799.
26. Birch L.L., Fisher J.O., Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight, *Am. J. Clin. Nutr.* 2000, 71, 1054–1061.
27. Birch K.L., Fisher J.O., Development of eating behaviours among children and adolescents, *Paediatr.* 1998, 101, Suppl. 3, 539–549.
28. Hearn M.D., Baranowski T., Baranowski J., Environmental influences on dietary behaviour among children: availability and accessibility of fruits and vegetables enable consumption, *J. Health Educ.* 1998, 29, 26–32.
29. Gom G., Goldberg M., Behavioural evidence of the effects of televised food messages on children, *J. Cons. Res.* 1982, 9, 200–205.
30. Robinson T.N., Killen J.D., Ethnic and gender differences in the relationships between television viewing and obesity, physical activity, and dietary fat intake, *J. Health Educ.* 1995, 26 Suppl., 91S–98S.
31. Taras H.L., Sallis J.F., Patterson T.L., Nader P.R., Nelson J.A., Television's influence on children's diet and physical activity, *J. Dev. Behav. Pediatr.* 1989, 10, 176–180.
32. Woodward D.R., Cummings F.J., Ball P.J., Williams H.M., Hornsby H., Boon J.A., Does television affect teenagers' food choices? *Aust. J. Nutr. Diet.* 1997, 10, 229–235.
33. Wojciechowska J., Zachowania żywieniowe rodziców jako uwarunkowania samokontroli jedzeniowej u dzieci, w: Szewczyk L., Kulik A. (red.), *Problemy psychosomatyki okresu rozwojowego i dorosłości*, Prokurat, Lublin 2010, 75–98.
34. Birch L.L., Zimmerman S., Hind H., The influences of social affective context on preschool children's food preferences, *Child Dev.* 1980, 51, 856–861.
35. Fisher J.O., Birch L.L., Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake, *Am. J. Clin. Nutr.* 1999, 69, 1264–1272.
36. Fisher J.O., Birch L.L., Restricting access to foods and children's eating, *Appetite* 1999, 32, 405–419.
37. Johnson S.L., Birch L.L., Parent's and children's adiposity and eating style, *Paediatr.* 1994, 94, 653–661.

Adres do korespondencji:

dr Julita Wojciechowska
e-mail: julita.wojciechowska@amu.edu.pl

PIELĘGNIARSKIE DZIAŁANIA OPARTE NA STOSOWANIU SPECJALISTYCZNYCH OPATRUNKÓW RATUJĄCYCH STOPE CUKRZYCOWĄ

NURSING ACTIONS BASED ON THE USE OF SPECIALIZED DRESSINGS SAVING A DIABETIC FOOT

Iwona Robaczewska, Małgorzata Filanowicz, Bernadeta Cegła

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

STRESZCZENIE

Cukrzyca nie bez przyczyny jest nazwana pandemią XXI wieku; na to miano składa się szereg przyczyn, które powodują wzrost zachorowalności. Skutkiem tej choroby jest między innymi stopa cukrzycowa, która należy do ran przewlekłych. Na stopę cukrzycową cierpi 15% osób chorujących na cukrzycę. W ciągu roku owrzodzenie sięga 4–10%. Od 5% do 15% osób chorych na cukrzycę ma amputowaną kończynę dolną z powodu stopy cukrzycowej. Początkową zmianą prowadzącą do amputacji kończyny dolnej jest owrzodzenie, które stwierdza się w 85% przypadkach. Najwyższy odsetek leczonych z powodu owrzodzenia obejmuje grupę osób w wieku od 45 do 64 lat, głównie mężczyzn.

Stopa cukrzycowa stanowi piętno chorego, które odbija się na jego psychice – tacy pacjenci czują się wyobcowani i samotni, wstydzą się rany i nieprzyjemnego zapachu z niej, dlatego izolują się od innych. Dołączają do tego ból i problemy w życiu codziennym, choćby te związane z normalnym poruszaniem się, przez co zachwiana zostaje sfera socjalna pacjenta. Bardzo często rany są trudne do leczenia z powodu zakażeń, a to pociąga niepokój pacjenta o zdrowie.

Celem pracy jest ukazanie roli i zadań pielęgniarki w opatrywaniu ran. Jej holistyczne podejście w leczeniu ran pozwala postawić diagnozę powstania rany, ocenić etap gojenia się rany, lokalizacji rany i jej obszaru, symptomów towarzyszących, takich jak ból, kolor rany, wydobywająca się wydzielina. Pielęgniarka uwzględni ogólną ocenę zdrowia pacjenta. Opiera się w pracy na zasadzie TIME, korzystając z najnowocześniejszych metod do opracowania ran. Metody te są alternatywne, nowoczesne i skuteczne, zmniejszają ryzyko infekcji w ranie, co pozwala szybciej zwalczyć proces zapalny, przyspiesza proces gojenia rany oraz skraca pobyt pacjenta w szpitalu.

SŁOWA KLUCZOWE: stopa cukrzycowa, specjalistyczne opatrunki, działania pielęgnacyjne pielęgniarki.

ABSTRACT

Diabetes is called the pandemic of the twenty-first century not without a good reason. This label has come about from a number of reasons that cause the increased incidence of morbidity. One of the consequences of this disease amongst others is a diabetic foot, which is a chronic wound. The rate of diabetic foot sufferers equals 15% of people with diabetes. Within a year, the ulcer reaches 4–10%. Because of the diabetic foot, 5% to 15% of people with diabetes will ultimately have a limb amputation. An initial occurrence leading to the amputation is an ulceration, which is found in 85% of cases. People most frequently treated because of the ulceration is a group of people aged between 45 and 64 years, mostly men.

The Diabetic foot is the stigma of the patient that can affect his/her psyche. Such patients feel alienated and lonely, ashamed because of wounds and the smell of them, and that is most commonly why they isolate themselves from others. Accompanied by pain and problems of everyday life, even during the routine activity, the social sphere of such patients is disrupted. It is very common that wounds are difficult to treat because of the risks and occurrences of infections. Ultimately this can contribute significantly to a patient's anxiety about health.

The aim of study is to show the nurse's role and tasks at dressing wounds. Her holistic approach to the treatment of wounds can diagnose a genesis of the wounds creation, assess the wound healing phase, location and area of the wound and associated symptoms such as pain, the wound colour, secreting. The nurse takes into account an overall assessment of the patient's health when dealing with such a process. She bases actions on the principle of TIME by using available modern methods to the development of wounds. Such methods are alternative, modern and efficient, they reduce the risk of the wound infections, which allows for the faster development at healing the wound process and reduces the patient's stay in hospital.

KEY WORDS: diabetic foot, specialized dressings, nursing actions.

Wstęp

Spotyka się coraz więcej osób z ranami przewlekłymi, spowodowanymi chorobami takimi jak: owrzodzenie żylna, cukrzyca, oparzenia, odmrożenia, odleżyna.

Proces gojenia rany trwa długo i pociąga za sobą duże koszty leczenia, co powoduje straty finansowe dla pacjenta i jego rodziny. Pacjent jest obciążony również dyskomfortem psychicznym. Rany goją się latami, czę-

sto wydobywa się z nich nieprzyjemny zapach, towarzyszy temu ból. Są to czynniki, które źle wpływają na samopoczucie pacjenta i sferę psychiczną.

Stopa cukrzycowa to „zakażenie, owrzodzenie i/lub zniszczenie głębokich tkanek stopy związane z nieprawidłowościami neurologicznymi i różnego stopnia zmianami w tętnicach kończyn dolnych” [1]. W zależności od patomechanizmu tworzenia się stopy cukrzycowej i ze względu na dominujące w niej zaburzenia tradycyjny podział uwzględnia [1, 4]: stopę neuropatyczną, neuropatyczno-niedokrwienną, niedokrwienną.

Ogromną rolę odgrywa pielęgniarka, która ma kompetentną wiedzę na temat ran i ich leczenia oraz większe możliwości samodzielnego leczenia rany. Dzięki holistycznemu podejściu do pacjenta poznaje jego biopsychospołeczną sylwetkę i stawia profesjonalną diagnozę pielęgniarską, dzięki której rozwiązuje problemy pacjenta, w czym uczestniczą sam chory i jego rodzina. Wraz z postępem medycyny rozwijała się wiedza na temat leczenia ran i dziś pielęgniarki mają do dyspozycji większą pulę środków. Do leczenia ran przewlekłych sięga się po opatrunki nowej generacji, które mają różne właściwości, oraz korzysta się z terapii VAC, która pozwala na szybsze gojenie się tkanki.

Patogeneza stopy cukrzycowej

Przez wiele lat błędnie wyjaśniano powstawanie stopy cukrzycowej. Sądzono, że czynnikiem sprawczym jest choroba małych naczyń, w szczególności tętniczek. W 1959 roku Goldenberg opisał występowanie w tętniczkach chorych na cukrzycę substancji barwiącej się w reakcji i to zostało przez niego określone jako *arteriolosclerosis*. Dalsze badania prowadzone w kierunku potwierdzenia tej tezy prowadziły do innych wniosków. Badania Strandnessa nie wykazały niedrożności tętniczek. Badania Conrada nad wielkością naczyń w amputowanych kończynach dolnych chorych na cukrzycę i osób niechorujących na cukrzycę wykazały brak zmian w naczyniach. Dodatkowo badania z papaweryną wykazały prawidłową reakcję naczyń [1]. Dziś wiadomo, że najczęstszą przyczyną stopy cukrzycowej jest owrzodzenie stopy z powodu obwodowej polineuropatii [1] występującej u ponad 60% chorych z zespołem stopy cukrzycowej [3]. Brak czucia wibracji jest sprawcą ponad piętnastokrotnego zwiększonego ryzyka amputacji kończyny dolnej [1]. Uszkodzenie nerwów czuciowych skutkuje brakiem świadomości doznawania urazu poprzez zniesienie czucia bólu, dotyku, wibracji i temperatury [5]. Drobne uszkodzenia, które są niezauważane przez chorego, stają się wrotami zakażenia. Zakażenie jest wywołane bakteriami tlenowymi i/lub beztlenowymi [3]. Uszkodzenie nerwów ruchowych prowadzi do zaniku mięśni i zaburzeń równowagi mięśniowej w stopie, co

skutkuje zniekształceniami stopy: sklepienie stopy jest nadmiernie wydrążone, palce stóp ulegają przykurczom i ustawiają się szponowato. Nieprawidłowa architektura stopy powoduje inny rozkład nacisku stopy na podłoże. Największy jest na wystających głowach kości śródstopia. W wyniku nieprawidłowego nacisku dochodzi do tworzenia się modzeli, miażdżenia głębszych warstw skóry i tkanki podskórnej, w takich miejscach skóra i tkanka pękają, co daje początek tworzenia się owrzodzenia [1, 3]. Taki mechanizm działa przy tworzeniu się owrzodzeń neuropatycznych. Jeżeli stopa w miejscu owrzodzenia jest nadal narażona na długotrwały nieprawidłowy ucisk, po pewnym czasie powstanie wrzód drażący, który może skutkować ropnym zapaleniem kości lub ropowicą stopy [1]. Te stadia są stanem zagrażającym amputacją stopy. Zaburzenia mikrokrażenia to efekt obwodowej neuropatii autonomicznej. U chorych na cukrzycę wzrost ciśnienia w układzie żylnym kończyn dolnych nie prowadzi do prawidłowego skurczu zwieracza przedwłośniczkowego i tym samym zaburzona jest praca odruchu żylny-tętniczkowego, czyli występują zaburzenia wyrównywania ciśnienia przy pionizacji, co powoduje pogrubienie błony podstawnej śródbłonna. Otwarte jest fizjologiczne połączenie tętniczko-żylne, które zwiększa przepływ przez część termoregulacyjną mikrokrażenia [1, 3]. Również u chorych na cukrzycę istnieje zaburzenie rytmicznego obkurczania się małych tętnic polegające na niskiej częstotliwości oscylacji. Cechą kliniczną obwodowej neuropatii autonomicznej jest sucha i ciepła skóra o barwie sinoczerwonej [3, 5] z widocznymi poszerzonymi żyłami. Skóra jest skłonna do pęknięć, istnieją zaburzenia odporności na urazy, a pogrubienie błony podstawnej naczyń włosowatych skutkuje upośledzoną ucieczką leukocytów do ogniska zakażenia [1]. Rozwijające się zakażenie może doprowadzić do zakrzepicy naczyń i dalej do zgorzeli. W procesie gojenia się rany ważnym elementem jest stopień ukrwienia. W stopie niedokrwiennej owrzodzenie ma utrudnione warunki do gojenia się i może skutkować amputacją kończyny dolnej [3]. Miażdżycza tętnic kończyn dolnych zwiększa dziesięciokrotnie ryzyko amputacji u chorych na cukrzycę. Może być przyczyną samodzielnymi zmian martwiczych w stopie cukrzycowej, jednak często współistniejąca doprowadza do zmian neuropatyczno-niedokrwiennych [1]. Głównie hiperglikemia skutkuje uszkodzeniem nerwów obwodowych i przyspieszeniem rozwoju miażdżycy tętnic [3]. Do pierwszych sygnałów występowania miażdżycy tętnic kończyn dolnych należy chromanie przestankowe. W badaniu Framinghama stwierdzono, że chromanie przestankowe występuje u kobiet chorych na cukrzycę z częstotliwością 8,4, a u mężczyzn 12,6 na 1000 osób badanych. To potwierdziło, że chromanie przestankowe

częściej pojawia się u chorych na cukrzycę niż u osób niechorujących na nią. Miażdżycza u chorych na cukrzycę najczęściej lokalizuje się w tętnicy głębokiej uda i tętnicach poniżej kolana [1].

Do głównych czynników ryzyka powstania owrzodzenia zalicza się: nieprawidłowe leczenie wyrównawcze poziomu glukozy w organizmie, nefropatie, zaburzenia widzenia, nieprawidłowe odżywianie się i starszy wiek [3].

Leczenie pacjenta ze stopą cukrzycową

Owrzodzenie rany w stopie cukrzycowej pociąga za sobą wiele konsekwencji, ale w różnych przypadkach jest wiele rozwiązań, aby uniknąć amputacji kończyny dolnej i pozwolić na wygojenie się rany. U każdego pacjenta przeprowadza się badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz: badania radiologiczne, neurologiczne, badanie dopplerowskie, tomografię komputerową, angiografię tętnic, nacisk stopy, oznaczenie parcjalnego stężenia tlenu w stopie [3, 6].

Podstawowymi formami leczenia są: postępowanie wielodyscyplinarne, kontrola metaboliczna glukozy, leczenie antybakteryjne i odciążenie stopy [3]. W postępowaniu z chorym ze stopą cukrzycową ważnymi elementami są regularne oglądanie, sprawdzanie i badanie stóp, rozpoznanie czynnika ryzyka, edukacja na temat choroby pacjenta i jego rodziny, odpowiednie dopasowane obuwie, regularne badania podologiczne w okresie bez owrzodzenia [3], takie jak płukanie rany solą fizjologiczną, oczyszczanie brzegów rany, usuwanie tkanek aż do zdrowej, wycinanie modzela, drenaż ropnia na stopie, leczenie rany odpowiednimi opatrunkami, edukacja profilaktyczno-pielęgniacyjna pacjenta [5]. Pacjent skierowany do poradni stopy cukrzycowej ma wdrożone oczyszczenie rany i odciążenie stopy oraz leczenie miejscowe rany. Jest poddawany leczeniu zakażenia, niedokrwienia kończyny, dodatkowych chorób i leczeniu chirurgicznemu, ortopedycznemu w przypadku stopy Charcota – w celu stabilizacji stawu i zmniejszenia deformacji [3, 6]. W stopie niedokrwiennej głównym działaniem jest jak najszybsze wykonanie rewaskularyzacji. Udrożnia się tętnice za pomocą protez naczyniowych, sympatektomii lędźwiowej. Z powodu uogólnionego zakażenia, jakie może występować, ryzyko amputacji jest wysokie. Rodzaj amputacji jest uzależniony od rozmiarów martwicy, zmian w kościach i możliwości dokonania popraw w naczyniach kończyny, jednakże zawsze wybiera się amputacje częściowe z powodu korzystniejszego wpływu na dalsze życie, ponieważ nie dochodzi do upośledzenia funkcji drugiej kończyny [6].

Dla pacjentów ze stopą cukrzycową wybawieniem są odciążenie, opatrunki podciśnieniowe, tlen hiperba-

ryczny, terapia larwalna, żel płytkowy, opatrunki ze srebrem. Skutecznymi metodami są:

- leczenie podciśnieniem – mechaniczne działanie na proces wytwarzania ziarniny, które dodatkowo poprawia ukrwienie i zmniejsza obrzęk oraz wysięk z bakteriami [7, 6];
- tlen hiperbaryczny – przydatny jest w zespole stopy o charakterze niedokrwinnym, neuropatycznym z jak najbardziej uogólnionym zakażeniem [6];
- autologiczny koncentrat bogato-płytkowy, inaczej PRP (*Platelet Rich Plasma*), czyli żel płytkowy stosowany w leczeniu stopy cukrzycowej o charakterze neuropatycznym i mieszanym oraz po amputacjach kończyny. Jest terapią bezpieczną i polega na wytworzeniu materiału, którym jest żel w postaci koncentratu płytek krwi pacjenta, o stężeniu 4–5 razy wyższym od krwi obwodowej, dodatkowo wzbogacony trombiną. Całość zostaje rozmieszczona na owrzodzeniu na 48–72 godzin. Opatrunek zapewnia przyspieszenie procesu gojenia się rany oraz wykazuje działanie przeciwbakteryjne [7];
- terapia larwalna z zastosowaniem larw much *Luciliasericata* w zespole neuropatycznej i neuropatyczno-niedokrwiennej stopy. Larwy oczyszczają ranę poprzez usunięcie martwych tkanek, zapobiegają reakcjom zapalnym i bakteryjnym, wspomagają proces gojenia [7].

Proces gojenia

Raną nazywa się przerwanie ciągłości skóry połączone z ubytkiem tkanki. Głębsze uszkodzenia sięgające do mięśni, kości czy organów wewnętrznych to rany powikłane [1, 8]. Owrzodzenie cukrzycowe zaliczane jest do ran przewlekłych, ponieważ proces gojenia trwa więcej niż 8 tygodni. Owrzodzenie może sięgać przez wszystkie tkanki skóry do kości i być dodatkowo obciążone zakażeniem [8].

Proces gojenia rany dzieli się na 3 fazy:

1. faza zapalna – inaczej nazwana fazą oczyszczenia. Trwa od momentu zranienia ok. 3 dni. W tej fazie działają trombocyty i czynniki krzepnięcia. W fazie zapalnej uwalniana jest reakcja obronna, która ma na celu usunięcie tkanek i drobnoustrojów oraz oczyszczenie tkanek. Charakterystyczne dla tej fazy są zaczerwienienie, ocieplenie, obrzęk i ból. W fazie zapalnej działają głównie fagocyty, makrofagi i tlen [1, 8];
2. faza proliferacyjna – trwa od 4 dnia od momentu zranienia. W trakcie tego procesu następują wymiana tkanki skórnej, a czasami także podskórnej (w przypadku głębszych ran) oraz zamykanie się brzegów rany. Dochodzi do utworzenia nowych naczyń krwionośnych i pokrycia rany tkanką ziarni-

nową. Nowe naczynia zbudowane są z mnożących się komórek śródbłonna, które rozstępują się, tworząc światła nowych naczyń. W przypadku małych ran dochodzi do całkowitej regeneracji naskórka. Ważną rolę odgrywają fibroblasty, które produkują kolagen. Miofibroblasty powodują obkurczenie rany dzięki obecności kurczliwego białka, Alfa-aktyny, które połączone z kolagenem działa siłami ciągnącymi. Tworzona jest tkanka ziarninowa, która jest wilgotna i ma barwę łososiowo-czerwoną [1, 8];

3. faza epitelizacji – rana stale obkurcza się, a ziarnina przeobraża się w tkankę bliznowatą, poprzez zmniejszenie się ilości komórek w ranie w wyniku apoptozy fibroblastów. W czasie formowania blizny kolagen typu III przekształcany jest do kolagenu typu I. Końcowym stadium jest rozrost nowych komórek naskórka [1, 8].

Wyróżnia się następujące sposoby gojenia ran:

- gojenie doraźne przez rychłozrost, typowy dla ran ciętych i niezakażonych. Pozostawia niewielką bliznę, ponieważ brzegi rany przylegają do siebie i nie muszą być zszywane chirurgicznie. Trwa zwykle od 7 do 14 dni. Daje najlepsze efekty i zapewnia najszybsze gojenie rany [1];
- ziarninowanie, które następuje w ranach z dużym ubytkiem tkanki, przy zakażeniach i ciałach obcych w ranie. W takich przypadkach należy oczyścić ranę, aby mogła pokryć się tkanką łączną. Dotyczy ran, w których naskórek narasta od brzegów rany. Proces jest bardziej skomplikowany i leczenie trwa o wiele dłużej niż w pierwszym przypadku [1];
- gojenie wtórne doraźne – w ranach zakażonych: po oczyszczeniu rany i zaniku stanu zapalnego zszywa się brzegi rany.

Współczesne opatrunki wspomagające proces gojenia się ran

Oprócz leczenia przyczynowego należy wdrożyć leczenie miejscowe polegające na dobraniu odpowiednich opatrunków, które wspomogą proces gojenia rany [9]. To, jaki opatrunek będzie wykorzystany, zależy od fazy, w której znajduje się rana. Należy starannie opatrywać rany, uwzględniając wygląd łóżyska rany, ochronę brzegów i skóry wokół rany.

