

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 2 (56)
6/2015

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
Barbara Błazejczak

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. 11,8. Ark. druk. 16,0.

Format A4. Zam. nr 104/15.

PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING



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: pielegniarstwpolskie@ump.edu.pl

www.pielegniarstwo.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 hab. Monika Urbaniak
dr Aleksandra Zielińska
dr Katarína Žiaková
mgr Klaudia J. Ćwiękała-Lewis

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)
International Healthcare Leadership and Development (IHLD)
Association (USA)



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 Stępiak
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: pielęgniarstwpolskie@ump.edu.pl
www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl



PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

THEMATIC EDITORS

CLINICAL NURSING

Joanna Stanisławska
Dorota Talarcka

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 Talarcka
Monika Urbaniak
Aleksandra Zielińska
Katarína Žiaková
Klaudia J. Cwiękała-Lewis

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)
International Healthcare Leadership and Development (IHL)
Association (USA)

■ SPIS TREŚCI

Od redaktora	119
PRACE ORYGINALNE	
<i>Ewa Michota-Katulska, Magdalena Zegan, Wiesława Zyznowska, Beata Sińska, Alicja Kucharska</i> Wybrane elementy stylu życia młodzieży gimnazjalnej	121
<i>Honorata Piasecka, Barbara Ślusarska, Grzegorz Nowicki</i> Zdrowie jako wartość wśród młodzieży studiującej w uwarunkowaniach społeczno-demograficznych i ocena żywienia badanej grupy	127
<i>Jadwiga Synowiec, Dorota Olszewska</i> Zmiany w dysponowaniu budżetami gospodarstw domowych w Polsce w zakresie wydatków na ochronę zdrowia w latach 2003–2012	135
<i>Anna Święcicka, Maciej Święcicki</i> Wpływ rodziny na zachowania prozdrowotne osób starszych po 65 roku życia	141
<i>Iwona Nowakowska, Karolina Kubara</i> We mnie jest moc! Czy społeczeństwo ma wiedzę na temat korzyści płynących z profilaktyki zdrowotnej?	149
<i>Sebastian A. Zdończyk, Mariola Rynkiewicz</i> Jakość życia kobiet po leczeniu operacyjnym raka gruczołu piersiowego	153
<i>Paweł Kalinowski, Marta Estera Kowalska, Urszula Bojakowska</i> Poziom wiedzy mieszkańców województwa lubelskiego na temat dróg przenoszenia wirusa zapalenia wątroby typu C oraz metod zapobiegania zakażeniu	159
<i>Michał Janowski, Renata Rasińska</i> Wybrane zachowania zdrowotne pracowników ochrony zdrowia	164
<i>Halina Cieślak, Barbara Knoff, Zofia Sienkiewicz</i> Rozpowszechnienie czynników ryzyka chorób układu krążenia wśród mieszkańców Warszawy	170
<i>Karina Parużyńska, Jan Nowomiejski, Renata Rasińska</i> Analiza zjawiska wypalenia zawodowego personelu medycznego	175
PRACE POGLĄDOWE	
<i>Wiesław Siwiński, Renata Rasińska</i> Aktywność fizyczna jako zasadniczy cel stylu życia i zdrowia człowieka	181
<i>Monika Urbaniak</i> Podstawy prawne realizacji praw pacjenta małoletniego przez podmioty lecznicze.	189
<i>Joanna Zdanowska, Jolanta Sielska, Eliza Dąbrowska</i> Ochrona zdrowia dzieci przed następstwami palenia tytoniu i alkoholizmu	194
<i>Justyna Deręgowska, Beata Majorczyk</i> Kultura pedagogiczna rodziców a styl życia w rodzinie jako czynniki ochrony zdrowia w rodzinie. Refleksja pedagogiczna	199
<i>Sandra Kryska, Mateusz Grajek, Karolina Sobczyk</i> Czynniki rodzinne wpływające na kształtowanie nawyków żywieniowych dzieci	212
PRACA KAZUISTYCZNA	
<i>Piotr Pagórski, Danuta Markiewicz</i> Motywowanie pracowników wybranych oddziałów szpitalnych ze szczególnym uwzględnieniem pielęgniarek	216
INFORMACJE	
Konferencja naukowa „Zdrowie – wartość społeczna”	225
Sprawozdanie z I Studenckiego Spotkania „Jakość w systemie opieki zdrowotnej”	230
Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu. Deklaracja członkowska	233
Podypłomowe Studium Zarządzania w Opiece Zdrowotnej	235
Wskazówki dla autorów	236

■ CONTENTS

Editor's note	120
ORIGINAL PAPERS	
<i>Ewa Michota-Katulaska, Magdalena Zegan, Wiesława Zyznowska, Beata Sińska, Alicja Kucharska</i> Selected lifestyle elements of gimnazjum (secondary school) students	121
<i>Honorata Piasecka, Barbara Ślusarska, Grzegorz Nowicki</i> The value of health in the perception of students in terms of socio-demographic determinants and the evaluation of eating habits of the surveyed	127
<i>Jadwiga Synowiec, Dorota Olszewska</i> The changes in household management in Poland in the years 2003–2012 in spending for health protection	135
<i>Anna Świącicka, Maciej Świącicki</i> Influence of family on health promoting behaviour of elderly persons at the age of 65 and over.	141
<i>Iwona Nowakowska, Karolina Kubara</i> The power is in me! Does the society have knowledge about the benefits of health prevention?	149
<i>Sebastian A. Zdończyk, Mariola Rynkiewicz</i> Quality of life of women after surgical treatment of breast cancer	153
<i>Paweł Kalinowski, Marta Estera Kowalska, Urszula Bojakowska</i> The level of knowledge of the routes of hepatitis C transmission and methods of prevention in Lublin province.	159
<i>Michał Janowski, Renata Rasińska</i> Selected health behaviours of health care professionals	164
<i>Halina Cieślak, Barbara Knoff, Zofia Sienkiewicz</i> Prevalence of cardiovascular risk factors among residents of Warsaw	170
<i>Karina Parużyńska, Jan Nowomiejski, Renata Rasińska</i> Analysis of a burnout phenomena of medical staff	175
REVIEW PAPERS	
<i>Wiesław Siwiński, Renata Rasińska</i> Physical activity an essential objective of lifestyle and human health	181
<i>Monika Urbaniak</i> The legal basis for implementing the rights of a juvenile patient by the entities providing health services	189
<i>Joanna Zdanowska, Jolanta Sielska, Eliza Dąbrowska</i> Protecting health children from smoking and alcohol	194
<i>Justyna Deręgowska, Beata Majorczyk</i> Parental pedagogical culture and family lifestyle as healthcare factors within the family. A pedagogical reflection.	199
<i>Sandra Kryska, Mateusz Grajek, Karolina Sobczyk</i> Family impact on children's eating behaviours	212
CASE STUDY	
<i>Piotr Pagórski, Danuta Markiewicz</i> Motivation employees of some hospital wards with a particular emphasis on the nurses	216
INFORMATION	
Scientific Conference "Health – social value"	225
The report from the first shielent meeting "Quality in health core system"	230
Polish Society of Heath Sciences. Member's declaration	233
Postgraduate Course "The management in Health Care"– information	235
Guidance for contributors	236

■ OD REDAKTORA

Szanowni Czytelnicy,

w imieniu Komitetu Naukowego mamy przyjemność zarekomendować Państwu drugi w 2015 roku numer „Pielęgniarstwa Polskiego”.

Treści zawarte w tym numerze mają bardzo zróżnicowany charakter, odzwierciedlają obszary zainteresowań poznawczych zarówno personelu medycznego, jak i kadry naukowej uniwersytetów medycznych i innych. Mamy nadzieję, że artykuły spotkają się z pozytywnym odbiorem Czytelników.

Bieżący numer otwierają prace związane z szeroko pojętym zdrowiem i zachowaniami zdrowotnymi różnych grup społecznych, począwszy od gimnazjalistów, a skończywszy na grupie osób starszych po 65 roku życia.

Rekomendujemy także szczególnie ważne i godne polecenia artykuły poruszające temat wypalenia zawodowego personelu medycznego oraz motywowania pracowników wybranych oddziałów szpitalnych, ze szczególnym uwzględnieniem pielęgniarek. Lektura tych artykułów może wzbudzić szereg przemyśleń w odniesieniu do własnej pracy i kultury organizacyjnej jednostki, w której Państwo pracują.

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

Zachęcamy Czytelników do nadsyłania prac oraz aktywnego kontaktu z Redakcją.

Życzymy owocnej lektury i zapraszamy do udziału w konferencjach organizowanych przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

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 are pleased to recommend you the second issue of the 'Polish Nursing' in 2015. The contents of this issue are very diverse in nature, reflecting areas of cognitive interests of scientific staff and medical personnel, medical universities, and others. We hope the contents will be appreciated by our Readers.

The current issue of the 'Polish Nursing' starts with papers on health and health behaviours of different social groups, ranging from high school students to a group of seniors over 65 years old.

We also recommend articles of particular importance and worth recommending which cover the topic of professional burnout, and motivating employees of selected wards with special reference to the nurses. The reading may give rise to a number of reflections with respect to their own work and organizational culture of the unit in which you work.

At the end of this issue we include information on postgraduate studies in healthcare management and invite everyone to become members of the Polish Society of Health Sciences (please find a membership form attached).

We encourage Readers to submit articles and contact the Editors. We wish the fruitful reading and we invite to participate in scientific conferences organized by the Poznan University of Medical Sciences.

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

*Renata Rasińska, PhD (Eng)
Scientific Secretary*

■ WYBRANE ELEMENTY STYLU ŻYCIA MŁODZIEŻY GIMNAZJALNEJ

SELECTED LIFESTYLE ELEMENTS OF GIMNAZJUM (SECONDARY SCHOOL) STUDENTS

Ewa Michota-Katulaska, Magdalena Zegan, Wiesława Zyznowska, Beata Sińska, Alicja Kucharska

Zakład Żywienia Człowieka
Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Cel. Celem pracy była ocena wybranych elementów stylu życia (aktywność fizyczna i sposób żywienia) młodzieży w wieku gimnazjalnym.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono we wrześniu 2013 r. na celowo dobranej grupie 184 gimnazjalistów. Wśród badanych było 89 chłopców i 95 dziewcząt, w tym 90 osób mieszkało w mieście, a 94 na wsi. W badaniach posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety. Do opracowania uzyskanych wyników wykorzystano pakiet Statistica 9.0 Stat/Soft, zastosowano testy statystyczne: test chi-kwadrat ($p < 0,05$).

