

Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
Poznan University of Medical Sciences



Wydział Nauk o Zdrowiu  
Faculty of Health Sciences



# PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

## POLISH NURSING

KWARTALNIK / QUARTERLY

Nr 1 (55)  
3/2015

Indeksowane w / Indexed in:  
Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego/  
Ministry of Science and Higher Education – 3,0;  
Index Copernicus – 4,86



# PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

## POLISH NURSING

*Skrót tytułu czasopisma/Abbreviated title:*

Piel Pol.

© Copyright by Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ISSN 0860-8466

*Korekta/Proofreading:*

Renata Rasińska

Janina S. Rogalińska

*Korekta tekstów w j. ang./Language editor:*

Agata Dolacińska-Śródka

*Skład komputerowy/Desktop publishing:*

Beata Łakomiak

*Projekt okładki/Cover project:*

Bartłomiej Wąsiel

*Sprzedaż/Distribution and subscription:*

Punkt Sprzedaży Wydawnictw Naukowych UMP

60-356 Poznań, ul. Przybyszewskiego 37a

tel. (phone)/fax: +48 61 854 74 14

e-mail: sprzedazwydawnictw@ump.edu.pl

*Redakcja deklaruje, że wersja papierowa*

*„Pielęgniarstwa Polskiego” jest wersją pierwotną (referencyjną)*

*Editorial Staff declares that printed version*

*of „Polish Nursing” is the original version (reference)*

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. 9,8. Ark. druk. 13,8.

Format A4. Zam. nr 41/15.



### KOLEGIUM REDAKCYJNE

#### Redaktor Naczelny

dr hab. Maria Danuta Głowacka

#### Zastępcy Redaktora Naczelnego

dr hab. Krystyna Jaracz

prof. dr hab. Włodzimierz Samborski

prof. dr hab. Jacek Wysocki

#### Sekretarz Naukowy

dr inż. Renata Rasińska

#### Sekretarz Redakcji

dr inż. Renata Rasińska

### RADA NAUKOWA

dr Vincenzo Antonelli

prof. Antonio Cicchella

dr hab. Antoni Czupryna

dr hab. Danuta Dyk

dr hab. Jolanta Jaworek

prof. Lotte Kaba-Schönstein

doc. Helena Kadučáková

prof. Christina Koehlen

dr hab. Maria Kózka

dr hab. Anna Ksykiewicz-Dorota, prof. UM

doc. Mária Machalová

dr hab. Piotr Małkowski

dr hab. Ewa Mojs, prof. UM

dr Jana Nemcová

prof. dr hab. Grażyna Nowak-Starz

prof. Hildebrand Ptak

prof. dr hab. Jerzy Stańczyk

prof. dr hab. Piotr Stępnik

dr Frans Vergeer

prof. dr hab. Krzysztof Wiktorowicz

dr hab. Maciej Wilczak, prof. UM

dr Katarína Žiaková

LUISS Guido Carli di Roma (Włochy)

University of Bologna (Włochy)

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum (Polska)

Hochschule Esslingen (Niemcy)

Katolícka Univerzita v Ružomberku (Słowacja)

Evangelische Hochschule Berlin (Niemcy)

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum (Polska)

Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)

Prešovská Univerzita (Słowacja)

Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Comenius University in Bratislava (Słowacja)

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)

Evangelische Hochschule Berlin (Niemcy)

Uniwersytet Medyczny w Łodzi (Polska)

Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu (Polska)

Fontys Hogescholen (Holandia)

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Comenius University in Bratislava (Słowacja)

### ADRES REDAKCJI

*Pielęgniarstwo Polskie*

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań

tel.: 61 861 22 50 wew. 191, fax: 61 861 22 51

e-mail: [pielęgniarstwpolskie@ump.edu.pl](mailto:pielęgniarstwpolskie@ump.edu.pl)

[www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl](http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl)



# PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

## POLISH NURSING

### REDAKTORZY TEMATYCZNI

#### PIELĘGNIARSTWO KLINICZNE

dr Joanna Stanisławska  
dr Dorota Talarska

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

#### NAUKI O ZARZĄDZANIU W PIELĘGNIARSTWIE

dr Ewa Jakubek  
dr Agnieszka Persona-Śliwińska

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)  
NZOZ Specjalistyczne Centrum Medyczne „PRO FEMINA”

#### PIELĘGNIARSTWO ŚRODOWISKOWE

mgr Agnieszka Jopa  
mgr Luiza Mendyka

Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDISANA  
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Komeńskiego w Lesznie

#### NAUKI O ZDROWIU W PIELĘGNIARSTWIE

dr Eliza Dąbrowska  
dr Małgorzata Posuszna

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

#### REDAKTOR STATYSTYCZNY

dr inż. Renata Rasińska

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

### LISTA RECENZENTÓW

dr Grażyna Bączyk  
prof. Antonio Cicchella  
dr Józefa Czarnecka  
dr Grażyna Czerwiak  
dr Grażyna Iwanowicz-Palus  
doc. Helena Kadučáková  
dr Ewa Kobos  
dr Halina Król  
doc. Mária Machalová  
dr Monika Matecka  
prof. Anders Møller Jensen  
pof. dr hab. Henryk Mruk  
dr Jana Nemcová  
dr Tomasz Niewiadomski  
dr inż. Iwona Nowakowska  
dr Jan Nowomiejski  
dr Piotr Pagórski  
prof. dr hab. Mariola Pawlaczyk  
dr Jolanta Sielska  
dr Zofia Sienkiewicz  
dr Ewa Szykiewicz  
dr Dorota Talarska  
dr Monika Urbaniak  
dr Aleksandra Zielińska  
dr Katarína Žiaková

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)  
University of Bologna (Włochy)  
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)  
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)  
Katolícka Univerzita v Ružomberku (Słowacja)  
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)  
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)  
Prešovská Univerzita (Słowacja)  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)  
VIA University College Denmark (Dania)  
Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu (Polska)  
Comenius University in Bratislava (Słowacja)  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)  
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)  
Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)  
Comenius University in Bratislava (Słowacja)



### **EDITORIAL BOARD**

#### **Editor-in-Chief**

Maria Danuta Głowacka

#### **Vice Editor-in-Chief**

Krystyna Jaracz  
Włodzimierz Samborski  
Jacek Wysocki

#### **Scientific Secretary**

Renata Rasińska

#### **Editorial Secretary**

Renata Rasińska

### **EDITORIAL ADVISORY BOARD**

Vincenzo Antonelli  
Antonio Cicchella  
Antoni Czupryna  
Danuta Dyk  
Jolanta Jaworek  
Lotte Kaba-Schönstein  
Helena Kadučáková  
Christina Koehlen  
Maria Kózka  
Anna Ksykiewicz-Dorota  
Mária Machalová  
Piotr Małkowski  
Ewa Mojs  
Jana Nemcová  
Grażyna Nowak-Starz  
Hildebrand Ptak  
Jerzy Stańczyk  
Piotr Stępnia  
Frans Vergeer  
Krzysztof Wiktorowicz  
Maciej Wilczak  
Katarína Žiaková

LUISS Guido Carli di Roma (Italy)  
University of Bologna (Italy)  
Jagiellonian University Collegium Medicum (Poland)  
Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
Jagiellonian University Collegium Medicum (Poland)  
Hochschule Esslingen (Germany)  
Katolícka Univerzita v Ružomberku (Slovakia)  
Evangelische Hochschule Berlin (Germany)  
Jagiellonian University Collegium Medicum (Poland)  
Medical University of Lublin (Poland)  
Prešovská Univerzita (Slovakia)  
Medical University of Warsaw (Poland)  
Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
Comenius University in Bratislava (Slovakia)  
Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)  
Evangelische Hochschule Berlin (Germany)  
Medical University of Lodz (Poland)  
Adam Mickiewicz University (Poland)  
Fontys Hogescholen (Holland)  
Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
Comenius University in Bratislava (Slovakia)

### **EDITOR'S ADDRESS**

#### *Polish Nursing*

The Faculty of Health Sciences  
Poznan University of Medical Sciences  
11 Smoluchowskiego Str., 60-179 Poznań, Poland  
phone: +48 61 861 22 50 int. 191, fax: +48 61 861 22 51  
e-mail: [pielegniarstwpolskie@ump.edu.pl](mailto:pielegniarstwpolskie@ump.edu.pl)  
[www.pielegniarstwo.ump.edu.pl](http://www.pielegniarstwo.ump.edu.pl)



# PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

## POLISH NURSING

### **THEMATIC EDITORS**

#### *CLINICAL NURSING*

Joanna Stanisławska  
Dorota Talarska

Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
Poznan University of Medical Sciences (Poland)

#### *MANAGEMENT IN NURSING*

Ewa Jakubek  
Agnieszka Persona-Śliwińska

Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
Medical Centre PRO FEMINA (Poland)

#### *COMMUNITY NURSING*

Agnieszka Jopa  
Luiza Mendyka

Private Healthcare Clinic MEDISANA (Poland)  
Jan Amos Komensky University of Applied Sciences in Leszno (Poland)

#### *HEALTH SCIENCES IN NURSING*

Eliza Dąbrowska  
Małgorzata Postuszna

Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
Poznan University of Medical Sciences (Poland)

#### *STATISTICAL EDITOR*

Renata Rasińska

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

### **THE LIST OF THE REVIEWERS**

Grażyna Bączyk  
Antonio Cicchella  
Józefa Czarnecka  
Grażyna Czerwiak  
Grażyna Iwanowicz-Palus  
Helena Kadučáková  
Ewa Kobos  
Halina Król  
Mária Machalová  
Monika Matecka  
Anders Møller Jensen  
Henryk Mruk  
Jana Nemcová  
Tomasz Niewiadomski  
Iwona Nowakowska  
Jan Nowomiejski  
Piotr Pagórski  
Mariola Pawlaczyk  
Jolanta Sielska  
Zofia Sienkiewicz  
Ewa Szykiewicz  
Dorota Talarska  
Monika Urbaniak  
Aleksandra Zielińska  
Katarína Žiaková

Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
University of Bologna (Italy)  
Medical University of Warsaw (Poland)  
Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)  
Medical University of Lublin (Poland)  
Katolícka Univerzita v Ružomberku (Slovakia)  
Medical University of Warsaw (Poland)  
Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)  
Prešovská Univerzita (Slovakia)  
Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
VIA University College Denmark (Denmark)  
Poznan University of Economics (Poland)  
Comenius University in Bratislava (Slovakia)  
Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
Medical University of Warsaw (Poland)  
Nicolaus Copernicus University Collegium Medicum (Poland)  
Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
Comenius University in Bratislava (Slovakia)

## ■ SPIS TREŚCI

Od redaktora . . . . .	9
<b>PRACE ORYGINALNE</b>	
<i>Wiesława Bogdan, Danuta Witko, Iwona Pilarczyk-Wróblewska, Krzysztof Bogdan</i> Wybrane zachowania zdrowotne wśród studentów I roku pielęgniarstwa i ratownictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu . . . . .	11
<i>Justyna Gibas, Katarzyna Kopeć-Godlewska</i> Styl życia ciężarnych z nadmierną masą ciała . . . . .	19
<i>Agata Michalak, Aleksandra Janus, Agata Liberska, Elżbieta Olek</i> Facebook.com jako narzędzie marketingowe poradni psychiatryczno-psychologicznej . . . . .	23
<i>Alicja Kucharska, Beata Sińska, Katarzyna Marszałek, Ewa Michota-Katulska, Magdalena Zegan</i> Wybrane elementy stylu życia wyznawców adwentyzmu i katolicyzmu . . . . .	28
<i>Dorota Olszewska, Jadwiga Synowiec</i> E-usługi w działalności marketingowej zakładów ubezpieczeń . . . . .	33
<i>Sebastian A. Zdończyk</i> Zdrowie seksualne kobiet po leczeniu chirurgicznym raka piersi . . . . .	38
<i>Magdalena Zegan, Ewa Michota-Katulska, Justyna Moszkowicz, Beata Sińska, Alicja Kucharska</i> Zachowania żywieniowe wybranych grup studentów warszawskich uczelni . . . . .	47
<i>Renata Rasińska, Iwona Nowakowska</i> Postrzeżenie zdrowia w kontekście zachowań zdrowotnych młodych rodziców . . . . .	54
<i>Józefa Czarnecka, Ewa Kobos, Zofia Sienkiewicz, Andrzej Krupienicz</i> Wiedza studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na temat osteoporozy . . . . .	61
<i>Iwona Nowakowska, Katarzyna Kukawska</i> Aktywność fizyczna w rodzinie . . . . .	68
<b>PRACE POGLĄDOWE</b>	
<i>Bożena Tyran</i> Praca pielęgniarki w perspektywie goffmanowskiej . . . . .	73
<i>Karolina Dejko</i> Dziecko w oczach swoich rodziców. Znaczenie obrazu dziecka w umyśle rodzica dla rozwoju struktury self dziecka . . . . .	79
<i>Marta Polowczyk-Michalska, Ewa Mojs</i> Noszenie dziecka w chuście podstawą psychoruchowej stymulacji rozwoju . . . . .	84
<i>Aleksandra Wojciechowska</i> Groźba w stosunku do osób najbliższych – przyczyny psychologiczne i skutki prawne w polskim prawie cywilnym . . . . .	88
<i>Jolanta Olszewska, Agnieszka Czerwińska-Osipiak, Krzysztof Łukaszuk, Renata Wiśniewska</i> Problemy kobiet w okresie okołomenopauzalnym . . . . .	93
<b>PRACA KAZUISTYCZNA</b>	
<i>Anna Dudzic-Koc, Agnieszka Szałkowska</i> Rodzinne i osobowościowe uwarunkowania zaburzeń konwersyjnych – studium przypadku . . . . .	99
<b>INFORMACJE</b>	
Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu. Deklaracja członkowska . . . . .	105
Podyplomowe Studium Zarządzania w Opiece Zdrowotnej . . . . .	107



## CONTENTS

Editor's note . . . . .	10
<b>ORIGINAL PAPERS</b>	
<i>Wiesława Bogdan, Danuta Witko, Iwona Pilarczyk-Wróblewska, Krzysztof Bogdan</i> Selected health behaviours among the first-year students of Nursing and Medical Emergency of the Wrocław Medical University . . . . .	11
<i>Justyna Gibas, Katarzyna Kopeć-Godlewska</i> Lifestyle of pregnant women with excessive body mass . . . . .	19
<i>Agata Michalak, Aleksandra Janus, Agata Liberska, Elżbieta Olek</i> Facebook.com as marketing tool psychiatric-psychological clinic . . . . .	23
<i>Alicja Kucharska, Beata Sińska, Katarzyna Marszałek, Ewa Michota-Katulaska, Magdalena Zegan</i> Selected lifestyle aspects of seventh-day Adventists and Catholics . . . . .	28
<i>Dorota Olszewska, Jadwiga Synowiec</i> E- service in the marketing activities of insurance . . . . .	33
<i>Sebastian A. Zdończyk</i> Sexual health of women after surgical treatment of breast cancer . . . . .	38
<i>Magdalena Zegan, Ewa Michota-Katulaska, Justyna Moszkowicz, Beata Sińska, Alicja Kucharska</i> Dietary behaviours of selected groups of students at Warsaw's higher education institutions . . . . .	47
<i>Renata Rasińska, Iwona Nowakowska</i> Health perception in the context of young parents' health behaviours . . . . .	54
<i>Józefa Czarnecka, Ewa Kobos, Zofia Sienkiewicz, Andrzej Krupienicz</i> Warsaw Medical University students' knowledge about osteoporosis . . . . .	61
<i>Iwona Nowakowska, Katarzyna Kukawska</i> Physical activity in the family . . . . .	68
<b>REVIEW PAPERS</b>	
<i>Bożena Tyran</i> Nurse's job in Goffman's perspective . . . . .	73
<i>Karolina Dejko</i> Child in the eyes of his parents. The impact of representation of child in parent's mind on the development of child's self structure . . . . .	79
<i>Marta Polowczyk-Michalska, Ewa Mojs</i> Carrying a child in wrap as a foundation of psycho-kinesthetic stimulation in development . . . . .	84
<i>Aleksandra Wojciechowska</i> Threatening a member of the family – psychological causes and legal effects in Polish civil law . . . . .	88
<i>Jolanta Olszewska, Agnieszka Czerwińska-Osipiak, Krzysztof Łukaszuk, Renata Wiśniewska</i> Problems of perimenopausal women . . . . .	93
<b>CASE STUDY</b>	
<i>Anna Dudzic-Koc, Agnieszka Szalkowska</i> Family and personality determinants of conversion disorders – case study . . . . .	99
<b>INFORMATION</b>	
Polish Society of Health Sciences. Declaration of Membership . . . . .	105
Postgraduate Course "The management in Health Care" – information . . . . .	107



## ■ OD REDAKTORA

Szanowni Czytelnicy,

W imieniu Komitetu Naukowego mamy przyjemność zarekomendować Państwu kolejny numer Pielęgniarstwa Polskiego.

W tym numerze przedstawiamy prace z różnych obszarów, które zawierają badania dotyczące aktualnych problemów związanych z zachowaniem zdrowia i zdrowym stylem życia. Zapraszamy do lektury.

Polecamy artykuł, który jest analizą stosowanych w praktyce zakładów ubezpieczeń instrumentów marketingowych z wykorzystaniem mediów elektronicznych z perspektywy klientów indywidualnych i instytucjonalnych oraz wskazanie ich znaczenia dla budowania przewagi konkurencyjnej oraz artykuł, który jest analizą profili podmiotów leczniczych na portalu społecznościowym, jak również artykuł przedstawiający przyczyny psychologiczne i skutki prawne w polskim prawie cywilnym groźby w stosunku do osób najbliższych.

Interesujący dla personelu pielęgniarskiego może być artykuł poświęcony pracy pielęgniarki w perspektywie goffmanowskiej.

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*  
*Sekretarz 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.

In this edition you will find papers including research on issues related to health and healthy lifestyle. Have a good time reading!

We also recommend the article which evaluates marketing instruments used by insurance companies to build a competitive advantage in the market. Other papers specifically worth reading are devoted to analyzing profiles of therapeutic entities in the social network and presenting psychological causes and legal effects of threatening family members in the Polish civil law.

The article of particular interest to the nursing personnel concerns the nurse in Goffman's theory.

At the end of this issue 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 (please find a membership form attached).

*Assoc. Prof. Maria Danuta Głowacka, PhD  
Editor in Chief*

*Renata Rasińska, PhD (Eng)  
Scientific Secretary*

# ■ WYBRANE ZACHOWANIA ZDROWOTNE WŚRÓD STUDENTÓW I ROKU PIEŁĘGNIARSTWA I RATOWNICTWA UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO WE WROCŁAWIU

## SELECTED HEALTH BEHAVIOURS AMONG THE FIRST-YEAR STUDENTS OF NURSING AND MEDICAL EMERGENCY OF THE WROCLAW MEDICAL UNIVERSITY

Wiesława Bogdan<sup>1</sup>, Danuta Witko<sup>1</sup>, Iwona Pilarczyk-Wróblewska<sup>2</sup>, Krzysztof Bogdan<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Zakład Nauki Zawodu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

<sup>2</sup> Katedra Pediatrii Społecznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

<sup>3</sup> Katedra i Klinika Chirurgii Urazowej i Chirurgii Ręki, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Na zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej składają się trzy elementy: styl życia, codzienna aktywność ruchowa oraz nawyki żywieniowe. Zachowania prozdrowotne, takie jak odżywianie, zachowanie prawidłowej masy ciała, aktywność fizyczna, niepalenie papierosów mają udowodniony pozytywny wpływ na stan zdrowia oraz jakość i długość życia.

**Cel.** Celem pracy była analiza wybranych zachowań prozdrowotnych w środowisku młodzieży akademickiej Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego.

**Materiał i metody.** Badania zostały przeprowadzone w 2013 roku wśród studentów pielęgniarstwa i ratownictwa Uniwersytetu Medycznego metodą sondażu diagnostycznego. Średnia wieku badanych to 19–24 lata. W badaniu uczestniczyło 98 studentów.

**Wyniki i wnioski.** Przeprowadzone badania i analiza ich wyników pozwalają stwierdzić, że badana grupa studentów wykazała się dobrą znajomością zasad prawidłowego odżywiania, ale ponad połowa badanych (52%) nie stosuje zaleceń dietetycznych na co dzień. Zadowolający jest fakt, że w obu badanych grupach stwierdzono utrzymywanie prawidłowej masy ciała w większości przypadków (ok. 90%). Niepokój może budzić zbyt mała aktywność ruchowa szczególnie na kierunku pielęgniarstwo. Kolejnym znaczącym czynnikiem niekorzystnym dla zdrowia jest palenie papierosów przez 21% badanych, szczególnie, że dotyczy to studentów uczelni medycznej, gdzie świadomość szkodliwości tego nałogu powinna być zdecydowanie większa.

**SŁOWA KLUCZOWE:** zachowania zdrowotne, studenci, styl życia.

### ABSTRACT

**Introduction.** The health behaviour of students consists of three elements: a lifestyle, daily physical activity and eating habits. Pro-health behaviour such as a diet, the maintenance of regular body weight, physical activity, not smoking have a positive proven influence on health, the quality and length of life.

**Aim.** The aim of this study was to analyze selected health behaviour of students of the Faculty of Health Science of the Wrocław Medical University.

**Material and methods.** The research was conducted in 2013 among the students of Nursing and Medical Emergency of the Medical University by a diagnostic poll method. The average age of the respondents was from 19 to 24 years. The survey involved 98 students.

**Results and conclusions.** The survey and the analysis of the results let us to conclude that the experimental group of students have a good knowledge of proper nutrition rules, but more than half of the respondents (52%) do not follow the dietary guidelines every day. Satisfactory is the fact that in both groups regular body weight was found in most cases (about 90%). The anxiety can be caused by a low level of physical activity at the Department of Nursing. Another significant factor which is harmful to health is smoking, found in 21% of the respondents, which is really inappropriate especially when it concerns medical university students, among whom the awareness of the deleterious effects of smoking should be much greater.

**KEYWORDS:** health behaviour, students, a lifestyle.

### Wstęp

Na zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej składają się trzy elementy: styl życia, codzienna aktywność ruchowa oraz nawyki żywieniowe. Wśród zachowań zdrowotnych określanych jako postępowanie, działania, które bezpośrednio lub pośrednio wpływa-

ją na zdrowie i samopoczucie człowieka wyróżniamy sprzyjające zdrowiu oraz mu zagrażające. Zachowania prozdrowotne, takie jak prawidłowe odżywianie, zachowanie prawidłowej masy ciała, umiarkowana aktywność fizyczna, niepalenie papierosów i ograniczenie spożycia alkoholu mają udowodniony pozytywny wpływ na stan

zdrowia oraz jakość i długość życia. Sposób żywienia i aktywność fizyczna to najważniejsze elementy stylu życia. Odżywianie, a więc jakość spożywanych posiłków i ich ilość w ciągu doby, stanowi o optymalizacji wydolności psychicznej i stanie zdrowia człowieka. Wadliwa dieta jest czynnikiem etiopatogenezy wielu tzw. metabolicznych schorzeń cywilizacyjnych. Prawidłowe żywienie jest jednym z podstawowych czynników środowiskowych, wpływających na optymalny rozwój oraz utrzymanie dobrego stanu zdrowia człowieka [1].

W opinii licznych autorów publikacji, wśród młodzieży akademickiej zaznacza się obniżenie aktywności ruchowej, a w związku z tym również pogorszenie sprawności fizycznej, nie bez znaczenia są także często występujące zachowania ryzykowne, takie jak palenie tytoniu czy nadużywanie alkoholu. Palenie papierosów stanowi dominujący czynnik zagrożenia zdrowia i życia człowieka. To jeden ze sposobów redukowania napięcia oraz form relaksu, ale jednocześnie to czynnik ryzyka chorób układu krążenia i oddechowego oraz nowotworów [2].

Celem pracy była analiza wybranych zachowań zdrowotnych (odżywianie, aktywność fizyczna, palenie tytoniu) w środowisku młodzieży akademickiej Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

## Materiał i metodyka

Badanie przeprowadzono w 2013 roku, metodą sondażu diagnostycznego w grupie studentów pierwszego roku studiów stacjonarnych Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu na kierunkach: pielęgniarstwo i ratownictwo. Omawiana grupa obejmowała 98 osób w przedziale wiekowym 19–24 lata.

W badaniu posługiwano się ankietą zawierającą pytania dotyczące aktywności ruchowej, nawyków żywieniowych i stylu życia oraz dane dotyczące pomiarów wagi ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego i tętna. W dniu przeprowadzania sondażu diagnostycznego dokonano pomiaru masy ciała i wzrostu na takiej samej dla wszystkich ankietowanych wadze lekarskiej. Pomiar wagi ciała i wzrostu niezbędny był do obliczenia wskaźnika BMI (ang. Body Mass Index), który pomógł określić niedowagę, nadwagę i otyłość wśród badanych. Według WHO prawidłową masę ciała określa się jako prawidłową, gdy wartość BMI jest w przedziale 18,5–25, powyżej jest nadwaga, poniżej niedowaga.

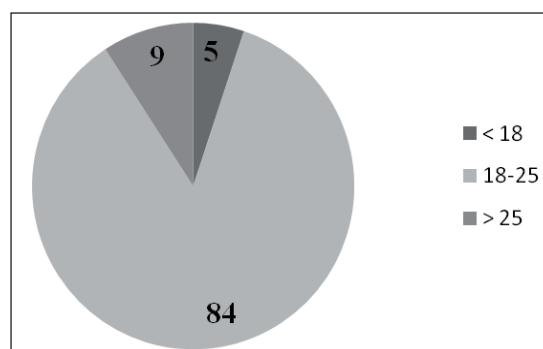
Ponadto u wszystkich badanych studentów dokonano pomiarów ciśnienia tętniczego i tętna. Badania przeprowadzili autorzy artykułu, towarzysząc ankietowanym i odpowiadając na ich pytania podczas wypełniania formularza.

## Wyniki

Na podstawie przeprowadzonego badania pomiaru ciśnienia tętniczego stwierdzono prawidłowe wartości

adekwatne do wieku studentów, czyli skurczowe do 139 mmHg, a rozkurczowe do 89 mmHg. Tętno w 65 przypadkach było w normie, natomiast lekko przyspieszone, czyli powyżej 80 uderzeń u 33 osób.

Po badaniu wagi ciała i wzrostu oraz obliczonego wskaźnika BMI wśród studentów ratownictwa stwierdzono prawidłową wagę ciała w 81,6% przypadków, niedowagę posiadało tylko 5,2%, a nadwagę 13,2% studentów. Podobnie kształtowały się wyniki wśród studentów pielęgniarstwa: prawidłową masę ciała posiadało 88,3 %, niedowagę 5%, a nadwagę 6,7% przypadków. Wskaźnik BMI dla całej grupy studentów przedstawia **rycina 1**.



**Rycina 1.** Wskaźnik BMI wśród studentów

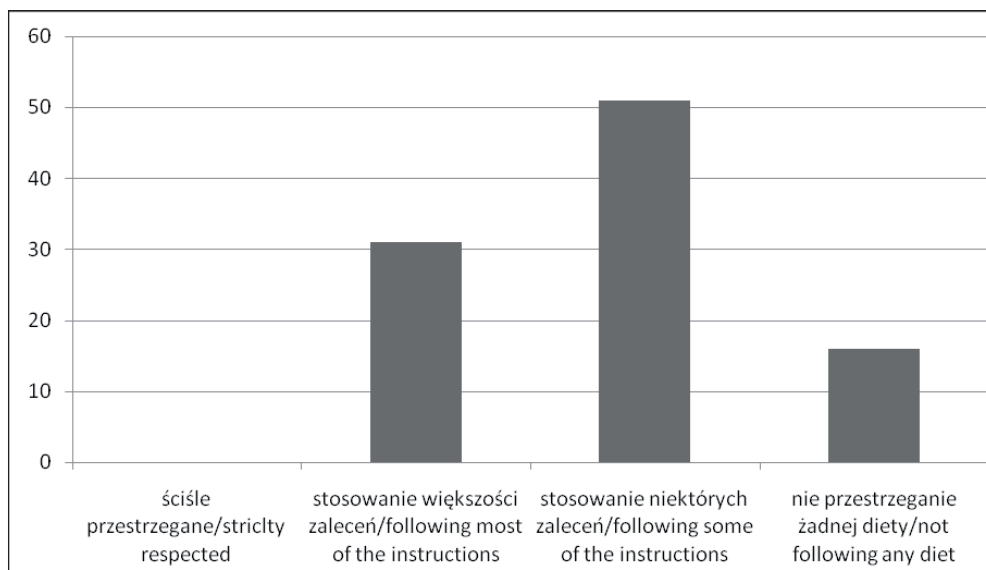
*Figure 1. BMI rate among students*

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Jeśli chodzi o stosowanie zaleceń dietetycznych, to zarówno w grupie studentów ratownictwa jak i pielęgniarstwa nikt nie przestrzegał ściśle zaleceń dietetycznych na co dzień. Większość zaleceń stosowali studenci ratownictwa (39,5%), a studenci pielęgniarstwa w 26,7% przypadków. Natomiast niektóre zalecenia dietetyczne stosowali w 47,4% studenci ratownictwa i 55% pielęgniarstwa, tylko 13% studentów ratownictwa nie przestrzegało żadnych zaleceń. Studenci z pielęgniarstwa w 55% przypadków nie stosowali żadnych zaleceń dietetycznych na co dzień. Stosowanie zaleceń dietetycznych w praktyce wśród studentów przedstawia **rycina 2**.

Na pytanie dotyczące uprawiania aktywności fizycznej odpowiedzi przedstawiały się następująco: Studenci ratownictwa uprawiali aktywność na co dzień w 63,1%, sporadycznie w 31,6% i nie uprawiało aktywności fizycznej 5,3% przypadków. Studenci pielęgniarstwa uprawiali aktywność fizyczną w 11,7%, nie uprawiali żadnej formy ruchu w 26,7% i sporadycznie uprawiali ruchowe formy w 61,6% przypadków. Wyniki przedstawia **tabela 1**.



**Rycina 2.** Stosowanie zaleceń dietetycznych w praktyce wśród studentów  
*Figure 2. Following dietary guidelines in practice among students*

Źródło: opracowanie własne  
*Source: author's own analysis*

**Tabela 1.** Wybrane czynniki zachowań prozdrowotnych wśród studentów.  
*Table 1. Chosen factors of pro-health student's behaviour*

Czynniki zachowań prozdrowotnych <i>The factors of pro-health behaviour</i>	Wartości <i>Values</i>	Studenci/Students			
		Ratownictwo <i>Medical emergency</i> 38 osób/people		Pielęgniarstwo <i>Nursing</i> 60 osób/people	
		N	[%]	n	[%]
BMI	< 18	2	5,2	3	5
	18–25	31	81,6	53	88,3
	> 25	5	13,2	4	6,7
Stosowanie zaleceń dietetycznych <i>Following dietary guidelines</i>	Tak, ściśle <i>Yes, precisely</i>	0	0	0	0
	Tak, większość <i>Yes, majority</i>	15	39,5	16	26,7
	Tak, niektóre <i>Yes, some</i>	18	47,4	33	55
	Nie przestrzega <i>Do not use</i>	5	13,1	11	18,3
Uprawianie aktywności fizycznej <i>Physical activity</i>	Tak/Yes	24	63,1	7	11,7
	Nie/No	2	5,3	16	26,7
	Sporadycznie <i>Occasionally</i>	12	31,6	37	61,6

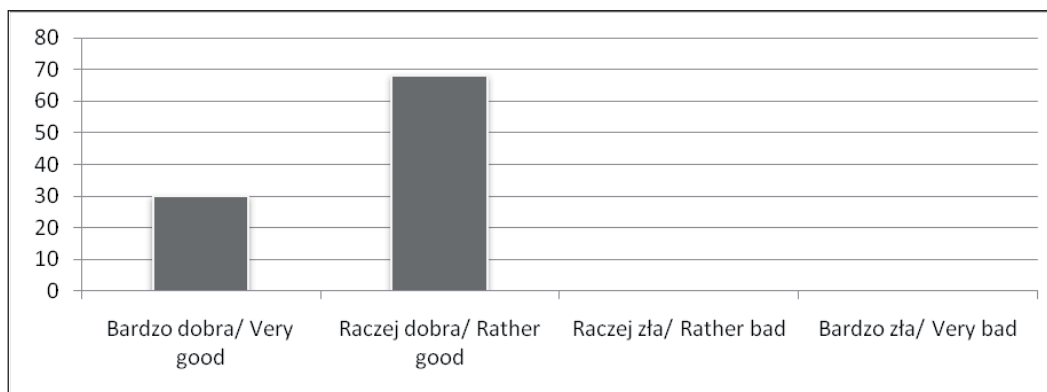
Legenda: n – liczba studentów BMI – wskaźnik oceny wagi ciała  
*Legend: n – number of students BMI – body mass index*  
 Źródło: opracowanie własne.  
*Source: author's own analysis.*

Na pytanie o ocenę swojego zdrowia, studenci ratownictwa w 60% odpowiedzi raczej dobrze ocenili swoje zdrowie, a w około 40% bardzo dobrze. Podobnie jest też w grupie studentów pielęgniarstwa, czyli 75% ocenia raczej dobrze, a 25% bardzo dobrze. W obu badanych grupach nie było innych propozycji odpowiedzi.

Analizując grupę jako całość sumarycznie to wynika, że 68 osób ankietowanych oceniało zdrowie raczej dobrze, a 30 osób oceniało bardzo dobrze (**Rycina 3**).

Na pytanie dotyczące stylu życia i jego ocenę, najczęściej studenci wybierali odpowiedź: raczej dobry styl życia (ok. 60%), następnie raczej zły (ok. 23%). Niewiele odpowiedzi padło na zdecydowanie dobry (ok. 8%), zdecydowanie zły (ok. 3%) oraz brak zdania (ok. 2%). Wyniki przedstawia **rycina 4**.

Jeśli chodzi o pytanie dotyczące przyczyn poprawy stylu życia na lepszy przy dopuszczalnych 2 odpowiedziach, najczęściej podano, iż chęć poprawy samopoczucia mogłaby być przyczyną zmiany stylu życia (54 odp.), na 2 miejscu pogorszenie stanu zdrowia (44 odp.), następnie wpływ bliskich osób (35 odp.), podobnie wiedza na temat zdrowia (31 odp.) i niewiele odpowiedzi padło na kampanie prozdrowotne i modę (**Rycina 5**).

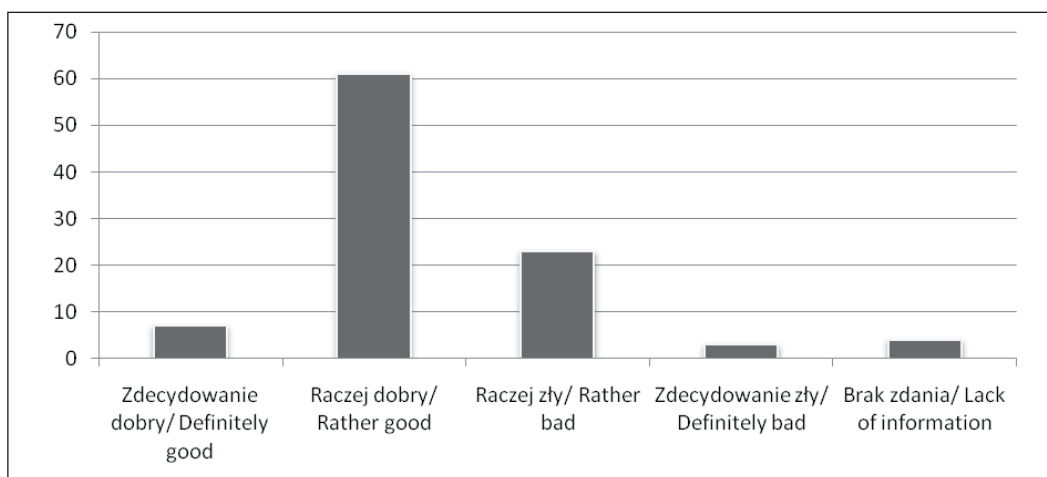


**Rycina 3.** Odpowiedzi wszystkich studentów nt. oceny swojego zdrowia

Figure 3. Students' responses to their own health evaluation

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis.

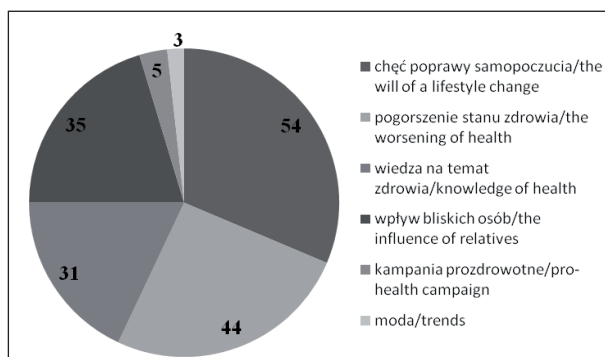


**Rycina 4.** Odpowiedzi studentów nt. oceny stylu życia

Figure 4. Students' responses to their own lifestyle evaluation

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis.



**Rycina 5.** Przyczyny zmiany stylu życia (dopuszczalne 2 odpowiedzi)

Figure 5. Reasons for lifestyle change (2 answers possible)

Źródło: opracowanie własne

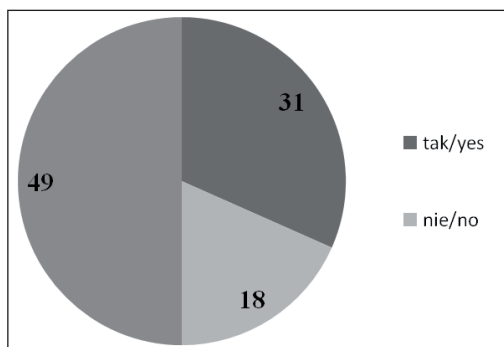
Source: author's own analysis.

Kolejne pytanie dotyczyło znajomości zasad racjonalnego odżywiania. Studenci podają, że znają te zasady (98% badanych). Stosowanie zaleceń dietetycznych w praktyce – na to pytanie udzielono następujących odpowiedzi: ściśle przestrzega tych zaleceń 0%, stosuje większość zaleceń 32%, stosuje niektóre zalecenia 52%, nie przestrzega żadnej diety 16%.

W pytaniu „Jak oceniasz zalecenia dietetyczne?” (można było wybrać maksymalnie dwie propozycje), studenci odpowiedzieli, że zalecenia te pozwalają uniknąć problemów zdrowotnych – 63 osoby, stanowią ważny element wiedzy o zdrowiu – 53 osoby, pozwalają zachować dobry stan zdrowia i prawidłową masę ciała – 31 odpowiedzi, ograniczają swobodę jednostki – 15

odpowiedzi, powodują stres – 10, i wymuszają dyscyplinę zdrowotną – 3 odpowiedzi.

Na pytanie o uczestnictwo w formach rekreacji ruchowej respondenci odpowiedzieli, że uczestniczą w różnych formach rekreacji ruchowej – 31 osób, nie biorą udziału w aktywności fizycznej – 18 osób i sporadycznie uprawiają aktywność ruchową – aż 49 osób (**Rycina 6**).



**Rycina 6.** Uczestnictwo studentów w formach rekreacji ruchowej

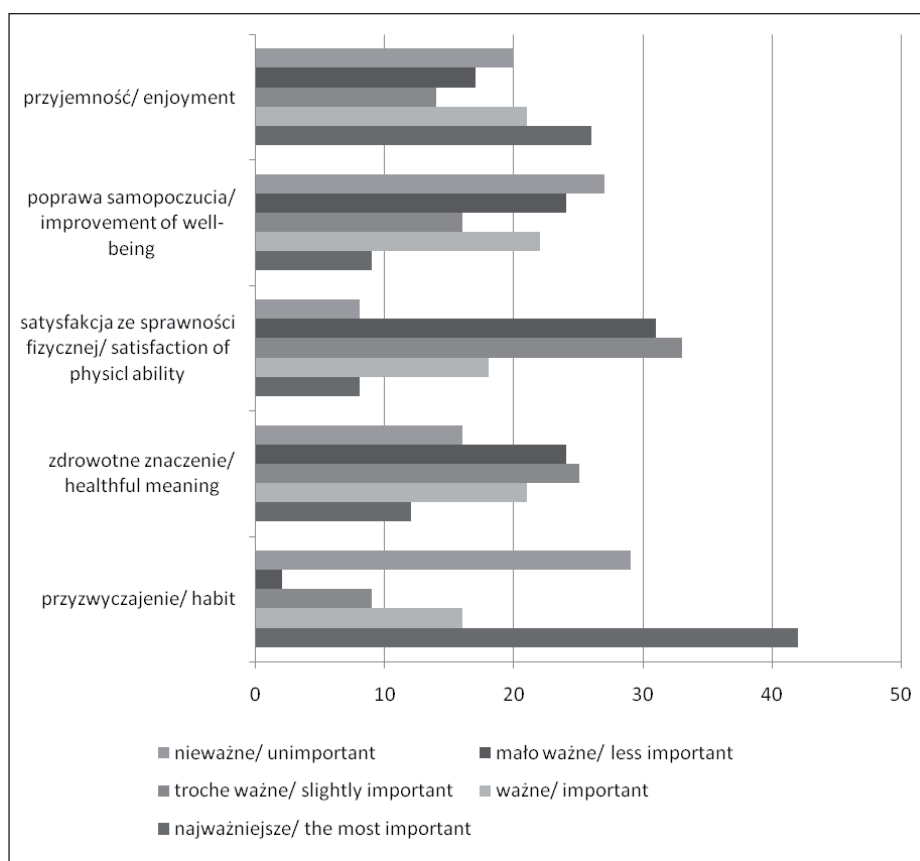
Figure 6. Students' participation in physical recreation

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

W pytaniu o motywy uprawiania sportu rekreacyjnego podano pięć propozycji motywów uprawiania rekreacji ruchowej (**Rycina 7**). Należało również ustalić ich hierarchię ważności. Przyzwyczajenie, jako motyw, najważniejsze było dla 45 osób a nieważne dla 39 osób; znaczenie zdrowotne – wyniki rozłożyły się bardzo wyrównanie, satysfakcja ze sprawności to dla większości trochę ważne (33 osoby) i mało ważne (31 osób); poprawa samopoczucia – wyniki są prawie równo rozłożone, czyli ważne dla 22 osób, trochę ważne dla 17 osób, mało ważne dla 24 i nieważne – 27 osób. Podobne były wyniki dla motywu podanego jako przyjemność – w kolejności: najważniejsze 26 osób, ważne 21, trochę ważne 14, mało ważne 17 i nieważne 20 odpowiedzi.

W pytaniu o powody nieuprawiania rekreacji ruchowej (przy wyborze dwóch odpowiedzi) najczęściej odpowiedzi padło na brak czasu – 82 osoby i lenistwo – 68 osób, pozostałe jak brak miejsca do uprawiania (12 odpowiedzi), brak towarzystwa (14 odpowiedzi) i brak przyjemności z uprawiania aktywności fizycznej (4 odpowiedzi) rozłożyły się równomiernie (**Rycina 8**).



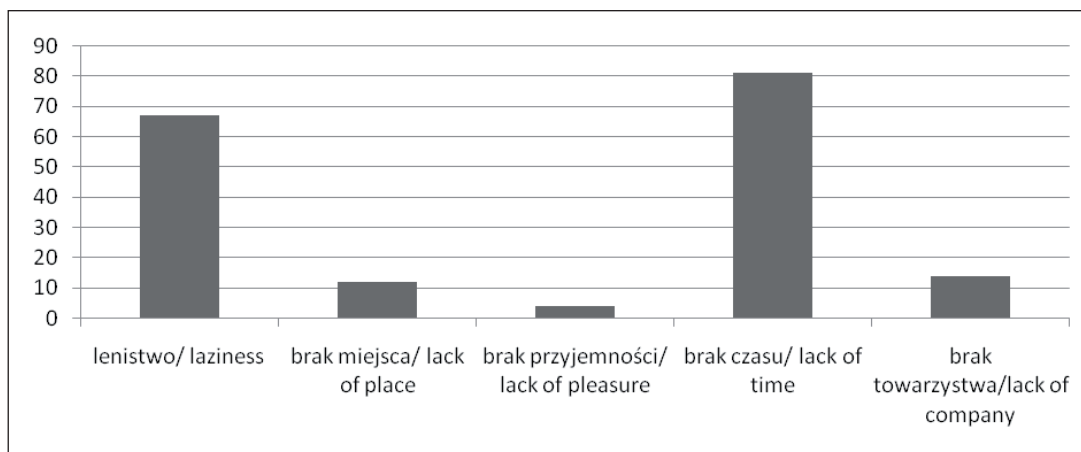
**Rycina 7.** Motywy uprawiania sportu rekreacyjnego wśród studentów

Figure 7. Motivators for doing recreational sports among students

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

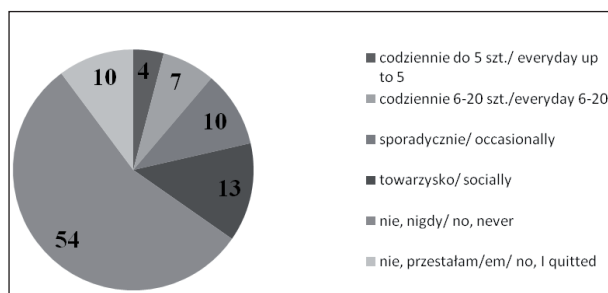




**Rycina 8.** Powody nieuprawiania rekreacji ruchowej wśród studentów  
*Figure 8. Reasons for not doing recreational activities among students*

Źródło: opracowanie własne  
 Source: author's own analysis

Zadowolające jest to, że 54 osoby nigdy nie paliły, codziennie do 5 sztuk papierosów palą 4 osoby, codziennie 6–20 sztuk pali 7 osób, sporadycznie 10 osób, towarzysko 13 osób, przestało palić 10 osób (**Rycina 9**).



**Rycina 9.** Palenie tytoniu wśród studentów  
*Figure 9. The level of smoking students*

Źródło: opracowanie własne  
 Source: author's own analysis

## Omówienie i dyskusja

Zachowania sprzyjające zdrowiu, czyli prozdrowotne są tematem bardzo aktualnym i są także przedmiotem zainteresowań wielu dyscyplin naukowych. Zachowania zdrowotne o negatywnym wpływie na zdrowie i rozwój człowieka są charakterystyczne dla młodszych grup wiekowych dorosłego życia niż w późniejszym jego okresie. Stąd działania w ramach profilaktyki pierwotnej wśród młodzieży mogą mieć kluczowe znaczenie w zapobieganiu chorobom wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego i diabetologicznego [3].

Z racji swojego przyszłego fachowego przygotowania do realizacji zadań zawodowych, grupą o szczególnym znaczeniu wśród młodych dorosłych są studenci kierunków medycznych, którzy powinni stanowić grupę z najwyższym poziomem zachowań zdrowotnych

w prowadzonym przez nich stylu życia [6]. W omawianym badaniu poruszono niektóre elementy stylu życia (elementy aktywności fizycznej, odżywiania i nałóg palenia tytoniu), prowadzone wśród studentów Pielęgniarstwa i Ratownictwa. Wykazano, że studenci deklarują wysoki poziom wiedzy o zdrowiu i stylu życia (ok. 98%), jednak wiedza ta nie przekłada się na zachowania prozdrowotne, co potwierdzają też inni badacze [4]. Analiza dwóch zmiennych, czyli wiedzy i zachowań zdrowotnych, ukaże nam szerszy kontekst znaczenia postrzeganej dysproporcji pomiędzy tymi zmiennymi. W publikacjach [5] dotyczących badania grupy lekarzy zaobserwowano, że 92% uznaje styl życia jako ważny czynnik determinujący zdrowie, a pomimo to ponad połowa badanych przyznaje, że prowadzony przez nich styl życia nie sprzyja zdrowiu, podobne wyniki uzyskano w omawianym badaniu, gdzie ok. 52% badanych nie stosuje zaleceń żywieniowych na co dzień. W innych badaniach [6], porównujących sposób odżywiania lekarzy i przedstawicieli innych zawodów, stwierdzono, że styl życia lekarzy nie jest o wiele zdrowszy niż laików, pomimo iż wiadomo, że ta grupa zawodowa cechuje się lepszą wiedzą na temat zdrowego stylu życia.

Ważną częścią zachowań zdrowotnych są nawyki żywieniowe. Sposób odżywiania się społeczności studentek nie jest prawidłowy, co prowadzi do nadwagi i otyłości, a w dalszej perspektywie do rozwoju chorób cywilizacyjnych, np. nadciśnienia, cukrzycy [7]. W badaniach własnych (obliczenie wskaźnika BMI) nadwaga dotyczyła ok. 9% badanych studentów, czyli stanowi stosunkowo niewielki odsetek w porównaniu z innymi badaniami. W grupie badanych studentów ze Śląska odsetek ten to 22%, a studentów Collegium Uniwersytetu Jagiellońskiego nieco niższy odsetek, bo ok. 13% [8].

Przeprowadzone wśród studentów badania amerykańskie ukazują, że nadwaga w Stanach Zjednoczonych dotyczy sporego odsetka badanych ok. 26%.

Analizując styl życia i zachowania zdrowotne, nie sposób nie wspomnieć o badanej w niniejszej pracy aktywności fizycznej. Uważa się, że to w ok. 25% najważniejsza część zachowań służących zdrowiu [6]. W omawianym badaniu własnym aktywność ruchową można określić jako średnio zadowalającą, ponieważ ok. 30% badanych uczestniczy w różnych formach aktywności, co ma odniesienie do podobnych wyników uzyskanych przez innych badaczy [7, 9] – według nich kilka razy w tygodniu ćwiczy 42% badanych studentów. Głównymi powodami nieuprawiania aktywności fizycznej, według respondentów w badanej pracy, jest lenistwo i brak czasu.

Ważnymi czynnikami determinującymi styl życia są również nałogi, w tym palenie tytoniu. Rozpowszechnienie palenia papierosów wśród studentów jest bardzo zróżnicowane. Niektóre badania są optymistyczne podając niewielką liczbę palących studentów, inne mniej optymistyczne. Badania w omawianej pracy i innych badaczy są tego przykładem. W badanej grupie studentów ok. 54% stanowiły osoby niepalące obecnie i w przeszłości, a czynni palacze stanowili ok. 21%, co ma potwierdzenie w grupie badanych studentów lubelskich uczelni [10, 11]. Wyniki tych badań są spójne z wynikami innych badaczy na temat nałogu palenia papierosów wśród studentów uczelni medycznych: ok. 23% studentów Wydziału Farmaceutycznego w Łodzi przyznaje się do palenia. Wyniki te są zbliżone także do wyników badań prowadzonych wśród studentów WNoZ w Poznaniu [11].

Z badań wynika, że palenie tytoniu nie cieszy się wśród badanych dużą popularnością, a studenci kierunków medycznych powinni być grupą świadomą i zdającą sobie sprawę z negatywnego wpływu na zdrowie [11].

Reasumując, należy stwierdzić, że młodzież studiująca zalicza się do grupy osób podlegających socjalizacji edukacyjnej. Okres studiów może znacząco wpływać na zachowania w kontekście zdrowia. Wiąże się to z warunkami życia studenckiego, takimi jak tygodniowy i semestralny rytm pracy, egzaminy, kolokwia, relacje z rówieśnikami i pracownikami uczelni, a także życie prywatne. Przypuszcza się, że zmiana zachowań prozdrowotnych jest możliwa [12].

## Wnioski

Przeprowadzone badania i analiza ich wyników pozwalają stwierdzić, że:

1. Badana grupa studentów pielęgniarstwa i ratownictwa wykazała dobrą znajomość zasad

prawidłowego odżywiania, ale połowa studentów (ok. 52%) nie stosuje ściśle zaleceń dietetycznych na co dzień.

2. W obu badanych grupach stwierdzono utrzymywanie prawidłowej masy ciała (wartości prawidłowe wskaźnika BMI w granicach normy u ok. 90% studentów) .
3. Niepokój może budzić zbyt mała aktywność (ok. 30%) w różnych formach rekreacji ruchowej, szczególnie na kierunku Pielęgniarstwo.
4. Kolejnym znaczącym czynnikiem niekorzystnym z punktu widzenia prozdrowotnego stylu życia jest palenie papierosów przez 21% badanych, szczególnie, że dotyczy to studentów uczelni medycznej, gdzie świadomość szkodliwości tego nałogu powinna być zdecydowanie większa.

## Piśmiennictwo

1. Tuszyńska-Bogucka V. Styl życia a zdrowie. Lublin: Wyd. Czelej; 2005. 11–12.
2. Mojs E, Cybulski M, Strzelecki W. Motywy palenia wśród studentów poznańskich wyższych uczelni. Analiza porównawcza. *Przegl Lek.* 2008; 65(10): 560–561.
3. Ślusarska B, Kulik TB, Piasecka H, Pacian A. Wiedza i zachowania zdrowotne studentów medycyny w zakresie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. *Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu.* 2012; 18 (1): 19–26.
4. Zarzeczna-Baran M, Wojdak-Haasa E. Wiedza studentów akademii medycznej w Gdańsku o niektórych elementach stylu życia. *Probl Hig Epidemiol.* 2007; 88(1): 55–59.
5. Lewtak K. Zachowania zdrowotne lekarzy rodzinnych w relacji do samooceny ich zdrowia. *Zdr Publ.* 2008; 118(1): 8–14.
6. Cymerys M, Andrzejewska M, Nowicki M, Kałos U, Klimczak M. Nawyki żywieniowe lekarzy oraz osób z wyższym wykształceniem niemedycznym – analiza porównawcza. *Endokrynol Otyłość.* 2009; 5(3): 141–142.
7. Bajerska-Jarzębowska J, Jeszka J, Człapka-Matyasik M, Zielke M. Sposób żywienia, parametry antropometryczne stanu odżywienia i wydolność fizyczna wybranej grupy studentów. *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość.* 2004; 3(40): 83–86.
8. Kolarczyk E, Kwiatkowski J, Lang-Młynarska D. Nutritional model and nutritional behaviors depending on BMI value among students of the Collegium Medium of Jagiellonian University in Cracow. *Przegl Lek.* 2003; 60(6): 43–47.
9. Krzych Ł. Analiza stylu życia studentów Śląskiej Akademii Medycznej. *Zdr Publ.* 2004; 114(1): 67–70.
10. Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 r. Publikacja GUS, [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL\\_stan\\_zdrowia\\_2004\\_teryt.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_stan_zdrowia_2004_teryt.pdf) (data dostępu 15.06.2014).
11. Rasińska R, Nowakowska I. Palenie tytoniu wśród studentów – porównanie badań własnych z literaturowymi. *Przegl Lek.* 2012; 69 (10): 888–892.
12. Binkowska-Bury M, Marć M, Januszewicz P. Wiedza o zdrowiu a zachowania ryzykowne w środowisku młodzieży akademickiej. *Medycyna Ogólna.* 2010; 16(XLV),1: 100–112.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.06.2014  
Artykuł przyjęty do publikacji: 30.08.2014

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.  
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

**Adres do korespondencji:**

Wiesława Bogdan  
ul. Na Polance 10c/7  
51-109 Wrocław  
tel. 662 067 779  
e-mail: [wieslawa.bogdan@umed.wroc.pl](mailto:wieslawa.bogdan@umed.wroc.pl)  
Zakład Nauki Zawodu  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

# STYL ŻYCIA CIĘŻARNYCH Z NADMIERNĄ MASĄ CIAŁA

## LIFESTYLE OF PREGNANT WOMEN WITH EXCESSIVE BODY MASS

Justyna Gibas, Katarzyna Kopeć-Godlewska

Studentki II roku studiów magisterskich, kierunek położnictwo  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Otyłość staje się jednym z największych zagrożeń we współczesnym świecie. Jednym z głównych determinantów nadmiernej masy ciała jest niezdrowy styl życia.

**Cel.** Ocena aktywności fizycznej oraz nawyków żywieniowych ciężarnych z nadmierną masą ciała.

**Material i metody.** Badaniem objęto 62 kobiety z nadmierną masą ciała hospitalizowane na Oddziale Położnictwa i Perinatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Do badań zastosowano kwestionariusz wywiadu własnej konstrukcji.

**Wyniki.** Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 29,4 lata. Przewidywany indeks masy ciała wynosił 32,07 kg/m<sup>2</sup>. Z przeprowadzonych badań wynika, że dieta ciężarnych z nadmierną masą ciała nie zawierała niezbędnych składników odżywczych. Ponadto prawie wszystkie respondentki wybierały mało aktywny tryb życia. Żadna z kobiet nie spożywała alkoholu, nie paliła papierosów oraz nie zażywała narkotyków.

**Wnioski.** Wiedza na temat prawidłowego stylu życia w ciąży wśród kobiet z nadmierną masą ciała nadal jest niewystarczająca. Aby uzupełnić braki wiedzy, potrzebna jest interdyscyplinarna współpraca kompetentnych pracowników opieki zdrowotnej.

SŁOWA KLUCZOWE: ciąża, nadmierna masa ciała, styl życia.

### ABSTRACT

**Introduction.** Obesity is currently one of the major health problems in the contemporary world. One of the main determinants of excessive body mass is unhealthy lifestyle.

**Aim.** The evaluation of physical activity and nutritional behavior of pregnant women.

**Material and methods.** The experimental group includes 62 women with excessive body mass hospitalized in University Hospital in Cracow. The author's own questionnaire was applied as the study method.

**Results.** The average age of examined women amounted to 29.4 years. The average body mass index was 32.07 kg/m<sup>2</sup>. It results from conducted examinations that the diet of pregnant women with the excessive body weight did not contain essential nutrients. Moreover, almost all respondents chose not very active lifestyle. None of women drank alcohol, smoked cigarettes or took drugs.

**Conclusions.** The knowledge about a proper lifestyle among pregnant women with the excessive body mass is still not sufficient. In order to supplement lacks of knowledge an interdisciplinary cooperation among competent employees of healthcare is needed.

KEYWORDS: pregnancy, excessive body mass, lifestyle.

### Wstęp

Otyłość stała się jedną z najpoważniejszych chorób cywilizacyjnych XXI wieku. Ciągły pośpiech, łatwa dostępność wysokoenergetycznych produktów żywnościowych, mało aktywny tryb życia oraz nakładający się stres owocują wzrostem tendencji do występowania nadmiernej masy ciała wśród społeczeństwa. Epidemia otyłości dotyka również praktyki położniczej, niosąc ze sobą wiele negatywnych konsekwencji, zarówno dla matki, jak i płodu [1, 2].

Zgodnie z modelem pól zdrowia, wprowadzonym przez kanadyjskiego ministra zdrowia Marca Lalonde'a, styl życia wpływa w niemal 55% na zdrowie człowieka. Mówiąc o stylu życia ciężarnych, mamy przede wszystkim na myśli ich aktywność fizyczną w czasie trwania ciąży, zachowania żywieniowe oraz stosowanie uży-

wek. Styl życia jaki prowadzą ciężarne istotnie wpływa na pogłębianie się otyłości [3].

### Definicje

Według obowiązującej definicji, otyłość jest przewlekłą chorobą metaboliczną wynikającą z zaburzenia homeostazy energii. Jej pierwotną przyczyną są zaburzenia popędu żywieniowego prowadzące do zwiększenia się ilości tkanki tłuszczowej w organizmie; w miarę nasilania się tego procesu oraz w miarę upływu czasu pojawiają się patologie i dysfunkcje dotyczące wszystkich w istocie procesów i układów [4].

Mianem stylu życia określa się całokształt cech charakterystycznych dla zachowania się jednostki lub zbiorowości, ujawniający się zwłaszcza w życiu codziennym [5].

Wskaźnik masy ciała (Body Mass Index – BMI) to zależność między masą ciała a wzrostem. Wielkość wskaźnika BMI służy jako kryterium klinicznej klasyfikacji wielkości masy ciała ustalonej przez WHO [4].

## Cel pracy

Celem pracy była ocena aktywności fizycznej oraz nawyków żywieniowych ciężarnych z nadmierną masą ciała przebywających na Oddziale Położnictwa i Perinatologii w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie.