Funkcje wszystkich opatrunków:

- ochronna – opatrunki zapobiegają drażnieniu mechanicznemu i zanieczyszczeniu od zewnątrz, stanowią barierę dla drobnoustrojów, zapobiegają zakażeniom ran;
- unieruchamiająca – bezruch poprawia ukrwienie okolicy rany, zmniejsza drażnienie mechaniczne i jest warunkiem niezaburzonego niczym gojenia rany. Szczególnie dotyczy to ran zakażonych, ran

z rozległymi uszkodzeniami tkanek miękkich i zaburzeniem ukrwienia oraz złamań kości. Aby zapewnić warunki spoczynkowe, stosuje się sztywne opatrunki szynowe, gipsowe;

- odciążająca – opatrunek, powodując unieruchomienie, pełni funkcję obarczającą aż do chwili przywrócenia prawidłowej wytrzymałości uszkodzonej tkanki. W tym celu wykorzystuje się opatrunek przylepcowy oraz marszowy opatrunek gipsowy. Opatrunek odciążający przejmując zastępczo czynności uszkodzonej części ciała;
- odbarczająca – jest to szczególna postać odciążenia, czyli zmniejszenia ciśnienia ucisku. Stosuje się miękkie opatrunki ochronne nałożone tak, że na narażoną okolicę działa ucisk niewielki, ale równomiernie rozłożony na większej powierzchni;
- uciskająca – opatrunek lekko uciska ranę, co prowadzi do zatamowania drobnych krwawień żylnych, a w konsekwencji do zmniejszenia ilości gromadzącej się wydzieliny;
- wchłaniająca – z ran, obszarów wyprzeniowych i z powierzchni błon śluzowych wydalone są płyny. W wyniku gromadzenia się wydzieliny zmienia się prawidłowa flora bakteryjna, zostaje uszkodzony kwaśny płaszcz ochronny skóry i rozmięka warstwa rogowa naskórka. Opatrunki takie jak kompresy z alginianów wapnia, kompresy z superabsorbentem, hydrokoloidy i hydrożele mają budowę, która pozwala na wchłanianie wysięku i zatrzymanie wydzieliny wraz z zarazkami. Należy stosować je ostrożnie ze względu na słabszą przepuszczalność gazową (szczególnie w przypadku zakażonych ran);
- nośnik leku – mogą one przyspieszać gojenie rany dzięki swojemu działaniu przeciwbakteryjnemu, enzymatycznemu lub osmotycznemu;
- przeciwobrzękowa – stosowanie okładów z tkaniny (gazy) nasączonej płynem. Działają one przeciwobrzękowo i przeciwzapalnie (okład z alkoholem, rivanolem), ochładzająco (okład wysychający) i rozgrzewająco (okład wilgotny pod ceratką);
- tamująca – stosuje się opatrunek uciskowy albo zaciśnięcie opaską uciskową;
- zapobiegająca zakrzepom – opatrunki powodujące zwężenie żył podudzi. Podwyższają one ciśnienie śródtkankowe, które działa przeciwstawnie do ciśnienia wewnątrz naczyń krwionośnych [8, 9].

Właściwości opatrunków są ściśle związane z ich funkcjami; zaliczają się do nich:

- chłonność i obojętność wchłaniania,
- przepuszczalność gazów,
- tolerancja w ranie,
- pewność użycia – opatrunki nie mogą podrażniać rany, działać uczulająco, reagować w zetknięciu

z innymi substancjami stosowanymi w miejscowym leczeniu. Powinny być odpowiednio opakowane, oznaczone i opisane, a przede wszystkim jałowe,

- stymulacja formowania ziarniny,
- wchłanianie materiału infekcyjnego – bakteriobójczość,
- utrzymanie odpowiedniego pH,
- ochrona brzegów rany przed maceracją,
- działanie antyseptyczne,
- wchłanianie nieprzyjemnego zapachu z rany [8, 9].

Dany opatrunek dzięki swej specyfice pełni określone funkcje w każdej z faz procesu gojenia się rany:

1. faza oczyszczania
 - zatrzymanie krwawienia,
 - wchłanianie wydzieliny,
 - zapobieganie zakażeniom,
2. faza ziarninowania
 - utrzymanie wilgotności rany,
 - wchłanianie wydzieliny,
 - ochrona ziarniny,
 - zapobieganie zakażeniom,
 - zapobieganie maceracji brzegów rany,
3. faza epitelizacji
 - utrzymanie wilgotności rany,
 - ochrona przed urazem,
 - ochrona brzegów rany przed maceracją [8].

Terapia VAC

Nowością na medycznym polskim rynku jest terapia VAC, która już w wielkim stopniu rozpowszechniła się w innych krajach. Jej stosowanie skraca czas leczenia i zmniejsza ryzyko amputacji [9, 11]. Stosuje się ją przy zespole stopy neuropatycznej, neuropatyczno-niedokrwiennej, przy dużych owrzodzeniach z wysiękiem oraz zakażeniem i po amputacjach. Przeciwwskazaniami są: obecne w ranie komórki nowotworowe, zapalenie kości i ścięgien, sucha tkanka martwicza, odsłonięte naczynia krwionośne [7]. Urządzenie VAC znajduje swoje zastosowanie w fazie oczyszczania i ziarninowania [9]. Działa na zasadzie wytworzenia ujemnego podciśnienia w zakresie 40–120 mmHg, średnio 90 mmHg dostarczane go przez dren do rany; dren nie dotyka bezpośrednio rany, ale zasysa wysięk przez opatrunek piankowy, który wspomaga budowę nowych tkanek. Dren prowadzi wysięk do zbiornika, działając na ranę w sposób ciągły lub przerywany. Podciśnienie samoistnie reguluje się w aparacie za pomocą mikroprocesora w zależności od wielkości rany. VAC można leczyć pacjentów stacjonarnie lub też mobilnie [12]. Czas kuracji zależy od ilości wysięku, zwykle od 2 do 3 dni. Terapię można zakończyć w ciągu 2–8 tygodni [7, 12]. Ze względu na budowę anatomiczną stopy czas terapii jest dłuższy niż w przypadku ran o innej lokalizacji. Celem terapii VAC jest do-

prowadzenie do zamknięcia się procesu gojenia, czyli wytworzenia ziarniny i procesu epitelizacji [11].

Cechy kliniczne terapii VAC [7, 11, 12]:

- pobudza ranę do ziarninowania,
- zapewnia odpowiednie środowisko dla procesu gojenia – wilgotne,
- zmniejsza wielkość rany poprzez ściąganie brzegów,
- usuwa nadmiar płynów,
- zmniejsza kolonizację bakterii w ranie,
- ogranicza obrzęk,
- powoduje przekrwienie rany,
- chroni tkanki przed urazem.

Rola pielęgniarki w leczeniu stopy cukrzycowej

We współczesnych czasach pacjent jest holistyczną jednostką, której przysługują świadczenia zdrowotne wykonywane przez pielęgniarkę, takie jak zadania diagnostyczne, lecznicze, opiekuńczo-pielęgnacyjne, rehabilitacyjne, edukacyjne, promocji zdrowia. Pielęgniarka opiera prace na postawieniu diagnozy pielęgniarskiej, która jest kluczowym elementem w procesie pielęgnowania pacjenta. Diagnoza pielęgniarska wg NANDA (Północnoamerykańskiego Stowarzyszenia Diagnozy Pielęgniarskiej) to „kliniczna ocena indywidualnej, rodzinnej i środowiskowej reakcji na aktualne lub potencjalne problemy zdrowotne i procesy życiowe. Diagnoza pielęgniarska dostarcza postaw do wyboru interwencji pielęgniarskiej w celu uzyskania wyników, za które pielęgniarka jest odpowiedzialna” [13].

Wiadomo, że powikłania cukrzycy są niebezpieczne dla pacjenta i mogą skutkować niepełnosprawnością lub utratą życia, dlatego istotnymi elementami są jak najszybsze leczenie i edukacja, które przyczynią się do poprawy stanu zdrowia pacjenta. To właśnie pielęgniarka, stawiając diagnozę, określa stan biopsychospołeczny pacjenta, status opiekuńczo-pielęgnacyjny rodziny chorego, planuje pielęgnowanie i edukację pacjenta oraz jego rodziny. To, w jakim stopniu pielęgniarka osiągnie rezultat w procesie pielęgnowania, zależy również od aktywnej postawy pacjenta i jego rodziny, dlatego ważne jest wsparcie ze strony pielęgniarki [14]. Bodźce somatyczne wpływają na emocje i psychikę pacjenta, często jest on zaniepokojony swoim stanem, bezradnością i bólem, poszukuje wsparcia u osób znajdującym się na schorzeniu [15]. W pielęgnowaniu pacjenta ze stopą cukrzycową ma najczęściej zastosowanie model Dorothy Orem, ze względu na działania edukacyjno-zachęcające. Pacjenci nie mają większego deficytu samoobsługi, ale potrzebują wsparcia, motywowania, edukacji ze strony pielęgniarki oraz stosowania no-

wczesnych środków leczniczych wspomagających proces gojenia rany [14].

Głównie pielęgniarka uczestniczy przy zmianie opatrunku na ranie. Aby czynność była prawidłowo wykonana, pielęgniarka przestrzega procedury zmiany opatrunku:

1. uzyskanie zgody pacjenta. Jeśli przy zmianie opatrunku pacjent ma odczuwać ból, można przed zmianą podać leki przeciwbólowe. Trzeba ułożyć pacjenta w taki sposób, aby był swobodny dostęp do rany, która będzie dobrze widoczna i oświetlona lampami. Należy przygotować podkład jednorazowy pod część ciała, na której jest rana, aby uniknąć zanieczyszczenia np. pościeli przez wydzielinę z rany;
2. umycie rąk;
3. przygotowanie sprzętu do zmiany opatrunku: zestawu chirurgicznego, odpowiednich opatrunków nowej generacji. Wszystkie elementy muszą być jałowe i przygotowane na krótko przed zmianą opatrunku;
4. ponowne umycie rąk;
5. otwarcie w sposób aseptyczny sterylnego opakowania opatrunkowego i rozłożenie go;
6. sprawdzenie wzrokiem kompletności zestawu. W zestawie powinny być elementy jałowe, takie jak pęsety anatomiczne, pęsety chirurgiczne, skalpele, nożyczki, kaniule i zgłębniki do pomiaru głębokości rany, rękawice sterylne, opatrunki. Materiałami niejłowymi są przyłepce, nożyce, jednorazowe rękawiczki, pojemnik na skażone materiały;
7. założenie rękawiczek niesterylnych;
8. usunięcie opatrunku na ranie pacjenta i wyrzucenie go do pojemnika/worka z oznaczeniem „Materiały skażone”. Przy zmianie opatrunku nie wolno przemieszczać skażonego materiału od opatrunku nad jałowymi elementami zestawu. Usunięcie dokonuje się w sposób delikatny i nienarażający na zniszczenie gojącej się rany.
9. higieniczne mycie rąk;
10. założenie rękawiczek sterylnych;
11. mycie rany za pomocą roztworu lawaseptyku lub soli fizjologicznej poprzez splukanie ich na ranę;
12. odkażenie rany środkami odkażającymi, np. Octaniseptem. Zasadą przy oczyszczaniu jest użycie sterylnego gazika i wykonanie ruchów od zewnątrz do wewnątrz rany. Złogi i tkanki martwicze należy delikatnie usuwać skalpelem, pęsetą, nożycami;
13. ocena rany: głębokości i rozmiaru (w porównaniu ze stanem przy ostatniej zmianie opatrunku), obecności wysięku, który może być surowiczy bądź krwawy, rozmiaru tkanek martwiczych, koloru, ilości wydzieliny, zapachu, fazy gojenia, obecności zakażenia (zaczerwienienie, obrzęk, zielone lub żółte złogi, nieprzyjemny zapach z rany) i postępowanie

wg modelu TIME, opracowanie rany, ewentualnie przy wydzielinie ropnej pobranie materiału do badania mikrobiologicznego;

14. założenie opatrunku nowej generacji odpowiedniego do fazy w ranie. Zakładając opatrunek, należy trzymać za brzegi opatrunku, nie dotykając środka opatrunku, trzeba dokładnie nałożyć go na ranę. Należy pamiętać, że każdą ranę traktuje się indywidualnie i do pacjenta podchodzimy w sposób holistyczny. Bez względu na wskazania do natychmiastowej zmiany opatrunku są:
 - silny ból,
 - gorączka pacjenta,
 - przekrwienie opatrunku,
 - wyczerpanie chłonności opatrunku,
 - niestabilność założonego opatrunku;
15. wrzucenie zużytego sprzętu do worka na materiały skażone;
16. zdjęcie rękawiczek sterylnych i wyrzucenie ich do materiałów skażonych;
17. umycie rąk;
18. dezynfekcja i sprzątnięcie wózka opatrunkowego;
19. zapis w dokumentacji pielęgniarskiej i opis kliniczny rany [8, 16].

Działania pielęgniarskie wobec pacjenta ze stopą cukrzycową

Model zadaniowy to element w pracy pielęgniarki, na którym opiera się ona podczas opieki nad pacjentem. Model ten wyznacza zadania, które pielęgniarka ma wykonać. Są to zadania diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze i edukacyjne. Zadania diagnostyczne to grupa zadań, które mają na celu określenie stanu fizycznego i psychicznego pacjenta poprzez dokonanie pomiarów parametrów życiowych, rozmowę z pacjentem i jego rodziną, poprzez obserwację i analizę dokumentacji medycznej pacjenta. Zadania lecznicze to wszystkie czynności, które pielęgniarka wykonuje w procesie leczniczym pacjenta na zlecenie lekarza bądź asystując lekarzowi przy badaniach. Zadania pielęgnacyjno-opiekuńcze mają na celu wyrównanie deficytu samoopieki pacjenta poprzez pomoc, kontrolę, mobilizowanie, towarzyszenie pielęgniarki w czynnościach, których pacjent nie wykona sam. Zadania edukacyjne polegają na przekazaniu informacji i nauce, tak aby zdobyte wiadomości poprawiły stan zdrowia pacjenta [13].

Pielęgniarka, oceniając sferę biologiczną pacjenta ze stopą cukrzycową, ma na uwadze: ocenę stopnia deficytu samoopieki, możliwość poruszania się, stan skóry – przede wszystkim kolor, nawodnienie, elastyczność, temperaturę, czucie, ewentualne odleżyny i obrzęki oraz pracę mięśni i ograniczenia funkcji zaję-

tej kończy przez owrzodzenie – ocenę kliniczną rany według modelu TIME, rozpoznanie fazy gojenia się rany poprzez ocenę łożyska oraz ocenę rozmiaru rany przez pomiar linijką długości, szerokości i głębokości, stwierdzenie obecności martwiczych tkanek, zakażenia, obserwację rany pod kątem istniejących pęcherzyków gazu, które świadczą o ostrym zakażeniu zgorzeli gazowej, ocenę ilości i koloru wydzieliny z rany, ocenę brzegów rany i skóry otaczającej ranę w celu zaobserwowania maceracji czy zabarwienia skóry. Do oceny stopnia głębokości owrzodzenia pielęgniarka wykorzystuje skalę Wagnera, klasyfikację UT; za pomocą klasyfikacji Caputo pielęgniarka stwierdza, czy istnieje zagrożenie utraty kończyny. Kontroluje stan psychiczny pacjenta, oceniając nastawienie do leczenia, hospitalizacji, do swojej choroby, uciążliwość nieprzyjemnego zapachu, bólu oraz ocenia stan wiedzy pacjenta na temat stopy cukrzycowej. Monitoruje za pomocą skali VAS natężenie bólu w kończynie. Kontroluje na bieżąco wykonywane badania diagnostyczne zlecone przez lekarza oraz rozwiązuje zgłaszane problemy i stara się eliminować dolegliwości pacjenta. Pielęgniarka powinna zorientować się w przeprowadzonym wywiadzie i dokładnie w diagnozie uściślonej ocenić poziom wiedzy pacjenta na temat choroby, zapobiegania, konieczności samokontroli [13]. Pielęgniarka dokonuje oceny rany i zmienia opatrunki zgodnie z zasadami i w odstępach czasu charakterystycznych dla danych opatrunków oraz wybiera odpowiedni specjalistyczny opatek w celu poprawy gojenia się rany, wspomaganie eliminowania drobnoustrojów i nieprzyjemnego zapachu oraz bólu. Używa środków antyseptycznych o niskiej toksyczności przeznaczonych do oczyszczania ran owrzodzeniowych. W tym celu stosuje Octenisan, Octenisept, Octenilin żel, które dodatkowo mają działanie antibakteryjne i przeciwwirusowe oraz łagodzą ból. Środki antyseptyczne nie zawierają alkoholu, dlatego nie powodują wysuszenia skóry i są bezpieczne w ciągłym stosowaniu. Po każdej zmianie opatrunku pielęgniarka dokonuje analizy rany i postępu w leczeniu zakażenia, obserwuje skórę wokół rany, łożysko rany i jej brzegi, monitoruje zmniejszanie się stanu zapalnego oraz dyskomfort pacjenta związany z bólem, nieprzyjemnym zapachem czy samym istniejącym owrzodzeniem [13].

Dyskusja

U osób cierpiących na cukrzycę bardzo trudno leczyć owrzodzenie. Proces gojenia się rany jest wieloetapowy i długotrwały, a rodzaj, rozległość i głębokość owrzodzenia decydują o podjętych krokach do konkretnego leczenia. Duży odsetek niegojących się ran ulega zakażeniu. Pielęgniarka w swojej pracy uwzględni holistyczne podejście w leczeniu ran – ocenia ogólny stan

zdrowia pacjenta, obszar lokalizacji rany, łożysko rany, etap gojenia i wreszcie symptomy towarzyszące [5]. W badaniach Kadłubowskiej i Berzowskiej na temat wiedzy pielęgniarek o cukrzycy ukazano, że najszerszą wiedzę mają pielęgniarki pracujące na oddziałach internistycznym, chirurgii ogólnej i naczyniowej. Stwierdzono niedostateczną wiedzę prowadzenia edukacji zdrowotnej nad pacjentem ze stopą cukrzycową (badania Szewczyk). Natomiast w badaniach Krystoń-Serafin wykazano, że 60% pacjentów uważa, że pielęgniarki spełniają funkcje edukacyjne [14]. Ziegler w swojej pracy przedstawiła badanie dotyczące skuteczności działania opatrunku przeciwbakteryjnego zawierającego srebro; badanie to udowodniło, że opatrunki zawierające srebro wykazują skuteczne działanie przeciwko *S. Aureus*, które są odporne na antybiotyki – metycylinę; opatrunki te wpływają na zmniejszenie się wysięku z rany. Badanie wykazało, że opatrunki przeciwbakteryjne mają zastosowanie w ranach zakażonych, które trudniej się goją [15]. W artykule Wachal zaprezentowano badanie dotyczące skuteczności terapii VAC u pacjentów ze stopą cukrzycową. We wszystkich przypadkach stwierdzono poprawę procesu gojenia rany. U żadnego z pacjentów nie stwierdzono powikłań stosowania terapii VAC. Wachal uważa, że terapia VAC jest skuteczną terapią, która, prawidłowo stosowana, skraca czas leczenia oraz zmniejsza ryzyko amputacji kończyny [11]. Dzięki nowoczesnym sposobom postępowania, zaawansowanej technologii i udostępnionym preparatom proces gojenia ran przebiega szybciej i bardziej efektywnie [5]. Opatrunki zyskały szeroką akceptację w leczeniu owrzodzeń stopy cukrzycowej ze względu na swoje lecznicze działanie oraz łatwą dostępność na rynku.

Piśmiennictwo

1. Oszkiniś G., Gabriel M., Pukacki F., Majewski W., Leczenie ran trudno gojących się, Blackhorse Scientific Publishers, Warszawa 2006, 17–42, 195–217.
2. Cukrzyca chorobą cywilizacyjną, Świat farmacji: magazyn dla farmaceutów i personelu medycznego 2009, 10 (47), 24–26.
3. Karnafel W., Zespół stopy cukrzycowej – patogeneza i leczenie, Lekarz 2009, 11, 2630.
4. Szczeklik A., Gajewski P., Choroby wewnętrzne, Medycyna Praktyczna, Kraków 2009, 640–671.
5. Burda K., Metelska J., Nowakowska E., Czubał A., Kus K., Pielęgnacja ran przewlekłych i trudno gojących się w stopie cukrzycowej, Zakażenia 2009, 9 (4), 62–70.
6. Miłek T., Porzycki P., Ciostek P., Wielospecjalistyczne leczenie zespołu stopy cukrzycowej, Artroskopia i Chirurgia Stawów 2010, 6 (2), 17–30.
7. Margas M., Krakowiecki A., Niekonwencjonalne metody leczenia miejscowego w zespole stopy cukrzycowej, Diabetol. Gastroenterol. Otyłość 2011, 18 (1), 38–40.
8. Budynek M., Nowacki C., Wiedza o opatrunkach, Wydawnictwo Adi, Łódź 1999, 17–47.