Wyniki. Ponad dwie trzecie badanych osób deklarowało podejmowanie czynności związanych z aktywnością fizyczną – trzy i więcej razy w tygodniu. Tylko co trzeci respondent odpowiadał, że w szkole może w pełni realizować swoje potrzeby w zakresie aktywności fizycznej. Wykazano błędy żywieniowe popełniane przez badaną młodzież, więcej niż połowa nie jadła regularnie posiłków i nie spożywała drugiego śniadania, charakterystyczne było również zjawisko pojadania. W diecie uczestników badań własnych wykazano zbyt rzadkie spożycie przetworów zbożowych, warzyw, owoców, mleka i produktów mlecznych oraz ryb.

Wnioski. Ze względu na błędy w zakresie sposobu żywienia popełniane przez badaną młodzież oraz niewystarczającą aktywność fizyczną konieczne jest prowadzenie edukacji prozdrowotnej, np. w formie praktycznych warsztatów żywieniowych oraz pozalekcyjnych zajęć sportowych.

SŁOWA KLUCZOWE: styl życia, młodzież gimnazjalna, aktywność fizyczna, sposób żywienia.

ABSTRACT

Aim. The aim of the study was the assessment of selected lifestyle elements (nutrition and physical activity) of secondary school students.

Material and methods. The survey was conducted in September 2013 on a purposively sampled group of 184 gymnasium students. The surveyed group comprised 89 boys and 95 girls. 90 of the children lived in a city, 94 – in the country. An original survey questionnaire was employed. Statistica 9.0 Stat/Soft software was used to process the data; in the statistical analysis, a chi-squared test was employed ($p < 0.05$).

Results. Over two thirds of the respondents declared engaging in physical activity three or more times a week. Only every third respondent indicated that they could meet their physical activity needs at school. Nutritional mistakes occurred frequently; more than half of the students did not eat regular meals and did not have second breakfast; snacking was common. The diet of the respondents did not include enough cereal products, vegetables, fruit, fish, or milk and its products.

Conclusions. On account of the mistakes in diet of the surveyed youth and their insufficient physical activity, it is vital to conduct health education, for instance by organizing practical nutrition workshops and after-school sports activities.

KEYWORDS: lifestyle, secondary school students, physical activity, dietary habits.

Wstęp

Podstawowymi elementami prozdrowotnego stylu życia są: racjonalne żywienie, aktywność fizyczna, życie bez nałogów, sen i wypoczynek. Proponowane przez Lalonde'a [1] pola zdrowia wskazują, że styl życia (53 proc.) ma największy wpływ na zdrowie.

Aktywność fizyczna to kluczowy czynnik prawidłowego rozwoju fizycznego, emocjonalnego, intelektualnego i społecznego dziecka. Jest ona podstawowym elementem wpływającym na dobre samopoczucie, zapobiega chorobom, ułatwia radzenie sobie ze stre-

sem. Okazją do zapewnienia młodzieży odpowiedniego poziomu aktywności są zajęcia wychowania fizycznego w szkole oraz sport w ramach zajęć pozalekcyjnych.

Żywienie dzieci i młodzieży powinno być zgodne z ich aktualnym stadium rozwojowym i fizjologicznym. W wieku pokwitania następuje szczególnie szybki wzrost i rozwój organizmu, czego wyrazem jest między innymi skok pokwitaniowy. Zaspokojenie potrzeb żywieniowych młodzieży w tym wieku warunkuje zarówno prawidłowy przebieg dynamicznych procesów rozwojowych, jak również sprzyja zapewnieniu dobrego zdro-

wia w przyszłości, chroni przed rozwojem niektórych chorób cywilizacyjnych (np. miażdżycy, nadciśnienia tętniczego, osteoporozy) [2].

Cel

Celem pracy była ocena wybranych elementów stylu życia (aktywność fizyczna i sposób żywienia) młodzieży w wieku gimnazjalnym.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono we wrześniu 2013 r. na celowo dobranej grupie 184 gimnazjalistów. Wśród badanych było 89 chłopców i 95 dziewcząt, w tym 90 osób mieszkało w mieście, a 94 na wsi. W badaniu posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety składającym się z 24 pytań i metryczki. Pytania – zamknięte i półotwarte – dotyczyły sposobu żywienia i aktywności fizycznej. W przypadku pytań z możliwością wielokrotnego wyboru wyniki przedstawiono jako odsetek wskazań. Do opracowania uzyskanych wyników wykorzystano pakiet Statistica 9.0 Stat/Soft, zastosowano testy statystyczne: test chi-kwadrat ($p < 0,05$).

Wyniki i dyskusja

Niemal wszystkie osoby badane deklarowały wiedzę na temat zdrowego stylu życia, wymieniając najczęściej wśród elementów wchodzących w jego skład aktywność fizyczną (88% wskazań) oraz prawidłowe odżywianie (76,1% wskazań). Nieco mniejszy odsetek respondentów wskazał: sen i wypoczynek oraz brak nałogów (Tabela 1).

Tabela 1. Wiedza respondentów na temat zdrowego stylu życia
Table 1. Respondents' knowledge about healthy lifestyle

Deklaracja wiedzy na temat zdrowego stylu życia (%) <i>Declaration of knowledge on healthy lifestyle (%)</i>				
	Chłopcy <i>Boys</i>	Dziewczęta <i>Girls</i>	Miasto <i>City</i>	Wieś <i>Country</i>
Tak/Yes	96,63	97,89	98,68	96,30
Nie/No	3,37	2,11	1,32	3,70
Elementy zdrowego stylu życia w opinii respondentów (odsetek wskazań) <i>Elements of the healthy lifestyle, according to the respondents (percentage of indications)</i>				
Aktywność fizyczna <i>Physical activity</i>	Prawidłowe odżywianie <i>Proper nutrition</i>	Brak nałogów <i>Lack of addictions</i>	Sen, wypoczynek <i>Sleep, rest</i>	
88,04	76,09	61,41	56,52	

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Ponad dwie trzecie badanych osób deklarowało podejmowanie czynności związanych z aktywnością fizyczną trzy i więcej razy w tygodniu. Istotne różnice zaobserwowano między mieszkańcami miast i wsi – ci

ostatni deklarowali częstsze podejmowanie aktywności ($p < 0,05$). W grupie osób mieszkających na wsi niemal 90% podejmowało aktywność częściej niż dwa razy w tygodniu, podczas gdy w mieście odsetek ten wyniósł 82%. Tylko co trzeci respondent odpowiadał, że w szkole może w pełni realizować swoje potrzeby w zakresie aktywności fizycznej; osoby mieszkające na wsi częściej niż te mieszkające w mieście odpowiadały twierdząco ($p < 0,05$). Nieco ponad 60% badanych uważało, że w miejscu zamieszkania może w pełni realizować swoje potrzeby w zakresie aktywności fizycznej. Aktywnością fizyczną najchętniej podejmowaną przez respondentów była jazda na rowerze (62,6% wskazań), kolejną – gry zespołowe (59,9% wskazań) oraz pływanie (49,5% wskazań). Ponad 60% ankietowanych twierdziło, że jest zadowolonych lub bardzo zadowolonych ze swojej sprawności fizycznej w porównaniu z rówieśnikami. Wykazano istotne różnice pomiędzy dziewczętami i chłopcami w deklarowanym zadowoleniu ze swojej sprawności fizycznej ($p < 0,05$); chłopcy byli bardziej zadowoleni niż dziewczęta. Różnice te występowały także pomiędzy osobami mieszkającymi w mieście i na wsi; osoby mieszkające na wsi wyżej oceniały swoją sprawność fizyczną w porównaniu z rówieśnikami z miasta ($p < 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 2. Aktywność fizyczna respondentów
Table 2. Respondents' physical activity

	Chłopcy <i>Boys</i>	Dziewczęta <i>Girls</i>	Miasto <i>City</i>	Wieś <i>Country</i>
Częstotliwość aktywności fizycznej (%) <i>Frequency of physical activity (%)</i>				
3 i więcej razy w tygodniu <i>3 or more times a week</i>	65,17	65,26	44,74	79,63
2 razy w tygodniu <i>Twice a week</i>	17,98	24,21	36,84	10,19
Raz w tygodniu <i>Once a week</i>	12,36	7,37	13,16	7,41
Nie podejmuję takich zajęć <i>I do not participate in such activities</i>	4,49	3,16	5,26	2,78
Rodzaje aktywności fizycznej najczęściej podejmowane przez respondentów (odsetek wskazań) <i>Types of physical activities most often taken up by the respondents (percentage of indications)</i>				
Pływanie/ <i>Swimming</i>	39,33	9,14	56,76	44,44
Jazda na rowerze/ <i>Cycling</i>	55,06	69,89	62,16	62,96
Jogging/ <i>Jogging</i>	10,11	19,35	17,57	12,96
Aerobic/ <i>Aerobic</i>	2,25	27,96	9,46	19,44
Ćwiczenia siłowe/ <i>Strength training</i>	40,45	24,73	25,68	37,04
Gry zespołowe/ <i>Team sports</i>	64,04	55,91	58,11	61,11

Własna ocena sprawności fizycznej (%) Self-assessment of physical fitness (%)				
Jestem niezadowolona/y <i>I am not satisfied</i>	4,49	12,36	17,11	2,78
Jestem raczej niezadowolona/y <i>I am rather unsatisfied</i>	21,35	30,53	26,32	25,93
Jestem zadowolona/y <i>I am satisfied</i>	43,82	38,95	39,47	42,59
Jestem bardzo zadowolona/y <i>I am very satisfied</i>	30,34	17,89	17,11	28,70
Możliwość zaspokajania w szkole potrzeb w zakresie aktywności fizycznej (%) The ability to meet physical activity needs at school (%)				
Tak/Yes	26,97	40,00	21,05	42,59
Nie/No	73,03	60,00	78,95	57,41
Możliwość zaspokajania potrzeb w miejscu zamieszkania w zakresie aktywności fizycznej (%) The ability to meet physical activity needs at home (%)				
Tak/Yes	55,68	66,32	68,42	55,07
Nie/No	44,32	33,68	31,58	43,93