## Materiał i metoda

Badania zrealizowane zostały dwuetapowo – od czerwca do września 2013 roku oraz od listopada 2013 do lutego 2014 roku wśród 62 ciężarnych z nadmierną masą ciała, hospitalizowanych na Oddziale Położnictwa i Perinatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

Do przeprowadzenia badań wykorzystano kwestionariusz wywiadu własnej konstrukcji, który był głównym narzędziem badawczym. Poruszone zostały w nim tematy takie jak: codzienna dieta, aktywność fizyczna, a także stosowanie używek. Zebrano także informacje dotyczące wieku, wykształcenia, masy ciała sprzed ciąży oraz wzrostu, co posłużyło do obliczenia BMI ciężarnych. Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej.

## Charakterystyka grupy badanej

Badane kobiety były w wieku od 18 do 37 lat. Średnia wieku wynosiła 29,4 lat. Największy odsetek badanych stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 26–30 lat, natomiast najmniejszy udział miały ciężarne w wieku poniżej 20 lat.

**Tabela 1.** Charakterystyka badanych ze względu na wiek – rozkład liczbowy i procentowy

*Table 1. Description of respondents based on the age – numerical and percentage distribution*

Przedział wiekowy badanych Age range	Liczba osób Number of respondents (n)	Odsetek badanych Percentage of respondents (%)
< 20	4	6%
20–25	10	16%
26–30	24	39%
31–35	14	23%
> 35	10	16%
Σ	62	100%

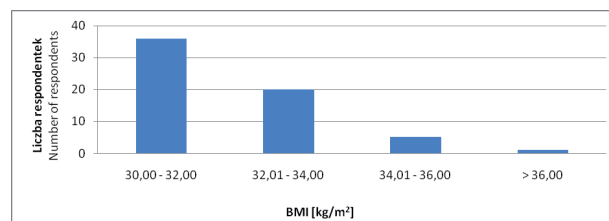
Badane kobiety w znacznej większości (52%) posiadały wykształcenie wyższe. Pozostałe ciężarne deklarowały wykształcenie średnie (29%) oraz zawodowe (16%), a jedynie 3% respondentek zakończyło swoją edukację na wykształceniu podstawowym.

**Tabela 2.** Podział badanych ze względu na wykształcenie – rozkład liczbowy i procentowy

*Table 2. Division of respondents based on the education – numerical and percentage schedule*

Wykształcenie Education	Liczba osób Number of respondents (n)	Odsetek badanych Percentage of respondents (%)
Podstawowe/Primary	2	3 %
Zawodowe/Vocational	10	16 %
Średnie/Secondary	18	29 %
Wyższe/Higher	32	52 %
Σ	62	100 %

Wszystkie ciężarne zbadano w III trymestrze ciąży, pomiędzy 35. a 40. tygodniem jej trwania. Średnie BMI przed ciążą badanych respondentek wynosiło 32,07 kg/m<sup>2</sup>. Rozkład indeksu masy ciała ciężarnych kobiet przedstawia poniższy wykres.



**Rycina 1.** Rozkład BMI respondentek przed ciążą

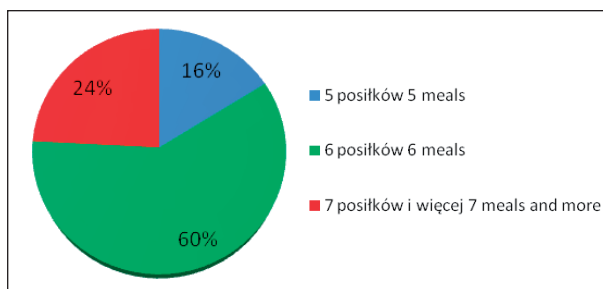
*Figure 1. BMI distribution of respondents before pregnancy*

Wskaźnik BMI badanych kobiet przed ciążą dla 36 ciężarnych mieścił się w przedziale 30,00–32,00. U 20 respondentek BMI wynosiło od 32,01 do 34,00. BMI 5 kobiet zawierało się w zakresie 34,01–36,00. Jedna kobieta posiadała BMI powyżej 36.

## Wyniki badań

Przeważająca część ciężarnych z nadmierną masą ciała spożywała 6 posiłków dziennie, co stanowiło 60% badanej grupy. 24% respondentek spożywało 7 i więcej posiłków, natomiast 16% stanowiła grupa spożywająca 5 posiłków dziennie.





**Rycina 2.** Ilość spożywanego posiłków przez respondentki  
*Figure 2. Amount of meals eaten by respondents*

Dieta respondentek obfitowała przede wszystkim w węglowodany i tłuszcze, natomiast brakowało w niej warzyw i owoców. W większości posiłków w ciągu dnia dominowały takie produkty jak: wędliny, sery żółte, jaja, jasne pieczywo. Podczas obiadów kobiety znacznie częściej spożywały mięso, a zdecydowanie rzadziej ryby. Dieta badanych ciężarnych bogata była również w produkty z wysokim indeksem glikemicznym, między innymi ryż czy też ziemniaki.

Niemal wszystkie respondentki pomiędzy głównymi posiłkami jadły dodatkowe przekąski. Kobiety najczęściej zjadały przede wszystkim słodkie: lody, czekolady, batoniki, ciastka, drożdżówki, pączki. Często sięgały również po słone przekąski między innymi: chipsy, krakersy oraz paluszki.

Kobiety ciężarne zadeklarowały, że w czasie trwania ciąży nie spożywały alkoholu, nie paliły papierosów oraz nie stosowały żadnych środków odurzających.

Respondentki preferowały bierny wypoczynek w postaci oglądania telewizji, siedzenia przed komputerem czy też czytanie książek, argumentując taki wybór zmęczeniem pracą. Zdecydowana większość ankietowanych kobiet twierdziła także, że aktywność fizyczna ze względu na ciążę jeszcze bardziej została ograniczona. Ciężarne zaczęły prowadzić bardziej leżący tryb życia, zrezygnowały z pracy zawodowej oraz stopniowo eliminowały obowiązki domowe.

Z przeprowadzonych badań wynika, że mało aktywny tryb życia implikuje wiele trudności w codziennym funkcjonowaniu. 84% respondentek stwierdziło, że posiada problemy z czynnościami dnia codziennego. Najczęściej wymieniane problemy przedstawia poniższa tabela.

Najczęstszą trudnością podawaną przez ciężarne było poruszanie się. W tej grupie czynności dominowały problemy w poruszaniu się po schodach, korzystaniu ze środków komunikacji, a także przemieszczaniu się poza miejsce zamieszkania (np. spacer). Wśród czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego respondentki wymieniały głównie trudności w: sprzątnięciu, robieniu zakupów, gotowaniu.

**Tabela 3.** Najczęstsze trudności w codziennym funkcjonowaniu ciężarnych z nadmierną masą ciała

*Table 3. The most frequent problems of pregnant women with the excessive body weight*

Rodzaj trudności <i>Type of difficulty</i>	Liczba kobiet <i>Number of respondents</i>	
	n	%
Poruszanie się/ <i>Motion</i>	35	66
Schylanie, wiązanie butów/ <i>Stooping, tying shoes</i>	8	15
Ubieranie, rozbieranie/ <i>Dressing, undressing</i>	3	6
Prowadzenie gospodarstwa domowego/ <i>Housekeeping</i>	7	13

## Dyskusja

Nadwaga lub otyłość u ciężarnych stanowi obecnie istotny problem w położnictwie. Przebieg ciąży i porodu u kobiet z nadmierną masą ciała związany jest ze zwiększonym ryzykiem powikłań, zarówno dla matki, jak i dziecka [1].

Ciąża jest stanem, w którym kobieta powinna szczególnie dbać o swoje zdrowie. Wysoki poziom zdrowia uwarunkowany jest przez prawidłowy styl życia [6]. Od momentu zajścia w ciążę matka staje się odpowiedzialna nie tylko za swoje zdrowie, ale także za przyszłe zdrowie dziecka, które się w niej rozwija [7].

Prawidłowy przebieg ciąży uwarunkowany jest odpowiednio zbilansowaną, racjonalną dietą kobiety, która powinna być zróżnicowana w produkty spożywcze dostarczające niezbędnych mikroelementów [8–12]. Jak wynika z powyższych badań, rodzaj diety stosowany przez respondentki odbiegał od zalecanego wzorca. Kobiety spożywały zbyt dużą ilość obfitych posiłków oraz słodkich, tym samym dostarczały nadmierną ilość węglowodanów oraz tłuszczu. Ponadto zdecydowanie rzadziej kobiety ciężarne z nadmierną masą ciała spożywały owoce oraz warzywa, które powinny stanowić nieodzowny element racjonalnej diety ciężarnej.

Na uwagę zasługuje również fakt, że wśród kobiet nadal panuje błędne przekonanie, że w ciąży należy „jeść za dwoje”. Jest to mit, który powinien zostać zastąpiony podejściem „jeść dla dwojga” [9]. Ważna jest nie tylko ilość spożywanego pokarmu, ale przede wszystkim ich jakość. Dieta ciężarnej powinna być zróżnicowana w produkty spożywcze, dostarczające wartości odżywcze niezbędne do prawidłowego funkcjonowania zarówno organizmu matki, jak i płodu [8–12].

Wyniki powyższych badań wykazały, że poziom aktywności fizycznej ciężarnych z nadmierną masą ciała jest ograniczony. Ponadto ankietowane kobiety posiadały niski stan wiedzy na temat aktywności fizycznej

w czasie trwania ciąży. Większość z nich była przekonana, że w czasie ciąży aktywność fizyczna powinna być wyeliminowana, a bierny sposób wypoczynku jest zdecydowanie lepszy dla przebiegu ciąży i rozwoju dziecka. W przypadku braku przeciwwskazań medycznych, w świetle obecnej nauki umiarkowany wysiłek fizyczny jest zalecany w ciąży. Aktywność fizyczna w ciąży może przejawiać się między innymi w postaci ćwiczeń oddechowych, izometrycznych, rozluźniających, spacerów. Większość z tych ćwiczeń przygotowuje organizm matki do późniejszego porodu, a także do szybkiej regeneracji w okresie połogu, tak więc aktywny styl życia przynosi znaczne korzyści zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Zaletami ćwiczeń dla matki są: mniejsze ryzyko porodów urazowych, zmniejszenie ryzyka operacji położniczych, w tym cięcia cesarskiego, skrócenie czasu trwania porodu, a także szybsza regeneracja po porodzie. Organizm matki, który jest przygotowany znacznie lepiej radzi sobie w czasie wysiłku porodowego. Natomiast racjonalnie dobrana aktywność fizyczna matki przynosi dla dziecka korzyści w postaci lepszego dotlenienia w czasie porodu, łatwiejszego przechodzenia przez kanał rodny, rzadszego występowania urazów okołoporodowych oraz lepszego stanu ogólnego po porodzie [3, 13, 14].

Ponadto, jak wynika z przeprowadzonych badań, zmniejszona aktywność fizyczna przyczynia się do powstawania trudności w codziennym funkcjonowaniu. Trudności te, wynikają pośrednio z dolegliwości bólowych, takich jak: bóle kręgosłupa, obrzęki w obrębie kończyn, szybsze i częstsze zmęczenie fizyczne. Kobiety, aby uniknąć dolegliwości, które towarzyszą trudnościom w codziennym funkcjonowaniu stopniowo ograniczają swoją aktywność fizyczną. Tworzy to rodzaj błędnego koła, gdyż eliminacja aktywności, niesie ze sobą jedynie negatywne konsekwencje i pogłębia już istniejące dolegliwości.

Z uwagi na ogromną ilość komplikacji okołoporodowych istotne jest dotarcie do kobiet z nadwagą oraz otyłością, będących w wieku prokreacyjnym, jeszcze przed zajściem w ciążę, w celu redukcji ich wagi oraz zachęcenia tych kobiet do zmiany stylu życia [7]. Wprowadzenie racjonalnej diety, nawyków żywieniowych oraz aktywności fizycznej dostosowanej do możliwości i stanu zdrowia kobiety może zaowocować korzystnymi efektami, zarówno dla zdrowia matki, jak i dziecka.

## Wnioski

1. Wśród ciężarnych występują nadal duże braki w wiedzy na temat aktywności fizycznej w czasie trwania ciąży, a także racjonalnego sposobu odżywiania.
2. Istotna jest potrzeba dotarcia do kobiet z nadmierną masą ciała przed zajściem w ciążę,

w celu redukcji ich masy ciała oraz wprowadzenia edukacji na temat prawidłowego stylu życia w ciąży, a także późniejszej kontroli przyrostu masy ciała.

3. W celu edukacji kobiet ciężarnych i planujących ciążę potrzebna jest interdyscyplinarna współpraca lekarzy, położnych, pielęgniarek, dietetyków oraz fizjoterapeutów.

## Piśmiennictwo

1. Ulman-Włodarz I, Nowosielski K, Romanik M, Pozowski J, Krawczyk P. Przebieg ciąży i porodu u ciężarnych z nadmierną masą ciała. *Ginekol Pol.* 2009; 80: 744–751.
2. Seremak-Mrozikiewicz A, Drews K, Nowocień G, Kaluba-Skotarczak A. Otyłość ciężarnych jako problem w położnictwie. *Ginekol Pol.* 2007; 78: 234–238.
3. Fraś M, Gniadek A, Poznańska-Skrzypiec J, Kadłubowska M. Styl życia kobiet w ciąży. *Hygeia Public Health.* 2012; 47(4): 412–417.
4. Tatoń J, Czech A, Bernas M. Otyłość zespół metaboliczny. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007. 26–40.
5. Betlejewski S. Choroby społeczne, cywilizacyjne, czy choroby stylu życia? *Wiadomości Lekarskie* 2007; LX 9 – 10: 489–492.
6. Wysocki MJ, Miller M. Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne. *Przegl Epidemiol.* 2003; 57: 505–512.
7. Strzelec-Polewka I, Droszdol A, Skrzypulec V. Otyłość i jej konsekwencje dla kobiet w ciąży. *Wiadomości Lekarskie* 2009; LXII 4: 257–261.
8. Bojar I, Humeniuk E, Wdowiak L, Miotła P, Warchoń-Stożewska E, Włoch K. Zachowania żywieniowe kobiet ciężarnych. *Probl Hig Epidemiol.* 2007; 88(1): 74–77.
9. Okręglicka K. Zasady żywienia w ciąży niepowikłanej. W: Wielgoś M. (red.). *Biblioteka ginekologa praktyka – Żywnienie kobiet w ciąży.* Via Medica Gdańsk 2013; 26–29.
10. Suliga E. Zachowania żywieniowe kobiet w ciąży, *Pediatric Endocrinology, Diabetes and Metabolism* 2011; 17: 76–81.
11. Ortega RM. Dietary guidelines for pregnant woman. *Public Health Nutr.* 2001; 4: 1343–1346.
12. Taylor M, Galanis E. Food safety during pregnancy. *Can Fam Physician.* 2010; 56: 750–751.
13. Borys B. Ćwiczenia gimnastyczne dla kobiet oczekujących dziecka. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000. 18–45.
14. Bręborowicz GH (red.). *Położnictwo i Ginekologia.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010. I: 169–170.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.06.2014

Artykuł przyjęty do publikacji: 30.08.2014

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.  
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

## Adres do korespondencji:

Justyna Gibas

Cisiec, ul. Prymasa Stefana Wyszyńskiego

34-350 Węgierska Górka

tel. 785 223 934

e-mail: justynakiel6@wp.pl

Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie



# FACEBOOK.COM JAKO NARZĘDZIE MARKETINGOWE PORADNI PSYCHIATRYCZNO-PSYCHOLOGICZNEJ

## FACEBOOK.COM AS MARKETING TOOL PSYCHIATRIC-PSYCHOLOGICAL CLINIC

Agata Michalak<sup>1</sup>, Aleksandra Janus<sup>2</sup>, Agata Liberska<sup>3</sup>, Elżbieta Olek<sup>4</sup>

<sup>1</sup> NZOZ Poradnia Psychiatryczno-Psychologiczna KATHARSIS, Poznań

<sup>2</sup> Studentka III roku Wydziału Nauk o Zdrowiu UMP, kierunek zdrowie publiczne

<sup>3</sup> Studentka III roku Wydziału Nauk o Zdrowiu UMP, kierunek zdrowie publiczne, II roku SUM, kierunek fizjoterapia, przewodnicząca STN Młodych Menedżerów

<sup>4</sup> Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Facebook.com jest jednym z najbardziej znanych portali społecznościowych ostatnich czasów, które umożliwia dotarcie do szerokiego grona odbiorców przy małym nakładzie finansowym. Fanpage tworzony jest z myślą o promocji danej organizacji, wykorzystują go również poradnie psychologiczno-psychiatryczne. Jest to jeden ze sposobów na promowanie się bez łamania przy tym przepisów prawnych.

**Cel.** Przedmiotem pracy jest analiza profili podmiotów leczniczych na portalu społecznościowym.

**Materiał i metody.** Do analizy wybrano grupę 21 podmiotów leczniczych świadczących usługi ambulatoryjne z zakresu zdrowia psychicznego w całej Polsce. W celu zbadania możliwości wykorzystania portalu facebook.com do celów marketingowych poddano analizie ilość osób lubiących dany fanpage, datę założenia fanpage'a i aktywność (ilość zamieszczonych postów) na fanpage'ach z ostatnich 4 miesięcy – marca, kwietnia, maja i czerwca 2013 roku.

**Wyniki i wnioski.** Analizy aktywności fanpage'ów poszczególnych jednostek psychologiczno-psychiatrycznych wskazują na poziom popularności danego podmiotu. Nie wykazano korelacji pomiędzy popularnością danego fanpage'a (ilością polubień) a jego czasem funkcjonowania na portalu społecznościowym. Facebook.com jest prostym, tanim i skutecznym narzędziem marketingowym rozpowszechniającym informacje o firmach. Należy zmotywować zespół medyczny podmiotu leczniczego do angażowania się w funkcjonowanie firmowego fanpage'a.

SŁOWA KLUCZOWE: facebook.com, marketing, poradnia psychiatryczno-psychologiczna.

### ABSTRACT

**Introduction.** Facebook.com is one of the most popular social networks in recent times which makes it possible to reach a wide audience with a little financial outlay. The fanpage is created with a view to promote your organization, it is also used by psychological and psychiatric services. This is the way to promote oneself without breaking the law.

**Aim.** The aim of the study is to analyze profiles of therapeutic entities on a social network.

**Material and methods.** 21 groups of medical entities providing outpatient services in mental health in Poland were selected for the analysis. In order to research the possibility of using the portal facebook.com for marketing purposes the number of people who like fanpages, dates of founding fanpages and the activity (number of published posts) at fanpages for the last 4 months – March, April, May and June 2013 were analysed.

**Results and conclusions.** The fanpage activity analysis of individual psychological and psychiatric units indicate the level of the company popularity. The correlation between the popularity of fanpages and airtime was not demonstrated. Facebook.com is a simple, cheap and effective marketing tool to distribute information about companies. The medical team of the company should be motivated to engage in the fanpage functioning.

KEYWORDS: facebook.com, marketing, psychiatric-psychological clinic.

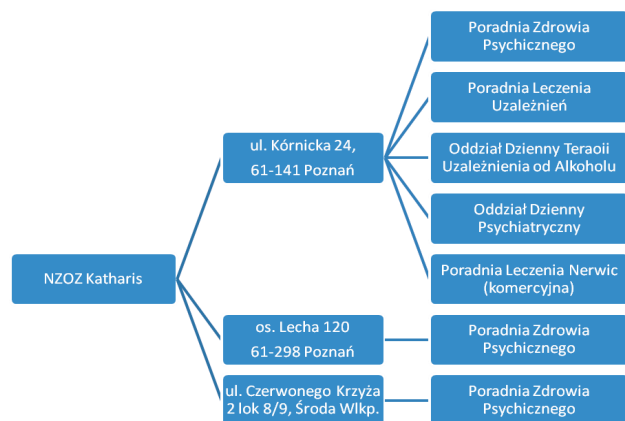
### Wstęp

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Psychiatryczno-Psychologiczna Katharsis w Poznaniu (NZOZ Katharsis) jest podmiotem leczniczym będącym przedsiębiorstwem świadczącym usługi medyczne z zakresu ochrony zdrowia psychicznego. NZOZ Katharsis świadczy usługi z zakresu zdrowia psychiczne-

go, leczenia uzależnień oraz psychogeriatry, przyjmuje pacjentów uzależnionych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, czyli wg ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, osoby chore psychicznie (wykazujące zaburzenia psychotyczne), upośledzone umysłowo oraz wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane

są do zaburzeń psychicznych, a osoby te wymagają świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym [1].

Strukturę organizacyjną NZOZ Katharsis stanowią trzy oddziały, którym podporządkowanych jest siedem komórek organizacyjnych (**Rycina 1**).



**Rycina 1.** Schemat komórek organizacyjnych NZOZ Katharsis  
*Figure 1. Diagram of NZOZ organization*

NZOZ Katharsis istnieje na poznańskim rynku usług medycznych od 14 lat świadcząc usługi zarówno w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, jak i w ramach wizyt komercyjnych.

W lipcu 2013 r. w poradni prowadzone były działania usprawniające funkcjonowanie placówki i zmierzające do poprawy jej wizerunku – ujednoczenie nagłówków dokumentów, maili, kopert i dostosowanie ich do jednego szablonu – logo, danych kontaktowych i czcionki.

Władze administracyjne poradni, chcąc rozszerzyć kampanię informacyjną o udzielanych świadczeniach zdrowotnych, rozważają możliwość poszerzenia działań z zakresu marketingu internetowego. Aktualnie wykorzystywanymi narzędziami informacyjnymi były strona internetowa oraz pozycjonowanie. Prowadzona jest również kampania google adwords. Dodatkowo NZOZ Katharsis chce stworzyć fanpage na portalu społecznościowym facebook.com, ponieważ jest to portal, który wyrósł na potężną platformę marketingową [2].

Na podstawie art. 14 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112 poz. 654 z późn. zm.) podmiot realizujący działalność leczniczą może do wiadomości publicznej przekazywać informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma informacji nie może mieć cech reklamy [3]. Naczelna Rada Lekarska 16 grudnia 2011 r. podjęła Uchwałę Nr 29/11/VI w sprawie szczegółowych

zasad podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu przez lekarzy, lekarzy dentyistów świadczeń zdrowotnych, zgodnie z którymi prowadzący praktykę lekarze mogą informować o udzielanych świadczeniach zdrowotnych między innymi poprzez zamieszczanie informacji na stronach internetowych [4].

Marketing Internetowy to sposób promocji towarów i usług za pomocą drogi elektronicznej, czyli Internetu. Dociera ona do stałych klientów, jak również do potencjalnych, których mamy nadzieję pozyskać. Promocja ta jest prowadzona online za pomocą narzędzi internetowych i może obejmować sprzedaż, reklamę, budowanie wizerunku marki, badania marketingowe oraz obsługę klienta. Poczta elektroniczna, reklamy online, biuletyny elektroniczne, programy lojalnościowe, werbunkowe i stowarzyszeniowe, dobrze zaprojektowany serwis internetowy pozwalają na tanią, szybką i interaktywną komunikację. Narzędzia te pomagają gromadzić dane o klientach, a następnie wykorzystać je do prezentowania zindywidualizowanych informacji o firmie i jej produktach.

**Kampanie reklamowe** to nie tylko bannery, billboardy czy mailing. Wraz z dynamicznym rozwojem mediów społecznościowych rośnie popularność reklam dostępnych w serwisach internetowych. Facebook.com jest jednym z najbardziej znanych portali społecznościowych ostatnich czasów. Ma już ponad 1 miliard użytkowników i z każdą godziną ta liczba wzrasta (w Polsce jest około 7 milionów użytkowników). Jest to bardzo prosty sposób dotarcia do szerokiego grona odbiorców przy minimalnych kosztach.

Jedną z wielu możliwości promowania swojej firmy na łamach facebooka jest fanpage. To profil publiczny, który jest tworzony dla celów marketingowych, promowania marki firmy. Każdy, kto posiada dostęp do Internetu może stworzyć fanpage. Zaczynając od osób publicznych, takich jak artyści, piosenkarze, aktorzy, stowarzyszenia, prywatne firmy, politycy, wielkie korporacje, przechodząc do profili tworzonych przez fanów postaci fikcyjnych, kończąc na „śmieciowych profilach”. Wszystko to, by promować i reklamować swoją działalność. By zaistnieć i być „na czasie” w Internecie, trzeba podążać za modą, a moda każe nam lubić, tworzyć i komentować to, co się dzieje w wirtualnym świecie.

Nie wystarczy założyć konto i czekać na wzrost popularności. Należy dbać o jego właściwy wizerunek. Do tego jest nam potrzebna odpowiednia strategia działania. Obejmuje ona wartość merytoryczną jak również wizualną. Podstawą jest strona główna. Powinna ona zawierać podstawowe informacje, ciekawe, przyciągające uwagę zdjęcia. By odpowiednio zwiększać zainteresowanie swoim kontem, należy stosować przeróżne formy zwiększające zainteresowanie, np. posty,

specjalne promocje dla fanów, organizować konkursy polegające na polubieniu profilu lub udostępnieniu na swojej tablicy. Ciekawym sposobem na zdobycie fanów jest „kuszenie sekretem” – użytkownik poznaje zagadnienie w momencie, gdy stanie się fanem tego fanpage. Podstawową pracą jest zamieszczanie zdjęć, wstawianie komentarzy, tworzenie wydarzeń i odpowiadanie na posty innych użytkowników [5].

## Cel pracy

Celem pracy jest projektowanie analizy profili podmiotów leczniczych na portalu społecznościowym facebook.com.

## Materiał i metody

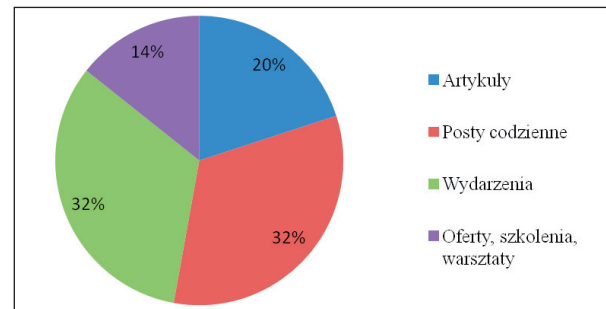
Do analizy wybrano grupę 21 podmiotów leczniczych świadczących usługi ambulatoryjne z zakresu zdrowia psychicznego w całej Polsce. W celu zbadania możliwości wykorzystania portalu facebook.com do celów marketingowych poddano analizie ilość osób lubiących dany fanpage, datę założenia fanpage'a i aktywność (ilość zamieszczonych postów) na fanpage'ach z ostatnich czterech miesięcy – marca, kwietnia, maja i czerwca 2013 roku. Analiza polegała na zliczeniu postów w danych miesiącach z podziałem na kategorie:

- artykuły (również filmy edukacyjne) – czyli artykuły naukowe lub popularno-naukowe pisane bezpośrednio na profilu lub zamieszczane w postaci linków do portali, a także filmów naukowych i popularnonaukowych;
- konkursy, promocje;
- życzenia okazjonalne – jeśli życzenia pojawiły się jeden raz lub więcej profil dostawał 1 pkt, jeśli nie pojawiły się – 0 pkt.;
- posty codzienne – wiadomości, które mają za zadanie zwrócić uwagę w różnej formie – zdjęć, sentencji, pytań, aktualności;
- wydarzenia – posty zapraszające na wydarzenia organizowane przez dany podmiot bądź przez inne organizacje;
- oferta, szkolenia, warsztaty – posty zawierające informacje i zaproszenia na różnego rodzaju świadczenia oferowane przez dany podmiot;
- aktywność ogółem – suma postów w danym miesiącu.

Analizowane fanpage dotyczyły 19 poradni psychologiczno-psychiatrycznych, poradni leczenia uzależnień, pracowni i gabinetów psychologicznych. Analizowane fanpage miały różną ilość lubiących – od 24 do 1954 osób. Założone były w czasie od 20 stycznia 2010 roku do 4 marca 2013 roku.

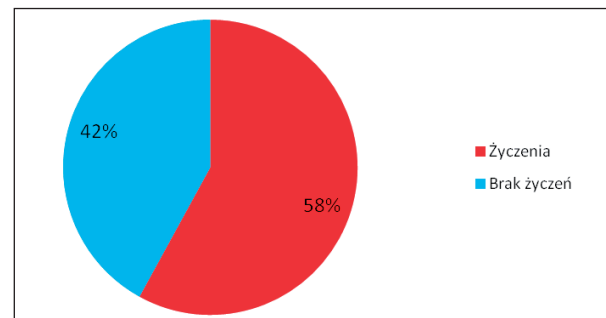
## Wyniki

Na **rycynie 2.** przedstawiono udział poszczególnych rodzajów postów w aktywności ogółem.



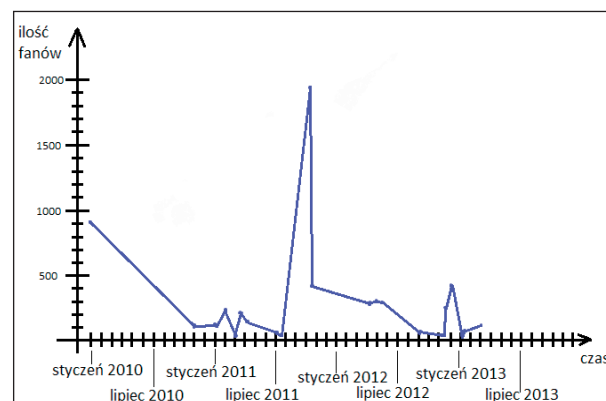
**Rycina 2.** Udział procentowy poszczególnych typów aktywności  
*Figure 2. Percentage of different types of activity*

Najczęściej umieszczane są zaproszenia na wydarzenia oraz posty codzienne (po 32%), następnie artykuły (20%), informacja o ofercie, szkoleniach i warsztatach (14%).



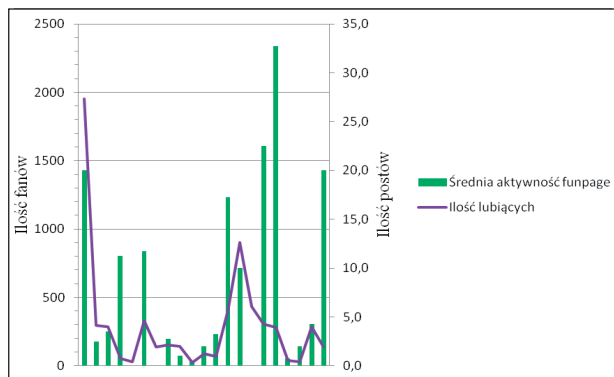
**Rycina 3.** Posty z życzeniami  
*Figure 3. Posts with greetins*

**Rycina 3.** przedstawia proporcje fanpage'ów, które zamieszczają posty z życzeniami okazjonalnymi, 58% podmiotów umieszcza je na swojej stronie, 42% nie umieszcza.



**Rycina 4.** Stosunek ilości fanów do daty założenia fanpage  
*Figure 4. The ratio of fans to the date of establishing the fanpage)*

Na **rycynie 4**, przedstawiono zależności między ilością fanów a czasem funkcjonowania w serwisie społecznościowym. Nie wykazano korelacji pomiędzy popularnością danego fanpage'a (ilością polubień) a jego czasem funkcjonowania na portalu społecznościowym.



**Rycina 5.** Stosunek ilości fanów do średniej aktywności  
*Figure 5. The ratio of the fans' average activity*

Co zatem wpływa na ilość fanów? **Rycina 5**, obrazuje zależność między średnią aktywnością oraz liczbą polubień. Wynika z niej, że można zauważyć pewną korelację między aktywnością a liczbą osób lubiących. Z całą pewnością można stwierdzić, że brak aktywności powoduje, że ilość polubień nie przekracza 30.

W analizowanych fanpage'ach jeden wyróżnia się ilością fanów – 1954. Tym, co wyróżnia ten profil od pozostałych jest forma prowadzenia strony – działa bardziej jak serwis psychiatryczno-psychologiczny niż informacja o danym podmiocie leczniczym. Oprócz wielu artykułów i postów codziennych (które są zamieszczane również na innych fanpage'ach) odbywają się tam panele dyskusyjne ze specjalistami na żywo. Przyciąga to dużą liczbę osób, które chętnie uczestniczą – potencjalnych pacjentów oraz pracujących psychologów i psychiatrów.

## Dyskusja

Przed podjęciem decyzji o założeniu fanpage'a na portalu facebook.com pracownicy administracji NZOZ Katharsis postanowili odpowiedzieć sobie na następujące pytania:

1. Czy obszar działalności poradni jest na tyle atrakcyjny, że znajdą się osoby, które polubią profil?
2. Jakie treści powinny się znaleźć na profilu?
3. Czy osoby, które będą chciały polubić profil poradni na facebook.com nie będą czuły obaw przed potencjalną możliwością ich stygmatyzacji przez znajomych na facebook.com?

4. Czy fanpage na facebook.com rzeczywiście przeloży się na zwiększenie ilości pacjentów w poradni NZOZ Katharsis? Jak można to zmierzyć?

Odpowiadając na pierwsze pytanie, należy zauważyć, że problem zdrowia psychicznego w polskim społeczeństwie jest nadal bagatelizowany. Co więcej, o osobach korzystających z usług psychiatrów, psychologów nadal krąży wiele stereotypów. Z uwagi na tą nie-sprzyjającą aurę często pacjenci poradni psychiatryczno-psychologicznych wstydzą się powiedzieć rodzinie bądź znajomym, że korzystają z takich usług. Należy się zatem zastanowić, czy potencjalni fani profilu poradni psychiatryczno-psychologicznej mogą przejawiać obawy przed dołączeniem do fanpage'a. Z drugiej strony fanpage'adze na portalu facebook.com mogą posłużyć jako narzędzie, które będzie łamało owe stereotypy. Z przeprowadzonej analizy wynika, że jeśli fanpage służy nie tylko jako narzędzie informacyjne, ale także jako serwis dotyczący zagadnień z dziedziny psychiatrii i psychologii, wówczas ma szansę na pozyskanie szerokiego grona fanów.

Przygotowując się do założenia fanpage, należy przemyśleć jakie treści powinny znaleźć się na stronie. Stworzenie strategii: co?, jak często i kto będzie umieszczał na profilu informacje jest niezbędne dla efektywnego działania fanpage'a. Trzeba wyznaczyć koordynatora, osobę, która oprócz zamieszczania i aktualizowania treści będzie motywować i egzekwować od innych specjalistów opracowanie artykułów, przeprowadzanie paneli tematycznych itp.

Atutem fanpage'a jest to, że łatwo można zamieścić na nim informacje. Automatyczne rozpowszechnianie informacji do osób, które staną się fanem danego fanpage'a jest kolejną zaletą serwisu facebook.com. Obsługa profilu nie jest trudna, należy poszukiwać odpowiedzi na pytanie – co umieścić na stronie? Z zebranych danych wynika, że im ciekawszy oraz aktywniejszy profil tym więcej osób go lubi. Po analizie fanpage'a wielu poradni można stwierdzić, że najlepiej jeśli funkcjonuje jako serwis, a nie tylko wizytówka podmiotu leczniczego. Zatem warto zamieszczać w nim:

1. Informacje dotyczące funkcjonowania placówki:
  - zakres działalności,
  - dokładny adres placówki, telefony, adres e-mail, strona internetowa,
  - godzina otwarcia rejestracji,
  - sposoby rejestracji,
  - spis lekarzy psychiatrów, psychologów oraz godziny ich pracy.
2. Posty:
  - artykuły, zdjęcia, cytaty, filmiki edukacyjne dotyczące treści psychologicznych,
  - informacje o ofercie,



- informacja o sylwetkach lekarzy psychiatrów i psychologów,
- zaproszenia na wydarzenia (w obrębie miasta, organizowane przez poradnię),
- wypowiedzi psychologów i lekarzy psychiatrów,
- czaty z psychologiem i/lub lekarzem psychiatrą,
- aktualności:
  - ✓ zmiany godzin pracy lekarzy psychiatrów, psychologów,
  - ✓ urlopy,
  - ✓ zmiany godzin pracy rejestracji,
  - ✓ inne informacje: np. remont itd.

W celu zbadania, czy popularność na portalu facebook.com ma odzwierciedlenie w pozyskaniu większej liczby pacjentów, należy wprowadzić słowną bądź piśmienną ankietę dla pacjentów korzystających z usług poradni NZOZ Katharsis. W momencie, kiedy pojawia się nowy pacjent, zadaje się mu pytanie: skąd pozyskał informacje poradni NZOZ Katharsis? Jedną z możliwych sugerowanych odpowiedzi powinna być: „serwis internetowy facebook.com”.

## Wnioski

1. Facebook.com jest prostym, tanim i skutecznym narzędziem marketingowym rozpowszechniającym informacje o firmach.
2. Warto założyć profil na facebook.com, natomiast należy przemyśleć jaki ma mieć charakter i konsekwentnie dodawać posty, tak by profil był „żywy”.
3. Fanpage w serwisie facebook.com powinien zawierać wszystkie aktualności dotyczące działania podmiotu leczniczego – pacjenci są zachęceni i zmotywani do śledzenia na bieżąco informacji zamieszczonych w Internecie.
4. Należy prowadzić badania sprawdzające czy rzeczywiście profil na facebook.com przyczynia się do zwiększenia liczby pacjentów.

5. Zmotywować zespół medyczny podmiotu leczniczego do angażowania się w funkcjonowanie firmowego fanpage'a poprzez m.in. przysyłanie przez lekarzy i psychologów ciekawych linków do stron internetowych, zawierających rzetelne informacje bądź poprzez pisanie krótkich artykułów poruszających interesujące pacjentów tematy.

Praca zrealizowana podczas praktyk studenckich 24.06.2013–21.07.2013 w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Poradni Psychiatryczno-Psychologicznej Katharsis w Poznaniu przy ulicy Kórnickiej 24.

## Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego Dz.U. 1994, nr 111 poz. 535, art. 3.
2. Treadaway C, Smith M. Godzina dziennie z Facebook marketingiem. Gliwice: Wydawnictwo Helion; 2011. 1–320.
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654 z późn. zm.
4. Uchwała Nr 29/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z 16 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu przez lekarzy i lekarzy dentyistów świadczeń zdrowotnych.
5. [http://www.cisco.com/web/PL/solutions/smb/webmarketing/wm\\_what.html](http://www.cisco.com/web/PL/solutions/smb/webmarketing/wm_what.html) [data dostępu listopad 2013]

Artykuł przyjęty do redakcji: 06.12.2013

Artykuł przyjęty do publikacji: 18.10.2014

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.  
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

## Adres do korespondencji:

Elżbieta Olek  
ul. Smoluchowskiego 3  
60-179 Poznań  
tel. 61 861-22-80  
e-mail: elolek@ump.edu.pl  
Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

# ■ WYBRANE ELEMENTY STYLU ŻYCIA WYZNAWCÓW ADWENTYZMU I KATOLICYZMU

## SELECTED LIFESTYLE ASPECTS OF SEVENTH-DAY ADVENTISTS AND CATHOLICS

Alicja Kucharska, Beata Sińska, Katarzyna Marszałek, Ewa Michota-Katulaska, Magdalena Zegan

Zakład Żywienia Człowieka  
Warszawski Uniwersytet Medyczny

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Adwentyzm i katolicyzm prezentują dwa różne podejścia do zagadnień zdrowia i stylu życia swoich wyznawców. Kościół Adwentystów Dnia Siódmego silniej ingeruje w styl życia i nawyki żywieniowe, a zalecenia ich dotyczące są integralną częścią religii. Katolicyzm natomiast nie oddziałuje tak istotnie w tych sferach życia, a jedynym elementem doktryny kościoła związanym z żywieniem i stylem życia są posty, które mają głównie charakter religijno-duchowy.

**Cel.** Celem badania była charakterystyka i porównanie wybranych elementów stylu życia, w tym sposobu żywienia, adwentystów i katolików.

**Materiał i metody.** W badaniu wzięło udział 52 wyznawców Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego oraz 42 członków Kościoła Katolickiego. Dobór grupy do badania był celowy. W ocenie stylu życia i sposobu żywienia posłużono się kwestionariuszem ankiety.

**Wyniki.** Analiza wyników wykazała istotne różnice pomiędzy badanymi grupami. Korzystniejsze zwyczaje żywieniowe prezentowali adwentyści (większa częstotliwość spożycia produktów zbożowych pełnoziarnistych, warzyw, owoców, mniejsza słodczy, kawy, herbaty i alkoholu). Wśród adwentystów zaobserwowano także częstsze występowanie zachowań prozdrowotnych w zakresie aktywności fizycznej oraz brak nałogu palenia tytoniu.

**Wnioski.** Styl życia adwentystów ma bardziej prozdrowotny charakter o czym świadczą, zarówno zwyczaje żywieniowe, jak i prezentowane elementy stylu życia. Istotne wydaje się promowanie prawidłowych zachowań w tych grupach wiernych, w których religia nie kładzie nacisku na zdrowy styl życia.

SŁOWA KLUCZOWE: religia, styl życia, sposób żywienia.

### ABSTRACT

**Introduction.** The Seventh-day Adventist Church and the Catholic Church present two distinct approaches to questions of health and lifestyle of their members. The Seventh-day Adventist Church interferes more strongly in the lifestyle and eating habits, incorporating recommendations pertaining to them into the religion. Catholicism does not influence those areas of life quite as substantially, and the only element pertaining to nutrition and lifestyle in the Church's doctrine is the fasts, whose character is chiefly religious and spiritual.

**Aim.** The aim of the study was to characterize and compare selected lifestyle elements of the members of the Seventh-day Adventist and Catholic Churches.

**Material and methods.** 52 members of the Seventh-day Adventist Church and 42 members of the Catholic Church took part in the study. The purposive sampling was employed. A questionnaire was used to evaluate the lifestyle and dietary habits of the respondents.

**Results.** The analysis of data showed considerable differences between the two groups. Seventh-day Adventists presented the more beneficial dietary habits (more frequent consumption of wholemeal products, fruit and vegetables, less frequent consumption of sweets, coffee, tea and alcohol). More frequent occurrence of healthy behaviours such as physical activity and an absence of tobacco use were noted.

**Conclusions.** The lifestyle of Seventh-day Adventists has more healthy features, as indicated by dietary habits and the lifestyle elements presented. It seems expedient to promote proper behaviours in the groups where religion does not emphasize a healthy lifestyle.

KEYWORDS: religion, lifestyle, diet.

## Wstęp

### Styl życia

Styl życia to pojęcie socjologiczne, oznaczające zespół charakterystycznych, wyróżniających się oraz powtarzalnych zachowań, tworzących określony wzór postępowania życia codziennego. Styl życia jest skutkiem

podejmowanych przez jednostki decyzji i wyborów, dokonywanych spośród znanych wzorów kulturowych, będących częścią obyczajów i norm zachowania przyjętych i akceptowanych w danej zbiorowości [1]. Ważną składową stylu życia jest stosunek do zdrowia, związany z zachowaniami mającymi na celu utrzymanie dobrej kondycji fizycznej oraz z eliminacją zachowań mu

zagrożających. Do zachowań prozdrowotnych zalicza się wszelkie nawyki, zwyczaje, czynności oraz wartości uznawane przez członków danego społeczeństwa za sprzyjające zachowaniu zdrowia. Należą do nich: regularna aktywność fizyczna, prawidłowy sposób żywienia, unikanie używek, odpowiednia ilość snu oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem. Styl życia kształtuje się w procesie szeroko pojętych warunków życia oraz indywidualnych wzorów zachowania, zdeterminowanych przez czynniki społeczno-kulturowe i cechy osobowe jednostki. Ważnym czynnikiem określającym specyfikę stylu życia może być także wyznawana religia [2].

### **Religia a styl życia**

Religia jest formą świadomości społecznej obejmującą grupę wierzeń związanych z genezą i celem istnienia człowieka oraz świata. Wierzenia i religie wywierają wpływ na życie człowieka w różnych jego aspektach, nie tylko emocjonalno-duchowych, ale również społecznych oraz kulturowych [3]. Do wyznań, których doktryny określają styl życia, w tym sposób żywienia swoich wyznawców należą, m.in. Kościół Adwentystów Dnia Siódmego oraz katolicyzm.

Kościół Adwentystów Dnia Siódmego jest wywodzącą się z chrześcijaństwa i protestantyzmu wspólnotą religijną, która powstała w Europie w XIX wieku. W Polsce istnieje od 1888 roku. Adwentyści wyznają tak zwaną „teologię zdrowia”, według której brak dbania o zdrowie traktowany jest jako łamanie przykazania „nie zabijaj”. W przekonaniu adwentystów zachowanie zdrowia fizycznego umożliwia rozwój duchowy, a prawidłowo skomponowana dieta może kształtować funkcjonowanie psychiki i pozytywnie na nią wpływać. Szczególne znaczenie przypisywane jest relacji między umysłem i rodzajem pożywienia oraz jego ilością. Bardzo ważne jest zachowanie umiaru, brak wstrzemięźliwości w jedzeniu i piciu postrzegany jest jako grzech, a nawet bałwochwalstwo. W adwentyzmie nie zaleca się spożywania substancji psychoaktywnych – alkoholu, narkotyków. Zaleca się także ograniczenie lub zupełne wyeliminowanie z diety używek (napojów kofeinowych, kawy, herbaty) oraz ostrych przypraw zawierających związki oddziałujące na układ nerwowy. Adwentyści promują dietę laktoowovegetariańską, opartą na warzywach, owocach, pełnoziarnistych produktach zbożowych, orzechach oraz nabiale o niskiej zawartości tłuszczu i zalecającą unikanie produktów o wysokim stopniu rafinacji. Ważnym elementem adwentystycznego stylu życia jest także przestrzeganie zasad dotyczących odpowiedniej ilości snu, a także regularnych ćwiczeń fizycznych [4].

Kościół Katolicki, będący największą na świecie chrześcijańską wspólnotą wyznaniową, w mniejszym

stopniu, niż Kościół Adwentystów Dnia Siódmego, określa zasady stylu życia swoich wyznawców. Nakazy religijne dotyczące sposobu żywienia ograniczają się tylko i wyłącznie do niektórych okresów w ciągu roku – postów. W chrześcijaństwie post to nie tylko wyłącznie fizyczne powstrzymanie się od spożywania posiłków, ale przede wszystkim duchowe wyrzeczenie się zła. Post jest wyrazem pokory umożliwiającym otwarcie się na Boga, służy duchowemu rozwojowi, umacnianiu silnej woli, pełni także rolę pokuty i zadośćuczynienia [5]. Kościół Katolicki wyróżnia post ścisły (jejunium) i powstrzymanie się od spożywania pokarmów mięsnych (abstinentia). Najważniejszym okresem postnym w roku liturgicznym jest Wielki Post. W okresie tym (w Środę Popielcową oraz Wielki Piątek) zalecany jest post ścisły (spożywanie jednego posiłku do syta w ciągu dnia) [6]. Wstrzemięźliwość od pokarmów mięsnych dotyczy także piątków całego roku, chyba że danego dnia wypada ważna uroczystość. Powyższe rodzaje postów obowiązują osoby od 14. do 60. roku życia. Episkopat polski zachęca również do zachowania wstrzemięźliwości w jedzeniu w Wigilię Bożego Narodzenia w związku z tradycyjnym charakterem tego dnia dla Polaków. Dodatkowym postem ustanowionym przez Kościół Katolicki jest tzw. post eucharystyczny nakazujący powstrzymanie się od spożywania wszystkich pokarmów i napojów, poza lekami i wodą, na godzinę przed przystąpieniem do komunii świętej. Tylko osoby w podeszłym wieku lub ciężko chore mają prawo przyjąć eucharystię nawet, jeśli spożyły coś w trakcie tej godziny [7]. Zgodnie z ustaleniami II Soboru Watykańskiego praktyki postne mogą być dostosowane do możliwości naszych czasów, miejsca zamieszkania i warunków życia wiernych. Najważniejszym postem, który zawsze należy zachowywać jest post paschalny (obowiązujący w Wielki Piątek) [8].

### **Cel pracy**

Celem pracy była charakterystyka wybranych elementów stylu życia, a w szczególności sposobu żywienia, wyznawców Adwentystów Dnia Siódmego oraz Kościoła Katolickiego. W pracy podjęto także próbę odpowiedzi na pytanie, czy rodzaj wyznawanej religii wpływa na prezentowany styl życia osób wierzących.

### **Materiał i metoda**

Badanie przeprowadzono wśród 94 dorosłych Adwentystów Dnia Siódmego (A) oraz wyznawców Kościoła Katolickiego (K). W doborze uczestników badania zastosowano dobór celowy, metodę kuli śniegowej. W celu zebrania informacji na temat wybranych elementów stylu życia adwentystów i katolików postużono się autorskim kwestionariuszem ankiety zawierającym



pytania dotyczące sposobu żywienia, stosowania używek oraz aktywności fizycznej i sposobów spędzania wolnego czasu. Dołączono także pytania związane ze stosowaniem nakazów religijnych w życiu codziennym, takich jak stosowanie diety wegetariańskiej przez adwentystów oraz postów przez katolików. Dodatkowo respondentów poproszono o podanie aktualnej wysokości oraz masy ciała. Na podstawie uzyskanych danych antropometrycznych obliczono wskaźnik masy ciała BMI (ang. *body mass index*) oraz dokonano jego klasyfikacji według kryteriów WHO (ang. *World Health Organization*).

Analizy statystycznej otrzymanych wyników dokonano za pomocą programu Statistica, wykorzystując metodę statystyki opisowej, test t-Studenta oraz test korelacji  $\chi^2$ . Za poziom istotności przyjęto  $p < 0,05$ .

## Wyniki

W badaniu udział wzięło 94 osób, w tym 52 adwentystów i 42 katolików. Odsetek kobiet w grupie adwentystów wynosił 50%, zaś wśród katolików 76%. Średni wiek adwentystów wynosił  $33,9 \pm 14,8$  lat, a katolików  $32,8 \pm 12,1$  lat, różnica wieku pomiędzy grupami nie była istotna statystycznie. Zarówno w grupie adwentystów, jak i katolików ponad połowa respondentów posiadała wykształcenie wyższe (odpowiednio 56% i 55% wskazań).

Charakterystykę danych antropometrycznych badanej grupy przedstawiono w **tabeli 1**. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w masie ciała i wartościach wskaźnika BMI pomiędzy badanymi grupami. Stwierdzono zbliżony odsetek osób z należną masą ciała (A-68%, K-71%) oraz nadwagą (A-23%, K-22%) bez różnic istotnych statystycznie.

**Tabela 1.** Charakterystyka grupy badanej (n = 94)  
*Table 1. Characteristics of the study group (n = 94)*

	Adwentysty (A) <i>Adventists (A)</i>		Katolicy (K) <i>Catholics (K)</i>	
	średnia $\pm$ sd <i>mean <math>\pm</math> sd</i>	zakres <i>range</i>	średnia $\pm$ sd <i>mean <math>\pm</math> sd</i>	zakres <i>range</i>
Masa ciała [kg] <i>Body weight [kg]</i>	68,5 $\pm$ 13,4	43–105	65,6 $\pm$ 13,8	40–96
BMI [kg/m <sup>2</sup> ]	23,2 $\pm$ 3,3	16,4–31,4	23 $\pm$ 3,2	16,7– 9,7

sd – odchylenie standardowe (*standard deviation*)

## Charakterystyka sposobu żywienia i wybranych elementów stylu życia

### Ilość i rodzaj spożywanych posiłków

Większość respondentów (68%) deklarowała spożywanie 2–3 posiłków dziennie, niemal 1/3 (28%) – 4–5 posiłków dziennie, a pozostali powyżej 5 posiłków dzien-

nie. Katolicy istotnie statystycznie częściej wskazywali jadanie 4–5 posiłków ( $p < 0,05$ ). Analiza spożywania poszczególnych posiłków w ciągu dnia wykazała, że adwentysty, w porównaniu do katolików, istotnie statystycznie częściej jadał pierwsze śniadanie, natomiast istotnie rzadziej drugie śniadanie ( $p < 0,05$ ). Częstotliwość spożywania obiadu i kolacji nie różniła się istotnie pomiędzy analizowanymi grupami.

### Częstotliwość spożycia wybranych grup produktów

Analiza wyników wykazała większą częstotliwość spożycia następujących grup produktów w grupie adwentystów:

- pełnoziarnistych produktów zbożowych (co najmniej 1 raz dziennie: A–69% wskazań, K–45% wskazań);
- warzyw (co najmniej 1 raz dziennie: A–71% wskazań, K–57% wskazań);
- owoców (co najmniej 1 raz dziennie: A–63% wskazań, K–36% wskazań);
- nasion roślin strączkowych (1 raz dziennie: A–27%, kilka razy w miesiącu: K–55%).

W przypadku mleka i produktów mlecznych oraz jaj odnotowano zbliżoną częstotliwość spożycia w obu badanych grupach. Największe różnice zaobserwowano w przypadku mięsa, ryb i przetworów – 45% katolików deklarowało ich spożycie 1–2 razy dziennie, natomiast ponad połowa adwentystów nigdy nie jadła mięsa. Ponadto w grupie katolików odnotowano większą częstotliwość spożycia słodczy (klika razy w tygodniu: K–40% wskazań, A–27% wskazań). Znaczące różnice dotyczyły także spożywanych napojów – najbardziej popularnym napojem wśród adwentystów była woda (96% wskazań), zaś katolików herbata (86% wskazań).

### Częstotliwość picia kawy, herbaty, alkoholu oraz palenia papierosów

Kawę piło 64% katolików i 4% adwentystów, natomiast alkohol odpowiednio 81% i 6% badanych. Palenie papierosów deklarowało 33% katolików, natomiast nikt z adwentystów nie palił papierosów.

### Rodzaj stosowanej diety

W grupie adwentystów 69% ankietowanych deklarowało stosowanie diety wegetariańskiej, z czego zdecydowana większość – dietę laktoowegetariańską (73% wskazań). Wśród osób deklarujących przestrzeganie diety laktoowegetariańskiej 71% przyznało, że sporadycznie spożywało ryby. Za główną przyczynę stosowania diety wegetariańskiej wszyscy adwentysty podawali jej wartość zdrowotną oraz względy religijne (20% wskazań). Wśród katolików stosowanie diety we-

getariańskiej zadeklarowało jedynie 2% ankietowanych, uzasadniając jej wybór awersją do mięsa.

### **Przestrzeżenie postów**

Analiza wyników wykazała, że 77% adwentystów i 64% katolików stosuje posty. Głównymi powodami stosowania postów wśród adwentystów była troska o zdrowie oraz względy religijne (odpowiednio 78% i 35% wskazań). Katolików do postu skłaniały przede wszystkim względy religijne (78% wskazań) oraz tradycja (67% wskazań). Katolicy najczęściej pościli w Wigilię (93% wskazań), w każdy piątek (74% wskazań), Środę Popielcową (67% wskazań) i Wielki Piątek (41% wskazań). Adwentyści natomiast nie mieli ustalonych dni postu, pościli głównie „w razie potrzeby” (55% wskazań) lub też określali swoje posty jako sporadyczne i nieregularne (25% wskazań).

### **Aktywność fizyczna**

Aż 90% adwentystów deklaroowało uprawianie sportu lub ćwiczeń fizycznych. W grupie katolików było to jedynie 55% badanych. Stwierdzono także różnice w sposobie spędzania wolnego czasu. Wśród katolików najpopularniejsze było oglądanie telewizji (60% wskazań). W grupie adwentystów natomiast taką formę odpoczynku wskazało jedynie 12% badanych. Popularniejsze były natomiast: czytanie książek (85% wskazań) lub spędzanie czasu na świeżym powietrzu (60% wskazań).

### **Dyskusja**

Wśród licznych i złożonych uwarunkowań stylu życia istotne znaczenie mogą mieć zalecenia moralne i religijne. W badaniu własnym analizie poddano elementy stylu życia mogące korzystnie wpływać na stan zdrowia w dwóch grupach wyznaniowych: Adwentystów Dnia Siódmego oraz Kocioła Katolickiego.

Istotnym dla zachowania zdrowia czynnikiem jest utrzymanie należytej masy ciała. W badanej grupie, zarówno wśród adwentystów, jak i katolików, u większości respondentów stwierdzono prawidłowe wartości wskaźnika BMI, a także niemal identyczny odsetek osób z nadwagą. Podobne wyniki zaprezentowano w pracy Pawlaka i Sovyanhadi'ego, którzy w grupie studentów – wyznawców Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego zaobserwowali prawidłowe wartości wskaźnika BMI u 66%, a nadwagę u 21% badanych [9]. Wyniki badania własnego nie potwierdziły natomiast znanego z badania WOBASZ problemu dotyczącego występowania problemu nadwagi i otyłości w Polsce [10]. Rozbieżności te można jednak tłumaczyć małą liczebnością grupy oraz niższą średnią wieku w badaniu własnym.

Ważną składową prawidłowego sposobu żywienia jest liczba oraz rodzaj spożywanych posiłków. W badaniu własnym stwierdzono istotnie większą częstotliwość

spożywania mniejszej liczby posiłków przez adwentystów w porównaniu z grupą katolików. Rzadsze spożywanie posiłków przez wiernych Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego wynikać może z przekonań religijnych, które zachęcają do stosowania umiaru w tym zakresie, a za rekomendowaną liczbę uważa się maksymalnie 3 posiłki [11].

Adwentyzm i katolicyzm prezentują dwa odmienne podejścia do zagadnień zdrowia i stylu życia swoich wyznawców. Kościół protestancki Adwentystów Dnia Siódmego zdecydowanie silniej ingeruje w styl życia i nawyki żywieniowe swoich wyznawców, a zalecenia żywieniowe są integralną częścią religii. Adwentyści propagują stosowanie diety laktoowovegetariańskiej lub przynajmniej umiaru w spożywaniu mięsa. Odradza się palenie tytoniu, picie alkoholu oraz stosowanie wszelkich używek. Katolicyzm natomiast nie oddziałuje aż tak istotnie na swoich wyznawców. Jedynym elementem doktryny kościoła związanym z żywieniem i stylem życia są posty, które mają jednak głównie charakter religijny i duchowy. Odmienne podejście do spraw diety miało swoje odzwierciedlenie w prezentowanych przez respondentów zwyczajach żywieniowych. Dieta adwentystów charakteryzowała się mniejszą częstotliwością spożywania mięsa, natomiast większą częstotliwością spożycia pełnoziarnistych produktów zbożowych, warzyw, owoców oraz nasion roślin strączkowych w porównaniu do diety katolików. Wyniki te nie są zaskakujące biorąc pod uwagę, że zdecydowana większość badanych adwentystów stosowała dietę wegetariańską. Jak wykazano w kohortowym badaniu EPIC-Oxford study (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) przeprowadzonym w 10 europejskich krajach wśród 44561 osób, wegetarianie (szczególnie mężczyźni) w porównaniu do osób spożywających mięso spożywają więcej pełnoziarnistych produktów zbożowych, owoców, warzyw i orzechów [12]. Taki model żywienia jest bardzo korzystny z punktu widzenia podaży składników odżywczych mających znaczenie w profilaktyce schorzeń przewlekłych. W badaniu przeprowadzonym wśród niemal 72 tysięcy amerykańskich i kanadyjskich Adwentystów Dnia Siódmego wykazano, że osoby stosujące dietę wegetariańską spożywają istotnie więcej białka roślinnego, błonnika pokarmowego i magnezu, natomiast mniej białka zwierzęcego, nasyconych kwasów tłuszczowych oraz izomerów trans kwasów tłuszczowych [13]. Stwierdzono także pozytywny wpływ stosowania takiej diety w zapobieganiu nadwadze, otyłości, chorobom układu krążenia, cukrzycy typu 2 oraz niektórym nowotworom [14]. Zaobserwowane w badaniu własnym zwyczaje żywieniowe katolików pozostają w kontraście do omówionych powyżej. Są one natomiast bliskie zwyczajom żywieniowym populacji polskiej, charakteryzującej się wysokim spożyciem mię-

sa i jego przetworów oraz niskim spożyciem produktów zbożowych [15], warzyw i owoców [16].