9. Wachal K., Łyszyk B., Kozak M., Rola współczesnych opatrunków w leczeniu zespołu stopy cukrzycowej, *Zakażenia* 2010, 10 (3), 86–90.
10. Mały poradnik zaopatrywania ran przewlekłych, Paul Hartmann Polska Sp. z o. o., Materiał informacyjny nr 859 369 (0312).
11. Wachal K., Łyszyk B., Staniszewski R., Majewski W., Pawlaczek-Gabriel K., Ocena zastosowania terapii VAC u pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej (ZSC) o etiologii niedokrwiennej z dokonanymi zmianami martwiczymi w obrębie tkanek głębokich, *Zakażenia* 2009, 9 (6), 79–84.
12. Łyszkowska E., Lewandowska E., Han M., Vivano terapia podciśnieniowa – nowość w leczeniu ran, *Pielęg. Epidemiolog.* 2011, 3 (46), 17, 18.
13. Cegła B., Faleńczyk M., Kuczma-Napierała J., Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa internistycznego, Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera, Bydgoszcz 2003, 13–30, 133–150.
14. Dębska G., Rogala-Pawelczyk G., Zięba E., Projekt edukacji chorego z zespołem stopy cukrzycowej oparty na teorii Dorothy Orem, *Piel. Zdr. Publ.* 2012, 2 (1), 57–65.
15. Tatoń J., Czech A., Cukrzyca. Podręcznik edukacji terapeutycznej, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, 45–49, 275–279.
16. Trzpieł K., Aseptyczna technika bezdotykowa, *Mag. Pielęg. Poloč.* 2010, 3 (153), 24, 25.
17. Ziegler K., Görl R., Effing J., Ellermann J., Mappes M., Otten S., Kapp H., Zoellner P., Spaeth D., Smola H., Niska cytostatyczność przeciwbakteryjnego opatrunku zawierającego srebro i jego działanie w warunkach klinicznych w przypadku trudno gojących się ran, *Skin Pharmacol. Physiol.* 2006, 19 (3), 140–146.

Adres do korespondencji:

Iwona Robaczewska
e-mail: iwonakaminska-15@o2.pl

GRZYBICA SKÓRY OWŁOSIONEJ

DERMATOPHYTOSIS OF THE SCALP

Anna Gałęba¹, Beata Bajurna²

¹ Gabinet medycyny estetycznej i przeciwstarzeniowej w Poznaniu i w Warszawie

² Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Grzybica skóry owłosionej jest infekcją zewnątrzpochodną wywołaną przez dermatofity antropofilne, zoofilne i geofilne. Zmiany chorobowe obejmują przede wszystkim włosy i skórę głowy. W ciągu ostatnich 30 lat odnotowuje się stały wzrost zachorowań na grzybicę skóry owłosionej głowy, która występuje przede wszystkim u dzieci i dotyczy głównie wieku przedpokwitaniowego. Zakażenie u dzieci występuje tylko na owłosionej skórze głowy, u dorosłych natomiast na skórze brody i głowy.

Głównymi czynnikami etiologicznymi odpowiedzialnymi za wystąpienie grzybicy skóry owłosionej są następujące grzyby chorobotwórcze: *Trichophyton violaceum*, *Trichophyton tonsurans*, *Trichophyton schoenleini*, *Trichophyton mentagrophytes* (*gypseum*), *Trichophyton verrucosum*, *Microsporum audouinii* i *Microsporum canis*.

W pracy przedstawiono podział grzybicy skóry owłosionej, etiologię, leczenie oraz dokonano krótkiej charakterystyki poszczególnych odmian tej grzybicy.

Zalecane jest leczenie ogólne. Leczenie miejscowe jest leczeniem wspomagającym. Lekami stosowanymi w terapii ogólnej grzybicy skóry owłosionej są: gryzeofulwina, terbinafina, flukonazol i itraconazol. Leczenie trwa standardowo 6–8 tygodni. W razie niepowodzeń terapię można wydłużyć do 12 tygodni. W leczeniu grzybicy skóry owłosionej, szczególnie w odmianie drobnozarodnikowej, konieczna jest epilacja zakażonych włosów.

SŁOWA KLUCZOWE: grzybica skóry owłosionej, etiologia, profilaktyka.

ABSTRACT

The dermatophytosis of the scalp is an extrinsic infection caused by anthropilic, zoophilic and geophilic dermatophytes. It affects hair and the scalp. Over the last thirty years a constant increase in the dermatophytosis of the scalp has been observed. The disease alone is mainly observed in prepubertal children. The infection in children affects only the capillar skin, whereas in adults – also the chin skin is affected (*tineabarbae*).

The main etiologic agents responsible for the scalp dermatophytosis are: *Trichophyton violaceum*, *Trichophyton tonsurans*, *Trichophyton schoenleini*, *Trichophyton mentagrophytes* (*gypseum*), *Trichophyton verrucosum*, *Microsporum audouinii* and *Microsporum canis*.

The paper provides a classification of the dermatophytoses, etiology, treatment and some brief description of its types is given.

The general therapy is indicated. The topical therapy is only the treatment of support. Gryzeofulvine, terbinafine, fluconazole, itraconazole are the main drugs used in the therapy. The therapy lasts for 6–8 weeks. In case of the therapeutic failure, it may be prolonged up to 12 weeks. In patients with scalp dermatophytosis, especially in the microsporus type dermatophytosis, the total hair epilation is indicated.

KEY WORDS: clinical types of dermatophytosis of the scalp, etiology, prevention.

Wstęp

W medycynie najważniejszą rolę odgrywają trzy grupy grzybów: dermatofity, grzyby drożdżopodobne i pleśniowce. Infekcje skóry są najczęściej wywołane przez grzyby dermatofitowe, które ze względu na ich przynależność ekologiczną możemy podzielić na grzyby antropofilne, zoofilne i geofilne. Zażycie skóry owłosionej głowy to infekcja zewnątrzpochodna wywołana przez dermatofity antropofilne, zoofilne i geofilne. Zmiany chorobowe obejmują przede wszystkim włosy i skórę głowy, czasami inne owłosione okolice. Do zakażenia grzybami antropofilnymi dochodzi głównie przez kontakt bezpośredni, podobnie jak w przypadku infekcji

przenoszonych ze zwierząt na ludzi. W indywidualnych przypadkach prawdopodobna jest również pośrednia droga zakażenia przez szczotki, grzebienie, meble itp. Infekcje te są głównie zachorowaniami pojedynczymi, rzadko odnotowuje się lokalne ogniska endemiczne [1].

Muszą zaistnieć określone warunki, by doszło do rozwoju grzybicy. Pierwszym z nich jest kontakt z czynnikiem wywołującym (fragmentem lub zarodnikiem grzyba), drugim czynnikiem jest uszkodzenie bariery ochronnej lub upośledzenie własnego układu immunologicznego, przez co obrona organizmu jest osłabiona. Ludzi i zwierzęta, które nie mają objawów infekcji, ale z ich włosów można wyhodować grzyby, określamy

mianem nosicieli [1]. Dermatofit jest obecny, lecz nie jest inwazyjny. Stan bezobjawowego nosicielstwa występuje najczęściej w przypadku zakażenia *Trichophyton tonsurans*. Tacy bezobjawowi nosiciele stanowią poważne źródło zakażenia dla innych osób.

Do czynników sprzyjających zakażeniom grzybiczym (wszystkich odmian) zaliczamy [2]:

- defekt neutrofilów (chemioterapia, radioterapia, ostra białaczka);
- defekt układu siateczkowo-śródbłonkowego (splenectomia, wrodzony brak lub defekt śledziony);
- niedobór limfocytów T, komórek jednojądrzastych, fagocytów (chemioterapia, choroba Hodgkina, AIDS). Czynniki sprzyjające zakażeniom grzybiczym (wszystkich odmian) można podzielić na kilka grup [2]:
- czynniki środowiskowe – niewłaściwe obuwie, rozpuszczalniki niszczące barierę skórną, warunki klimatyczne, urządzenia kąpielowe, detergenty;
- choroby metaboliczne – nadczynność tarczycy, cukrzyca, niewydolność nerek;
- zaburzenia odporności – wrodzone i nabyte (np. radioterapia, sterydoterapia, cytostatyki, leki immunosupresyjne, nowotwory, AIDS, przeszczepy narządów, niedożywienie, wyniszczenie);
- przerwanie ciągłości tkanek – urazy skóry i błony śluzowej, zabiegi chirurgiczne, iniekcje (narkomani), oparzenia (w tym słoneczne), maceracja tkanek, okluzja;
- metody diagnostyczne i terapeutyczne – dializy, cewnikowanie, punkcja, endoskopia, respiratory, intubacja;
- niektóre stany fizjologiczne – ciąża, okres noworodkowy;
- stany zapalne – zakażenia bakteryjne;
- zwiększenie niszy ekologicznej przez antybiotykoterapię.

Epidemiologia

W ciągu ostatnich 30 lat notuje się stały wzrost zachorowań na grzybicę skóry owłosionej głowy. Odnotowuje

się również zmiany w geograficznym rozmieszczeniu grzybic, co związane jest ze zwiększoną migracją ludności. Dochodzi do wzrostu odsetka zachorowań na grzybicę skóry owłosionej w dużych aglomeracjach miejskich [3]. Grzybica głowy występuje głównie u dzieci w wieku przedpokwitaniowym i zajmuje pierwsze miejsce wśród wszystkich chorób włosów u dzieci [3]. Grzybica skóry owłosionej dotyczy od 0,4% do 8,2% populacji dziecięcej [4, 5]. Zakażenie u dzieci dotyczy tylko owłosionej skóry głowy, u dorosłych skóry brody i głowy [6].

W badaniach przeprowadzonych obecnie w Polsce [7, 8] dowiedziono, że głównym czynnikiem etiologicznym zakażeń grzybicy skóry owłosionej są dermatofity zoofilne. Wieloośrodkowe badania europejskie nad grzybicą głowy wskazują natomiast na tendencję do wzrostu zakażeń grzybami antropofilnymi [9], podobnie jak było kiedyś, w okresie między- i powojennym. Liczne badania przeprowadzone w Polsce [7, 8, 10–12] pokazały, że *Microsporum canis* jest głównym czynnikiem etiologicznym grzybicy skóry owłosionej. Dermatofit ten wywołuje grzybicę drobnozarodnikową z odczynem zapalnym. *Microsporum canis* stanowi częstą przyczynę rodzinnych epidemii, których źródłem zakażenia są zwierzęta domowe, a w szczególności koty i psy. W przypadku kotów są to zazwyczaj młode, bezpieczne osobniki. U zwierząt zmiany skórne są często słabo nasilone. Zakażenie *Microsporum canis* pierwotnie nabyte od chorego zwierzęcia może szerzyć się między ludźmi [13, 14].

Etiologia i podział

Grzybicę skóry owłosionej możemy podzielić ogólnie na:

- grzybicę głowy,
- grzybicę głowy i skóry brody.

Szczegółowy podział [6] grzybicy skóry owłosionej jest przedstawiony w Tabeli 1.

Grzybica powierzchowna drobnozarodnikowa, wywołana przez *Microsporum canis*, określana jest również

Tabela 1. Grzybica skóry owłosionej

Table 1. Dermatophytosis of the scalp

Umiejscowienie Location	Charakter grzybicy Clinical types of dermatophytosis of the scalp	Etiologia Etiology
Grzybica głowy (<i>Tinea capitis</i>) – wywołana przez dermatofity antropofilne	<ul style="list-style-type: none"> • Grzybica powierzchowna strzygąca (<i>Tinea trichophytica superficialis</i>) • Grzybica powierzchowna drobnozarodnikowa (<i>Tinea microsporiga superficialis</i>) • Grzybica woszczykowa (<i>Tinea favosa</i>) 	<p>W Polsce najczęściej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Trichophyton violaceum</i> • <i>Trichophyton tonsurans</i> • <i>Microsporum audouinii</i> • <i>Trichophyton schoenleini</i>
Grzybica głowy i skóry brody (<i>Tinea capitis et barbae</i>) – wywołana przez dermatofity zoofilne	<ul style="list-style-type: none"> • Grzybica strzygąca z odczynem zapalnym (<i>Tinea trichophytica</i> z odczynem zapalnym) [Dawna nazwa: <i>Trichophytiasis profunda</i>] • Grzybica drobnozarodnikowa z odczynem zapalnym (<i>Tinea microsporiga</i> z odczynem zapalnym) [Dawna nazwa: <i>Microsporiasis profunda</i>] 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Trichophyton mentagrophytes (gypseum)</i> • <i>Trichophyton verrucosum</i> • <i>Microsporum canis</i>

Źródło (Source): Jabłońska S., Chorzeński T., Choroby skóry, PZWL, Warszawa 1994, 72–91.

w piśmiennictwie jako *grey-patch rigworm*. Grzybica powierzchniowa strzygąca, wywołana przez *Trichophyton violaceum* i *Trichophyton tonsurans*, określana jest w piśmiennictwie jako *black-dot rigworm* [3, 14].

Objawy kliniczne

– krótka charakterystyka [2, 15]

Grzybica powierzchniowa strzygąca (*Tinea trichophytica superficialis*) cechuje się [6, 16] występowaniem drobnych, licznych ognisk złuszcających się otrębiasto, niewyraźnie odgraniczonych od otoczenia, w obrębie których znajdują się nierówno ułamane, szare włosy z licznymi czarnymi punkcikami – to pieńki włosów tkwiące w skórze, sprawiające wrażenie włosów przystrzyżonych (stąd nazwa grzybica strzygąca).

Wyróżnia się trzy postaci grzybicy strzygącej [17]:

- postać kropkowata: włosy ułamane w poziomie skóry,
- postać złuszcząca: włosy ułamane nierówno na wysokości 2–4 mm, obecne liczne, żółte łuski,
- postać łupieżowata: pełna utrata włosów i niewielkie złuszczenie, wymagająca różnicowania z tysiieniem plackowatym.

Przebieg grzybicy powierzchniowej strzygącej jest przewlekły. Stan zapalny jest nieznaczny. Po okresie pokwitania może dojść do samowyleczenia, bez pozostawienia blizn. Włosy odrastają całkowicie. W obrazie mikroskopowym widać wewnątrz włosowy układ zarodników. Brak świecenia w lampie Wooda.

Grzybica powierzchniowa drobnozarodnikowa (*Tinea microsporica superficialis*) cechuje się [6, 16] występowaniem ognisk złuszcających mniej licznych i większych niż w grzybicy strzygącej. Włosy są równo ułamane na wysokości kilku milimetrów (1–3 mm) ponad powierzchnią skóry. Włosy otoczone są biało-szarą pochewką, dobrze widoczną po wyciągnięciu włosa. Ogniska utraty włosów są pojedyncze i najczęściej zlokalizowane w okolicach skroniowej i potylicznej. Skóra pokryta jest szarymi łuskami – jakby posypana popiołem.

U dzieci z grzybicą drobnozarodnikową owłosionej skóry głowy wewnątrz ognisk z ułamanymi włosami można zaobserwować również grupy włosów długich i zdrowych. Zjawisko to tłumaczy Kligman [18], który wykazał, że grzyb drobnozarodnikowy atakuje tylko włosy anagenowe, a telogenowych nie zakaża.

Przebieg grzybicy powierzchniowej drobnozarodnikowej jest przewlekły. Infekcji na ogół towarzyszy niewielki stan zapalny. W okresie pokwitania może dojść do samowyleczenia. W obrazie mikroskopowym widać wewnątrz- i zewnątrz włosowy układ zarodników. Cechą charakterystyczną jest zielonkawa fluorescencja w lampie Wooda.

Grzybica woszczynowa (*Tinea favosa*) [6, 16] w naszej szerokości geograficznej zdarza się bardzo rzadko.

Jest to odmiana grzybicy, której cechą charakterystyczną są tarczki woszczynowe (*scutulum*) o mysim zapachu, powstające wokół mieszków włosowych. Tarczki te to zagłębione żółte strupy, które są utworzone przez keratynę i zbite strzępki grzybni przerastającej naskórek, średnicy od kilku mm do 1–2 cm. Po usunięciu tarczek pozostają blizny i trwałe wyłysienie. Ogniska szerzą się powoli, często z zachowaniem pasa włosów na pograniczu owłosionej skóry głowy. Włosy są matowe, szorstkie i suche.

Wyróżnia się cztery postaci grzybicy woszczynowej [6, 16]:

- postać mieszkowa (*favus follicularis*): z obecnością drobnych grudek,
- postać liszajcowata (*favus impetigoides*): z obecnością miodowożółtych strupów,
- postać łupieżopodobna (*favus pityroides*): nietypowa odmiana beztarczkowa,
- postać łuszczycopodobna (*favus psoroides*): nietypowa odmiana beztarczkowa.

W obrazie mikroskopowym widać bezładny, wewnątrz włosowy układ zarodników. W świetle lampy Wooda występuje matowozielona fluorescencja.

Grzybica głowy i skóry brody (*Tinea capitis et barbae*) [16] – wywołana przez dermatofity zoofilne – to głębokie, zapalne nacieki guzowate, z ropnymi zmianami w ujściach mieszków włosowych. Z ujść mieszków wydobywa się ropna treść, która zasycha w strupy na powierzchni skóry. Włosy dają się łatwo usunąć. Guzy są ostro zapalne, o nierównej powierzchni, wyraźnie odgraniczone od otoczenia i wykazują tendencję do zlewania. Zmiany zazwyczaj ustępują bez pozostawienia blizn i bez trwałego wyłysienia. Czasem, wskutek wypadnięcia zakażonych włosów, może dojść do samowyleczenia. Cechą charakterystyczną jest silna alergia na trichofitynę – antygen grzyba.

Przebieg grzybicy jest najczęściej ostry. W obrazie mikroskopowym układ zarodników może być zewnątrz włosowy (*Trichophyton ectothrix*) lub wewnątrz- i zewnątrz włosowy (*Microsporum canis*), w zależności od etiologii. Brak świecenia w świetle lampy Wooda.

Leczenie

Warunkiem skutecznej i bezpiecznej terapii grzybic jest przede wszystkim właściwe rozpoznanie infekcji. Przed wdrożeniem terapii rozpoznanie powinno być potwierdzone badaniem mikologicznym. Pełna diagnostyka mikologiczna – badanie mikologiczne i hodowla – trwa około 4 tygodni. Zalecane jest leczenie ogólne. Trwa ono standardowo 6–8 tygodni. W razie niepowodzeń terapię można wydłużyć do 12 tygodni. Leczenie miejscowe jest jedynie leczeniem wspomagającym. Lekami stosowanymi w terapii ogólnej grzybicy skóry owłosio-

nej są m.in.: gryzeofulwina, terbinafina, flukonazol i itra-
konazol. Terbinafina jest lekiem, który daje lepszy efekt
w przypadku zakażenia grzybem *Trichophyton tonsu-
rans*, natomiast itraconazol i gryzeofulwina przynoszą
lepszy efekt terapeutyczny w infekcjach *Microsporum*.
Itraconazol w trakcie leczenia osiąga w tkankach wyso-
kie stężenie, które utrzymuje się jeszcze kilka tygodni
po odstawieniu leku. Zjawisko to pozwala na stosowa-
nie terapii pulsowej.

W leczeniu grzybicy skóry owłosionej, oprócz le-
czenia ogólnego, konieczna jest epilacja zakażonych
włosów połączona ze staranną terapią miejscową.
Przede wszystkim dotyczy to odmiany drobnozarodni-
kowej, w której leczenie bez epilacji włosów może być
mało skuteczne [11]. Należy pamiętać o myciu w ciepłej
wodzie z mydłem grzebieni i szczotek do włosów, de-
zynfekcji zakażonej pościeli i czapek oraz o dokładnym
badaniu osób i zwierząt z otoczenia pacjenta (koty, psy,
chomiki itd.) [19].

W zakażeniach przebiegających z dużym odczynem
zapalnym może dołączyć się infekcja bakteryjna. W ta-
kich przypadkach wskazane są leki przeciwbakteryjne
w formie zarówno ogólnej, jak i miejscowej. W kolejnym
etapie terapii infekcji grzybami chorobotwórczymi moż-
na stosować miejscowe leki przeciwgrzybicze w for-
mie roztworów, żelów i szamponów. Wskazane są rów-
nież leki zawierające w swoim składzie jod. Miejscowe
leki przeciwgrzybicze lub odkażające należy stosować
przez okres 6–8 tyg., podobnie jak szampony przeciw-
grzybicze (6–8 tyg., 2 razy w tygodniu).

Podsumowanie

Grzybice znane są od wieków. Należą do jednych
z najczęstszych chorób skóry. Od ponad 30 lat wzra-
sta liczba rozpoznawanych zakażeń grzybiczych.
Obecnie dotyczą one około 40% ludności świata.
Grzybice mimo postępu w diagnostyce i leczeniu na-
dal stanowią poważny problem medyczny. Z uwagi
na łatwość rozprzestrzeniania się zakażenia na inne
osoby grzybice stanowią również istotny problem epi-
demiologiczny, któremu należy przeciwdziałać. Do
rozwoju grzybicy dochodzi w wyniku kontaktu z za-
każonymi ludźmi, zwierzętami i glebą. Grzybica skóry
owłosionej występuje przede wszystkim u dzieci i do-
tyczy skóry owłosionej głowy. Nie należy jednak zapo-
minać, że choroba ta dotyka również populacji osób
dorosłych, dodatkowo zajmując skórę brody. W cią-
gu ostatnich 30 lat notuje się stały wzrost grzybicy
głowy, szczególnie wśród mieszkańców dużych aglo-
meracji miejskich. Postęp cywilizacyjny doprowadził
do pojawienia się wirulentnych szczepów grzybów
chorobotwórczych zdolnych do produkcji dużej ilości
mikotoksyn.

W latach powojennych w Polsce najczęstszymi
czynnikami wywołującymi grzybicę skóry owłosionej
były dermatofity antropofilne, obecnie głównym czyn-
nikiem etiologicznym są dermatofity zoofilne, w szcze-
gólności z gatunku *Microsporum canis*, które stanowią
nierzadką przyczynę rodzinnych epidemii – źródłem za-
każenia są zwierzęta domowe, a w szczególności koty
(głównie małe, bezpańskie osobniki) i psy. Dlatego tak
ważne jest, by dzieci nie bawiły się ze zwierzętami, któ-
rych nie znają.