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Odżywianie obok aktywności fizycznej zostało wskazane przez ankietowanych jako jeden z dwóch najważniejszych czynników wchodzących w skład zdrowego stylu życia. Czterdzieści procent badanych twierdziło, że jada regularnie posiłki. Taki sam odsetek badanych udzielił odpowiedzi „czasami”. Chłopcy częściej niż dziewczęta odpowiadali, że regularnie spożywają posiłki ($p < 0,05$). Równie istotna, jak regularność spożywania posiłków, jest ich liczba. Jedzenie czterech posiłków dziennie deklarowało 36,3% osób badanych, na spożycie trzech posiłków wskazało 35,9% respondentów, zaś co dziesiąta osoba jadła pięć posiłków. Chłopcy jedli statystycznie więcej posiłków dziennie niż dziewczęta ($p < 0,05$). Czterdzieści cztery procent badanych deklarowało, że codziennie zjada drugie śniadanie. Fakt jedzenia jednego ciepłego posiłku w ciągu dnia potwierdziło 80% ankietowanych. Jedna trzecia osób badanych codziennie sięgała po mleko i przetwory mleczne. Prawie połowa respondentów twierdziła, że spożywa jajka, głównie raz–dwa razy w tygodniu. Natomiast na codzienną konsumpcję mięsa czerwonego wskazało 30% badanych. Wykazano, że osoby mieszkające w mieście częściej jadły ten rodzaj mięsa niż mieszkające na wsi ($p < 0,05$). Co dziesiąty uczeń codziennie spożywał drób, a jedynie co dwudziesty konsumował ryby. Na codzienne spożywanie warzyw wskazało 40% respondentów. Zaobserwowano istotną różnicę między płciami ($p < 0,05$), wskazującą, że istotnie częściej warzywa spożywane były w mieście ($p < 0,05$). Co drugi uczeń codziennie sięgał po owoce. Dziewczęta istotnie częściej jadły owoce w porówna-

niu z chłopcami ($p < 0,05$). Również osoby mieszkające w mieście częściej spożywały owoce ($p < 0,05$). Trzy czwarte osób badanych stwierdziło, że codziennie jadło pieczywo pełnoziarniste, a spożycie przetworów zbożowych (kasza, ryż, makaron) deklarowało około 8% badanych. Na podstawie uzyskanych wyników zaobserwowano, że kaszę i ryż istotnie częściej jadali mieszkańcy miast niż wsi ($p < 0,05$). Najczęściej wybieranym napojem była herbata (80 odsetek wskazań), drugie pod względem popularności były soki owocowe (73,6 odsetka wskazań) i napoje gazowane (56,5 odsetka wskazań). Rzadziej deklarowane było picie wody. Pojądanie między posiłkami deklarował co czwarty badany, 37% respondentów podało, że robi to czasami. Osoby mieszkające na wsi częściej odpowiadały twierdząco na to pytanie ($p < 0,05$). Najczęściej wskazywanymi przez badanych produktami pojadanymi były: chipsy, paluszki, słodycze. Czterdzieści pięć procent osób badanych twierdziło, że nie jadło produktów typu fast food, co trzeci jadł je raz w tygodniu (**Tabela 3**).

Tabela 3. Sposób żywienia
Table 3. Dietary habits

	Chłopcy <i>Boys</i>	Dziewczęta <i>Girls</i>	Miasto <i>City</i>	Wieś <i>Country</i>
Regularność posiłków (%) / <i>Regularity of meals (%)</i>				
Tak/Yes	50,56	30,53	48,68	34,26
Nie/No	16,85	20,00	18,42	18,52
Czasami/ <i>Sometimes</i>	32,58	49,47	32,89	47,22
Liczba posiłków spożywanych w ciągu dnia (%) / <i>Number of meals per day (%)</i>				
2 posiłki/ <i>2 meals</i>	3,37	13,68	6,58	10,19
3 posiłki/ <i>3 meals</i>	34,83	36,84	36,84	35,19
4 posiłki/ <i>4 meals</i>	34,83	37,89	44,74	30,56
5 posiłków/ <i>5 meals</i>	16,85	7,37	10,53	12,96
Więcej niż 5 posiłków/ <i>More than 5 meals</i>	10,11	4,21	1,32	11,11
Spożywanie drugiego śniadania (%) / <i>Having second breakfast (%)</i>				
Tak/Yes	46,00	42,00	39,33	42,45
Nie/No	23,00	22,00	16,00	21,00
Czasami/ <i>Sometimes</i>	31,00	36,00	44,67	36,55
Codzienne spożywanie ciepłego posiłku (%) / <i>Having a hot meal daily (%)</i>				
Tak/Yes	78,00	82,00	61,33	69,81
Nie/No	10,00	11,00	15,67	15,00
Czasami/ <i>Sometimes</i>	12,00	7,00	23,00	15,19
Pojądanie między posiłkami (%) / <i>Snacking (%)</i>				
Tak/Yes	25,84	24,21	13,16	33,33
Nie/No	33,71	42,11	51,32	28,70
Czasami/ <i>Sometimes</i>	40,45	33,68	35,53	37,96
Częstotliwość spożywania produktów spożywczych (%) / <i>Frequency of eating given products (%)</i>				
Mleko i produkty mleczne / <i>Milk and milk products</i>				
Codziennie/ <i>Every day</i>	40,45	32,63	43,42	31,48

3-4 razy w tygodniu/3-4 times a week	24,72	17,89	21,05	21,30
1-2 razy w tygodniu/1-2 times a week	17,98	26,32	21,05	23,15
Rzadziej niż raz w tygodniu/Less often than once a week	16,95	23,16	14,47	24,07
Jaja/Eggs				
Codziennie/Every day	8,99	2,11	6,58	4,63
3-4 razy w tygodniu/3-4 times a week	13,48	14,74	14,47	13,89
1-2 razy w tygodniu/1-2 times a week	47,19	43,16	50,00	41,67
Rzadziej niż raz w tygodniu/Less often than once a week	30,34	40,00	28,95	39,81
Mięso czerwone/Red meat				
Codziennie/Every day	33,71	26,60	37,33	25,00
3-4 razy w tygodniu/3-4 times a week	41,57	36,17	48,00	32,41
1-2 razy w tygodniu/1-2 times a week	16,85	24,47	12,00	26,85
Rzadziej niż raz w tygodniu/Less often than once a week	7,87	12,77	2,67	15,74
Drób/Poultry				
Codziennie/Every day	7,87	15,79	6,58	15,74
3-4 razy w tygodniu/3-4 times a week	32,58	23,16	34,21	23,15
1-2 razy w tygodniu/1-2 times a week	46,07	36,84	42,11	40,74
Rzadziej niż raz w tygodniu/Less often than once a week	34,48	24,21	17,11	20,37
Ryby/Fish				
Codziennie/Every day	7,87	3,16	1,32	8,33
3-4 razy w tygodniu/3-4 times a week	8,99	13,68	13,16	10,19
1-2 razy w tygodniu/1-2 times a week	35,96	36,84	50,00	26,85
Rzadziej niż raz w tygodniu/Less often than once a week	47,19	46,32	35,53	54,63
Warzywa/Vegetables				
Codziennie/Every day	34,83	44,21	51,32	31,48
3-4 razy w tygodniu/3-4 times a week	23,60	31,58	26,32	28,70
1-2 razy w tygodniu/1-2 times a week	26,97	16,84	15,79	25,93
Rzadziej niż raz w tygodniu/Less often than once a week	14,61	7,37	6,58	13,89

Owoce/Fruit				
Codziennie/Every day	44,94	60,00	60,53	47,22
3-4 razy w tygodniu/3-4 times a week	33,71	30,53	31,58	32,41
1-2 razy w tygodniu/1-2 times a week	16,85	8,42	6,58	16,67
Rzadziej niż raz w tygodniu/Less often than once a week	4,49	1,05	1,32	3,70
Pieczywo pełnoziarniste/Wholemeal bread				
Codziennie/Every day	68,54	86,32	82,89	74,07
3-4 razy w tygodniu/3-4 times a week	22,47	8,42	13,16	16,67
1-2 razy w tygodniu/1-2 times a week	5,62	5,26	3,95	6,48
Rzadziej niż raz w tygodniu/Less often than once a week	3,37	0,00	0,00	2,78
Produkty zbożowe (kasza, ryż, makaron)/Cereal products (rice, pasta, groats)				
Codziennie/Every day	6,74	8,42	7,89	7,41
3-4 razy w tygodniu/3-4 times a week	16,85	16,84	22,37	12,96
1-2 razy w tygodniu/1-2 times a week	38,20	33,68	46,05	28,70
Rzadziej niż raz w tygodniu/Less often than once a week	38,20	41,05	23,68	50,93
Produkty typu fast food/Fast food				
Codziennie/Every day	2,25	2,11	1,32	2,78
Więcej niż 3 razy w tygodniu/More than 3 times a week	5,62	3,16	2,63	5,56
3 razy w tygodniu/3 times a week	4,49	3,16	6,58	1,85
2 razy w tygodniu/Twice a week	12,36	9,47	9,21	12,04
Raz w tygodniu/Once a week	39,33	28,42	34,21	33,33
Nie jadamy/Never	35,96	53,68	46,05	44,44
Najczęściej spożywane napoje/Most commonly consumed beverages				
Woda niegazowana/Still water	38,20	49,47	55,26	36,11
Woda gazowana/Sparkling water	41,57	33,68	26,68	47,22
Napój gazowany/Fizzy drinks	56,18	56,84	42,11	66,67
Soki owocowe/Fruit juices	64,04	83,16	69,74	76,85
Soki warzywno-owocowe/Mixed vegetable and fruit juices	12,36	15,79	7,89	18,52
Herbata/Tea	71,91	86,32	73,68	83,33

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

Aktywność fizyczna to jeden z podstawowych elementów zapewniających właściwy stan zdrowia oraz dobre samopoczucie. We współczesnych zaleceniach racjonalnego żywienia regularna aktywność fizyczna jest wskazywana jako kluczowy element prozdrowotnego stylu życia. W badaniach własnych prawie 90% ankietowanych uczniów bez względu na płeć oraz miejsce zamieszkania uważało, że jest ona najważniejszym elementem zdrowego stylu życia. Mniej więcej dwie trzecie deklarowało podejmowanie aktywności trzy razy w tygodniu lub częściej. Czerwiak i wsp. [3] w badaniach przeprowadzonych wśród gimnazjalistów wykazali, że uprawianie sportu rekreacyjnie lub wyczynowo było typowe dla 46% badanych. Znaczne obniżenie aktywności fizycznej wśród młodzieży potwierdzają badania Bronikowskiego [4]. Wyniki badań HBSC (ang. *Health Behavior in School-aged Children* – „Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej”) wskazują, że dwie trzecie młodzieży szkolnej nie osiąga zalecanego poziomu aktywności fizycznej [5]. Najczęstszymi formami aktywności ruchowej w badaniach własnych były: jazda na rowerze, gry zespołowe oraz pływanie. Są to dyscypliny ogólnorozwojowe, pozwalające na pełny rozwój młodego organizmu. Kolejnym pozytywnym elementem zaobserwowanym na podstawie wyników badań własnych jest fakt, że młodzież organizuje sobie różne formy aktywności fizycznej we własnym zakresie, ponieważ ponad dwie trzecie respondentów twierdziło, że szkoła nie zapewnia możliwości zaspokajania ich potrzeb w zakresie aktywności fizycznej. Przy czym dwukrotnie więcej młodzieży zamieszkałej w mieście nie było zadowolonej z oferty przedstawianej przez szkoły. Odwrotnie sytuacja wyglądała z możliwością realizacji zajęć fizycznych w miejscu zamieszkania. Bez względu na płeć i miejsce zamieszkania ponad dwie trzecie badanych twierdziło, że w pełni może się realizować w zakresie podejmowania aktywności fizycznej. Konsekwencją powyższych wyników może być fakt, że 63% ankietowanej młodzieży było zadowolonej ze swojej sprawności fizycznej. Jest to poziom zbliżony do wyników podobnych badań prowadzonych wśród młodzieży w wieku gimnazjalnym przez Wojtyłę i wsp. [6].