Kościół Adwentystów promuje zdrowy tryb życia oczekując od swoich wyznawców niepalenia tytoniu, oraz wstrzeźliwości od alkoholu i napojów zawierających kofeinę. Jak wykazały badania własne, polscy adwentyści dość rygorystycznie stosowali się do tych zaleceń – żaden z nich nie palił papierosów, a tylko niewielki odsetek deklarował picie kawy i alkoholu. Zbliżone wyniki uzyskano w badaniach amerykańskich wykazujących, że adwentyści niemal całkowicie stosują się do zakazu palenia, a zdecydowana większość to osoby niepijące [13]. W przypadku katolików, odnotowany w badaniu własnym odsetek osób palących oraz pijących alkohol był zdecydowanie wyższy i plasował się na podobnym poziomie, jak w populacji ogólnej Polaków [16].

Aktywność fizyczna jest uznawana za najważniejszy czynnik podtrzymujący zdrowie i przeciwdziałający występowaniu chorób cywilizacyjnych oraz ich czynników ryzyka. W badaniu własnym większą aktywność fizyczną deklarowali adwentyści, co znajduje potwierdzenie w badaniach amerykańskich [13]. Katolicy z kolei wpisują się w obraz społeczeństwa polskiego, które charakteryzuje się zbyt niskim poziomem aktywności fizycznej [16].

Nieprawidłowa dieta, nadmierne spożycie alkoholu, palenie papierosów oraz mała aktywność fizyczna należą do czynników ryzyka, które według szacunków WHO były odpowiedzialne za około 55% zgonów i prawie 40% utraconych lat życia przeżytego w zdrowiu w Polsce. Wydaje się, że promowanie zasad zdrowego stylu życia adwentystów wśród wyznawców katolicyzmu mogłoby przynieść wiele korzyści. Umiarkowane lub sporadyczne spożywanie mięsa, wprowadzenie do diety odpowiedniej ilości warzyw, owoców i orzechów oraz nasion roślin strączkowych, a także zachęcanie do rezygnacji z palenia tytoniu, spożywania alkoholu oraz aktywnego spędzania wolnego czasu mogłyby przyczynić się do znacznej poprawy stanu zdrowia Polaków. Religijne wytyczne dotyczące diety i stylu życia, choć są związane z samą religią, mają również wymiar wykraczający poza jej ramy i mogą mieć także wymiar prozdrowotny.

## Wnioski

1. Styl życia adwentystów ma bardziej prozdrowotny charakter o czym świadczą zarówno zwyczaje żywieniowe, jak i prezentowane elementy stylu życia.
2. Istotne wydaje się promowanie prawidłowych zachowań w tych grupach wiernych, w których religia nie kładzie nacisku na zdrowy styl życia.

## Piśmiennictwo

1. Bokszański Z (red.). Encyklopedia socjologii. Warszawa: Oficyna Naukowa; 2002. 137–140.

2. Siciński A. Wprowadzenie. W: Siciński A (red.). Styl życia: przemiany we współczesnej Polsce. Warszawa: PWN; 1978. 8–18.
3. Jeżewska-Zychowicz M. Zachowania żywieniowe i ich uwarunkowania. Warszawa: Wyd. SGGW; Wyd. 2. 2007. 7–15, 52–54.
4. Nieman DC. Adwentystyczny styl zdrowego życia. Warszawa: Chrześcijański Instytut Wydawniczy „Znaki Czasu”; 2001.
5. Leon-Dufour X (red.). Słownik teologii biblijnej. Poznań-Warszawa: Pallottinum; Wyd. 3. 1985. 730–732.
6. Konferencja Episkopatu Polski. List Episkopatu Polski na temat przykazań kościelnych z 21 października 2003. <http://www.episkopat.pl/> (data wejścia 05.2014).
7. Głowa S, Bieda I (red.). Breviarium fidei: wybór doktrynalnych wypowiedzi Kościoła, Poznań: Księgarnia Św. Wojciecha; 1997. 542–573.
8. Grobicki J, Florkowski E (red.). Sobór watykański II: konstytucje, dekryty, deklaracje. Poznań-Warszawa: Wydawnictwo Pallottinum; Wyd. 3. 64 (KL 110).
9. Pawlak R, Sovyanhadi M. Prevalence of overweight and obesity among Seventh-day Adventist African American and Caucasian college students. *Ethnicity and disease*. 2009; 19(2):111–114.
10. Biela U, Pająk A, Kaczmarczyk-Chałas U i wsp. Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20–74 lat. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Polska*, 2005; 63(6): supl. 4.
11. White EG. Chrześcijanin a dieta. Warszawa: Chrześcijański Instytut. Wyd. „Znaki czasu”; 1993. 57–58, 119, 127–132.
12. Rohrmann S, Overvad K, Bueno-de-Mesquita HB i wsp. Meat consumption and mortality – results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition, *BMC Medicine*, 2013.
13. Rizzo NS, Jaceldo-Siegl K, Sabate J i wsp. Nutrient profiles of vegetarian and nonvegetarian dietary patterns, *J Acad Nutr Diet*. 2013; 113(12):1610–1619.
14. Marsh K, Zeuschner C, Saunders A. Health Implications of a Vegetarian Diet, *Am J Lifestyle Med*. 2012; 6(3):250–267.
15. Sygnowska E, Waśkiewicz A, Głuszek J. Spożycie produktów spożywczych przez dorosłą populację Polski. Wyniki programu WOBASZ, *Kardiologia Polska*, 2005; 63(6): supl.4.
16. Sakowska I, Wojtyński B. Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia. W: Wojtyński B, Goryński P (red.). Sytuacja zdrowotna ludności Polski. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny; 2008. 185–201.
17. Fraser G. Diet, Life Expectancy and Chronic Disease. *Studies of Seventh-day Adventists and Other Vegetarians*. New York: Oxford University Press, 2003.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.06.2014

Artykuł przyjęty do publikacji: 23.09.2014

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.  
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

## Adres do korespondencji:

Alicja Kucharska  
ul. Erazma Ciołka 27  
01-455 Warszawa  
tel. (0-22) 836 09 13  
e-mail: [alicia.kucharska@wum.edu.pl](mailto:alicia.kucharska@wum.edu.pl)  
Zakład Żywienia Człowieka  
Warszawski Uniwersytet Medyczny

# E-USŁUGI W DZIAŁALNOŚCI MARKETINGOWEJ ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ

## E-SERVICE IN THE MARKETING ACTIVITIES OF INSURANCE

Dorota Olszewska, Jadwiga Synowiec

Europejska Wyższa Szkoła Biznesu

### STRESZCZENIE

**Cel.** Celem rozważań jest próba analizy oceny stosowanych w praktyce zakładów ubezpieczeń instrumentów marketingowych z wykorzystaniem mediów elektronicznych z perspektywy klientów indywidualnych i instytucjonalnych oraz wskazanie ich znaczenia dla budowania przewagi konkurencyjnej.

**Materiał i metody.** Punktem wyjścia stało się określenie obszarów e-usług w działalności marketingowej zakładów ubezpieczeń, a następnie przeprowadzono badania ankietowe na grupie klientów indywidualnych i instytucjonalnych mające na celu identyfikację istotności poszczególnych obszarów oraz przesłanek decydujących o wyborze e-usługi. W badaniu uwzględniono następujące obszary działalności e-usługowej zakładów ubezpieczeń: porady, transakcje oraz zgłoszenie szkód. Badanie przeprowadzono w latach 2013–2013 na losowo dobranej grupie 180 klientów indywidualnych i 151 instytucjonalnych na terenie woj. wielkopolskiego, korzystających z usług majątkowych zakładów ubezpieczeń. Narzędziem był kwestionariusz ankietowy opracowany na potrzeby badania.

**Wyniki.** Na podstawie przeprowadzonych analiz stwierdzono, że w grupie klientów indywidualnych występują różnice w ocenie znaczenia poszczególnych obszarów e-usług w działalności zakładów ubezpieczeń i obszar tzw. porad jest ważniejszy od dwóch pozostałych, których znaczenie nie różni się. Dla obu grup, tj. klientów indywidualnych i instytucjonalnych, najważniejszym powodem przy wyborze e-usługi ubezpieczeniowej jest wygoda, a jako drugi element można wskazać cenę.

**SŁOWA KLUCZOWE:** e-usługi, usługi ubezpieczeniowe, marketing w działalności zakładów ubezpieczeń.

### ABSTRACT

**Aim.** The aim of this dispute is to try to estimate the marketing instruments used in practice by the insurance companies, with the usage of electronic media. We try to evaluate it from the individual and institutional clients perspective and try to point to their value in building competitive advantage.

**Material and methods.** The starting point is to estimate the e-service area in marketing of insurance companies, and then to deduct the research on the group of individual and institutional clients aiming to identify the importance of specific fields and premises which define which e-service is chosen. In this research tell following aspects of e-commerce of insurance companies were considered: advice, transactions and damage reports. The research was conducted in 2012–2013 on random group of 180 individual and 151 institutional customers on the area of wielkopolska district. They benefit from the financial service of insurance companies. The questionnaire was elaborated for the purpose of this research.

**Results.** In the group of individual and institutional clients there are some differences in the evaluation of the importance of e-service area in insurance companies. The area of so-called advice is more important than the transactions and damage reports, which importance doesn't differ. For both individual and institutional clients the most important reason crucial in choosing insurance e-service is comfort and as a second reason can be pointed the price.

**KEYWORDS:** e-services, insurance services, marketing in the activities of insurance companies.

### Wstęp

Dla wszystkich przemian, które dokonały się w makrootoczeniu na przełomie XX i XXI wieku, charakterystyczny jest splot zjawisk, wśród których na najbardziej znaczące miejsce wysuwa się rozwój rynków w Europie Środkowo-Wschodniej, wprowadzanie nowych technologii, wykształcenie jednolitego rynku europejskiego, powstawanie nowych form w handlu, centralizacja i globalny wymiar działań firm oraz postępujący konsumeryzm społeczeństwa. Wskazane powyżej kompo-

nenty powodują, że niepewność i ryzyko podejmowania działalności, a także jej prowadzenia, systematycznie towarzyszy podmiotom gospodarczym. W związku z powyższym powszechną formą zabezpieczenia własnych interesów przedsiębiorców we wszystkich obszarach aktywności stają się ubezpieczenia gospodarcze, które to ostatecznie podlegają większej rynkowej presji – z jednej strony bardziej świadomego klienta, a z drugiej, agresywniejszej walki konkurencyjnej.



Ostatnie dwadzieścia lat funkcjonowania ubezpieczeń w gospodarce wolnorynkowej zaowocowało licznymi zmianami w różnych aspektach. Transformacja polskiego rynku ubezpieczeniowego realizowana była w oparciu o liczne akty prawne i zasady obowiązujące w krajach Europy Zachodniej. Uruchomiła ona proces powstawania coraz większej liczby zakładów ubezpieczeń i nasiliła konkurencję pomiędzy ubezpieczycielami.

Rynek usług ubezpieczeniowych jest częścią rynku usług finansowych, działającego na specjalnie regulowanych zasadach, do których zalicza się podmioty świadczące usługi (pośredników finansowych, podlegających nadzorowi oraz nienadzorowanych), same usługi finansowe oraz ich cenę, regulacje prawne i samoregulacje dotyczące zarówno pośredników finansowych, jak i usług, a także podmioty nabywające usługi finansowe – klientów [1].

Zakład ubezpieczeń jest specyficznym rodzajem organizacji usługowej. Literatura przedmiotu definiuje usługę jako czynność, proces i wykonanie. Usługę opisuje się również jako wytworzoną wartość dodaną i zapewniającą korzyści klientom (indywidualnym i organizacjom) [2]. Ubezpieczenia ze względu na swój charakter stały się istotnym składnikiem sektora finansowego. Wyróżnia je skomplikowany układ powiązań gospodarczych, gwarancyjnych, inwestorskich oraz znaczne środki finansowe. Powszechnie uważa się, iż w systemie finansowym państwa zakłady ubezpieczeń są jednym z najistotniejszych jego elementów. Charakterystyczne są również funkcje zakładu ubezpieczeń, które zdaniem J. Łańcuckiego powodują, iż ubezpieczenia są swoistym „smarem dla gospodarki” [3]. Każde zaburzenie tego układu powoduje daleko idące reperkusje dotyczące zarówno finansów państwa, jak i poszczególnych obywateli.

Współcześnie działające zakłady ubezpieczeń borykają się z coraz trudniejszymi warunkami rozwoju. Wpływa na to agresywna walka konkurencyjna o klienta, turbulentne otoczenie oraz galopujący postęp technologiczny, zmuszając je do ciągłej ewolucji oraz dostosowania metod działania do zmieniającej się rzeczywistości opartej na nowoczesnych technologiach informatycznych. Postęp cywilizacyjny spowodował także, że zmianie uległy nie tylko metody i techniki sprzedaży produktów, ale forma pozyskiwania klientów. Powszechnym instrumentem marketingowym wykorzystywanym na całym świecie stał się Internet. Wykorzystywany jest on przede wszystkim do badań rynkowych, ale również do promocji oferowanych produktów. Jego dostępność czasowa i terytorialna jest praktycznie nieograniczona. Organizacje, w tym zakłady ubezpieczeń, przeznaczają coraz więcej środków finansowych na wizualizację internetową: reklamę, promocję, wszelkiego

rodzaju poradnictwo. Popularnym instrumentem promocji mix stosowanym w Internecie stała się promocja sprzedaży, marketing bezpośredni oraz public relations. Wszystkie te narzędzia mają na celu zachęcenie potencjalnego klienta do zakupu produktu/usługi. Technologie informacyjne zapoczątkowały dynamiczny rozwój tzw. e-usług. Jednakże taki kierunek zmian potrzebuje również trafnej diagnozy i oceny sytuacji, albowiem w bezpośrednim rynkowym i ogólnym otoczeniu krytyczna ocena wszystkich zasobów firmy jest punktem wyjścia do określenia strategicznej sytuacji przedsiębiorstwa [4].

Otoczenie marketingowe każdego przedsiębiorstwa tworzą czynniki zewnętrzne, które istotnie wpływają na powodzenie lub jego brak w osiąganiu zamierzeń i rynkowych celów. Otoczenie kreuje dla każdej firmy zróżnicowane warunki do jej rozwoju w zależności od regionu działania, branży, sektora, wielkości podmiotu, formy prawnej oraz sposobu zarządzania firmą [5]. W sytuacji, w której otoczenie oferowałoby lub gwarantowało identyczne warunki w każdej sytuacji dla wszystkich podmiotów nie pojawiłaby się potrzeba podejmowania systematycznych analiz otoczenia na poziomie pojedynczego podmiotu, a wystarczające okazałoby się opracowanie jednej prognozy na poziomie całej gospodarki kraju. Zmiany w trendach rynkowych, pojawianie się nowych produktów oraz zmienne zachowania odbiorców powodują, że przedsiębiorstwo jest zmuszone do zawodowego i kompleksowego zaangażowania wszystkich swoich kompetencji w działalność na rynku. Zmiany, występujące w podejściu do zarządzania przedsiębiorstwem, w zakresie strategicznym wymuszają na podmiotach zastosowanie narzędzi adekwatnych i niezbędnych w danych zmiennych realiach.

Dla zdobycia i utrzymania trwałej przewagi konkurencyjnej zakłady ubezpieczeń zmuszone są do poszukiwania innowacyjnych rozwiązań, które z jednej strony będą je wyróżniać na rynku, a drugiej, będą odzwierciedleniem potrzeb potencjalnych interesariuszy (klientów indywidualnych i instytucjonalnych). Nieustanny rozwój instrumentów marketingowych dostępnych po stronie organizacji ubezpieczeniowych zmusza je do podnoszenia swej konkurencyjności. Konkurencyjność przedsiębiorstw jest istotnym i wielopłaszczyznowym obszarem badań w naukach o zarządzaniu [6]. Definiowana jest jako umiejętność optymalnego sprzedawania produkowanych dóbr i usług [7], jak również jako trwała zdolność do projektowania, wytwarzania i sprzedawania produktów (usług), których ceny, jakość i inne walory są bardziej atrakcyjne od produktów (usług) oferowanych przez konkurentów krajowych i zagranicznych [8].

W działalności marketingowej zakładów ubezpieczeń istotne znaczenie odgrywa produkt. Jest on ich

podstawową usługą – usługą ubezpieczeniową. Jak podkreśla B. Nowotarska-Romaniak, usługa ubezpieczeniowa została stworzona jako forma pokrywania ujemnych następstw w wyniku zdarzeń losowych [9] i ma ona charakter niematerialny. Każdy produkt stanowi kombinację cech fizycznych i niefizycznych lub też materialnych i niematerialnych, których głównym zadaniem jest zadowolenie, usatysfakcjonowanie potrzeb i życzeń klientów [10].

Szczególnie w ostatnich latach, na rynku ubezpieczeń, postęp technologiczny spowodował głębokie przeobrażenia w kanałach dystrybucji. Uruchomienie sprzedaży przez system direct, za pośrednictwem Internetu i telefonu nie zastąpiło całkowicie sprzedaży tradycyjnej, ale stało się wyróżnikiem na rynku. W obliczu takich zmian większość zakładów ubezpieczeń zaczęła dostrzegać szansę redukcji kosztów w porównaniu z kanałem tradycyjnym i zwiększyły one inwestycje w obszarze e-usług. Po pierwsze, dzięki wykorzystaniu mediów elektronicznych wprowadzono różnego rodzaju porównywarki ułatwiające wyliczenia składki, np. za samochód, dom czy ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków. Tego typu programy, po wprowadzeniu wymaganych danych, w ciekawy sposób prezentują wysokość składki w podziale na poszczególne ryzyka oraz przedstawiają zakres ubezpieczenia. Po zaakceptowaniu składki istnieje możliwość zakupu danego produktu ubezpieczeniowego, a płatności dokonuje się w formie przelewu. Trzecim, istotnym obszarem, działalności e-usługowej zakładów ubezpieczeń jest możliwość zgłoszenia szkód. Dzięki wykorzystaniu strony internetowej, bez konieczności osobistego przybycia do placówki, można dokonać zgłoszenia zaistniałej szkody i wystać niezbędne dokumenty.

Podkreślić należy, że pod pojęciem e-ubezpieczenia rozumie się wiele czynności realizowanych przez zakłady ubezpieczeń z wykorzystaniem Internetu, różnego rodzaju porady ukierunkowujące na odpowiedni produkt, kalkulatory, porównywarki, promocję usług ubezpieczeniowych, sprzedaż ubezpieczeń czy możliwość zgłoszenia szkód [11]. Głównym problemem towarzyszącym e-usługom jest jednak brak jednolitej regulacji prawnej. Jest ona bowiem podzielona pomiędzy trzy ustawy: ustawę o świadczeniu usług drogą elektroniczną, ustawę o ochronie niektórych praw konsumentów oraz kodeks cywilny. Należy zwrócić uwagę, że zakup ubezpieczenia za pośrednictwem takiego kanału wymaga od klienta większej samodzielności i podstawowej wiedzy z zakresu ubezpieczeń. Do podstawowych zagrożeń zaliczyć należy: wypuklanie ceny produktu zamiast zakresu ubezpieczenia oraz ogólny brak możliwości przedstawienia „jakości” produktu. Z kolei sprzedaż produktu za pomocą telefonu może się

okazać z punktu widzenia klienta, zdecydowanie lepszym rozwiązaniem, albowiem kompetentny pracownik infolinii jest w stanie przekazać klientowi wiarygodną informację. Jednak i w tego typu kanale sprzedaży istnieją zagrożenia w postaci fluktuacji pracowników infolinii, komplikujące komunikację z klientem.

Specyfiką obecnych czasów jest konkurowanie przedsiębiorstwa i staje się ono wielopłaszczyznowym obszarem dociekań badawczych w naukach o zarządzaniu. Nie istnieją gotowe rozwiązania umożliwiające zdobycie trwałej i stabilnej przewagi konkurencyjnej. Wpływa na to wiele czynników, a jednym z nich są nowoczesne technologie informatyczne wykorzystywane w działalności marketingowej organizacji, tworzące tzw. e-usługi. Posiadanie tego typu nowoczesnych rozwiązań nie zwalnia jednak przedsiębiorstwa z konieczności stałej obserwacji rynku, stosowania najnowszych technologii czy pozyskiwania skutecznych metod i narzędzi marketingowych.

Zapotrzebowanie na badanie instrumentów marketingowych wykorzystujących media elektroniczne jest rezultatem zmienności otoczenia oraz atrybutów rynku ubezpieczeniowego. Konieczność weryfikacji wykorzystywanych przez głównych interesariuszy zakładów ubezpieczeń (klientów indywidualnych i instytucjonalnych) obszarów e-usług staje się kwestią coraz bardziej oczywistą, gdyż jest to jeden z najlepszych sposobów na redukcję kosztów, co może stanowić główny instrument budowania przewagi konkurencyjnej.

## Cel

Celem badawczym niniejszego opracowania jest zaprezentowanie w ujęciu empirycznym oceny stosowanych w praktyce zakładów ubezpieczeń instrumentów marketingowych z wykorzystaniem mediów elektronicznych, z perspektywy klientów indywidualnych i instytucjonalnych (firmy i organizacje), identyfikacja przesłanek decydujących o wyborze e-usługi oraz ustalenie podobieństw i różnic w dokonywanej ocenie pomiędzy badanymi grupami.

## Materiał i metody

Badanie przeprowadzono na losowo dobranej grupie klientów indywidualnych i instytucjonalnych na terenie woj. wielkopolskiego, korzystających z usług majątkowych zakładów ubezpieczeń. Badanie przeprowadzono w latach 2012 i 2013 na próbie 180 klientów indywidualnych i 151 klientów instytucjonalnych. Narzędziem był kwestionariusz ankietowy opracowany na potrzeby badania. W badaniu zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji, w której zmienną grupującą był rodzaj badanego obszaru (test *post hoc* Tukeya).

## Wyniki

W badaniu uwzględniono następujące obszary działalności e-usługowej zakładów ubezpieczeń: porady, transakcje oraz zgłoszenie szkód. Znaczenie każdej ze skal badani wyrazili na skali 1–10, gdzie 1 oznaczało najmniejsze znaczenie, a 10 największe. W celu weryfikacji ww. obszarów zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji, w której zmienną grupującą był rodzaj obszaru. Wyniki statystyk opisowych dla poszczególnych obszarów przedstawiono w **tabeli 1**.

**Tabela 1.** Statystyki opisowe dla e-usług w działalności zakładów ubezpieczeń – klienci indywidualni

*Table 1. Statistics for e-services in the activities of insurance – individual customers*

Rodzaj e-usługi Art. of e-service	Średnia Average	Odchylenie standardowe Standard deviation
Porady/Advice	8,44	1,23
Transakcje/Transactions	5,12	1,89
Zgłoszenia szkód/Declaration of damages	6,01	1,92

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet  
Source: Own analysis on the basis of the results of questionnaire

Na podstawie przeprowadzonych analiz stwierdzono, że w grupie klientów indywidualnych występują różnice w ocenie znaczenia poszczególnych obszarów e-usług w działalności zakładów ubezpieczeń ( $F(2,173) = 6,214$ ;  $p < 0,01$ ). Zastosowanie testu *post hoc* Tukey'a pozwoliło stwierdzić, że obszar tzw. porad jest ważniejszy od dwóch pozostałych, których znaczenie nie różni się.

Podobne badanie wykonano w grupie klientów instytucjonalnych, uwzględniając te same obszary: porady, transakcje i zgłoszenia szkód. Znaczenie każdej ze skal badani wyrazili na skali 1–10, gdzie 1 oznaczało najmniejsze znaczenie, a 10 największe. W badaniu zastosowano również jednoczynnikową analizę wariancji, w której zmienną grupującą był rodzaj obszaru. Wyniki statystyk opisowych dla poszczególnych czynników przedstawiono w **tabeli 2**.

**Tabela 2.** Statystyki opisowe dla e-usług w działalności zakładów ubezpieczeń – klienci instytucjonalni

*Table 2. Statistics for e-services in the activities of insurance – institutional customers*

Rodzaj e-usługi Art. of e-service	Średnia Average	Odchylenie standardowe Standard deviation
Porady/Advice	8,62	0,92
Transakcje/Transactions	4,98	1,78
Zgłoszenia szkód/Declaration of damages	5,01	1,62

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet  
Source: Own analysis on the basis of the results of questionnaire

Na podstawie przeprowadzonych analiz stwierdzono, że w grupie klientów instytucjonalnych występują różnice w ocenie znaczenia poszczególnych obszarów e-usług w działalności zakładów ubezpieczeń ( $F(2,144) = 9,432$ ;  $p < 0,001$ ). Na podstawie analiz testem *post hoc* Tukey'a stwierdzono, że obszar tzw. porad jest ważniejszy od dwóch pozostałych, których znaczenie nie różni się.

W dalszej kolejności w procesie badań własnych, zgodnie z zaprezentowaną **tabelą 3**, przedstawiono wyniki statystyk opisowych oraz poddano analizie przesłanki decydujące o wyborze e-usługi.

**Tabela 3.** Czynniki decydujące o wyborze e-usługi w ocenie klientów indywidualnych i instytucjonalnych

*Table 3. Factors deciding on choice of e-services according to the opinion of the individual- and institutional customers*

	Indywidualni/ Individual		Instytucjonalni/ Institutional	
	N	%	N	%
Cena/Price	100	66,23	118	65,56
Wygoda/Comfort	125	82,78	123	68,33
Moda/Style	46	30,46	71	39,44
Jakość/Quality	31	20,53	64	35,56
Czas/Time	89	58,94	61	33,89
Rekomendacje/opinie/Recommendation/opinions	60	39,74	54	30,00
Dostępność/Availability	70	46,36	71	39,44
Reklama/Advertising	36	23,84	59	32,78
Intuicyjność programów/ Intuitiveness of the programs	53	35,10	63	35,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet  
Source: Own analysis on the basis of the results of questionnaire

Zdaniem zarówno klientów indywidualnych jak i instytucjonalnych, najważniejszą przesłanką decydującą o wyborze e-usługi ubezpieczeniowej jest *wygoda* (82,78% wskazań klientów instytucjonalnych oraz 68,33% wskazań klientów indywidualnych). Podkreślić również należy wysoką pozycję czynnika *ceny*, która zajmuje drugie miejsce. Ponad 65% klientów indywidualnych, jak i instytucjonalnych uznaje *cenę* za jedną z ważniejszych przesłanek decydujących o wyborze usługi ubezpieczeniowej przez Internet. W dalszej kolejności należy wskazać:

1. w przypadku klientów indywidualnych:
  - a. czas (58,94%),
  - b. dostępność (46,36%),
  - c. rekomendacje/opinie (39,74%),
  - d. intuicyjność programów (35,10%),
  - e. moda (30,46%),
  - f. reklama (23,84%),
  - g. jakość (20,53%).



2. w przypadku klientów instytucjonalnych:
  - a. dostępność (39,44%),
  - b. moda (39,44%),
  - c. jakość (35,56%),
  - d. intuicyjność programów (35%),
  - e. czas (33,89%),
  - f. reklama (32,78%),
  - g. rekomendacje/opinie (30%).

Warto podkreślić, że każdy z przywołanych czynników był istotny dla co najmniej co trzeciego respondenta, z wyjątkiem reklamy i jakości w przypadku klientów indywidualnych.

## Podsumowanie i wnioski

Przeprowadzona analiza pozwoliła na sformułowanie kilku wniosków. W grupie klientów indywidualnych i instytucjonalnych występują różnice w ocenie znaczenia poszczególnych obszarów e-usług w działalności zakładów ubezpieczeń. Obszar tzw. porad jest ważniejszy od transakcji i zgłoszeń szkód, których znaczenie się nie różni. Zarówno dla klientów indywidualnych, jak i instytucjonalnych, najważniejszą przesłanką decydującą o wyborze e-usługi ubezpieczeniowej jest *wygoda*. Wykorzystanie nowoczesnej technologii internetowej, ukierunkowanej na potrzeby klientów indywidualnych i firm, jest jednym z kluczowych elementów przesądających o uzyskaniu przewagi konkurencyjnej. W obszarze e-usług istotnym obszarem z perspektywy interesariuszy zakładów ubezpieczeń jest tzw. poradnictwo. Zasadne wydaje się inwestowanie w tego typu obszar działalności marketingowej. W przypadku transakcji oraz zgłoszenia szkód, zarówno klienci indywidualni jak i instytucjonalni zdecydowanie preferują kontakt bezpośredni. Kanał sprzedaży tradycyjnej wydaje się być trudny do zastąpienia.

## Piśmiennictwo

1. Drozdowska-Iwanicz M. Bezpieczeństwo rynku usług finansowych. Perspektywa Unii Europejskiej. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH. 2008. 20.
2. Gilmore A. Usługi. Marketing i zarządzanie. Warszawa: PWE; 2006. 11.
3. Łańcucki J. Zarządzanie jakością w zakładzie ubezpieczeń. W: Garczarczyk J (red.). Zarządzanie jakością usług w instytucjach finansowych. Poznań: Katedra Badań Marketingowych Akademii Ekonomicznej w Poznaniu; 2003. 35.
4. Hill Ch, Jones GR. Strategic management Theory. An Integrated Approach. Boston: Houghton Mifflin Co.; 1989. 81–85.
5. Niestrój R. Zarządzanie marketingiem. Aspekty strategiczne. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1996. 117.
6. Adamkiewicz-Drwiłło HG. Konkurencyjność przedsiębiorstw w świetle uwarunkowań współczesnej gospodarki. Toruń: Dom Organizatora; 2010. 21.
7. Przygodzka R. Uwarunkowania wzrostu konkurencyjności województwa podlaskiego w produkcji rolno-żywnościowej. Roczniki Naukowe Stowarzyszenia Ekonomistów Rolnictwa i Agrobiznesu, t. X. z. 2. 2008. 211.
8. Kisiel M. Internet a konkurencyjność banków w Polsce. Warszawa: CeDeWu; 2005. 15.
9. Nowotarska-Romaniak B. Marketingowa orientacja firm ubezpieczeniowych w Polsce. Katowice: Wyd. Akademii Ekonomicznej w Katowicach; 2005. wyd. 2 popr. i uzup. 25.
10. Mruk H, Pilarczyk B, Sojkin B, Szulce H. Podstawy marketingu. Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu; 1996. 143-144.
11. Urząd Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych. Departament Komunikacji i Integracji Europejskiej, Wydział Polityki Konsumenckiej i Informacji. Sprzedaż ubezpieczeń przez Internet. Uprawnienia konsumenta – regulacje prawne a praktyka rynkowa. Warszawa 2005.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.06.2014

Artykuł przyjęty do publikacji: 25.09.2014

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.  
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

## Adres do korespondencji:

Jadwiga Synowiec  
ul. Świebodzińska 19 m 3  
60-162 Poznań  
tel.607 678 611  
e-mail: j.synowiec@pwsb.pl  
Poznańska Wyższa Szkoła Biznesu w Poznaniu

Dorota Olszewska  
ul. M. Reja 7  
64-100 Leszno  
tel.601 581 019  
e-mail: dorota.olszewska@vp.pl  
Poznańska Wyższa Szkoła Biznesu w Poznaniu

# ZDROWIE SEKSUALNE KOBIEŃ PO LECZENIU CHIRURGICZNYM RAKA PIERSI

## SEXUAL HEALTH OF WOMEN AFTER SURGICAL TREATMENT OF BREAST CANCER

Sebastian A. Zdończyk

Wydział Nauk Społecznych  
Akademia Pomorska w Słupsku

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** We wszystkich krajach europejskich w 2012 roku rak piersi był jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych u kobiet. Według Krajowego Rejestru Nowotworów w 2011 roku stwierdzono w Polsce – 16 534 nowych zachorowań na raka piersi. Podstawową metodą leczenia jest zabieg chirurgiczny, polegający na amputacji piersi zwany mastektomią bądź alternatywne do radykalnej amputacji leczenie oszczędzające pierś (BCT). Leczenie chirurgiczne stanowi nie tylko poważny problem onkologiczny, lecz również kosmetyczny i psychologiczny. Kobiety odczuwają lęk przed utratą kobiecości i atrakcyjności seksualnej po operacji. Czują się niepełnowartościowe („kompleks połowy kobiety”) oraz towarzyszą im takie uczucia, jak: wstyd, gniew i depresja. Wiele pacjentek odczuwa strach przed rozbitiem rodziny lub odejściem partnera. Seksualność jest sferą życia szczególnie podatną na wszelkie zakłócenia stanów: fizycznego i psychicznego.

**Cel.** Celem pracy jest ocena zdrowia seksualnego kobiet po leczeniu operacyjnym raka gruczołu piersiowego.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 221 kobiet, członkiń Stowarzyszenia Amazonek. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety oraz standaryzowane narzędzie badawcze – Indeks Funkcji Seksualnej Kobiety (ang. *Female Sexual Function Index*) w wersji polskiej.

**Wyniki.** Respondentki charakteryzowały się występowaniem zaburzeń seksualnych na poziomie ponad 60%. W momencie badania blisko połowa ankietowanych określiła znaczenie aktywności seksualnej jako niezbyt bądź zupełnie nieistotną. Blisko 25% ankietowanych jest niezadowolona z relacji ze swoim partnerem.

**Wnioski.** Leczenie chirurgiczne raka piersi wpływa na zdrowie seksualne kobiet.

SŁOWA KLUCZOWE: seksualność kobiet, rak piersi, zdrowie seksualne.

### ABSTRACT

**Introduction.** In 2012, in all European countries, breast cancer was one of the most common malignant neoplasms among women. According to the National Cancer Registry, new 16 534 cases of breast cancer were confirmed in 2011 in Poland. A surgery called mastectomy is a basic method of treatment, which consists in the removal of the breast, or as an alternative to the radical amputation, breast conserving treatment (BCT) can be applied. Surgical treatment poses not only a serious oncological problem, but also a cosmetic and psychological one. Women fear they would lose their femininity and sexual attractiveness after the surgery. They feel defective (half woman complex) and they experience such feelings as: shame, anger and depression. Many patients also feel anxious about breaking home or being left by their partners. Sexuality is a sphere of life that is particularly susceptible to all kinds of perturbation of physical and mental states.

**Aim.** The aim of the study is to assess the sexual health of women after surgical treatment of breast cancer.

**Material and methods.** The study involved 221 women, members of the Association of the Amazons. Authors used a standardized questionnaire and research tool – Female Sexual Function Index in Polish version.

**Results.** Respondents were characterized by the presence of sexual dysfunction at the level of over 60%. At the time of the study, almost half of the respondents identified the importance of sexual activity as very or completely irrelevant. Nearly 25% of respondents are dissatisfied with the relationship with your partner.

**Conclusions.** Surgical treatment of breast cancer affects women's sexual health.

KEYWORDS: sexuality of women, breast cancer, sexual health.

### Wstęp

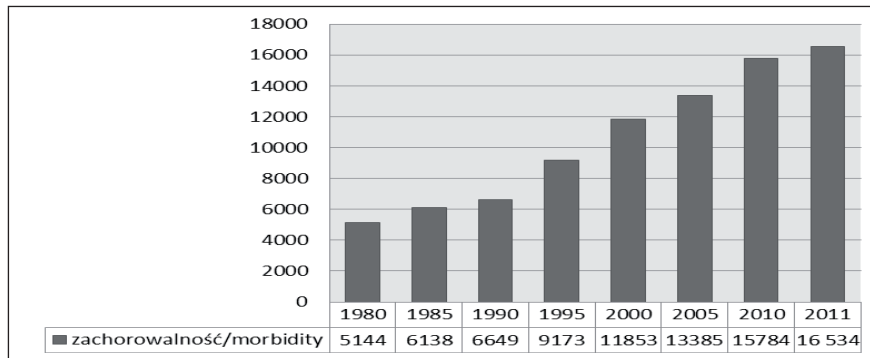
Obecna sytuacja epidemiologiczna i prognozy na najbliższe lata pochodzące z raportów Światowej Organizacji Zdrowia przewidują, że w XXI wieku choroby nowotworowe staną się główną przyczyną zgonów ludzi na całym świecie [1]. W 2025 r. liczba przypad-

ków chorób nowotworowych wzrośnie z 14 mln do 19 mln rocznie, w 2030 – do 22 mln, a w 2035 – aż do 24 mln [2]. Choroba nowotworowa piersi stanowi główną przyczynę zgonów kobiet w krajach rozwijających się. Rak piersi zdiagnozowano u 1,7 mln kobiet, co stanowi wzrost o 20 procent w porównaniu do wcześniejszych

analiz [3]. Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny polskiego społeczeństwa [4]. Wraz z wydłużaniem się średniego trwania życia zwiększa się ryzyko zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe [5]. W ciągu ostatnich trzech dekad stwierdzono w Polsce, według Krajowego Rejestru Nowotworów, blisko czterokrotny wzrost zachorowań z 5144 w 1980 roku do 16 534 nowych zachorowań na raka piersi w 2011 roku (standaryzowany współczynnik zachorowalności – 51,8/100 000 – stan na dzień 30.06.2011 r.) (**Rycina 1**).

Analizując liczbę zgonów z powodu raka piersi wśród kobiet w latach 1965–2011, zauważyć można wyraźny wzrost umieralności. W roku 2011 zarejestrowano **5437** zgonów (standaryzowany współczynnik umieralności 14,2/100 000 – stan na 30.06.2011 r.) (**Rycina 3**).

Wieloletnie badania kliniczne nie dały ostatecznej i jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o przyczyny powstawania chorób nowotworowych. Waga i znaczenie poszczególnych czynników dla rozwoju raka piersi są stale badane, powodując polemikę odnośnie do roli, jaką

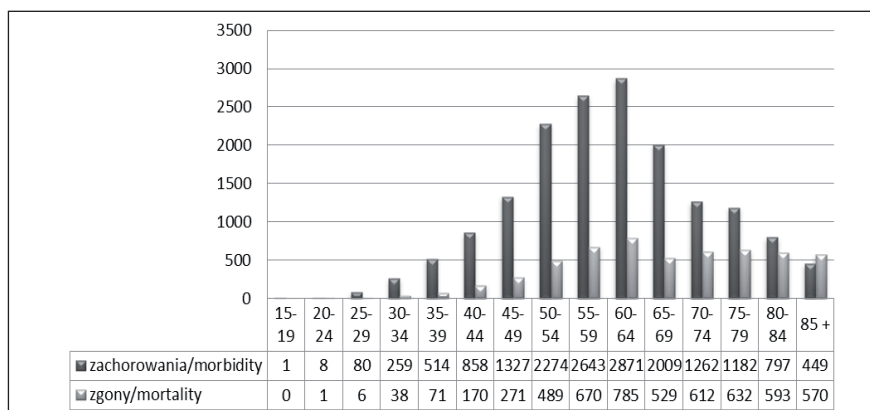


**Rycina 1.** Zachorowania na raka piersi kobiet w Polsce w latach 1980–2011  
*Figure 1. Morbidity breast cancer of women in Poland in the years 1980–2011*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GLOBOCAN 2012 i Rejestru Nowotworów – COI, Warszawa z dn. 24.02.2014 r.  
 Source: own elaboration based on: GLOBOCAN 2012 and the Cancer Registry – COI, Warsaw dated. 24.02.2014 r.

Obserwacja częstości zachorowań w poszczególnych grupach wiekowych wykazała, że drastyczny wzrost zachorowań występował w przedziale wiekowym od 50. do 69. roku życia (**Rycina 2**).

one odgrywają. Pośród czynników zwiększających ryzyko zachorowania na raka piersi wymienia się: płeć żeńską – tylko 1% zachorowań rozpoznaje się u mężczyzn, wiek – najwięcej zachorowań przypada pomiędzy 50. a 69. rokiem życia, przebyty rak piersi przez

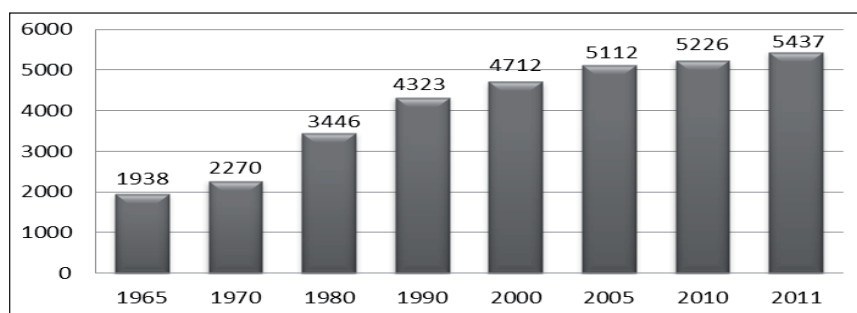


**Rycina 2.** Zachorowania i zgony na raka piersi kobiet w Polsce w roku 2011 w podziale na grupy wiekowe  
*Figure 2. Morbidity and mortality from breast cancer for women in Poland in 2011, broken down by age groups*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Rejestru Nowotworów – COI, Warszawa z dn. 25.02.2014 r.  
 Source: own elaboration based on: the Cancer Registry – COI, Warsaw dated. 25.02.2014 r.

matkę lub siostrę, pierwsza miesiączka przed ukończeniem 12. roku życia, menopauza po 55. roku życia, długotrwała hormonalna terapia zastępcza, nosicielstwo mutacji niektórych genów, przede wszystkim BRCA1 (breast cancer 1) i BRCA2 (breast cancer 2), późny wiek pierwszego porodu zakończonego urodzeniem żywego dziecka, ekspozycja na działanie promieniowania jonizującego i niektóre łagodne choroby rozrostowe piersi [6–11].

odpowiednie rozwiązywanie problemów związanych z życiem seksualnym [14]. Polega na zdrowym rozwoju seksualnym, równych i odpowiedzialnych relacjach partnerskich, satysfakcji seksualnej, wolności od chorób, niedomagań, niemocy seksualnej, przemocy. Seksualność jest integralną częścią każdej istoty ludzkiej, jej rozwój zależy od zaspokojenia podstawowych ludzkich potrzeb (intymności, czułości, miłości), a pełny rozwój seksualności jest niezbędny do osiągnięcia dobrostanu w wymiarze indywidualnym, interpersonalnym



**Rycina 3.** Zgony z powodu raka piersi kobiet w Polsce w latach 1965–2011

Figure 3. Deaths from breast cancer for women in Poland in the years 1965–2011

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Rejestru Nowotworów – COI, Warszawa z dn. 25.02.2014 r.

Source: own elaboration based on: the Cancer Registry – COI, Warsaw dated. 25.02.2014 r.

Podstawą leczenia wczesnego raka piersi jest zabieg chirurgiczny. Leczenie chirurgiczne chorych na raka piersi obejmuje zabieg w obrębie piersi oraz regionalnych węzłów chłonnych. Obecnie w praktyce klinicznej u chorych na wczesnego inwazyjnego raka piersi stosuje się dwie metody leczenia operacyjnego:

- metodę klasyczną, polegającą na amputacji gruczołu piersiowego wraz z układem chłonnym pachy (mastektomia),
- leczenie oszczędzające (ang. *Breast Conserving Therapy* – BCT), polegające na wycięciu guza z marginesem zdrowych tkanek.

Obie metody nie różnią się istotnie pod względem wyników leczenia onkologicznego i poziomu lęku przed nawrotem choroby. Zabieg oszczędzający BCT zapewnia lepszy efekt kosmetyczny i większy komfort pacjentek w aspekcie funkcjonowania psychospołecznego i zdrowotnego [12, 13].

### Zdrowie seksualne – zaburzenia seksualne

Zdrowie seksualne (ang. *sexual health*) według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organization*) to zespół biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. Oznacza wolność od przymusu i przemocy seksualnej, ochronie przed nią oraz

i społecznym [15]. Zdrowie seksualne, jakkolwiek zdefiniowane, jest ważne przez całe życie kobiety. Natura problemów seksualnych jest często złożona i może zmieniać się w ciągu różnych okresów życia. Czynniki wywierające wpływ na różne zaburzenia seksualne mogą być zarówno fizyczne, hormonalne, emocjonalne, jak i psychiczne [16]. Na zdrowie seksualne kobiety składają się trzy podstawowe wymiary – ocena siebie w roli partnerki seksualnej, funkcjonowanie seksualne (zwłaszcza pod względem zdrowia psychoseksualnego) oraz postrzeganie związku partnerskiego jako satysfakcjonującego bądź nie [17]. Specyfika kobiecej seksualności obejmuje np. większą świadomość ciała, zróżnicowanie stref erogennych, reaktywność seksualną, inność treści snów, fantazji, potrzeb i oczekiwań seksualnych [18]. Dysfunkcje seksualne (zaburzenia seksualne) stanowią grupę zaburzeń dotyczących potencji, pobudliwości seksualnej, podniecenia seksualnego oraz zdolności orgastycznych, co implikuje brak zdolności do reakcji seksualnej oraz seksualnej sprawności do wykonywania określonych zadań [19]. Zaburzenia seksualne kobiet (ang. *Female Sexual Disorder* – FSD) są zdefiniowane w 4 kategoriach:

1. zaburzenia pożądania;
2. zaburzenia podniecenia;
3. zaburzenia orgazmu;
4. zaburzenia związane z bólem [16].

Dysfunkcje seksualne mogą być pierwotne (tj. utrzymujące się od początku aktywności seksualnej) lub wtórne (tj. pojawiające się po okresie prawidłowego funkcjonowania) oraz uogólnione lub sytuacyjne (tzn. ograniczone do określonego partnera lub sytuacji). Przyczyną zaburzeń mogą być czynniki fizjologiczne, psychologiczne lub złożone [20], oraz czynniki społeczne i kulturowe [19]. W 2004 roku Rosemary Basson wraz ze współpracownikami zaproponowała klasyfikację zaburzeń seksualnych kobiet. W klasyfikacji tej zostały ujęte następujące zaburzenia: zaburzenia pożądania, awersja seksualna, brak radosnego przeżywania (anhedonia), brak reakcji genitalnej, brak reakcji genitalnej wraz z zaburzeniem podniecenia, zespół przetrwałego pobudzenia seksualnego, zaburzenia orgazmu, dyspareunia, pochwica [21]. Podział ten wpisuje się w rozpoznania zawarte w klasyfikacji ICD 10, gdzie wymienia się następujące dysfunkcje seksualne kobiet: brak lub utrata potrzeb seksualnych (F52.0), awersja seksualna i brak przyjemności seksualnej (F52.1), brak reakcji genitalnej (F52.2), zaburzenia orgazmu (F 52.3), pochwica nieorganiczna (F52.5), dyspareunia nieorganiczna (F52.6) [22–25].

Wśród metod leczenia dysfunkcji seksualnych stosuje się metody biologiczne (leki wazoaktywne, hormonalne, neuropeptydy, wspomagające, techniki chirurgiczne), metody fizykalne (trening mięśni Kegla, biofeedback, masaż, elektromiografia i in.) i metody psychologiczne (edukacyjne, relaksacyjne i psychoterapię) [25]. Wybór metody leczenia zaburzeń seksualnych u kobiet powinien uwzględniać etiopatogenezę i stopień nasilenia dysfunkcji, a ryzyko wystąpienia działań niepożądanych, wynikających ze stosowanej terapii, nie powinno przewyższać jej korzyści [19].

### **Seksualność kobiet po leczeniu chirurgicznym raka piersi**

Leczenie chirurgiczne raka piersi powoduje wiele następstw natury psychofizycznej. Do następstw fizycznych, oprócz amputacji całej lub części piersi, zalicza się: wady postawy, ograniczenie ruchomości w stawach obręczy barkowej kończyny górnej strony operowanej, zmniejszenie siły mięśniowej, obrzęk limfatyczny kończyny, nierzadko długotrwały ból okolicy operowanej [26, 27]. Psychologiczne skutki to lęk przed kalectwem, nawrotem choroby i śmiercią. Pojawia się cierpienie, depresja oraz gniew. Utrata piersi jest przyczyną zmiany w postrzeganiu własnego ciała i wywołuje poczucie niższej wartości, utraty kobiecości i wstyd. Bardzo często doświadczenie choroby postrzegane jest jako niesprawiedliwość losu bądź kara. Wiele pacjentek odczuwa lęk przed rozbitiem rodziny lub opuszczeniem

przez partnera. Pojawia się kompleks tzw. połowy kobiety (ang. *half woman complex*) [28, 29].

### **Materiał i metody**

Badaniami objęto 221 kobiet, członkiń Stowarzyszenia Amazonek. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety oraz standaryzowane narzędzie badawcze – Indeks Funkcji Seksualnej Kobiety (ang. Female Sexual Function Index) w wersji polskiej [30]. Skala FSFI ocenia wszystkie aspekty funkcjonowania seksualnego kobiety. Zawiera 19 pytań. Ocena dotyczy 6 domen: I – pożądania (1 i 2 pytanie), II – podniecenia (3, 4, 5 i 6 pytanie), IV – lubrykacji (7, 8, 9 i 10 pytanie), IV – orgazmu (11, 12 i 13 pytanie), V – satysfakcji seksualnej (14, 15 i 16 pytanie), VI – dolegliwości bólowych związanych z seksualnością (17, 18 i 19 pytanie). Ocena obejmuje okres ostatnich 4 tygodni. Wartość 26,55 punktów lub mniejsza wskazuje na obecność znamienne klinicznych dysfunkcji seksualnych FSD (ang. Female Sexual Dysfunction). W zakresie poszczególnych domen znamienne kliniczne FSD (dysfunkcje seksualne kobiet) należy rozpoznać przy uzyskanej wartości dla każdej z poszczególnych domen mniejszej lub równej 3,9. Osoby badane zostały poinformowane o celu, jaki przyświecał badaniom i zapewnione o anonimowości.

### **Wyniki**

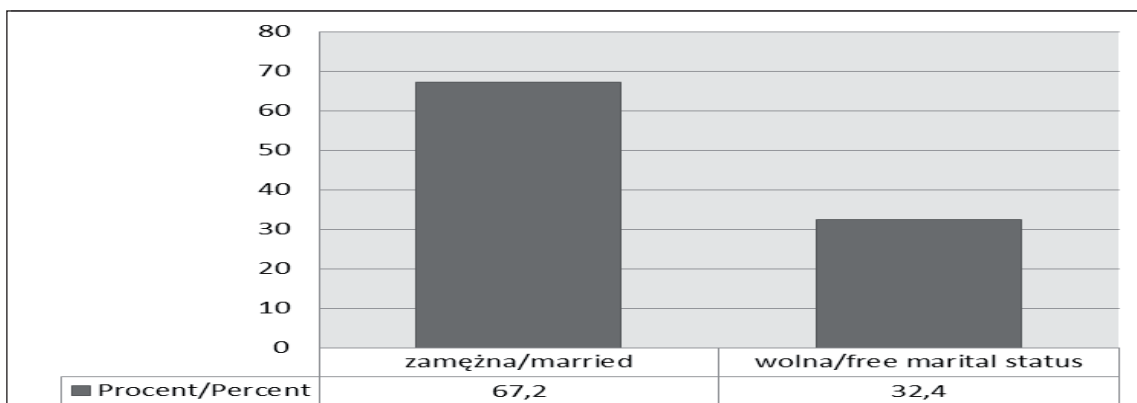
Analiza materiału empirycznego wykazała, że ponad 67% respondentek to kobiety zamężne. Do kategorii tej zaliczone zostały również kobiety funkcjonujące w nieformalnym związku, zamieszkujące wspólnie z partnerem. Pozostałe badane to osoby stanu wolnego (wdowy, rozwódki, osoby będące w separacji bądź w nieformalnym związku niezamieszkałe wspólnie) (**Rycina 4**). Średni wiek badanych wyniósł  $62,6 \pm 8,7$  lat.

Prawie 60% badanych poddane zostało mastektomii bez rekonstrukcji piersi. Tylko niecałe 15% zostało poddanych leczeniu rekonstrukcyjnemu. U 17,6% wykonano zabieg oszczędzający – BCT (**Rycina 5**).

Jednym z podstawowych trzech wymiarów, składających się na zdrowie seksualne kobiet, jest ocena siebie w roli partnerki seksualnej. Tylko 3% badanych udzieliło odpowiedzi wskazującej na pozytywną ocenę siebie jako partnerki seksualnej. Ponad 1/3 oceniła siebie w roli partnerki seksualnej jako osobę chłodną i niesprawną, a dalsze 30% nie jest pewne, że funkcjonuje w odpowiedni dla siebie sposób (**Rycina 6**).

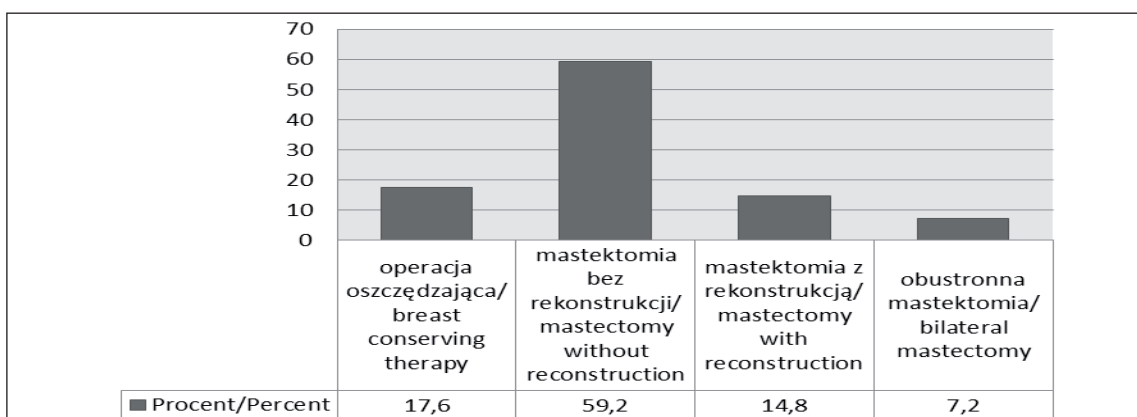
Drugim wymiarem, składającym się na trzy podstawowe wymiary zdrowia seksualnego, jest funkcjonowanie seksualne pod względem zdrowia psychoseksualnego. Poniższy wykres pokazuje rozkład deklaratywnej orientacji seksualnej (**Rycina 7**).





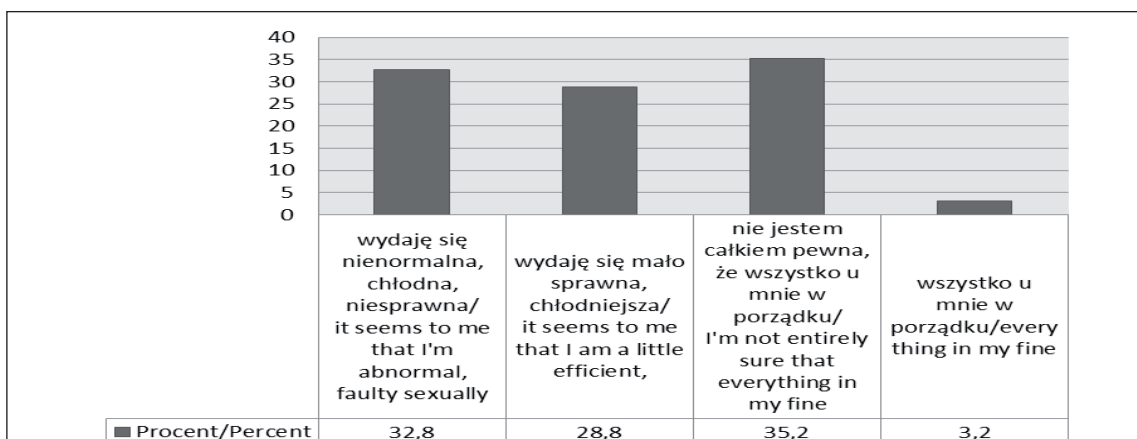
**Rycina 4.** Stan cywilny badanych kobiet  
*Figure 4. Marital status of women surveyed*

Źródło: Badania własne  
 Source: author's own materials



**Rycina 5.** Rodzaj leczenia operacyjnego  
*Figure 5. Type of surgical treatment*

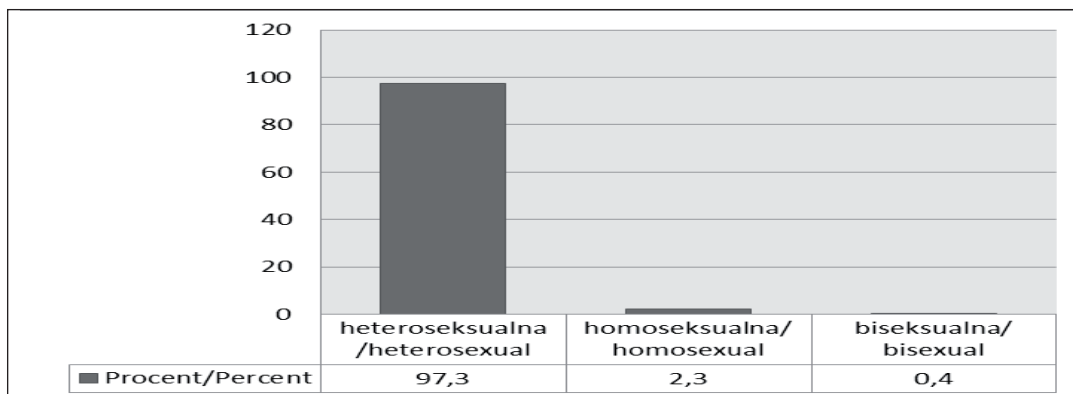
Źródło: Badania własne  
 Source: author's own materials



**Rycina 6.** Ocena siebie w roli partnerki seksualnej  
*Figure 6. Rating themselves as sexual partner*

Źródło: Badania własne  
 Source: author's own materials





**Rycina 7.** Orientacja seksualna badanych kobiet

*Figure 7. Sexual preferences women surveyed*

Źródło: Badania własne

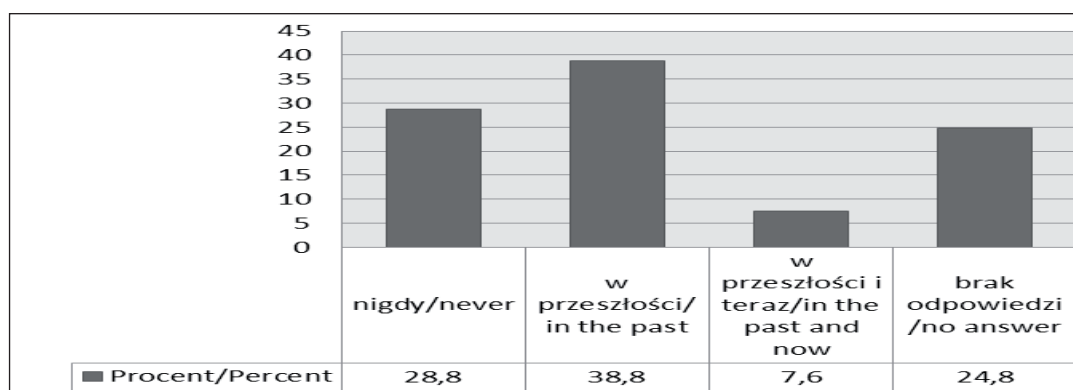
Source: author's own materials

Analiza odpowiedzi na pytanie dotyczące zachowań masturbacyjnych pokazała, że blisko 25% badanych nie udzieliło odpowiedzi w tym zakresie. Wskazywać to może na fakt, że zachowania autoerotyczne nadal stanowią dla tej grupy wiekowej wstydlivy temat tabu. Badanie pokazuje również, że ponad 38% kobiet w przeszłości uprawiało masturbację. Niecałe 8% praktykowało zachowania autoerotyczne w przeszłości i teraz (**Rycina 8**).

Z poniższych zestawień, dotyczących istotności (ważności) aktywności seksualnej przed i po chorobie, wynika wyraźna zmiana w postrzeganiu tejże aktywności przez

Kolejny wykres pokazuje zadowolenie z życia seksualnego badanych kobiet przed chorobą i podczas badania kwestionariuszowego. Prawie 70% na pytanie o zadowolenie ze swojego życia seksualnego przed chorobą wskazało na odpowiedzi bardzo dobrze, dobrze i raczej dobrze. W chwili badania kwestionariuszowego te same odpowiedzi zaznaczyło 50%, co oznacza spadek zadowolenia z życia seksualnego o 20% (**Rycina 10**).

Ostatnim, podstawowym, trzecim wymiarem zdrowia seksualnego kobiety jest postrzeganie związku partnerskiego jako satysfakcjonującego bądź nie.