Zakażenia grzybicze skóry owłosionej wciąż sta-
nowią istotny problem lecznictwa dermatologiczne-
go. Mimo wprowadzenia nowych leków przeciwgrzy-
biczych grzybica skóry owłosionej u dzieci w wieku
przedpokwitaniowym nadal zajmuje pierwsze miejsce
wśród wszystkich chorób włosów u dzieci. Głównymi
kryteriami, które pozwalają nam rozpoznać i leczyć
zakażenia grzybicze, są izolacja i identyfikacja grzyba
chorobotwórczego z materiału pobranego od pacjenta.
Nigdy nie należy rozpoczynać leczenia bez wcześniej
przeprowadzonej odpowiedniej diagnostyki. Podejmując
terapię, należy zawsze pamiętać o eliminacji czynni-
ków, które sprzyjają rozwojowi infekcji oraz o właściwej
współpracy lekarza z pacjentem.

Piśmiennictwo

1. Hay R., Diagnosis and management of tinea capitis, Mos-
by-Wolfe, London 1999, 9, 10, 17–26, 69, 71, 78.
2. Gałęba A., Grzybica skóry gładkiej, AAAM, 1/2008, 21–27.
3. Gupta A.K., Hofstader S.L.R., Adam P., Tinea capitis. An
overview with emphasis on management, Clin. Rev. 1999,
16, 171–189.
4. Cuetara M.S., Del Palacio A., Pereiro M., Prevalence of un-
detected tinea capitis in a school survey in Spain, Mycoses
1997, 40, 131–137.
5. Frangoulis E., Athanasopoulou B., Katsambas A., Etiology
of tinea capitis in Athens, Greece – a 6 years (1996–2000)
retrospective study, Mycoses 2004, 47, 208–212.
6. Jabłońska S., Chorzeński T., Choroby skóry, Wydawnictwo
Lekarskie PZWL, Warszawa 1994, 72–91.
7. Sikora M., Pacholek T., Soter K., Szepietowski J., Analiza
zakażeń grzybiczych skóry i jej przydatków w rejonie Wro-
cławia w latach 1995–1999, Mikol. Lek. 2000, 7 (3), 145–
151.
8. Lange M., Nowicki R., Bykowska B., Szczerkowska-
Dobosz A., Tinea capitis u dzieci w materiale Kliniki Derma-
tologii AM w Gdańsku, Mikol. Lek. 2006, 13 (4), 291–294.
9. Hay R., Robles W., Midgley G., Tinea capitis in Europe: new
perspective on an old problem, J. Eur. Acad. Dermatol. Ve-
nerol. 2001, 15, 229–233.
10. Żaba R., Dańczak-Pazdrowska A., Analiza grzybic u dzieci
– pacjentów Szpitala Miejskiego im. J. Strusia w Poznaniu
w latach 1996–marzec 2000, Mikol. Lek. 2001, 8, 106–109.
11. Maleszka R., Lula M., Kliniczny i epidemiologiczny aspekt
grzybicy głowy owłosionej u dzieci, Mikol. Lek. 1995, 2, 33–
36.
12. Baran E., Szepietowski J., Walów B., Grzybica owłosionej
skóry głowy u dzieci na Dolnym Śląsku, Post. Dermatol.
1993, 10, 75–84.

13. Maraki S., Tselentis Y., Survey on the epidemiology of *M. canis* infections in Crete, Greece over a 5-year period, *Int. J. Dermatol.* 2000, 39, 21–24.
14. Koussidou-Eremondi T., Devlioton-Panagiotidou D., Mourellou-Tsatsou O., Tinea capitis in children in northern Greece during the period 1981–1995, *Mycoses* 1999, 42, 319–322.
15. Gałęba A., Grzybica skóry owłosionej – etiologia, epidemiologia, podział kliniczny, objawy i leczenie, *Essentia Medica* 2007, 6–7 (42), 54–58.
16. Hryniewicz-Gwóźdź A., Barancewicz M., Plomer-Niezgoda E., Grzybica głowy, *Mikol. Lek.* 2000, 7 (4), 223–228.
17. Miklaszewska M., *Dermatologia pediatryczna*, Volumed, Wrocław 1999, 180–184.
18. Kligman A.M., Giacoia G.P., Tinea capitis due to *M. audouinii* and *M. canis*: II Dynamics of host – parasite relationship, *Arch. Dermatol.* 1955, 71, 313–337.
19. Gliński W., Baran E., Nowicki R., Konsensus dotyczący leczenia grzybic powierzchniowych, *Prz. Dermatol.* 2002, 2, 85–92.

Adres do korespondencji:

dr Anna Gałęba
www.annagaleba.pl
e-mail: dr.anna@annagaleba.pl

ZDROWIE A FUNKCJONOWANIE SKAZANEGO W ZAKŁADZIE KARNYM

THE CONVICT'S HEALTH AND FUNCTIONING IN PRISON

Paulina Perska¹, Piotr Stępnik²

¹ Zakład Penitencjarystyki, Wydział Studiów Edukacyjnych Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

² Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Funkcjonowanie zakładów karnych jako instytucji totalnych może powodować negatywne następstwa w odniesieniu do zdrowia skazanych. Izolacja, deprywacja potrzeb, standaryzacja wpływają na występowanie problemów zdrowotnych. Wstępne badania lekarskie pozwalają na prawidłową organizację kary pozbawienia wolności. Skazani wymagający ciągłej opieki medycznej odbywają karę w systemie terapeutycznym. Pojęcie zdrowia wśród skazanych należy rozpatrywać w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym (zgodnie z definicją zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia). Poszczególne fazy odbywania kary wpływają na występowanie zaburzeń.

Ważne problemy związane ze zdrowiem skazanych to przede wszystkim: zachowania autoagresywne, samobójcze oraz choroby zakaźne. Inny ważny problem stanowią zmiany w osobowości, jakie następują pod wpływem funkcjonowania w środowisku zamkniętym. Więzienie, jako instytucja totalna, powoduje deprywację podstawowych potrzeb. Negatywne konsekwencje wynikające z izolacji oraz stresu są neutralizowane poprzez oddziaływania penitencjarne, opiekę medyczną oraz programy realizowane przez służbę więzienną.

SŁOWA KLUCZOWE: zdrowie skazanego, instytucja totalna, zakład karny.

ABSTRACT

The functioning of prisons as total institutions may cause negative consequences for prisoners' health. Isolation, deprivation of needs and standardization affect the formation of health problems. Preliminary examinations allow for proper organization of imprisonment. Prisoners who require constant medical care, serve in the therapeutic system. The concept of prisoners' health need to be included in the physical, mental and social dimension (according to the definition of health by the World Health Organization). Phases of imprisonment affect disorders.

Important convicts' health problems include: self-injury, suicide, and infectious diseases. Another major problem refers to personality changes that occur under the influence of functioning in a closed environment. Prison, functioning as a total institution leads to deprivation of basic needs. The negative consequences of isolation and stress are neutralized through the interaction penitentiary, medical care and programs run by the prison service.

KEY WORDS: prisoners' health, total institution, prison.

Zakład karny jest postrzegany jako instytucja totalna. Zdaniem E. Goffmana podstawowe cechy konstytuujące instytucje totalne to: fizyczne odizolowanie od świata zewnętrznego, przymus, podział na personel i podwładnych, depersonalizacja oraz deprywacja podstawowych potrzeb [1]. Jednostka umieszczona w instytucji totalnej przestaje być indywidualną osobowością. Konieczność zmiany dotychczasowego stylu życia oraz podporządkowanie się regulaminowi powodują odczuwanie lęku, strachu i osamotnienia. Wzrasta poziom agresji i autoagresji. Często występują objawy depresyjne oraz myśli suicydalne.

Zmiany społeczno-polityczne powodują przekształcenie zakładu karnego w instytucję o warunkach zbliżonych do warunków środowiska otwartego. Analizując

funkcjonowanie zakładu karnego, coraz większą uwagę zwraca się na potrzeby skazanych. Jedną z podstawowych kwestii jest zapewnienie osobom odbywającym karę pozbawienia wolności odpowiedniej opieki medycznej. Zgodnie z zasadą indywidualizacji wszystkie środki powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb skazanego, jego osobowości i celu pozbawienia wolności [2]. Środki z zakresu opieki medycznej również należy dostosować do indywidualnej sytuacji skazanego.

Podstawowe problemy związane z odbywaniem kary pozbawienia wolności reguluje kodeks karny wykonawczy. Ustawa ta stanowi, że skazani podlegają klasyfikacji w celu wyboru odpowiedniego systemu odbywania kary, rodzaju i typu zakładu karnego. Według art. 82

jednym z podstawowych kryteriów podziału skazanych jest stan zdrowia fizycznego i psychicznego [3]. Po przyjęciu do zakładu karnego skazanego umieszcza się w celi przejściowej na okres do 14 dni. Jest to czas, w którym wykonuje się między innymi badania lekarskie oraz badania osobopoznawcze. Skazani, którzy przejawiają niepsychotyczne zaburzenia psychiczne, są upośledzeni umysłowo, uzależnieni od alkoholu lub środków psychotropowych oraz więźniowie niepełnosprawni fizycznie odbywają karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym [3]. Odbywanie kary na odpowiednim oddziale terapeutycznym spowodowane jest koniecznością zapewnienia skazanym ciągłej opieki medycznej i psychologicznej. Osobom pozbawionym wolności przysługuje prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze osobom pozbawionym wolności reguluje zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze działające na terenie zakładu karnego. W rozporządzeniu tym określone zostały także przypadki, w których świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez podmioty zewnętrzne, czyli jednostki niezwiązane z zakładami karnymi [4].

Skazani odbywający karę pozbawienia wolności (zwłaszcza osoby skazane na kary długoterminowe oraz recydywiści) wymagają szczególnej opieki medycznej ze względu na specyfikę pobytu w zakładzie karnym oraz sytuację psychospołeczną i materialną. Problemy zdrowotne części skazanych są przyczyną podejmowania zachowań szkodliwych przed umieszczeniem w zakładzie. Zdaniem M. Kiryluk zły stan zdrowia więźniów spowodowany jest poprzez niski status materialny, nieprawidłową dietę, nadużywanie alkoholu lub substancji psychotropowych oraz zaniedbanie leczenia [5]. Nie ulega wątpliwości, że również warunki pobytu w zakładzie karnym jako instytucji totalnej przyczyniają się do powstania licznych problemów związanych ze zdrowiem.

Każda aktywność jednostki odbywa się na terenie zakładu karnego. Wszystkie sfery życia zamknięte są w tej samej przestrzeni. Z tego punktu widzenia zdrowie skazanych można rozpatrywać w ujęciu definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Zgodnie z definicją zawartą w Konstytucji WHO „zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie wyłączenie brakiem choroby lub niedomagania (ułomności)” [6]. Analizując stan zdrowia wśród skazanych, należy go rozpatrywać zarówno w wymiarze fizycznym, jak również psychicznym i społecznym.

Opisując czynniki warunkujące stan zdrowia w wymiarze fizycznym, należy zwrócić uwagę na okres poby-

tu w izolacji. Czas spędzony w zakładzie karnym można podzielić na trzy fazy. Podział dokonany przez B. Wali-górę i Z. Madeję podkreśla konsekwencje zdrowotne dla skazanego na każdym etapie odbywania kary. Pierwsza z faz charakteryzuje się przygnębieniem, obniżeniem nastroju. Zaczynają dominować lęk i apatia. Pojawiają się zaburzenia gastryczne oraz utrata wagi. Następnie występują objawy typowe dla fazy drugiej. Jednostka przejawia nadwrażliwość oraz zmienność nastroju. Długotrwała izolacja może powodować lub wzmacniać zaburzenia emocjonalne. Osoby przebywające w zakładach karnych przejawiają chwiejność emocjonalną oraz patologiczny lęk [7]. Zaburzenia te są konsekwencją długotrwałego niepokoju i stresu. Związane są również ze zmianą środowiska oraz brakiem poczucia bezpieczeństwa. Zachowanie skazanego staje się impulsywne i agresywne. W okresie tym występują próby samobójcze i zachowania autoagresywne. Ostatnią fazę stanowi przystosowanie się do warunków więziennych. Okres ten charakteryzuje się zubożeniem. Skazanemu towarzyszy nuda, co powoduje ucieczkę w świat iluzji i złudzeń [7]. Więzienie jako instytucja totalna wzmacnia stan apatii i monotonii. Ponadto deprywacja sensoryczna osłabia procesy psychiczne.

Występowanie wyżej opisanych zaburzeń potwierdzają wyniki badań przeprowadzonych w 1997 roku. Wśród osadzonych dominowały schorzenia gastryczne, takie jak: choroby wrzodowe żołądka, nieżyty przewodu pokarmowego oraz zapalenia błon śluzowych żołądka. Często występowały też choroby układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa). Kolejną kategorią były zaburzenia psychiczne, przede wszystkim zaburzenia osobowości, nerwice, psychozy [5]. Zdaniem lekarzy czynnikiem, który wpływał negatywnie na stan zdrowia skazanych, był przede wszystkim stres związany z izolacją. Poza tym jako przyczyny złego stanu zdrowia wymieniano: niewłaściwe warunki lokalowe i sanitarne, bezczynność skazanych, samouszkodzenia oraz manipulowanie własnym zdrowiem w celu osiągnięcia określonych korzyści [5].

Stan zdrowia skazanych w wymiarze fizycznym warunkowany jest przez wiele czynników. Zdaniem M. Kiryluk na stan zdrowia więźniów wpływają dwa czynniki. Pierwszy z nich odnosi się do prowadzonego trybu życia przed umieszczeniem w zakładzie karnym. Drugi natomiast dotyczy środowiska więziennego, w tym przede wszystkim stresu wywołanego izolacją [5]. W społeczności skazanych podstawowe problemy zdrowotne związane są z zachowaniami autoagresywnymi, chorobami zakaźnymi oraz psychicznymi.

Pierwszy z omawianych problemów stanowią zachowania autoagresywne wśród skazanych. Zakład karny jest środowiskiem, które wymusza zmianę dotychczas-

sowego trybu życia oraz stwarza konieczność podporządkowania się regulaminowi. Przejawem nieprawidłowej adaptacji do warunków więziennych jest agresja skierowana na inne osoby bądź siebie samego. Autoagresja w więzieniu przejawia się samouszkodzeniami, zamachami samobójczymi, odmową leczenia, przyjmowania posiłków, poddania się badaniom [5]. Wśród skazanych samouszkodzenia wynikają z nieprawidłowych stanów psychicznych lub chęci osiągnięcia określonego celu. W związku z tym wyróżnia się samouszkodzenia emocjonalne i instrumentalne [8]. Przyczyną samouszkodzeń jest również funkcjonowanie podkultury więziennej. Autoagresja służy także jako narzędzie walki z systemem penitencjarnym lub jako przejaw protestu wobec służby więziennej. Według statystyk Centralnego Zarządu Służby Więziennej w 2012 roku skazani dokonali 96 samouszkodzeń (w tym 50 przypadków wśród recydywistów). Powodem aktów samoagresji była działalność administracji (34,0%) oraz działalność sądu i prokuratury (7,11%). Dwa przypadki samoagresji spowodowane były presją podkultury przestępczej, a jeden – uczestnictwem w podkulturze [9].

Pobyt w areszcie lub zakładzie karnym jest jednym z czynników ryzyka wpływającym na zachowania samobójcze. Czynniki ryzyka można podzielić na kliniczne, społeczne oraz osobiste. Pierwsza z grup odnosi się do pewnych cech klinicznych związanych z samobójstwami, takich jak: depresja, alkoholizm, schizofrenia, zaburzenia osobowości. Czynniki społeczne podkreślają znaczenie oddziaływania społecznego na jednostkę (izolacja społeczna, brak pracy). Do czynników osobistych R. O'Connor zalicza między innymi: zaburzoną percepcję, sztywność poznawczą, brak pozytywnych myśli o przyszłości, perfekcjonizm [10]. Większość wyżej wymienionych czynników suicydogennych występuje w środowisku więziennym. Oznacza to, że więźniowie stanowią grupę wysokiego ryzyka. Potwierdzają to raporty Światowej Organizacji Zdrowia, według których osoby przebywające w zakładzie karnym lub areszcie należą do grup wysokiego ryzyka. Zdaniem WHO przyczyny samobójstw nie są jednoznacznie określone, a mechanizmy powodujące wzajemny wpływ czynników nie są wystarczająco poznane [11]. Brak zaspokojenia podstawowych potrzeb, poczucie osamotnienia, frustracji często powodują, że jednostka postrzega obecną sytuację jako trudną i niemożliwą do zmiany. Samobójstwo staje się jedynym sposobem przezwyciężenia problemów. Szczególną grupę skazanych, która jest narażona na zachowania suicydalne, stanowią młodociani i recydywiści. Młodzi ludzie umieszczeni w zakładzie karnym nie mają w pełni wykształconych umiejętności koniecznych do rozwiązywania trudności wynikających z izolacji [12]. Kategorię wieku podkreśla-

ją również raporty WHO. Młodzi mężczyźni częściej dokonują samobójstw, w związku z czym stanowią grupę wysokiego ryzyka. Drugą grupę stanowią recydywiści. Według statystyk w 2012 roku odnotowano 150 przypadków usiłowania samobójstwa, w tym 49 wśród recydywistów [9].

Następny problem stanowią choroby zakaźne. Według statystyk prowadzonych przez Centralny Zarząd Służby Więziennej w 2012 roku dominującymi chorobami zakaźnymi były:

- gruźlica płuc czynna zakaźna (458 osób),
- gruźlica pozapłucna zakaźna (7 osób),
- HIV/AIDS (112 osób; dodatkowo 236 osób zostało objętych leczeniem antyretrowirusowym),
- świerzb (2121 osób),
- wszawica (1484 osoby) [9].

Badania przeprowadzone w 2007 roku wykazały, że wiedza skazanych na temat chorób zakaźnych nie jest wystarczająca. Ponadto zakażenia takie jak WZW typu B i C oraz HIV występują częściej wśród osadzonych niż w społeczeństwie [13].

Ujmując więzienie w kategorii instytucji totalnej, można stwierdzić, że stan dobrego samopoczucia społecznego i psychicznego jest zagrożony. Osoby umieszczone w zakładach karnych mają ograniczone możliwości pełnienia funkcji społecznych. Dominującą rolą staje się rola więźnia. Ograniczone zostają również kontakty interpersonalne. Pobyt w więzieniu oznacza funkcjonowanie w obecności innych, obcych ludzi. Aktywność jednostki jest ograniczona poprzez regulamin i zamknięty charakter instytucji. Ponadto więźniowie podlegają stygmatyzacji ze strony społeczeństwa.

Nawiązując do definicji zdrowia WHO, odbywanie kary pozbawienia wolności wpływa negatywnie na dobrostan psychiczny. Zerwanie więzi między jednostką a otoczeniem, izolacja, standaryzacja i depersonalizacja powodują trwałe zmiany w osobowości. Skutkiem tego jest występowanie wśród skazanych psychozy maniako-depresyjnej, paranoidalnej lub sytuacyjnej. Kolejnym następstwem są nerwice wśród skazanych. Najczęściej występujące w środowisku więziennym formy nerwic to: neurastenia (zwłaszcza hiposteniczna), depresyjna i histeryczna [7].

Poza tym warunki więzienne nie sprzyjają zaspokajaniu potrzeb. Odwołując się do hierarchii potrzeb Masłowa, pobyt w więzieniu uniemożliwia zaspokojenie podstawowych potrzeb bezpieczeństwa, takich jak brak napięcia i strachu. Podczas odbywania kary pozbawienia wolności wzrasta poziom odczuwanego lęku i niepokoju poprzez działanie podkultury więziennej, przymus, izolację. Umieszczenie jednostki w zakładzie karnym wiąże się z deprivacją potrzeb emocjonalnych. Utrudniona jest również realizacja potrzeb społecznych

związanych z przynależnością, co skutkuje odczuwaniem osamotnienia i wyobcowania. Możliwość zaspokojenia potrzeb społecznych stwarza uczestnictwo w podkulturze więziennej. Według M. Cioska funkcjonowanie podkultury więziennej zapewnia zaspokojenie potrzeby przynależności, odrębności i uznania [7]. Izolacja jednostki uniemożliwia zaspokojenie potrzeb wyższego rzędu. Potrzeby poczucia własnej wartości oraz samorealizacji nie mogą być zaspokojone w sytuacji, gdy jednostka działa pod przymusem. Ponadto funkcjonowanie w zamkniętym środowisku powoduje deprivację sensoryczną i poznawczą, wobec czego realizacja potrzeb poznawczych i estetycznych jest utrudniona. W związku z występowaniem wielu negatywnych czynników w środowisku więziennym należy zwracać uwagę na potrzeby skazanych. Podejmowane działania powinny być dostosowane indywidualnie do danej osoby.

Warto zaznaczyć, że więzienie nie zawsze jest instytucją wpływającą negatywnie na stan zdrowia. Zakład karny jest miejscem, w którym skazani mogą otrzymać niezbędną pomoc. Odpowiednia dieta, dostęp do opieki medycznej, realizacja programów promujących zdrowy styl życia pozwalają uniknąć problemów zdrowotnych, jakie występowały u skazanych przed umieszczeniem w zakładzie karnym.