Jednym z podstawowych elementów racjonalnego żywienia młodzieży w wieku gimnazjalnym jest zapewnienie spożywania dobrze zbilansowanych czterech – pięciu posiłków równomiernie rozłożonych w ciągu dnia. Zdecydowana większość ankietowanych odpowiedziała, że jadła od trzech do czterech posiłków, natomiast jedna piąta ankietowanych twierdziła, że nie jada posiłków regularnie. W badaniu przeprowadzonym przez Czerwiak i wsp. [3] ponad 56% badanych gimnazjalistów deklarowało regularne spożywanie posiłku.

Wyniki uzyskane przez Kurzak i Pawelec [7] wskazują na spożywanie przede wszystkim trzech posiłków dziennie (57% respondentów), natomiast konsumpcję czterech posiłków deklarowało 28% ankietowanych. Zbliżone wyniki uzyskały Ponczek i Olszowy [8], wykazując, że trzy i więcej posiłków dziennie spożywało 84% młodzieży. Uczestniczący w badaniach własnych chłopcy i uczniowie mieszkający w mieście zdecydowanie częściej jadali posiłki regularnie. Uzyskane wyniki znajdują potwierdzenie w badaniu Woynarowskiej [9] oraz w cytowanym przez nią badaniu przeprowadzonym w krajach UE [10].

W przypadku dzieci w wieku szkolnym szczególnie istotnym posiłkiem jest drugie śniadanie – fakt ten nie znajduje potwierdzenia w zachowaniach osób uczestniczących w badaniach własnych, bowiem jedynie 44% respondentów deklarowało spożycie tego posiłku. Lepsze wyniki w tym zakresie uzyskali Kurzak i Pawelec [7] – w tym badaniu stwierdzono, że po drugie śniadanie sięgało prawie 60% respondentów.

W diecie uczestników badań własnych wykazano zbyt rzadkie spożycie przetworów zbożowych, warzyw, owoców, mleka i produktów mlecznych oraz ryb. Podstawą piramidy zdrowego żywienia dla dzieci i młodzieży są produkty zbożowe, które powinny pojawiać się w diecie kilkakrotnie w ciągu dnia. Trzy czwarte badanych stwierdziło, że codziennie je pieczywo pełnoziarniste, natomiast po przetwory zbożowe sięgał jedynie niewielki odsetek ankietowanych.

Bardzo istotnym składnikiem diety młodego człowieka są warzywa i owoce, jako źródło witamin i składników mineralnych oraz błonnika pokarmowego. W badaniu własnym codzienne jedzenie warzyw deklarowała mniej niż połowa ankietowanych, owoce codziennie spożywała ponad połowa respondentów. Nieco wyższy odsetek gimnazjalistów konsumujących codziennie warzywa i owoce (62%) wykazano w badaniach Czerwiak i wsp. [3]. Wyniki te znajdują potwierdzenie w badaniach HBSC [5]. Natomiast odmienne wyniki uzyskały Ponczek i Olszowy [8], bowiem na codzienne spożycie owoców wskazała tylko jedna piąta badanych.

Mleko i przetwory mleczne z uwagi na budowanie szczytowej masy kostnej są szczególnie ważne dla tej grupy wiekowej. Ilość produktów mlecznych w dziennej diecie powinna odpowiadać trzem–czterem szklancom mleka, co zapewnia odpowiednią podaż wapnia, białka, witamin z grupy B oraz A i D, magnezu, cynku, potasu, jak również dobrze przyswajalnych tłuszczów oraz węglowodanów. Spośród badanej grupy młodzieży tylko nieznacznie więcej niż jedna trzecia codziennie piła mleko lub spożywała przetwory mleczne. Na niedostateczne spożycie mleka i jego przetworów wskazała również w swoich badaniach Woynarowska [11].

Mięso, drób, ryby, jaja zawierają najwięcej pełnowartościowego białka, dobrze przyswajalnych witamin z grupy B i rozpuszczalnych w tłuszczach oraz składników mineralnych, jak żelazo, cynk. Należy jednak pamiętać, że czerwone mięso zawiera dużo nasyconych kwasów tłuszczowych i dlatego powinno być jak najczęściej zastępowane rybami. Mniej więcej połowa ankietowanych twierdziła, że ryby spożywa rzadziej niż raz w tygodniu. Mięso czerwone i drób było spożywane trzy–cztery razy w tygodniu odpowiednio przez około 40% i 30% respondentów. Uzyskane wyniki znajdują potwierdzenie w badaniach Oblacińskiej i Jodkowskiej [12].

Zjawisko pojadania jest typowe dla młodzieży szkolnej, problem stanowi nie tyle jego występowanie, co produkty, które są spożywane jako przekąski. W badaniu własnym codzienne pojadanie dotyczyło blisko połowy ankietowanych, respondenci deklarowali sięganie głównie po słodkie i sone przekąski. Uzyskane wyniki są zbliżone do wyników analogicznych badań Wołowskiego i Janowskiej [13]. Wysokie spożycie słodczy wśród gimnazjalistów potwierdzają badania Czerwiak i wsp. [3] oraz Kurzak i Pawelec [7], jak również Zimnej-Walendzik i wsp. [14].

Blisko 60% respondentów z badania własnego deklaroowało spożywanie produktów typu fast food. W badaniu Kołtajtis-Dołowy i wsp. [15] konsumpcję analogicznych produktów wskazało 70% młodych respondentów.

Jednym z istotnych elementów codziennej diety jest prawidłowe nawodnienie organizmu. Podstawowym napojem w przypadku badanej grupy powinna być woda. Ponad 80% ankietowanej młodzieży twierdziło, że ich podstawowym napojem jest herbata. Kolejną grupą napojów wymienianych przez ankietowanych były soki owocowe i napoje gazowane, czyli produkty dostarczające cukry proste, które są źródłem tzw. pustych kalorii. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Wołowskiego i Janowskiej [13] oraz Rochowicza [16]. Na częste picie słodkich napojów przez dzieci i młodzież zwrócono uwagę w badaniach HBSC [5]. W badaniach Ponczek i Olszowy dziewczęta rzadziej niż chłopcy spożywały słodkie napoje gazowane [8].

Wnioski

1. W badanej grupie młodzieży zaobserwowano przede wszystkim nieprawidłowości w sposobie żywienia, dlatego współczesna edukacja prozdrowotna powinna być ukierunkowana na prowadzenie zajęć praktycznych z zasad racjonalnego żywienia w formie warsztatów, cyklicznych imprez i pikników. Taką formą edukacji powinny być objęci uczniowie, ich rodzice i nauczyciele.
2. W związku ze zbyt niskim poziomem aktywności fizycznej młodzieży niewątpliwie istotne jest zapewnienie uczniom czynnej formy spędzania czasu, również na terenie szkoły – w postaci atrakcyjnych

sportowych zajęć pozalekcyjnych, dostosowanych do różnego poziomu sprawności młodzieży.

Piśmiennictwo

1. Wysocki M, Miller M. Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne. *Prz Epidemiol.* 2003; 57: 505–512.
2. Weker H. Żywnienie dzieci i młodzieży. W: Woynarowska B (red.). *Profilaktyka w pediatrii.* Warszawa: PZWL; 2008. 55–71.
3. Czerwiak A, Czerwiak G, Kaczmarczyk M. Styl życia gimnazjalistów. *Stud Med.* 2012; 26 (2): 61–68.
4. Bronikowski M. Związek między sprawnością fizyczną, częstotliwością podejmowania aktywności fizycznej a wskaźnikiem nadwagi. *Wychow Fiz Zdr.* 2004; 51 (12): 10–14.
5. Mazur J, Małkowska-Szkatnik A (red.). *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny.* Warszawa: IMiDz; 2011.
6. Wojtyła A, Biliński P, Bojar J, Wojtyła K. Aktywność fizyczna młodzieży gimnazjalnej w Polsce. *Probl Hig Epidemiol.* 2011; 92 (2): 335–342.
7. Kurzak M, Pawelec K. Zachowania zdrowotne warszawskich gimnazjalistów. *Zeszyty Naukowe WSKFiT.* 2013; 8: 11–17.
8. Ponczek D, Olszowy I. Ocena stylu życia młodzieży i świadomości jego wpływu na zdrowie. *Hygeia Public Health.* 2012; 47 (2): 174–182.
9. Woynarowska B. *Zdrowie i szkoła.* Warszawa: PZWL; 2000. 368.
10. Woynarowska B, Mazur J, Kołoto H, Małkowska A. *Zdrowie, zachowania zdrowotne i środowiskowe młodzieży w krajach Unii Europejskiej.* Warszawa: IMiDz; 2005. 16–37, 57–60.
11. Woynarowska B. *Zdrowe żywienie i aktywność fizyczna.* W: Woynarowska B (red.). *Edukacja zdrowotna.* Warszawa: PWN; 2008. 294–324.
12. Oblacińska A, Jodkowska M. Sposób żywienia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym w Polsce – badania ankietowe. *Med Wieku Rozw.* 2000; (Supl. 1 do 3): 53–64.
13. Wołowski T, Jankowska M. Wybrane aspekty zachowań zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej. *Cz. I. Zachowania młodzieży związane z odżywianiem.* *Probl Hig Epidemiol.* 2007; 88 (1): 64–68.
14. Zimna-Walendzik E, Kolmaga A, Tafalska E. Styl życia – aktywność fizyczna, preferencje żywieniowe dzieci kończących szkołę podstawową. *Żywn-Nauk Technol Ja.* 2009; 4: 195–203.
15. Kołtajtis-Dołowy A, Matysiak E, Boniecka I. Zwyczaje żywieniowe wybranych grup dzieci 11–12-letnich z Białegoostoku. *Żywn-Nauk Technol Ja.* 2007; 6 (55): 335–342.
16. Rochowicz F. Prozdrowotne zachowania polskiej młodzieży szkolnej. *Rocznik Warszawskiej Szkoły Zdrowia.* 2008; 8: 56–61.