**Rycina 8.** Zachowania autoerotyczne badanych kobiet

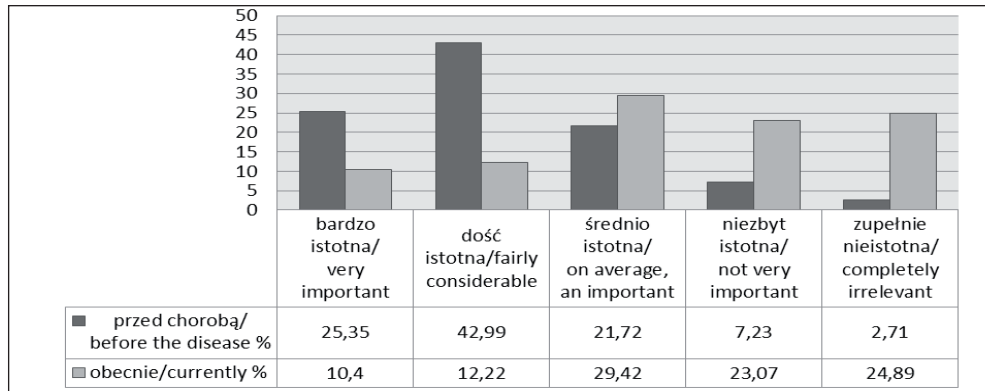
*Figure 8. Masturbation behavior women surveyed*

Źródło: Badania własne

Source: author's own materials

respondentki. Przed chorobą dla prawie 70% kobiet aktywność seksualna była bardzo lub dość istotna. Dla 10% aktywność seksualna była niezbyt istotna bądź zupełnie nieistotna. W momencie badania blisko połowa ankietowanych określiła znaczenie aktywności seksualnej jako niezbyt bądź zupełnie nieistotną. Tylko dla niecałych 25% aktywność seksualna stanowiła nadal bardzo lub dość istotną wartość (**Rycina 9**).

Poniższy wykres pokazuje, że 25% ankietowanych jest niezadowolonych z relacji ze swoim partnerem, kolejne 25% badanych kobiet wskazało na odpowiedzi: bardzo zadowolona i raczej zadowolona. O 1% mniej niż poprzednie wartości respondentki deklarują, że jest średnio zadowolona ze swojego związku (**Rycina 11**).

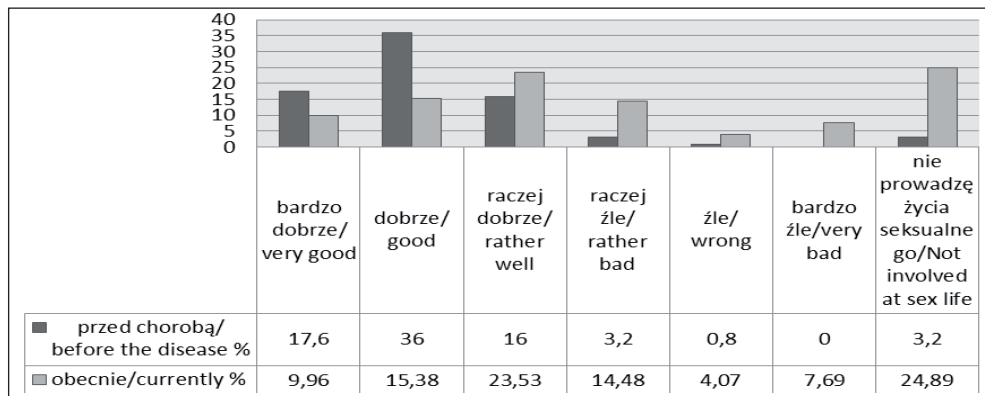


**Rycina 9.** Znaczenie (ważność) aktywności seksualnej dla badanych kobiet

Figure 9. The importance of sexual activity for the surveyed women

Źródło: Badania własne

Source: author's own materials

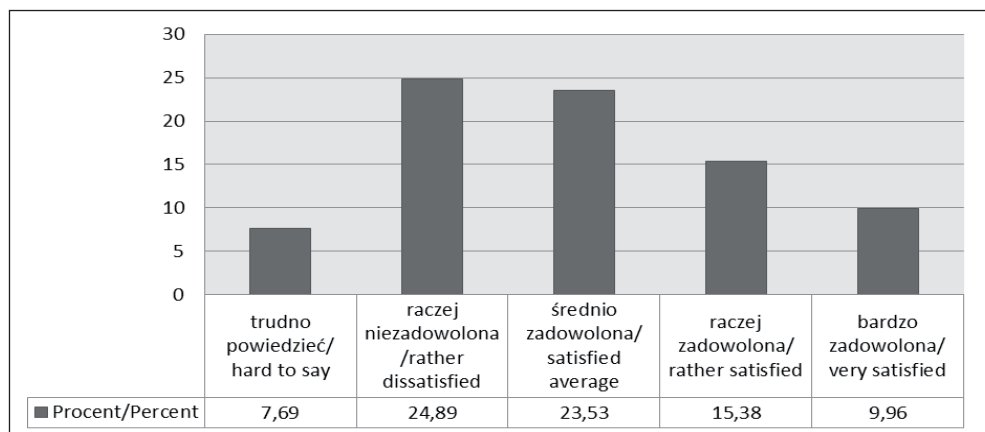


**Rycina 10.** Zadowolenie badanych kobiet ze swojego życia seksualnego

Figure 10. Satisfaction of the surveyed women with their sex lives

Źródło: Badania własne

Source: author's own materials.



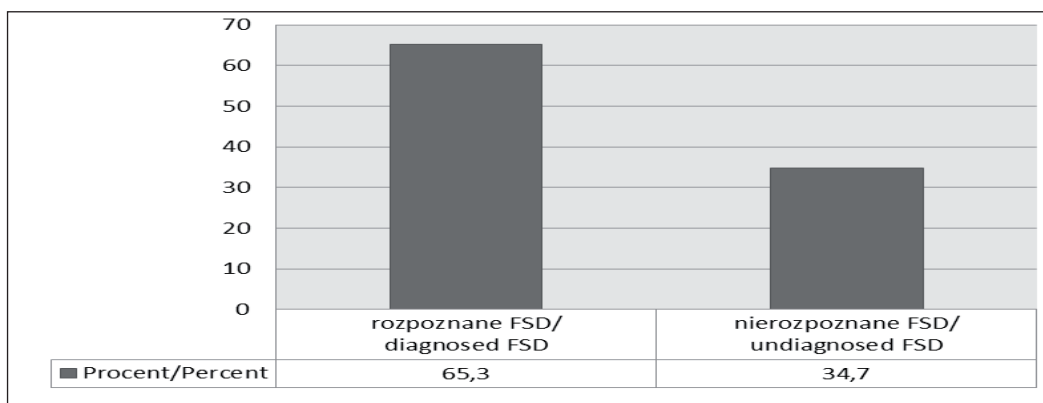
**Rycina 11.** Zadowolenie badanych kobiet z relacji z partnerem

Figure 11. Satisfaction the surveyed women with relationship with your partner

Źródło: Badania własne

Source: author's own materials.

Analiza poszczególnych domen funkcjonowania seksualnego kobiet FSFI wykazała, że u 84,5% kobiet rozpoznano FSD w obszarze pożądania. U blisko 75% rozpoznano FSD w zakresie podniecenia. Problemy z lubrykacją zdiagnozowano u blisko 70% respondentek. W domenie orgazm FSD diagnozuje się w 63,6% przypadków. FSD nie rozpoznano u 42% badanych w obszarze satysfakcji seksualnej i u 35,2% respondentek w domenie dolegliwości bólowe. Obecność znamienne klinicznych dysfunkcji seksualnych (FSD) rozpoznano u 65,3% badanych kobiet po leczeniu operacyjnym raka gruczołu piersiowego (**Rycina 12**).



**Rycina 12.** Rozpoznanie dysfunkcji seksualnych  
*Figure 12. The diagnosis of Female Sexual Dysfunction*  
Źródło: Badania własne  
Source: author's own materials

## Wnioski

Wyniki przeprowadzonych badań empirycznych i dokonane analizy statystyczne dotyczące zdrowia seksualnego kobiet po leczeniu chirurgicznym raka piersi pozwalają stwierdzić, że:

1. Wśród badanych tylko 3,2% kobiet bez obaw ocenia siebie w roli partnerki seksualnej, a ponad 1/3 oceniła siebie w roli partnerki seksualnej jako osobę chłodną i niesprawną.
2. Przed chorobą dla prawie 70% kobiet aktywność seksualna była bardzo lub dość istotna. Tylko dla niecałych 25% aktywność seksualna stanowi nadal istotną wartość. Nastąpił spadek w tej kategorii o 45%.
3. Prawie 70% badanych było przed chorobą zadowolonych z życia seksualnego. Obecnie nastąpił spadek zadowolenia z życia seksualnego o 20%.
4. Co czwarta ankietowana ocenia relację ze swoim partnerem jako niezadowolającą.
5. Obecność znamienne klinicznych dysfunkcji seksualnych (FSD) rozpoznano u 65,3% respondentek [31–40].

## Piśmiennictwo

1. Wojtyński B, Stokwizewski J, Goryński P, Poznańska A. Długość życia i umieralność ludności Polski. W: Wojtyński B, Goryński P, Moskalewicz B. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Warszawa: Wyd. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego; 2012.
2. Stewart BW, Wild ChP. WHO, World Cancer Report 2014.
3. WHO, Raport International Agency Research Cancer, GLOBOCAN 2012.
4. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 roku. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2013.
5. Zdrowie kobiet w Polsce w latach 2005-2009. Kraków: Główny Urząd Statystyczny; 2012.
6. Didkowska J. Epidemiologia, czynniki ryzyka i profilaktyka. W: Jassem J, Krzakowski M (red.). Rak piersi. Gdańsk: Via Medica; 2009.
7. Kordek R. Co to jest nowotwór? W: Jeziorski A (red.). Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. Warszawa: PZWL. 2005.
8. Jeziorski A. Rak piersi. W: Kordek J, Jassem J, Krzakowski M, Jeziorski A (red.). Onkologia. Gdańsk: Via Medica; 2006.
9. Pawłęga J. Epidemiologia. W: Jassem J (red.). Rak sutka. Warszawa: Springer PWN; 1998.
10. Szewczyk K. Epidemiologia i profilaktyka raka piersi. W: Kornafel J (red.). Rak piersi. Warszawa: CMKP; 2011.
11. Jassem J, Krzakowski M. Rak piersi. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych — 2013 r. Gdańsk: Wyd. VM Media sp. z o.o. VM Group sp. k.; 2013.
12. Matkowski R. Zasady chirurgii nowotworów piersi. W: Kornafel J (red). Wprowadzenie do specjalizacji z ginekologii onkologicznej. Podstawy radioterapii nowotworów. Warszawa: Wyd. CMKP; 2011.
13. Jaśkiewicz J, Pieńkowski T. Rak piersi – rozpoznawanie, leczenie, profilaktyka. Przewodnik Lekarza. 2000; 6, 47–53.
14. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN; 2012.
15. Lew-Starowicz Z. Seksualność, a jakość życia człowieka. Przegląd Seksuologiczny. 2006; styczeń/kwiecień, 5.
16. Farrington A. Zdrowie seksualne kobiet w wieku średnim i powyżej – zaburzenia seksualne. Przegląd Seksuologiczny. 2006; październik/grudzień, 8.

17. Rawińska M, Czyżkowska A, Lew-Starowicz Z. Klasyfikacja, etiologia oraz prawidłowe diagnozowanie zaburzeń seksualnych u kobiet – ZSK (FSD – Female Sexual Disorders). Czynniki biologiczne, psychoseksualne oraz kontekstualne, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2012; 18, (4): 334–339.
18. Lew-Starowicz Z. Seksualność kobiet, *Przegląd Seksuologiczny*. 2005; kwiecień/czerwiec, 2.
19. Skrzypulec V. Wstęp do seksuologii. Katowice: Wyd. Kwieciński; 2005.
20. Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA. *Psychiatria kliniczna*. Sidorowicz S (red. wyd. polskiego). Wrocław: Wyd. Medyczne Urban & Partner; 2004.
21. Basson R, Leiblum S, Brotto L. Revised definitions of women's sexual dysfunction, *J Sex Med*. 2004; 1: 40–48.
22. Pużyński S, Wciórka J (red.). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków-Warszawa: Wyd. Medyczne Vesalius; 1998.
23. Pużyński S, Wciórka J (red.). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków-Warszawa: Wyd. Medyczne Vesalius; 2000.
24. Leiblum SR, Rosen RC (red.). *Terapia zaburzeń seksualnych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
25. Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V. *Podstawy seksuologii*. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL; 2010.
26. Hawro R, Tchórzewska-Korba H. Fizjoterapia pacjentek leczonych z powodu raka piersi. W: Woźniewski M (red.). *Fizjoterapia w onkologii*. Warszawa: PZWL; 2012.
27. Tchórzewska-Korba H. Fizjoterapia po rekonstrukcji piersi. W: Woźniewski M (red.). *Fizjoterapia w onkologii*. Warszawa: PZWL; 2012.
28. Kosowicz M. *Psychoonkologia – Wybrane aspekty psychologiczne funkcjonowania w chorobie nowotworowej*. W: Meder J (red.). *Podstawy onkologii klinicznej*. Warszawa: CMKP; 2011.
29. Izdebski P. *Psychologiczne aspekty przebiegu choroby nowotworowej piersi*. Bydgoszcz: UKW; 2007.
30. Nowosielski K, Wróbel B, Sioma-Markowska U, Poręba RJ. Development and validation of the Polish version of the Female Sexual Function Index in the Polish population of females, *Sex Med*. 2013 Feb; 10(2): 386–395.
31. Emilee G, Ussher JM, Perz J. Sexuality after breast cancer. A review, *Maturitas* 66, 2010; 397–407.
32. Kedde H, van del Viel HBM, Weijmar schultz W.C.M., Wijssen C., Subjective sexual well-being and sexual behavior in young women with breast cancer. *Support Care Cancer*. 2013; 21:1993–2005.
33. Sheppard L, Elly S. Breast Cancer and Sexuality. *The Breast Journal*, Volume 14, Number 2, 2008; 176–181.
34. Skrzypulec V, Tobor E, Droszdzol A, Nowosielski K. Biopsychosocial functioning of women after mastectomy. *Journal of Clinical Nursing*. 18, 613–619.
35. Kedde H, van de Viel H et al. Sexual dysfunction in young women with breast cancer. *Care Cancer*. 2013; 21:271–280.
36. Thors Ch, Broeckel J, Jacobsen P. Sexual Functioning in Breast Cancer Survivors. *Cancer Control*, September/October 2001; Vol 8, No.5.
37. Pinto A. Sexuality and breast cancer: prime time for young patients, *Journal of Thoracic Disease*, Vol 5, Suppl. 1 June 2013; 581–586.
38. Raina R et al. Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management, *Fertility and Sterility*, Volume 88, Issue 5, November 2007; 1273–1284.
39. Rubio-Aurioles E. *Cancer and Sexual Health*. *Current Clinical Urology*. 2011.
40. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions, *Canadian Medical Association Journal*. May 10, 2005; 172 (10) 1327–1333.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.06.2014

Artykuł przyjęty do publikacji: 21.10.2014

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.  
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

**Adres do korespondencji:**

Sebastian A. Zdończyk  
ul. Boh. Westerplatte 64  
76-200 Słupsk  
tel. 508 116 378  
e-mail: sebartuz@vp.pl  
Wydział Nauk Społecznych  
Akademia Pomorska

# ZACHOWANIA ŻYWIENIOWE WYBRANYCH GRUP STUDENTÓW WARSZAWSKICH UCZELNI

## DIETARY BEHAVIOURS OF SELECTED GROUPS OF STUDENTS AT WARSAW'S HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS

Magdalena Zegan, Ewa Michota-Katulska, Justyna Moszkowicz, Beata Sińska, Alicja Kucharska

Zakład Żywienia Człowieka  
Warszawski Uniwersytet Medyczny

### STRESZCZENIE

**Cel.** Celem badania było porównanie zachowań żywieniowych studentów wybranych uczelni o profilu związanym i niezwiązanym z nauką o żywieniu człowieka.

**Materiał i metody.** Badanie przeprowadzono w 2013 roku wśród 200 celowo dobranych studentów Politechniki Warszawskiej i Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (po 100 osób w każdej grupie). W badaniu posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety.

**Wyniki.** Studenci spożywali zwyczajowo 4–5 posiłków w ciągu dnia. W diecie ponad połowy studentów WUM codziennie występowały warzywa, produkty zbożowe, mleko i przetwory mleczne. Mniej niż połowa sięgała codziennie po owoce. W przypadku studentów Politechniki Warszawskiej u nieco ponad połowy w codziennym jadłospisie występowały produkty zbożowe, natomiast mleko, przetwory mleczne, warzywa czy owoce codziennie spożywała mniej niż połowa tej grupy badanych. Dla większości młodzieży akademickiej uczestniczącej w badaniu charakterystyczne było zjawisko pojadania, w tym przede wszystkim stodczy.

**Wnioski.** Uzyskane wyniki wykazały różnice w żywieniu studentów analizowanych uczelni. Nieco lepszymi zachowaniami żywieniowymi wykazali się studenci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Konieczne wydaje się prowadzenie edukacji prozdrowotnej całej młodzieży akademickiej.

SŁOWA KLUCZOWE: zachowania żywieniowe, studenci.

### ABSTRACT

**Aim.** The aim of the study was to compare the dietary behaviours of students of selected universities – one with a profile linked to the science of human nutrition, and one with a profile unrelated to that field.

**Material and methods.** The survey was conducted in 2013 among 200 purposively selected students of the Warsaw University of Technology and the Medical University of Warsaw, 100 respondents from each of the institutions. An original survey questionnaire was employed.

**Results.** Students ate customarily 4–5 meals a day. The diet of over a half of the MUW students included daily portions of vegetables, cereal products, milk and its products. More than half of the WUT students included cereal products in their daily meal plan, but less than half ate milk or milk products, vegetables or fruit daily. Typical of most of the university students that participated in the survey was the occurrence of snacking between meals.

**Conclusions.** The obtained results have shown differences in the nutrition of students at the analysed universities. The students of the Medical University of Warsaw have demonstrated slightly better dietary habits. It appears essential to introduce health education programmes for all university students.

KEYWORDS: dietary habits, students.

### Wprowadzenie

Zachowania żywieniowe oznaczają zależne od różnych czynników działania oraz sposoby postępowania mające na celu zaspokojenie potrzeb żywieniowych [1]. Wpływ spożywanej żywności na stan zdrowia człowieka to temat często poruszany w badaniach naukowych oraz różnych publikacjach [2–10]. Istotne znaczenie zarówno w profilaktyce, jak i leczeniu chorób odgrywa dieta. Niewłaściwe żywienie może doprowadzić do powstania chorób, takich jak: cukrzyca typu 2, osteoporoza, choroby układu sercowo-naczyniowego oraz nie-

które nowotwory [11]. Określonym grupom społecznym przypisuje się charakterystyczny sposób żywienia [12]. Studentom w związku z często nieregularnym rozkładem zajęć brakuje czasu na przygotowanie i spożycie odpowiedniego posiłku. Młodzieży akademickiej czasami towarzyszą także problemy finansowe ograniczające konsumpcję niektórych produktów [13].

### Cel

Celem badania było porównanie zachowań żywieniowych studentów wybranych uczelni o profilu związanym i niezwiązanym z nauką o żywieniu człowieka.



## Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w 2013 roku. Objęto nim 200 celowo dobranych studentów w wieku 19–29 lat. Byli to studenci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM) i Politechniki Warszawskiej (PW) (po 100 osób w każdej grupie). W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego i zastosowano technikę badania ankietowego. Narzędziem pomiaru był kwestionariusz ankiety, składający się z 28 pytań dotyczących wybranych zachowań żywieniowych oraz metryczki. W przypadku możliwości wielokrotnego wyboru wyniki podano jako odsetek wskazań. Wyniki opracowano z wykorzystaniem arkusza kalkulacyjnego Excel 2010 oraz pakietu Statistica 9.0 StatSoft, zastosowano test chi-kwadrat ( $p < 0,05$ ).

## Wyniki i dyskusja

Studenci WUM sposób swojego żywienia oceniali głównie jako dobry oraz średni, na odpowiedzi te wskazał taki sam odsetek respondentów (po 42%). Studenci PW postrzegali sposób swojego żywienia przede wszystkim jako dobry (43%) nieco mniejszy odsetek określił go jako średni (37%) (Tabela 1).

Tabela 1. Samoocena sposobu żywienia (%)

Table 1. Self-assessment of diet (%)

	Bardzo dobry <i>Very good</i>	Dobry <i>Good</i>	Średni <i>Average</i>	Zły <i>Bad</i>	Bardzo zły <i>Very bad</i>
Warszawski Uniwersytet Medyczny <i>Medical University of Warsaw</i> (n=100)	4	42	42	10	2
Politechnika Warszawska <i>Warsaw University of Technology</i> (n=100)	8	43	37	9	3

Respondenci zapytani o liczbę posiłków spożywanych w ciągu dnia wskazywali, w przypadku studentów WUM, na spożycie głównie 4–5 posiłków (67%), wśród studentów PW taki sam odsetek zaznaczył odpowiedzi: 4–5 posiłków (43%) i 3 posiłki (43%). Ankietowani w obydwu grupach przyznali się do pojadania między posiłkami (odpowiednio 72% i 71%). Jako najczęściej pojadane produkty w obydwu grupach podawane były słodczyce (odpowiednio: 36 – wskazań WUM i 38 – wskazań PW). Studenci uczestniczący w badaniu pytani o to, czy spożywają śniadanie przed wyjściem z domu, wskazywali przede wszystkim, że czynią tak codziennie (odpowiednio 65% studentów PW i 61% studentów WUM). Najczę-

ściej wymienianymi produktami wchodzącymi w skład I śniadania były w przypadku studentów WUM: pieczywo (78 wskazań) i produkty mleczne (63 wskazania); ankietowani z PW wskazywali najczęściej na: pieczywo (86 wskazań) i wędlinę (61 wskazania). Na dodatek warzyw do tego posiłku wskazał odpowiednio niemal co drugi student WUM i co 3 student PW. W ramach śniadania, z grupy produktów mleko i przetwory mleczne, studenci WUM sięgali głównie po jogurty (40 wskazań), natomiast studenci PW przede wszystkim po mleko i po sery żółte (zyskujące po tyle samo wskazań 34). Studenci obu badanych grup spożywali różne rodzaje pieczywa, jednak pieczywo mieszane preferowane było przez ponad połowę studentów WUM (53%) i zdecydowanie mniejszy odsetek studentów PW (39%); studenci PW chętnie sięgali również po pieczywo pszenne (37%). Na codzienne spożywanie warzyw wskazało 65% studentów WUM i tylko 39% studentów PW, była to różnica istotna statystycznie ( $p < 0,05$ ). Studenci WUM spożywali je istotnie częściej w postaci surowej (61%), a studenci PW najczęściej w postaci surowej (43%) i gotowanej (41%) ( $p < 0,05$ ). W przypadku owoców deklaracja ich codziennego spożywania była częstsza wśród ankietowanych z WUM (45%), niż w przypadku respondentów z PW, gdzie taki sam odsetek wskazał na spożycie codzienne i 1–2 razy w tygodniu (po 32%). Codziennie po produkty zbożowe i przetwory mleczne sięgał w przypadku studentów WUM taki sam odsetek badanych (po 65%). W przypadku studentów PW odpowiednio nieco ponad połowa studentów codziennie spożywała produkty zbożowe (57%) i tylko 43% przetwory mleczne. Po rośliny strączkowe ankietowani z WUM sięgali przede wszystkim 1–2 razy w tygodniu (48% – WUM), natomiast wśród studentów PW dominowali ci, którzy nie spożywali tej grupy produktów w ogóle (59%). Ryby również były spożywane głównie 1–2 razy w tygodniu (68% – WUM, 65% – PW). Z kolei drób włączany był do spożywanych posiłków przede wszystkim 3–6 razy w tygodniu (53%) w przypadku respondentów z WUM i 1–2 razy (49%) oraz 3–6 razy (41%) w tygodniu przez studentów z PW. Na spożywanie mięsa wieprzowego lub wołowego częściej 1–2 razy w tygodniu wskazywali studenci PW (54%) niż studenci WUM (43%). Jaja 1–2 razy w tygodniu spożywał zbliżony odsetek ankietowanych (odpowiednio: PW – 64%, WUM – 60%). Wśród osób uczestniczących w badaniu dominowali studenci, którzy nie spożywali żywności typu „fast food”, minimalnie ponad 60% studentów WUM oraz nieco ponad połowa studentów PW (55%). Po słodczyce studenci sięgali głównie 3–6 razy w tygodniu (odpowiednio 33% – WUM, 41% – PW). Rządziej w ciągu tygodnia spożywali słone przekąski najczęściej z częstotliwością 1–2 razy na tydzień (odpowiednio 51% – WUM, 56% – PW). Zbliżony odsetek

studentów obu porównywanych grup wskazywał na spożywanie w ciągu dnia od 1 do 2 l płynów. Studenci WUM najczęściej wśród napojów wybierali wodę (84 wskazań) i nieco rzadziej herbatę (79 wskazań). Natomiast odwrotne preferencje mieli studenci drugiej analizowanej uczelni, wskazując przede wszystkim na herbatę (83 wskazania) i wodę (68 wskazań). Jako preferowane formy przygotowywania posiłków studenci z WUM wskazywali gotowanie – 44%, o 10 punktów procentowych mniej respondentów (34%) wskazało na smażenie. Odwrotne wyniki uzyskano od studentów PW, wśród których zwyczajowym sposobem przygotowywania posiłków było smażenie (53%) i rzadziej wskazywane gotowanie. Szczegółowe wyniki zamieszczono w tabeli 2.

**Tabela 2.** Sposób żywienia i wybrane zachowania żywieniowe  
Table 2. Eating habits and selected dietary behaviours

	Warszawski Uniwersytet Medyczny University of Warsaw (n=100)	Politechnika Warszawska Warsaw University of Technology (n=100)
Liczba posiłków spożywanych w ciągu dnia (%) / No. of meals eaten per day (%)		
6 i więcej/6 and more	2	3
4–5	67	43
3	28	43
2	3	10
1	0	1
Pojadanie między posiłkami (%) / Snacking between meals (%)		
Tak/Yes	72	71
Nie/No	28	29
Najczęściej spożywane produkty między posiłkami (%) / Most commonly eaten products between meals (%)		
Warzywa/Vegetables	1	0
Owoce/Fruit	21	17
Mleko i przetwory mleczne Milk and milk products	9	10
Słodycze/Sweets	36	38
Stone przekąski/Savoury snacks	5	6
Spożywanie śniadania przed wyjściem z domu (%) / Eating breakfast before leaving home (%)		
Codziennie/Every day	61	65
5–6 razy w tygodniu/5–6 times a week	12	9
3–4 razy w tygodniu/3–4 times a week	13	9
1–2 razy w tygodniu/1–2 times a week	9	13
Nigdy/Never	5	4
Produkty wchodzące w skład pierwszego śniadania (odsetek wskazań) / Products included in breakfast (percentage of indications)		
Pieczywo/Bread	78	86

Margaryna/masło Butter/margarine	53	56
Wędliina/Cold meats	54	61
Ser żółty/Cheese	43	56
Warzywa/Vegetables	47	33
Owoce/ Fruit	13	7
Produkty mleczne/Milk products	63	51
Produkty zbożowe/ Cereal products	39	22
Rodzaj najchętniej wybieranego pieczywa (%) / Most commonly eaten bread types (%)		
Pieczywo pszenne/Wheat bread	19	37
Pieczywo żytnie/Rye bread	28	24
Pieczywo mieszane/Mixed bread	53	39
Inne/Other	0	0
Rodzaj najchętniej spożywanego mleka i przetworów mlecznych (%) / Most commonly consumed milk and milk product types (%)		
Mleko/Milk	34	34
Jogurt/Yoghurt	40	30
Ser żółty/Cheese	22	34
Kefir/Kefir	2	0
Ser twarogowy/Cream cheese	2	2
Częstotliwość spożywania produktów spożywczych (%) / Frequency of consumption of given products (%)		
Warzywa/ Vegetables		
Codziennie/Every day	65	39
3–6 razy w tygodniu/ 3–6 times a week	26	34
1–2 razy w tygodniu/ 1–2 times a week	8	24
Wcale/Never	1	3
Owoce/ Fruit		
Codziennie/Every day	45	32
3–6 razy w tygodniu/ 3–6 times a week	39	29
1–2 razy w tygodniu/ 1–2 times a week	12	32
Wcale/ Never	4	5
Produkty zbożowe/Cereal products		
Codziennie/Every day	65	57
3–6 razy w tygodniu/ 3–6 times a week	21	14
1–2 razy w tygodniu/ 1–2 times a week	11	18
Wcale/Never	3	10
Mleko i przetwory mleczne/Milk and milk products		
Codziennie/Every day	65	43
3–6 razy w tygodniu/ 3–6 times a week	23	22
1–2 razy w tygodniu/ 1–2 times a week	7	30
Wcale/Never	5	5
Rośliny strączkowe/Pulses		
Codziennie/Every day	4	2
3–6 razy w tygodniu/ 3–6 times a week	11	2
1–2 razy w tygodniu/ 1–2 times a week	48	37
Wcale/Never	37	59
Ryby/Fish		

Codziennie/Every day	4	4
3–4 razy w tygodniu/ 3–4 times a week	8	2
1–2 razy w tygodniu/ 1–2 times a week	68	65
Wcale/Never	20	33

#### Drób/Poultry

Codziennie/Every day	8	6
3–6 razy w tygodniu/ 3–6 times a week	53	41
1–2 razy w tygodniu/ 1–2 times a week	30	49
Wcale/Never	9	4

#### Mięso wieprzowe/wołowe/Pork/ Beef

Codziennie/Every day	7	8
3–6 razy w tygodniu/ 3–6 times a week	18	22
1–2 razy w tygodniu/ 1–2 times a week	43	54
Wcale/Never	23	16

#### Żywność typu fast food/Fast food

Codziennie/Every day	1	3
3 i więcej razy w tygodniu 3 and more times a week	7	5
1–2 razy w tygodniu/1–2 times a week	30	39
Wcale/ Never	61	55

#### Ilość płynów wypijanych dziennie/Daily fluid intake

Więcej niż 2 l/More than 2 l	17	32
1–2 l/ 1–2l	66	61
Poniżej 1 l/Less than 1 l	17	7

#### Rodzaj napojów (odsetek wskazań)/ Types of beverages (percentage of indications)

Woda/Water	84	68
Herbata/Tea	79	83
Kawa/Coffee	43	29
Napoje niegazowane/Still beverages	5	9
Napoje gazowane/Carbonated beverages	8	20
Napoje energetyzujące/Energy drinks	6	4
Soki owocowe/Fruit juices	32	28
Soki warzywne/Vegetable juices	1	3
Mleko i napoje mleczne/Milk and milk drinks	19	16

#### Postać spożywanych warzyw (%) /Preparation of consumed vegetables (%)

Surowe/Raw	61	43
Gotowanie/Boiled	27	41
Duszone/Braised	5	5
Pieczone/Roasted	0	2
Smażone/Fried	7	9

#### Sposób przyrządzania posiłków (%) /Preparation of meals (%)

Smażenie/Frying	34	53
Gotowanie/Boiling	44	31
Gotowanie na parze/Steaming	6	7
Pieczenie/Roasting	8	8
Duszenie/Braising	8	1

## Dyskusja

W badaniu uczestniczyli studenci dwóch warszawskich uczelni o różnych profilach zawodowych. Wybór taki miał na celu porównanie, czy istnieją znaczące różnice w żywieniu pomiędzy studentami z uczelni, która w swoim programie kształcenia zawiera przedmioty z zakresu żywienia człowieka oraz tej, która nie realizuje takiego programu. Studenci biorący udział w badaniu na pytanie dotyczące liczby spożywanych posiłków najczęściej wskazali odpowiedź 4–5 posiłków dziennie, aczkolwiek wśród studentów Politechniki Warszawskiej równie liczna grupa spożywała posiłki 3 razy dziennie. Podobny wynik uzyskano w badaniu przeprowadzonym wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie [14]. W badaniu z udziałem studentek dietetyki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku [15] wykazano, że jadłospis 63% ankietowanych składał się z czterech posiłków dziennie, w badaniu własnym na taką liczbę spożywanych w ciągu dnia posiłków wskazał podobny odsetek studentów WUM. Niepokojący może być fakt, że dieta 1–10% studentów PW i 3% studentów WUM obejmowała maksymalnie dwa posiłki dziennie. Tak mała liczba posiłków nie realizuje dziennego zapotrzebowania energetycznego organizmu. W badaniu własnym wykazano, że ponad 70% ankietowanych dojadło pomiędzy posiłkami, przy czym studenci najczęściej sięgali po słodczyce, następnym w kolejności najczęściej wskazywanym produktem były owoce i kolejno mleko, i przetwory mleczne. Szczerbiński i wsp. [16] zaobserwowali podobny odsetek osób podjadających pomiędzy posiłkami wśród studentów (średnio 73%). Respondenci ci również najczęściej pomiędzy posiłkami konsumowali zarówno słodczyce, jak i owoce/warzywa oraz produkty mleczne. Codzienne spożywanie śniadania przed wyjściem z domu zadeklarowało ponad 60% studentów WUM i PW. Podobne nawyki żywieniowe wśród studentów w związku z częstością spożywania I śniadania wykazano w innych badaniach [7, 14, 17, 18]. Skład śniadań w analizowanych grupach był zbliżony, aczkolwiek studenci WUM częściej sięgali po produkty mleczne, a PW po wędlinę. Należy zwrócić uwagę, że tylko 1/3 studentów PW spożywała na I śniadanie warzywa, zaś w przypadku studentów WUM była to prawie połowa respondentów. Zgodnie z zaleceniami Instytutu Żywności i Żywienia produkty zbożowe powinny stanowić podstawowe źródło energii w diecie [19]. Z przeprowadzonego badania własnego wynika, że ponad połowa studentów spożywała ten rodzaj produktów codziennie. Niepokojący jest fakt, że codzienne spożycie warzyw deklarowała tylko ponad 1/3 studentów PW. Zdecydowanie więcej warzyw spożywali studenci WUM. Ankietowani najchętniej spożywali warzywa w postaci suro-

wej, aczkolwiek studenci PW równie chętnie konsumowali zarówno warzywa surowe, jak i gotowane. W przypadku spożycia owoców – blisko 1/3 studentów PW sięgała po te produkty codziennie i 1–2 razy w tygodniu, natomiast niemal połowa badanych z WUM spożywała tego typu żywność codziennie. Spożycie warzyw i owoców również niekorzystnie przedstawiało się wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie [14], studentów uczelni wrocławskich [20] oraz studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku [7], bowiem warzywa przynajmniej raz dziennie spożywało od 38,6% do 65% studentów na poszczególnych uczelniach. Jedynie częstotliwość spożywania warzyw przez studentki Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (65%) jest porównywalna do częstości konsumpcji warzyw przez studentów WUM z badania własnego. W przypadku WUM blisko 1/3 studentów spożywała mleko i przetwory mleczne codziennie, zaś PW tylko mniej niż połowa. Codzienne spożycie mleka i jego przetworów przez studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w badaniach [14] było typowe dla około 22% studentów oraz ponad 25% studentek Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku [7]. Mleko i przetwory mleczne są źródłem białka o wysokiej wartości biologicznej, dobrze przyswajalnego wapnia oraz witamin z grupy B. W związku z niskim spożyciem zalecanej ilości mleka i jego przetworów, duża liczba studentów warszawskich uczelni nie dostarcza organizmowi wystarczającej ilości tych składników [19]. Studenci z WUM preferowali w tej grupie produktów – jogurty oraz mleko, natomiast ankietowani studenci PW wybierali najczęściej – mleko lub ser żółty. W badaniu przeprowadzonym przez Przystawskiego i wsp. [21] wykazano, że najchętniej spożywanymi produktami przez poznańskich studentów były sery żółte i twarogowe, mleko oraz napoje fermentowane. Rośliny strączkowe, których zalecane spożycie według Instytutu Żywności i Żywienia to 1–2 razy w tygodniu, nie występowały wcale w diecie blisko 60% badanych studentów PW. Niemal połowa ankietowanych studentów WUM deklarowała spożycie zgodne z zaleceniami. Porównywalne wyniki dotyczące spożywania roślin strączkowych otrzymano w innych badaniach [22, 23]. Wśród preferowanych mięs przez studentów badanych uczelni dominował drób. Mięso wieprzowe lub wołowe największy odsetek studentów spożywało 1–2 razy w tygodniu. Studenci WUM ten rodzaj mięsa spożywali relatywnie rzadko. Jeszcze mniejsze spożycie zarówno drobiu, jak i mięsa wieprzowego lub wołowego 1–2 razy w tygodniu zaobserwowano wśród studentek Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku [7]. Odpowiednia dawka tłuszczu jest ważna ze względu na wiele funkcji, jakie pełni on w organizmie, jednak jego nadmierne spożycie może mieć niekorzystny wpływ na organizm

[2, 9, 24]. W związku z wysoką zawartością nasyconych kwasów tłuszczowych w mięsie czerwonym, należy dążyć do ograniczenia spożycia mięsa wołowego i wieprzowego do kilku razy w miesiącu [19]. Ryby stanowią ważny element racjonalnej diety, dlatego też powinny być spożywane 2 razy w tygodniu [19, 25]. Odpowiednią ilość ryb według zaleceń Instytutu Żywności i Żywienia spożywało 65–68% ankietowanych z warszawskich uczelni. Jednocześnie 1/3 studentów PW nie spożywała ich wcale. Podobne spożycie ryb zaobserwowano wśród studentek (78%) i studentów (87%) Uniwersytetu Medycznego w Lublinie [14]. W badanych uczelniach niewielki odsetek studentów konsumował produkty typu „fast food” codziennie, natomiast ponad połowa studentów (w zależności od uczelni) nie spożywała tych produktów wcale. Najmniej produktów typu „fast food” spożywali studenci WUM. W badaniach Bartosiuk i wsp. [26] wykazano mniejsze spożycie produktów typu „fast food”. W tych badaniach 3–12% studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku spożywało produkty typu „fast food” 1–4 razy w tygodniu. Taka różnica w spożyciu tych produktów może wynikać z tego, że badanie Bartosiuk i wsp. [26] objęło tylko studentki. Również badania przeprowadzone wśród studentów Wyższej Szkoły Wychowania Fizycznego i Turystyki w Białymstoku [26] i Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku [7] wykazały nieco niższe spożycie tych produktów w porównaniu do badania własnego (10–23%). W badaniu własnym zaobserwowano, że 1/4 studentów PW oraz niemal 1/3 studentów WUM spożywała słodkie przynajmniej raz dziennie. Podobne wyniki zaobserwowano w badaniu Szponara i Krzyszychy [14]. Ponad 37% studentek i 45% studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku spożywało słodkie przynajmniej raz dziennie. W innych badaniach wykazano znacznie niższe codzienne spożycie słodczy (6–28%) [3, 7, 16]. Tak duże spożycie słodczy wśród ankietowanych studentów warszawskich uczelni wykazane w badaniu własnym może wynikać z dużej liczby osób dojadających pomiędzy posiłkami. Są to produkty związane z szybkim zaspokojeniem głodu oraz sytuacjami stresowymi, dlatego też studenci bardzo często sięgali po te produkty [27]. Spożycie słonych przekąsek 1–3 razy w tygodniu w badaniu własnym zadeklarowała prawie połowa ankietowanych w każdej grupie. Przyczyną wysokiej częstotliwości konsumpcji tych produktów może być popularność słonych przekąsek w trakcie spotkań towarzyskich. Wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku spożycie tego rodzaju produktów 1–4 razy w tygodniu było mniejsze i wynosiło 31% [15]. Studenci badanych uczelni najczęściej deklarowali spożycie pieczywa mieszanego, natomiast największe spożycie tego produktu zaobserwowano wśród studentów



WUM, w przypadku studentów PW, równie często było spożywane pieczywo pszenne. W badaniu przeprowadzonym przez Szponara i Krzyszychę [14] studentki preferowały pieczywo ciemne (55%), natomiast mężczyźni pieczywo jasne (34%). W badaniu własnym wykazano, że studenci najczęściej wypijali 1–2 litry płynów dziennie. Podobne wyniki otrzymano w badaniu przeprowadzonym przez Drywień i Nadolną [28]. Do napojów, po które najczęściej sięgali studenci należała herbata, woda, kawa oraz soki owocowe.

W przeprowadzonym badaniu wykazano, że ponad połowa studentów PW preferowała posiłki smażone. Studenci WUM najczęściej spożywali posiłki gotowane. W badaniu Szponara i Krzyszychy [14] studentki Uniwersytetu Medycznego w Lublinie preferowały posiłki gotowane (66%), a studenci smażone (55%). W przytaczanym badaniu ankietowani mieli do wyboru tylko dwie odpowiedzi, stąd też możliwe różnice w wynikach w porównaniu do badania własnego.

## Wnioski

Zaobserwowano nieprawidłowości w żywieniu studentów w zakresie doboru spożywanych produktów oraz pojadania. Różnice w żywieniu studentów analizowanych uczelni były nieznaczne, aczkolwiek studenci WUM wykazali nieco lepsze nawyki, co można wiązać z specyfiką edukacji. Utrwalanie błędów żywieniowych może przyczynić się do powielania złych nawyków żywieniowych w przyszłości, a także do powstawania chorób dietozależnych. Konieczne wydaje się prowadzenie edukacji prozdrowotnej całej młodzieży akademickiej.

## Piśmiennictwo

1. Jeżewska-Zychowicz M. Zachowania żywieniowe i ich uwarunkowania. Warszawa: Wydawnictwo SGGW; 2007.
2. Wawrzyniak A, Hamułka J, Raczkowska A, Górnicka M. Ocena spożycia kwasów tłuszczowych i cholesterolu w wybranej grupie studentów. *Rocz Panstw Zakł Hig.* 2011; 62, 2: 173–179.
3. El Ansari W, Stock C, John J, Deeny P, Phillips C, Snelgrove S, Adetunji H, Hu X, Parke S, Stoate M, Mabhala A. Health promoting behaviours and lifestyle characteristics of students at seven universities in the UK. *Cent Eur J Public Health.* 2011; 19, 4: 197–204.
4. Stefańska E, Ostrowska L, Sajewicz J. Ocena sposobu żywienia studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku o różnicowanym stopniu odżywienia. *Rocz Panstw Zakł Hig.* 2011; 62, 2:187–192.
5. Górnicka M, Pindral J, Hamułka J, Wawrzyniak A. Ocena spożycia witamin antyoksydacyjnych przez studentów SGGW w Warszawie. *Rocz Panstw Zakł Hig.* 2011; 62 (4): 397–402.
6. Głodek E, Gil M, Rudy M, Pawlos M. Ocena częstotliwości spożycia przez studentów wybranych źródeł błonnika pokarmowego. *Rocz Panstw Zakł Hig.* 2011; 62, 4: 409–412.
7. Stefańska E, Ostrowska L, Radziejewska I, Kardasz M. Zwyczaje żywieniowe studentek UMB w zależności od sytuacji ekonomiczno-społecznej. *Rocz Panstw Zakł Hig.* 2011; 62 (1): 59–63.
8. Gil M, Głodek E, Rudy M. Ocena spożycia witamin i składników mineralnych w całodziennych racjach pokarmowych studentów Uniwersytetu Rzeszowskiego. *Rocz Panstw Zakł Hig.* 2012; 63 (4): 441–446.
9. Regulaska-Iłow B, Iłow R, Rojowska K, Kawicka A, Salomon A, Różańska D. Assessment of atherogenicity of students daily diets of Wrocław Medical University. *Rocz Panstw Zakł Hig.* 2012; 63 (3): 285–294.
10. Głodek E, Gil M. Ocena sposobu żywienia studentów Uniwersytetu Rzeszowskiego. *Rocz Panstw Zakł Hig.* 2012; 63 (3): 313–318.
11. Socha K, Borawska MH, Markiewicz R, Charkiewicz WJ. Ocena sposobu odżywiania studentek Wyższej Szkoły Kosmetologii i Ochrony Zdrowia w Białymstoku. *Bromatol Chem Toksykol.* 2009; 3: 704–708.
12. Gawęcki J, Roszkowski W. Żywnienie człowieka a zdrowie publiczne. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2011.
13. Harton A, Myszkowska-Rygiak J. Ocena sposobu żywienia studentek Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie. *Bromatol Chem Toksykol.* 2009; 3: 610–614.
14. Szponar B, Krzyszycha R. Ocena sposobu odżywiania studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w roku akademickim 2007-2008. *Bromatol Chem Toksykol.* 2009; 2:111–116.
15. Charkiewicz WJ, Markiewicz R, Borawska MH. Ocena sposobu żywienia studentek dietetyki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. *Bromatol Chem Toksykol.* 2009; 3: 699–703.
16. Szczerbiński R, Karczewski J, Maksymowicz-Jaroszczuk J. Wybrane zachowania zdrowotne studentów Wyższej Szkoły Wychowania Fizycznego i Turystyki – zachowania żywieniowe. *Bromatol Chem Toksykol.* 2011; 3:409–414.
17. Socha K, Borawska MH, Markiewicz R, Charkiewicz WJ. Ocena sposobu odżywiania studentek Wyższej Szkoły Kosmetologii i Ochrony Zdrowia w Białymstoku. *Bromatol Chem Toksykol.* 2009; 3:704–708.
18. Wojciechów-Gazel M, Mickiewicz A, Krzyśków A. Physical activity, the manner of nutrition and the lifestyle of the female students of physiotherapy and the European studies. *Zdrow Publiczne.* 2013; 123 (1): 19–23.
19. Jarosz M. Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja. Warszawa: Wydawca Instytut Żywności i Żywienia; 2012.
20. Seń M, Zacharczuk A, Lintowska A. Zachowania żywieniowe studentów wybranych uczelni wrocławskich a wiedza na temat skutków zdrowotnych nieprawidłowego żywienia. *Pielęg Zdrow Publiczne.* 2012; 2 (2): 113–123.
21. Przystawski J, Główska A, Bolestawska I, Kaźmierczak A, Dziecioł M. Preferencje i czynniki wyboru w zakresie spożycia mleka i produktów mlecznych wśród studentek poznańskich uczelni wyższych. *Bromatol Chem Toksykol.* 2012; 3: 1024–1029.
22. Moreno-Gomez C. Clustering of lifestyle factors in Spanish university students: the relationship between smoking, alcohol consumption, physical activity and diet quality. *Public Health Nutrition.* 2012; 15, 11: 2131–2139.
23. Marlett JA, Bokram RL. Relationship between calculated dietary and crude fiber intakes of 200 college students. *Am J Clin Nutr.* 1981; 34, 3: 335–342.
24. Gil M, Głodek E, Rudy M, Duma P. Ocena spożycia źródeł tłuszczu wśród studentów Uniwersytetu Rzeszowskiego. 2012; 63 (1): 51–58.
25. Jabłonowska B, Dłużniewska B, Jarosz A, Nowicka G. Ocena spożycia wielonienasyconych kwasów tłuszczowych n-3 wśród zdrowych dorosłych osób w odniesieniu do aktual-



nych norm żywienia. Roczn. Państw. Zakł. Hig. 2011; 62 (4): 389–396.

26. Bartosiuk E, Markiewicz-Żukowska R, Puścion A, Mystkowska K. Ocena spożycia żywności typu „fast food” oraz napojów energetyzujących i alkoholu wśród grupy studentek Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. *Bromatol. Chem. Toksykol.* 2012; 3: 766–770.
27. Kosicka-Gębska M, Jeznach M, Jeżewska-Zychowicz M. Spożycie słodczy a poglądy konsumentów o ich wpływie na zdrowie i funkcjonowanie człowieka. *Bromatol. Chem. Toksykol.* 2011; 3: 999–1004.
28. Drywień M, Nadolna A. Ocena spożycia wód butelkowanych jako źródła wybranych składników mineralnych wśród młodzieży akademickiej. *Roczn. Państw. Zakł. Hig.* 2012; 63 (3): 347–352.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.06.2014

Artykuł przyjęty do publikacji: 30.09.2014

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

**Adres do korespondencji:**

Magdalena Zegan

ul. Erazma Ciołka 27

01-455 Warszawa

tel. (0-22) 836 09 13

e-mail: magdalena.zegan@wum.edu.pl

Zakład Żywienia Człowieka

Warszawski Uniwersytet Medyczny

# ■ POSTRZEGANIE ZDROWIA W KONTEKŚCIE ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH MŁODYCH RODZICÓW

## HEALTH PERCEPTION IN THE CONTEXT OF YOUNG PARENTS' HEALTH BEHAVIOURS

Renata Rasińska, Iwona Nowakowska

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Zdrowie jest podstawową wartością warunkującą szczęśliwe życie rodzinne. Młodzi rodzice mają największy wpływ na kształtowanie się postaw prozdrowotnych swojego dziecka. Często zadajemy sobie pytanie: czy współcześni młodzi rodzice są w stanie przekazywać dziecku wartości związane ze zdrowiem, sami nie zawsze je realizując?

**Cel.** Celem pracy była analiza postrzegania zdrowia w kontekście zachowań zdrowotnych młodych rodziców.

**Materiał i metody.** W badaniu wzięło udział 86 młodych rodziców w wieku 20–30 lat, którym w ostatnim roku urodziło się dziecko. Ocenę wybranych elementów zachowań zdrowotnych badanej grupy przeprowadzono za pomocą pytań w kwestionariuszu własnego autorstwa oraz za pomocą kwestionariusza Inwentarza Zachowań Zdrowotnych. Postrzeganie zdrowia zbadano kwestionariuszami Lista Kryteriów Zdrowia oraz Lista Wartości Osobistych.

**Wyniki.** Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych oraz wszystkie cztery wskaźniki dla poszczególnych kategorii zachowań zdrowotnych (prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne oraz praktyki zdrowotne) są niższe w stosunku do grupy kontrolnej. Wartość zdrowia w porównaniu do innych wartości osobistych, jest przez badanych doceniana i stawiana wysoko w hierarchii wartości. Wyniki obrazują z jednej strony wiedzę badanych z obszaru prozdrowotnych zachowań oraz ich zadowolenie z własnego zdrowia, a z drugiej sprzeczności pomiędzy nią a ich działaniami.

**Wnioski.** Styl życia młodych rodziców nie sprzyja realizowaniu podstawowych zasad związanych ze zdrowym stylem życia. Główną przyczyną zachowań antyzdrowotnych dzieci jest brak właściwej hierarchii celów u rodziców, jak również brak konsekwencji we własnym postępowaniu.

**SŁOWA KLUCZOWE:** zachowania zdrowotne, postrzeganie zdrowia, postawy prozdrowotne.

### ABSTRACT

**Introduction.** Health is a fundamental value influencing a happy family life. Young parents have the greatest impact on the development of their children's healthy attitudes. We often ask ourselves: are contemporary young parents unable to provide the child with health values?

**Aim.** The aim of the article was an analysis of health in the context of young parents' health behaviours.

**Material and methods.** The research involved 86 young parents aged 20–30 years who became parents last year. The evaluation of selected group's health behaviours were carried out using the authors' own questionnaire and the questionnaire of the Health Behaviour Inventory. Health perception was examined by the List of Health Criteria and the List of Personal Values.

**Results.** The overall indicator of health behaviours and all four indicators for each category of health behaviours (proper eating habits, preventive behaviour, positive mental attitude and health habits) are lower than the control group. The health value compared to other personal values is appreciated by respondents and placed high in the hierarchy of values. On the one hand, the results show respondents' knowledge of health behaviours and their satisfaction with their own health, on the other hand, contradictions between these opinions and respondents' activities.

**Conclusions.** The lifestyle of young parents does not support the implementation of healthy lifestyle fundamental principles. The main cause of children's anti-health behaviours is the lack of a proper hierarchy of objectives in parents, as well as the lack of consequence in their own conduct.

**KEYWORDS:** health behaviours, perception of health, pro-health attitudes.

### Wstęp

Zdrowie jest podstawową wartością warunkującą szczęśliwe życie rodzinne. Młodzi rodzice mają największy wpływ na kształtowanie się postaw prozdrowotnych swojego dziecka. To rodzina powinna przekazywać dziecku najważniejsze wartości, wzorce do naślado-

wania, kształtując nawyki i przyzwyczajenia. Niestety w większości rodzin przekazuje się dzieciom złe wzorce zachowań w sferze aktywności fizycznej, odżywiania czy też nałogów. Aktywność fizyczna w ostatnich latach stała się mało popularną formą spędzania czasu wolnego wśród dzieci, młodzieży i dorosłych. Rodziny często

nie przeznaczają wolnego czasu na wspólny aktywny wypoczynek. Od pewnego czasu w mediach promuje się zdrowy styl życia, czego konsekwencją powinna być stopniowa zmiana zachowań Polaków w sferze aktywności fizycznej i odżywianiu, a także wzrost świadomości społecznej dotyczącej postaw prozdrowotnych.

W raporcie Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS) z 2014 roku źródłem największej satysfakcji są dla Polaków dzieci i małżeństwo oraz relacje towarzyskie [2]. Ponad połowa badanych deklaruje zadowolenie ze stanu swojego zdrowia (58%). Podobne wyniki utrzymują się w badaniach dotyczących ogólnego zadowolenia z życia oraz jego różnych aspektów, w tym zdrowia. Wyniki badań z 2012 r. podkreślają, że obecnie blisko trzy piąte dorosłych Polaków (57%) określa stan swojego zdrowia jako co najmniej dobry, w tym co szósty (16%) jest nim bardzo usatysfakcjonowany [3]. Niezadowolony wyraża 13% ankietowanych, a prawie jedna trzecia (30%) ocenia swoje zdrowie jako takie sobie – ani dobre, ani złe. Wśród Polaków dominuje zadowolenie z własnej kondycji zdrowotnej. Narzekanie na stan swojego zdrowia wzrasta wraz z wiekiem ankietowanych. Najmłodszy ankietowani (w wieku od 18 do 34 lat) niemal powszechnie deklaruje zadowolenie w tym względzie (84–91%), jedynie sporadycznie określają stan swojego zdrowia jako zły lub bardzo zły. Konsekwencją zależności między oceną stanu zdrowia a wiekiem jest fakt, że o swojej kondycji zdrowotnej stosunkowo najgorzej wypowiadają się renciści oraz emeryci, a także osoby źle oceniające własne warunki materialne oraz najstabilniej wykształcone. Istotnym czynnikiem wpływającym na poziom zadowolenia z własnego zdrowia jest zmaganie się z przewlekłą chorobą, dotyczy to ponad jednej trzeciej dorosłych Polaków. Wśród respondentów, którzy nie zmagają się z chorobami przewlekłymi, zdecydowana większość (76%) nie ma powodów do narzekania na swoje zdrowie, jedynie nieliczni (4%) określają jego stan jako zły.

Według ankietowanych przez CBOS [3], działaniem, które w największym stopniu przyczynia się do poprawy zdrowia jest właściwe odżywianie się (50% wskazań). Co trzeci respondent do działań prozdrowotnych zalicza przede wszystkim regularne wizyty u lekarza, a mniej więcej co czwarty za takie działanie uznaje w pierwszej kolejności unikanie sytuacji stresowych, regularne uprawianie gimnastyki oraz inne formy aktywności fizycznej, w tym spacer, wycieczki rowerowe itp. Co piąty ankietowany jest przekonany, że na poprawę zdrowia może wpływać abstynencja nikotynowa, a co jedenasty wskazuje w tym kontekście na rezygnację z alkoholu. Zaledwie trzech na stu badanych za niezbędne dla zachowania dobrego zdrowia uznaje regularne zażywanie preparatów lub tabletek witaminowych.

Dbanie o kondycję zdrowotną jest dla Polaków ważne, deklaracje dotyczące troski o stan własnego zdrowia pozostają od pięciu lat stabilne. Cztery piąte badanych (81%) uważa się za osoby dbające o swoje zdrowie. Do dbających o własne zdrowie nieco częściej niż pozostali zaliczają się respondenci mający od 18 do 24 lat (90%), w tym zwłaszcza uczniowie i studenci (94%). Realnym wskaźnikiem oceny zdrowia jako wartości nie są jednak deklaracje, lecz codzienne zachowania jednostek. Chociaż zdecydowana większość Polaków deklaruje dbałość o własne zdrowie, faktyczne działania zmierzające do zachowania dobrej kondycji zdrowotnej nadal nie są częste. Tylko niewielu ankietowanych twierdziło, że przynajmniej okazjonalnie uprawia dowolny sport w sposób nieco bardziej profesjonalny, a blisko połowa w ogóle nie praktykuje rodzajów aktywności, takich jak: bieganie, pływanie, jazda na rowerze, gry zespołowe itp. Prawie co piąty dorosły Polak nigdy lub prawie nigdy nie znajduje czasu na dłuższy (minimum godzinny) spacer, tyle samo osób nie wykonuje profilaktycznych badań lekarskich. Ponad połowie badanych raczej nie zdarza się zażywać wzmacniających preparatów witaminowych lub ziołowych, a jedna czwarta respondentów nie ma w zwyczaju chodzić profilaktycznie do dentysty. Ponadto trzy piąte Polaków minimum raz dziennie pije kawę (w tym 15% wypija w ciągu dnia kilka kaw), niemal jedna trzecia minimum raz dziennie miewa sytuacje stresowe, ponad jedna czwarta przyznaje się do codziennego palenia papierosów, a co ósmy badany twierdzi, że codziennie spożywa posiłek tuż przed snem. Połowa respondentów minimum raz w tygodniu sypia krócej niż sześć godzin na dobę. Jedna trzecia ankietowanych minimum raz w tygodniu jada mniej niż trzy posiłki na dobę. Prawie co trzeci badany minimum raz w tygodniu spożywa alkohol, a co dziesiąty najrzadziej raz na siedem dni żywi się w barach i restauracjach szybkiej obsługi.

W świetle przedstawionych wyników zadajemy sobie pytanie: czy współcześni młodzi rodzice są w stanie przekazywać dziecku wartości związane ze zdrowiem, sami nie zawsze je realizując? Celem pracy była analiza postrzegania zdrowia w kontekście zachowań zdrowotnych młodych rodziców.