Negatywne wpływy izolacji więziennej są neutralizowane poprzez oddziaływania medyczne i penitencjarne. Skazani mają prawo do otrzymania świadczeń zdrowotnych od podmiotów leczniczych działających na terenie zakładu lub pozawięziennych w określonych przypadkach. Ponadto utrzymaniu dobrego stanu zdrowia psychicznego i społecznego służą zajęcia realizowane na terenie jednostki lub poza nią. Kodeks karny wykonawczy stanowi, że oddziaływania stosowane wobec osób odbywających karę pozbawienia wolności, takie jak: praca, nauczanie, zajęcia kulturalno-oświatowe i sportowe, podtrzymywanie kontaktów z rodziną i środowiskiem zewnętrznym, mają przyczyniać się do realizacji celu wykonywania kary pozbawienia wolności (art. 67) [3]. Nie ulega wątpliwości, że oddziaływania te służą także utrzymaniu prawidłowego stanu zdrowia jednostki, zwłaszcza w wymiarze psychicznym i społecznym. Praca, nauczanie i zajęcia kulturalno-oświatowe przeciwdziałają nudzie i monotonii. Podejmowanie aktywności umożliwia rozwój i samorealizację. Co więcej, oddziaływania te pobudzają procesy psychiczne. Zajęcia sportowe sprzyjają utrzymaniu dobrego stanu zdrowia w wymiarze fizycznym. Ponadto ułatwiają redukcję stresu i napięcia emocjonalnego w akceptowany sposób. Ważne jest, aby wszystkie zajęcia były dostosowane do potrzeb poznawczych, emocjonalnych i możliwości intelektualnych skazanych [14]. Podtrzymywanie kontaktów

ze światem zewnętrznym poprzez system przepustek i widzeń neutralizuje negatywny wpływ izolacji oraz przyczynia się do utrzymania dobrego zdrowia w wymiarze społecznym. Stosowane oddziaływania nie tylko wpływają na realizację celu wykonywania kary pozbawienia wolności, ale wpływają także na zdrowie skazanych.

Poza oddziaływaniami medycznymi i penitencjarnymi w zakładach karnych realizowane są liczne programy służące poprawie zdrowia osadzonych. W latach 2004–2011 prowadzono między innymi następujące programy: Program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce, Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii, Krajowy Program Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV, Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych [15].

Podsumowując, wpływ na stan zdrowia skazanych mają czynniki instytucjonalne, związane z funkcjonowaniem zakładu karnego jako instytucji totalnej, oraz indywidualne, takie jak osobowość, postawy i zachowania więźnia. Oceniając stan zdrowia, należy wziąć pod uwagę nie tylko wymiar fizyczny zdrowia, ale także wymiar społeczny i psychiczny. Z punktu widzenia skutków długotrwałej izolacji i oderwania od naturalnego środowiska życia konieczne jest objęcie skazanych stałą opieką medyczną i psychologiczną. Aby zmniejszyć negatywne następstwa izolacji na stan zdrowia osób odbywających karę pozbawienia wolności, należy zbliżyć warunki więzienne do warunków środowiska otwartego. W celu zapewnienia w zakładach karnych odpowiedniej opieki należy badać potrzeby skazanych, a następnie dostosowywać oddziaływania zarówno penitencjarne, jak i medyczne.

Piśmiennictwo

1. Goffman E., Charakterystyka instytucji totalnych, w: Derczyński W., Jasińska-Kania A., Szacki J. (red.), Elementy teorii socjologicznych, PWN, Warszawa 1975, 151–156.
2. Stępiak P., Indywidualizacja wykonywania kary pozbawienia wolności w systemach penitencjarnych w Polsce i we Francji, Prz. Więziennictwa Pol. 2010, 9, 67, 68.
3. Kodeks karny wykonawczy, Ustawa z dnia 6.06.1997 r., Dz. U. z 1997 r., nr 90, poz. 557 z późn. zm.
4. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14.06.2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności, Dz. U. z 2012 r., poz. 738.
5. Kiryluk M., Opinie lekarzy więziennych o problemach zdrowotnych osób pozbawionych wolności, Biuletyn RPO, Materiały, 1988, 34.
6. Woynarowska B., Edukacja zdrowotna – podstawy teoretyczne i metodyczne, w: Woynarowska B. (red.), Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki, PWN, Warszawa 2008, 19.
7. Ciosek M., Psychologia sądowa i penitencjarna, PWN, Warszawa 2001, 222–225, 250, 251.
8. Chojnacka M., Samouszkodzenia, Centralny Ośrodek Szkolenia Służby Więziennej, Kalisz 2003, 14.

9. Roczna informacja statystyczna, www.sw.gov.pl/Data/Files/001c169lidz/rok-2012.pdf (data dostępu: 23.05.2013).
10. O'Connor R., Sheehy N., Zrozumieć samobójcę, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003, 46.
11. Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla funkcjonariuszy służby więziennej, Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Genewa 2003, 14.
12. Hołyst B., Suicydologia, Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis, Warszawa 2002, 628.
13. Ksel M., Strzelecka H., Rudalski W., Zdrowie w więzieniu – badanie postaw, zachowań i wiedzy personelu więziennego oraz ludzi pozbawionych wolności na temat chorób zakaźnych w wytypowanych polskich jednostkach penitencjarnych, Warszawa 2007, www.aids.gov.pl/files/badania/Zdrowie_w_wiezieniu_-III.pdf (data dostępu: 23.05.2013).
14. Kiryluk M., Wykonywanie kary pozbawienia wolności wobec skazanych wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych, Biuletyn RPO, Materiały, 1997, 32, 121.
15. Programy zdrowotne, www.sw.gov.pl/Data/Files/kunickim/sluzbazdrowia/programy-zdrowotne-20042011.pdf (data dostępu: 22.05.2013).

Adres do korespondencji:

mgr Paulina Perska
Zakład Penitencjarystyki
Wydział Studiów Edukacyjnych
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
e-mail: p.perska@gmail.com

■ THE REMARKS ON EUROPEAN LEGAL INSTITUTIONS OF HEALTH CARE

UWAGI O EUROPEJSKICH PRZYSĄDOWYCH INSTYTUCJACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

Piotr Stępnia

Chair of Management in Health Care
Poznan University of Medical Sciences

ABSTRACT

The article presents theoretical opinions on the problem of health protection of offenders who are brought to justice. It shows especially its institutional aspect. The author tries to show it from the viewpoints presented by social sciences, criminology and medical sciences, which become a starting point for the analysis and in a further perspective – for the research on some theoretical models. The author compares the institutions existing in Poland with those from Old Western Europe. He describes their different kinds and shows possible directions of such institutions development. To summarize all, the author formulates some more general remarks. The issue of health care for jurisdiction “clients” became significant in Western Europe after World War II. It remains an integral part of the social and penal policy of the EU member countries. Poland seems to be a bit behind, however in recent years a clear progress in the development of societal sector has been observed.

KEY WORDS: European Union, justice, medico-social institutions, convicts' health care.

STRESZCZENIE

Artykuł ma charakter poglądowo-teoretyczny. Podejmuje problematykę ochrony zdrowia osób, które stają przed wymiarem sprawiedliwości karnej. Jest to ważne zadanie państwa. Autor pokazuje zwłaszcza jej aspekt instytucjonalny. Porównuje instytucje istniejące w Polsce z instytucjami w tzw. Starej Europie. Opisuje różne ich rodzaje, próbuje je uporządkować. Podejmuje próbę analizy aksjologicznych podstaw ich funkcjonowania. Wskazuje ponadto możliwe kierunki rozwoju tych instytucji w Polsce. W zakończeniu podkreśla konieczność rozwoju prywatnego sektora tych instytucji, jak również zharmonizowania tego rozwoju z rozwojem sektora publicznego.

SŁOWA KLUCZOWE: Unia Europejska, wymiar sprawiedliwości, sądowe instytucje opieki zdrowotnej.

Health protection for people facing jurisdiction in consequence of different types of crime starts to be an issue of great importance, especially in connection with the “social” opening of the Polish penitentiary system after 1989. Although the problem is vital, the Polish penitentiary thought seems to pass it over, which can be noticed especially in penitentiary sciences, focusing mainly on the crisis in penitentiary reeducation [1]. From this point of view the problem is a bit “one-tracked”. There are many voices pointing at the essence, causes and consequences of the mentioned problem for working with people, who came into collision with the law – in the wide perspective for state’s penal policy, but solution proposals are still few. Usually they limit to an analysis of single action programs, description of therapeutic activities in a particular prison, etc. This perspective lacks the possibility to generalize mentioned descriptions of successful experiences to the status of scientific theory. This is the main reason why in the Polish penitentiary thought standstill prevails. It causes that instead

of extrapolating mentioned programs to a higher level than analytic sentences most of theorists tend to reach penitentiary classics like Michel Foucault [2] or Erving Hoffman [3].

The problem of crisis may be defined as the “problem of crisis in scientific thought” about reeducation, its aims, elements and methods. The solution, however, requires a new theory of influence adequate to nowadays challenges and standards.

The present paper is then a part of a trend to find the premises for the theory construction. The author will try to combine the point of view presented by social sciences, criminology and medical sciences, which will become a starting point for the analysis and in a further perspective – for the research on some theoretical models.

The issue is not as simple as it may seem – it begins on the level of a definition of the reeducation itself. It is a fact that to this day it remains impossible to work out one, universal concept of reeducation. In the face of

controversies classics always give the best solution – in their understanding reeducation is the process of change done in persons' personality, which aims to eliminate or reduce social disadaptation. For S. Jedlewski, and especially for C. Czapów [4], reeducation is a system of caring, educational and therapeutic actions (influences). It seems that a mentioned triad is broad in meaning, so it may refer to different age categories in people affected by these actions. Unfortunately, the confrontation with "real reeducation", especially penitentiary one, falls out not really well.

Therefore, despite the fact that the possibility of the moral revival in people, who are in collision with the law, is nowadays often remonstrated, which may be argued with the opinion that prison has not improve anybody yet – there appears a question concerning specification of current priorities.

Taking into consideration a classical reeducation thought and the author's former papers on social work [5], the author would like to propose here a system of factors influencing people, who are in collision with the penal law:

1. Therapy.
2. Social reinforcement.
3. Education.

It is easy to notice that this system is alike to one presented in author's former papers [6], but here appears a legible turn in priorities towards treatment and social support. It goes with trends present in so called "old EU members", especially in the United Kingdom and France [7].

More precise characteristics of mentioned actions should be preceded by a comment concerning social reinforcement. So – it can be defined as a supreme aim, which can be realized by protection of convicts' health. After B. Dubois and K.K. Miley the author will present it here as "the way in which people, institutions and communities obtain control over their lives" [8]. According to J. Rappaport, "the idea of reinforcement (authorization) suggests both – the person deciding about his/her live and his/her democratic participation in the life of community, often realized via institutions like schools, neighborhood, churches and other voluntary organizations. Reinforcement brings the psychological sense of control and influence on things that happen with and to a person, it also refers to the possibility of having a real influence on society, politics and law. Therefore, it is a multi-level construct, which applies to single citizens and institutions or local communities, it suggests studies on people in a certain context" [9].

Reinforcement is then both – the aim and the process. As an aim it signifies an ultimate state, e.g. when

a person under charge obtains power to complete integration with surrounding community. As a process it is expressed by facilitating, making possible and favoring or promoting the ability to competent, adaptive functioning. It is obvious that in this process actions aiming to maintain a good state of health play a leading role. The above mentioned conclusion lays on a belief that: "people, as long as they have proper support from milieu, are fighting, active organisms, able to organize their lives and develop their hidden potentials" [9].

From supporting convicts actions model perspective, a direction of efforts to obtain change is determined by a basic problem, which is the client's "departure" to dregs of society in consequence of committing a crime. In case of juveniles it brings a threat to their physical, mental and social development, so the threat of demoralization, which is often connected with family pathology and upbringing in the environment, socially downgraded, where health care is usually on a very low level. On the latter issue the process of causing change in a convict, judged in consequence of getting into collision with penal law, should be oriented.

An initial condition of success is the maintenance of a relatively good state of convict's health. The already described perspective process of "health repair" should be proceeded on three basic levels:

- single person work level,
- group work level,
- social institutions level, making no difference for convicts placed in prison, so – in isolation, and those, who are released (especially in the conditions of probation supervision).

The issue of levels needs a few words of comment. It seems that the fact of convict's isolation from society by imprisonment, is not an obstacle for health supporting actions for the convict and family. These actions are complex and may be proceeded simultaneously inside and outside the prison. The fact that the prison system nowadays, more open to the society, is not meaningless here – this is why the problem of convicts' health cannot remain hidden from the society, as it happened before. The prison openness, which is worth emphasizing, enables to include in prisoners supportive actions services and institutions of health care and social assistance, which operate in the open environment. Therefore, convicts during imprisonment may be interested in cooperation.

Mentioned institutions may also focus on convicts' families. So – casework in health protection is typical for cases commissioned by court. It is taken on a base of legal mandate, like judgment made by court (e.g. absolute imprisonment or conditional stay of the carrying out of a sentence connected with probation). It domi-

nated in the old EU member countries and in Poland in 1960s. It pressures direct work with individuals. Five basic orientations can be pointed here:

- traditional, i.e. medical,
- psychosocial,
- functional,
- problem-oriented,
- socio-behavioural.

Focusing on social reeducation of convicts (but – formulated individually) is common for all orientations in the work context.

In the middle of 1950s in Western Europe some attention focused on taking care of families of justice administration clients. At the beginning working with family was a part of casework. Still quite soon ward's (prisoner or person under probation in open environment) behaviour started to be perceived not as a personality product, but as an effect of family interactions. It all started familial approach, which is a basis for framework program of taking care of dynamic system individual (patient) – surrounding. The British system of helping prisoners based on supporting bonds with family during imprisonment (which is often a difficult situation for relatives, also affecting health [10]) can be an example here.

A general familial approach relies on acknowledging the influence of familial processes, roles and the way that state of health in family members affects health of an individual included in executive penal proceedings. At the beginning the focus was on individual pathology, but quickly family pathology was centered, especially health negligence – it all caused farming four approaches to work on health issues with families.

Thus, in 1950s a psychodynamic approach was used. It involved taking into consideration the influence of family members' personalities on their health and convict's health. In the early 1960s theorists initiated an approach involving denying the possibility to communicate about health in dysfunctional families. The following was a structure approach, which dominated in the 1970s. Its aim was to work with disorganized families and serve as a way to study environmental influences, family development stages, and organizational factors like interaction patterns and rules. It served health interventions in cases of family crises using the method of planned, short-term problem solving. In the 1970s an eclectic approach to ward's families' health occurred – it involved using techniques of evaluation and intervention strategies from different theoretical models, e.g. psychodynamic model, communication theory, structural model or crisis intervention model. Together they presume existence of

many factors, which should be taken into consideration by medical and social staff to understand family's functioning, intervention aims and potential possibilities and forms of pro-health actions.

Group-work methods were applied to professional social work in the 1930s, and group-work theories were created on 1940s. Group-work is defined as a planned effort made for change, based on a conviction that people experience through interactions and group processes, because a group is an organism in which mentioned processes occur on many levels. In other words, people responsible for convicts' health care should use a group structure and group processes to evoke change in single group members. Helping practice concerning convicts' health care should then use both – the medico-social context of the group itself, and means which are used by group members to sustain or change attitudes, interpersonal relations and develop abilities of effective coping and preserving a good state of health in their surroundings. It is necessary to notice that a group therapy may be preceded only in small groups.

The English author G. Konopka describes in this context group-work as a method of medico-social work. This should help a single person to improve functioning in a society through intentional experiencing within a group and lead to more effective coping with one's problems concerning the group or community, especially those related with health care [11].

As a method of acting in legal cases in an open environment group-work did not become popular as much as the familial approach mentioned above. One of the main reasons is a peculiar character of criminal circles. They create hermetic systems of values difficult to modify, they are usually closed structures, rarely submitting to interventions. Specific solidarity of their members and the following high level of inner integration cause the existence of informal groups, which are an alternative for those created by medico-social staff – directed by administration task groups. Despite all, it seems to be a promising method of medico-social work, whose meaning will grow with the process of opening prisons to the society. Prisons were the place where the group therapy proved to be effective (e.g. addiction therapy programs like duet for convicted alcoholics) [1]. The character of institutions favours creating by penitentiary service special purpose groups for prisoners.

A version of group-work is combining individual actions taken by every social worker with the work done in interdisciplinary teams. The level of complication in convicts' problems is often high, so social workers face the necessity of cooperating with different specialists (e.g. psychologists, psychiatrists and doctors of many other specialties).

The last level of convicts' health care refers to its institutional dimension. Some comment on organizing local communities' health care seems necessary here. Medico-social staff actions in community involve arrangements, but also assistance organizations development and conducting reforms in health service. It is acting on macro systems, focusing on community organization models and following conclusions for social policy and the process of its administration.

General philosophy of arranging local communities is based on the following assumptions:

1. Human communities often require help to satisfy their needs in terms of health care.
2. Human communities may develop a capacity of solving their problems, especially those concerning health.
3. People wish for change and are able to alter.
4. Democracy requires participation in health protection, taking actions concerning community problems and for people to acquire abilities, which enable this participation.
5. People should participate in making, adjusting or controlling crucial changes in health protection, in the community premises.
6. Changes in communities live, made or prepared by its members, have the meaning and permanence, impossible for imposed ones.
7. "Holistic" approach enables dealing with those problems, which are insoluble using a "fragmentary" approach. It is crucial for solving health problems.

The holistic model of convicts' health care seems to be the most effective for its protection, especially in the process of social reeducation. The standard of its realization depends on society's wealth, i.e. possessed funds, and public opinion support in addition. However, the European public opinion is not always well oriented in the topic. Furthermore, at the beginning of the 21st century it becomes a bit populist towards methods of treating criminals, with an attitude rather towards punishing than supporting [12]. This is why, the model probably will come to life¹. However, it may not speak against the comparison the institutions system in the "old EU member-countries" and in Poland engaged in convicts' health protection. This comparison will be the last part of the present paper. It was based on following documents:

1. Rapport from conference „L'insertion des jeunes en difficulte et le fonds social europeen. Approche comparee en Europe”, which took place in Vaucreeson near Paris at 15–17.10.2007 (organization: Centre

¹ Edgy penal populism was seen in Poland during the rules of Jarosław Kaczyński (2005–2007).

National de Formation et d'Etudes de la Protection Judiciaire de la Jeunesse).

2. Report from "Practice into Policy conference", which took place in London at 20–21.11.2007 (organization: Centre for Economic & Social Inclusion –London).

The author took part in both mentioned above.

Furthermore:

1. Studies: *Prise en charge Medico-psycho-sociale*, ed. Le Comede, Comite Medical pour les Exiles, Hopital de Bicetre, Le Kremlin, Paris 2005.
2. Administration Penitentiaire. *Rapport annuel d'activite 2006*, ed. Ministre de la Justice, Paris.
3. *Le guide de sortant de prison. Observatoire International des prisons*, ed. La Decouverte, Paris 2006.

The analysis presented below is a first stage of the comparative analysis of the mentioned system and Polish institutions, it includes the confrontation of information from cited documents and concerning both compared areas.

To characterize the present system of health care institutions for convicts in Western Europe it is necessary to notice that it formed under the influence of tradition developmental social services. The evolution of these services in the 20th century in the EU countries took place in the following five basic stages:

1. The stage of a gradual passage from charity and voluntary work to professional actions (1900–1920).
2. The stage of forming working methods based mainly on North-American experiences (1920–1940).
3. The stage of inner differentiation of social services, caused by variety of realized tasks (1940–1955).
4. The stage of "casework as a basic method of acting" re-discovery (1955–1960).
5. The stage of a "comprehensive approach" to working methods, based on acting in reliance on the group and local communities (after 1960).

The French author, C. de Robertis, notices that an equally important moment for the social services development like the passage from the voluntary to professional work, was combining the occupation of a social assistant and social nurse in one called a social worker. It happened before World War II (in France in 1938) [13]. After World War II, other specialists and professionals working and helping people in difficult situations, who impede integration with the society, were included to a group of social workers. They were employed in a variety of institutions, like social assistance houses and prisons. They were not a homogenous group anymore, because institutions created new places of actions, aims and tasks.

Currently, medico-social staff works with such a heterogeneous group of people needing help and support like: elderly, disabled, homeless, unemployed, mentally

distorted, socially unadapted people or criminals, etc. They face the problems like children abuse or neglect, lack of care or incapability of elderly people, lack of accommodation, poverty, addiction from drugs or chemical substances and crime. They prepare reports for courts concerning topics like: health care, treatment possibilities – original and consequent, health support for families, gerontology, possibilities of creating prevention systems, unemployment counter acting, etc. In following presentations the author will focus on this group of socio-medical staff, whose aim is convicts' health protection.

The second important developmental factor for the modern convicts' health care institutions system was a gradual cessation of private funds for medico-social services. In consequence currently the core of health care institutions for this group is located in a public sector. Still, the sector of societies and foundations is an important "supplement". It seems necessary to emphasize that although means for the institutions are transferred from public funds, both institutions and money are administrated by societies themselves or private persons.

To sum up, the current division of health care institutions for convicts contains following categories (Table 1).

From the above presented table it appears that:

1. When we compare institutions of health care for convicts in public and societal sectors in the "old EU member countries" and in Poland it turns out that in

the first case both sectors developed proportionally. In Poland there are no departmental services in the societal sector, which makes the public sector a monopolist in the scope of health services for convicts. In the same time the public sector in Poland is inefficient in providing health care for all demanding convicts, especially in situation of prisons overpopulation, so it needs a kind of institutional support. One of the possible ways contains table 1.