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:

Ewa Michota-Katulka
ul. Erazma Ciołka 27
01-445 Warszawa
tel.: (0-22) 836 09 13
e-mail: ewakatulka@go2.pl
Zakład Żywnienia Człowieka
Warszawski Uniwersytet Medyczny

ZDROWIE JAKO WARTOŚĆ WŚRÓD MŁODZIEŻY STUDENCKIEJ W UWARUNKOWANIACH SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNYCH I OCENA ŻYWIENIA BADANEJ GRUPY

THE VALUE OF HEALTH IN THE PERCEPTION OF STUDENTS IN TERMS OF SOCIO-DEMOGRAPHIC DETERMINANTS AND THE EVALUATION OF EATING HABITS OF THE SURVEYED

Honorata Piasecka¹, Barbara Ślusarska², Grzegorz Nowicki³

¹ Pracownia Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ Zakład Kwalifikowanej Pomocy Medycznej z Pracownią Ratownictwa Medycznego Uniwersytet Medyczny w Lublinie

STRESZCZENIE

Wstęp. Zdrowie jest wartością, która zmienia się na skutek różnorodnych uwarunkowań społeczno-ekonomicznych, demograficznych i kulturowych. Wartość zdrowia określają osobiste przekonania jednostki oraz styl życia. Niejednokrotnie zdrowie jako wartość utożsamiane jest z poczuciem szczęścia, spełnienia, bogactwem i dobrobytem.

Cel. Celem niniejszej pracy jest ocena wartości zdrowia w opinii młodzieży studenckiej w uwarunkowaniach społeczno-demograficznych (płeć, miejsce zamieszkania, miejsce zamieszkania podczas studiów) i ocena żywienia.

Materiał i metody. Badaniami objęto grupę 104 osób w wieku 24–27 lat – studentów VI roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz II Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie. Badania przeprowadzono przy użyciu listy kryteriów zdrowia (LKZ) wg Juczynskiego, która opisuje zdrowie jako stan, wynik, proces, właściwości i cel w opinii badanych. Sposób żywienia badanych oceniano na podstawie punktowej oceny żywienia wg Starzyńskiej z modyfikacją własną.

Wyniki. Badani studenci najwyższą wagę przykładają do zdrowia rozumianego jako stan i właściwości. Dla osób mieszkających w mieście zdrowie to przede wszystkim stan i właściwość „Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych” oraz „Czuć się dobrze” ($p < 0,05$). Studenci, którzy podczas studiów mieszkają w domu rodzinnym, najwyższą wagę przywiązują do zdrowia rozumianego jako „Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”, osoby mieszkające na stacji zdrowie rozumieją jako „Mieć sprawne wszystkie części ciała”, natomiast badani mieszkający w akademiku definiują zdrowie jako „Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki”. Sposób żywienia badanych był na średnim poziomie. Przeprowadzona analiza korelacji wykazała istotną ujemną korelację pomiędzy twierdzeniami LKZ „Czuć się szczęśliwym przez większość czasu” oraz „Czuć się dobrze” a oceną żywienia (odpowiednio: $R = -0,27$; $p = 0,005$ oraz $R = -0,29$).

Wnioski. Ankietowani najważniejszą wagę przykładają do zdrowia rozumianego jako stan i właściwości, zaś zdrowie jako cel zajmuje nieco dalsze miejsce.

SŁOWA KLUCZOWE: wartość zdrowia, studenci, sposób żywienia, cechy społeczno-demograficzne.

ABSTRACT

Introduction. Health is a value that is changing due to different socio-economic, demographic and cultural determinants. The value of health is determined based on private beliefs of an individual and his/her lifestyle. Health as a value is very often identified with happiness, fulfilment, wealth, and prosperity.

Aim. The paper aims at the evaluation of the value of health in the perception of students in terms of socio-demographic determinants (sex, place of residence during studies), and their eating habits.

Material and methods. The survey was conducted among 104 persons aged between 24–27 years – students of the 6th year at the Faculty of Medicine, Medical University of Lublin and the 2nd year at the Faculty of Medicine, Medical University of Warsaw. It was prepared using The List of Health Criteria (lista kryteriów zdrowia, LKZ) after Juczynski, which, according to the surveyed, describes health as a state, result, process, features and goal. The eating habits of the surveyed were assessed by a point method according to Starzyńska with the author's own modification.

Results. Surveyed students describe health above all as a state and characteristics. When compared to people from rural areas, people who live in cities define health first of all as a state and a characteristic: the absence of physical upsets and good health condition ($p < 0.05$). Students who during studies live in their family houses perceive health as: the absence of physical upsets. However, for students who stay in rented flats health means that all body parts work efficiently. What is more, the surveyed students living in dorms define health as: self-acceptance and the awareness of their own possibilities. The eating habits of the surveyed can be determined as average. The correlation analysis revealed significant negative correlation between the statements of the LKZ: 'to know how to enjoy life and how to feel good' and the dietary evaluation (respectively: $R = -0.27$; $p = 0.005$ and $R = -0.29$).

Conclusions. The greatest importance assigned to health by the subjects included health as a state, result and features. The health as a goal appeared to be less significant.

KEYWORDS: the value of health, students, eating habits, socio-demographic characteristics.

Wstęp

Zdrowie traktowane jest jako dynamiczny proces równoważenia potrzeb człowieka z wymaganiami otoczenia. Proces ten determinowany jest poziomem dostępnych zasobów tkwiących w jednostce oraz w systemowo z nią powiązanym środowisku życia [1].

Powszechnie rozumiane pojęcie zdrowia nie stanowi wartości absolutnej, bowiem jego wartość zmienia się między innymi wskutek uwarunkowań społeczno-ekonomicznych i kulturowych. W tradycyjnym modelu biomedycznym zdrowie traktowane jest jako przeciwieństwo choroby. Odejściem od tego modelu stało się określenie zdrowia według WHO, nadające mu wielowymiarowy charakter. W podobnym tonie zdrowie definiuje Kasprzak [2]. Sformułowana przez niego definicja określa zdrowie nie tylko jako brak choroby czy niedomagania, ale także jako dobre samopoczucie oraz taki stopień przystosowania biologicznego, psychicznego i społecznego, jaki jest osiągnięty dla danej jednostki w najkorzystniejszych warunkach [3]. Model holistyczny definiuje zdrowie jako proces dynamicznej równowagi, gdzie choroba pojawia się wskutek utraty zdolności do przywracania równowagi bio-psycho-społecznej i integralności organizmu [4].

Sprawność funkcjonalna organizmu umożliwia jednostce dążenie do powszechnie pożądanego sukcesu oraz opanowania otaczającej go rzeczywistości. Stąd niejednokrotnie utożsamia się zdrowie z dobrem, szczęściem, aktywnością, siłą, urodą i dobrobytem. Wartość zdrowia określają osobiste przekonania jednostek oraz ich sposób życia. Stanowi ona jednocześnie punkt odniesienia dla realizowanych w życiu zachowań pozostających w związku ze zdrowiem. To przez zdrowie jednostki manifestują preferowany system wartości i styl życia [5]. Sposób zachowania się i postępowania człowieka wobec własnego zdrowia jest również zależny od wielu czynników kultury. Wśród innych czynników wyróżnić można indywidualną hierarchię wartości, posiadany zasób wiedzy na ten temat oraz wykształcenie i sytuację ekonomiczną [6].

Zdrowie nominalnie zajmuje wysoką pozycję na liście uznanych wartości jako czynnik umożliwiający awans społeczny i ekonomiczny, ale jednocześnie zapomina się, że dbałość o własne zdrowie powinna dotyczyć całego życia i być moralną powinnością każdego człowieka [3].

Cel pracy

Celem pracy jest ocena wartości zdrowia w opinii młodzieży studenckiej w uwarunkowaniach społeczno-demograficznych (płeć, miejsce zamieszkania, miejsce zamieszkania podczas studiów). Oceniono również sposób żywienia badanej grupy.

Materiał i metoda

Badania ankietowe przeprowadzono w kwietniu i maju 2008 roku wśród studentów VI roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz studentów VI roku II Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie. Studenci Uniwersytetu Medycznego w Lublinie zostali poproszeni o wypełnienie anonimowego kwestionariusza po uprzednim uzyskaniu formalnej zgody na przeprowadzenie badania.

W celu poznania wartości zdrowia w opinii badanych zastosowano listę kryteriów zdrowia (LKZ) wg Juczyńskiego. Narzędzie zbudowane jest z 24 stwierdzeń opisujących zdrowie w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Lista kryteriów zdrowia nawiązuje do holistycznego ujęcia zdrowia. Stwierdzenia zawarte w liście odzwierciedlają różne aspekty zdrowia, takie jak troska, wypoczynek i sen, należyte odżywianie itd. Jedne kryteria stanowią świadectwo aktualnego stanu zdrowia, inne należy traktować jako warunki zdrowia, jeszcze inne podkreślają wagę pełnego funkcjonowania i realizacji zgodnie ze swoimi możliwościami.

Po przeczytaniu i zaznaczeniu tych kryteriów, które w ocenie badanego mają znaczenie dla zdrowia, w kolejnym kroku dokonuje on wyboru pięciu najważniejszych kryteriów, by wreszcie – w ostatnim kroku – uszeregować wybrane kryteria od najbardziej ważnego, któremu przypisuje 5 punktów, do najmniej ważnego, ocenianego 1 punktem.

Przypisane wybranym kryteriom zdrowia punkty stanowią podstawę do interpretacji wyników badania, które można odnieść do wartości średnich. W interpretacji warto wziąć pod uwagę nie tylko wagę kryteriów, lecz również ich właściwości definicyjne, które opisują zdrowie jako stan, wynik, właściwość lub proces.

W badaniach grupowych kryteriom zdrowia, które nie zostały wybrane, należy przypisać „0” punktów. W rezultacie otrzymujemy charakteryzujące badaną grupę uszeregowanie rangowe wszystkich możliwych do wyboru 24 kryteriów zdrowia. W interpretacji warto również zwrócić uwagę na rozkłady liczebności rang dla poszczególnych kryteriów zdrowia [7].