## **Materiał i metody**

W badaniu wzięło udział 86 młodych rodziców w wieku 20–30 lat, którym w ostatnim roku urodziło się dziecko. Średnia wieku badanych wynosiła  $28,5 \pm 2,56$  lat. Ocenę wybranych elementów zachowań zdrowotnych badanej grupy przeprowadzono za pomocą pytań w kwestionariuszu własnego autorstwa oraz za pomocą kwestionariusza Inwentarza Zachowań Zdrowotnych. Po-

**Tabela 1.** Lista Kryteriów Zdrowia – uszeregowanie stwierdzeń dotyczących zdrowia według średnich wag  
**Table 1.** List of Health Criteria – lineup of health claims by the average weights

Być zdrowym oznacza dla mnie: <i>Be health mean for me:</i>	Definicja zdrowia <i>Definition of health</i>	Średnia waga grupy <i>The average weight of the group</i>	Średnia waga dla kobiet <i>The average weight of women</i>	Średnia waga dla mężczyzn <i>The average weight of men</i>	Kolejność grupy <i>The order for group</i>	Kolejność dla kobiet <i>The order for women</i>	Kolejność dla mężczyzn <i>The order for men</i>
Treść stwierdzenia <i>The content of statement</i>							
czuć się szczęśliwym przez większość czasu <i>feel happy most of the time</i>	stan status	3,36	3,31	3,41	6	8	5
mieć sprawne wszystkie części ciała <i>have smooth all parts of the body</i>	właściwość attribute	3,04	2,73	3,34	16	21	8
umieć się cieszyć z życia <i>to be able to enjoy with life</i>	stan status	3,37	3,20	3,54	5	12	1
umieć rozwiązywać swoje problemy <i>to be able to solve your problems</i>	proces process	3,05	2,71	3,38	15	22	6
nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych <i>do not feel any physical ailments</i>	właściwość attribute	3,47	3,58	3,36	1	1	7
dożyć późnej starości <i>around for old age</i>	cel aim	3,02	3,21	2,82	17	11	19
dbać o wypoczynek, sen <i>take care of the rest, sleep</i>	wynik result	3,20	3,25	3,14	8	10	13
prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza <i>almost never have to go to the doctor</i>	właściwość attribute	3,18	3,28	3,09	10	9	14
nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność <i>do not get sick, the most rare for flu, indigestion</i>	właściwość attribute	2,79	2,79	2,79	23	19	20
czuć się dobrze <i>to feel fine</i>	stan status	3,44	3,56	3,31	3	2	9
należycie się odżywiać <i>duly diet</i>	wynik result	3,19	3,53	2,84	9	3	18
mieć pracę, różnorodnie zainteresowania <i>have a job, a variety of interest</i>	wynik result	3,12	2,74	3,49	11	20	2
potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi <i>be able to live with other people</i>	proces process	2,95	2,61	3,28	20	24	10
akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki <i>accept yourself, know your capabilities and deficiencies</i>	cel aim	2,78	2,69	2,86	24	23	17
potrafić pracować bez napięcia i stresu <i>be able to work without tension and stress</i>	proces process	3,45	3,45	3,45	2	5	3
być odpowiedzialnym <i>be responsible</i>	cel aim	3,07	3,09	3,04	14	15	15
nie palić tytoniu <i>no smoking</i>	wynik result	2,87	3,07	2,67	21	16	22
mieć odpowiednią wagę <i>have the proper weight</i>	wynik result	3,08	3,47	2,69	13	4	21
potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami <i>be able to control their feelings and drives</i>	proces process	3,01	2,88	3,15	18	18	12
umieć przystosowywać się do zmian w życiu <i>to be able to adapt to changes in life</i>	proces process	3,21	3,15	3,25	7	14	11
pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale <i>drinking small amounts of alcohol or not at all</i>	wynik result	2,81	2,98	2,64	22	17	23
tylko wyjątkowo przyjmować lekarstwa <i>only exceptionally accept the medicine</i>	właściwość attribute	3,09	3,19	2,98	12	13	16
mieć zdrowe oczy, włosy, cerę <i>have health eyes, hair, skin</i>	właściwość attribute	2,97	3,35	2,59	19	7	24
mieć dobry nastrój <i>have a good mood</i>	właściwość attribute	3,41	3,38	3,43	4	6	4

Źródło: opracowanie własne na podstawie Juczyńskiego  
 Source: the development of own on basis Juczyński

strzeżenie zdrowia zbadano kwestionariuszami Lista Kryteriów Zdrowia oraz Lista Wartości Osobistych.

## Wyniki

Obserwacja stylu życia młodych rodziców wykazała, że w pełni nie przestrzegają oni prawidłowych zasad, które mają wpływ na ich zdrowie. Badana grupa jest zadowolona ze swojego stanu zdrowia (78%), a średni stopień zadowolenia ze swojego stanu zdrowia wynosi  $6,9 \pm 1,46$  (w skali od 0 do 10). Świadomość dbania o prawidłowy stan zdrowia młodych rodziców jest zadowalająca, choć odmienna dla mężczyzn i kobiet. Badana grupa w swojej opinii dba o prawidłowy stan zdrowia (68%), 25% nie zwraca uwagi, a 7% chciałoby ale nie wie jak. Analizując podejście do zdrowia młodych mam i ojców, zauważamy różnicę istotną statystycznie ( $p < 0,05$ ). Aż 85% młodych kobiet dba o prawidłowy stan swojego zdrowia, natomiast dla mężczyzn odsetek ten wynosi tylko 51%.

Do holistycznego ujęcia zdrowia nawiązuje przeprowadzony wśród badanych osób test Lista Kryteriów Zdrowia, który zawiera stwierdzenia odzwierciedlające różne wymiary zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego [4]. Analiza uszeregowania stwierdzeń dotyczących zdrowia według średnich wag przedstawiono w **tabeli 1**. Dla całej grupy najważniejsze jest „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”, „potrafić pracować bez napięcia i stresu” oraz „czuć się dobrze”. W przypadku kobiet pierwsze dwa stwierdzenia znalazły się na pierwszych miejscach, natomiast dla mężczyzn pierwsze trzy miejsca zajmowało „umieć cieszyć się życiem”, „mieć pracę, różnorodne zainteresowania” oraz „potrafić pracować bez napięcia i stresu”. Z **tabeli 1** wyraźnie widać różnice w odpowiedziach kobiet i mężczyzn, które są istotne statystycznie ( $p < 0,05$ ).

Pomiar względnej wartości zdrowia został wykonany za pomocą kwestionariusza Lista Wartości Osobistych [4]. Najwyższa ranga oznaczana jest 1, a brak wyboru 0. Jak wynika z rozkładów wyników dobre zdrowie należy do najczęściej wybieranych symboli szczęścia osobistego – dla obu badanych grup znalazło się na 3. miejscu, bezpośrednio po dobrych warunkach materialnych oraz wykonywanej ulubionej pracy (**Tabela 2**). Różnice w wyborach nie są istotne statystycznie ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 2.** Symbole szczęścia osobistego  
*Table 2. The symbols of personal happiness*

Symbole szczęścia <i>The symbols of happiness</i>	Kobiety/Women		Mężczyźni/Men	
	Średnia waga <i>The average weight</i>	Kolejność dla badanej grupy <i>The order for group</i>	Średnia waga <i>The average weight</i>	Kolejność dla badanej grupy <i>The order for group</i>
Duży krąg przyjaciół <i>A large circle of friends</i>	2,21	6	2,21	4
Udane życie rodzinne <i>Successful family life</i>	2,25	4	2,17	6
Wykonywanie ulubionej pracy, zawodu <i>Do your favorite work, job</i>	2,33	2	2,28	2
Sukcesy w nauce, pracy <i>Successes in school, working</i>	2,18	7	2,11	8
Dobre zdrowie <i>Good health</i>	2,31	3	2,25	3
Bycie potrzebnym dla innych <i>Being needed for other</i>	2,24	5	2,15	7
Dobre warunki materialne <i>Good material condition</i>	2,39	1	2,31	1
Życie pełne przygód, podróży <i>A life full of adventures, trips</i>	2,17	8	2,19	5
Sława, popularność <i>Fame, popularity</i>	2,11	9	2,09	9

Źródło: opracowanie własne na podstawie Juczyńskiego  
*Source: the development of own on basis Juczyński*

Wybór dobrego zdrowia, utożsamianego ze sprawnością fizyczną i psychiczną jest zależny od płci młodych rodziców (**Tabela 3**). Dla kobiet dobre zdrowie znalazło się na drugim miejscu wśród 10 najważniejszych wartości osobistych, natomiast dla mężczyzn na czwartym. Na podstawie uzyskanych wyników można wnioskować, że wartość zdrowia w porównaniu do innych wartości osobistych jest przez badanych doceniana. Warto zwrócić uwagę, że zdrowie nie jest najczęściej wymieniane na pierwszym miejscu. Różnice w wyborach są różnicami statystycznie istotnymi dla założonego poziomu istotności ( $p < 0,05$ ).



**Tabela 3.** Kategorie wartości osobistych  
*Table 3. Categories of personal values*

Kategorie wartości osobistych <i>Categories of personal values</i>	Kobiety/Women		Mężczyźni/Men	
	Średnia waga <i>The average weight</i>	Kolejność dla badanej grupy <i>The order for group</i>	Średnia waga <i>The average weight</i>	Kolejność dla badanej grupy <i>The order for group</i>
Miłość, przyjaźń <i>Love, friendship</i>	3,88	1	3,19	3
Dobre zdrowie, sprawność fiz. i psych. <i>Good health, fitness physical and mental</i>	3,76	2	3,17	4
Poczucie humoru, dowcip <i>A sense of humor, joke</i>	3,08	10	3,09	5
Inteligencja, bystrość umysłu <i>Intelligence, versatility</i>	3,47	5	3,25	1
Wiedza, mądrość <i>Knowledge, wisdom</i>	3,44	6	3,24	2
Odwaga, stanowczość <i>Courage, resoluteness</i>	3,15	8	3,05	6
Radość, zadowolenie <i>Joy, satisfaction</i>	3,21	7	2,79	9
Dobroć, delikatność <i>Goodness, delicacy</i>	3,65	3	2,98	7
Łagodny wygląd zewnętrzny, prezentacja <i>Gentle exterior, presentation</i>	3,58	4	2,96	8
Bogactwo, majątek <i>Wealth, fortune</i>	3,11	9	2,69	10

Źródło: opracowanie własne na podstawie Juczyńskiego  
*Source: the development of own on basis Juczyński*

Kolejny kwestionariusz, tzw. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych, wykazuje w jaki sposób duże znaczenie przypisywane zdrowiu w praktyce przenosi się na podejmowanie zachowań prozdrowotnych. Kategorie zachowań zdrowotnych zostały podzielone w nim na cztery grupy: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne i praktyki zdrowotne. Wyniki zostały porównane z wartościami średnimi przedstawionymi przez autora testu (Tabela 4). Analizując materiał badany, stwierdzono niższy w stosunku do grupy kontrolnej ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych oraz dla poszczególnych kategorii. Wyniki różnią się dla młodych kobiet i mężczyzn oraz są istotne statystycznie (poziom istotności jest wyższy od przyjętego ( $p < 0,05$ )).

**Tabela 4.** Inwentarz Zachowań Zdrowotnych  
*Table 4. Health Behaviour Inventory*

Wskaźnik zachowań zdrowotnych <i>Indicator of health behaviours</i>	Średnie wyniki badanych studentów wg Juczyńskiego <i>The average results for students by Juczyński</i>		Średnie wyniki dla kobiet <i>The average results for women</i>		Średnie wyniki dla mężczyzn <i>The average results for men</i>	
	M	SD	M	SD	M	SD
Ogólny wskaźnik zachowań <i>The overall indicator</i>	80,62	15,34	79,98	16,26	80,24	14,27
Prawidłowe nawyki żywieniowe <i>Proper eating habits</i>	3,45	0,83	3,26	0,78	3,35	0,79
Zachowania profilaktyczne <i>Preventive behaviour</i>	3,22	0,91	3,15	0,76	3,19	0,81
Pozytywne nastawienie psychiczne <i>Positive mental attitude</i>	3,36	0,68	3,23	0,72	3,29	0,71
Praktyki zdrowotne <i>Health practices</i>	3,40	0,74	3,28	0,69	3,36	0,81

M – mediana/median, SD – odchylenie standardowe/standard deviation

Źródło: opracowanie własne na podstawie Juczyńskiego  
*Source: the development of own on basis Juczyński*

## Dyskusja

Obserwując zachowania zdrowotne młodych osób zadajemy sobie pytanie: czy współcześni młodzi rodzice są w stanie przekazywać dziecku wartości związane ze zdrowiem, sami nie zawsze je realizując? Młodzi ludzie zmieniają postrzeganie dzieciństwa jako okresu bez trosk zabawy w okres pełnego ograniczeń przygotowania, aby jak najszybciej i najlepiej wypełniać późniejsze role w życiu dorosłym. Dziecko uczy się m.in. zachowań pro- i antyzdrowotnych czerpiąc wzorce z najbliższego otoczenia. Ograniczona ilość czasu, brak własnych norm i właściwej hierarchii celów oraz brak konsekwencji we własnym postępowaniu powodują sprzeczności między zasadami a życiem. Wyniki badań własnych obrazują z jednej strony szeroką wiedzę badanych z obszaru prozdrowotnych zachowań oraz ich zadowolenie z własnego zdrowia, a z drugiej sprzeczności pomiędzy nią a ich działaniami. Podobne wyniki otrzymano również w badaniach grupy studentów [5]. W tym przypadku obu badań młodzi ludzie zaliczali dobre zdrowie do jednego z najczęściej wybieranych symboli szczęścia osobistego, mimo że rzadko przypisywano mu najwyższą rangę. Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna znalazły się na bardzo wysokim

miejscu wśród kategorii wartości osobistych. Wyniki te są porównywalne z wynikami opublikowanymi w raporcie CBOS-u, w którym zdrowie dla respondentów w wieku 18–24 lata znajduje się na trzecim miejscu, zaraz po miłości oraz rodzinie i małżeństwie [6]. Zdrowie własne i rodziny jest ważne dla wszystkich dorosłych Polaków. Respondenci w wieku od 18 do 24 lat, rzadziej niż inni mający własne rodziny, przywiązują mniejszą wagę do małżeństwa, dzieci i życia rodzinnego, natomiast większą niż pozostali do miłości i przyjaźni. Niezależnie od płci wartość zdrowia w porównaniu do innych wartości osobistych, jest przez badanych doceniana i stawiana wysoko w hierarchii wartości. Kobiety częściej niż mężczyźni oceniali swoje zdrowie jako dobre. Bardziej też dbają o zdrowie swoje i rodziny.

Wysokie umiejscowienie zdrowia nie przekłada się niestety na podejmowanie zachowań zdrowotnych [5]. Badani młodzi ludzie prezentują niskie i przeciętne zachowania zdrowotne (ocena na podstawie Inwentarza Zachowań Zdrowotnych). Szczegółowa analiza zachowań zdrowotnych, zawierająca prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne oraz praktyki zdrowotne, wykazuje związek między realizowaniem treści prozdrowotnych na studiach a wiedzą studentów. Uzyskane wyniki potwierdzają wysoką pozycję zdrowia w systemie wartości, jednak jest to tylko wartość deklarowana i w zestawieniu z zachowaniami można zauważyć niespójność. Przeprowadzając badania zaobserwowano, że styl życia grupy badawczej w większości przypadków jest zaprzeczeniem traktowania zdrowia jako wartości.

Nierówności między płciami w zakresie dbania o zdrowie determinują czynniki społeczno-kulturowe. Zaliczają się do nich m.in. odmienne wzorce zachowań, wynikające z ról społecznych i stereotypy dotyczące płci [11]. Wynik badania przeprowadzonego przez Sygitt-Kowalkowską pokazały, że we wszystkich kategoriach zachowań zdrowotnych kobiety uzyskały wyższe średnie wyniki od mężczyzn [12]. Podobne wyniki otrzymano w prezentowanych badaniach własnych. Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych oraz dla poszczególnych kategorii jest wyższy dla badanych kobiet niż mężczyzn.

Zachowania zdrowotne rodziców są szczególnie ważne nie tylko dla nich samych, aby utrzymać sprawność organizmu i dobre samopoczucie, ale też dla ich dzieci, bo to właśnie rodzice kształtują osobowość i postawy dotyczące różnych dziedzin życia, w tym zdrowia, przekazują swoim dzieciom wzory zachowań, które one zrealizują w dorosłym życiu [7]. Styl życia i zachowania zdrowotne mogą zmieniać się w ciągu życia, kształtują się jednak przede wszystkim w dzieciństwie i młodości [8]. Postawy i zachowania młodych ludzi kształtowane są przez wiele czynników, a wśród nich podsta-

wowe znaczenie przypisuje się wpływom społecznym. W badaniach przeprowadzonych przez Frączek ponad połowa uczniów traktuje rodzinę jako ważny czynnik w edukacji prozdrowotnej. Większość respondentów określa relacje personalne z rodzicami jako prawidłowe, a zdaniem 65% ankietowanych ich rodzina jest środowiskiem promującym zdrowie. Jest to szczególnie istotne w kontekście udokumentowanego spostrzeżenia, że im większe wsparcie dorastająca młodzież otrzymuje od rodziców, tym mniejsza jest tendencja do zachowań negatywnych dla zdrowia [9].

Dbłość o zdrowie jest integralną częścią codziennej działalności człowieka, której należy się nauczyć, rozumiejąc jej znaczenie dla własnego rozwoju [1]. Gotowość do podejmowania działań na rzecz samego siebie jest elementem naszej osobowości, która jest samorealizującym się systemem zmierzającym do zaspokajania własnych potrzeb, także tych związanych z troską o własne zdrowie. Intensywność tych działań w samodzielnym życiu jest wypadkową rodzinnego i instytucjonalnego (szkolnego) wychowania oraz innych wpływów kulturowych, w tym mediów. Rozwój technologiczny przyczynia się do zmiany codziennych nawyków. Siedzący tryb życia, unikanie fizycznej aktywności, złe odżywianie, nadużywanie różnego rodzaju używek i korzystanie ze środków uzależniających, pośpiech i stres, a w konsekwencji zmęczenie, zaburzenia uwagi i koncentracji to zjawiska destrukcyjne na każdym etapie rozwoju człowieka. Zmiana trybu życia nie jest możliwa tylko i wyłącznie na podstawie wiedzy o zachowaniach pro- i antyzdrowotnych. Potrzebne jest świadome działanie. Aktywność zdrowotną człowieka determinuje szereg czynników społeczno-kulturowych. Jednym z nich jest rodzina. To w niej zaczyna się zdrowie, bowiem na zachowania zdrowotne człowieka, także w późniejszym życiu, wpływ ma jego rodzinne wychowanie i socjalizacja. Ważne są tu wzory osobowe rodziców i innych członków rodziny, które są dla dziecka znaczące, wsparcie i kontrola rodzicielska, a także wiedza dorosłych o zachowaniach ryzykownych i ich stosunek do szkodliwych dla zdrowia zachowań. Na zachowania dzieci wpływ ma nie to, co rodzice mówią, ale jak postępują. Za wychowanie prozdrowotne odpowiedzialni są dorośli, przede wszystkim rodzice, ponieważ są oni początkowo jedynym, pierwotnym źródłem wiedzy o zdrowiu. Według Piechaczek-Ogierman, dokonywane przez rodziców wybory związane ze zdrowiem są nie tylko kompromisem pomiędzy możliwościami a ograniczeniami istniejącymi w życiu każdej rodziny oraz w świecie zewnętrznym, ale także rezultatem ich nawyków zdrowotnych i wiedzy [10]. Nie bez znaczenia dla rozwoju młodego pokolenia jest to, co dzieje się w rodzinie, a różnice w prozdrowotnej orientacji rodziny

zależą od jej sytuacji społecznej, ekonomicznej i kulturowej. Braki w wiedzy rodziców rzutują na rozwój dzieci i młodzieży, a ich negatywne zachowania potęgują u młodych złe nawyki.

## Wnioski

1. Styl życia młodych rodziców nie sprzyja realizowaniu podstawowych zasad związanych ze zdrowym stylem życia.
2. Główną przyczyną zachowań antyzdrowotnych dzieci jest brak właściwej hierarchii celów u rodziców, jak również brak konsekwencji we własnym postępowaniu.

## Piśmiennictwo

1. Zięba-Kołodziej B. Na marginesie zdrowia czyli o zachowaniach zdrowotnych młodzieży szkół ponadgimnazjalnych. *Nowiny Lekarskie*. 2012; 81, 4: 330–336.
2. Badora B. Polacy o swoim szczęściu, pechu i zadowoleniu z życia. [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2014/K\\_001\\_14.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2014/K_001_14.PDF) (15.10.2014)
3. Boguszewski R. Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach. [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K\\_110\\_12.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_110_12.PDF) (15.10.2014)
4. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001.
5. Rasińska R, Nowakowska I. Postrzeganie zdrowia przez studentów. W: Godlewski P, Kalinowski D (red.). *Zdrowie w kulturze i życiu codziennym*. Koszalin: Z.P.Polimer 2013.
6. Wenzel M. Raport CBOS – komunikat z badań: Wartości życiowe. [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2004/K\\_098\\_04.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2004/K_098_04.PDF) (15.10.2014).
7. Korczyńska J. Zachowania zdrowotne mieszkańców wsi (w świetle badań własnych). *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska VOL. XXVI, 22, sectio D*, 2001; 277–289.
8. Frączek B. Rodzina jako środowisko kształtujące prozdrowotny styl życia młodzieży. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska VOL.LIX, SUPPL. XIV, 113, sectio D*, 2004; 102–107.
9. Frączek A, Stępień E. Zachowania związane ze zdrowiem wśród dorastających a promocja zdrowia. W: Ratajczak Z, Heszen-Niejodek I. *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, 1997.
10. Piechaczek-Ogierman G. *Postawy zdrowotne uczniów i ich socjokulturowe uwarunkowania*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek. 2009.
11. Królikowska S. Nierówności w stanie zdrowia między kobietami a mężczyznami w kontekście płci biologicznej oraz społeczno-kulturowej. *Ann Univ Lodz Folia Sociol.* 2011; 39, 33–52.
12. Sygit-Kowalkowska E. Zachowania zdrowotne osób w okresie późnej dorosłości – socjodemograficzne korelaty i różnice między środowiskami społecznymi *Annales Academiae Medicae Stetinensis Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie* 2013; 59, 1, 103–113.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.06.2014

Artykuł przyjęty do publikacji: 27.12.2014

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.  
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

## Adres do korespondencji:

Renata Rasińska  
ul. Smoluchowskiego 11  
60-179 Poznań  
tel. 61 861-22-54  
e-mail: rasińska@ump.edu.pl  
Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

# WIEDZA STUDENTÓW WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO NA TEMAT OSTEOPOROZY

## WARSAW MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS' KNOWLEDGE ABOUT OSTEOPOROSIS

Józefa Czarnecka<sup>1</sup>, Ewa Kobos<sup>2</sup>, Zofia Sienkiewicz<sup>2</sup>, Andrzej Krupienicz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Zakład Podstaw Pielęgniarstwa  
Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup> Zakład Pielęgniarstwa Społecznego  
Warszawski Uniwersytet Medyczny

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** We współczesnym świecie osteoporoza nie jest traktowana jako element naturalnego procesu starzenia się, lecz jako skomplikowana choroba, która ma związek z niemalże każdym aspektem zdrowia.

**Cel.** Celem pracy była ocena poziomu wiedzy studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na temat osteoporozy oraz porównanie stanu wiedzy studentów z kierunku pielęgniarstwo i zdrowie publiczne.

**Materiał i metody.** Badana grupa liczyła 100 studentów z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (50 studentów z kierunku pielęgniarstwo i 50 ze zdrowia publicznego). W badaniu zastosowano autorski kwestionariusz, składający się z 23 pytań zamkniętych. Do obliczenia różnicy istotnie statystycznej między studentami zdrowia publicznego a pielęgniarstwa wykorzystano metodę testu U Manna-Whitneya.

**Wyniki.** Grupę ankietowanych reprezentowały głównie kobiety (86 studentek i 14 studentów). Analiza wyników badań wykazała, że średnia procentowa ilość prawidłowych odpowiedzi dla studentów z kierunku zdrowie publiczne wynosi 40,73%, zaś studentów z pielęgniarstwa wynosi 54,67%. Odnotowano różnicę istotną statystycznie ( $p = 0,000$ ) między poziomem wiedzy studentów z kierunku zdrowie publiczne a wiedzą studentów z pielęgniarstwa, na korzyść studentów pielęgniarstwa.

**Wnioski.** Poziom wiedzy studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na temat osteoporozy kształtował się na poziomie dostatecznym. Procentowa ilość prawidłowych odpowiedzi w grupie badanych z kierunku pielęgniarstwo przyjmowała większe wartości, niż w grupie badanych z kierunku zdrowie publiczne.

**SŁOWA KLUCZOWE:** osteoporoza, wiedza, złamanie kości, profilaktyka.

### ABSTRACT

**Introduction.** In the modern world osteoporosis is not treated as a natural element of the ageing but as complicated disease, which is connected to nearly every health aspects.

**Aim.** The aim of this work was to evaluate a level of Warsaw Medical University Students' knowledge about the osteoporosis and to compare the level of that knowledge between the students form the nursing and public health faculties.

**Material and methods.** There was 100 students in the respondents group all from the Warsaw Medical University (50 from nursing faculty and 50 from the public health faculty). The research applied an author's own questionnaire which consisted of 23 closed questions. To calculate a difference important statistically between the students of nursing and public health, a method of U Mann-Whitney's test was used.

**Results.** The respondents were mostly represented by women (86 female students and 14 male). An analysis of the research results showed average percentage of correct answers from students of public health faculty was 40.73% and for nursing students was 54.67%. The difference important statistically noted was ( $p = 0.000$ ) between the knowledge level of students form public health faculty and the knowledge level of nursing students, to the advantage of nursing students.

**Conclusions.** Warsaw Medical University students' level of knowledge about the osteoporosis reached the level of satisfactory grade. The percentage of correct answers in the respondents group from nursing faculty reached higher values than in the respondents group from the public health faculty.

**KEYWORDS:** osteoporosis, knowledge, broken bones, prevention.

### Wstęp

Osteoporoza jest chorobą, która stanowi problem zdrowotny ludzkości od tysiącleci. Pierwsze złamania szyjki kości udowej można było zaobserwować u starożytnych mumii egipskich. Jednakże do niedawna schorzenie to uważane było, podobnie jak siwe włosy

lub zmarszczki, za naturalną oznakę starzenia się organizmu. Taki stereotyp rozumowania utrwalała sztuka, literatura, a także telewizja, ukazując starsze osoby ze zgiętymi plecami (zwanymi wdowim garbem) i chwiejnym chodem. W 1830 roku francuski lekarz, analizujący wpływ osteoporozy na ludzkie ciało, zaobserwował, że



kości u niektórych osób przypominają plaster miodu z ogromnymi „dziurami”, co powoduje nadwyżenie ich struktury. Stan ten, jako pierwszy, nazwał „osteoporozą”. Nazwa „osteoporosis” pochodzi z języka greckiego i wywodzi się od słów: „osteon”, czyli kość oraz „poros” – mała dziurka [1, 2].

We współczesnym świecie osteoporoza nie jest traktowana jako element naturalnego procesu starzenia się, lecz jako skomplikowana choroba, która ma związek z niemalże każdym aspektem zdrowia. Obecnie powszechnie występującą osteoporozę można powstrzymać i efektywnie leczyć, poprzez zbudowanie trwałego, silnego szkieletu w młodości, a także spowolnienie szybkości utraty tkanki kostnej w okresie starzenia się organizmu. Pomaga w tym stosowanie odpowiedniej diety, bogatej w białko, wapń i witaminę D, uprawianie aktywności fizycznej, która wzmacnia kości oraz ograniczenie używek, takich jak papierosy czy alkohol [3, 4].

Co roku z powodu osteoporozy ma miejsce ponad 1,5 miliona złamań. Najczęściej pojawiają się one w kręgosłupie, biodrach i nadgarstkach, ale równie dobrze mogą dotyczyć innych kości. Złamania spowodowane przez osteoporozę stanowią ogromny problem zdrowotny, socjoekonomiczny i epidemiologiczny. Choroba ta dotyczy głównie kobiet w starszym wieku, a ryzyko złamania kości u płci żeńskiej wynosi 39,7%. W populacji krajów rozwiniętych osoby powyżej 65. roku życia stanowią obecnie 20% społeczeństwa, a odsetek ten cały czas rośnie. W krajach tych osteoporoza jest jednym z najczęściej spotykanych schorzeń układu kostnego, a im starszy wiek chorego, tym ryzyko złamań kości jest większe [5].

Według badań ryzyko wystąpienia osteoporozy w ciągu najbliższych lat znacznie wzrośnie, dlatego profilaktyka we wczesnym etapie życia jest ważna, a nawet ważniejsza niż samo leczenie [3].

## Cel

Celem pracy była próba oceny poziomu wiedzy studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na temat osteoporozy oraz porównanie stanu wiedzy studentów studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo z wiedzą studentów studiów magisterskich na kierunku zdrowie publiczne.

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono w roku akademickim 2013/2014 wśród 100 losowo wybranych studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z kierunku pielęgniarstwo i zdrowie publiczne. W badaniu zastosowano autorski kwestionariusz, składający się z 23 pytań zamkniętych. W 21 pytaniach tylko jedna odpowiedź była prawidłowa, pozostałe dwa były pytaniami

wielokrotnego wyboru. Ankiety przeprowadzono anonimowo, a jej wypełnienie miało charakter dobrowolny. Treści pytań zawartych w kwestionariuszu dotyczyły wiedzy na temat osteoporozy.

Do analizy danych zastosowano programy MS Excel oraz do obliczenia różnicy istotnie statystycznej między studentami zdrowia publicznego a pielęgniarstwa wykorzystano metodę testu U Manna-Whitney’a. Jest to nieparametryczny test hipotezy zerowej stanowiącej o tym, że próby pochodzą z populacji o tym samym rozkładzie przeciwko alternatywie, będącej jej zaprzeczeniem (w szczególności mówiącej, że jedna z populacji przyjmuje zazwyczaj większe wartości od drugiej).

## Wyniki

Grupę ankietowanych reprezentowały głównie kobiety (86 studentek i 14 mężczyzn). Rozpiętość wieku badanych osób wynosiła od 23 do 40 lat. Wśród stu ankietowanych 61% (w tym 45 osób z kierunku pielęgniarstwo, 16 ze zdrowia publicznego) podjęło pracę w zawodzie. Pozostała część (39%) była bezrobotna. Spośród studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego 45% mieszka w mieście powyżej 50 tys. mieszkańców, 31% na wsi, zaś pozostała część respondentów (24%) w miastach poniżej 50 tys. mieszkańców.

Większość ankietowanych (77%, w tym 43% studenci pielęgniarstwa, 34% studenci ze zdrowia publicznego) prawidłowo uważa, że osteoporoza charakteryzuje się zmniejszeniem gęstości mineralnej kości i ich wytrzymałością (**Rycina 1**). Taki sam odsetek studentów (77%) uważa, że osteoporoza to często spotykane zjawisko w populacji.

Przy pytaniu o rodzaje osteoporozy studenci mieli problem z wybraniem prawidłowej odpowiedzi. Tylko 35% (w tym 27% osób z pielęgniarstwa, 8% ze zdrowia publicznego) wybrało prawidłową odpowiedź „pierwotna i wtórna”.

Najliczniejsza grupa badanych (72%, w tym 42% studenci z pielęgniarstwa, 30% ze zdrowia publicznego) wiedziała, że osteoporoza najczęściej występuje u kobiet po menopauzie.

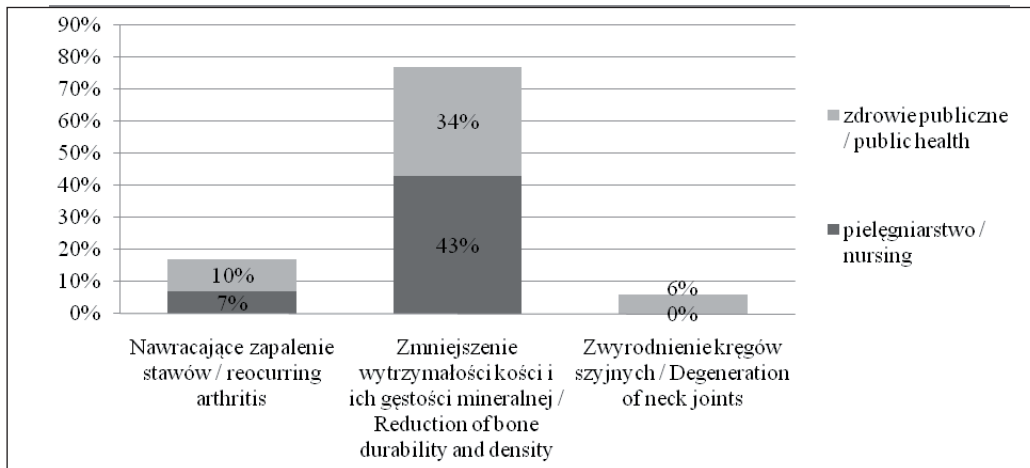
Według 21% ankietowanych (13% studenci z pielęgniarstwa, 8% ze zdrowia publicznego) głównym czynnikiem ryzyka wystąpienia osteoporozy jest zaawansowany wiek, 19% uważa, że tym czynnikiem jest reumatoidalne zapalenie stawów. Po 12% badanych wymienia takie czynniki jak: uwarunkowania genetyczne, nadczynność tarczycy, stres. 13% twierdzi, że jest to nieprawidłowa dieta, zaś 11% badanych, że są to używki (**Rycina 2**).

Ponad połowa ankietowanych (51%, w tym 31% to studenci z pielęgniarstwa, a 20% ze zdrowia publicznego) wiedziała, że do typowych objawów osteoporozy

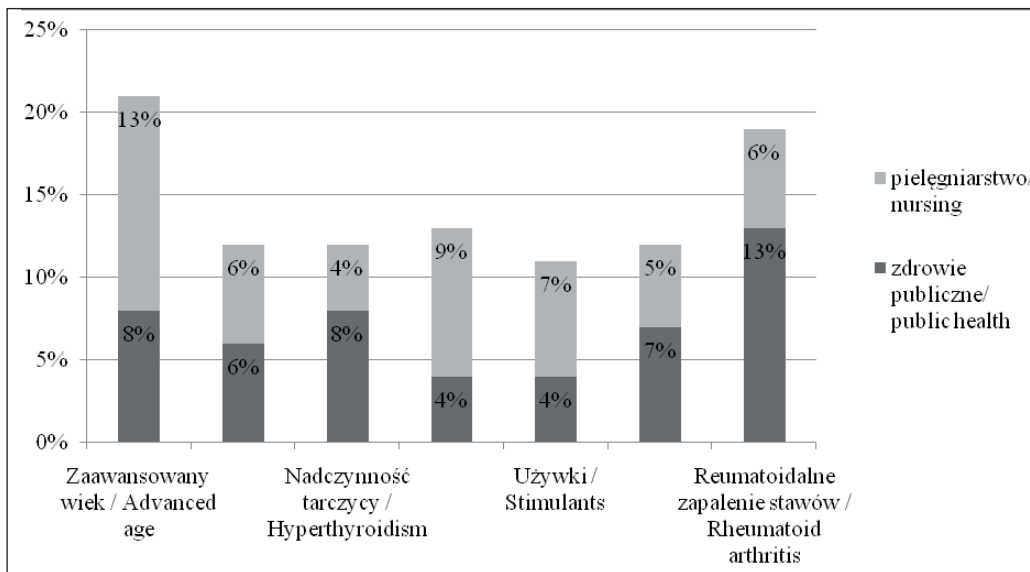


należą bóle kostne w odcinku piersiowym, bóle krzyża i złamania. 53% badanych (22% studentów ze zdrowia publicznego, 31% z pielęgniarstwa) uważa, że osteoporoza zagraża życiu chorego, a według 47% badanych (28% studentów ze zdrowia publicznego i 19% z pielęgniarstwa) nie stanowi zagrożenia dla zdrowia.

Za najskuteczniejszą metodę rozpoznawania osteoporozy 57% respondentów (20% studentów ze zdrowia publicznego, 37% z pielęgniarstwa) uważa badanie densytometryczne (**Rycina 3**). Przeważająca część studentów, bo aż 82% (40% ze zdrowia publicznego, 42% z pielęgniarstwa) wiedziała, że do oceny ryzyka złamań kości służy kalkulator FRAX.



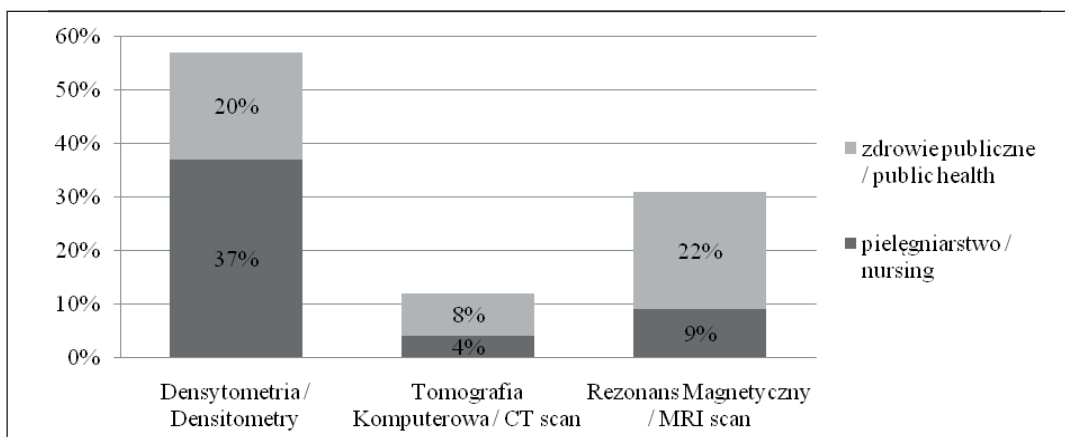
**Rycina 1.** Definiowanie pojęcia osteoporozy  
*Figure 1. Defining the term "osteoporosis"*



**Rycina 2.** Główne czynniki ryzyka osteoporozy  
*Figure 2. Main risk factors of osteoporosis*

Znaczna ilość studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (68%, w tym 44% studentów z kierunku pielęgniarstwo i 24% ze zdrowia publicznego) stwierdziła, że następstwem złamań osteoporotycznych jest trwałe inwalidztwo i uraz mięśni. Tylko 6% studentów ze zdrowia publicznego wybrało odpowiedź „zanik mięśni”.

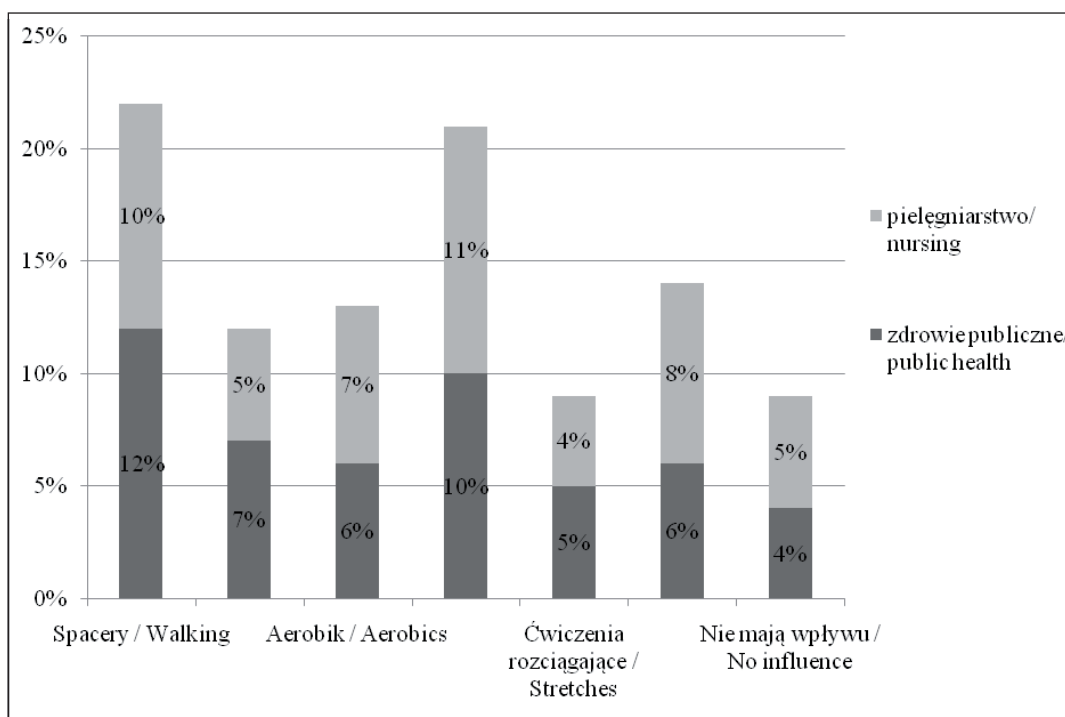
Najliczniejsza grupa badanych (89%, w tym 42% to studenci ze zdrowia publicznego, 47% z pielęgniarstwa) udzieliła odpowiedzi twierdzącej na pytanie „Czy według Pani/Pana profilaktyka jest ważna w leczeniu osteoporozy?”. Tylko 11% respondentów odpowiedziało, że profilaktyka jest ważna, ale po 60. roku życia.



**Rycina 3.** Najczęstsza metoda rozpoznawania osteoporozy  
*Figure 3. The most commonly used method of diagnosing the osteoporosis*

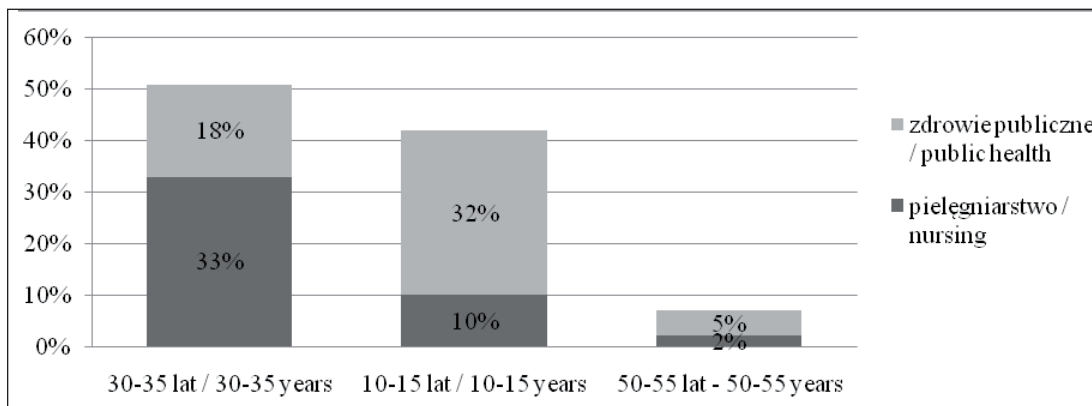
Spośród respondentów zapytanych o rodzaje ćwiczeń, które mają działania profilaktyczne w osteoporozie, 22% odpowiedziało, że są to spacerunki, 12% że ćwiczenia na siłowni, 13% ankietowanych, że aerobik. 21% (11% osób z pielęgniarstwa, 10% ze zdrowia publicznego) uznało, że tym ćwiczeniem jest pływanie, 9% że ćwiczenia rozciągające. Pozostali studenci (14%), że jest to jazda na rowerze treningowym, zaś 9% twierdzi, że żadne ćwiczenia nie mają wpływu profilaktycznego w tej jednostce chorobowej (**Rycina 4**).

Najwięcej studentów WUM-u, czyli 70% (38% z kierunku pielęgniarstwo, 32% ze zdrowia publicznego) uznało, że badanie densytometryczne to badanie, które określa poziom gęstości kości. 17% osób stwierdziło, że jest to badanie z użyciem promieni rentgenowskich, zaś reszta (13%), że to badanie poziomu wapnia w organizmie.



**Rycina 4.** Ćwiczenia profilaktyczne w osteoporozie  
*Figure 4. Preventive exercises with osteoporosis*

Na pytanie: „W jakim wieku kości zawierają najwięcej składników mineralnych i osiągają maksymalną gęstość mineralną?” znaczna część studentów (51%, w tym 33% osób z pielęgniarstwa, a 18% ze zdrowia publicznego) udzieliła prawidłowej odpowiedzi, że jest to 30–35 lat (**Rycina 5**). Dla 63% studentów (35% z pielęgniarstwa, 28% ze zdrowia publicznego) kości są zbudowane z podstawowych składników mineralnych, takich jak wapń, fosfor i magnez, natomiast 37% studentów (22% studenci ze zdrowia publicznego i 15 z pielęgniarstwa) uznało, że są nimi tylko wapń i sód.



**Rycina 5.** Wiek a gęstość mineralna kości  
*Figure 5. Age vs. bone mineral density*

Według 80% studentów (37% ze zdrowia publicznego, 43% z pielęgniarstwa) najlepszą dietą dla chorych na osteoporozę jest dieta bogata w białko, wapń i witaminę D. Zdaniem 47% studentów (29% studenci z pielęgniarstwa, 18% ze zdrowia publicznego) średnie dobowe zapotrzebowanie na wapń u dorosłego człowieka wynosi 1000–1300 mg. 42% ankietowanych (26% studentów ze zdrowia publicznego i 16% z pielęgniarstwa) twierdzi, że jest to 400–800 mg, zaś pozostała część (11%, w tym 6% studenci z kierunku zdrowie publiczne i 5% z pielęgniarstwa) stwierdziła, że zapotrzebowanie to równa się 1500–2000 miligramów/dobę.

Najliczniejsza grupa badanych (86%, w tym 48% studentów z pielęgniarstwa, 38% ze zdrowia publicznego) uważa, że produktami bogatymi w wapń są mleko i jego przetwory. 8% respondentów (z tego 1% to studenci z pielęgniarstwa) uznało, że są to produkty zbożowe, a 6% badanych (z tego 1% to studenci z pielęgniarstwa), że należą do nich tłuszcze.

Duża ilość studentów (72% w tym 43% z pielęgniarstwa, 29% ze zdrowia publicznego) odpowiedziała, że produktami spożywczymi, będącymi bogatym źródłem witaminy D są ryby i tłuszczy rybi. 18% osób (z tego 4% to studenci z pielęgniarstwa) uważa, że są to produkty zbożowe, zaś 10% studentów (z tego 3% to studenci z pielęgniarstwa) twierdzi, że są to owoce i warzywa.

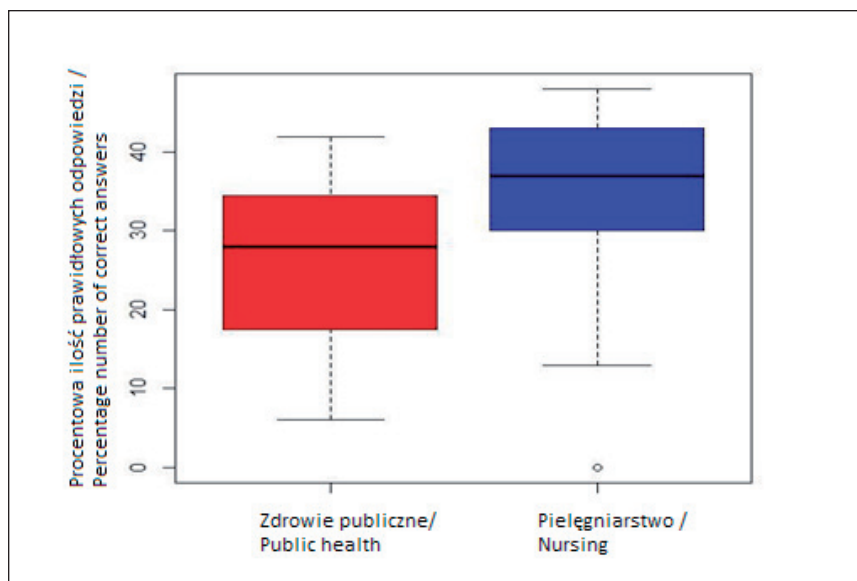
Na pytanie: „Czy ilość osób chorych na osteoporozę w przyszłości spadnie, wzrośnie bądź będzie stabilna?” 44% respondentów (34% z pielęgniarstwa, 10% ze zdrowia publicznego) odpowiedziało, że liczba ta wzrośnie. 40% studentów (z tego 16% to studenci z pielęgniarstwa) uznało, że liczba chorych będzie stabilna, zaś 16% badanych (tylko osoby ze zdrowia publicznego), że liczba ta spadnie.

Aby ustalić, jaki jest poziom wiedzy studentów studiów magisterskich Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na kierunku pielęgniarstwo i zdrowie publiczne na temat osteoporozy, przeanalizowano ilość

wszystkich prawidłowych odpowiedzi w stosunku do ilości zadanych im pytań, a następnie wyznaczono średnią procentową prawidłowych odpowiedzi, które podali wszyscy ankietowani z danej grupy badanych. Średnia procentowa ilość wszystkich prawidłowych odpowiedzi dla studentów z kierunku zdrowia publicznego wynosiła 40,73%, zaś pielęgniarstwa 54,67%.

W celu określenia poziomu wiedzy studentów studiów magisterskich Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z kierunku pielęgniarstwo i zdrowie publiczne została stworzona skala umożliwiająca rzetelną ocenę udzielonych odpowiedzi przez badanych. Przyjęto, że wartości średniej % ilości prawidłowych odpowiedzi poniżej 37% oznaczają zły poziom wiedzy, od 38% do 58% dostateczny, zaś od 59% do 79% dobry. Wartości od 80% wzwyż uznano za bardzo dobry poziom wiedzy ankietowanych.

Aby obliczyć, czy jest różnica istotna statystycznie między wiedzą studentów zdrowia publicznego i pielęgniarstwa posłużono się metodą testu U Manna-Whitney'a (**Rycina 6**). Z przeprowadzonego testu wynika, że na poziomie istotności 5% jest różnica istotna statystycznie ( $p = 0,000$ ) między studentami zdrowia publicznego i pielęgniarstwa. Procentowa ilość odpowiedzi prawidłowych dla grupy badanych z kierunku pielęgniarstwo przyjmuje zazwyczaj większe wartości niż dla grupy badanych z kierunku zdrowie publiczne.



**Rycina 6.** Procentowa ilość odpowiedzi prawidłowych udzielonych przez grupy badanych  
*Figure 6. Percentage of correct answers given by respondents groups*

## Dyskusja

Kość jest żywą tkanką, szybko odnawiającą się i przekształcającą. Osteoporoza jest chorobą, która upośledza procesy przebudowy kości, zmniejszając wytrzymałość minerału kostnego. Co roku tysiące ludzi, głównie w podeszłym wieku, doświadczają niespodziewanie, podczas wykonywania zwykłych czynności życiowych, nagłego złamania kości. Najczęstszą przyczyną tych złamań jest osteoporoza. Dotyka ona najczęściej osób w starszym wieku. Dane zaprezentowane w artykule A. Raczkiewicz wskazują, że osoby powyżej 65. roku życia stanowią obecnie powyżej 20% populacji krajów rozwiniętych i odsetek ten stale rośnie [6]. Badania demograficzne wykazują, że w nadchodzących latach wystąpi znaczny wzrost populacji osób starszych na całym świecie, a tym samym częstość występowania tej choroby wzrośnie [7–9]. Badanie własne wykazało, że tylko 44% studentów przewiduje wzrost liczby osób chorych na osteoporozę w przyszłości.

Piśmiennictwo [10, 11] wskazuje, że najczęściej pojawiającymi się objawami osteoporozy są złamania kości oraz związane z nimi bóle. Ponad połowa (51%) badanych studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego studiów magisterskich z kierunku zdrowie publiczne i pielęgniarstwo wskazała prawidłowe objawy osteoporozy. Według 77% badanych (44% studentów z kierunku pielęgniarstwo i 33% ze zdrowia publicznego) osteoporoza to zjawisko często występujące w społeczeństwie. Fakt ten potwierdza piśmiennictwo [10] opierające się na wynikach badań EVOS (European Vertebral Osteoporosis study). Opisano w nim, że częstość występowania osteoporozy w Polsce szacuje się

na 20,5% u kobiet, zaś u mężczyzn na 13%. A zatem zjawisko to występuje dość często.

W artykule M. Marcinkowskiej wykazano, że w Europie, wg kryteriów WHO, u ponad 30% kobiet po 50. roku życia (zwykle po menopauzie) występuje osteoporoza. Każdego roku obserwowany jest wzrost o 1% liczby hospitalizacji spowodowanych złamaniami bliższego końca kości udowej (bkk). Przeprowadzone w Polsce statystyki, dotyczące wszystkich złamań bkk w latach 1979–1995, wykazały, że z tego powodu kobiety były hospitalizowane prawie 2-krotnie częściej niż mężczyźni. Podobną sytuację rejestruje się w innych krajach Europy i USA. Dane te są zgodne z faktem, że kobiety częściej chorują na osteoporozę [5]. Analiza badań własnych potwierdziła wskazywany w literaturze fakt, że osteoporoza najczęściej występuje u kobiet po menopauzie (taką odpowiedź podało 72% ankietowanych).

Według danych zaczerpniętych z artykułu M. Marcinkowskiej w USA corocznie stwierdza się ok. 1,3 mln złamań osteoporotycznych. Niepełnosprawność, która jest następstwem złamania osteoporotycznego, dotyczy większej liczby pacjentów niż po udarach i zawałach. Po złamaniu szyjki kości udowej do pełnego zdrowia i sprawności fizycznej powraca tylko 25% pacjentów, natomiast połowa z nich wymaga ciągłej lub okresowej opieki osób drugich. 20% pacjentów nie opuszcza łóżka, wymagając stałej pielęgnacji. Unieruchomienia te często prowadzą do zaniku mięśni [5]. Przeprowadzone badanie własne dowiodło, że studenci WUM-u nie posiadają wiedzy na temat następstw złamań osteoporotycznych. Zaledwie 6% (tylko osoby ze

zdrowia publicznego) wskazało prawidłową odpowiedź, że należy do nich zanik mięśni.

W artykule K. Buczkowkiego i wsp. [3] opisano, że u każdej kobiety po 65. roku życia lub mężczyzny powyżej 70. roku życia, a także u każdego pacjenta, niezależnie od wieku, obciążonego przynajmniej jednym czynnikiem ryzyka złamania, należy ocenić 10-letnie ryzyko złamań za pomocą kalkulatora FRAX. Przeprowadzone badanie własne dowiodło, że studenci ze zdrowia publicznego i pielęgniarstwa posiadają bardzo dobrą wiedzę na temat kalkulatora FRAX, wskazując w 82% prawidłową odpowiedź.

Złotym standardem diagnostyki osteoporozy jest badanie metodą podwójnej absorpcjometrii rentgenowskiej (DXA – Dual Energy X-ray Absorptiometry), zwane inaczej badaniem densytometrycznym [7,12]. Badania własne wykazały, że ankietowani w 57% (w tym 20% ze zdrowia publicznego, 37% z pielęgniarstwa) znali poprawną odpowiedź, że złotym standardem diagnostyki osteoporozy jest densytometria. Ankietowani dobrze radzili sobie również z pytaniami dotyczącymi diety i prawidłowego żywienia w osteoporozie (70% prawidłowych odpowiedzi).

W artykule D. Włodarek i piśmiennictwie [13, 14] opisano m.in., że dieta obok aktywności fizycznej jest głównym elementem oddziałującym na rozwój człowieka i jego samopoczucie. Punktem wyjścia dla mocnych i zdrowych kości oraz utrzymania gęstości mineralnej jest dieta, która powinna być urozmaicona, dobrze zbilansowana pod względem zawartości energii, witamin oraz składników mineralnych, takich jak wapń, magnez, fosfor itp.

Poziom wiedzy na temat osteoporozy połączonej grupy z kierunku pielęgniarstwa i zdrowia publicznego, jako całość, został oceniony na poziomie dostatecznym, ponieważ średnia % wszystkich poprawnych odpowiedzi wynosiła 47,7%. Wykazano różnicę w poziomie wiedzy studentów z kierunku zdrowie publiczne a pielęgniarstwo na poziomie  $p = 0,000$  z korzyścią dla pielęgniarstwa. Praca ta ukazała istotny problem, jakim jest niewystarczający poziom wiedzy na temat osteoporozy wśród osób związanych ze środowiskiem medycznym. Należy zwrócić większą uwagę na edukację społeczeństwa na temat osteoporozy i sprzyjającym jej czynnikiem ryzyka. A zatem zasadne było poruszenie problemu wiedzy wśród studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

## Wnioski

1. Poziom wiedzy studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na temat osteoporozy kształtował się na poziomie dostatecznym.

2. Procentowa ilość prawidłowych odpowiedzi dla grupy badanych z kierunku pielęgniarstwo przyjmowała większe wartości, niż dla grupy badanych z kierunku zdrowie publiczne.

## Piśmiennictwo

1. Drozdowska B. Złamania osteoporotyczne. Endokrynologia Polska. 2009; 60(6): 498–502.
2. Charzewska J, Jarosz M, Chwojnowska Z. Osteoporoza. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009.
3. Buczkowski K, Chlabiasz S, Horst-Sikorska W. Osteoporoza. Postępowanie profilaktyczne, diagnostyczne i lecznicze. Wytyczne dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Forum Medycyny Rodzinnej. 2012; 6(4): 153–160.
4. Napiórkowska L, Franek E. Osteoporoza starcza. Endokrynologia Polska. 2009; 60(2): 110–114.
5. Marcinkiewicz M, Wawrzyniak A, Horst-Sikorska W. Następstwa złamania kości. Przegląd Menopauzalny. 2006; 4: 228–230.
6. Raczkiewicz A. Starszy pacjent w standardach postępowania reumatologicznego. Forum Medycyny Rodzinnej. 2009; 3(5): 372–379.
7. Chodorowski Z. Geriatria z podstawami gerontologii. Gdynia: Grafica; 2008. 337–361.
8. Coote A, Haslam P, Gaździk T. Ortopedia i reumatologia. Wrocław: Urban & partner; 2007. 103–105.
9. Zimmermann-Górska I. Choroby reumatyczne. Podręcznik dla studentów, wydanie IV uaktualnione, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004. 272–288.
10. Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A. Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Gdańsk: Via Medica; 2007. 318–324.
11. Wieczorowska-Tobis K, Talarska D. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008. 212–218.
12. Zimmermann-Górska I. Reumatologia kliniczna. Tom II. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.
13. Wieczorek-Chełmińska Z. Żywienie w osteoporozie. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2006.
14. Włodarek D. Znaczenie diety w osteoporozie. Endokrynologia. Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii. 2009; 5(4): 245–253.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.06.2014

Artykuł przyjęty do publikacji: 30.08.2014

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

## Adres do korespondencji:

Józefa Czarnačka  
ul. Aluzyjna 23F/304  
03-149 Warszawa  
tel. 663 647 275  
e-mail: j.czarnecka@wp.pl  
Zakład Żywienia Człowieka  
Warszawski Uniwersytet Medyczny



# AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA W RODZINIE

## PHYSICAL ACTIVITY IN THE FAMILY

Iwona Nowakowska<sup>1</sup>, Katarzyna Kukawska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup>Studenckie Koło Naukowe Menadżer Jakości Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
Opiekun Koła dr inż. Iwona Nowakowska

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Spędzanie wolnego czasu z rodziną wpływa korzystnie na panującą atmosferę w domu rodzinnym, życzliwość i pogodę ducha. Aktywność fizyczna buduje i realizuje właściwy styl życia i stan zdrowia. Uaktywniana w rodzinie wpływa korzystnie na wiele aspektów, nie tylko zdrowotnych, ale również psychologicznych i społecznych, tj. umacnia więzi w rodzinie, pokonuje barierę przed uprawianiem sportu, uczy dzieci jak przyjmować sukcesy i porażki oraz równowagę czas spędzony w bezruchu w szkole lub pracy biurowej.

**Cel.** Celem podjętych badań jest pozyskanie opinii na temat aktywności fizycznej w rodzinie.

**Materiał i metody.** Badaniu poddano 100 osób w wieku 15–50 lat. Wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, zawierający pytania dotyczące form aktywności fizycznej oraz tej aktywności wraz z członkami rodziny. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy.

**Wyniki i wnioski.** Na podstawie badań nie stwierdzono związku między wiekiem, płcią, wykształceniem a stopniem aktywności fizycznej. Spośród ankietowanych 67% wykazało entuzjastyczny stosunek do spędzania aktywnie czasu wolnego z rodziną, jednak tylko 45% badanych praktykuje wysiłek fizyczny z bliskimi. Argumentami, według respondentów, które uniemożliwiają aktywność fizyczną były: brak czasu (47%), obowiązki domowe (21%), zły stan zdrowia (14%), brak dostępu do obiektów rekreacyjnych (10%), brak motywacji (8%). Aktywność fizyczna w rodzinie, w opinii osób biorących udział w badaniu, pozytywnie wpływa na czynniki biologiczne, psychologiczne oraz społeczne.

SŁOWA KLUCZOWE: aktywność fizyczna, rodzina.

### ABSTRACT

**Introduction.** Spending free time with the family has a beneficial effect on atmosphere, kindness and cheerfulness in the family home. Physical activity builds and implements proper lifestyle and health status. When performed in the family, it has a positive influence on numerous aspects, not only health, but also psychological and social ones i.e., it strengthens family bonds, helps overcome the mental barrier against doing sports, teaches children how to accept successes and failures in their lives, and counterbalances time spent motionless in a school or office work.

**Aim.** The aim of the study was to obtain the respondents' opinions on physical activity in the family.

**Material and methods.** The study involved 100 people aged 15–20 years. The authors' original questionnaire was used containing questions about the forms of physical activity, and the activity performed along with family members. Participation in the study was voluntary and anonymous.

**Results and conclusions.** According to the conducted study, there was no association between age, sex, education, and levels of physical activity. Among the respondents, 67% showed an enthusiastic attitude towards spending free time with their families in an active way, but only 45% actually perform physical exercise with other family members. According to the respondents, the arguments that make physical activity impossible were: lack of time (47%), household chores (21%), poor health (14%), lack of access to recreational facilities (10%), lack of motivation (8%). Physical activity in the family, in the opinion of people involved in the study, has a positive impact on biological, psychological and social factors.