2. The situation looks much better after the analysis of both sectors concerning medical services and institutions supporting departmental medical services. Except medical services in schools the rest of services developed in both – old EU member countries and in Poland, however some differences to the detriment of Poland occur². In our country this sector is less extended, which may be caused by the fact that it has developed for quite a short time. Furthermore the old EU member countries are wealthier, so they have greater funds, which may be allocated in health care.
3. The situation referring to sanitary services and social assistance is quite alike. In Poland the societal sector, although represented on the level of all se-

² For recommendations for mentioned services check already cited in footnote no. 6: *Prise en charge Medicipsychosociale...* See also a guide for released convicts: *Le guide du sortant de prison...*, pp. 254–275, *Le suivi medical. Le suivi psychiatrique.*

Table 1. Institutions of health protection for jurisdiction clients in the old EU member countries and in Poland (2006)

Types of social services	Sectors characteristics			
	Public		Societal	
	Old EU members	Poland	Old EU members	Poland
Basic medical services and institutions Departmental				
1. Prisons medical services	+	+	+	-
2. Juridical medical services	+	+	+	
Supporting (universal health service – medical services for convicts)				
1. Health care, prevention, and treatment institutions	+	+	+	+
2. Specialist health institutions (specialist hospitals, clinics, mental hospitals, rehab institutions)	+	+	+	+
4. Schools medical services	+	+	+	-
Sanitary and social assistance institutions				
1. Regional services of the social hygiene	+	-	+	-
2. Social actions of Armed Forces	+	-	-	-
3. Municipal services and social assistance offices	+	+	+	+
4. Medical and social services for emigrants and and profit-emigrants	+	+	+	+
5. Charity institutions	-	-	+	+
6. Religious Congregations	-	+	-	-
13. Red Cross	+	+	-	-
14. Others	-	-	+	+

+ exists, - does not exist.

Source: author's own study after: *Prise en charge Medico-psycho-sociale*, ed. Le Comede, *Comite Medical pour les Exiles, Hopital de Bicetre, Le Kremlin, Paris 2005*, and: *Le guide de sortant de prison. Observatoire International des prisons*, ed. La Decouverte, Paris 2006.

rvices and institutions, except those created by religious congregations, is poor. The reasons resemble these presented in point 2.

It seems that the further evolution of health care institutions for convicts judged by common courts will be connected with both – consolidation of the public sector in the old EU member countries and the more definite state and social support for the societal sector in Poland. Practice and hitherto experiences of the old EU member countries prove that this sector has large developmental possibilities. It also enables flexibility in administrating health protection institutions and possessed funds, so it is a vital support for the health care institutions system traditionally located in the old EU countries and in Poland in the public sector.

The table analysis would be incomplete without an indication of the fact that European health care institutions working for jurisdiction may be divided according to the type of the environment they act in or according to the subordination to the Ministry of Justice concerning the latter organizations located formally inside and outside jurisdiction. The first group consists of:

- medico-social services in probation services,
- medico-social services in educational institutions and reformatories,
- medico-social services in prisons organized as autonomous services or as a part of probation services.

In Poland there are no medico-social services in juridical probation service³. In the second group following European institutions and medico-social services are located:

- childcare centers,
- centers of medical and social service for family,
- institutions and organizations of common health service,
- mental health clinics,
- medical and social services for schools.

All kinds of these services are present in Poland.

To sum up, institutions and services included in the first group may be named as proper medico-social services in Justice (services medico-sociaux aupres de la Justice), those from the second – supporting (subordinate to Ministries, e.g. Ministry of Public Health; services authorized by Justice – services habilités par la Justice).

In practice these services cooperate closely and their tasks often overlap. It is worth emphasizing that courts may order to both, however the scope of competencies is defined by the law and authorizations done by the Minister of Justice (habilitation). It is worth to notice

³ The bill from 27 July 2001 on probation officers, Dz. U. No. 98, pos. 107 with further changes do not stipulate its creating.

that in the first group public sector services prevail, in case of prisons it has monopoly on medical services for people during imprisonment.

In the majority of Western European countries institutions and organizations dealing with health care of convicts are a part of the public sector, while those from the societal sector are taking care of cases recognized by courts in a guardianship procedure.

To the complete comparison of present medico-social service systems in the old EU member countries and in Poland it should be added that in both exists a separate network of medico-social services for juveniles and adults subordinate to the Ministries of Justice. In Poland this network is less developed. In France it is an organizational part of a great system of legal youth protection, which have their own autonomic General Directory (Protection Judiciaire de la Jeunesse) in the Ministry of Justice [14].

To summarize all what has been said in the present paper concerning the comparison of institutions of health protection for people, who are brought to justice in the old EU member countries and in Poland some more general remarks should be formulated.

The issue of health care for jurisdiction “clients” became significant in Western Europe after World War II. It remains an integral part of social and penal policy of the EU member countries. In consequence the whole system of medico-social institutions located in public and societal sectors are harmonizing. Poland seems to be a bit behind, however in the recent years a clear progress has been observed. Its determinants are e.g. the constant extension of the public sector as well as creating and developing the societal sector. This direction should be held, because consequences for jurisdiction are consequences for the whole society.

References

1. Machel S.H., Sens i bezsens resocjalizacji penitencjarnej – casus polski, Impuls, Kraków 2006.
2. M. Foucault M., Surveiller et punir, Éditions Gallimard, Paris 2005.
3. Hoffman E., Sigma. Notes on the Management of Spoiled Identity, 1st edition, Pelican Books, Harmondsworth 1973.
4. Czapów C., Wychowanie resocjalizujące, Warszawa 1980, in: Czapów C., Jedlewski S., Pedagogika resocjalizacyjna, PWN, Warszawa 1971.
5. Stępnik P., Kryzys resocjalizacji penitencjarnej a praca socjalna, Prz. Więziennictwa Pol. 2004, 44–45.
6. Stępnik P., Praca i pracownicy socjalni w przeciwdziałaniu przestępczości, in: Ambrozik W., Stępnik P. (ed.), Służba więzienna wobec problemów resocjalizacji penitencjarnej, COSSW, Poznań–Warszawa–Kalisz 2004.
7. Prise en charge médico-psycho-sociale, Le Comede, Comité Médical pour les Exilés, Hôpital de Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre Cedex, Ministère de la Santé et des Solidarités, 2008.
8. Dubois B., Miley K., Praca socjalna, Interart, Warszawa 1996, 156.

9. Rappaport J., Terms of empowering/exemplars of prevention. Toward a theory of gerontological servical services, Columbia University Press, New York (without publishing date), 122.
10. Stępniać P., Angielski model pomocy dla więźniów i ich rodzin, Opieka – Wychowanie – Terapia 1991, 1–2.
11. Konopka G., Social group work: A helping process, Prentice Hall, Englewood Cliffs 1999, 89.
12. Salas D., La volonte de punir. Essai sur le populisme penal, Hachette Litteratures, Paris 2005.
13. Robertis de C., Metodyka działania w pracy socjalnej, Interart, Warszawa 1996, 119.
14. Stępniać P., Środowisko otwarte jako alternatywa dla więzienia. Z doświadczeń francuskich, PDW Ławica, Poznań 1997.

Correspondence address:

Piotr Stępniać
Chair of Management in Health Care
Poznan University of Medical Sciences
e-mail: knoz@ump.edu.pl

■ WYBRANE FORMY TURYSTYKI I ICH ZWIĄZKI ZE ZDROWIEM

FORMS OF TOURISM AND THEIR ASSOCIATIONS WITH HEALTH

Dobrochna Mruk-Tomczak

Wyższa Szkoła Edukacji Integracyjnej i Interkulturowej w Poznaniu

STRESZCZENIE

Postępujące zmiany społeczno-demograficzne oraz wzrost znaczenia dobrego zdrowia i kondycji psychofizycznej człowieka wpływają na wzrost zainteresowania aktywnymi formami spędzania czasu wolnego. Turystyka, obok wielu funkcji, spełnia także zadania o znaczeniu prozdrowotnym. W artykule omówiono związki wybranych form turystyki ze zdrowiem człowieka, podkreślając ich korzystne działanie dla całej rodziny. Zaakcentowano powiązanie poszczególnych form zagospodarowania czasu wolnego ze zdrowiem, aktywnością, rekreacją i odnową sił witalnych. Opisano możliwości i sposoby realizowania działań prozdrowotnych rodziny poprzez uczestnictwo w turystyce aktywnej, kwalifikowanej i zdrowotnej. Podkreślono znaczenie aktywności turystycznej w życiu osób z niepełnosprawnościami oraz jej wpływ na ich zdrowie psychofizyczne.

SŁOWA KLUCZOWE: turystyka, aktywność fizyczna, zdrowie psychofizyczne.

ABSTRACT

Progressive changes in the socio-demographic variations and an increase in the importance of good health and psychophysical health affect the increased interest in active forms of spending free time. Tourism, along with many features, also fills the tasks connected with health. The article discusses relationships between selected forms of tourism with human health, highlighting their beneficial effects for the whole family. It also presents individual forms of leisure with health, activity, recreation and renewal energies. The paper describes the possibilities and ways how to implement healthy activities on the basis of participation in active tourism, qualified tourism and health tourism. The importance of the tourist activity in the lives of people with disabilities and its impact on their health attitudes is shown in the paper.

KEY WORDS: tourism, physical activity, psycho-physical health.

Wstęp

Turystyka stanowi jedną z ważniejszych sfer aktywności gospodarczej i społecznej państwa. Aktywność turystyczna jest jednym z mierników poziomu życia mieszkańców i wskaźnikiem rozwoju cywilizacyjnego społeczeństwa. Turystyka wpływa na podnoszenie jakości życia lokalnych społeczności, podwyższa konkurencyjność poszczególnych regionów. Jednocześnie przyczynia się ona do odkrywania najcenniejszych zasobów kulturowych i środowiskowych, a jej wartości prozdrowotne pozostają nie do przecenienia.

Turystyka, jako jedna z najszybciej rozwijających się gałęzi gospodarki na świecie, stanowi istotną branżę, w którą silnie angażuje się coraz więcej państw. Dzieje się tak, ponieważ turystyka jest dziedziną, która:

- kreuje wartościowe propozycje zagospodarowania wolnego czasu, umożliwia zachowania prozdrowotne, prorodzinne i proekologiczne,
- spaja różne działalności, których rozwój opiera się na wykorzystywaniu efektów synergii pomiędzy rozwojem funkcji gospodarczych, kulturalnych, zdrowotnych, rozrywkowych, przekształcaniach infrastruktury, przestrzeni, środowiska,

- buduje świadomość społeczności lokalnych i regionalnych, pełni funkcje edukacyjne, podwyższa dumę z miejsca zamieszkania, wzmacnia odpowiedzialność za swoje otoczenie, kreuje dbałość o ład przestrzenny, estetykę i środowisko przyrodnicze,
- silnie oddziałuje kulturotwórczo, kształtuje wrażliwość i poczucie piękna, dostarcza przeżyć duchowych,
- generuje wzrost gospodarczy, przywracając równowagę makroekonomiczną i pozytywnie oddziałuje na bilans płatniczy kraju,
- angażuje, ze względu na swój interdyscyplinarny charakter, kilkadziesiąt sektorów i dziedzin gospodarki, stając się jednocześnie siłą sprawczą rozwoju regionalnego i lokalnego,
- aktywizuje różne środowiska, wywołując przedsiębiorczość i aktywność społeczną,
- tworzy nowe miejsca pracy,
- wzmacnia pozycję ośrodków metropolitalnych, a równocześnie nadaje nową dynamikę rozwojowi ośrodkom mniejszym,
- stanowi ważny składnik rozwoju zrównoważonego, wpływając na ochronę dziedzictwa przyrodniczego

i kulturowego oraz pielęgnowanie tradycji lokalnych i regionalnych,

- stanowi jeden z fundamentów kreowania odpowiedniego wizerunku kraju i regionów, jako miejsc o wysokiej atrakcyjności życia oraz aktywności inwestycyjnej,
- wspiera zrównoważony rozwój poprzez wdrażanie nowych technik, technologii i procesów [1].

Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie tych form turystyki, które w sposób szczególny odnoszą się do zdrowia człowieka, czyli spełniają, przede wszystkim, funkcje prozdrowotne. Należą do nich: turystyka aktywna, turystyka kwalifikowana oraz turystyka zdrowotna. Nie ma zgodności wśród autorów w odniesieniu do definiowania turystyki aktywnej i kwalifikowanej. Część utożsamia obie te formy, z kolei inni wskazują na różnice między nimi. Podobne dyskusje toczą się wokół pojęć związanych z turystyką zdrowotną. Nie wdając się w polemikę wokół definiowania wskazanych terminów i ich zakresów pojęciowych, w artykule przyjęto, że turystyka aktywna i kwalifikowana to odrębne formy turystyki. W obszarze turystyki zdrowotnej wyróżniono turystykę medyczną i uzdrowiskową. W artykule zasygnalizowano ponadto kwestie związane z uprawianiem turystyki przez osoby niepełnosprawne.

Zmiany społeczno-demograficzne a zdrowie

Obserwowane przemiany demograficzne, przedłużenie okresu aktywności zawodowej oraz wszechobecna moda na zdrowy styl życia to czynniki, które w znacznym stopniu motywują ludzi do podejmowania działań prozdrowotnych.

Wydłużanie się średniej długości życia powoduje wzrost liczby osób w wieku emerytalnym. Według prognoz liczba najstarszych obywateli w 2050 roku niemal się podwoi. Blisko co trzeci Polak będzie miał 65 lat lub więcej. Grupa ta kreuje popyt na usługi medyczne i paramedyczne oraz takie, które związane są z organizacją i zagospodarowaniem czasu wolnego.

Wyrównanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn oraz przesunięcie wieku przechodzenia na emeryturę oznacza konieczność pozostania dłużej aktywnym zawodowo. W roku 2012 statystyczny środek życia spadał na 36 rok. Według prognoz za 20 lat będzie to 47 rok życia [2]. Zmiany te nie pozostaną bez wpływu na styl życia. Ludzie będą zmuszeni do podejmowania działań prozdrowotnych, dbać o wygląd i kondycję, aby jak najdłużej cieszyć się dobrym zdrowiem i móc z satysfakcją realizować się w pracy zawodowej. Znajdzie to także swoje odzwierciedlenie w coraz bardziej rozpowszechnionym zaangażowaniu się w turystykę, a w szczególności w te jej formy, które spełniają funkcje prozdrowotne.

Moda na zdrowy styl i aktywność fizyczną zwiększa także zainteresowanie usługami okołozdrowotnymi ludzi młodych oraz tych o dobrym stanie zdrowia. Trudno określić, jaki wpływ na wybór określonej formy turystyki ma świadomość zdrowotna człowieka, jednakże osoby te stanowią coraz liczniejszą grupę angażującą się w prozdrowotne formy aktywności turystycznej.

Turystyka aktywna

Zdaniem ekspertów wśród wielu czynników wpływających na stan zdrowia człowieka 50% przypisuje się odpowiedniemu trybowi życia. Z kolei jego istotnym elementem pozostaje aktywność fizyczna [3]. Wpływa na poprawę zdrowia i jest elementem profilaktyki. Ma dobroczynne działanie na mózg, gdyż poprawia jego wydolność, sprzyja powstawaniu nowych komórek i podnosi zdolności poznawcze w każdym wieku [4]. Zatem uczestnictwo w wybranych formach turystyki doskonale wpisuje się w zachowania prozdrowotne człowieka.

Aktywny styl życia coraz częściej przestaje być tylko tymczasową modą. Staje się sposobem na życie, alternatywnym rozwiązaniem dla innych działań czy zachowań człowieka. Przejawia się to także we wzroście zainteresowania turystyką aktywną i możliwościami, jakie ona oferuje.

Coraz częściej można zaobserwować wśród turystów pragnienie zmiany od dotychczasowej formy spędzania wolnego czasu. Turystyka bierna (zwana też SSS – skrót od angielskich słów *sun, sea, sand* – „słońce, morze, piasek”) ustępuje miejsca turystyce aktywnej (zwanej EEE – skrót od angielskich słów *entertainment, excitement, education* – „rozrywka, ekscytacja, edukacja”). Przez turystykę aktywną rozumie się podejmowanie różnorodnej aktywności fizycznej podczas wyjazdu turystycznego. Ta aktywność ruchowa staje się coraz częściej najważniejszym celem wyjazdu turystycznego, a nie tylko jednym z jego elementów. Oddziałuje nie tylko na kondycję fizyczną, ale również na psychikę człowieka. Wpływa na poprawę samopoczucia, odpręża, relaksuje. Regularny udział w turystyce aktywnej może przynieść efekty w postaci spowolnienia starzenia się organizmu i poprawiać jakość życia osób w starszym wieku [5]. Z kolei dla młodych ludzi turystyka aktywna, w ujęciu zdrowotnym, to budowanie i utrzymywanie kondycji fizycznej, przeciwdziałanie otyłości, prawidłowy rozwój psychofizyczny.

W szerszym aspekcie turystyka, szczególnie w aktywnej formie, jest nośnikiem wartości społecznych. Nie tylko wychowuje, ale także doskonali osobowość i wpływa na kształtowanie postaw pożądanych społecznie. Co ważne, w kontekście zachowań prozdrowotnych turystyka aktywna stanowić może element wychowania zdrowotnego. Pokazuje, jak dbać o siebie i chronić

własne zdrowie. Wskazuje ponadto na sposoby jego poprawy i doskonalenia [6]. Dlatego warto pobudzać do aktywności ruchowej dzieci już od najmłodszych lat, aby wykształcić w nich nawyki prozdrowotne, które będą procentować przez całe życie; pokazać, że ruch jest doskonałym sposobem na spędzanie wolnego czasu, łączącym przyjemność z bycia razem ze wspólnym dbaniem o zdrowie przez wszystkich członków rodziny.

Turystyka aktywna jest dostępna dla wszystkich. To doskonały sposób na zagospodarowanie czasu wolnego dla całej rodziny. Każdy może wybrać odpowiednią dla siebie formę aktywności ruchowej podczas wyjazdu turystycznego. Począwszy od wycieczek pieszych, rowerowych, poprzez rekreację wodną czy jeździecką, aż po różne odmiany narciarstwa. Wiele z wymienionych form nie wymaga inwestowania w specjalistyczny sprzęt czy kosztowne szkolenia przygotowawcze. Coraz lepiej przygotowana jest także infrastruktura pod uprawianie turystyki aktywnej. Dostępnych jest coraz więcej tras spacerowych i rowerowych, wypożyczalni rowerów czy parków ze ścieżkami zdrowia. Wybór określonej aktywności ruchowej z szerokiego wachlarza możliwości uzależnić jedynie należy od aktualnej kondycji fizycznej i zdrowotnej, preferencji i zainteresowań własnych oraz rodziny, a także od możliwości finansowych.

Turystyka kwalifikowana

Turystykę kwalifikowaną można określać jako turystykę dla osób bardziej zaawansowanych. Za istotę tej formy turystyki przyjmuje się zbliżenie turysty do natury z jednoczesną regeneracją sił psychofizycznych i poprawą sprawności fizycznej [7]. Wymagane jest posiadanie pewnych umiejętności, sprawności psychofizycznej i przygotowania kondycyjnego. Uprawianie turystyki kwalifikowanej związane jest także z posiadaniem odpowiedniego sprzętu i wiedzy, jak się nim posługiwać. Pomimo wymagań co do kondycji fizycznej i psychicznej oraz wyposażenia technicznego turystyka kwalifikowana pozostaje formą aktywności, która jest także dostępna dla wszystkich. Podejmują ją zarówno dzieci, jak i dorośli, stąd można potraktować ją jako doskonały pomysł na wspólne spędzanie wakacji dla całej rodziny. To wspólna przyjemność, przynosząca wiele satysfakcji. Poprzez aktywne spędzanie czasu można budować relacje z rodziną i przyjaciółmi oraz wspólne nawyki dbania o zdrowie.

Warto podkreślić, że wokół turystyki kwalifikowanej zbudowano system odznak, które stanowią udokumentowanie zdobytych umiejętności i wiedzy. Odznaki zdobywać mogą zarówno dzieci, młodzież, jak i dorośli. Za udział w poszczególnych wycieczkach każdorazowo przyznawane są punkty, których łączna liczba pozwala zdobyć określony stopień odznaki. Pod skrzydłami

Polskiego Towarzystwa Turystyczno-Krajoznawczego można zdobywać kolejne stopnie w zakresie turystyki pieszej, górskiej, kajakowej, żeglarskiej, jeździeckiej, narciarskiej, motorowej, na orientację, podwodnej. Udział w tej formie turystyki stanowi doskonałą okazję do podnoszenia sprawności fizycznej, a w efekcie prowadzi do zdobycia wielu umiejętności i kwalifikacji. Wprowadzony system odznak może okazać się doskonałym sposobem na zaszczepienie w dzieciach nawyków aktywnego spędzania czasu wolnego. Motywacja do uczestniczenia w kolejnych wyjazdach, prowadzących do zdobywania wyższych stopni, przekłada się na doskonalenie kondycji fizycznej, a tym samym na poprawę zdrowia.

Pamiętać jednak należy, że turystyka kwalifikowana, a w szczególności jej specjalistyczne, zaawansowane formy mogą stanowić pewnego rodzaju zagrożenie dla zdrowia. Dlatego tak ważne pozostają odpowiednie przygotowanie fizyczne, dobry i sprawdzony sprzęt, a także świadomość niebezpieczeństw, jakie mogą towarzyszyć wybranej formie aktywności fizycznej. Umiejętne dobranie odpowiedniej formy, adekwatnej do własnych możliwości, może w znacznym stopniu zmniejszyć ryzyko wypadków, mogących spowodować powstanie bardziej lub mniej poważnych uszczerbków na zdrowiu.

Turystyka zdrowotna

Trend związany ze zdrowiem i dobrym samopoczuciem stał się trendem ogólnoswiatowym i idealnie wpisał się w branżę turystyczną, propagując łączenie leczenia z wypoczynkiem. Z roku na rok coraz większa liczba turystów wybiera wyjazdy, które z jednej strony zapewniają wypoczynek, a z drugiej wpływają na poprawę zdrowia czy urody. Postrzeganie turystyki w aspekcie zdrowia rodziny to zwrócenie szczególnej uwagi na jej rolę i znaczenie w ograniczaniu negatywnych wpływów współczesnego życia. Wiele aspektów życia codziennego, stres, ciągłe napięcie działają niekorzystnie na stan zdrowia człowieka. Dotyczy to nie tylko dorosłych. Coraz częściej problemy zdrowotne dotyczą dzieci. Turystyka zdrowotna może zatem stać się dla całej rodziny lekarstwem na dolegliwości powodowane uciążliwościami współczesnego życia.