W celu oceny sposobu żywienia, jako istotnego elementu zachowań zdrowotnych, wykorzystano punktową ocenę jadłospisu wg Starzyńskiej z modyfikacją własną. Narzędzie to umożliwia sprawdzenie, czy żywienie osoby badanej jest prawidłowo zaplanowane i realizowane. Kwestionariusz składa się z sześciu pytań, w których za przyporządkowanie odpowiedzi konkretnemu stwierdzeniu można uzyskać od 0 przez 3 do 5 punktów [8]. Modyfikacja własna dotyczyła sześciu kolejnych pytań kwestionariusza. Pytania tej części odnosiły się głównie do codziennych nawyków żywieniowych w kontekście

zaleceń diety przeciwmiażdżycowej. Maksymalnie, po przyporządkowaniu określonego stwierdzeniu odpowiedzi zgodnej z przestrzeganą przez ankietowanego dietą, można było uzyskać kolejne 30 punktów. Łącznie maksymalna liczba punktów po wypełnieniu kwestionariusza wynosiła 60. Dokonana ocena pozwoliła stwierdzić, czy żywienie osoby badanej jest dobre i bez błędów. W przypadku uzyskania od 30 do 50 punktów uważa się, że jadłospis jest dobry, jednakże można z niego wyeliminować niepożądane elementy. Gdy badany w swojej punktacji uzyskuje od 20 do 29 punktów (ale bez ocen zerowych), jadłospis uznać można za ledwie za dostateczny, w którym występują poważne błędy dietetyczne. Całkowita zmiana jadłospisu dotyczy przede wszystkim osób, u których liczba punktów wyniosła mniej niż 19.

Wartość analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono za pomocą wartości średniej i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych za pomocą odsetka i liczności. W testach przyjęto 5% błąd wnioskowania, czyli poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotności statystycznej. Analizy przeprowadzono przy użyciu oprogramowania STATISTICA v. 8.0 (StatSoft).

Wyniki

Badaniami objęto grupę 104 osób w wieku 24–27 lat. Średnia wieku wynosiła 25,06 (SD = 0,59). Wśród respondentów 58,65% (n = 61) stanowiły kobiety, a 41,35% (n = 43) mężczyźni. Najlicniejsza grupa ankietowanych pochodziła z miasta (77,88%; n = 81), zaś 22,12% (n = 23) były to osoby ze wsi. Wśród ankietowanych 41,25% (n = 43) podczas studiów mieszkało na stacji, a 40,38% (n = 42) – w domu rodzinnym. Najmniejsza grupa respondentów (18,27%; n = 19) podczas studiów mieszkała w akademiku.

Wartościowanie zdrowia w badanej grupie

Uzyskane wyniki badań wskazują, że ankietowani najważniejszą wagę przywiązują do zdrowia rozumianego jako stan i właściwości, zaś zdrowie jako cel zajmuje nieco dalsze miejsce. „Być zdrowym” to według respondentów przede wszystkim „Czuć się dobrze”, „Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”, „Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę lub niestrawność” i „Mieć sprawne wszystkie części ciała”. Mniej ważne natomiast są twierdzenia „Nie palić” i „Akceptować siebie i swoje możliwości” (Tabela 1).

Tabela 1. Średnie wagi twierdzeń dotyczących zdrowia w badanej grupie
Table 1. Average importance of statements concerning health in the studied group

Twierdzenia/Statements	Średnia waga/ Average weight	Definicja zdrowia/ Definition of health
Czuć się dobrze/ <i>To be of a good disposition</i>	1,38	stan/status
Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych/ <i>To have no physical health problems</i>	1,17	właściwości/ characteristics
Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność/ <i>To have no diseases, except for the occasional flu or indigestion</i>	1,05	właściwości/ characteristics
Czuć się szczęśliwym przez większość czasu/ <i>To feel happy most of the time</i>	1,04	stan/status
Mieć sprawne wszystkie części ciała/ <i>To have no problems with any part of the body</i>	1,04	właściwości/ characteristics
Nie palić tytoniu/ <i>To be a non-smoker</i>	0,95	wynik/result
Umieć cieszyć się z życia/ <i>To be able to enjoy life</i>	0,94	stan/status
Dbać o wypoczynek, sen/ <i>To be fastidious about leisure and the proper amount of sleep</i>	0,91	wynik/result
Należyce się odżywiać/ <i>To maintain a healthy diet</i>	0,81	wynik/result
Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki/ <i>To accept oneself, knowing one's limitations and deficiencies</i>	0,68	cel/objective
Umieć rozwiązywać swoje problemy/ <i>To know how to solve one's problems</i>	0,67	proces/process
Dożyć późnej starości/ <i>To live into and deal with the old age</i>	0,57	cel/objective
Mieć odpowiednią wagę ciała/ <i>To have the appropriate body weight</i>	0,57	wynik/result
Potrąfić pracować bez napięcia i stresu/ <i>To be able to avoid tension and stress at work</i>	0,49	proces/process
Mieć dobry nastrój/ <i>Be in a good mood</i>	0,40	właściwości/ characteristics
Jedynie wyjątkowo przyjmować leki/ <i>To take medications only in exceptional cases</i>	0,39	właściwości/ characteristics
Potrąfić dobrze współżyć z innymi ludźmi/ <i>To be able to get on well with other people</i>	0,38	proces/process
Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale/ <i>To drink small amounts or no alcohol</i>	0,38	wynik/result
Umieć się przystosowywać do zmian w życiu/ <i>To be able to adjust to changes in life</i>	0,37	proces/process
Mieć pracę, różnorodne zainteresowania/ <i>To have a job and varied interests</i>	0,33	wynik/result
Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę/ <i>To have healthy eyes, hair and skin</i>	0,20	właściwości/ characteristics
Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza/ <i>Almost never have to go to a doctor</i>	0,12	właściwości/ characteristics
Potrąfić panować nad swoimi uczuciami i popędami/ <i>To be able to control one's feelings and urges</i>	0,11	proces/process
Być odpowiedzialnym/ <i>To be responsible</i>	0,04	cel/objective

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Analizując natomiast najważniejsze twierdzenia według ankietowanych dotyczące zdrowia nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami ($p > 0,05$). Stwierdzono jednak, że mężczyźni przywiązywali większą wagę do twierdzenia „Mieć sprawne wszystkie części ciała” oraz „Nie odczuwać żadnych dolegliwości”, zaś dla kobiet większą wagę miały twierdzenia „Należycie się odżywiać”, „Akceptować siebie i znać swoje możliwości” oraz „Nie palić” (Tabela 2).

Tabela 2. Średnia waga twierdzeń dotyczących zdrowia w badanej grupie w zależności od analizowanych zmiennych
Table 2. Average importance of statements concerning health in the studied group determined by analysed variables

Twierdzenie/ Statements	Kobiety/Women	Mężczyźni/Men	Analiza statystyczna/Statistical analysis			Wieś/Rural areas	Miasto/Urban areas	Analiza statystyczna/ Statistical analysis			Dom rodzinny/Family home	Akademik/Student dormitory	Stancja/Rented house/flat	Analiza statystyczna/ Statistical analysis		
Czuć się szczęśliwym przez większość czasu/ To feel happy most of the time	1,03	1,05	$t=0,04$; $p=0,97$	1,00	1,05	$t=0,12$; $p=0,90$	0,95	1,05	1,12	F=0,09; $p=0,91$						
Należycie się odżywiać/ To maintain a healthy diet	0,98	0,56	$t=-1,57$; $p=0,12$	0,65	0,85	$t=0,61$; $p=0,54$	0,76	1,16	0,70	F=0,78; $p=0,46$						
Dbać o wypoczynek i sen/ To be fastidious about leisure and the proper amount of sleep	1,03	0,74	$t=-0,96$; $p=0,34$	1,13	0,85	$t=-0,78$; $p=0,43$	0,76	1,11	0,95	F=0,32; $p=0,73$						
Nie palić tytoniu/ To be a non-smoker	1,10	0,74	$t=-1,10$; $p=0,27$	0,26	1,15	$t=2,38$; $p=0,02^*$	1,07	0,89	0,86	F=0,19; $p=0,83$						
Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych/ To have no physical health problems	1,10	1,28	$t=0,50$; $p=0,62$	0,43	1,38	$t=2,27$; $p=0,03^*$	1,55	1,42	0,70	F=2,66; $p=0,07$						
Nie chorować, najwyżej rzadko na gripę, niestrawność/ To have no diseases, except for the occasional flu or indigestion	1,05	1,05	$t=-0,01$; $p=0,99$	0,78	1,12	$t=0,86$; $p=0,39$	1,02	1,11	1,05	F=0,02; $p=0,98$						

Umieć cieszyć się życiem/ To be able to enjoy life	0,87	1,05	$t=-0,54$; $p=0,59$	1,22	0,86	$t=-0,91$; $p=0,36$	1,24	0,79	0,72	F=1,67; $p=0,32$		
Mieć sprawne wszystkie części ciała/ To have no problems with any part of the body	0,79	1,40	$t=1,63$; $p=0,11$	1,61	0,88	$t=-1,66$; $p=0,10$	0,50	1,26	1,47	F=3,07; $p=0,05^*$		
Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki/ To accept oneself, knowing one's limitations and deficiencies	0,89	0,40	$t=-1,63$; $p=0,11$	1,00	0,59	$t=-1,13$; $p=0,26$	0,36	0,32	1,16	F=3,86; $p=0,02^*$		
Czuć się dobrze/ To be of a good disposition	1,39	1,37	$t=-0,05$; $p=0,96$	0,52	1,63	$t=2,40$; $p=0,02^*$	1,45	1,37	1,33	F=0,04; $p=0,96$		

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Dokonana analiza statystyczna wykazała istotne różnice w ważności twierdzeń „Nie palić tytoniu” ($p = 0,02$), „Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych” ($p = 0,03$) oraz „Czuć się dobrze” ($p = 0,02$) pomiędzy ankietowanymi ze wsi i z miasta. Dla ankietowanych z miasta twierdzenia te miały wyższą rangę. W ważności pozostałych twierdzeń nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami ($p > 0,05$) (Tabela 2).

Dalsza analiza statystyczna wykazała istotne różnice w ważności twierdzeń „Mieć sprawne wszystkie części ciała” ($p = 0,05$) oraz „Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki” ($p = 0,02$) pomiędzy ankietowanymi mieszkającymi w różnych miejscach podczas studiów – największą wagę do tych twierdzeń przykładały osoby mieszkające na stacji, w porównaniu do studentów mieszkających w akademiku lub domu rodzinnym. Dla ankietowanych mieszkających w domu rodzinnym twierdzenie „Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych” było nieco ważniejsze w porównaniu ze studentami mieszkającymi na stacji ($p > 0,05$). W ważności pozostałych twierdzeń nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami ($p > 0,05$) (Tabela 2).