KEYWORDS: physical activity, family.

### Wstęp

Aktywność fizyczna w rodzinie jest zagadnieniem bardzo ważnym, które należy rozpowszechniać oraz nagłaśniać. Można wysunąć tezę, że spędzanie czasu wolnego z bliskimi wpływa korzystnie na panujący klimat w domu rodzinnym, życzliwość i pogodę ducha. Poza tym nic tak nie wzmacnia więzi między członkami rodzi-

ny jak wspólny aktywny odpoczynek. Czas wolny oraz rekreacja istotnie wpływają na wewnętrzne stosunki w domu. Ponadto dzięki temu wzmacnia się poczucie identyfikacji, więzi z rodziną.

Amerykańskie Stowarzyszenie Rekreacji lansuje slogan „Rodzina, która bawi się razem jest trwała” [1]. Oznacza to, że rekreacja i sport w rodzinie wpływają na:

zacieśnienia więzi poprzez wspólne spędzanie czasu. Aktywna zabawa z dziećmi pokonuje wśród dorosłych barierę wobec uprawiania sportu, uczy jak przyjmować sukcesy oraz radzić sobie z porażkami oraz równoważyć czas spędzony w bezruchu w szkole i pomaga zapobiegać wadom postawy u dzieci. Aby lepiej zrozumieć pojęcie aktywności fizycznej w rodzinie, należy wyjaśnić definicje aktywności fizycznej oraz rodziny.

Aktywność fizyczna obejmuje wszystkie czynności związane z wysiłkiem fizycznym i ruchem (pracą mięśni), podczas których przyspieszają praca serca i oddech, pojawia się także uczucie ciepła. Są to w szczególności ćwiczenia fizyczne (sport) i wysiłek związany z codziennymi czynnościami (chodzenie, jazda na rowerze). Uprawianie sportu w młodości oraz pozytywne doświadczenia z tym związane (sukcesy sportowe, zabawa z rówieśnikami) kształtują nawyki, które sprzyjają zachowaniu zdrowego trybu życia w późniejszych latach [2].

W literaturze przedmiotu spotyka się wiele definicji rodziny. Według jednej z nich, rodzina jest grupą, na której, według Augustina Comte, oparte jest całe społeczeństwo [3]. Stabilna struktura jaką tworzy ulega różnym przeobrażeniom. Wraz z upływem czasu dzieci dorastają, rodzice starzeją się, co jest wynikiem zmiany ról w rodzinie.

W Polsce można wyróżnić dwa wizerunki rodziny: jeden z nich opiera się na bardzo silnych emocjonalnych więziach, drugi zaś charakteryzuje się luźnymi stosunkami oraz partnerskimi powiązaniem. W obecnych czasach występują obydwa modele. Z jednej strony spotyka się rodziny z bardzo silnymi stosunkami, zhierarchizowane, gdzie za głowę rodziny oraz jedyne go żywiciela uważa się ojca. Natrafia się również na bardziej współczesne rodziny, gdzie byt materialny zapewniają obie strony, zarówno matka jak i ojciec. Świadomość wkładu (porównywalnego lub dysproporcjonalnego) energii i czasu w pracę zawodową oraz równie ważną pracę pozazawodową, związaną z wypełnianiem obowiązków zawodowych, przez obydwu partnerów, wskazuje na partnerskie relacje dla funkcjonowania gospodarstwa domowego [4]. Ponadto w tzw. rodzinie współczesnej bardziej popularne jest rozpowszechnianie kultury fizycznej. Wspólne, aktywne spędzanie czasu podnosi jakość życia oraz atmosferę w rodzinie.

## Cel

Celem podjętych badań było uzyskanie opinii na temat aktywności fizycznej w rodzinie oraz zweryfikowanie informacji dotyczących najczęstszych form uprawiania sportu wraz z członkami rodziny, a także zbadanie po-

wszechnego stosunku do takiego sposobu identyfikowania się z rodziną.

## Materiały i metody

Badania ankietowe zostały przeprowadzone w maju 2014 roku na grupie 100 osób w wieku 15–50 lat. W tym celu wykorzystano pytania własnej konstrukcji dotyczące ogólnej wiedzy o aktywności fizycznej, aktywności fizycznej w rodzinie oraz stosunku do takiej formy spędzania czasu wolnego z bliskimi. Badanie było dobrowolne i anonimowe oraz dotyczyło losowo wybranych osób.

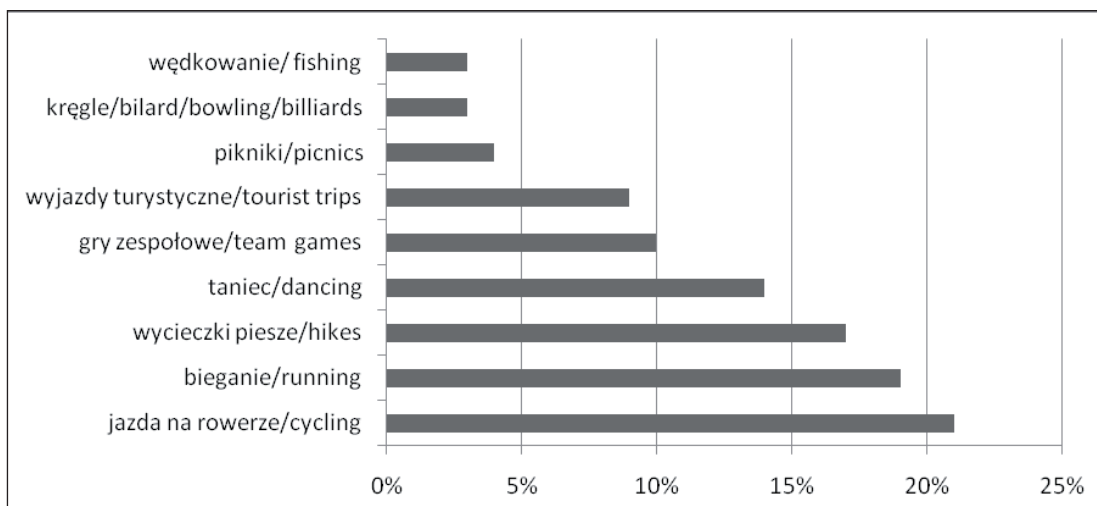
## Wyniki

Wyniki badania dowiodły, że 67% ankietowanych ma entuzjastyczny stosunek wobec aktywnego spędzania czasu wolnego z rodziną. Jest to dowodem pozytywnego podejścia społeczeństwa do podejmowania działań ku aktywności fizycznej wraz z członkami rodziny. Optymistyczny jest również fakt, że żaden z respondentów nie opowiedział się za negatywną postawą wobec uprawiania sportu z najbliższymi. Korzystne wzorce nabywa się w okresie dzieciństwa, dlatego fakt, iż większość ankietowanych chciałoby wychowywać dzieci w duchu rekreacji oraz sportu jest budujący. Odgrywa to jednocześnie ważną rolę w przygotowaniu młodsze- go pokolenia do korzystania z ruchu fizycznego.

Pomimo entuzjastycznego stosunku do uprawiania aktywności fizycznej w rodzinie, nie każdy z respondentów praktykuje taką formę spędzania czasu wolnego. W przeprowadzonej ankiecie zadano następujące pytanie „Czy uprawia Pani/Pan aktywność fizyczną w rodzinie?” Z udzielonych odpowiedzi wynika, że niepełna połowa respondentów praktykuje aktywną formę spędzania czasu wolnego z rodziną. Około jedna czwarta ankietowanych odpowiedziała, że od czasu do czasu podejmuje się aktywności fizycznej z najbliższymi. Smutnym faktem jest, że aż 31% osób badanych nie podejmuje żadnych działań sportowych.

W celu sprawdzenia najlepszej (wg ankietowanych) formy aktywności fizycznej w rodzinie zadano respondentom pytanie, a wyniki przedstawiono na **rycynie 1**.

Zdaniem ankietowanych (**Rycina 1**) za najlepszą formę spędzania aktywnie czasu z całą rodziną uchodzą wycieczki, zarówno rowerowe (21%) jak i piesze (17%) oraz wspólne bieganie (19%). Część respondentów preferuje także zajęcia taneczne (14%), aktywne gry zespołowe (10%) oraz wyjazdy w celach turystycznych (9%), gdzie członkowie rodziny lepiej poznają siebie oraz swoje potrzeby. Jako najmniej popularne formy aktywnego spędzania czasu w rodzinie wskazano pikniki, kręgle/bilard, a także wędkowanie.

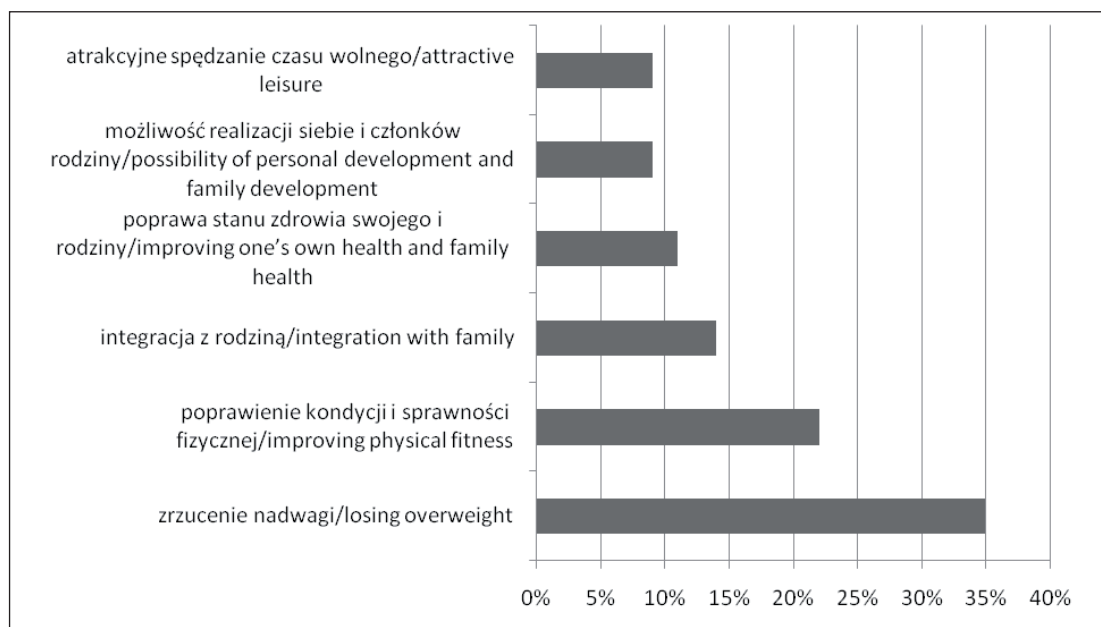


**Rycina 1.** Formy aktywności fizycznej w rodzinie  
*Figure 1. Forms of physical activity in the family*

Źródło: opracowanie własne  
*Source: author's concept*

Wiele korzystnych zmian, które zachodzą pod wpływem systematycznego uprawiania aktywności ruchowej w rodzinie jest łatwo dostrzegalnych. W celu sprawdzenia, jakie według respondentów pozytywy niesie ze sobą wspólne, aktywne spędzanie czasu, zadano ankietowanym pytanie dotyczące właśnie tej kwestii. Odpowiedzi przedstawiono na **rycynie 2**.

Według odpowiedzi respondentów (**Rycina 2**) najlepszą korzyścią, jaką niesie wspólne uprawianie aktywności fizycznej w rodzinie, jest zrzucenie nadwagi. Spośród ankietowanych 35% uważa, że dzięki aktywności fizycznej w rodzinie uda im się pozbyć zbędnych kilogramów, a także poprawić kondycję i sprawność fizyczną (22%). Niestety, tylko 14% osób opowiedziało



**Rycina 2.** Korzyści związane z uprawianiem aktywności fizycznej w rodzinie  
*Figure 2. Benefits connected with physical activity in the family*

Źródło: opracowanie własne  
*Source: author's concept*

się za integracją z rodziną. Jest to pejoratywny fakt, ponieważ aktywność z rodziną w małym stopniu podejmowana jest ze względu na aktywny wypoczynek z bliskimi, możliwość poznania dzięki temu lepiej członków rodziny oraz ich potrzeb.

W dalszej części badania zapytano respondentów, co według nich najbardziej uniemożliwia uprawianie aktywności fizycznej w rodzinie. Blisko połowa (47%) ankietowanych odpowiedziała, iż to brak czasu uniemożliwia im podjęcie aktywności fizycznej wspólnie z rodziną. W następnej kolejności są obowiązki domowe (21%), zły stan zdrowia (14%), brak dostępu do obiektów rekreacyjnych (10%) oraz brak motywacji (8%).

## Dyskusja

Sport oraz rekreacja w rodzinie stają się elementem stylu życia. Rodzina, która spędza ze sobą czas wolny potrafi lepiej nim dysponować. Jednak połowa ankietowanych nie przekazuje tych pozytywnych wzorców zachowań, dotyczących aspektu aktywności ruchowej. W tych rodzinach nie podejmuje się prawie żadnych działań związanych ze sportem oraz rekreacją. Może mieć to negatywne konsekwencje w późniejszym życiu dzieci oraz rodziców i pozostałych członków rodziny. Dom rodzinny jest najlepszym środowiskiem, w którym kształtują się pozytywne postawy wobec rekreacji oraz sportu, dlatego ważne jest, aby zwiększać świadomość potrzeby aktywności fizycznej wśród członków rodziny. Tadeusz Ulatowski, w swym raporcie „Z badań nad stanem kultury fizycznej w Polsce”, stwierdził, że potrzeba aktywności fizycznej w rodzinie systematycznie wzrasta [5]. Dowodem tego jest zdanie 22% respondentów, którzy odpowiedzieli, iż od czasu do czasu podejmują taką formę rekreacji z najbliższymi.

Rekreacja rodzinna powinna odbywać się w miejscu, gdzie rodzina przebywa najczęściej, gdzie wypoczywa lub mieszka. Można wymienić m.in. dom, podwórkę, ogródek, park oraz inne miejsca rekreacyjne.

Aktywność fizyczna powinna być zróżnicowana ze względu na wiek członków rodziny. Wiadomo, że dzieci posiadają więcej energii oraz chętniej podejmują bardziej aktywne formy spędzania czasu wolnego. Zajęcia ruchowe z najmłodszym pokoleniem niosą ze sobą wartości wychowawcze. Odpowiednie ćwiczenia wpływają bardzo korzystnie na tworzenie osobowości dzieci. Kształtują się wówczas takie cechy, jak: wytrwałość, praca w grupie, współzawodnictwo, samodzielność oraz ambicja. W rodzinie z dziećmi aktywność fizyczna powinna być podejmowana poprzez zabawę. Około 6. roku życia dzieci cechują się ogromną ruchliwością. W tym okresie idealnymi zajęciami z uwzględnieniem aktywności ruchowej, wg Łobożewicz i Wolańskiej, są:

- ćwiczenia muzyczno-ruchowe, które kształtują walory estetyczne dziecka;
- ćwiczenia kształtująco zdrowotne, które umożliwiają zachowanie prawidłowej postawy oraz zdrowia dziecka;
- ćwiczenia zręcznościowe, które uczą dzieci logicznego myślenia;
- ćwiczenia akrobatyczne, których wykonywanie wyrabia odwagę u dziecka [6].

W okresie dojrzewania płciowego wśród nastolatków pojawia się niechęć do podejmowania aktywności fizycznej. Ważne wtedy jest, by wyżej wymienione ćwiczenia zastąpić bardziej przyjemnymi dla młodych ludzi formami ruchu, np. wycieczki rowerowe oraz piesze lub wycieczki na kajakach.

Przez aktywność fizyczną można rozumieć nie tylko zabawę z dzieckiem, ale także wspólne, aktywne spędzanie czasu z mężem lub żoną. Ze względu na obniżoną zdolność metabolizmu w dorosłym wieku, podejmowanie aktywności ruchowej sprzyja utrzymaniu prawidłowej wagi oraz kondycji zdrowotnej. Można w tym miejscu wymienić: bieganie, jazdę na rolkach i rowerze, pływanie, nurkowanie, wspólne odwiedzanie klubów fitness oraz szkół tańca. Pozwala to na kontrolę dobowego bilansu energetycznego, czyli utrzymanie równowagi między spożywaniem a wydatkowaniem ilości kalorii.

Również należy pamiętać jak ważna jest aktywność fizyczna ludzi w starszym wieku. Daje im to możliwość przedłużenia życia oraz wyrwania się ze społecznej izolacji. Dzięki podejmowanym działaniom ku aktywności ruchowej ta grupa społeczna może bardziej efektywnie korzystać z życia oraz polepszać swój stan zdrowia fizycznego i psychicznego. Przez uprawianie sportu ludzi w starszym wieku rozumieć można ćwiczenia o umiarkowanym stopniu aktywności, np. codzienne spacerowanie z wnukiem, turystyka czy ostatnio bardzo popularny nordic walking.

Pogoń za pracą oraz coraz szybsze tempo życia stoją często na przeszkodzie spokojnemu, aktywnemu odpoczynkowi w towarzystwie najbliższych. Ograniczenie aktywności fizycznej niesie ze sobą wiele negatywnych konsekwencji oraz stanowi niebezpieczeństwo dla zdrowia. Obserwuje się zwiększone ryzyko zachorowań np. na choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzycę. Obniżenie aktywności ruchowej jest również przyczyną szybszego starzenia się organizmu. Ponadto ograniczenia aktywności fizycznej w rodzinie mogą być spowodowane świadomym postępowaniem jednostki, czyli wynikające z lenistwa lub braku motywacji. Występuje również półświadoma działalność człowieka, która prowadzi do rzadszego podejmowania działań w zakresie sportu, np. nieracjonalne odżywianie lub stres, na który narażone jest społeczeństwo [7]. Jak wskazu-

ją wyniki badań jakości życia Polaków, w grupie osób 35–44-letnich, obciążonych dużą liczbą obowiązków, wykazujących jednocześnie wysoką aktywność fizyczną i rodzinną, poziom stresu jest najwyższy w porównaniu z innymi grupami wiekowymi. Te same badania wykazały, iż dla blisko połowy wszystkich respondentów spędzanie wolnego czasu w gronie rodzinnym jest relaksujące. Mniejszym optymizmem napawa jednak fakt, iż rodzinny odpoczynek częściej odbywa się w formie wspólnego oglądania TV (w części dla zabicia nudy), natomiast o połowę rzadziej wybierane są różne formy aktywności fizycznej [8].

### Wnioski

Podsumowując, aktywność fizyczna w rodzinie jest bardzo ważnym aspektem, który trzeba rozpowszechniać wśród rodzin. Pełni rolę w budowaniu i realizacji właściwego stylu życia. Niesie ze sobą mnóstwo pozytywnych rezultatów, a jej brak skutkuje negatywnie zarówno na zdrowie, jak i relacje między domownikami. Rodzina, która wspólnie i aktywnie spędza czas jest trwalsza. Więzy między członkami rodziny są bardziej zacieśnione, a poprzez wspólną zabawę czy sport poznaje się lepiej rodzinę i potrzeby każdej jednostki. Ponadto aktywność fizyczna wpływać może na czynniki biologiczne, psychologiczne oraz społeczne. Dzieci, które aktywnie spędzają czas, kształtują w pozytywny sposób swoją osobowość, są bardziej pewne siebie, odpowiedzialne oraz ambitne. Również dorośli korzystają na wspólnym, pełnym energii wypoczynku. Pomaga on w redukcji tkanki tłuszczowej, pozwala utrzymać prawidłowy stan zdrowia fizycznego oraz psychicznego.

### Piśmiennictwo

1. Janus B. Aktywność fizyczna w rodzinie: Poradnik dla pielęgniarzek środowiskowych/rodzinnych. Warszawa: Centrum Edukacji Medycznej; 1997. 4–39.
2. Tyszcza Z. Rodzina w świecie współczesnym – jej znaczenie dla jednostki i społeczeństwa. W: T. Pilch, I. Lepalczyk Pedagogika społeczna. Warszawa 1995. 137.
3. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/zdrowie-uczni/aktywnosc-fizyczna-i-sport> [dostęp: 10.06.2014r.].
4. <http://ffi.org.pl/pliki/file/FFIRaportkoncowyzbadanpierwszejfazy.pdf>
5. Dąbrowski A. Postawy rodziców wobec uczestnictwa w kulturze fizycznej ich dzieci. W: Czaplicki Z, Muzyka W (red.). Styl życia a zdrowie. Olsztyn: Polskie Towarzystwo Pedagogiczne Oddział w Olsztynie; 1995.
6. Łobożewicz T, Wolańska T. Rekreacja i turystyka w rodzinie. Warszawa: PTNKF; 1994.
7. <http://aktywnarodzina.org/aktywna-rodzina> [dostęp: 10.06.2014r.].
8. [http://www.philips.pl/shared/assets/pl/Downloadablefile/Raport\\_Philips\\_Index2010/Raport\\_philips\\_index\\_2010.pdf](http://www.philips.pl/shared/assets/pl/Downloadablefile/Raport_Philips_Index2010/Raport_philips_index_2010.pdf) [dostęp: 14.09.2014r.].

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.06.2014

Artykuł przyjęty do publikacji: 30.08.2014

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.  
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

### Adres do korespondencji:

Iwona Nowakowska  
ul. Smoluchowskiego 11  
60-179 Poznań  
tel. 61 861-22-54  
e-mail: iwonanowakowska@op.pl  
Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego



# ■ PRACA PIEŁĘGNIARKI W PERSPEKTYWIE GOFFMANOWSKIEJ

## NURSE'S JOB IN GOFFMAN'S PERSPECTIVE

Bożena Tyran

Studia doktoranckie  
Katedra Procesu Zarządzania  
Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

### STRESZCZENIE

Praca z ludźmi jest jedną z trudniejszych spośród wielu innych, przede wszystkim ze względu na znaczną różnorodność i złożoność oczekiwań, charakterów oraz wzajemnych powiązań zainteresowanych osób. Obecność innych ludzi powoduje, że realizowane obowiązki zawodowe podlegają natychmiastowej, zwykle subiektywnej ocenie. Praca pielęgniarki, ze względu na znaczenie, jakie ludzie przypisują zdrowiu i życiu, poddawana jest nieustannej weryfikacji. Potrzeba kontrolowania wywieranego wrażenia jest naturalną konsekwencją interakcji, a niektóre jej aspekty są analogiczne do przedstawienia teatralnego. Koncepcja zaproponowana przez amerykańskiego socjologa, Ervinga Goffmana, oparta jest na kategoriach analitycznych związanych z teatrem. Opracowanie ma na celu przedstawienie pracy pielęgniarki z perspektywy dramaturgicznej.

**SŁOWA KLUCZOWE:** pielęgniarka, praca, rola społeczna, interakcja, perspektywa dramaturgiczna.

### ABSTRACT

Working with people is one of the most difficult jobs, especially because of the diversity and complexity of expectations, characters, and mutual relations of interested people. Occupational obligations are changed – usually immediately and subjectively – because of the presence of other people. Due to the importance of health and life, a job of a nurse is continuously verified. The need of controlling the given impression is a natural consequence of interactions and some of its aspects are analogical to theatre plays. American sociologist, Erving Goffman, suggested a concept based on analytical categories related to the theatre. The article is to present a job of a nurse in the theatrical perspective.

**KEYWORDS:** nurse, job, social role, interaction, theatrical perspective.

### Perspektywa dramaturgiczna

Kiedy jednostka staje wśród innych, zwykle starają się oni zdobyć o niej informacje albo wykorzystać informacje już posiadane. Działanie to umożliwia zdefiniowanie sytuacji, pozwala na zorientowanie się, czego jednostka będzie oczekiwała od innych i czego inni mogą od niej oczekiwać [1]. Dlatego też każda osoba ma wiele powodów, aby próbować kontrolować wrażenie jakie robi na innych.

Zaproponowana przez Ervinga Goffmana perspektywa postrzegania działań jednostek i grup jest analogią do przedstawienia teatralnego – w sensie rzeczowym, czynnościowym oraz atrybutowym. Kategorie przeniesione z teatru do życia społecznego obejmują m.in. aktorów, grę, rolę, scenariusz, scenografię, publiczność, kulisy. Kluczowe pojęcia w przyjętej koncepcji zostały omówione poniżej.

### Występy

Jednostka, podobnie jak aktor na scenie, odgrywa przed widownią jedną lub kilka ról zdeterminowanych

warunkami społecznymi. Jej zadanie polega na skutecznym przekonaniu publiczności o posiadaniu przez jednostkę pożądanych cech, umożliwiających interakcję, która będzie satysfakcjonować zainteresowane strony nie tylko w chwili obecnej, ale także w przyszłości. Wiarygodność i spektakularność występu uzależniona jest od wielu czynników, przede wszystkim od jego celu, miejsca, czasu trwania, oczekiwań publiczności, indywidualnych cech aktora, dostępu do informacji. Nie na wszystkie determinanty występu aktor może oddziaływać. Niektóre z nich może modyfikować, inne pozostają poza jego wpływem. W związku z tym, istotnym elementem występu jest jego planowanie, a etap ten może mieć decydujące znaczenie dla powodzenia podejmowanych działań.

Część występu jednostki, która funkcjonuje niezmiennie przez cały czas jego trwania Goffman określił jako fasadę, czyli te standardowe środki wyrazu, które jednostka stosuje celowo lub mimowolnie podczas występu, dostarczając obserwatorom definicji sytuacji.

Typowe części fasady to dekoracja oraz fasada osobista [1].

Występ jest zasadniczą częścią interakcji między jednostką a widownią, przy czym występ nie zawsze ma charakter jednorazowy, bardzo często jest on cyklicznie powtarzany, zależnie od rodzaju podejmowanych działań. Niektóre występy prowadzone są systematycznie przez wiele lat lub dekad, tworząc względnie trwałe schematy interakcji. Nie oznacza to jednak całkowitej stagnacji i zrutynizowania czynności, ze względu na wpływ pojawiających się zmiennych.

### **Zespół aktorów**

Definicja sytuacji projektowana przez pojedynczego uczestnika interakcji jest integralną częścią projekcji dokonywanej i utrzymywanej dzięki bliskiej współpracy więcej niż jednego uczestnika [1]. Nie zawsze występ jest przeprowadzany indywidualnie. W przypadku niektórych organizacji współpraca ich uczestników stanowi istotny element realizowanych przez firmę zadań. Poza występami indywidualnymi i grupowymi Goffman wyróżnił jeszcze jeden rodzaj działania, polegający na wystawianiu przez członków zespołu podobnych, indywidualnych przedstawień lub graniu różnych przedstawień składających się na pewną całość dającą wrażenie zespołowości [1]. Członków zespołu zwykle łączy wzajemna zależność, głównie w kwestii oddziaływania na publiczność. W takich sytuacjach jednostki czują się odpowiedzialne za rezultaty występu. Nieodpowiedzialne postępowanie jednego z uczestników może narazić przedstawienie na poważne zniekształcenie lub nawet przerwanie. Jednak osoba postępująca wbrew przyjętym przez zespół zasadom nadal pozostaje jego członkiem, częścią złożonej całości, a pozostali uczestnicy występu, w czasie obecności publiczności, czują się zobowiązani do ukrycia ewentualnych usterek. Cele zespołu często w niejednakowym stopniu odpowiadają poszczególnym jego uczestnikom, co zdeterminowane jest m.in. stopniem utożsamiania się danej osoby z organizacją – z jej wizją, misją, strategią, kulturą. Wykonawcy dbający o interes organizacji będą wybierali na członków zespołów ludzi wzbudzających zaufanie w kwestii odgrywania powierzonych im ról.

### **Scena**

Najczęściej występ przeprowadzany jest w wydzielonym, oznaczonym miejscu, które z punktu widzenia pełnionej roli wiadome jest aktorom i publiczności. Czasem przedstawienie przeprowadzane jest w strefie, w której dochodzi do wyodrębnienia kilku ośrodków interakcji. Ponieważ dostęp do sceny mają aktorzy i publiczność, to możliwość kontrolowania sceny daje przewagę jednej ze stron. Jedną z metod umożliwiających aktorowi

kontrolowanie sceny jest podział publiczności na grupy. Segmentacja taka ułatwia dokładne sprecyzowanie oraz wybór roli, którą należy w danej chwili odegrać. Właściwe rozplanowanie przedstawień umożliwia odizolowanie od siebie różnych widowni – izolacja taka pozwala stworzyć wyidealizowane wrażenie, że dana publiczność jest traktowana wyjątkowo, być może lepiej niż pozostałe, nieobecne grupy odbiorców.

Stałym i jednocześnie symbolicznym atrybutem sceny jest dekoracja, służąca wytworzeniu właściwej aury. Dekorację stanowi m.in. wyposażenie wnętrza, kolorystyka ścian, umeblowanie, specjalistyczna aparatura, temperatura otoczenia, oświetlenie, a nawet charakterystyczne dźwięki lub specyficzny zapach. Istotną rolę pełnią także symbole usytuowane w widocznych miejscach. Wybrana dekoracja może pasować do wielu, podobnych do siebie występów lub nie pasować w sposób idealny do żadnego z pojedynczych przedstawień, dlatego bywa, że aktorzy ukrywają niektóre fakty świadczące o braku profesjonalizmu lub niespójności prowadzonego procesu.

W sytuacjach, gdy przedstawienie aktualnie nie odbywa się, nastrój wytworzony przez dekorację nadal jest utrzymywany – informuje obecnych o przeznaczeniu obserwowanego rejonu, sugeruje pożądany wzorzec zachowań, wyzwala określone emocje.

### **Kulisy**

Z pojęciem sceny ściśle związane są kulisy, czyli strefy zwykle niedostępne dla publiczności. Kulisy służą do przygotowania występu, wystawianego przedstawienia i ewentualnych zmian scenariusza. Za kulisami aktor może wykazywać cechy zupełnie odmienne od tych, które prezentowane były przez niego na scenie. Nie oznacza to jednak, że poza sceną nie obowiązują żadne reguły postępowania. Przeciwnie – ludzie za kulisami także wymagają zachowania wobec siebie nawzajem pewnej fasady, często różnej od tej, która została uzewnętrzniona na scenie. Kulisy mogą, w określonych okolicznościach, pełnić rolę sceny (także scena może przekształcić się na pewien czas w kulisy). Zakulisowana, niekontrolowana interakcja między członkami zespołu może implikować niepożądane konsekwencje, zwłaszcza wówczas, gdy za kulisami pojawi się intruz. Nieproszony gość, który uzyska kluczowe informacje, może zdemaskować starannie przygotowany występ, zdyskredytować wykonawców, a nawet udaremnić całe przedsięwzięcie.

Poza kulisami i sceną Goffman wyróżnia także strefę „zewnętrzzną”, której pojęcie jest zgodne ze zdroworozsądkowym wyobrażeniem na temat instytucji społecznych: w większości budynków znaleźć można miejsca, które stale lub czasowo pełnią rolę sceny i kulis, i do-

strzec można zarazem, że ściany zewnętrzne odcinają oba te typy miejsc od świata zewnętrznego [1].

Kulisy wykorzystywane są do wykonania czynności związanych z zakończeniem wystąpienia, a także do wypoczynku w przerwie pomiędzy kolejnymi numerami. Na scenie dominują formalne stosunki między aktorami, poza nią możliwe jest ujawnienie tych nieformalnych układów, które mogłyby zostać źle odebrane przez publiczność. Ta strefa umożliwia aktorom „wyjście z roli”, pozwala zdystansować się do odgrywanych scen i odreagować wśród innych członków zespołu zmęczenie lub poirytowanie. Za kulisami wykonawcy mogą zachowywać się w sposób poufaty, swobodny, szczery. Często głośno wyrażają opinie na temat publiczności, rozmawiają o niezamierzonych uchybieniach, „ukrywają” się przed otoczeniem.

Wzory zachowań inspirowane poczuciem tożsamości zbiorowej, obowiązujące w stosunku do otoczenia grupy, traktują to otoczenie w kategoriach zagrożenia dla grupy. Wrogość wobec „obcych” jest przede wszystkim wynikiem lęku przed kwestionowaniem norm i wartości grupy [2]. Kulisy są zatem bezpieczną oraz dyskretną enklawą dla obecnych w niej aktorów.

### Komunikaty

Gdy poszczególni aktorzy lub zespoły rozpoczynają interakcję, istotne jest dla każdej ze stron, aby odbiorca ocenił nadawcę zgodnie z jego intencjami. Inaczej mówiąc, aktor oczekuje, że będzie uznawany przez publiczność za tego, za kogo się podaje. Jest to ważne do tego stopnia, że szczerłość i spontaniczność najczęściej są ukrywane – nie tylko wobec widowni, ale także wobec członków własnego zespołu. Aby „nie wypaść z roli” każdy uczestnik występu na ogół może liczyć na bardziej lub mniej dyskretne wsparcie innych uczestników występu. W sytuacjach kryzysowych, w których nie da się całkowicie zataić błędów aktora, a kontynuacją przedstawienia są zainteresowani wszyscy uczestnicy, może dojść do skrócenia dystansu między stronami interakcji. Dzieje się tak często w następstwie zakomunikowania widowni, że występ nie przebiega zgodnie z planem. Informacja taka najczęściej nie jest dosłowna, zwykle wystarczą pojedyncze słowa lub gesty, które zostaną trafnie odczytane przez uczestników. Stosowany „kod” uzależniony jest od preferencji reżysera oraz od sytuacji – inaczej aktor porozumiewa się z członkami własnego zespołu, a inaczej z widownią.

Sposoby, w jakich dyskutuje się o publiczności, różnią się znacznie od sposobów zwracania się do niej. Goffman podkreśla fakt stosowania różnego rodzaju technik, wskazujących na to, werbalnie traktuje się jednostki stosunkowo dobrze w ich obecności, a stosunkowo źle za ich plecami. Kiedy publiczność jest obec-

na, delikatne jej traktowanie jest niezbędne nie przez wzgląd na nią samą, ale dlatego, że zapewnia spokojny oraz uporządkowany przebieg interakcji [1].

Realizując własne cele – zgodne, sprzeczne lub różne od celów zespołu – aktor używa wielu metod komunikacji, czasem gra jest „szczerą”, ale niekiedy dochodzić może do manipulacji, oszukiwania lub prowadzenia podwójnej gry.

### Praca w zawodzie pielęgniarki

Według *Małej encyklopedii prakseologii i teorii organizacji* praca definiowana jest jako działanie wykonywane w sytuacji przymusowej, narzuconej przez jakąś niezaspokojoną potrzebę, prowadzące bezpośrednio do jej zaspokojenia. Praca w sensie prakseologicznym przeciwstawia się dla kontrastu wszelkiej działalności niezagrażonej jakimkolwiek przymusem [3]. W zawodzie pielęgniarki praca związana jest ściśle z profilaktyką, zachowaniem, ratowaniem, przywracaniem lub poprawą zdrowia oraz innymi działaniami medycznymi wynikającymi z procesu leczenia. Realizacja większości obowiązków zawodowych pielęgniarki skierowana jest bezpośrednio do drugiego człowieka – relacja pielęgniarki z pacjentem jest jednym z istotniejszych elementów wpływających na tożsamość zawodową. Interakcja ta jest na stałe wpisana w charakter pracy personelu medycznego.

Jeżeli przyjmie się, proponowaną przez Goffmana perspektywę dramaturgiczną, wówczas realizacja obowiązków służbowych wobec pacjentów jest odpowiednikiem występu. Rola pielęgniarki jest jedną z wielu ról pełnionych przez osobę zatrudnioną na tym stanowisku. W innych okolicznościach pielęgniarka lub pielęgniarz jest rodzicem, żoną/mężem, córką/synem, koleżanką/kolegą, klientem w sklepie, gościem na przyjęciu lub widzem w teatrze, kinie. Aktualnie pełniona rola uzależniona jest od sytuacji, w której dana osoba się znajduje oraz od celu jaki zamierza zrealizować. Bywa, że niektóre z tych ról pełnione są równocześnie, nie rzadko powodując komplikacje lub nawet przerwanie prowadzonego procesu. W wybranych sytuacjach zawodowych pielęgniarka jest aktorem, a pacjenci widownią. Aby skutecznie realizować zawodowe obowiązki, należy zagwarantować warunki umożliwiające jak największą efektywność działania, zatem analiza pracy z perspektywy dramaturgicznej może ułatwić zrozumienie wybranych procesów pracy zawodowej.

Zgodnie z koncepcją Goffmana występy są zdeteminowane oczekiwaniem odgrywającego rolę, że wrażenie, jakie planuje wywołać na obserwatorach zostanie właściwie odebrane. Złożoność i wielozadaniowość pracy pielęgniarki powoduje, że większość pacjentów pozostających pod ich opieką jest świadoma wysokie-

go stopnia odpowiedzialności, wynikającego z realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia. Nawet powszednie zabiegi, takie jak iniekcje, usuwanie szwów, zmiana opatrunku czy pomiar ciśnienia tętniczego, czasem wydają się podopiecznym procesem skomplikowanym, niejasnym i obciążonym znacznym ryzykiem. Z uwagi na wartość, jaką ludzie przypisują zdrowiu i życiu rola powierzona pielęgniarce wymaga autentycznego zaangażowania, a zatem wywołanie pozytywnego wrażenia na pacjencie nie jest próbą nieuczciwej manipulacji, lecz szczerym wejściem w rolę profesjonalisty. Przekonanie pacjenta o wysokim standardzie świadczonych usług medycznych podnosi jego poczucie bezpieczeństwa, a także umożliwia aktywną współpracę chorego z kadrą medyczną.

Praca w ochronie zdrowia, w przeciwieństwie do licznych zawodów, nie jest funkcją realizowaną bez bezpośredniego kontaktu z klientem końcowym, który często nie ma możliwości obserwacji procesu ani uczestniczenia w poszczególnych jego etapach. Taki odbiorca bardzo często znajduje się w znacznej odległości od producenta lub usługodawcy, dając mu możliwość ukrycia wybranych aspektów swojego działania. Pielęgniarka zwykle wykonuje swoją pracę w obecności pacjenta (lub pacjentów), bardzo często w bezpośredniej jego bliskości. Świadomość tego faktu umożliwia pielęgniarce właściwe wpływanie na wybrane elementy procesu.

Zmysł przestrzeni i odległości u człowieka nie jest czymś statycznym, percepcja przestrzeni ma charakter dynamiczny, gdyż jest ściśle powiązana z działaniem – z tym raczej co można w danej przestrzeni zrobić, niż z tym, co można pasywnie zobaczyć [4]. Poznanie różnych stref kontaktu i związanych z każdą z nich specyficznych emocji, więzi oraz czynności jest sprawą niezmiernie ważną. Edward Hall wyróżnił cztery podstawowe dystanse:

- dystans intymny – faza bliższa (do 14 cm) i dalsza (od 14 cm do 45 cm)
- dystans osobniczy – faza bliższa (od 45 do 75 cm) i dalsza (od 75 cm do 1,2 m)
- dystans społeczny – faza bliższa (od 1,2 m do 2,1 m) i dalsza (od 2,1 m do 3,6 m)
- dystans publiczny – faza bliższa (od 3,6 m do 7,5 m) i dalsza (od 7,5 m).

Ponieważ w naturze wszystkich ludzi tkwi pewien typ zachowania zwanego terytorializmem [4], wybór dystansu może być metodą wywierania wpływu na ludzi. Znajomość podstawowych zagadnień proksemiki nabiera szczególnego znaczenia w przypadku wykonywania zawodu pielęgniarki, ponieważ sposób przeprowadzania zabiegów związany jest z naruszeniem strefy intymnej pacjenta. W tych przypadkach, najczęściej

dochodzi do „wyłączenia” typowego rozdziału stref dystansu – zarówno personel medyczny jak i pacjent mają świadomość konieczności czasowego skrócenia odległości przestrzennej i akceptują fizyczną bliskość oraz dotyk obcej osoby. Pomimo to oddziaływanie na drugiego człowieka powinno być nacechowane bezwzględną dyskrecją, taktem oraz delikatnością, aby zawód pielęgniarki utożsamiany był z profesjonalną troską o pacjenta i poczuciem bezpieczeństwa.

Goffman, opisując działalność jednostek oraz grup, podkreślił istotną rolę dekoracji, której celem jest stworzenie warunków sprzyjających skutecznej realizacji celów. W podmiotach leczniczych rolę „dekoracji” pełni typowe wyposażenie przychodni oraz szpitali. Bardzo często budynek, w którym udzielane są świadczenia zdrowotne, ma charakterystyczny wygląd: wielkość, kształt, kolor elewacji, tablice informacyjne na zewnątrz. Specyficzne wrażenie, typowe dla pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotnej, tworzone jest przez zmywalne powierzchnie ścian i podłóg, jasne oświetlenie, charakterystyczny zapach, dźwięki. Wnętrza często utrzymane są w typowych medycznych barwach – przeważa kolor biały, jasne odcienie błękitu, zieleni. Współcześnie wiele zakładów opieki zdrowotnej rezygnuje z „medycznych barw” na rzecz bardziej urozmaiconej, pogodnej kolorystyki, zwłaszcza w oddziałach lub poradniach dziecięcych, w celu wywołania pozytywnych skojarzeń u pacjenta i jego opiekunów. Wyposażenie gabinetów zabiegowych jednoznacznie informuje o pełnionej funkcji – kozetka, waga lekarska, stolik zabiegowy, parawan, stojak pod kroplówkę. Typowe sprzęty medyczne, takie jak np. jednorazowe strzykawki, igły do iniekcji, sterylne kompresy, rękawiczki, środki do dezynfekcji – są nieodzownymi elementami pracy pielęgniarki, a ich wygląd i przeznaczenie znane są większości świadczeniobiorców. Pracownicy systemu ochrony zdrowia nie posiadają całkowitej dowolności w tworzeniu wizerunku sal i gabinetów – istotne elementy zdeterminowane są przepisami sanitarno-epidemiologicznymi.

Atrybutem pracownika ochrony zdrowia jest fartuch, najczęściej biały – ale i w tym względzie pojawiła się w ostatnich latach znaczna różnorodność. Coraz częściej w przychodniach i szpitalach zobaczyć można pielęgniarki w modnych, niebieskich, turkusowych lub jasnoróżowych garsonkach. Obecnie nie są już używane czepki pielęgniarskie, a jednak do tej pory stanowią rozpoznawalny symbol zawodu pielęgniarki i położnej.

Pomieszczenia, które w sposób bezpośredni nie służą do udzielania świadczeń zdrowotnych lub te, w których nie przebywają pacjenci, pełnią rolę kulis. Są to zazwyczaj pokoje socjalne, gabinety pielęgniarek oddziałowych lub koordynujących, dyżurki pielęgniarskie.



skie, schowki na bieliznę itp. Miejsca te często służą do ustalenia dalszego postępowania w danej sprawie, omówienia organizacji pracy lub dyskretnej wymiany poglądów. Czasem wystarczy wydzielić niewielki obszar w pomieszczeniu, aby strefa ta stała się kulisami (np. odgródzenie szafami kartotecznymi fragmentu rejestracji tworzy niewidoczną dla pacjentów przestrzeń, wykorzystywaną np. do pracy wymagającej chwilowo większego skupienia).

Skuteczne przeprowadzenie występu, według Goffmana, w dużej mierze uzależnione jest od umiejętności i odpowiedzialności członków zespołu. Zjawisko to nabiera szczególnego znaczenia w systemie ochrony zdrowia. Pracownicy podmiotów leczniczych, z uwagi na charakter wykonywanych obowiązków zawodowych, stanowią zintegrowany zespół pracowniczy. Oparta na partnerstwie współpraca tworzy profil zawodów medycznych, charakteryzujących się profesjonalizmem, autonomią i wspierającym środowiskiem pracy [5]. Chociaż występ służy głównie scharakteryzowaniu wykonywanego zadania, a nie scharakteryzowaniu wykonawcy [1], to podstawowym kryterium doboru członków zespołu pielęgniarskiego są kwalifikacje i kompetencje pracownika. Członkowie zespołu są od siebie wzajemnie współzależni, a sposób współpracy determinuje efekty działania. Brak zgody pomiędzy poszczególnymi pracownikami utrudnia skoordynowanie działań, a także poddaje w wątpliwość definicję sytuacji preferowaną przez zespół. Aby ją uchronić, członkowie zespołu zmuszeni są zrezygnować z publicznego ujawniania swoich poglądów do czasu ustalenia wspólnego stanowiska dla całej grupy. Jeśli pielęgniarki troszczą się o jedynomyślność zespołu i konsekwentną realizację zaplanowanych działań, to jest oczywiste, że na współpracowników wybierane będą osoby wzbudzające zaufanie odnośnie do właściwego wykonywania powierzonych zadań. Ludzie np. lekkomyślni, konfliktowi, leniwi – mogą stanowić poważne zagrożenie dla realizowanych procesów, a tym samym mogą zniszczyć dotychczasowy wizerunek zespołu. Według Sikorskiego autonomia ról przy postawach kolektywistycznych nie jest wartością pożądaną. Klasycy naukowej organizacji nie mieli wątpliwości, że jedynie kolektywny sposób pełnienia funkcji organizacyjnych może zapewnić sprawne funkcjonowanie firmy [2]. Stopień złożoności zadań i warunków ich realizacji we współczesnych organizacjach nie pozostawia wątpliwości, że mogą być one wykonywane jedynie zespołowo a nie indywidualnie.

Podstawą komunikacji w zespole oraz pomiędzy zespołem a jego otoczeniem jest interakcja. Według *Słownika pojęć socjologicznych* interakcja oznacza wzajemne oddziaływanie jednostek na siebie. Jest ona procesem komunikacji, w wyniku którego jednostki na-

wzajem modyfikują swoje działania. Komunikacja ta ma charakter werbalny lub niewerbalny – gesty, mimika, ruchy ciała, wygląd zewnętrzny. Nieodłącznym składnikiem interakcji jest definiowanie sytuacji oraz interpretowanie zachowań partnera [6]. Przewagą w interakcji zapewnia kontrola nad miejscem akcji [1]. Przychodnia lub szpital są miejscem pracy pielęgniarki, pacjent jest często w danej sytuacji pierwszy, a czasem tylko jedyny raz. Pielęgniarka zna zatem nie tylko przestrzeń, ale i współpracowników, organizację pracy, procedury, techniki. Posiada także przygotowanie merytoryczne do pełnienia zawodu. Ta asymetria informacji stawia pacjenta w niekorzystnej sytuacji, pomimo iż to właśnie jego zdrowie lub życie jest głównym celem podejmowanych działań. Dlatego umiejętna komunikacja stwarza warunki redukujące strach i niepewność u podopiecznych, umożliwia pacjentowi odnalezienie się w nowej, nieznannej sytuacji, a jednocześnie jest narzędziem kształtowania pożądanego zachowania uczestników procesu. Właściwa komunikacja sprzyja efektywności podejmowanych działań. Ale komunikaty to nie tylko słowa czy mowa ciała. W podmiotach leczniczych wiele informacji przekazują znaki, które zazwyczaj trafnie rozpoznawane są przez użytkowników obiektu – to może być logo zakładu opieki zdrowotnej, logo publicznego płatnika, a także symbole zawiadamiające o zagrożeniu biologicznym lub promieniowaniu, tabliczki z nazwą gabinetu lub poradni, rysunki dróg ewakuacji i wiele innych. Wszystkie wykorzystywane sposoby komunikacji mają na celu skuteczne kierowanie procesem udzielania świadczeń zdrowotnych.

## Zakończenie

Przedstawione powyżej aspekty dotyczą tylko niektórych zagadnień z szerokiego spektrum działań podejmowanych przez pielęgniarki podczas wykonywania obowiązków zawodowych. Szczególna specyfika systemu ochrony zdrowia, jej nieporównywalność do innych sektorów rynku, wymaga od pracowników medycznych wnikliwej wiedzy specjalistycznej związanej z wykonywanym zawodem (jej znaczenie jest nie do przecenienia) oraz znajomości zagadnień z innych obszarów nauki. Porównanie tak ważnej kwestii, jaką jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, do przedstawienia w teatrze może być kontrowersyjne, jednak każda praca zawodowa, niezależnie od jej charakteru, ma pewne cechy wspólne. Jest aktywnością, która odbywa się według określonego schematu – scenariusza, a jej skuteczność uzależniona jest m.in. od umiejętnego wykorzystania dostępnych zasobów. Poszukiwanie analogii umożliwia analizę pracy pielęgniarki z innej perspektywy – pozwala dostrzec potencjał tkwiący w sferze złożonych ludzkich relacji. Rozróżnienie pojęć takich jak aktor, zespół, pu-



bliczność, scena czy kulisy ułatwia klasyfikację celów, działań, stref, technik – wprowadza pewien ustalony porządek, umożliwia uczestnikom procesu rozróżnienie kwestii kluczowych od drugorzędnych.

W pracy pielęgniarki najważniejsze jest dobro pacjenta. Uwzględnienie zagadnień niezwiązanych bezpośrednio z leczeniem lub pielęgnacją, może okazać się pożądanym uzupełnieniem procesu tworzenia wartości w złożonym obszarze opieki nad pacjentem. Wiedza z innych dziedzin nauki oraz interdyscyplinarne kompetencje pozwalają na maksymalizację wykorzystania posiadanych umiejętności – niezmiennie bowiem strategia oparta o systematyczne podnoszenie kwalifikacji zawodowych to strategia sukcesu.

### Piśmiennictwo

1. Goffman E. Człowiek w teatrze życia codziennego, Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 1981. 35, 59–63, 123–124, 126, 142, 188, 234.
2. Sikorski Cz. Zachowania ludzi w organizacji. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1999. 155, 158, 178–179.
3. Pszczołowski T. Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich – Wydawnictwo; 1978. 177.

4. Hall TE. Ukryty wymiar. Warszawa: Warszawskie Wydawnictwo Literackie Muza S.A.; 2003. 147, 164, 149–163.
5. Tyran B. Determinanty konfliktów interpersonalnych w zakładach opieki zdrowotnej w Polsce. Częstochowa: Sekcja Wydawnictw Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej; 2012. 275.
6. Pacholski M, Słaboń A. Słownik pojęć socjologicznych. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie; 2010. 80.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.06.2014

Artykuł przyjęty do publikacji: 30.08.2014

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.  
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

### Adres do korespondencji:

Bożena Tyran  
ul. Szymanowskiego 1/2/10  
32-620 Brzeszcze  
tel. 692 422 709  
e-mail: btyran@interia.pl  
Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Oświęcimiu

# ■ DZIECKO W OCZACH SWOICH RODZICÓW. ZNACZENIE OBRAZU DZIECKA W UMYŚLE RODZICA DLA ROZWOJU STRUKTURY *SELF* DZIECKA

*CHILD IN THE EYES OF HIS PARENTS. THE IMPACT OF REPRESENTATION OF CHILD IN PARENT'S MIND ON THE DEVELOPMENT OF CHILD'S SELF STRUCTURE*

Karolina Dejko

Katedra Psychiatrii Collegium Medicum  
Uniwersytet Jagielloński

## STRESZCZENIE

Prezentowana praca ma charakter pogładowy i podejmuje problematykę rozwoju struktury *self* dziecka w kontekście bliskiej, emocjonalnej relacji z opiekunem. Struktura *self* jest ważnym czynnikiem wpływającym na poziom funkcjonowania psychospołecznego jednostki, a tym samym jest ważnym determinantem jej zdrowia. Kształtowanie się obrazu własnej osoby oraz rozwój procesów konstruujących ten obraz przebiega w odniesieniu do reprezentacji dziecka w umyśle jego opiekuna. Dlatego też ważne jest, by ten obraz był jak najbardziej adekwatny oraz złożony. W prezentowanej pracy opisane zostały dwa czynniki wpływające na kształtowanie się reprezentacji dziecka w umyśle opiekuna – zdolność opiekuna do mentalizowania zachowań i doświadczeń dziecka oraz charakterystyka dziecka. Drugi czynnik opisany został na przykładzie zachowań dzieci cierpiących na całościowe zaburzenia rozwoju ze spektrum autyzmu. Opisywane czynniki są silnie ze sobą związane, pozostają we wzajemnym wpływie oraz kształtują styl wchodzenia w interakcje, budowania bliskiej relacji, czyli *styl życia* w rodzinie.

**SŁOWA KLUCZOWE:** obraz własnej osoby, mentalizacja, autyzm, zaburzenia rozwoju ze spektrum autyzmu.

## ABSTRACT

This is a review article which takes issues of the development of *self* structure in the context of intimate, emotional relationship with parent. The *self* structure serves as an important factor which impacts psychological and social functioning of a person and is therefore an important determinant of health. Constructing self-concept and development of processes which carry out its creation is based upon representation of child in parent's mind. Therefore, it is important that this representation is adequate and complex. In the work which is being presented two factors which influence this representation are described: mentalization skills of parent and characteristics of child. The second factor is described on the basis of an example of behaviors of children with Autism Spectrum Disorders. The described factors are interrelated, influence one another, and shape style of building relations within a family – shape *family lifestyle*.

**KEYWORDS:** self-concept, mentalization, autism, autism spectrum disorders.

## **Rozwój obrazu własnej osoby oraz znaczenie, jakie dla tego procesu ma reprezentacja dziecka w umyśle rodzica**

*Self* definiowane jest jako pojęcie używane do opisu siebie jako osoby o specyficznych cechach, siebie jako całości, która jest odrębna i wyróżnia się od innych ludzi oraz innych elementów świata zewnętrznego. Pojęcie to wywodzi się z freudowskiego *das Ich*, które na języku polski tłumaczone jest jako *ego* lub *Ja* [1]. Innym, klasycznym w psychologii sposobem konceptualizowania *self* jest podział zaproponowany przez Jamesa – *me* oraz *I*. *Me* odnosi się do obrazu siebie, czyli reprezentacji zbioru własnych cech, które dana osoba uważa za prawdziwe i ważne („mam niebieskie oczy”, „dobrze

gram na pianinie”, „jestem osobą dobrze wykształconą”, itp.). *I* opisywane jest jako *ja podmiotowe*, które aktywnie konstruuje obraz własnej osoby przez organizowanie i nadawanie znaczenia doświadczeniu, zapewnia poczucie ciągłości w czasie oraz świadomość własnej odrębności [2]. Niniejsza praca podejmuje problematykę rozwoju *self* dziecka w obu opisanych aspektach – rozwoju obrazu siebie oraz rozwoju procesów, które ten obraz konstruują.

Rozwój obrazu siebie oraz podmiotowego *self* przebiega stopniowo oraz opisywany jest w odniesieniu do pięciu poziomów: fizycznego, społecznego, teleologicznego, intencjonalnego oraz autobiograficznego [3]. Początkowo dziecko poznaje siebie jako jednostkę odręb-

ną fizycznie, uczy się odróżniać członki własnego ciała od elementów świata zewnętrznego oraz odkrywa, że może dokonywać zmian w świecie zewnętrznym. Kolejny etap rozwoju polega na odkrywaniu własnej sprawczości w odniesieniu do zachowań i emocji innych ludzi. Następnie dziecko zaczyna rozróżniać własne działania od jego celu, co umożliwia mu podejmowanie aktywności w sposób bardziej elastyczny i adekwatny wobec środowiska zewnętrznego. Kolejnym etapem rozwoju *self* jest uzyskanie świadomości, że u podłoża zachowań mogą leżeć myśli, uczucia, intencje i potrzeby. Ostatnim poziomem rozwoju jest ukształtowanie *Ja* ciągłego w czasie, obrazu siebie, który jest złożony i wewnętrznie spójny.

Prawidłowo ukształtowana struktura *self* obejmuje złożony, spójny, stały obraz siebie, dobrze rozwiniętą zdolność do identyfikowania, nazywania i rozumienia własnych potrzeb i emocji oraz umiejętność odróżniania rzeczywistości zewnętrznej od własnych przekonań, które stanowią jej reprezentację. Stanowi to podstawę spójnej i stabilnej struktury osobowości oraz odgrywa kluczową rolę w procesie regulacji własnych emocji. Złożony i spójny obraz własnej osoby oraz umiejętność organizowania i rozumienia własnych doświadczeń stanowi podstawę dla poczucia własnej wartości oraz przeżywania siebie jako jednostki odrębnej, niezależnej, wewnątrzsterownej i sprawczej. Relacje społeczne stają się bardziej zrozumiałe i przewidywalne, co prowadzi do wzrostu poczucia bezpieczeństwa w kontaktach interpersonalnych [4]. Badania wykazują, że złożona, spójna i stabilna struktura *self*, związana z wysokim poziomem zdolności do mentalizowania jest istotnym czynnikiem ochronnym powstawania zaburzeń psychicznych. W przeciwnym wypadku stanowi istotny czynnik ryzyka ich rozwoju [5]. Powyższy opis podkreśla znaczenie prawidłowego rozwoju struktury *self*, w tym obrazu własnej osoby oraz mechanizmów regulacyjnych dla sprawnego funkcjonowania psychospołecznego jednostki, zdrowia oraz jakości życia.

Wyniki wielu badań wskazują, że rozwój poznawczo-emocjonalny dziecka nie dokonuje się w próżni, ale osadzone jest ono w kontekście bliskiej relacji z podstawowymi opiekunami – obiektami przywiązania, którymi najczęściej są rodzice [6, 7, 8, 9]. Doświadczenia zdobywane w ramach powtarzających się interakcji z rodzicami wpływają zarówno na to co dziecko myśli o sobie, innych ludziach oraz relacjach z innymi, jak również na to w jaki sposób opracowuje te treści oraz jak interpretuje nowe doświadczenia [10]. Bliskie relacje z innymi ludźmi stanowią źródło doświadczeń, na podstawie których dziecko zdobywa informacje o sobie, innych oraz otaczającym świecie. Na tym jednak wpływ jakości relacji z opiekunami nie kończy się. Psychologowie badający

rodzącą się samoświadomość dziecka podkreślają, że inni ludzie – ich zachowania, reakcje i opinie stanowią tzw. *lustro społeczne*, w którym dziecko przegląda się i na tej podstawie buduje obraz siebie [11]. Kluczowym elementem jest to, jak dziecko jest postrzegane przez inne osoby. Dobrym przykładem związku między tym, jak rodzic postrzega swoje dziecko a zachowaniem rodzica i funkcjonowaniem dziecka są wyniki badań Kasari i Sigman [12]. Rodzice dzieci autystycznych, którzy opisywali swoje dziecko jako „trudniejsze” przejawiali mniejsze zaangażowanie podczas zabawy z dzieckiem. Dzieci opisywane jako „trudniejsze” wykazywały również mniejszą responsywność w trakcie interakcji z osobą badającą. Obserwowane zależności można wyjaśniać w odniesieniu do tzw. *efektu Pigmaliona*, który wyjaśnia zaistnienie pewnych zachowań u danej osoby jako wywołanych przez działania innych osób, wynikających z wcześniejszych przekonań i oczekiwań co do efektu [13].

Winnicott [14] pisał, że obraz siebie u dziecka rozwija się w oparciu o to, jak je postrzega i przeżywa jego matka. Dziecko „przeogląda się w umyśle matki niczym w lustrze” oraz internalizuje, czyli przyjmuje za swój, obraz, który w nim odnajdzie. Podobną perspektywę przyjmuje Fonagy [3, 15, 16], który podkreśla, że prawidłowy rozwój *self* dziecka zależy od tego czy jego matka postrzega je jako podmiot posiadający własny, złożony świat przeżyć wewnętrznych, oraz uznaje, że jest on odrębny od świata jej własnych uczuć i myśli. Konstruowanie obrazu własnej osoby przebiega w oparciu o proces mentalizacji, czyli organizowania doświadczenia społecznego i nadawania mu sensu w odniesieniu do stanów umysłowych, takich jak uczucia, myśli, intencje, plany, potrzeby, itp. Dziecko stopniowo uczy się porządkować swoje doświadczenie na poziomie symbolicznym, przez nadawanie odpowiednich nazw obserwacjom, wrażeniom i przeżyciom. Początkowo, kiedy jego zdolności do organizacji i regulacji doświadczenia są bardzo słabe, zadanie to spełniane jest przez opiekuna. Wrażliwy rodzic łatwo dostrzega i prawidłowo rozpoznaje uczucia swojego dziecka, reaguje na nie próbą ich regulacji (wzmacnianie, kiedy są to doświadczenia przyjemne i osłabianie lub skracanie w przypadku doświadczeń nieprzyjemnych), *odzwierciedla* stan emocjonalny dziecka przez ekspresję mimiczną i wokalizację oraz nazywa, czyli przenosi proces opracowywania emocji na poziom symboliczny. Dziecko stopniowo internalizuje rodzicielską funkcję regulacyjną, w wyniku czego kształtuje się jego *self* – sprawcze, podmiotowe *I*. Umiejętność rozpoznawania co czuje i co myśli staje się również podstawą do gromadzenia wiedzy o sobie – jakie jest, czyli kształtowania się drugiego aspektu *self* – kategoryjnego *me*. Warunkami niezbędnymi do budowa-

nia struktury *self* dziecka są poczucie bezpieczeństwa w relacji z opiekunem oraz adekwatny i złożony obraz dziecka konstruowany w umyśle opiekuna.