Taka forma turystyki może prowadzić do zaszczepiania w dzieciach właściwych nawyków prozdrowotnych. Do pokazania im, że ruch to nie tylko zdrowie, ale również wspólna, dobra zabawa integrująca rodzinę. Ważne jest, aby już od najwcześniejszych lat uczyć młode pokolenie, że zdrowie jest wartością najważniejszą. Pokazywać, że odpowiedni styl życia i aktywność ruchowa pozostają nie do przecenienia w walce z naturalnymi procesami związanymi ze starzeniem się organizmu.

Wychodząc naprzeciw trendowi związanemu z turystyką zdrowotną, pojawiły się portale internetowe prezentujące szereg szczegółowych informacji o uzdrowiskach, kurortach, ośrodkach odnowy biologicznej, ośrodkach SPA i wellness, sanatoriach, a także informacje dotyczące szeroko rozumianej turystyki zdrowotnej i łączenia wypoczynku z leczeniem (np. www.medicaltourism.pl, www.med-tour.eu).

Innym przykładem wykorzystywania panującego trendu był projekt zrealizowany w Łodzi. W roku 2006 przeszkolono tam przewodników, których zadaniem jest zajmowanie się turystami odwiedzającymi Polskę w celu skorzystania z usług medycznych. Zadaniem przewodnika jest pomaganie pacjentowi – turyście, najczęściej z krajów Europy Zachodniej, w wyborze odpowiedniego pakietu usług medycznych, ułatwianie porozumiewania się z lekarzami, a także zagospodarowanie czasu wolnego.

Przykład Niemiec pokazuje, jakie znaczenie dla rozwoju całej branży turystycznej ma turystyka zdrowotna. W ostatnich latach turystyka zdrowotna wśród zachodnich sąsiadów Polski postrzegana jest jako motor przemysłu turystycznego. Mimo światowego kryzysu ekonomicznego i, co się z tym wiąże – ograniczania wydatków na zaspokajanie potrzeb wyższego rzędu (do których należy turystyka), rynek ten notuje rokroczny, stały wzrost [8].

Turystyka zdrowotna to pojęcie wielowymiarowe, a jej formy związane są z celami, którymi kieruje się turysta. Wspólnym ich mianownikiem pozostaje pragnienie poprawy zdrowia, choć formy te łączą się także z rehabilitacją, regeneracją i wypoczynkiem. W ramach turystyki zdrowotnej wyróżnia się najczęściej: turystykę medyczną, uzdrowiskową oraz SPA i wellness.

Turystyka medyczna

Dbłość o zdrowy styl życia oraz chęć pozostania jak najdłużej w dobrym zdrowiu spowodowały wzrost zainteresowania usługami medycznymi. Dotyczy to nie tylko osób starszych, z dolegliwościami, ale również ludzi o stosunkowo dobrym stanie zdrowia, a także osób młodych. Odpowiedzią na to zapotrzebowanie okazuje się coraz częściej turystyka medyczna. Tę formę turystyki zdrowotnej definiuje się jako wszelkie dobrowolne wyjazdy osób poza granice kraju w celu skorzystania z fachowej opieki medycznej [7]. Nadrzędnym powodem podjęcia decyzji o wyjeździe w celach medycznych jest atrakcyjna cena na poszczególne zabiegi proponowana w placówkach medycznych za granicą. Nie bez znaczenia pozostaje także wyposażenie sprzętowo-technologiczne oraz standardy opieki nad pacjentem.

Turystyka medyczna na świecie rozwija się w bardzo szybkim tempie. W Europie liderem na omawianym

rynku pozostaje Turcja. Według szacunków Polskiego Stowarzyszenia Turystyki Medycznej rynek usług medycznych dla obcokrajowców rośnie rocznie o ok. 12–15%. Polska ma duży potencjał (atrakcyjne ceny, krótkie terminy oczekiwania na zabiegi i wysoki poziom usług) i w niedalekiej przyszłości będzie mogła z powodzeniem konkurować z europejskim liderem [9]. Wśród zabiegów medycznych cieszących się największym zainteresowaniem turystów znajdują się zabiegi z zakresu stomatologii i chirurgii plastycznej.

Turystyka uzdrowiskowa

Ważną formą turystyki zdrowotnej, która w Polsce rozwija się dość intensywnie, jest turystyka uzdrowiskowa. Pod względem liczby uzdrowisk Polska zajmuje miejsce w pierwszej dziesiątce wśród krajów europejskich. W konsekwencji Polska stała się miejscem docelowym dla przyjazdowej turystyki zdrowotnej z bogatych krajów Unii Europejskiej, a szczególnym zainteresowaniem wśród turystów cieszą się właśnie miejscowości uzdrowiskowe.

Główne cele podejmowania turystyki uzdrowiskowej to przede wszystkim leczenie różnorodnych schorzeń, chorób przewlekłych, rehabilitacja i poprawa ogólnej kondycji psychofizycznej. Uzdrowiska stanowią obszary, w obrębie których znajdują się naturalne surowce lecznicze i sprzyjający zdrowiu klimat. Surowce te wykorzystywane są przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego podczas świadczenia usług i opieki zdrowotnej nad kuracjuszami. Do uzdrowisk przyjeżdżają zarówno kuracjusze posiadający skierowanie od lekarza, jak i osoby bez takich skierowań, korzystające prywatnie z pobytów. To, co najważniejsze, to dostęp do infrastruktury wykorzystującej naturalne surowce lecznicze w celach zdrowotnych. Bogata oferta polskich uzdrowisk dostępna jest dla każdego. Korzystać można z niej zarówno dla poratowania zdrowia, jak również prewencyjnie, starając się zapobiegać przyszłemu problemom okołozdrowotnym.

Oferta miejscowości uzdrowiskowych to jednak nie tylko infrastruktura powiązana z naturalnymi surowcami leczniczymi. Zarówno korzystne warunki klimatyczne, jak i lokalizacja uzdrowisk stanowią doskonałą bazę do podejmowania innych aktywności prozdrowotnych. Ścieżki spacerowe, szlaki rowerowe, bogate zaplecze rekreacyjne to dodatkowe, równie ważne walory miejscowości uzdrowiskowych. Podczas pobytu można z powodzeniem podejmować aktywność ruchową w ramach turystyki aktywnej i kwalifikowanej. Z powodu tak szerokiego wachlarza dostępnych usług i bogatej infrastruktury towarzyszącej, pozwalającej na łączenie różnych form turystyki, miejscowości uzdrowiskowe stanowią doskonały cel wakacyjnego wyjazdu dla całej rodziny.

Turystyka SPA i wellness

Część autorów wskazuje na powiązanie idei SPA i wellness z turystyką uzdrowiskową, dla innych stanowi ona odrębną formę turystyki – turystykę SPA i wellness. Pozostawiając ekspertom dyskusję co do zakresów definiowania oraz tłumaczenia przyjętych terminów, podkreślić należy jej ścisłe związki z aktywnością prozdrowotną człowieka. Termin SPA (z łacińskiego – „zdrowie poprzez wodę”) określa terapie prowadzone z użyciem wody. Obecnie oferta ośrodków SPA jest zdecydowanie bogatsza, uwzględniająca wiele zabiegów pielęgnacyjnych, nie tylko dokonywanych z użyciem wody. Nie trzeba oczywiście wyjechać do ośrodka SPA, aby poddać się terapii z użyciem wody. Każdy wyjazd nad morze, spacery brzegiem plaży, świeże powietrze nasycone bryzą morską to duża dawka zdrowia dla całej rodziny.

Według koncepcji wellness na człowieka należy spoglądać holistycznie, traktując go jako całość. Ważne jest nie tylko zdrowie fizyczne, ale również zdrowie psychiczne, stan umysłu i styl życia, jaki prowadzi. Uwzględnienie wszystkich tych elementów daje pełny obraz kondycji zdrowotnej człowieka. Stąd bogatą i bardzo różnorodną ofertę ośrodków SPA i wellness przygotowuje się nie tylko z myślą o odnowie ciała, ale również stanu emocjonalnego i duchowego. Dlatego obok tradycyjnych zabiegów kosmetycznych proponuje się gościom terapie orientalne i rozwiązania z kręgu medycyny alternatywnej i paramedycyny [7].

Wierząc w skuteczność kompleksowego podejścia do zdrowia człowieka, ośrodki typu SPA i wellness oferują, obok zabiegów i terapii, możliwość podejmowania dodatkowej aktywności ruchowej, związanej z uprawianiem turystyki aktywnej. Różnorodna oferta terapii i zabiegów, nowoczesne zaplecze rekreacyjne wewnątrz obiektów oraz oferta na zagospodarowanie czasu wolnego na świeżym powietrzu (m.in. wycieczki rowerowe, sporty wodne, wędrówki piesze) stają się coraz bardziej atrakcyjne. Dla osób świadomych konieczności dbania o swoje zdrowie i kondycję psychofizyczną ośrodki SPA stają się coraz częściej celem wyjazdu turystycznego, w którym może uczestniczyć cała rodzina.

Turystyka osób niepełnosprawnych

Upowszechnienie aktywności turystycznej i jej form mających cele zdrowotne dotyczy nie tylko osób zdrowych. Zaobserwować można rosnące zainteresowanie rozwojem turystyki skierowanej do osób niepełnosprawnych. Z jednej strony jest to skutek regulacji prawnych, z drugiej jednak strony osoby niepełnosprawne zaczynają być postrzegane jako rosnący rynek konsumentów, którym należy stworzyć odpowiednie warunki do uprawiania turystyki. Stworzenie warunków ułatwiających

podróżowanie i korzystanie z infrastruktury turystycznej osobom niepełnosprawnym jest istotne z punktu widzenia ekonomicznego i społecznego. W Europie mieszka ok. 45 mln osób niepełnosprawnych, z czego większość (ok. 70%) jest zdolna do podejmowania podróży, zarówno w sensie fizycznym, jak i finansowym. Społeczeństwa starzeją się i obecnie w Europie ok. 17% osób ma 65 lat i więcej (co stanowi ok. 75 mln osób). Przewiduje się także, że do końca roku 2013 będzie ich 28%, czyli 140 mln [10]. W Polsce osoby niepełnosprawne to ok. 5,5 mln osób, co stanowi 14,5% społeczeństwa. Doliczając do tego osoby w wieku 65 lat i więcej, pojawia się liczba ok. 11 mln potencjalnych turystów, którym warto umożliwić podejmowanie aktywności turystycznej [11]. Sytuacja zawodowa osób niepełnosprawnych w okresie ostatnich kilku lat poprawia się. Od 2007 roku odnotowuje się wzrost współczynnika aktywności zawodowej i wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych [12]. Lepsza sytuacja zawodowa znajduje swoje odzwierciedlenie w poprawie sytuacji materialnej, co może stać się bodźcem do zaangażowania się w uprawianie turystyki. W przypadku osób z niepełnosprawnościami wybrane formy turystyki zdrowotnej nabierają szczególnego znaczenia. O ile turystyka uzdrowiskowa generalnie pozostaje w zasięgu turystów niepełnosprawnych (pomijając obszerne zagadnienia związane z procedurami przyznania miejsca w ośrodku, kwestiami dofinansowania, transportu i inne), to uprawianie turystyki aktywnej, a nawet kwalifikowanej jest zdecydowanie bardziej utrudnione. Uzależnione jest to przede wszystkim od stopnia niepełnosprawności, możliwości oraz chęci i wiary, że osoba niepełnosprawna także może czynnie angażować się w turystykę ruchową. Sytuacja jednak powoli się zmienia. Media coraz częściej pokazują relacje z różnorodnych wypraw, zawodów czy rajdów zorganizowanych z myślą o osobach niepełnosprawnych. Okazuje się, że niepełnosprawni podejmują szereg aktywności ruchowych. Grają w tenisa, pływają, wspinają się, biegają. Organizowanych jest coraz więcej imprez rekreacyjno--sportowych z myślą o osobach niepełnosprawnych, co także stanowi bodziec do zaangażowania się w takie formy spędzania czasu. Tym bardziej że ludzie wyrażają większe zainteresowanie udziałem w różnorodnych wydarzeniach, jeżeli są one zorganizowane.

Podejmowanie aktywności ruchowej może stanowić nie tylko atrakcyjną formę spędzania wolnego czasu, okazję do nawiązywania relacji społecznych, ale również rodzaj rehabilitacji i działań prozdrowotnych. Kontakty z innymi, nawiązywanie przyjaźni, wymiana doświadczeń są istotne również w aspekcie zdrowia psychicznego. Im częściej w mediach będą pojawiać się osoby takie jak Jaś Mela czy Natalia Partyka, tym wię-

cej osób zobaczy, że nawet z niepełnosprawnościami można osiągać wiele – zdobywać szczyty, pokonywać maratony, czy zostać medalistą olimpijskim. Ważne, aby uwierzyć, że ruch i aktywność fizyczna dostępne są dla wszystkich. Zaangażowanie się niepełnosprawnych w aktywne formy turystyki jest możliwe. Obok wartości społecznych, jakie przynosi niepełnosprawnym uczestnictwo w turystyce, ważne pozostają walory zdrowotne i możliwość podniesienia kondycji psychofizycznej.

Zakończenie

W Polsce we wczesnych latach dziewięćdziesiątych XX w. zapoczątkowano działania w kierunku systematycznego rozwoju i podążania w stronę gospodarek państw rozwiniętych, opartych na działalności usługowej. Zdaniem ekspertów pomimo szybkiego rozwoju polska gospodarka pozostaje nadal mało konkurencyjna w stosunku do państw Europy Zachodniej. Podobnie jest postrzegana branża turystyczna. Zdaniem specjalistów branżowych turystyka zajmuje nadal słabą pozycję w gospodarce Polski. Aby podnieść konkurencyjność, należy rozwijać nowoczesne dziedziny gospodarki, które będą siłą napędową wzrostu gospodarczego. Wśród nich wymienia się [13]:

- profesjonalne usługi biznesowe,
- usługi związane z wykorzystaniem wolnego czasu (turystyka, gastronomia),
- usługi związane z ochroną zdrowia,
- usługi związane z ochroną środowiska.

Powyższe prognozy wskazują na duży potencjał i znaczenie usług turystycznych, których zadaniem będzie podniesienie konkurencyjności Polski na arenie międzynarodowej. Nie tylko w rozumieniu usług związa-

nych z zagospodarowaniem czasu wolnego, ale także usług związanych z ochroną i dbaniem o zdrowie i związanymi z tym dynamicznie rozwijającymi się formami turystyki mającej cele zdrowotne.

Piśmiennictwo

1. Kierunki rozwoju turystyki do 2015 roku, Ministerstwo Sportu i Turystyki, Warszawa 2008, 9, 3–4.
2. Bunda M, Demoniczna demografia, *Polityka* 2012, 9 (2848), 20–22.
3. Wyrzykowski J, Marak J (red.), *Turystyka w ujęciu interdyscyplinarnym*, Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu, Wrocław 2010, 69.
4. Amen DG. Zmień swój mózg, zmień swoje ciało. *Laurum*, Warszawa 2010, 132–133.
5. Winiarski R, Zdebski J. *Psychologia turystyki*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008, 110.
6. Gaworecki WW. *Turystyka*. PWE, Warszawa 2010, 28–29.
7. Kurek W (red.). *Turystyka*. PWN, Warszawa 2011, 257, 286–287, 290.
8. Graf A. Spirituality and Health Tourism, w: Conrady R, Buck M (red.). *Trends and Issues in Global Tourism 2011*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 2011, 219.
9. Woźniak A, Miliony z turystyki medycznej. *Rzeczpospolita*. 2012;(96).
10. Łączak A. Wspieranie turystyki osób niepełnosprawnych w ustawodawstwie europejskim, www.ied.com.pl (data dostępu: 13.10.2012).
11. Szczepiełowska A. *Turystyka bez barier*. Rynek Turystyczny. 2007;2:44.
12. Niepełnosprawność w liczbach. www.niepelnosprawni.gov.pl (data dostępu: 15.05.2011).
13. Słomińska B (red.). *Usługi w Polsce 2006–2008*. Instytut Badań Rynku, Konsumpcji i Koniunktur, Warszawa 2009, 19.

Adres do korespondencji:

dr Dobrochna Mruk-Tomczak
e-mail: dobrochna.mruk@wp.pl

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA ZAWODOWEGO I JEJ ZWIĄZEK Z WYKONYWANIEM PRACY PRZEZ PIEŁĘGNIARKI

EVALUATION OF QUALITY OF WORKING LIFE AND ITS ASSOCIATION WITH JOB PERFORMANCE OF THE NURSES

Mohammad Rastegari, Ali Khani, Parvin Ghalriz, Jelil Eslamian

Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2010, 15 (4), 224–228.

Autorzy artykułu *Evaluation of Quality of Working Life and its Association with Job Performance of the Nurses* poruszają kwestie związane z jakością życia zawodowego (*Quality Work Life, QWL*) wśród pielęgniarek oraz wpływu poziomu QWL na ich funkcjonowanie zawodowe w szpitalnym środowisku pracy.

Wśród bogactwa czynników, które podlegają analizie z punktu widzenia wpływu na proces pracy pielęgniarskiej w szpitalu, autorzy wymieniają m.in.: odpowiednie wynagrodzenie, obciążenie pracą, warunki bezpiecznego i przyjaznego środowiska pracy.

Oprócz przeglądu doniesień literaturowych (na podstawie 21 pozycji piśmiennictwa) z omawianego zakresu, zawartych we wstępie i dyskusji analizowanego artykułu, opisano także wyniki przeprowadzonych badań (N = 120) na ten temat. Analizę empiryczną opracowano na podstawie kwestionariusza ankiety złożonego z zestawu pytań dotyczących jakości życia zawodowego pielęgniarek, pytań dotyczących oceny wyników pra-

cy oraz pytań pozwalających na zebranie danych demograficznych badanych. Wyniki przeprowadzonych badań wykazały m.in., że respondentki określiły swój poziom jakości życia jako umiarkowany. Wykazano istnienie ścisłego związku pomiędzy odczuwanym poziomem jakości życia zawodowego a wykonywaniem i wydajnością pracy.

Na podstawie otrzymanych wyników badań autorzy artykułu wnioskuje o praktyczne zastosowanie przez kadry zarządzające szpitalami programów, które w znaczący sposób będą wpływać na poprawę jakości życia zawodowego pielęgniarek.

Zachęcam do szerszej analizy lektury przedstawionego artykułu.

Opracowanie: dr inż. Iwona Nowakowska
Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

■ MOŻLIWOŚCI DLA PIEŁĘGNIAREK W DOBIE ELEKTRONICZNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

OPPORTUNITIES FOR NURSES IN THE ERA OF ELECTRONIC HEALTH RECORDS

Tiffany Kelley

Open Journal of Nursing 2014, 4, 15–17
<http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2014.41003>, data dostępu: 07.02.2014
Published online January 2014 (<http://www.scirp.org/journal/ojn>)

Pielęgniarki stanowią najliczniejszą grupę wśród pracowników opieki zdrowotnej. W praktyce spędzają najwięcej czasu z pacjentem. W swojej pracy zbierają duże ilości danych o pacjencie i przekazują je za pośrednictwem różnych źródeł informacji innym pracownikom służby zdrowia. Dlatego bardzo ważna jest Elektroniczna Dokumentacja Medyczna traktowana w artykule jako zbiór danych, mogący stanowić element systemu informatycznego do obsługi szpitala, przechowujący całość lub wybrane elementy dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej. W Stanach Zjednoczonych Elektroniczna Dokumentacja Medyczna została wprowadzona w 1960 roku. Jednak dopiero w 2009 roku uchwalono ustawę HITECH, dzięki której kwota 19,2 mld dolarów została przekazana amerykańskim szpitalom na wprowadzenie EDM. Ustawa ta była odpowie-

dzią na szeroko rozpowszechnione założenie, że EDM przyczyni się do poprawy jakości opieki nad pacjentami. W dalszej części artykułu dowiadujemy się, jaka jest rola pielęgniarki w wymianie informacji o pacjencie, jakie informacje na temat zarówno pacjenta, jak i populacji są przechowywane w EDM, a także poznajemy wnioski, jakie wynikają z wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej w Stanach Zjednoczonych.

Zachęcam do szerszej analizy artykułu *Opportunities for nurses in the era of electronic health records*.

Opracowanie: dr inż. Renata Rasińska
Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



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
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



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.

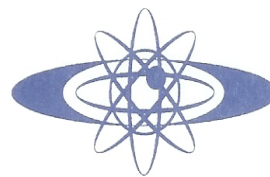
Kadrę dydaktyczną tworzą wysokiej klasy wykładowcy akademicy i specjaliści, których celem jest przekazanie słuchaczom wiedzy oraz umiejętności w zakresie: zarządzania, prawa w ochronie zdrowia, ubezpieczeń społecznych, analizy ekonomicznej, rachunkowości oraz marketingu w jednostkach organizacyjnych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

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu



**Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania
w Opiece Zdrowotnej**

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**Zakład Architektury Usługowej i Mieszkaniowej
Instytut Architektury, Urbanistyki i Ochrony Dziedzictwa
Wydział Architektury Politechniki Poznańskiej**



*Serdecznie zapraszają
na Konferencję Naukową*

Zdrowie a styl życia w rodzinie

Poznań, 27 czerwca 2014 r.

KOMUNIKAT

Uczestnicy za udział w konferencji otrzymają 12 pkt. edukacyjnych

Zdrowie a styl życia w rodzinie

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu, Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej oraz Instytut Architektury, Urbanistyki i Ochrony Dziedzictwa Politechniki Poznańskiej pragną zaprosić Państwa do udziału w konferencji naukowej dotyczącej zdrowia człowieka.