Ocena sposobu żywienia w badanej grupie

Badania wykazały, że żywienie badanej grupy było na dostatecznym poziomie, średnia punktów wyniosła $26,56 \pm 8,90$, najniższa ocena wyniosła 11 punktów, zaś najwyższa tylko 51 na maksymalnych 60. Stwierdzono, że aż 42,31% ($n = 44$) respondentów miało zły sposób żywienia, 52,88% ($n = 55$) dostateczny i tylko 4,81% ($n = 5$) dobry.

Dokonana analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w ocenie żywienia pomiędzy mężczyznami i kobietami, osobami ze wsi i miasta oraz osobami mieszkającymi podczas studiów w domu rodzinnym, akademiku czy na stacji. Jakkolwiek mężczyźni mieli lepszą ocenę żywienia (27,21) w porównaniu z kobietami (26,10), osoby ze wsi otrzymały wyższą ocenę (29,35) w porównaniu z ankietowanymi z miasta (25,77) oraz studenci mieszkający podczas studiów w akademiku uzyskali najgorszą ocenę żywienia (25,74) (**Tabela 3**).

Tabela 3. Średnia ocena żywienia z uwzględnieniem badanych zmiennych
Table 3. Average dietary evaluation by analysed variables

Zmienna/Variable	Średnia/Average	Odch. std./Standard deviation	Analiza statystyczna/Statistical analysis
Płeć/Gender	Kobiety/Women	26,10	t=0,62; p=0,53
	Mężczyźni/Men	27,21	
Miejsce stałego zamieszkania/Place of permanent residence	Wieś/Rural areas	29,35	t=1,72; p=0,09
	Miasto/Urban areas	25,77	
Miejsce zamieszkania podczas studiów/Place of residence during studies	Dom rodzinny/Family home	26,81	F=0,010; p=0,91
	Akademik/Student dormitory	25,74	
	Stacja/Rented house/flat	26,67	

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Przeprowadzona analiza korelacji wykazała istotną ujemną korelację pomiędzy twierdzeniami LKZ: „Czuć się szczęśliwym przez większość czasu” oraz „Czuć się dobrze” a oceną żywienia (odpowiednio: R = -0,27; p = 0,005 oraz R = -0,29; p = 0,003). Z pozostałymi twierdzeniami nie zaobserwowano statystycznego związku (**Tabela 4**).

Tabela 4. Związek pomiędzy twierdzeniami LKZ a oceną żywienia ankietowanych

Table 4. Correlation between statements of the LKZ and the evaluation of eating habits of the surveyed

Twierdzenia/Statements	Korelacja/Correlation	
	R	p
Czuć się szczęśliwym przez większość czasu/ To feel happy most of the time	-0,27	0,005*
Należy się odżywiać/ To maintain a healthy diet	0,14	0,17
Dbać o wypoczynek, sen/ To be fastidious about leisure and the proper amount of sleep	0,03	0,79
Nie palić tytoniu/ To be a non-smoker	0,06	0,56
Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych/ To have no physical health problems	-0,04	0,72
Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność/ To have no diseases, except for the occasional flu or indigestion	-0,14	0,16
Umieć cieszyć się z życia/ To be able to enjoy life	0,01	0,89
Mieć sprawne wszystkie części ciała/ To have no problems with any part of the body	0,14	0,16
Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki/ To accept oneself, knowing one's limitations and deficiencies	-0,00	0,99
Czuć się dobrze/ To be of a good disposition	-0,29	0,003*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

Określenie „być zdrowym” ma dla ludzi różne znaczenie. Wynika to z wielorakich uwarunkowań zdrowia i zależy m.in. od wieku, płci, sytuacji społecznej, a także od systemu wartości wyznaczającego cele życiowe. Na ogół dla większości ludzi zdrowie sprowadza się do braku choroby, nowego znaczenia nabiera zaś dopiero w kontekście choroby lub pojawienia się problemów zdrowotnych. Występują zasadnicze różnice między profesjonalnym ujęciem zdrowia, wyznaczonym zarówno wydolnością fizyczną, jak i bogactwem zasobów społecznych i osobistych, a podejściem laickim, koncentrującym się najczęściej na wymiarze fizycznym, czasem także psychicznym.

W aktywności człowieka ukierunkowanej na zdrowie można wyróżnić zachowania zdrowotne o cechach nawykowych i celowe działania na rzecz zdrowia. Nawyki zdrowotne wiążą się z higieną życia codziennego, upodobaniami żywieniowymi, aktywnością fizyczną i wypoczynkiem – to działania wzmacniające zdrowie, zapobiegające chorobom oraz przyczyniające się do wczesnego wykrycia choroby. Niestety, są także zachowania, które przyczyniają się do zagrożenia czy

utrąty zdrowia, np. palenie papierosów, nieprawidłowe żywienie, używanie substancji psychoaktywnych, stres itd. Czynnikiem najbardziej mobilizującym do podejmowania zachowań zdrowotnych jest wartość, jaką przypisuje się zdrowiu. Odzwierciedleniem stanu zdrowia jest subiektywny dobrostan, który obejmuje elementy zarówno emocjonalno-uczuciowe, jak i poznawcze [7]. Sposób, w jaki jednostka postrzega zdrowie, wpływać będzie na jej samopoczucie, aktywność życiową, a także realizację tych zachowań zdrowotnych, które sprzyjają zdrowiu. Podejmując działania promujące zdrowie, należy zwrócić uwagę na to, w jaki sposób ludzie definiują zdrowie oraz w jaki sposób zdrowie utożsamiane jest ze stanem, właściwością lub procesem.

Wyniki badań własnych pokazują, że ankietowani studenci rozumieli zdrowie jako stan i właściwość, natomiast zdrowie jako cel znalazło się na dalszym miejscu. Według respondentów być zdrowym to przede wszystkim „Czuć się dobrze”, „Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”, „Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę lub niestrawność”, „Czuć się szczęśliwym przez większość czasu” oraz „Mieć sprawne wszystkie części ciała”. Publikowane przez Zdziebło i wsp. [9] badania obejmujące pielęgniarki studiujące na studiach licencjackich tzw. pomostowych Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach pokazują, że respondenci największą wagę przykładają do zdrowia rozumianego jako stan i właściwość. Wśród studiujących pielęgniarek zdrowie jako wynik i proces znalazło się na dalszym miejscu. Według respondentów objętych badaniem być zdrowym to przede wszystkim „Czuć się szczęśliwym przez większość czasu”, w dalszej kolejności „Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych” oraz „Umieć cieszyć się z życia”. Inne badania przeprowadzone przez Naszydłowską i wsp. [10] wśród studentów kierunków medycznych Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach pokazują, że respondenci największą wagę przywiązują do zdrowia rozumianego jako wartość i proces, natomiast zdrowie jako wynik znajduje się na dalszym miejscu. Według młodzieży objętej badaniami być zdrowym to „Mieć sprawne wszystkie części ciała” oraz „Należy się odżywiać”, „Prawie nigdy nie chodzić do lekarza” i „Umieć cieszyć się z życia”. Podobne wyniki uzyskali Nowicki i wsp. [11] w swoich badaniach przeprowadzonych wśród 150 osób pracujących, którzy największą wagę przykładali do zdrowia rozumianego jako stan i wynik oraz właściwość, zaś zdrowie jako cel znalazło się na dalszym miejscu. W opinii osób pracujących być zdrowym to przede wszystkim „Mieć sprawne wszystkie części ciała”, „Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”, „Czuć się szczęśliwym przez większość czasu”, „Należy się odżywiać i nie chorować, najwyżej rzadko na grypę lub niestrawność”.

W kategorii definicji zdrowia jako celu badani studenci wskazali jako najwyższe „Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki”. Charakteryzując zdrowie jako stan, respondenci najwyżej sklasyfikowali stwierdzenia „Czuć się dobrze” oraz „Czuć się szczęśliwym przez większość czasu”. W zdrowiu scharakteryzowanym jako właściwość badani uznali za najważniejsze „Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych” oraz „Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność”. W kategorii definicji zdrowia jako procesu studenci wskazali jako najważniejsze „Umieć rozwiązywać swoje problemy”. Natomiast charakteryzując zdrowie jako wynik, respondenci najwyżej sklasyfikowali stwierdzenie „Nie palić tytoniu”. Uzyskane wyniki własne korespondują z wynikami wyżej już cytowanych badaczek [9].

Wyniki badań własnych wskazują, że osoby mieszkające w mieście spośród kryteriów zdrowia wybierały wynik zdrowotny – „Nie palić”, właściwość zdrowia – „Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych” oraz stan – „Czuć się dobrze”; te stwierdzenia sklasyfikowały one wyżej niż osoby z rejonów wiejskich ($p < 0,05$). Osoby mieszkające na stacji podczas studiów przykładają wyższą wagę do twierdzenia „Mieć sprawne wszystkie części ciała” w porównaniu z osobami mieszkającymi podczas studiów w domu rodzinnym ($p = 0,05$). Twierdzenie „Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki” miało wyższą wagę dla studentów mieszkających podczas studiów na stacji ($p = 0,02$). W badaniach własnych nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w definiowaniu zdrowia pomiędzy kobietami i mężczyznami, jakkolwiek mężczyźni większą wagę przywiązywali do twierdzeń „Mieć sprawne wszystkie części ciała” oraz „Nie odczuwać żadnych dolegliwości”, kobiety natomiast wyższą wagę przykładają do twierdzeń „Należy się odżywiać”, „Akceptować siebie i znać swoje możliwości” oraz „Nie palić”. Cytowani już wyżej badacze [11] zaobserwowali istotną różnicę statystyczną w wartości twierdzenia „Umieć cieszyć się życiem” pomiędzy ankietowanymi mieszkającymi w mieście i rejonach wiejskich. Dla ankietowanych z miasta twierdzenie to miało wyższą rangę. W badaniach Naszydłowskiej i wsp. [10] kobiety uważają, że być zdrowym to głównie „Należy się odżywiać”. Tak myślą także mężczyźni, ale jeszcze ważniejsze jest dla nich „Niepalenie tytoniu”. Analizując swoje badania przeprowadzone wśród 71 osób, pacjentów stomatologicznych, Basiaga-Pasternak i wsp. [12] stwierdzili, że dla kobiet być zdrowym to „Umieć rozwiązywać swoje problemy”, „Należy się odżywiać”, „Dożyć późnej starości”, „Umieć przystosować się do zmian w życiu” oraz „Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami”. Natomiast mężczyźni najwyższe wagi przykładali do twierdzeń „Mieć sprawne wszystkie części ciała”,

„Nie palić tytoniu”, „Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych” oraz „Należy się odżywiać”. Bednarek i wsp. [13] w swoich badaniach nad 102 uczniami Liceum Ogólnokształcącego w Zamościu zapytali uczniów klas I, II i III, jak rozumieją pojęcie zdrowie (badani mieli do wyboru sześć wariantów odpowiedzi). Analiza wyników uzyskanych w cytowanych badaniach pokazuje, że zdrowie z brakiem choroby, ułomności i bólu utożsamia 30,5% dziewcząt i 34,9% chłopców. Ponad połowa ankietowanych dziewcząt (50,8%) i 46,5% chłopców, zgodnie z definicją określoną przez Światową Organizację Zdrowia (ŚOZ), podaje, że „zdrowie to stan pozytywnego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby i ułomności”. Kategorię zdrowia definiowanego jako prawidłowy wynik badań medycznych w opinii lekarza wskazało 11,9% dziewcząt. Pojedyncze osoby (dwie uczennice i jeden chłopiec) uważają, że przejawem zdrowia jest sprawne wywiązywanie się z obowiązków powierzonych w pracy lub szkole. Zdrowie z pozytywnym nastrojem i samopoczuciem kojarzą dwie uczennice i siedmiu chłopców. Natomiast żadna osoba nie utożsamia zdrowia tylko z dobrym wyglądem zewnętrznym.