### **Reprezentacja dziecka w umyśle rodzica – czynniki wpływające na jej konstruowanie**

Wyżej opisane konceptualizacje wskazują znaczenie jakości reprezentacji dziecka w umyśle jego opiekuna dla rozwoju *self* dziecka. Obraz dziecka kształtuje się pod wpływem czynników, które są związane z charakterystyką zarówno rodzica, jak i dziecka. Wielość i złożoność zmiennych jest tak duża, że trudno byłoby opisać je w sposób pełny i dogłębny [17]. W niniejszej pracy zostały wybrane dwa czynniki, które wydają się mieć duże znaczenie dla kształtowania reprezentacji dziecka w umyśle rodzica: zdolność rodzica do mentalizowania oraz zachowania dziecka wynikające z zaburzeń rozwoju.

Mentalizowanie definiowane jest jako umiejętność nadawania znaczenia działaniom własnym i innych osób przez odnoszenie się do intencjonalnych stanów umysłowych, czyli rozumienie ich w kategoriach myśli, przekonań, uczuć, pragnień, itp. [15]. Innymi słowy, jest zdolnością do opracowywania emocji oraz organizacji własnego doświadczenia na poziomie symbolicznym. W kontekście relacji rodzic-dziecko pojęcie to służy do opisu umiejętności poddawania refleksji wewnętrznych przeżyć swojego dziecka [3]. Slade [18], wyjaśniając pojęcie mentalizacji z perspektywy psychoanalitycznej, wskazuje na podwójność opisywanej zdolności. Z jednej strony obejmuje ona procesy poznawcze, zbliżone do wglądu lub przyjmowania perspektywy, z drugiej strony obejmuje procesy emocjonalne, czyli zdolność do utrzymywania, regulowania i pełnego doświadczenia emocji swoich i innych ludzi, w taki sposób, który nie byłby przytłaczający lub nie prowadziłby do wycofania się.

Dobrze rozwinięta zdolność do mentalizowania jest niezbędnym czynnikiem kształtującym adekwatny i złożony obraz dziecka. Przeżywane jest ono jako jednostka odrębna i autonomiczna, podmiot własnych działań, który posiada złożony świat przeżyć wewnętrznych. Dobrze rozwinięta zdolność do mentalizowania jest czynnikiem umożliwiającym uznanie, że świat przeżyć wewnętrznych dziecka jest odrębny od przekonań, potrzeb i emocji przeżywanych przez rodzica. Rodzic, który przyjmuje postawę refleksyjną potrafi adekwatnie rozpoznać uczucia i potrzeby doświadczone przez swoje dziecko, uznać, czyli przyjąć ich istnienie bez lęku i próby ich negowania, odzwierciedlić i trafnie nazwać doświadczenia wewnętrzne dziecka [3]. Można opisać to w sposób bardziej obrazowy – zdolność rodzica do mentalizowania decyduje o jakości lustra, w którym dziecko przegląda się próbując określić kim jest i jakie jest.

Innym bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na kształtowanie się obrazu dziecka w umyśle jego rodzica jest charakterystyka dziecka. Dix [19] wskazuje, że niektóre dzieci mają takie cechy, które sprawiają, że ich rodzice są bardziej skłonni przeżywać uczucia pozytywne lub negatywne wobec nich. Sharp [20], powołując się na przełomowe prace Thomasa i Chess, pisze o wpływie temperamentu dziecka na zachowania rodziców względem niego. Wydaje się zrozumiałe, że temperament dziecka może wchodzić w interakcję ze zdolnością rodzica do poddawania refleksji zachowań swoich i dziecka w kontekście bliskiej, uczuciowej relacji, a wynik tej interakcji w sposób znaczący wpływa na charakter więzi oraz wzajemne postrzeganie się obu stron [20]. Pisula [17] pisze, że charakterystyka dziecka (dotycząca między innymi jego temperamentu, zaburzeń rozwoju czy nasilenia trudnych zachowań) ma znaczący wpływ na poziom stresu doświadczanego przez matkę. Stres ten wpływa następnie na to, jak postrzega ona swoje dziecko, jakie ma wobec niego oczekiwania i jak się zachowuje w relacji z nim. Zachowania matki wobec dziecka warunkują to, jakie doświadczenia dziecko wyniesie z tej relacji i jaką rolę odegrają one w kształtowaniu się jego psychiki. Należy podkreślić, że doświadczenia wyniesione z relacji z obiektem przywiązania mają szczególne znaczenie w kształtowaniu się psychiki, w tym obrazu siebie dziecka.

Podobną perspektywę przyjmują teoretycy uczenia się poznawczo-społecznego. Podkreślają, że dziecko ma duży wpływ na przebieg procesu socjalizacji, przez wpływ na postawy i zachowania opiekunów. Rodzice przyjmują początkowo rolę bardziej aktywnej, a przez dopasowanie swoich zachowań do możliwości i potrzeb dziecka biorą odpowiedzialność za regulację emocjonalną w tworzonej diadzie. Podobny opis relacji o charakterze transakcyjnym, w których zachowania obu stron wpływają na siebie wzajemnie, można odnaleźć w systemowych koncepcjach funkcjonowania rodziny [21].

### **Czynniki zniekształcające reprezentację dziecka związane z niską zdolnością rodziców do mentalizowania oraz zaburzeniami rozwoju dziecka**

Pierwszą kategorią czynników, które mogą zniekształcać reprezentację dziecka w umyśle jego rodziców są czynniki związane z niską zdolnością rodziców do mentalizowania doświadczeń własnych i swojego dziecka. Obejmuje to zarówno zupełne unikanie rozumienia zachowań swoich i innych ludzi w odniesieniu do kategorii stanów umysłowych (myśli, przekonania, plany, intencje, uczucia i potrzeby), jak i niechętnie czy wrogie nastawienie względem refleksyjnego opracowywania doświadczenia. Innym czynnikiem zakłócającym

konstruowanie adekwatnego obrazu swojego dziecka w umyśle jest zniekształcone mentalizowanie. Pierwszym rodzajem zniekształceń jest brak wyraźnego zaznaczenia, że odzwierciedlana przez rodzica emocja nie jest tym, co on sam czuje, a raczej odbiciem stanu emocjonalnego dziecka. W konsekwencji dziecko nie odczytuje ekspresji mimicznej rodzica, wokalizacji i jego zachowania jako odbicia swoich własnych emocji, ale jako wyraz stanu emocjonalnego rodzica. Dziecko nie otrzymuje więc od rodzica informacji zwrotnej o swoim własnym stanie emocjonalnym i jeśli taki wzór interakcji powtarza się, może mieć to znaczący wpływ na kształtowanie się obrazu siebie i zdolności do samokontroli u dziecka. Dziecko może zacząć doświadczać samo siebie jako „emocjonalnie puste”, co znacząco zubaża obraz własnej osoby oraz możliwości jego konstruowania. Inny rodzaj zniekształcenia to nieadekwatne odczytywanie emocji przeżywanych przez dziecko. Przykładowo, jeśli matka ma trudność w opracowywaniu własnego uczucia złości, może ekspresję złości u dziecka interpretować jako przejaw smutku. W konsekwencji, dziecko otrzymuje od matki zniekształconą reprezentację tego co w danym momencie czuje, co w znacznym stopniu może wpływać na jego zdolność określania tego jakie jest i kim jest [3].

Druga kategoria czynników zniekształcających obraz dziecka w umyśle rodzica – charakterystyka dziecka zostanie opisana na przykładzie doświadczeń dzieci cierpiących na całościowe zaburzenia rozwoju i ich rodziców. W pierwszej części artykułu opisane zostało znaczenie postrzegania dziecka jako intencjonalnego podmiotu, sprawczego, kierującego swoim zachowaniem w oparciu o złożony świat przeżyć intrapsychicznych. Należy jednak zastanowić się czy ukształtowanie się takiej reprezentacji dziecka w umyśle rodzica jest możliwe w przypadku, kiedy dziecko zachowuje się w sposób sprzeczny z takim obrazem. Dzieci chorujące na całościowe zaburzenia rozwoju ze spektrum autyzmu mają znaczne trudności z tzw. *teorią umysłu*, czyli rozumieniem zachowania swojego i innych ludzi w odniesieniu do stanów umysłowych [22]. Ich zachowanie, wskazujące na pomijanie uczuć swoich i innych ludzi jako ważnego aspektu rzeczywistości, może stanowić źródło trudnych dla rodzica przeżyć oraz nie pozostawać bez wpływu na reprezentację, jaka tworzy się w umyśle rodzica [17]. Dzieci cierpiące na całościowe zaburzenia rozwoju ze spektrum autyzmu cechują się znacznie obniżoną responsywnością, przejawiającą się brakiem lub zmniejszoną częstotliwością nawiązywania kontaktu wzrokowego, patrzeniem w przestrzeń w trakcie wspólnej interakcji lub tzw. *omiatanie twarzy rozmówcy*. Dziecko ma trudność w uwzględnieniu intencji, celów i emocji partnera interakcji i w konsekwencji

zachowuje się tak, jakby negowało ich istnienie. Charakterystyczne jest unikanie rozmów na temat uczuć, relacji, tendencja do dewaluowania wspólnie spędzającego czasu, odrzucanie prób pogłębiania relacji oraz deklarowany brak przyjemności w związku ze wspólnym spędzaniem czasu. Wyraźna jest skłonność do pozostawania samemu, preferowanie samotności, odrzucenie współdziałania i dzielenia aktywności z innymi. Inną typową dla autyzmu cechą jest brak wzajemności, niechęć do współdzielenia uwagi i podejmowanych działań, angażowania się we wspólne zainteresowania, dzielenia się radością [23]. Takie zachowania mogą utrudniać proces kształtowania się reprezentacji dziecka w umyśle rodzica jako podmiotu kierującego się własnymi uczuciami, potrzebami i intencjami, podmiotu autonomicznego i sprawczego. Wydaje się to spójne z wynikami badań Pisuli [17], z których wynika, że matki dzieci autystycznych podejmują więcej zachowań kontrolujących i dyrektywnych w trakcie interakcji ze swoimi dziećmi niż matki dzieci z zespołem Downa oraz dzieci w normie rozwojowej.

Dwa wyżej opisane czynniki zniekształcające reprezentację dziecka w umyśle jego rodzica zostały rozdzielone wyłącznie w celu otrzymania większej przejrzystości analizy. W rzeczywistości jednak wydaje się, że są ze sobą ściśle związane oraz wzajemnie na siebie oddziałują. Sharp [20] podkreśla, że podstawą procesu mentalizacji jest obopólne dążenie do „spotkania się dwóch umysłów” (ang. *meeting of minds*), gotowość do współdzielenia uwagi, emocji i rozumienia doświadczanych czy obserwowanych zdarzeń. Tomasello [24] pisze, że warunkiem koniecznym jest nie tylko zdolność, ale i motywacja do współdzielenia z drugą osobą doświadczanych przez siebie emocji. W przypadku interakcji dzieci autystycznych i ich rodziców spełnienie tego warunku wydaje się utrudnione. Pisula [17] wskazuje na duże obciążenie matki w zakresie dostosowania swojego zachowania do sztywnego i trudnego do zmiany zachowania jej partnera w interakcji – dziecka. Wyniki jej badań wskazują, że matki dzieci autystycznych cechują się dużą wrażliwością i responsywnością w relacji ze swoimi dziećmi, ale jednocześnie doświadczają znacznie wyższego poziomu stresu oraz ryzyka depresji niż matki dzieci z zespołem Downa i w normie rozwojowej.

## Wnioski

Otwartość rodzica na przeżycia dziecka, uważność w codziennych interakcjach z nim oraz gotowość do uznania, że jest ono odrębnym podmiotem, posiadającym swój własny świat przeżyć wewnętrznych stanowi podstawę dla prawidłowego rozwoju osobowości dziecka. Ponadto, stanowi czynnik ochronny występowania



trudności społecznych, emocjonalnych, poznawczych w dalszych etapach jego rozwoju. Znaczenie omawianych zależności powinno mieć odzwierciedlenie na płaszczyźnie społecznej, co wyrażałoby się w rozwoju programów edukacyjnych oraz sieci profesjonalnego wsparcia dla rodziców. Zakłada to większą dostępność usług specjalistów, którzy wspierają prawidłowy rozwój relacji emocjonalnej między rodzicem i dzieckiem. Jest to szczególnie ważne w przypadku rodzin z dziećmi cierpiącymi na zaburzenia rozwoju, głębokie zaburzenia emocjonalne lub zachowania. Potrzebne są dalsze badania naukowe podejmujące omawianą problematykę, których celem byłaby dalsza analiza i wyjaśnianie opisywanych zależności. Kluczowy jest taki rozwój świadomości społecznej oraz zmiana praktyk w zakresie relacji rodzic-dziecko, w którym akcentowane będzie znaczenie atmosfery emocjonalnej rozwoju dziecka dla jego funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego, społecznego, a w dalszej kolejności szkolnego i zawodowego.

#### Piśmiennictwo

1. Akhtar S. Comprehensive Dictionary of Psychoanalysis. Londyn Karnac Books; 2009.
2. James W. Principles of psychology. New York Henry Holt; 1890.
3. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. Londyn Karnac; 2002.
4. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. Mentalizing in Clinical Practice. Waszyngton: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2008.
5. Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Matton G, Target M, Gerber A. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol.* 1996; 64(1): 22–31.
6. Dunn J, Brown J, Beardsall L. Family talk about feeling states and children's later understanding of other's emotions. *Develop Psychol.* 1991; 27: 448–455.
7. Dunn J, Brown J, Slomkowski C, Telsa C, Youngblade L. Young children's understanding of other people's feelings and beliefs: Individual differences and their antecedents. *Child Develop.* 1991; 62: 1352–1366.
8. Perner J, Ruffman T, Leekam SR. Theory of mind is contagious: You catch it from your sibs. *Child Develop.* 1994; 65: 1228–1238.
9. Dunn J. The beginnings of social understanding. Londyn: Blackwell Publishing; 1988.
10. Main M. Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment: Findings and directions for future research, W: Attachment across the life cycle, Parkes MC, Stevenson-Hinde JC, Marris P (red.). Londyn: Tavistock-Routledge; 1991. 127–159.
11. Kiejar-Turska M, Biłatecka-Pikul M. Wczesne dzieciństwo. W: Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka, Harwas-Napierała B, Trempała J (red.). Warszawa: PWN; 2008. 47–82.
12. Kasari C, Sigman M. Linking Parental Perceptions to Interactions in Young Children with Autism. *J Autism Dev Disord.* 1997; 27(1): 39–57.
13. Rosenthal R, Jacobson L. Pygmalion in the classroom. Winston, New York, Holt, Rinehart; 1968.
14. Winnicott DW. The theory of the parent-infant relationship. W: The Maturation Processes and the Facilitating Environment, International Universities Press. Nowy Jork; 1965. 37–55.
15. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry.* 2010; 9: 11–15.
16. Target M, Fonagy P. Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Dev Psychopathol.* 1997; 9: 679–700.
17. Pisula E. Autyzm i przywiązanie. Studia nad interakcjami dzieci z autyzmem i ich matek. Gdańsk: GWP; 2003.
18. Slade A. Parental reflective functioning: An introduction. *Attach. Human Develop.* 2005; 7: 269–281.
19. Dix T. The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes *Psychol. Bull.* 1991; 110: 3–25.
20. Sharp C, Fonagy P. The Parent's Capacity to Treat the Child as a Psychological Agent: Constructs, Measures and Implications for Developmental Psychopathology. Oxford Blackwell Publishing; 2008.
21. Minuchin S, Baker L, Rosman B, Liebman R, Milman L, Todd T. A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy. *Arch Gen Psychiatry.* 1975; 32: 1031–1038.
22. Baron-Cohen S, Tager-Flusberg H, Cohen, DJ. Understanding other minds: Perspectives from autism. Oxford, Oxford University Press; 1993.
23. Attwood T. Zespół Aspergera. Kompletny przewodnik. Gdańsk: Harmonia Universals; 2013.
24. Tomasello M, Carpenter M, Call J, Behne T, Moll H. Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition. *Behav Brain Sci.* 2005; 28: 675–691.

Praca przyjęta do redakcji: 27.06.2014

Praca przyjęta do druku: 18.10.2014

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.  
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

#### Adres do korespondencji:

Karolina Dejko  
ul. Bandurskiego 66/10  
31-515 Kraków  
tel: 609 356 584  
e-mail: karolina.dejko@gmail.com  
Katedra Psychiatrii Collegium Medicum  
Uniwersytet Jagielloński

# NOSZENIE DZIECKA W CHUŚCIE PODSTAWĄ PSYCHORUCHOWEJ STYMULACJI ROZWOJU

## *CARRYING A CHILD IN WRAP AS A FOUNDATION OF PSYCHO-KINESTHETIC STIMULATION IN DEVELOPMENT*

Marta Polowczyk-Michalska, Ewa Mojs

Zakład Psychologii Klinicznej  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### STRESZCZENIE

Noszenie dziecka w chuście, blisko przy ciele matki, jest coraz bardziej popularnym rodzajem sprawowania opieki nad maluchem, jednym z podstawowych filarów wychowywania w duchu rodzicielstwa bliskości.

Celem pracy jest przedstawienie pozytywnych aspektów płynących z tego sposobu sprawowania opieki nad dzieckiem.

Praca zawiera aktualny stan wiedzy na temat noszenia dziecka w chuście jako podstawy jego rozwoju psychoruchowego. Noszenie niemowlęcia jest ewolucyjnie uwarunkowaną tradycją, liczącą około 4–6 milionów lat. Jest to naturalny sposób na zaspokojenie emocjonalnych potrzeb maleństwa, jak również na towarzyszenie mu w poznawaniu i doświadczaniu otaczającego świata. Bliski kontakt z dzieckiem zapewnia mu harmonijny rozwój fizyczny, emocjonalny, a także kształtuje jego kompetencje społeczne. Poczucie bezpieczeństwa, ciepło, troska i miłość jaką dziecko uzyskuje przez bliski kontakt z rodzicem sprzyja budowaniu prawidłowej więzi emocjonalnej, choć noszenie nie daje gwarancji powstania bezpiecznego przywiązania, ponieważ na jego tworzenie wpływa wiele przeróżnych czynników, to stanowi podstawy do tworzenia prawidłowej nici porozumienia niemowlęcia z opiekunem.

Noszenie dziecka w chuście daje radość z życia zarówno rodzicowi, jak i maluchowi. Bliski kontakt dzięki zastąpieniu wózka chustą zapewnia niemowlakowi odpowiednią ilość pozytywnych uczuć, co umożliwi lepszy start w dorosłe, pełne wyzwań życie.

**SŁOWA KLUCZOWE:** noszenie w chuście, rodzicielstwo, rozwój psychoruchowy.

### ABSTRACT

Carrying a child in the wrap (slings), close to its mother body has proved to be very popular method of taking care of a baby, a crucial part of raising children in close parenthood.

The aim of this essay is to introduce positive aspects of rearing a child in a way that described in this diddertation.

Thesis include up to date information considering topic of carrying child in a wrapper as a base of its psycho-kinesthetic development. Carrying a child is 4–6 million years old tradition. It is known as a natural way of satisfying infant's emotional needs, as well as experiencing surrounding us world. Close contact with own child is supporting infant harmonious physical development, emotional and also social development. Sense of safety, care and love that child is receiving due to closeness to its parent is a important part of building a positive emotional relationship. But carrying a child is not a guaranty in a complicated process of formulating positive affection, as there are several other factors.

Carrying a child in the wrap brings joy of life for child as well as a parent. Close contact that is possible when we replace a push chair with a wrap provide children with positive emotions, this enable an easy entry to challenging adulthood.

**KEYWORDS:** carrying in a wrap, parenting, psycho-kinesthetic development.

## Wprowadzenie

Noszenie dziecka w chuście to jeden z filarów rodzicielstwa bliskości, sposób na troskliwą, pełną miłości i szacunku dla małego człowieka opiekę, umożliwiającą szybką i adekwatną reakcję na wysyłane przez malucha sygnały. Jest to pewnego rodzaju odpowiedź na potrzeby zarówno dziecka, jak i matki. Sposób na radosne, szczęśliwe rodzicielstwo, umożliwienie małemu człowiekowi pełnej i niczym neutrudnionej eksploracji otoczenia, pozostając w ciągłej bliskości z rodzicem

to także droga do budowania prawidłowej, bezpiecznej więzi między niemowlęciem a opiekunem. Celem pracy jest przedstawienie aktualnego stanu wiedzy na temat korzyści dla prawidłowego rozwoju dziecka, wynikających z noszenia w chuście jako jednego ze sposobów sprawowania wczesnej opieki.

### Opis stanu wiedzy

#### Ewolucyjnie uwarunkowana – tradycja

Noszenie dziecka przy swoim ciele przez matki to ewolucyjnie uwarunkowana tradycja liczącą około 4–6 mi-

lionów lat. Koczowniczy tryb życia wymuszał niejako na matce konieczność noszenia dziecka przy sobie. Pozostawienie go bez opieki było sytuacją zagrażającą jego życiu, gdyż rozłąka z opiekunem i przynależną grupą wiązała się z możliwością stania się łupem drapieżników [1, 2].

Biologia behawioralna umieszcza człowieka w grupie noszących aktywnych. Aktywne „noszeniaki” potrafią jednak samodzielnie trzymać się matki. Brak futra, którego mogłoby ucześcić się niemowle przyczyniło się do wyprostowania postawy matki i uwolnienia jej kończyn górnych, w celu umożliwienia trzymania potomka przy sobie. Niemowlę choć słabe i mniej przygotowane do przemieszczania się z matką, nie pozostało jednak całkowicie bierno. Po ewolucyjnych przodkach niemowlęta odziedziczyły różne cechy etologiczne, anatomiczne i fizjologiczne, takie jak odruch chwytny dłoni, stóp, pozycję żabki czy naturalną profilaktykę dysplazji stawów biodrowych, kończąc na potrzebach emocjonalnych, co jest niezbitym dowodem osiągnięć przystosowawczych [1, 3, 4].

Zdaniem wielu antropologów nosidło dla dzieci było pierwszym skonstruowanym przez ludzi narzędziem, które umożliwiało matce ciągłe noszenie dziecka przy sobie, a dziecku dawało poczucie bezpieczeństwa poprzez możliwość bycia w ciągłej bliskości z matką. To jakby przedłużenie jej ciała, które pomagało przetrwać pierwsze miesiące życia maleństwu, a także swoisty pomost pomiędzy bezradnym noworodkiem a samodzielnym, mobilnym kilkulatkiem. Nosidło nazywane jest często źródłem cywilizacji, gdyż pozwoliło ono niemowlęciu na szybki kontakt z językiem i kulturą grupy, której stawało się członkiem [3, 5].

### Rys historyczny

Zagłębiając się w historię kultury zachodniej, z przykrością można stwierdzić, iż noszenie dzieci jest sztuką, która zanikła bardzo dawno. Śledząc literaturę i przyglądając się choćby dziełom sztuki, napotkać możemy jedynie obrazy przedstawiające dzieci w kołyskach czy też trzymane na rękach, bądź wkładane do koszyków w celu przeniesienia ich z jednego miejsca w inne. Najbardziej jednak znamieny jest dla nas widok angielskiego wózka gębokiego, który swoją karierę rozpoczyna pod koniec XIX wieku. Z tym okresem wiąże się również zmiana sposobu wychowywania: niewskazany był bliski kontakt emocjonalny matki z dzieckiem, czyli noszenie na rękach, wspólne spanie, reagowanie na płacz, który nie był wynikiem głodu, choroby czy dyskomfortu z powodu mokrej pieluchy, a koniecznością zaspokojenia potrzeb emocjonalnych dziecka. Wiek XX to ciągły triumf wózka dziecinnego aż do lat siedemdziesiątych, wtedy modny staje się powrót

do natury, a na rynek wkraczają lekkie spacerówki i nosidła. Obecnie w kulturze zachodniej wybór należy do rodzica, jednak noszenie dzieci staje się coraz bardziej popularne. Tradycja kulturowa trafia do serc coraz szerszej rzeszy matek, które zdały sobie sprawę z tego, iż noszenie dziecka jest czymś dobrym zarówno dla nich samych, jak i ich potomstwa [3, 6].

### Korzyści dla prawidłowego rozwoju dziecka płynące z noszenia w chuście

Noszenie dziecka ma obustronne znaczenie zarówno dla rodzica, jak i samego niemowlaka. Po stronie dziecka zaspokojona zostaje potrzeba stymulacji, bezpieczeństwa i kontaktu, po stronie rodzica zaspokojeniu ulega również potrzeba kontaktu, potrzeba zapewnienia troskliwej opieki, a poprzez to dostrojenie się do dziecka i umiejętne reagowanie na wysyłane przez nie sygnały [5].

Jest to naturalny sposób na zaspokojenie emocjonalnych potrzeb maleństwa, jak i również na towarzyszenie mu w poznawaniu i doświadczaniu otaczającego świata. Niemowlęta noszone w chuście żyją rytmem matki, uczestniczą w życiu codziennym blisko rodzica bez lęku, choć nie w centrum wydarzenia, ale poniekąd w nim uczestnicząc, jednak nie jako przedmiot oglądany i podziwiany w kotysce, a człowiek pozostający w schronieniu opiekuna [7].

Każde dziecko potrzebuje bliskości, ciepła, miłości i wrażliwej opieki. Zaspokajanie tych podstawowych potrzeb powoduje, iż zanika pierwotny lęk, a stopniowo zaczyna się pojawiać poczucie zaufania. Dzięki noszeniu dziecka w chuście zapewniamy mu możliwość ciągłego pozostawania w kontakcie ze światem zewnętrznym; będąc w każdej chwili przy rodzicach, nabiera ono wiary w siebie i dorosłych, którzy się nim opiekują. Nie musi się bać, bo wie że jest bezpieczne [7].

Noszenie w chuście ma działanie uspokajające i wyciszające niemowlę. Jest to wynik przede wszystkim bliskiego kontaktu z matką. Dzieci noszone mniej płaczą, a ich nastrój jest bardziej wyrównany. Dzieje się tak przede wszystkim dzięki szybszej i łatwiejszej dla rodzica reakcji i zaspokojeniu potrzeby dziecka, pozwala także maleństwu na rozładowanie odczuwanego napięcia. Dziecko noszone odbiera także bezpośrednie ruchy i bliskość ciała opiekuna, słyszy głos i szmer oddechu, bicie serca, które jest mu dobrze znane już od czasów życia płodowego, widzi twarz matki z odległości 20–25 cm, co pozwala na obserwację mimiki i jej reakcji w różnych sytuacjach. Dziecko czuje też zapach matki, choć może być on tuszowany przez odzież czy perfumy, szybko jednak uczy się, że ten zapach należy do mamy. Nosząc dziecko zapewniamy mu całą paletę bodźców zmysłowych, stymulujemy jego rozwój, dając

szansę na bardziej przyjazne i efektywne poznawanie świata [1, 3, 6].

Bliski kontakt z dzieckiem poprzez noszenie w chuście czy nosidle miękkim umożliwia niemowlęciu harmonijny rozwój fizyczny, emocjonalny, a także kształtuje jego kompetencje społeczne [7]. Stymulacja dotykowa, jaką gwarantuje noszenie dziecka, zmniejsza przede wszystkim produkcję hormonu stresu, którego wysoki poziom odpowiada za hamowanie pracy jelit, trawienia i wzrostu. Znajduje to szczególny oddźwięk w przypadku kontaktu „skóra do skóry”. Intensywny kontakt fizyczny sprawia, że dzieci są bardziej towarzyskie, mniej płaczą, łatwiej radzą sobie z sytuacjami stresującymi, mają także lepsze umiejętności w zakresie samoregulacji [1, 2, 3].

Noszenie dziecka w chuście, dzięki ruchom osoby noszącej, stymuluje jego jeszcze niedojrzały układ nerwowy, a przede wszystkim system przedsiorkowo-prioproceptywny, czyli zmysł równowagi, przyspieszenia, ale także świadomości własnego ciała. Stymulacja ta usprawnia oddech dziecka, wspomaga wzrost, reguluje jego fizjologię, a także poprawia rozwój motoryczny. Dzieci noszone są także bardziej skłonne do reakcji na stymulację wizualną i dźwiękową. Ciekawe doświadczenie otaczającego świata ma znaczenie dla rozwoju neuronalnego, dzięki temu dochodzi do wzrostu neuronów, ich rozgałęzienia, a także tworzenia się nowych połączeń neuronalnych, to wszystko wpływa na rozwój mózgu małego człowieka. Ma to z kolei ogromne znaczenie w początkowym etapie rozwoju dziecka, ale efekty lub ich brak pod postacią różnych zaburzeń sensorycznych mają swoje odzwierciedlenie w przyszłości pod postacią zaburzeń motoryki, percepcji, a także trudności w nauce i koncentracji uwagi [1, 3, 6, 7].

Bliski kontakt oraz możliwość uczestniczenia w życiu codziennym, dzięki noszeniu dziecka w chuście, zapewnia mu optymalne warunki do rozwoju poznawczego. Do dziecka noszonego częściej się mówi, opisuje widziane obrazy i sytuacje, komentuje zdarzenia, pozostaje się w ciągłej interakcji. Maluch ma także możliwość obserwacji i wsłuchiwania się w rozmowy opiekuna z innymi ludźmi, to wszystko tworzy podstawy do rozwoju mowy. Rozwój emocji dziecka poprzez wsłuchiwanie się w typowe intonacje głosu rodzica związane ze szczęściem, smutkiem, a także frustracją i gniewem, oglądanie z bliska ust osoby mówiącej uczy dziecko naśladowania, a także umożliwia przyswajanie właściwych wzorców artykulacji. Jest to początkiem wypracowywania wczesnych narzędzi komunikacyjnych. Noszenie jest również ważnym aspektem rozwoju społecznego dziecka, które przebywając w bliskim kontakcie z rodzicem, uczestniczy nieustannie w czynnościach życia codziennego ludzi dorosłych. Jest obserwatorem, który po-

przez ciągłą możliwość bezpiecznego doświadczania otaczającego świata ma możliwość rozwoju własnych kompetencji społecznych, stanowi to podstawę i wzór, z którego dziecko z pewnością będzie czerpać w przyszłości, gdy samo zacznie aktywnie włączać się w życie rodziny [4–7].

Noszenie w chuście zapewnia maluchowi poczucie bezpieczeństwa, ciepło, troskę i miłość, a to wszystko sprzyja budowaniu więzi między rodzicem a dzieckiem. To właśnie opiekunowie są pierwszymi nauczycielami małego człowieka – jakość sprawowanej przez nich opieki ma wpływ na sposób oceniania i postrzegania przez niego otaczającego go świata. Rodzice są tymi osobami, które otwierają dziecko na świat swoich uczuć, jak i jego własnych. Zbudowanie udanej, bezpiecznej więzi pomiędzy opiekunem a potomkiem ma istotne znaczenie dla rozwoju każdego człowieka. Dzieci, które ze strony rodzica otrzymują wiele zrozumienia, ciepła i pozytywnych uczuć są mniej agresywne, mniej lękliwe, ale także bardziej odważne i ciekawe świata. Jest to szczególnie ważny aspekt rozwoju, ponieważ jego efekty mają kolosalne znaczenie dla każdego człowieka w przyszłości. To kim jesteśmy, jak postrzegamy rzeczywistość i otaczających nas ludzi, to jak reagujemy na trudne sytuacje jest poniekąd wynikiem tego, jakie wzorce nabyliśmy we wczesnym okresie dzieciństwa. Jeśli dziecko dostaje od opiekuna w pierwszym okresie życia to co najważniejsze dla jego rozwoju emocjonalnego, czyli poczucie bezpieczeństwa, ale także możliwość doświadczania u boku mądrego wrażliwego na potrzeby dziecka rodzica, to rośnie ono w przekonaniu, że świat stoi przed nim otworem, że nie wszyscy ludzie są źli, a uciekanie w skrajność taką jak uzależnienia, przemoc itp. nie jest sposobem na rozwiązywanie problemów. Nie ulega więc wątpliwości, iż noszenie dziecka w chuście sprzyja tworzeniu się przywiązania choć nie jest gwarancją prawidłowej więzi, ponieważ na jej budowę wpływa wiele przeróżnych czynników. Rodzic, pozostając jednak w ciągłym bliskim kontakcie z dzieckiem, może bardzo szybko zareagować na jego potrzeby adekwatnie do zaistniałej sytuacji, to z kolei sprawia, iż opieka staje się mniej problematyczną, co ma istotne znaczenie w tworzeniu prawidłowej nici porozumienia niemowlęcia z opiekunem [1, 2, 3, 8].

## Podsumowanie

Coraz bardziej popularne „chustosenie” daje radość z życia zarówno dziecku, jak i rodzicowi. Spacer, robienie zakupów czy poruszanie się środkami komunikacji miejskiej z niemowlakiem przestają być udręką pod postacią ciągłego przedzierania się z wózkiem między ludźmi, pokonywania dużych krawężników czy z trudem mieszcząc się w zatłoczonym autobusie. Ogólne za-

dowolenie wpływa na właściwą regulację stanów emocjonalnych, jak i potrzeb fizjologicznych niemowlęcia, co jest korzystne dla jego rozwoju. Nie traci ono energii na płacz z powodu braku kontaktu fizycznego z rodzicem czy zbyt długiego oczekiwania na pierś matki, jest za to bardziej spokojne, dzięki czemu może przyglądać się i stopniowo poznawać otaczającą go rzeczywistość. Noszenie dziecka w chuście zapewnia mu wielozmysłową stymulację, dostarcza całą gamę bodźców niezbędnych do prawidłowego rozwoju. Bliski kontakt, dzięki zastąpieniu wózka chustą, zapewnia niemowlakowi odpowiednio dużą ilość pozytywnych uczuć, co umożliwia lepszy start w dorosłe, pełne wyzwań życie.

#### **Piśmiennictwo**

1. Kirkilionis E. Dobrze nosić. Warszawa: Mamania; 2013. 14–89.
2. Kirkilionis E. Więż daje siłę. Warszawa: Mamania; 2011. 25–54.
3. Didierjean-Jouveau C. Nosimy nasze dziecko. Warszawa: Mamania; 2010. 17–52.
4. Minge N, Minge K. Rodzicielstwo bliskości. Warszawa: Samo Sedno; 2013. 130–137.
5. Staein A. Dziecko z bliska. Warszawa: Mamania; 2012. 55–92.
6. Sears W, Sears M. Księga rodzicielstwa bliskości. Warszawa: Mamania; 2013. 81–99.
7. Sendor M. Noś swoje dziecko. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia; 2008. 11–49.
8. Liedloff J. W głębi kontinuum. Warszawa: Mamania; 2010. 49–97.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.06.2014

Artykuł przyjęty do publikacji: 15.09.2014

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

#### **Adres do korespondencji:**

Marta Polowczyk-Michańska

ul. Kwiatkowskiego 5/5

62-500 Konin

tel. 691 592 299

e-mail: [marta.polowczyk@gmail.com](mailto:marta.polowczyk@gmail.com)

Zakład Psychologii Klinicznej

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



# GROŹBA W STOSUNKU DO OSÓB NAJBLIŻSZYCH – PRZYCZYNY PSYCHOLOGICZNE I SKUTKI PRAWNE W POLSKIM PRAWIE CYWILNYM

## THREATENING A MEMBER OF THE FAMILY – PSYCHOLOGICAL CAUSES AND LEGAL EFFECTS IN POLISH CIVIL LAW

Aleksandra Wojciechowska

Katedra Prawa Rzymskiego i Historii Prawa Sądowego Wydziału Prawa i Administracji  
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
Studia doktoranckie

### STRESZCZENIE

Prezentowana praca ogranicza się do wybranych zagadnień prawa spadkowego i prawa umów w kwestii wady oświadczenia woli, jaką jest groźba. Celem niniejszej pracy jest zbadanie przyczyn oraz skutków prawnych groźby skierowanej do osób najbliższych. Zakres badań obejmuje wybrane przypadki groźby w prawie spadkowym oraz prawie umów. Przedstawione zostały zarówno cechy konstytutywne samej groźby, jak i krąg osób najbliższych, a więc osób zagrożonych. Odróżniono także groźbę od posłuchu dla autorytetu. Następnie zakreślono przyczyny zachowania osoby grożącej oraz wskazano skutki jej zachowania dla prawa cywilnego. Zastosowano następujące metody badawcze: metodę semiotyczną oraz socjologiczno-psychologiczną. Na podstawie przeprowadzonych badań nasuwa się wniosek, iż groźba w celu uzyskania określonego oświadczenia woli od zagrożonego jest zjawiskiem coraz bardziej powszechnym nie tylko w stosunku do osób nieznanymi czy niespokrewnionymi, ale także w stosunku do osób najbliższych.

**SŁOWA KLUCZOWE:** groźba, obawa, autorytet, prawo cywilne, osoby najbliższe.

### ABSTRACT

The aim of this article is to examine the reasons which make an individual threaten other members of the family and the legal effects of such threat. The scope of examination includes selected types of threat in the law of succession and in contract law. The characteristics of threat have been identified and the family members at greatest risk, i.e. the immediate family members have been specified. The following research methods have been used: semiotics, sociological and psychological. The results of the examination lead to the conclusion that it has been increasingly common nowadays to use threat as a means to obtain a certain declaration of will from the next of kin.

**KEYWORDS:** threat, fear, authority, contract law, next of kin.

### Wprowadzenie

Groźba jest wadą oświadczenia woli uregulowaną w art. 87 Kodeksu Cywilnego, który brzmi następująco: „Kto złożył oświadczenie woli pod wpływem bezprawnej groźby drugiej strony lub osoby trzeciej, ten też może uchylić się od skutków prawnych swego oświadczenia, jeżeli z okoliczności wynika, że mógł się obawiać, iż jemu samemu lub innej osobie grozi poważne niebezpieczeństwo osobiste lub majątkowe”.

Biorąc za podstawę rozważań powyższy przepis należy stwierdzić, iż na groźbę składają się dwa elementy – zewnętrzny oraz wewnętrzny. Element zewnętrzny dotyczy zachowania osoby grożącej, która powoduje u zagrożonego pewien stan niepewności, lęku w celu wymuszenia oświadczenia woli danej tre-

ści. Element wewnętrzny natomiast dotyczy odczuć osoby zagrożonej – pojawia się u niej obawa czy też strach przed poniesieniem uszczerbku zarówno osobistego, jak i majątkowego. Pomiędzy zachowaniem osoby grożącej a powstaniem odczucia obawy u zagrożonego musi istnieć adekwatny związek przyczynowy. Bez danego zachowania stan obawy nie powstałby [1].

Groźba zdefiniowana w art. 87 Kodeksu Cywilnego musi spełniać określone przesłanki: musi być poważna, bezprawna i obiektywna. Groźba poważna oznacza taką sytuację, w której każdy dorosły, zdrowy człowiek poczułby obawę, lęk przed spełnieniem pogroźek. Groźba bezprawna przejawia się w takim działaniu grożącego, które jest niezgodne z prawem albo z zasadami współżycia społecznego. Groźba musi mieć także cha-

rakter obiektywny, a więc musi być realna, możliwa do spełnienia i zależna od woli osoby grożącej. Subiektywne odczucie osoby zagrożonej nie decyduje o tym, czy jest w stanie zagrożenia, lecz decydują o tym okoliczności faktyczne, obiektywne danej sytuacji. Badanie, czy obawa w danej sytuacji faktycznie mogła mieć miejsce należy do sądu. Sąd musi odnieść się do wszystkich okoliczności sprawy, w tym rozważyć wiek, płeć osoby zagrożonej, a także stopień jej związania z osobą grożącą [2].

Ze względu na specyfikę groźby nie można pominąć związku prawa cywilnego z prawem karnym w sytuacji, gdy groźba wypełnia znamiona przestępstwa określone w art. 190 Kodeksu Karnego [3] w związku z art. 115 § 11 Kodeksu Karnego [4]. W doktrynie prawa cywilnego rozróżniana jest groźba ze względu na bezprawność środka i bezprawność celu groźby. Pierwsza występuje wówczas, gdy grozi się środkami, do użycia których nie miało się prawa, druga natomiast, gdy grożącemu służyło wprawdzie prawo, jednakże przyznane mu było w innym celu niż ten, w jakim z niego skorzystał (np. groźba doniesienia o popełnieniu przestępstwa przez zagrożonego w celu zmuszenia go do złożenia oświadczenia woli określonej treści). Również w judykaturze przyjęto takie rozróżnienie, stwierdzając, że przez bezprawność groźby należy rozumieć przede wszystkim zachowanie się sprzeczne z prawem (ustawą lub zasadami współżycia społecznego), ale także zachowanie formalnie zgodne z prawem, które jednakże zmierza do wymuszenia złożenia oświadczenia woli [5].

Groźba bezprawna ze względu na środek może wiązać się z odpowiedzialnością karną. Bez wątplenia wyrok sądu karnego stwierdzający, iż osoba grożąca jest winna zarzucanego jej czynu z art. 190 Kodeksu Karnego będzie dowodem w sprawie cywilnej o skuteczność uchylecia się od skutków prawnych oświadczenia woli, np. w przypadku zawarcia umowy pożyczki pod wpływem groźby.

### **Groźba a autorytet**

Groźbę występującą w art. 87 Kodeksu Cywilnego należy bezwzględnie odróżnić od autorytetu, jaki ma osoba najbliższa w stosunku do osoby składającej oświadczenie woli [6]. W przypadku, gdy osoba składająca oświadczenie woli kieruje się „podpowiedzią” autorytetu nie można mówić, co do zasady, o spełnieniu przesłanek pozytywnych groźby. W tym wypadku bardziej prawidłowe byłoby użycie terminu porada, która ze względu na osobę doradcy ma podstawowe znaczenie dla składającego oświadczenie woli (tzw. timor reverentialis przejawiający się w naturalnym respekcie i podziwie, który dana osoba czuje w stosunku do innej osoby). Niektórzy ludzie, znajdujący się w sytuacji nowej,

a jednocześnie dla nich trudnej, polegają na sygnałach uzyskanych od innych osób, co do odpowiedniego i poprawnego sposobu zachowania. Sugestia danego zachowania może stać się dla nich tym bardziej „wiążąca”, gdy osoba sugerująca jest dla nich osobą ważną, wiarygodną i posiadającą w ich oczach autorytet. Liczne badania psychologiczne [7] dowodzą, iż osoby znajdujące się pod wpływem autorytetu nie orientują się, w jaki sposób mogą odmówić posłuszeństwa. Związane jest to z dzieciństwem, kiedy dzieci uczą się posłuszeństwa w stosunku do osób dla nich ważnych, takich jak rodzice, nauczyciele – osób, którym nie można odmówić.

Z inną sytuacją mamy do czynienia w przypadku groźby – osoba zagrożona składa oświadczenie, ponieważ grozi jej niebezpieczeństwo majątkowe lub osobiste, natomiast osoba składająca oświadczenie woli pod wpływem autorytetu naraża się, co do zasady, jedynie na zanegowanie zajętego przez nią stanowiska, bądź też odsunięcie się od niej autorytetu. Konsekwencje obu sytuacji są więc dalece różne.

### **Określenie kręgu osób najbliższych**

Krąg osób, których dotyczą groźby w celu uzyskania określonego oświadczenia woli przez grożącego nie jest jednolity. Mogłoby się wydawać, iż groźby częściej są kierowane do osób nieznanymi, obcych, na których nie zależy grożącemu. Jednak z orzecznictwa sądów powszechnych wynika, iż coraz częściej „ofiarami” gróźb w celu wymuszenia określonego oświadczenia woli są osoby najbliższe [8]. Przede wszystkim należy zauważyć, iż Kodeks Cywilny nie zawiera definicji legalnej osoby najbliższej. W doktrynie prawa cywilnego odnajdujemy spostrzeżenia, iż w ramach kręgu osób najbliższych znajdują się konkubenci, czy też rodzina tak jak zstępni, wstępni i rodzeństwo [9]. Nie można pominąć także roli przyjaciół, którzy bez wątplenia mogą stać się osobami bliższymi nawet od rodziny, szczególnie w sytuacji, gdy rodzina nie opiekuje się swoim krewnym i nie daje mu odpowiedniego poczucia bezpieczeństwa i zaufania [10]. Groźby, zastraszanie, uzależnianie swojej pomocy od otrzymania świadczeń od swoich bliskich, rodzi wiele negatywnych skutków dla więzi rodzinnej. Rodzina i przyjaźń, jako jedne z podstawowych wartości powinny być pielęgnowane i szanowane, jednakże z pewnych przyczyn jednostka decyduje się na użycie groźby.

W precyzyjnym określeniu osób bliskich może pomóc też posłankowo definicja legalna znajdująca się w art. 115 § 11 Kodeksu Karnego, który określa, iż osobami najbliższymi są: małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we wspólnym

pożyciu. Chociaż zakres ten nie obejmuje przyjaciół należy stwierdzić, iż ze względu na specyfikę prawa cywilnego do kręgu osób najbliższych należałoby także ich zaliczyć.

### **Podłoże psychologiczne groźby**

Groźba nie istnieje w oderwaniu od podłoża psychologicznego danej osoby, dlatego należy ją badać poprzez uwzględnienie przyczyn, które kierują groźącym, chcącym wymusić na innej osobie oświadczenie woli danej treści, a także pobudek, które uwzględnią zagrożony, godząc się na złożenie danego oświadczenia woli.

Wymuszanie oświadczeń woli od osób najbliższych ma swoją podstawę w potrzebach, które chce zrealizować groźący. Są to często bardzo błahе pobudki – chęć wzbogacenia [11], próba wzmocnienia swojej pozycji społecznej, finansowej kosztem innych członków rodziny czy bliskich.

Groźba może być też przejawem bezkompromisowej postawy jednostki (groźącego), niemożliwości dojścia do osiągnięcia swoich celów w drodze rozmowy, przekonywania do swoich racji. Może też rodzić się z potrzeby szybkiego awansu społecznego, gdy groźący, nie dostrzegając potrzeb innej osoby, kieruje się jedynie swoim interesem. Ponadto może być skutkiem wytworzenia niewłaściwych postaw moralnych [7] jednostki w okresie wczesnego dzieciństwa (np. w przypadku rozwoju dziecka w rodzinach patologicznych).

Czasami również czynniki sytuacyjne mają nieoceniony wpływ na „akt agresji psychicznej”, jaką jest groźba. Badania psychologiczne dowodzą, iż osoba sfrustrowana inną sytuacją, niepowodzeniem będzie bardziej podatna, by zaatakować inną osobę (również poprzez atak psychiczny). Duże znaczenia ma także temperatura. Zdecydowanie częściej popełnia się czyny naganne społecznie, gdy temperatura jest wysoka. Ponadto osoby nękanie, odrzucane społecznie mają większe prawdopodobieństwo, że będą kierować swoją agresją i groźby na inne osoby [7].

Złożenie oświadczenia woli przez osobę zagrożoną wiąże się zaś z chęcią ochrony siebie czy też innej osoby przed istotną stratą osobistą, materialną, którą grożono dysponentowi oświadczenia woli. Zachowanie zagrożonego jest wybraniem „mniejszego zła” poprzez złożenie oświadczenia woli żądanej treści. Przyczyną jego zachowania, a więc przestanki, które kierują osobą zagrożoną to strach bądź obawa przed poniesieniem konsekwencji oświadczenia woli o odmiennej treści, od oczekiwanej przez groźącego.

### **Groźba w stosunku do najbliższych w prawie spadkowym i jej skutki – wybrane orzeczenia**

Groźba w stosunku do osób najbliższych może odnosić się do ostatniej woli osoby zagrożonej. Spisując testament spadkodawca pragnie, aby spadek po nim trafił do ściśle wyznaczonych osób. Osoby starsze często są jednak uzależnione od osób młodszych, np. swoich dzieci, w takim wypadku mogą mieć miejsce próby wymuszenia oświadczenia woli o danej treści. W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 10 grudnia 1999 r., o sygn. II CKN 627/98 spadkodawczyni sporządziła testament notarialny w szpitalu na rzecz swojej przyjaciółki, która się nią opiekowała. Po śmierci testatorki jej córka doszła do wniosku, że spadkobierczyni użyła groźby w stosunku do jej matki, by uzyskać testament. Spadkobierczyni była przyjaciółką testatorki, a więc bez wątpliwości była dla niej osobą najbliższą, jednak nie łączyły ich więzy krwi. W przedmiotowej sytuacji sąd stwierdził, iż „użycie podstępów lub groźby musi prowadzić do sytuacji, w której spadkodawca sporządza testament wbrew swojej rzeczywistej woli”. W tej sytuacji spadkodawczyni już od dłuższego czasu chciała powołać jako swojego dziedzica przyjaciółkę, a nie córkę. Fakt, że testament został sporządzony w szpitalu nie powoduje negatywnych konsekwencji dla jego ważności, zaś w związku z nieudowodnieniem, iż miała miejsce groźba lub podstęp spadkobierczyni nie może być uznana za niegodną dziedziczenia.

W przedstawionej powyżej sytuacji, gdyby wystąpiła przesłanka pozytywna, w postaci zagrożenia potencjalnej spadkobierczyni w stosunku do ciężko chorej kobiety, mielibyśmy do czynienia z nieważnością testamentu na podstawie art. 945 § 1 pkt 3 Kodeksu Cywilnego. Ponadto w art. 928 § 1 pkt 2 Kodeksu Cywilnego uregulowana została instytucja niegodności dziedziczenia, jaka miałaby miejsce w stosunku do spadkobiercy, który groziłby spadkodawcy. Natomiast w postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 14 lipca 2005 r., o sygn. III CK 670/04 zastanawiano się, czy można mówić o groźbie, kiedy testator podejmuje decyzję, przy sporządzaniu testamentu, w oparciu o radę członka rodziny, który jest dla niego autorytetem. W przedmiotowej sytuacji spadkodawca skorzystał z porady matki, tworząc akt swojej ostatniej woli. Sąd stwierdził, iż „sam fakt ustalenia, że spadkodawca kierował się przy prowadzeniu gospodarstwa wolą matki oraz, że pozostawał pod bardzo dużym jej wpływem, nie świadczy jeszcze – stwierdził Sąd Okręgowy – o braku świadomego oraz swobodnego powzięcia decyzji i wyrażenia woli w chwili testowania”. W przedmiotowej sprawie była również rozważana możliwość wystąpienia groźby, jako stanu obawy syna

przed matką i podejmowania jedynie działań zgodnych z jej wolą. W doktrynie nie ma wątpliwości co do faktu, iż „nie oznacza groźby naturalna dominacja jednej osoby nad drugą, wynikająca z jej pozycji społecznej lub gospodarczej” [12].

W przedstawionej powyżej sytuacji nie można mówić o zagrożeniu, jeśli wola spadkodawcy jest powiązana z autorytetem innej osoby. Aby mówić o groźbie należałoby wskazać na bezprawność działania „osoby grożącej” – w tym przypadku stan obawy u syna mógł powstać jedynie ze względu na autorytet, który miała w jego oczach matka. W przypadku jednak, gdy wszystkie cechy konstytutywne groźby zostałyby spełnione, a więc groźba byłaby poważna, bezprawna i obiektywna, wtedy testament byłby nieważny na podstawie art. 945 § 1 pkt 3 Kodeksu Cywilnego [13].

### **Groźba w stosunku do najbliższych w prawie umów i jej skutki – wybrane orzeczenia**

Groźba w stosunku do osób najbliższych może także odnosić się do umów, które zawierają pomiędzy sobą. W obrocie gospodarczo-prawnym funkcjonują umowy sprzedaży, pożyczki czy też inne zawierane pomiędzy bliskimi, jednak bez pełnej dobrowolności, ze względu na działanie grożącego i istnienie stanu obawy po stronie osoby zagrożonej. W wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 8 maja 2013 r., o sygn. I ACa 104/13 małżeństwo zawarło z przyjacielem rodziny ustną umowę pożyczki. W związku z problemami finansowymi oraz chorobą jednego z małżonków nie mogli spłacić długu, a relacje z pożyczkodawcą oziębły. Po pewnym czasie małżonkowie zaczęli odczuwać po stronie byłego przyjaciela presję oraz uznali, że groził im utratą życia, w przypadku gdyby nie odpisali weksla na jego rzecz. Kwestie majątkowe spowodowały, że osoba z początku bliska, stała się kimś wrogim i obcym. Pożyczkobiorcy poczuli się zastraszeni, nie zawiadomili jednak organów ścigania o przestępstwie. Biorąc pod uwagę powyższy stan faktyczny, Sąd uznał, iż nie doszło do bezprawnych gróźb pozbawienia życia małżonków ani ich członków rodziny, ponieważ nie wykazali oni swojej obawy. Ponadto wzięto pod uwagę ich brak działania w kwestii zawiadomienia organów ścigania o stosowaniu wobec nich gróźb bezprawnych, co potwierdziło zdaniem Sądu fakt, iż wymyślili oni, że podpisanie weksla miało miejsce pod wpływem bezprawnej groźby. Gdyby w powyższej sytuacji doszło do podpisania weksla pod wpływem bezprawnej groźby, małżonkowie mieliby uprawnienie do uchylenia się od skutków prawnych swojego oświadczenia woli przez rok od ustania stanu obawy w związku z art. 88 Kodeksu Cywilnego. Ponadto mogłoby im przysługiwać roszczenie odszkodowawcze na podstawie art. 415 Ko-

deksu Cywilnego, gdyby wskutek działania grożącego ponieśli szkodę.

Innym przykładem groźby w stosunku do osób najbliższych jest stan faktyczny opisany w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 2002 r., o sygn. I CKN 1134/99. Powódka zawarła umowę ubezpieczenia swojego samochodu z ubezpieczycielem. Samochód został skradziony. Mniej więcej w tym samym czasie jej konkubent został oskarżony o zabójstwo. Ubezpieczyciel zagroził powódce, że jeśli nie zrzeknie się odszkodowania za skradziony samochód, to wniesie do sądu dowody obciążające jej partnera. Powódka zrzekła się swoich uprawnień. Po pewnym czasie uchyliła się jednak od skutków prawnych swojego oświadczenia woli podając za podstawę działanie pod wpływem groźby. Wszystkie sądy wnikliwie analizowały stan obawy, który w związku z całym zdarzeniem powstał u oskarżonej. Ostatecznie jednak Sąd Najwyższy stwierdził, iż „w judykaturze stwierdzono, że przez bezprawność groźby należy rozumieć przede wszystkim zachowanie się sprzeczne z prawem (ustawą lub zasadami współżycia społecznego), ale także zachowanie formalnie zgodne z prawem, które jednakże zmierza do wymuszenia złożenia oświadczenia woli”. W tym przypadku Sąd nie dopatrył się bezprawności groźby skierowanej do powódki, ponieważ przedstawiciel ubezpieczyciela nie groził, iż zawiadomi organy ścigania o popełnionym przestępstwie w celu wymuszenia zrzeczenia się przez powódkę dochodzenia odszkodowania.

Gdyby jednak groźba ze strony ubezpieczyciela miała na celu zrzeczenie się przez powódkę dochodzenia odszkodowania, to powódce mogłoby przysługiwać roszczenie odszkodowawcze na podstawie art. 415 Kodeksu Cywilnego, ponieważ już wcześniej uchyliła się od skutków prawnych oświadczenia woli pod wpływem groźby.

### **Skutki w polskim prawie cywilnym w przypadku złożenia oświadczenia woli pod wpływem groźby – podsumowanie**

Co do zasady w przypadku złożenia oświadczenia woli pod wpływem groźby można uchylić się od skutków prawnych oświadczenia woli w terminie jednego roku od ustania stanu obawy (art. 88 Kodeksu Cywilnego). Skutkiem naganego społecznie zachowania grożącego będzie sankcja wzruszalności dokonanej na jego rzecz czynności [14]. W przypadku osób najbliższych racjonalnym zdaje się twierdzenie, iż stan obawy nie ustaje równocześnie z chwilą złożenia oświadczenia woli danej treści, lecz może trwać nawet całe życie, skoro są to osoby związane więzami pokrewieństwa, przyjaźni czy miłości. Ponadto istnieją powiązania emocjonalne i ekonomiczne, a w przypadku uchylenia się od skutków



prawnych oświadczenia woli, które złożone zostało pod wpływem lęku czy groźby, mogą narazić się na poważne konsekwencje osobiste i majątkowe w stosunkach rodzinnych.

Jednocześnie w przypadku poniesienia szkody wskutek groźby zagrożony uprawniony jest do żądania naprawienia zaistniałej szkody, a więc może przystąpić mu stosowne odszkodowanie od grożącego (art. 415 Kodeksu Cywilnego.)

W prawie spadkowym istnieją także inne uregulowania, które mają na celu chronić swobodne oświadczenie ostatniej woli spadkodawcy. W związku z tym osoba, która negatywnie wpływa na testatora poprzez kierowanie w stosunku do niego gróźb może być uznana za niegodną dziedziczenia na podstawie art. 928 § 1 pkt 2 Kodeksu Cywilnego. W przypadku zaś, gdy testament został sporządzony pod wpływem groźby jest on nieważny, co wynika z art. 945 Kodeksu Cywilnego [15].

### Piśmiennictwo

1. Lewaszkiewicz-Petrykowska B. Wady oświadczenia woli w polskim prawie cywilnym. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze; 1973. 150–180.
2. Strzebniczek J. Komentarz do art. 87 Kodeksu Cywilnego. W: Gniewek E (red.). Kodeks Cywilny. Komentarz. Warszawa: Beck; 2013. 138–239.
3. Art. 190 Kodeksu Karnego  
§ 1. „Kto grozi innej osobie popełnieniem przestępstwa na jej szkodę lub szkodę osoby najbliższej, jeżeli groźba wzbudza w zagrożonym uzasadnioną obawę, że będzie spełniona, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.  
§ 2. Ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego”
4. Art. 115 § 11 Kodeksu Karnego „Groźbą bezprawną jest zarówno groźba, o której mowa w art. 190, jak i groźba spowodowania postępowania karnego lub rozgłoszenia wiadomości uwłaczającej czci zagrożonego lub jego osoby najbliższej; nie stanowi groźby zapowiedź spowodowania postępowania karnego, jeżeli ma ona jedynie na celu ochronę prawa naruszonego przestępstwem.”
5. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 2002 r., sygn. I CKN 1134/99.
6. Lewaszkiewicz-Petrykowska B. Komentarz do art. 87 Kodeksu Cywilnego, System informacji prawnej LEX 2009.
7. Gerrig R, Zimbardo P. Psychologia i Życie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006. 345–346, 581–583, 588–590.
8. Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 8 maja 2013 r., o sygn. I ACa 104/13, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 2002 r., o sygn. I CKN 1134/99, postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 14 lipca 2005 r., o sygn. III CK 670/04.
9. Art. 991 §1 Kodeksu Cywilnego „Zstępny, małżonkowi oraz rodzicom spadkodawcy, którzy byliby powołani do spadku z ustawy, należą się, jeżeli uprawniony jest trwale niezdolny do pracy albo jeżeli zstępny uprawniony jest małoletni – dwie trzecie wartości udziału spadkowego, który by mu przypadł przy dziedziczeniu ustawowym, w innych zaś wypadkach – połowa wartości tego udziału (zachówek)” (ustawowe wskazanie osób najbliższych na przykładzie zachowku).
10. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 grudnia 1999 r., o sygn. II CKN 627/98, (przykład, iż przyjaciel może okazać się „ważniejszy” od rodziny).
11. Por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 grudnia 1999 r., o sygn. II CKN 627/98.
12. Lewaszkiewicz-Petrykowska B. Komentarz do art. 87 Kodeksu Cywilnego. System informacji prawnej LEX 2009.
13. Radwański Z. Groźba. W: Radwański Z (red.). System Prawa Prywatnego. Prawo Cywilne. Część ogólna. Tom II. Warszawa: Beck; 2008. 419–428.
14. Strzebniczek J. Komentarz do art. 87 Kodeksu Cywilnego. W: Gniewek E (red.). Kodeks Cywilny. Komentarz. Warszawa: Beck; 2013. 238–239.
15. Nazaruk P. Komentarz do art. 87 KC. W: Ciszewski J (red.). Kodeks Cywilny. Komentarz. Warszawa: LexisNexis; 2013. 202–203.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.06.2014

Artykuł przyjęty do publikacji: 19.09.2014

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.  
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

### Adres do korespondencji:

Aleksandra Wojciechowska  
ul. Miastkowska 49  
60-184 Poznań  
tel. 793 063 693  
e-mail: a.wojciechowska89@gmail.com



# PROBLEMY KOBIET W OKRESIE OKOŁOMENOPAUZALNYM

## PROBLEMS OF PERIMENOPAUSAL WOMEN

Jolanta Olszewska<sup>1</sup>, Agnieszka Czerwińska-Osipiak<sup>1</sup>, Krzysztof Łukaszuk<sup>1</sup>, Renata Wiśniewska<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego  
Gdański Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup> Studentka studiów pierwszego stopnia, kierunku położnictwo  
Gdański Uniwersytet Medyczny

### STRESZCZENIE

Klimakterium to okres w życiu kobiety, który stawia przed nią szereg wyzwań związanych z dolegliwościami czy chorobami, które są konsekwencją zaburzeń hormonalnych, wynikających ze złożonego, długofalowego procesu starzenia się organizmu. Jakość życia kobiet borykających się z klimakterium stanowi obecnie temat wielu badań naukowych, a położenie nacisku na coraz wyższe kwalifikacje i wiedzę personelu zajmującego się tym okresem w życiu kobiety stało się wyzwaniem chwili.