Konferencja adresowana jest do osób, których aktywność zawodowa oraz zainteresowania naukowe koncentrują się wokół problemów związanych ze zdrowiem, zachowaniami zdrowotnymi, zdrowym stylem życia oraz architekturą służby zdrowia. W dobie licznych zagrożeń zdrowotnych nowego znaczenia nabierają aspekty dotyczące problematyki zdrowia i choroby oraz jakości życia w wymiarze indywidualnym, społecznym, kulturowym, politycznym i gospodarczym.

Organizatorzy konferencji mają nadzieję, że obrady staną się platformą wymiany myśli, refleksji i doświadczeń, przyczyniając się w dalszej perspektywie do projektowania i wprowadzania pozytywnych zmian w procesie zaspokajania potrzeb zdrowotnych człowieka.

*W imieniu Organizatorów
dr hab. Maria Danuta Głowacka*

Problematyka:

1. Środowiska kształtujące styl życia i zachowania zdrowotne człowieka.
2. Zagrożenia zdrowotne w różnych okresach życia.
3. Czas wolny a zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne współczesnego człowieka.
4. Wpływ odżywiania się na zdrowie człowieka.
5. Architektura a styl życia. Architektura służby zdrowia.
6. Prawo i styl życia w rodzinie.
7. Ekonomiczne wyznaczniki stylu życia w rodzinie.
8. Perspektywy e-usług dla rodziny.
9. Modele zdrowego stylu życia – profilaktyka i edukacja.
10. Varia.

Informacje dla uczestników:

1. Obrady odbędą się w Centrum Wykładowo-Konferencyjnym Politechniki Poznańskiej, ul. Piotrowo 2, 60–965 Poznań.
2. Nadesłane artykuły zostaną zrecenzowane i opublikowane (po uzyskaniu pozytywnych recenzji) w czasopiśmie naukowym „Pielęgniarstwo Polskie” (3 punkty MNiSW) lub w monografii (4 punkty MNiSW).
3. Przestrzeganie wymogów edytorskich jest koniecznym warunkiem dopuszczenia artykułu do recenzji. Teksty, w których wymogi edytorskie nie zostaną uwzględnione, nie będą przekazane do recenzji i druku.
4. Artykuły w wersji elektronicznej należy przesłać na adres: konferencjanaukowa@ump.edu.pl lub knoz@ump.edu.pl, lub org-zarz@ump.edu.pl.
5. Opłata za udział w konferencji wynosi 300 zł (dla członków PTNoZ koszt wynosi 200 zł) i obejmuje udział w sesjach naukowych oraz materiały konferencyjne.
6. Istnieje możliwość opublikowania artykułu bez udziału w konferencji (po uzyskaniu pozytywnych recenzji). Opłata za publikację bez uczestnictwa wynosi 150 zł.
Wniesienie opłaty konferencyjnej jest warunkiem udziału w konferencji. Opłata na konto:
BZ WBK 60 1090 1346 0000 0001 1347 1664, z dopiskiem PTNoZ.

Kalendarium:

1. Nadsyłanie wypełnionych kart zgłoszeniowych do 31 marca 2014 roku.
2. Ostateczny termin nadsyłania artykułów: 15 kwietnia 2014 roku.
3. Ostateczny termin uiszczenia opłaty konferencyjnej: 31 maja 2014 roku.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Nazwisko:

Imię:

Tytuł naukowy:

ADRES DO KORESPONDENCJI

Ulica i nr domu:

Kod pocztowy: Miasto:

Telefon:

Adres e-mail:

Miejsce zatrudnienia:

.....

Forma uczestnictwa:

- aktywna – prezentacja ustna
- bierna
- publikacja artykułu bez uczestnictwa w konferencji

Tytuł referatu

.....

.....

.....

Podpis



Zakład Pielęgniarstwa Społecznego

Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Serdecznie zaprasza na:

II KONFERENCJĘ NAUKOWO-SZKOLENIOWĄ

INTERDYSCYPLINARNY WYMIAR ZDROWIA I CHOROBY,

która odbędzie się w dniach 27–28 listopada 2014 r.
w Warszawie

Miejsce obrad:

Warszawski Uniwersytet Medyczny
Centrum Dydaktyczne, Aula B
ul. Księcia Trojdena 2a

Tematyka konferencji:

- Postępy w medycynie – wyzwanie dla profesjonalistów w ochronie zdrowia
- Rozwój praktyki pielęgniarstwa
- Nowe standardy praktyki realizowane w ochronie zdrowia
- Opieka nad pacjentem przewlekle chorym i osobami starszymi – aktualny problem współczesnej medycyny
- Zachowania zdrowotne społeczeństwa – badania i praktyka
- Sesja Studenckich Kół Naukowych
- Sesja plakatowa

Do udziału w konferencji zapraszamy:

pielęgniarki i położne, dietetyków, psychologów, lekarzy, fizjoterapeutów, rehabilitantów, osoby zajmujące się promocją zdrowia i zdrowiem publicznym

Za udział w konferencji przysługuje 5 punktów edukacyjnych

Informacje dotyczące publikacji:

Wybrane przez Komitet Naukowy prace po uzyskaniu pozytywnej recenzji będą opublikowane w poniżej wymienionych czasopismach.

Autorów prac prosimy o zapoznanie się z wymogami redakcyjnymi i zasadami druku w poszczególnych periodykach.

Opłata za publikację w czasopiśmie „Pielęgniarstwo Polskie”: wydruk bezpłatny
Wytyczne do publikacji: https://www.ump.edu.pl/files/12_69_regulamin_pp.pdf

Opłata za publikację w czasopiśmie „Problemy Pielęgniarstwa”: 400 zł
Wytyczne do publikacji: <http://czasopisma.viamedica.pl/pp/about/submissions#authorGuidelines>

Opłata za publikację w czasopiśmie „Pielęgniarstwo XXI Wieku”: 246 zł
Wytyczne do publikacji: <http://www.piel21w.umlub.pl/regulamin/>

Opłata za publikację w czasopiśmie „Medycyna Dydaktyka Wychowanie”: wydruk bezpłatny
Wytyczne do publikacji: <https://mdw.wum.edu.pl/zasady-przyjmowania-i-publikowania-prac>

Opłata za publikację w Monografii wydanej przez Oficynę Wydawniczą WUM: 100 zł
Wytyczne do publikacji: strona internetowa konferencji

Ważne daty:

Termin nadsyłania kart zgłoszeń ze streszczeniem wystąpienia: do 20.10. 2014 r.

Potwierdzenie przyjęcia pracy do wystąpienia: do 25.10. 2014 r.

Termin nadsyłania pełnych tekstów: do 03.11. 2014 r.

Zapraszamy do wzięcia udziału w sesji plakatowej:

Termin nadsyłania kart zgłoszeń ze streszczeniem plakatu: do 20.10. 2014 r.

Potwierdzenie przyjęcia plakatu do prezentacji: do 25.10. 2014 r.

Pełna wersja plakatu – na konferencję

Opłaty konferencyjne:

Czynny udział: 200 zł, członkowie PTP: 150 zł

Bierny udział: 100 zł

Studenci: wstęp wolny

Sekretariat konferencji:

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego

Wydział Nauki o Zdrowiu, WUM

ul. Ciołka 27, 01-445 Warszawa

tel. 228773597

WSKAZÓWKI DLA AUTORÓW

Pielęgniarstwo Polskie zamieszcza recenzowane prace oryginalne, poglądowe, kazuistyczne, sprawozdania ze zjazdów i konferencji, recenzje z książek oraz opracowania z zakresu historii pielęgniarstwa w języku polskim oraz angielskim. Pielęgniarstwo Polskie jest kwartalnikiem i czasopismem wydawanym również w modelu open-access. Wersja papierowa Pielęgniarstwa Polskiego jest wersją pierwotną.

ZGŁOSZENIA PRAC

Prace należy przysyłać na adres redakcji drogą elektroniczną, jako załącznik do wiadomości e-mail na adres: pielęgniarstwo-polskie@ump.edu.pl. Redakcja nie wymaga przesyłania wersji papierowej manuskryptu.

Nadane prace powinny zawierać:

- Manuskrypt
- Tabele
- Ryciny
- Oświadczenie autorów

MANUSKRYPT

Tekst powinien być napisany 12 punktową czcionką Times New Roman, z odstępem między wierszami 1,5 (półtora odstępu), 2,5 cm marginesem z każdej strony, bez adiacji, tj. bez twardej spacji, znaków końca linii (tzw. miękkich enterów) oraz powinien być wyrównany (wyrównany do lewego i prawego marginesu). Plik należy zapisać w formacie: DOC lub DOCX. Kolejne strony należy ponumerować, zaczynając od strony tytułowej. Należy pisać wyłącznie zwykłą czcionką (tytuły wytłuszczone), bez wyróżnień dużymi literami, bez rozstrzelania, podkreśleń linią ciągłą itp.

Pierwsza strona pracy powinna zawierać:

- tytuł pracy w języku polskim i angielskim,
- imiona i nazwiska autorów bez tytułów i stopni naukowych,
- afiliację autorów - nazwy instytucji, w których praca powstała z nazwą miasta i kraju,
- nazwisko kierownika jednostki,
- pełny adres, numer telefonu oraz adres e-mail autora, do którego będzie kierowana cała korespondencja.

W dalszej kolejności, od drugiej strony począwszy powinno znajdować się streszczenie w języku polskim i angielskim przedstawiające istotną treść publikacji, a poniżej polskie i angielskie hasła indeksowe wg wymogów międzynarodowych indeksów lekarskich (MeSH).

STRESZCZENIE

Streszczenia w języku polskim i angielskim powinny mieć charakter strukturalny – zawierać w sobie cel, materiał i metody badań, wyniki oraz podsumowanie i nie powinny przekraczać objętością 200 słów.

Słowa kluczowe – nie więcej niż pięć, w języku polskim i angielskim.

PRACA ORYGINALNA

Artykuł oryginalny przedstawia wyniki oryginalnych badań przeprowadzonych w dziedzinie pielęgniarstwa oraz szeroko pojętej medycyny. Artykuł powinien być podzielony na: Streszczenie, Wprowadzenie, Materiał i Metody, Wyniki i Dyskusję. Tekst nie powinien przekraczać 6000 słów tj. ok. 12–15 stron (łącznie ze streszczeniem i bibliografią).

GUIDANCE FOR CONTRIBUTORS

Pielęgniarstwo Polskie prints reviewed original research, opinion articles, case studies, conference reports, book reviews and studies in history of nursing in both Polish and English. Pielęgniarstwo Polskie is a quarterly published in the open-access as well. A hard copy of Pielęgniarstwo Polskie is original.

PAPERS SUBMISSION

Papers should be submitted to the Editor's Office by e-mail as an attachment to the following address: pielęgniarswopolskie@ump.edu.pl. Hard copies are not required.

Submitted papers should include:

- Manuscript
- Tables
- Figures
- Author's (authors') statement(s)

MANUSCRIPT

The text should be written with 12 spot font Times New Roman, with the space between the lines 1.5 (one and a half space), 2.5 cm margin from every side, without editing, i.e. without hard spaces, end of the line signs (so-called soft enters) and should be justified (balanced to the left and right-hand margins). The file should be saved in the format: DOC or DOCX. Pages should be numbered, starting with the title page. One should write with an ordinary font exclusively (greased titles), without upper case distinctions or underlining with the solid line, etc.

The first page of a paper should include:

- Paper title in Polish and in English
- Author's (authors') first name(s) and surname(s) without academic titles or degrees
- Author's (authors') affiliation – names of institutions where the paper was written along with the name of the city and country
- Head of the research unit's name
- Full address, phone number and e-mail address for correspondence

The following pages should include the summary in both Polish and English with the essential contents of the paper and below Polish and English Medical Subject Headings (MeSH).

ABSTRACT

Structured abstracts of up to 200 words in Polish and in English should include study objectives, material, methods, results and summary.

Key words – up to 5 words, in Polish and in English.

ORIGINAL RESEARCH

Original research presents results of original investigations conducted in the field of nursing and medicine in general. The paper should be divided into: Summary, Introduction, Material and Methods, Results and Discussion. The text should not exceed 6000 words, i.e. about 12–15 pages (including abstract and references).

PRACA POGLĄDOWA

Manuskrypty w tej kategorii dotyczą ważnych, fundamentalnych odkryć w dziedzinach będących w zakresie pielęgniarstwa oraz szeroko pojętej medycyny. W pracach poglądowych zalecany jest podział na rozdziały. Artykuł poglądowy nie może przekraczać 8000 słów tj. ok. 15–20 stron (łącznie ze streszczeniem i piśmiennictwem).

PRACA KAZUISTYCZNA

Praca kazuistyczna opisuje jeden lub więcej interesujących rzadkich przypadków lub stanów klinicznych. Praca powinna mieć następujący układ: Streszczenie, Wprowadzenie, Opis Przypadku i Dyskusja. Streszczenie (limit słów 250) powinno zawierać Założenia, Prezentację Przypadku i Wyniki. Objętość słów nie może przekraczać 2500 tj. ok. 3–4 stron (łącznie ze streszczeniem i piśmiennictwem).

KRÓTKIE DONIESIENIA

Prace w tej kategorii powinny dotyczyć wstępnych wyników badań przeprowadzonych na małej grupie i/lub przy użyciu nowej metodologii. Struktura pracy powinna być podobna do artykułu oryginalnego, a objętość słów nie przekraczać 2500 (łącznie ze streszczeniem i piśmiennictwem).

DONIESIENIA ZJAZDOWE

Podsumowania zjazdów i warsztatów z uwzględnieniem tematyki czasopisma. Artykuły w tej kategorii nie powinny przekraczać 1000–1500 słów (2 strony).

PIŚMIENICTWO

Piśmiennictwo powinno być napisane na oddzielnej stronie – w systemie Vancouver. Cytowania powinny być numerowane w kolejności ich występowania w tekście i powinny być oznaczane cyframi arabskimi w nawiasach kwadratowych.

W przypadku cytatu z czasopisma należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł artykułu, tytuł czasopisma z zastosowaniem obowiązujących skrótów (wg bazy danych MedLine (zawsze zakończone kropką), rok publikacji, tom, rocznik, numer wydania, numer strony pierwszej i ostatniej:

1. Kowalski J, Nowak J. Nozologiczne aspekty bólów głowy. *J Med.* 2007;1:12–27.

W przypadku cytatu z książki należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł książki, nazwę i siedzibę wydawnictwa, rok wydania, numer strony pierwszej i ostatniej:

2. Pawlak P. *Życie i umieranie.* PWN, Warszawa 2007, 12–32.

W przypadku cytowania rozdziału pochodzącego z książki należy podać: nazwisko/nazwiska i pierwsze litery imion autora/autorów tegoż rozdziału, tytuł rozdziału cytowanej książki, nazwisko i imię autora (redaktora) książki, tytuł książki, nazwę i siedzibę wydawnictwa, rok wydania, numer pierwszej i ostatniej strony cytowanego rozdziału:

3. Pawlak P. *Życie i umieranie.* W: Malinowski A (red.). *Gerontologia.* PWN, Warszawa 2007, 12–32.

W przypadku cytatu z materiału elektronicznego (Internetu) należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł artykułu, pełny adres strony internetowej oraz datę dostępu (datę wejścia).

OPINION ARTICLES

Opinion articles concern fundamental findings in the field of nursing and medicine in general. The papers should be divided into chapters. The text should not exceed 8000 words, i.e. about 15–20 pages (including abstract and references).

CASE STUDIES

Case study presents one or more interesting rare cases or clinical conditions. The paper should be divided into: Summary, Introduction, Case Description and Discussion. The Summary (up to 250 words) should include Assumptions, Case Presentation and Results. The text should not exceed 2500 words, i.e. about 3–4 pages (including abstract and references).

SHORT REPORTS

Short reports should concern initial research results conducted in a small group and/or by means of new methodology. The paper structure should be similar to original research and the text should not exceed 2500 words (including abstract and references).

CONFERENCE REPORTS

Conference and workshop reports should include the topic and references. The text should not exceed 1000–1500 words (2 pages).

REFERENCES

References should be presented on a separate sheet of paper using Vancouver system. Quotations should be numbered according to their appearance in the text and should be marked using Arabic numerals in square brackets.

The sequence for a journal article should be as follows: author's (authors') name(s), title of paper, journal name abbreviated as in MedLine database (always ended up with a dot), year of publication, volume number, first and last number of pages, for example:

1. Kowalski J, Nowak J. Nozologiczne aspekty bólów głowy. *J Med.* 2007;1:12–27.

The sequence for the book should be as follows: author's (authors') name(s), book title, edition and place of publication, year of publication, first and last pages, for example:

2. Pawlak P. *Życie i umieranie.* PWN, Warszawa 2007, 12–32.

The sequence for the book chapters should be as follows: chapter author(s), chapter title, book author(s), book title, edition and place of publication, year of publication, chapter first and last pages, for example:

3. Pawlak P. *Życie i umieranie.* W: Malinowski A (red.). *Gerontologia.* PWN, Warszawa 2007, 12–32.

The sequence for the Internet should be as follows: author's (authors') name(s), title of paper, full address of the website, access date.

TABELE

Tytuły w języku polskim i angielskim nad tabelami. Tabele powinny być oznaczone numerami arabskimi. Szerokość tabeli nie powinna przekraczać 8 cm lub 16 cm. Wnętrze tabeli również oprócz wersji polskiej powinno zawierać wersję angielską.

RYCINY

Ryciny należy podpisywać w języku polskim i angielskim z użyciem numeracji arabskiej.

OŚWIADCZENIA AUTORÓW

Do każdej pracy należy dołączyć oświadczenie Autorów, iż praca nie była drukowana wcześniej w innym czasopiśmie oraz zgodę kierownika jednostki na publikację.

Aby przeciwdziałać przypadkom ghostwriting oraz ghost authorship Redakcja prosi autorów nadsyłanych prac o podanie informacji, jaki jest ich wkład w przygotowanie pracy. Informacja powinna mieć charakter jakościowy, tzn. autorzy zobowiązani są podać, czy ich wkład w powstanie publikacji polega na opracowaniu koncepcji, założeniach, metod, protokołu itp. Autorzy są także proszeni o podanie źródeł finansowania badań, których wyniki są prezentowane w nadsyłanej pracy. Załączone do pracy oświadczenia powinny być podpisane przez poszczególnych autorów zgłaszanej pracy.

SKRÓTY

Skróty należy objaśniać przy pierwszym wystąpieniu, umieszczając je w nawiasie po pełnym tekście. Należy sprawdzić poprawność użytych skrótów w tekście. W tytule i streszczeniu zaleca się unikania skrótów. W tabelach i rycinach użyte skróty powinny być wyjaśnione w podpisach znajdujących się poniżej.

PROCEDURA RECENZOWANIA

Wszystkie artykuły podlegają wstępnej ocenie Redaktora Naczelnego lub jednego z członków Rady Naukowej, którzy mogą odrzucić pracę lub przesłać ją do recenzji zewnętrznej. Podwójnie anonimowy system recenzji przez przynajmniej dwóch ekspertów w danej dziedzinie jest stosowany dla artykułów zaakceptowanych do dalszej oceny. Po otrzymaniu recenzji Redaktor Naczelny podejmuje decyzję o akceptacji artykułu do druku, akceptacji po drobnej poprawie, akceptacji po zasadniczej poprawie lub odrzuceniu. Autorzy otrzymują uwagi do manuskryptu niezależnie od decyzji. W przypadku akceptacji pracy wymagającej poprawy autorzy zobowiązują się ustosunkować do recenzji w ciągu 30 dni.

Redakcja zastrzega sobie prawo do dokonywania zmian dotyczących stylistyki, mianownictwa i skrótów oraz poprawek wersji w języku angielskim – bez uzgodnienia z autorem.

PRAWA AUTORSKIE

W przypadku akceptacji artykułów do druku wydawca nabywa do nich prawa autorskie, a wszelkie reprodukcje wersji elektronicznej lub papierowej nie mogą być dokonywane bez zgody Wydawcy.

TABLES

Table titles in both Polish and English should be placed above tables. All tables should be numbered using Arabic numerals. Table width should not exceed 8 cm or 16 cm. The contents of the table should be in Polish and in English.

FIGURES

Figures should be provided with Polish and English captions and numbered using Arabic numerals.

AUTHORS' STATEMENTS

Each manuscript should be accompanied by authors' statements that the paper has never before been published in any other journal and a publishing agreement by the head of the research unit.

To counteract the occurrence of ghostwriting or ghost authorship phenomena the Editorial Board asks all listed authors of submitted papers to provide information on their contribution in manuscript preparation. The information has to be qualitative in character, i.e. the authors should state whether their work included preparation of conceptual framework, assumptions, methods, protocol, etc. Authors are also asked to state sources of funding for research, the results of which are presented in the submitted paper. In addition, each author must complete and submit a statement which should be attached to the manuscript.

ABBREVIATIONS

Abbreviations must be defined in full along with their first appearance in the text. Their correctness should be checked. Avoiding abbreviations in titles and abstracts is recommended. Abbreviations used in tables and figures should be defined in captions below.

REVIEWING PROCEDURE

All submitted papers are initially evaluated by the Main Editor or a member of the Academic Council. Manuscripts may be turned down or reviewed further by two reviewers who do not know authors' names or the name of authors' institutions. The reviewers decide whether the manuscript should be published and suggest corrections that must be made prior to publication. Authors are then required to express their opinion on recommended corrections in writing within 30 days.

The Editor reserves the right to make any adjustments of style, terminology and abbreviations as well as corrections of the English version without asking for the author's consent.

COPYRIGHTS

In case manuscripts are to be published, the Editor acquires the copyrights and no electronic or hard copy can be made without the Editor's consent.