Celem pracy jest próba przybliżenia istoty najważniejszych problemów, dotyczących kobiety w okresie klimakterium. Obecnie szacuje się ich liczbę na około 50 mln na świecie, w Polsce około 7 mln. Jako metodę przyjęto analizę dostępnego piśmiennictwa fachowego.

**SŁOWA KLUCZOWE:** klimakterium, zaburzenia hormonalne, problemy okołomenopauzalne.

### ABSTRACT

Menopause is the time in a woman's life, which puts before her a number of challenges related with ailments or diseases, which are the consequence of hormonal disorders resulting from a complex, long-term process of aging. The quality of life of women struggling with menopause is currently the subject of many studies, therefore placing emphasis on getting higher qualifications and knowledge of staff involved in this period in a woman's life has become a challenge now. The aim of this study was to determine the essence of the most important problems affecting women during menopause. Currently, it is estimated their number at about 50 million in the world, in Poland about 7 million. As the method adopted the analysis of available professional literature.

**KEYWORDS:** menopause, hormonal disorders, problems of perimenopause.

### Przekwitanie

Przekwitanie jest okresem biologicznym w życiu każdej kobiety, rozpoczyna się średnio między 42. a 55. rokiem życia, między prokreacją a ostatnim etapem jakim jest starzenie się. Jedną z cech charakterystycznych przekwitania jest zatrzymanie się cyklu miesięcznego. Przyczyny zostały określone jako zanikanie uruchamiania się regularnych bodźców przez ośrodki ponadwzgórzowe dla podwzgórza, czego wynikiem jest zmiana czynności osi podwzgórze-przysadka-jajnik. Rezultatem jest niedoczynność jajników i obniżenie produkcji estrogenu i progesteronu [1].

Według definicji opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia, menopauza to ostatnia miesiączka w życiu kobiety, po której następuje co najmniej 6 miesięcy przerwy, natomiast rozpoznana zostaje po upływie 12 miesięcy, w czasie których nie pojawiło się krwawienie miesięczne. Lata poprzedzające ostatnią miesiączkę nazwano premenopauzą, dochodzi w tym czasie do zmian metabolicznych i hormonalnych prowadzących do wygasania funkcji jajników. Perimenopauza to kilka lat przed ostatnią miesiączką i rok po niej, a postmeno-

pauza trwa około 10 lat i wiąże się z życiem kobiety po ostatniej miesiączce [2].

Objawy menopauzy mają przyczynę w niedoborze estrogenów, a konkretnie w zmniejszeniu stężenia estradiolu i estronu aż o połowę dotychczasowych wartości, a stężenie estradiolu spada o 1/3. Zjawisko to ma zdecydowanie niekorzystny wpływ nie tylko na narządy rozrodcze, ale procesy wsteczne dotyczą tkanek i organów, mózgu, kości, układu krwionośnego, moczowego, wątroby i skóry. W badaniach laboratoryjnych menopauzę rozpoznajemy, kiedy wartość Folikulotropiny w surowicy krwi wynosi > 30 pg/ml, a estradiolu < 30 pg/ml [3].

Na kilka lat przed ostatnią miesiączką wiele kobiet jest w stanie zauważyć u siebie objawy menopauzalne, za które odpowiedzialne jest stężenie hormonów, a dokładnie ich różne wartości. Estrogeny i progesteron – hormony żeńskie produkowane przez jajniki – są odpowiedzialne za rozwój pęcherzyków jajowych, stymulują owulację jak też wzrost i redukcję błony śluzowej macicy. Znacząco rzadziej występują cykle miesięczkowe, stają się nieregularne i różnie obfite. Do najbardziej uciążliwych objawów kobiety zaliczają tzw. objawy wy-

padowe, za których pojawienie się odpowiadają gwałtowne wahania poziomów estrogenu i progesteronu. Do objawów wypadowych zaliczamy:

- Objawy naczynioruchowe:
  - bóle głowy
  - zlewne, nocne poty
  - uderzenia gorąca
  - kołatanie serca;
- Objawy psychiczne:
  - zaburzenia snu
  - uczucie zmęczenia
  - zaburzenia koncentracji
  - zmienność nastroju
  - drażliwość
  - osłabienie pamięci
  - zawroty głowy
  - zmniejszenie libido
  - zaburzenia seksualne.

Wszystkie te objawy, zdecydowanie naturalne biologicznie, w olbrzymim stopniu negatywnie wpływają na codzienne funkcjonowanie kobiety, na jej koncentrację, psychikę i komfort codziennego życia.

Wśród najbardziej uciążliwych znalazły się:

- Objawy ze strony narządów płciowych:
  - zanikowe zapalenie pochwy
  - dyspareunia
  - suchość pochwy
  - nawracające zapalenia dróg moczowych
  - świąd
  - krwawienia z pochwy
  - wodnista wydzielina
  - zaburzenia statyki narządu rodowego
  - nietrzymanie moczu;
- Ze strony narządu kostnego:
  - bolesność kości i stawów
  - osteoporoza
  - bóle krzyża;
- Objawy ze strony układu krążenia;
- Objawy skórne:
  - cienka skóra
  - zmniejszona jej elastyczność
  - uczucie mrowienia
  - zanik gruczołu piersiowego
  - zmniejszona aktywność gruczołów łojowych i potowych [4].

### **Intymne problemy kobiet w okresie klimakterium**

Ponadto zdecydowana większość kobiet, bo ok. 85%, w okresie okołomenopauzalnym, to kobiety deklarujące aktywność seksualną. Nie chcą rezygnować z tej aktywności, ale wskazują często na przeszkody, takie jak: obniżenie libido 60% czy brak satysfakcji ze współżycia

– 20,7%. Za przyczyny tych negatywnych zjawisk uważa się między innymi:

- czynniki biologiczne – wygasanie czynności hormonalnej jajników oraz choroby towarzyszące zarówno kobiecie, jak i jej partnerowi;
- czynniki psychiczne – poziom wykształcenia, psychika, zadowolenie z życia rodzinnego, stosunek kobiety do samej siebie, płci, wieku i więzi z partnerem;
- czynniki społeczne – kulturowe i emocjonalne – poczucie niskiej wartości i atrakcyjności, obniżone libido i często depresja [5].

Brak potrzeb seksualnych, zaburzenia podniecenia seksualnego, zaburzenia orgazmu, bolesne stosunki – to najczęściej wskazywane zaburzenia seksualne kobiet w okresie klimakterium. Odpowiedzialne za ten fakt jest zmniejszenie stężenia estrogenów i androgenów, obniżony poziom estrogenów wpływa na spadek aktywności seksualnej, a zmiana wartości testosteronu powoduje brak zainteresowania seksem. Zaburzenia w przepływie krwi przez srom i pochwę decydują o mniejszym dopływie hormonów.

Uczucie suchości pochwy i zanik narządów płciowych oraz narażenie na otarcia i zranienia śluzówki pochwy powodują u kobiet ogromny dyskomfort w odczuwaniu zadowolenia ze współżycia płciowego i powodują zniechęcenie, a w konsekwencji zupełne zaniechanie i rezygnację ze stosunków płciowych [6].

Dobrym rozwiązaniem dla tych kobiet będzie profesjonalna porada specjalisty, oraz skorzystanie z dostępnych w dużej ilości na rynku preparatów farmaceutycznych lub ziołowych. Najważniejsze jednak jest zrozumienie istoty problemu zarówno przez kobietę jak i jej partnera, oraz zaniechanie poszukiwania winy w sobie, co często bywa zarzewiem jeszcze bardziej dolegliwego konfliktu [7].

### **Nietrzymanie moczu**

Dolegliwość ta dotyka ok. 25% kobiet w wieku pomenopauzalnym, a przynajmniej u połowy z nich występują one okresowo. Za proces ten odpowiadają zmiany zanikowe w żeńskich narządach płciowych i zdaniem kobiet są bardzo dokuczliwe i uciążliwe, dosłownie jest to (...) *niekontrolowane przez kobietę oddawanie moczu, które zmusza ją do noszenia wkładek higienicznych* [8].

W praktyce najczęściej spotykamy nagłace nietrzymanie moczu/NNM/, wysiłkowe nietrzymanie moczu/WNM/ i postać mieszaną, czyli razem mogą wystąpić NNM i WNM. Ustalono do tej pory wiele przyczyn odpowiedzialnych za nietrzymanie moczu, oto niektóre z nich:

- WNM – wyptywanie moczu mimo woli kobiety podczas kichania, kaszlu czy ciężkiej pracy fizycznej jest wynikiem uszkodzenia więzadeł

i mięśni podczas trudnych, zabiegowych porodów;

- NNM – uczucie niepohamowanego parcia na mocz w konsekwencji nadmiernej pobudliwości mięśni w pęcherzu moczowym;
- mieszane nietrzymanie moczu;
- nietrzymanie moczu z powodu przepiętnia pęcherza moczowego [9].

Nietrzymanie moczu stanowi obecnie poważny problem nie tylko medyczny, ale coraz częściej rozpatruje się to schorzenie w aspekcie społecznym i ekonomicznym. Niektóre źródła podają, że od momentu pojawienia się pierwszych objawów choroby do momentu zgłoszenia ich lekarzowi po raz pierwszy upływa w Polsce około 9 lat. To wystarczająco długi czas, żeby postęp choroby był na tyle duży, że wyleczenie przysparza problemów. Kobiety nie mówią o chorobie z wielu przyczyn, duża grupa uważa, że jest to normalny proces starzenia się organizmu, i poddają się bez próby podjęcia leczenia. Poważną przeszkodą bywa również wstyd, taka postawa prowadzi nieuchronnie do postępu choroby i zamknięcia drogi do skutecznego leczenia [10].

Dowiedziano, że tak jak w przypadku wszystkich chorób najbardziej wskazana jest profilaktyka, której nie powinno zabraknąć również w zapobieganiu nietrzymania moczu. We wstępnym okresie leczenia również przyjęto jego charakter zachowawczy z elementami profilaktyki, poleca się zatem kobietom, m.in.:

- Ćwiczenia mięśni przepony miednicy/kinezyterapia, ćwiczenia metodą Kegla/nauka panowania i kontroli nad mikcją.
- Terapia behawioralna, polegająca na prowadzeniu dzienniczka, w którym zapisywane są liczba i pora oddania moczu. Dane te mają służyć ustaleniu zależności oddawania moczu od pory dnia czy wykonywanych obowiązków, np. zawodowych czy spożywania posiłków.
- Fizykoterapia – biofeedback, czyli nauka świadomego rozpoznawania procesów fizjologicznych oraz elektrostymulacja, czyli stymulowanie mięśni elektrycznym bodźcem lub drażnienie nerwu sromowego.
- Działanie pola magnetycznego powoduje efekt podobny jak przy zastosowaniu elektrostymulacji.
- Stożki dopochwowe pomagające wyćwiczyć i utrzymać skurcz mięśni przepony miednicy.
- Leczenie farmakologiczne.
- Propagowanie zdrowego stylu życia, wyeliminowanie używek, zaprzestanie dźwigania ciężarów, zachowanie aktywności ruchowej, leczenie nawracających infekcji dróg moczowych.
- Rzadziej stosowana jako metoda wspomagająca – psychoterapia.

Dzisiaj coraz częściej sięga się po metody operacyjne, mające zastosowanie w leczeniu niektórych rodzajów nietrzymania moczu. Dobiera się je ściśle indywidualnie, i przed podjęciem ostatecznej decyzji kobieta musi wykonać szereg badań urodynamicznych, których wyniki pozwalają na precyzyjny dobór metody operacyjnej. W trakcie operacji dokonywane jest wierne odtworzenie anatomii układu moczowo-płciowego, a przede wszystkim przywrócenie funkcji biologicznych. Nie bez przyczyny operacje takie zostały nazwane naprawczymi bądź poprawiającymi jakość życia, co w przypadku zdiagnozowanego nietrzymania moczu jest cechą niezwykle pożądaną i cenną ze względu na dalszy komfort życia operowanych kobiet [11].

### Zaburzenia snu i emocji

Klimakterium jest okresem w życiu kobiety bardzo trudnym do zaakceptowania. Mnogość problemów natury fizycznej i psychicznej, świadomość upływającego czasu, rozliczenie się z życiem oraz dokuczliwe objawy, takie jak: zlewne, nocne poty, spadek libido, uderzenia gorąca, negatywnie wpływają na jakość snu i pogarszają kondycję psychiczną kobiety [12].

Permanenty brak snu, problem z zasypianiem lub wielokrotne budzenie się w ciągu nocy powodują, że kobiety zmagają się z nasilającym się zmęczeniem, rozdrażnieniem, a nawet objawami depresji i nawracającymi myślami samobójczymi. To ewidentny sygnał o konieczności specjalistycznej pomocy psychiatry dla kobiet [13].

W badaniach przedstawionych przez V. Skrzypulec, A. Droszól, J. Ferensowicza i K. Nowosielskiego wynika, że około 1/3 kobiet w okresie okołomenopauzalnym przyznaje się do występowania objawów depresji i zaburzeń stanu psychicznego trwającego różnie długo [14].

W licznych publikacjach coraz częściej zwraca się uwagę na rangę diety kobiet, na dobór odpowiednich produktów spożywczych i utrzymanie prawidłowego stężenia glukozy we krwi. W przypadkach zaburzeń snu i koncentracji o łagodnym przebiegu kobieta może sama wpłynąć na zniwelowanie dolegliwości przez zmianę dotychczasowego stylu życia, diety oraz wykorzystania działania ziół.

Jednym z najważniejszych elementów dobrego samopoczucia kobiet i zaakceptowania siebie w różnym wieku oraz przeciwdziałania niepożądanym skutkom klimakterium jest uzyskanie wsparcia rodziny i najbliższego partnera. Dobre zdrowie i samopoczucie psychiczne kobiety będzie na pewno sukcesem całej rodziny [15].

### Zmiany w obrębie narządów płciowych

Zmiany charakterystyczne dla okresu okołomenopauzalnego dotyczą także narządów płciowych, są one bardzo wrażliwe na wpływ estrogenów. Zmiany dotyka-

ją: macicy, pochwy, jajowodów, piersi, pęcherza moczowego i cewki moczowej. Ścieńczeniu ulega nabłonek pochwy i przedsionka, a co za tym idzie staje się bardziej podatny na urazy, traci bowiem swoją elastyczność i jest zdecydowanie słabiej ukrwiony. Dodatkową przykrą dolegliwością jest zmniejszone wydzielanie śluzu szyjkowego, co powoduje krwawienia podczas współżycia płciowego. W tym okresie częstym problemem są infekcje dróg moczowych, za co odpowiada m.in., bliskość anatomiczna pochwy i cewki moczowej [16].

Liczne międzynarodowe towarzystwa medyczne opublikowały standardy postępowania w przypadkach atrofii urogenitalnej, w zaleceniach znalazło się:

- Regularne współżycie płciowe prowadzące do poprawy ukrwienia pochwy.
- Informowanie kobiet o korzyściach wynikających ze stosowania ekstraktów borówki lub żurawiny zapobiegających infekcji pęcherza moczowego i cewki moczowej.
- Zastosowanie miejscowej estrogenoterapii do pochwowej.
- U kobiet bez przeciwwskazań stosowanie do pochwowych kremów nawilżających/pierścienie, globulki, tabletki, kremy [17].

Pozostaje jeszcze niezwykle ważna, ale zarazem delikatna kwestia przekonania kobiet do poddania się leczeniu i zaakceptowania terapii, która w efekcie wpłynie korzystnie na stan zdrowia i komfort życia pacjentki w klimakterium [18].

### Menopauza i choroby układu krążenia

Wśród przyczyn zgonów kobiet w okresie okołomenopauzalnym, jako jedną z głównych przyczyn podaje się choroby nowotworowe, jednak ostatnio uważa się, że zgony spowodowane chorobami układu krążenia, zawałami serca znajdują się w niechlubnej czołówce tej statystyki. Czynniki ryzyka wystąpienia chorób serca u mężczyzn i kobiet są podobne, jednak na stan serca kobiecego udowodniony wpływ ma niedobór estrogenów, który zmniejsza się w okresie przekwitania lub po operacjach ginekologicznych, podczas których usuwa się jajniki. Prowadzi to do zwiększenia ryzyka wystąpienia choroby niedokrwiennej serca, chorób o podłożu naczyniowym, udarów mózgu czy zawałów serca [19].

Z danych statystycznych wynika, że każdego dnia w Polsce odnotowuje się 226 zgonów wśród mężczyzn i 250 zgonów wśród kobiet, których przyczyną są choroby układu krążenia. Wśród przyczyn wymienia się, m.in. otyłość, cukrzycę, dyslipidemię, nadciśnienie tętnicze.

Jednym z najbardziej groźnych współczesnych schorzeń, które odpowiada za wiele chorób jest nadciśnienie tętnicze, wraz ze zmianami wynikającymi z okresu przekwitania podlegają wpływom różnych

czynników ryzyka, jak: cukrzyca typu 2, otyłość i używki. Nadmierna masa ciała/BMI > 26/ to problem współczesnego społeczeństwa, szczególnie niebezpieczna dla kobiet w okresie menopauzy, notuje się jej niekorzystny wpływ na gospodarkę lipidową, wodorowęglanową, na układ kostno-stawowy. Każdy dodatkowy kilogram masy podnosi ciśnienie tętnicze krwi. Kolejne niebezpieczeństwo zachorowania na serce wśród kobiet niesie cukrzyca, badania wskazują, że ryzyko rośnie 5–7-krotnie, gdy u mężczyzny tylko 2–3-krotnie. Ponownie niedobór estrogenów wpływa na ujawnienie się objawów cukrzycy typu 2, choroba doprowadza do zaniku dobroczynnego wpływu hormonu na naczynia krwionośne i sprzyja rozwojowi miażdżycy. Jako jedno z ważnych zadań profilaktycznych należy postawić kontrolę poziomu glikemii, szczególnie po 45. roku życia [20].

Klimakterium sprzyja rozwojowi wielu niebezpiecznych chorób, a problem chorób układu krążenia wśród kobiet jest często dyskutowany, ale również dość szeroko pojęty, menopauzie przypisuje się niekorzystny wpływ na rozwój tych chorób. W dyskusji podnosi się także problem charakteru objawów, które u kobiet przebiegają dość nietypowo, mogą pojawić się:

- nudności
- zmęczenie
- duszności
- dolegliwości ze strony układu pokarmowego.

W tym okresie życia kobiety mogą pojawić się również zaburzenia w układzie krzepnięcia prowadzące do zawałów i udarów mózgu [17].

Wśród innych wymienianych w piśmiennictwie problemów wskazuje się na styl życia kobiet, szczególnie palenie papierosów, nikotyna bowiem wpływa niekorzystnie i zwiększa ryzyko występowania chorób serca, trwają dyskusje naukowe na temat zwiększonego ryzyka występowania chorób serca u kobiet stosujących hormonalną terapię zastępczą. Zaleca się również kontrolne badania poziomu cholesterolu, trójglicerydów i ciśnienia tętniczego krwi, ale również dużą wagę kobiety powinny przywiązywać do zdrowego stylu życia, aktywności fizycznej, odpowiedniej diety i rezygnacji z używek.

Wśród najczęściej wymienianych przyczyn chorób układu krążenia, są:

- predyspozycje genetyczne
- otyłość
- nadciśnienie tętnicze
- długotrwały proces zapalny uszkodzający śródbłonek naczyń
- wiek
- długotrwały stres
- wysoki poziom cholesterolu
- mało aktywny tryb życia



- nadmierne stosowanie używek/alkohol, papierosy, itp.
- dieta wysoko tłuszczowa.

Jednym z najbardziej istotnych zadań układu krążenia jest dostarczenie organizmowi składników odżywczych: glukozy, aminokwasów, tłuszczu oraz niezbędnego do procesu spalania tych związków tlenu. Przekwitanie charakteryzuje się również stopniowym obniżaniem się stężenia poziomu hormonów żeńskich: estrogenu i progesteronu. Deficyt estrogenu ma negatywny wpływ na dobrostan serca i zwiększa ryzyko zachorowania na chorobę wieńcową/zawał serca/ i jego niedokrwienie [17].

### Osteoporoza pomenopauzalna

„Cicha złodziej kości”, to miano, którym współcześnie określa się osteoporozę, trwa latami nie dając żadnych objawów, często złamanie przy stosunkowo niewielkim urazie budzi niepokój i jest pierwszym sygnałem poważnej choroby. Kości osiągają swoją masę szczytową ok. 30. roku życia, jest to największa w ciągu całego życia masa szkieletu. Jednak już po 45. r.ż. powoli rozpoczyna się obniżenie masy kostnej i dominuje proces niszczenia kości nad ich tworzeniem. I w tym przypadku negatywny wpływ ma niedobór estrogenu. Ale także wczesna menopauza, wiek, rasa, niski poziom witaminy D3 i wapnia, używki, styl życia czy czynniki genetyczne.

Udowodniono, że u około 50% kobiet po 50. roku życia może dojść do jednego złamania kości w ciągu życia, którego przyczyną jest osteoporoza; odsetek zgonów z powodu powikłań po złamaniach biodra szacuje się na ok. 20% w ciągu roku. U kobiet powyżej 80. roku życia złamanie jest przyczyną trwałej niepełnosprawności. Osteoporoza stała się zdrowotnym problemem światowym, a do jej najgroźniejszych przypadków zaliczamy złamanie kości szyjki udowej. Ryzyko złamania u kobiety 50-letniej wynosi aż 39,7% i jest relatywnie większe niż wystąpienie u niej, np. raka macicy, piersi. Nieleczona osteoporoza prowadzi do zmniejszenia wytrzymałości kości i patologicznych, samoistnych złamań i pozostawia widoczne zniekształcenia kośćca w postaci tzw. „wdowiego garbu” (pogłębiona kifoza piersiowa) oraz powoduje obniżenie wzrostu nawet do 3 cm rocznie (nawet do ubytku 29 cm). Deformacja sylwetki w następstwie złamań może spowodować mniejszą pojemność płuc, zaburzenia czynności jelit oraz niewydolność krążeniowo-płucną i stanowić o przyczynie zwiększonej śmiertelności wśród kobiet [21].

W przypadku osteoporozy należy mówić o szeroko pojętej profilaktyce, przede wszystkim polegającej na spożywaniu przez kobiety odpowiedniej ilości wapnia, tj. 1000 mg dziennie w diecie. W sytuacji gdy kobieta nie stosuje hormonalnej terapii zastępczej dawkę wap-

nia należy zwiększyć do 1500 mg. Obecnie można kobietom polecać zamienniki estrogenów, np. bifosfoniany – alendronian, hamujący aktywność komórek tzw. kościogubnych. Odnotowano ich dużą skuteczność, zwłaszcza u kobiet, które wymagają szybkiego hamowania zmian kostnych.

Należy również wspomnieć o lekach o dużej skuteczności, wpływających na gęstość kości i zapobiegających złamaniom, są to: kalcytonina, SERM-y (raloksyfen, wybiórcze modulatory receptorów estrogenowych) i pochodne estrogenów [22].

### Wnioski

1. Menopauza przypada zwykle na lata między 45. a 49. życia kobiety, trwa przeciętnie do około 65. roku życia. Zgodnie z aktualnymi badaniami szacuje się, że ok. 1/3 (26 lat) życia kobiety przypada na okres menopauzalny.
2. Duża część kobiet w okresie przekwitania pozostaje aktywna zawodowo i społecznie, dlatego nie powinny ulegać stereotypom i traktować tego etapu życia jako gorszy.
3. Mimo, że okresowi temu często towarzyszy dyskomfort, a proste czynności mogą okazać się coraz trudniejsze do wykonania, kobiety nie powinny popadać w bezradność i w żadnym razie izolować się od otoczenia.
4. Skutecznym sposobem jest poszukanie pomocy w zespole specjalistów i korzystanie z ich wiedzy i doświadczenia, aby wspólnie podjąć decyzję jaką metodę wsparcia i terapii zastosować.
5. Zjawisko klimakterium i menopauzy jest stanem naturalnym, nie wyklucza to jednak korzystania z możliwości współczesnej medycyny w leczeniu chorób współistniejących bądź spowodowanych przekwitaniem.

### Piśmiennictwo

1. Męczałski B. Endokrynologia ginekologiczna. W: Bręborowicz G (red.). Położnictwo i Ginekologia. Warszawa: PZWL; 2005. 375.
2. <http://www.remifemin.pl/objawy.php>
3. <http://www.nursing.com.pl/Archiwumaktualności/menopauzapielnyczaswzyciukobiety>
4. <http://wikipedia.org/Wiki/przekwitanie>
5. Petryński T, Stachowiak G. Poprawa jakości życia seksualnego jako cel hormonalnej terapii wieku menopauzalnego. W: Paszkowski T (red.). Postępy w medycynie menopauzy. Lublin: PZWL; 2009. 247–252.
6. Czyżkowska A, Rawińska M, Lew-Starowicz Z. Zaburzenia pożądanego u kobiet w okresie klimakterium w praktyce klinicznej. Przegląd Menopauzalny. 2011; 6: 66–70.
7. Studzińska-Makara M, Iwanowicz-Palus G. Psychologia w położnictwie i ginekologii. Warszawa PZWL; 2009. 50–58.
8. Milard P, Paszkowski T, Woźniakowska E, Torres A. Nietrzymanie moczu u kobiet. W: Paszkowski T (red.). Wybrane za-



- gadnienia z ginekologii i położnictwa w praktyce lekarza rodzinnego. Lublin: wyd. Czelej; 2005. 89–96.
9. Rechberger T, Jakowicki J. Nietrzymanie moczu u kobiet, patologia, diagnostyka, leczenie. Lublin: Wyd. Bifolicum; 2005. 155–164.
  10. Bidzan M. Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”; 2008. 15–32.
  11. Wilczak M, Samulak D, Mojs E, Michalska MM, Ziarko M, Kaczmarek Ł. Wpływ operacji ginekologicznych na stopień zaburzeń snu oraz emocji u kobiet w wieku około i pomenopauzalnym. *Przegląd Menopauzalny* 2011; 5: 393–395.
  12. Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V. Podstawy seksuologii. Warszawa: PZWL; 2010. 75–77.
  13. Ojeda L. Menopauza bez leków. Oficyna Wydawnicza Bookmarket; 2008. 168–195.
  14. Makula A, Stachowiak G, Połać I. Atrofia narządów moczowo-płciowych u kobiet po menopauzie. *Przegląd Menopauzalny*. 2003; 48–51.
  15. Tomaszewski J. Atrofia urogenitalna – czy umiemy leczyć? W: Paszkowski T (red.). *Postępy w medycynie menopauzy*. Lublin: IZT Sp z o.o.; 2009. 300–322.
  16. Sobczuk A, Wrona M, Petryński T. Stany zapalne u kobiet w wieku menopauzalnym. *Przegląd Menopauzalny*. 2007; 3: 155.
  17. Kornacewicz-Jach Z. Choroby serca i naczyń w wieku menopauzalnym. W: Petryński T (red.). *Diagnostyka i terapia wieku menopauzalnego*. Wrocław: Wyd. Medyczne, Urban&Partner; 2004. 20–23.
  18. Sobczuk A, Petryński T. Menopauza – Podstawy diagnostyki, profilaktyki, terapii. Łódź: Instytut CZMP w Łodzi, Wyd. Adi; 2001. 51–57.
  19. <http://www.ginekolog.pl/mod/M/menopauza/518>
  20. Opala T. *Ginekologia*. Warszawa: PZWL; 2003. 131–132.
  21. Composton J. Zrozumieć osteoporozę. Gdańsk: Grupa Via Media; 2008. 63–70.
  22. Stokłosa-Kwarcińska H, Skrzypulec V, Rozmus-Warcholińska W. Czy fitoestrogeny zastąpią Hormonalną Terapię Zastępczą. *Ginekologia Praktyczna*. 2003; 11: 39–44.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.06.2014

Artykuł przyjęty do publikacji: 18.09.2014

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

**Adres do korespondencji:**

Jolanta Olszewska  
ul. Gdańska 3a  
83-110 Tczew  
tel. 693 156 926  
e-mail: jolanta-olszewska@wp.pl  
Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego  
Gdański Uniwersytet Medyczny

# ■ RODZINNE I OSOBOWOŚCIOWE UWARUNKOWANIA ZABURZEŃ KONWERSYJNYCH – STUDIUM PRZYPADKU

## FAMILY AND PERSONALITY DETERMINANTS OF CONVERSION DISORDERS – CASE STUDY

Anna Dudzic-Koc, Agnieszka Szałkowska

Katedra Psychiatrii  
Collegium Medicum, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Bydgoszcz

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Zaburzenia konwersyjne, inaczej określane jako zaburzenia dysocjacyjne, związane są z częściową lub całkowitą utratą normalnej integracji pomiędzy wspomnieniami z przeszłości, poczuciem tożsamości, wrażeniami czuciowymi i kontrolą ruchów ciała. Jedną z postaci zaburzeń konwersyjnych mogą być psychogenne napady rzekomopadaczkowe, których różnicowanie z epilepsją jest niezwykle trudne. Pomimo ich rozpowszechnienia są nadal słabo poznane i stwarzają dużą trudność diagnostyczną.

**Cel.** Celem pracy jest opis roli uwarunkowań rodzinnych i osobowościowych w wyzoleniu się zaburzeń konwersyjnych. W artykule przedstawiona jest definicja i charakterystyka zaburzeń konwersyjnych w postaci psychogennych napadów drgawkowych oraz ich rozumienie w podejściu integratywnym. Ilustrację hipotez dotyczących związku pomiędzy objawami konwersyjnymi a konfliktem wewnątrzpsychicznym, schematami poznawczymi i systemem rodzinnym stanowi analiza przypadku 21-letniej pacjentki.

**Materiał i metody.** Studium przypadku.

**Wyniki i wnioski.** Wczesnodziecięce relacje rodzinne oraz cechy osobowości pacjentki odgrywają istotną rolę w rozwoju i przebiegu zaburzeń konwersyjnych. Określenie profilu osobowości pacjentki oraz zrozumienie funkcji objawów konwersyjnych w dynamice kontaktów interpersonalnych pozwoliło na określenie najbardziej optymalnej formy psychoterapii.

**SŁOWA KLUCZOWE:** napady rzekomopadaczkowe, zaburzenia konwersyjne, uwarunkowania rodzinne, uwarunkowania osobowościowe.

### ABSTRACT

**Introduction.** Conversion disorder, otherwise known as dissociative disorders are associated with partial or complete loss of the normal integration between memories of the past, a sense of identity, sensory impressions and control of body movements. One form of conversion disorder may be psychogenic nonepileptic seizures (PNESs) which are extremely difficult to differentiate with epilepsy. Despite their high prevalence they remain poorly analysed and cause many diagnostic difficulties.

**Aim.** The aim of the paper is to describe the family role and personality traits in the development and onset of conversion disorders. The article presents the definition and characteristics of conversion disorder in the form of PNESs and their understanding in the integrative approach. An illustration of hypotheses concerning the relationship between symptoms and internal conflict, cognitive schemas and family system is a case study of a 21-year old female patient.

**Material and methods.** A case study.

**Results and conclusions.** Early childhood family relationships and patient personality traits play an important role in the development and course of conversion disorder. Detailed characterization of patient's personality profile and understanding of the function of conversion symptoms allows us to determine the most optimal form of psychotherapy treatment.

**KEYWORDS:** psychogenic nonepileptic seizures, conversion disorders, family factors, personality traits.

### Wstęp

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10, zaburzenia konwersyjne, inaczej określane jako zaburzenia dysocjacyjne, związane są z częściową lub całkowitą utratą normalnej integracji pomiędzy wspomnieniami z przeszłości, poczuciem tożsamości, wrażeniami czuciowymi i kontrolą ruchów ciała [1]. W wyniku doświadczeń traumatycznych przeżycia zostają oddzielone od świadomości i pozostają wyparte do podświadomości, gdzie pozostają aktywne. Przy ponownym doświadczeniu stresu mogą one przejąć kontrolę nad działaniem

człowieka i wpływać na funkcje pamięci, percepcję czy aktywność ruchową [2]. Przejawia się to często przez objawy charakterystyczne dla chorób somatycznych i neurologicznych, przy jednoczesnym braku tych chorób. Objawy przypominające choroby somatyczne i neurologiczne utrudniają rozpoznanie, dlatego też po wykluczeniu faktycznych schorzeń somatycznych jest możliwe rozpoznanie zaburzeń konwersyjnych [3].

Przykładem zaburzeń konwersyjnych są napady psychogenne rzekomopadaczkowe, które różnią się od prawdziwych napadów padaczki zapisem w EEG. Przy

padacze mamy do czynienia z zaburzeniami czynności mózgu związanymi z wyładowaniami bioelektrycznymi w komórkach nerwowych, natomiast przy napadach rzekomopadaczkowych w zapisie EEG nie ma patologicznych zmian w czynności mózgu [4]. W odpowiedzi na stresujące i traumatyczne wydarzenia dochodzi do nadmiernego hamowania procesu przetwarzania emocji jako próby poradzenia sobie z trudną sytuacją. Problem kontroli emocjonalnej przekłada się na zakłócenia w naszej świadomości i zaczynają działać mechanizmy podświadome [5]. Dotychczasowe badania zwracają uwagę na udział czynników stresujących w rozwoju napadów rzekomopadaczkowych. W oparciu o badania własne Srinath i wsp. [6] stwierdzili, że reakcje konwersyjne mogą powstać w odpowiedzi na represyjne relacje rodzicielskie, rywalizację wśród rodzeństwa oraz trudności w relacjach z rówieśnikami. Wylie i wsp. [7] podkreślają znaczenie stresorów środowiskowych, a przede wszystkim wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, jako czynników wywołujących napady konwersyjne. Wyniki badań Uliaszek i wsp. [8] ujawniły, że u pacjentów, u których występują napady rzekomopadaczkowe obserwuje się deregulację emocjonalną oraz upośledzenie jakości życia. U rodzin pacjentów z napadami rzekomopadaczkowymi obserwuje się małe zaangażowanie w życie rodzinne, brak pielęgnowania wartości rodzinnych oraz brak wsparcia między poszczególnymi członkami rodziny [9]. Obserwacje te zostały potwierdzone przez Szaflarskiego i wsp. [10], którzy przeprowadzili badanie jakości życia oraz nastroju wśród pacjentów z padaczką i pacjentami z napadami rzekomopadaczkowymi. Wyniki jednoznacznie wskazały na gorszą jakość życia u pacjentów z zaburzeniami konwersyjnymi oraz wykazały tendencje u tych pacjentów do przejawiania problemów emocjonalnych.

### Opis przypadku

Pacjentka lat 21, panna, bezdzietna, wyznania rzymsko-katolickiego, praktykująca, studentka 2. roku geografii. Wychowana w rodzinie pełnej. Matka ma wykształcenie średnie techniczne, bezrobotna, zdrowa, ojciec – wykształcenie średnie techniczne, pracuje na kolei, choruje na astmę oskrzelową i nadciśnienie tętnicze. Brat ma 19 lat, choruje na autyzm oraz padaczkę.

Pacjentka początek problemów zdrowotnych datuje na 17. rok życia, kiedy to wystąpił pierwszy atak przypominający przebiegiem napad padaczkowy. Pacjentka wówczas osunęła się na podłogę, wystąpiły drgawki, deklarowała brak świadomości. Pacjentka neguje bezpośredni wpływ wydarzeń stresogennych. W tle narastający stres związany z pogorszeniem relacji rówieśniczych. Wyniki badań neurologicznych wykluczyły podłoże biologiczne obserwowanych objawów.

Z wywiadu od pacjentki wynika, że urodziła się o czasie, jako 2 dziecko z 4 rodzeństwa – siostra z pierwszej ciąży zmarła w pierwszej dobie po porodzie, z ciąży bliźniaczej zmarł brat, 2 lata później urodził się młodszy brat. Chodzić zaczęła o czasie, mówić zaczęła nieznacznie później niż wskazuje norma rozwojowa. Do 4. r.ż. pozostawała pod opieką matki. Gdy miała 8 tygodni była hospitalizowana z powodu przedłużającej się żółtaczki. W wieku 1,5 roku pozostawała pod opieką ojca, gdyż matka kilka miesięcy spędziła w szpitalu będąc w zagrożonej ciąży. W tym czasie kilkakrotnie została pozostawiona bez jakiegokolwiek opieki w domu. Pierwsze wspomnienie pacjentki jest z ok. 2,5 r.ż. – powrót mamy z nowo narodzonym bratem ze szpitala. Od 4. r.ż. uczęszczała do przedszkola – źle wspomina ten czas, gdyż była wyśmiewana przez rówieśników z powodu nietypowych zachowań brata, u którego autyzm i padaczkę stwierdzono ok. 4. r.ż. Pacjentka opisuje siebie z dzieciństwa jako osobę zamkniętą, mającą trudności w kontaktach międzyludzkich, silnie przeżywającą stres. Relacje z rodzicami wspomina jako niewystarczająco zażyłe, pozbawione zrozumienia i empatii, którą obserwowała w stosunku rodziców do brata. Kontakt z bratem opisuje jako bardzo dobry, czuła się bezpiecznie. Szkołę podstawową pacjentka wspomina negatywnie – pomimo bardzo dobrych wyników w nauce czuła się odrzucona przez rówieśników. W szkole średniej pacjentka osiągała już słabsze wyniki w nauce, a początkowo dobre relacje rówieśnicze uległy pogorszeniu, co zbiegło się z diagnozą u pacjentki hirsutyzmu. W wieku 17 lat wystąpił pierwszy atak rzekomopadaczkowy podczas pobytu w szkole. Po tym zdarzeniu została odebrana przez rodziców ze szkoły i zawieziona do szpitala. Stan zdrowia pacjentki został przez rodziców uznany za niepokojący. Pacjentka przeszła specjalistyczne badania w kierunku padaczki, innych zaburzeń neurologicznych, lecz badania EEG i TK głowy nie wykazały odchyień od normy. Na przestrzeni kilku następnych miesięcy ataki występowały wyłącznie poza domem – w szkole i na ulicy. Rodzice nazywali te ataki udawaniem, reagowali niezadowolaniem i tłumaczyli nieradzeniem sobie córki ze stresem. W klasie maturalnej ataki ustąpiły na ponad rok. Ponownie wystąpiły na pierwszym roku studiów, w 2013 roku, przed zbliżającym się wyjazdem terenowym z grupą studencką. Pacjentka została ponownie poddana badaniom neurologicznym, których wyniki nie wykazały odchyień od normy. Lekarz psychiatra stwierdził u pacjentki zaburzenia konwersyjne w postaci psychogennych napadów drgawkowych. Podjęta wówczas leczenie oraz terapię psychologiczną w Poradni Zdrowia Psychicznego. Napady rzekomopadaczkowe występowały rzadko – co kilka tygodni, i miały podobny przebieg: utrata świadomości, osu-

nięcie się na ziemię i drgawki trwające ok. 5 minut, szybkie odzyskanie świadomości i brak zmęczenia. Po okresie wakacji spędzonym w domu, gdzie ataki konwersyjne nie występowały, pacjentka wróciła do miejscowości, gdzie kontynuowała studia na drugim roku. Wznowienie ataków konwersyjnych, ich wzmożona częstotliwość spowodowały, że pacjentka miała trudność w kontynuowaniu nauki. Została skierowana do Kliniki Psychiatrii w celu leczenia, w tym psychoterapii. O hospitalizacji poinformowała matkę. Ojca nie powiadomiła tłumacząc, że nie chciała go niepokoić. Pobyt pacjentki przerwany został z powodu korzystania pacjentki z opieki medycznej w innej placówce. W kilka dni od wypisu pacjentka demonstrowała chęć popełnienia samobójstwa poprzez wyskoczenie z balkonu na 3 piętrze mieszkania studenckiego. Pacjentka deklaruje, iż jej wcześniejsze zamiary i działania samobójcze pokryte były niepamięcią. Trafiła na dwa miesiące do Szpitala Psychiatrycznego, o czym zawiadomieni byli rodzice pacjentki. Po wypisie ze szpitala, z powodu ponownego nasilenia się objawów konwersyjnych wraz z myślami samobójczymi, pacjentka została skierowana do Kliniki Psychiatrii. O pobycie poinformowała matkę kilka dni po przyjęciu, ojca kilka tygodni po przyjęciu. W pierwszych tygodniach pobytu na oddziale pacjentka deklarowała miernie obniżony nastrój, zwiewne myśli samobójcze, napady konwersyjne występowały kilka razy dziennie. Po dwóch tygodniach ich częstotliwość zmalała w związku z poinformowaniem pacjentki o konieczności odroczenia procesu diagnostycznego do czasu wyrównania stanu psychicznego. W trakcie wznowionej diagnostyki psychologicznej pacjentka zdecydowała się poinformować ojca o pobycie w szpitalu. Ataki konwersyjne w kolejnych tygodniach były rzadsze, a ich wystąpienie było głównie reakcją na sytuacje interpersonalne na oddziale.

### Wyniki badania psychologicznego

Diagnostyka psychologiczna została przeprowadzona podczas pobytu pacjentki na oddziale stacjonarnym. Zastosowano obserwację, wywiad, Kwestionariusz Kompetencji Społecznych, Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej, Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości MMPI®-2.

**Tabela 1.** Wyniki uzyskane w kwestionariuszach

Table 1. Questionnaires Scores

Nazwa kwestionariusza /Wynik ogólny (Questionnaire/Score)	Wyniki podwyższone i wysokie (centyle) (High scores in Percentile scale)	Wyniki niskie (centyle) (Low scores in Percentile scale)
Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej (Neurotic Personality Questionnaire) Score: xKO-N=16.800	1. Trudność w podejmowaniu decyzji (Decision making difficulties) (90) 2. Trudności w relacjach interpersonalnych (Interpersonal difficulties) (67) 3. Poczucie winy (Self-blame) (90)	1. Skłonność do ryzyka (Risk tendencies) (0) 2. Poczucie braku wpływu (Lack of influence) (0) 3. Brak wewnątrzsterowności (External locus of control) (15) 4. Wyobraźnia i fantazjowanie (Fantasizing) (15) 5. Zawiść (Envy) (0) 6. Postawa narcystyczna (Narcissism) (7) 7. Poczucie zagrożenia (Sense of indanger) (29) 8. Egzaltacja (Exaltation) (9) 9. Irracjonalność (Irrationality) (10) 10. Drobiazgowość (Punctilious) (12)
Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (Social Competence Questionnaire) Score: KKS=101		1. Kompetencje warunkujące efektywność zachowań w syt. intymnych (Managing intimate situations) (I=31) 2. Kompetencje warunkujące efektywność zachowań w syt. ekspozycji społecznej (Dealing with social exposure) (ES=36) 3. Kompetencje warunkujące efektywność zachowań w syt. wymagających asertywności (Dealing with situations requiring assertiveness) (A=34)
Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) MMPI®-2	1. Psychastenia (Psychasthenia scale) (PT=60) 2. Depresyjność (Depression scale) (DEP=68) 3. Złość (Anger) (ANG=64)	
Wskaźnik Gougha – wiarygodności profilu (Gough factor) F-K= -5	4. Niska samoocena (Low self estimate scale) (LSE=61) 5. Przystosowanie do życia w relacji/związku (Marital Distress scale) (MDS=62) 6. Introwersja (Introversion) (INTR=68) 7. Niedostatek emocji pozytywnych (Low Positive Emotions) (RC2=60) 8. Dyskomfort Społeczny (Social Discomfort) (SOD=74)	



W Kwestionariuszu Osobowości Nerwicowej pacjentka uzyskała wynik ogólny xKON=16.800, co świadczy o podwyższonym wskaźniku neurotyczności. Wyniki wysokie odnotowano w skalach: *Trudność w podejmowaniu decyzji*, *Trudność w relacjach interpersonalnych*, *Poczucie winy*, co wiąże się z funkcjonowaniem społecznym pacjentki oraz negatywnym postrzeganiu ataków konwersyjnych, jako objawów obniżających jej wartościowość na tle grupy. Wyniki niskie odnotowano w skalach: *Skłonność do ryzyka*, *Poczucie braku wpływu*, *Brak wewnętrzsterowności*, *Wyobrażenia i fantazjowanie*, *Zawiść*, *Postawa narcystyczna*, *Poczucie zagrożenia*, *Egzaltacja*, *Irracjonalność*, *Drobiazgowość*. Wskazują one na tendencję pacjentki do wybierania konwencjonalnych rozwiązań, unikanie sytuacji ryzykownych. Funkcjonowanie pacjentki w znanych warunkach otoczenia oraz dążenie do poczucia bezpieczeństwa (włączając również mechanizmy konwersyjne) zdają się skutecznie redukować u pacjentki poczucie zagrożenia. Obserwuje się również tendencje do koncentracji na zadaniach, brak tendencji do przeżywania zdarzeń w marzeniach, niską skłonność do fantazjowania. Dominuje myślenie konkretne.

W Kwestionariuszu Kompetencji Społecznych pacjentka uzyskała niskie wyniki we wszystkich skalach. Pacjentka ma trudność w budowaniu relacji intymnych, czuje się niekomfortowo w bliższych związkach. Słabo radzi sobie w sytuacji ekspozycji społecznej. W okolicznościach, gdy konieczne jest wyrażenie lub obronienie własnego zdania pacjentka reaguje wycofaniem lub agresją. Często również unika konfrontacji. Pacjentka wypracowała mały repertuar zachowań asertywnych.

W Kwestionariuszu MMPI®-2 pacjentka odpowiedziała szczerze, wyniki są wiarygodne, wskaźnik Gougha F-K= -5. Większość skal pozostaje w ciszy diagnostycznej. Nieznacznie podwyższone wyniki pacjentka uzyskała w skalach: Psychastenii, Depresyjności, Złości, Niskiej samooceny, Przystosowania do życia w relacji/związku, Introwersji, Niedostatku emocji pozytywnych. Wysoki wynik pacjentka uzyskała w skali Dyskomfortu Społecznego. Ostatnia skala najsilniej zaznacza się w profilu pacjentki. Przeżywane niezadowolenie z siebie i z kontaktów z ludźmi, skłonność do izolacji, poczucie bycia nielubianą wpływają na ogólne obniżenie nastroju. W obrazie własnej osoby przeważa obniżona samoocena, poczucie bycia gorszą, niekompletną. W kontaktach z innymi pacjentka pozostaje nieufna, obawia się krytyki, spodziewa się niepowodzeń, łatwo rezygnuje. W relacje interpersonalne wchodzi raczej pasywnie, koncentruje się na zadaniach, a nie na wspólnych przeżyciach. Pacjentkę cechuje skrupulatność, przywiązanie do zasad, chęć realizowania oczekiwań innych. Niskie kompetencje społeczne, trudność w budowaniu

współpracy z innymi, obniżona empatia poznawcza – wpływają na trudności w kontaktach interpersonalnych, poczucie niezrozumienia oraz wzrost ryzyka konfliktów.

## Omówienie

W literaturze przedmiotu zaburzenia konwersyjne o typie psychogennych napadów drgawkowych związane są z problemem w identyfikowaniu, rozumieniu oraz regulowaniu stanów emocjonalnych. Badania pokazują również konieczność przyjrzenia się heterogeniczności grupy pacjentów z tym rozpoznaniem. Brown, Bouska i wsp. [11], w badaniach własnych 43 pacjentów z psychogennymi napadami drgawkowymi, wyróżniają dwa profile objawowe: pierwszy dotyczy osób z wyższym, niż wśród osób zdrowych, poziomem ogólnej psychopatologii, somatyzacji, aleksytymii i problemów z regulacją emocji, natomiast drugi – charakteryzuje się wysokim wskaźnikiem somatyzacji oraz depresyjności przy zachowaniu normy w odniesieniu do aleksytymii i regulacji emocji. U pacjentki obserwowana jest osłabiona zdolność identyfikowania i rozumienia stanów emocjonalnych, trudność w regulacji emocji, somatyzacja, oraz łagodnie obniżony nastrój. Rozwinięcie psychogennych napadów drgawkowych może wiązać się z wcześniejszą stycznością z epilepsją brata.

## Czynniki osobowościowe

Wystąpienie zaburzeń konwersyjnych rozumiane jest jako manifestacja konfliktu intrapsychicznego oraz przejaw zaburzeń regulacji emocji na tle schematów poznawczych defektu, depriwacji emocjonalnej, zahamowania emocjonalnego, porzucenia [12]. Badania pokazują, iż wśród osób z napadami rzekomopadaczkowymi częściej, niż w grupie osób z epilepsją, spotyka się zaburzenia osobowości paranoicznej, schizotypowej, schizoidalnej oraz borderline, histrionicznej, antyspołecznej i narcystycznej. Wśród chorujących na epilepsję ewentualne zaburzenia osobowości mają raczej postać osobowości unikającej, zależnej, obsesyjno-kompulsyjnej [13]. U pacjentki identyfikowany jest neurotyczny poziom rozwoju osobowości o typie schizoidalnym. Na rozwój osobowości o cechach schizoidalnych istotny wpływ miały doświadczenia wczesnodziecięce, relacje rodzinne i kontakty rówieśnicze, wpływające na kształtowanie się przekonań dotyczących siebie, ludzi i rzeczywistości. Doświadczenia wczesnodziecięce pacjentki – hospitalizacja w 8. tygodniu życia, kilkumiesięczna nieobecność matki w wieku 1,5 roku oraz pozostawanie bez opieki w wieku 1,5 – 2 lat wiążą się z doświadczeniem braku bezpieczeństwa w bardzo wczesnej fazie rozwoju. Nieredukowanie przez rodziców stanów przykrych wpłynęło na ugruntowanie poczucia zagrożenia oraz zaburzenia więzi. Z punktu widzenia relacji



z obiektem, przy cechach osobowości schizoidalnej, podstawowy konflikt rozgrywa się pomiędzy bliskością a dystansem, miłością i strachem [14].

### **Czynniki środowiskowe: rodzinne i rówieśnicze**

We wczesnym okresie życia pacjentka prawdopodobnie doświadczyła ze strony matki ambiwalentnych komunikatów – bliskości vs. odrzucenia. Przyjście na świat pacjentki wiązało się z jednoczesną stratą dla rodziców – śmierć drugiego dziecka z ciąży bliźniaczej. Matka wyrażała lęk o pacjentkę dążąc wówczas do bliskości, lecz często również była emocjonalnie niedostępna z powodu stanów depresyjnych. Otrzymywane komunikaty, wspólnie z doświadczeniem niedostatecznej opieki rodzicielskiej w okresie hospitalizacji matki, mogły wpłynąć na rozwój schematu porzucenia i nieufności względem ludzi i bliskich relacji. Schematy te utrwalane były poprzez negatywne doświadczenia z rówieśnikami w okresie przedszkolnym. Wzrastanie w poczuciu wyjątkowości relacji z autystycznym bratem wzmacniało wyobcowanie z kontaktów rówieśniczych. Pacjentka otrzymała rodzinny przekaz, iż choroba wiąże się z otrzymywaniem troski, zrozumienia oraz wsparcia, a wobec osoby chorej nie należy żywić negatywnych emocji, szczególnie złości. Badania pokazują, iż osoby z zaburzeniami konwersyjnymi typu napadów rzekomopadaczkowych częściej niż chorujący na epilepsję opisują rodzinę jako mało angażującą się w sprawy pacjenta i mało wspierającą. Dostrzegają w komunikacji również więcej krytycyzmu, co wpływa negatywnie na gotowość do wyrażania potrzeb i obraz własnej osoby. W rodzinach tych występuje również większa tendencja do somatyzacji, co często jest przykładem zaburzenia otwartego komunikowania emocji [9, 15]. Narastający stres, poczucie zagrożenia dobrej relacji z rodzicami i nieakceptowane emocje negatywne stały się podłożem wystąpienia objawów konwersyjnych. Pacjentka uzyskała wówczas uwagę i troskę rodziców w związku z niepokojącymi objawami przypominającymi padaczkowe. W związku z brakiem potwierdzenia rozpoznania zaburzeń neurologicznych uwaga i troska rodziców zostały wycofane. U pacjentki objawy konwersyjne jeszcze przez pewien okres występowały, lecz głównie poza domem. Koncentracja na akceptowanym przez rodziców i pacjentkę celu – zdanie egzaminu maturalnego – posłużyło jako bufor łagodzący stany emocjonalne i wpłynęło na wycofanie objawów na ponad rok. Ponowne pojawienie się nasilonych objawów konwersyjnych może być rozumiane jako manifestowanie potrzeby uwagi, przeżywania lęku, złości i potrzeby ochrony przed złością ze strony innych. Eskalacja objawów w kierunku tendencji suicydalnych może być przykładem sposobu komunikowania rodzicom przeżywania

silnego lęku i bezsilności oraz potrzeby uznania problemu pacjentki za ważny.

### **Podsumowanie**

W przedstawionym studium przypadku zwrócono uwagę na znaczenie relacji rodzinnych dla rozumienia zaburzeń pacjentki. Spojrzenie na problem pacjentki zarówno z perspektywy psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej i rodzinnej pozwala na uchwycenie szerszego kontekstu zaburzenia, z którym zgłasza się pacjent. Określenie profilu osobowości, a także poznanie relacji z osobą znaczącą, w której pacjentka czuje się bezpiecznie, pozwoliło na określenie typu optymalnej relacji terapeutycznej. Funkcja objawów konwersyjnych w dynamice kontaktów interpersonalnych stanowi istotną wskazówkę dla zaproponowania grupowej formy psychoterapii, w ramach której pacjentka ma możliwość przepracowania relacji z osobami znaczącymi oraz weryfikacji przekonań dotyczących kontaktów międzyludzkich.

### **Piśmiennictwo**

1. Pużyński S, Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków: Wyd. Vesalius; 2010.
2. Araszkiwicz A. Zaburzenia dysocjacyjne. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J (red.). Psychiatria, t. 2. Wrocław: Wyd. Urban & Partner; 2002. 485–501.
3. Rabe-Jabłońska J. Zaburzenia nerwicowe. W: Jarema M, Rabe-Jabłońska J. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011. 221–252.
4. Dziegiel K, Nyka WM, Wiśniewska M. Aspekty neurologiczne rozpoznania i różnicowania okresowych zaburzeń przytomności. Forum Medycyny Rodzinnej. 2007; 1(4): 362–367.
5. Roberts NA, Reuber M. Alterations of consciousness in psychogenic nonepileptic seizures: Emotion, emotion regulation and dissociation. *Epilepsy & Behavior*. 2014; 30: 43–49.
6. Srinath S, Bharat S, Girimaji S, Seshadri S. Characteristics of a child inpatient population with hysteria in India. *Am J Child Adolesc Psychiatry*. 1993; 32: 822–825.
7. Wyllie E, Friedman RN, Rothner D, Luders H, Dinner D, Morris H, Cruse R, Erenberg G, Kotagal P. Psychogenic seizures in children and adolescents: Outcome after diagnosis by Ictal Video and Electroencephalographic recording. *Pediatrics*. 1990; 85: 480–484.
8. Uliaszek AA, Prensky E, Baslet G. Emotion regulation profiles in psychogenic non-epileptic seizure. *Epilepsy & Behavior*. 2012; 22(3): 364–369.
9. Moore PM, Baker GA, McDade G, Chadwick D, Brown S. Epilepsy, pseudoseizures and perceived family characteristics: A controlled study. *Epilepsy Res*. 1994; 18(1): 75–83.
10. Szaflarski JP, Hughes C, Szaflarski M, Ficker DM, Cahill WT, Li M, Privitera M. Quality of life in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*. 2003; 44: 236–242.
11. Brown RJ, Bouska JF, Frow A, Kikrby A, Baker GA, Kemp S, Burness C, Reuber M. Emotional dysregulation, alexithymia, and attachment in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*. 2013; 29: 178–183.

12. Young J, Klosko J, Weishaar M. Charakterystyka wczesnych nieadaptacyjnych schematów. W: *Terapia schematów*. Gdańsk: GWP; 2014.
13. Harden CL, Jovine L, Burgut FT, Carey BT, Nikolov BG, Ferrando SJ. A comparison of personality disorder characteristics of patients with nonepileptic psychogenic pseudo-seizures with those of patients with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2009; 14: 481–483.
14. McWilliams N. Osobowość schizoidalna. W: *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk: GWP; 2009, 203–218.
15. Wood BL, McDaniel S, Burchfiel K, Erba G. Factors distinguishing families of patients with psychogenic seizures from families of patients with epilepsy. *Epilepsia.* 1998; 39: 432–437.

Artykuł przyjęty do redakcji: 06.12.2013

Artykuł przyjęty do publikacji: 15.09.2014

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.  
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

**Adres do korespondencji:**

Anna Dudzic-Koc  
Klinika Psychiatrii  
Szpital Uniwersytecki nr 1. im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy  
ul. Kurpińskiego 19  
85-096 Bydgoszcz  
tel: (52) 585 42 60  
adres e-mail: dudzic.a@gmail.com  
Katedra Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytet Mikołaja  
Kopernika Bydgoszcz



## **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](mailto: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](mailto: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.

Nabór trwa cały czas, 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>



## 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 i 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](mailto:pielęgniarstwo-polskie@ump.edu.pl). Redakcja nie wymaga przysyłania wersji papierowej manuskryptu.

Nadesłane 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 adiuścacji, tj. bez twardych 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 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 „Piśmiennictwem”).

## GUIDANCE FOR CONTRIBUTORS

„Pielęgniarstwo Polskie” prints reviewed original research, opinion articles, case studies, conference reports, book reviews and studies in history of nursery 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](mailto: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.

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

### ORIGINAL RESEARCH

Original research presents results of original investigations conducted in the field of nursery and medicine in general. The paper should be divided into: “Abstract”, “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).

## PIŚMIENNICTWO

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.* Warszawa: PWN; 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, siedzibę i nazwę wydawnictwa, rok wydania, numer pierwszej i ostatniej strony cytowanego rozdziału:

3. Pawlak P. *Życie i umieranie.* W: Malinowski A (red.). *Gerontologia.* Warszawa: PWN; 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.* Warszawa: PWN; 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.* Warszawa: PWN; 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 powinny być umieszczone 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

Podpisy pod rycinami powinny być w języku polskim i angielskim z użyciem numeracji arabskiej. Wnętrze rycin, oprócz wersji polskiej, powinno zawierać wersję angielską.

## 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 przesać 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. The contents of the figures should be in Polish and in English.

## 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.