Spośród całej gamy zachowań zdrowotnych autorzy pracy postanowili przeanalizować sposób żywienia badanej grupy, jako jeden z najsilniejszych determinantów zdrowia, oraz określić jego wpływ na wartościowanie zdrowia. Badania własne wykazały, że sposób żywienia młodzieży studenckiej był na poziomie średnim. Podobnie w swoich badaniach Misiarz i wsp. [14] zachowania żywieniowe badanych studentów określili na poziomie średnim. W badaniach własnych nie stwierdzono zależności pomiędzy sposobem żywienia a analizowanymi zmiennymi, jakkolwiek mężczyźni mieli lepszą ocenę żywienia w porównaniu z kobietami, osoby ze wsi otrzymały wyższą ocenę w porównaniu z ankietowanymi z miasta oraz studenci mieszkający podczas studiów w akademiku uzyskali najgorszą ocenę żywienia. Przeprowadzona analiza korelacji wykazała istotną ujemną korelację pomiędzy twierdzeniami LKZ „Czuć się szczęśliwym przez większość czasu” oraz „Czuć się dobrze” a oceną żywienia. W swoich badaniach Rasińska [15] stwierdziła, że częstość spożywanych przez studentów posiłków jest dalece niezadowalająca, a przyczynami tej nieprawidłowości są brak czasu i zła organizacja zajęć. Analiza konsumpcji złych lub dobrych przekąsek wskazuje, że kobiety częściej stosują się do zasad prawidłowego żywienia. Natomiast badania Stefańskiej i wsp. [16] przeprowadzone w grupie 320 studentów wykazały, że osoby, które mieszkały podczas studiów w domu rodzinnym, charakteryzowały się lepszym sposobem żywienia niż osoby mieszkające w akademiku czy na stacji.

Wnioski

1. Studenci w większości cechują się instrumentalnym podejściem do zdrowia, utożsamiając zdrowie ze stanem i właściwością.
2. Osoby pochodzące z miasta wyższą rangę przypisują twierdzeniom „Nie palić tytoniu”, „Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych” oraz „Czuć się dobrze”.
3. Osoby mieszkające podczas studiów na stacji wyższą rangę przypisywały twierdzeniom „Mieć sprawne wszystkie części ciała” oraz „Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki”. Studenci, którzy podczas studiów mieszkali w domu rodzinnym, wyższą rangę przypisywali twierdzeniu „Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”.
4. Studenci prezentują w ocenie punktowej średni sposób żywienia.
5. Zaobserwowano ujemną korelację pomiędzy oceną żywienia a wagą twierdzeń „Czuć się szczęśliwym przez większość czasu” oraz „Czuć się dobrze”. Wraz ze wzrostem oceny sposobu żywienia malała waga tych twierdzeń.

Piśmiennictwo

1. Kowalski M, Gawęł A. Zdrowie, wartość, edukacja. Kraków: Impuls; 2007.
2. Marcinkowski T. Medycyna społeczna XIX i XX wieku. W: Brzeziński T (red.). Historia medycyny. Warszawa: PZWL; 1988.
3. Wojtczak A. Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku. Warszawa: PZWL; 2009.
4. Czarnecka M, Cierpiatkowska L. Naukowe a subiektywne koncepcje zdrowia i choroby wśród studentów i ich determinanty. Now Lek. 2007; 76 (2): 161–165.
5. Domaradzki J. O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie. Hygeia Public Health. 2013; 48 (4): 408–419.
6. Majchrowska A. Społeczne definiowanie i wartościowanie zdrowia – wskazaniem dla pracy pielęgniarstwa. Probl Pielęg. 2001; 1 (2): 15–19.
7. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: PTP; 2001.
8. Gawęcki J, Hryniewiecki L (red.). Żywność człowieka. Podstawy nauki o żywieniu. Warszawa: PWN; 2000.
9. Zdziebło K, Michalska M, Krawczyńska J, Czerwiak G. Pojęcie zdrowia w opinii pielęgniarek studiujących na studiach licencjackich – pomostowych. Stud Med. 2000; 14: 27–32.
10. Naszydłowska E, Krawczyńska J, Kozieł D, Czerwiak G, Trawczyńska M. Wartościowanie zdrowia, a zachowania promujące zdrowie studentów. Ann UMCS. 2005; LX Suppl. XVI, 349: 62–66.
11. Nowicki G, Ślusarska B. Determinanty społeczno-demograficzne wartościowania zdrowia wśród pracujących osób dorosłych. Hygeia Public Health. 2011; 46 (2): 280–285.
12. Basiaga-Pasternak J, Malarz I. Kontrola i znaczenie zdrowia w opinii pacjentów stomatologicznych. Porad Stomatol. 2009; IX: 7–8, 258–264.

13. Bednarek A, Chmielewska E. Wiedza młodzieży szkolnej na temat zdrowia. *MONZ*. 2013; 19 (4): 469–474.
14. Misiarz M, Malczyk E, Złoteńska-Synowiec M, Rydelek J, Sobota O. Ocena zachowań żywieniowych studentów kierunków medycznych i niemedycznych z województwa świętokrzyskiego. *Piel Zdr Publ*. 2013; 3 (3): 265–272.
15. Rasińska R. Nawyki żywieniowe studentów w zależności od płci. *Now Lek*. 2012; 81 (4): 354–359.
16. Stefańska E, Ostrawska L, Radziejewska I, Kardasz M. Sposób żywienia studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w zależności od miejsca zamieszkania w trakcie studiów. *Probl Hig Epidemiol*. 2010; 91 (4): 585–590.

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:

Honorata Piasecka

ul. Stanisława Staszica 4

20-081 Lublin

tel.: 509 33 55 43

e-mail: honorata_p@onet.eu

Pracownia Pielęgniarstwa Środowiskowego

Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

ZMIANY W DYSPONOWANIU BUDŻETAMI GOSPODARSTW DOMOWYCH W POLSCE W ZAKRESIE WYDATKÓW NA OCHRONĘ ZDROWIA W LATACH 2003–2012

THE CHANGES IN HOUSEHOLD MANAGEMENT IN POLAND IN THE YEARS 2003–2012 IN SPENDING FOR HEALTH PROTECTION

Jadwiga Synowiec, Dorota Olszewska

Europejska Wyższa Szkoła Biznesu w Poznaniu

STRESZCZENIE

Wstęp. W warunkach narastającej niepewności podyktowanej zmiennością otoczenia, zarówno w skali makro, jak i mikro, kluczowym elementem działania podmiotów gospodarczych jest elastyczność i umiejętność dopasowania strategii działania do aktualnych warunków. Typowymi zjawiskami w życiu społecznym we współczesnych warunkach gospodarowania są nasilające się procesy konkurencji w funkcjonowaniu podmiotów gospodarczych, rozwój nauki i powiązań nauki z gospodarczą rzeczywistością oraz zastosowanie nowych rozwiązań technicznych i technologicznych, a także wyraźna i coraz wyższa intensywność życia społeczeństwa. W skali gospodarki światowej pogłębiają się zmiany strukturalne, procesy globalizacji i internalizacji zbliżają gospodarczo poszczególne kraje będące partnerami rynkowymi. W wyniku systematycznego charakteru tych zmian modelowane są także reakcje, zachowania i wybory konsumentów, ponieważ wzrasta świadomość nabywcy, systematycznie pogłębia się jego wiedza o mechanizmach funkcjonowania rynku i produktach na nim dostępnych.

Cel. Celem niniejszego artykułu jest prezentacja zmian w wydatkach gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w latach 2003–2012 w Polsce.

Materiał i metody. Niniejsza publikacja składa się z dwóch części. Pierwsza ma charakter teoretyczny i przedstawiono w niej istotę, zakres sfery konsumpcji oraz czynniki wpływające na jej rozwój. Druga część artykułu obejmuje analizę danych liczbowych dotyczących zmian zachowań gospodarstw domowych w obszarze wydatków na ochronę zdrowia. Zakres czasowy, który został przyjęty do analizy, tj. lata 2003–2012, obejmuje ostatnią dekadę i jest okresem wystarczającym do rzetelnego przedstawienia sytuacji i wyciągnięcia wniosków na temat zachowań gospodarstw domowych w analizowanym zakresie.

Wyniki. W okresie 2004–2012 nastąpił ponad dwukrotny wzrost przeciętnego dochodu w przeliczeniu na jedną osobę, przy jednoczesnym wzroście o ponad połowę przeciętnych miesięcznych wydatków. W kolejnych latach prowadzonej analizy wydatki na zdrowie wzrosły o ponad połowę. Ponad czterdziestoprocentowy wzrost wystąpił w grupie wydatków na artykuły medyczo-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny, podobny wzrost odnotowano w zakresie wydatków na artykuły farmaceutyczne znajdujące się w grupie artykułów medycznych. Znacznie wyższy wzrost, bo prawie dwukrotny, zanotowano w zakresie wydatków na usługi medyczne i usługi medycyny niekonwencjonalnej. Istotne zmiany zaszły także w kwestii rozporządzania budżetami przez gospodarstwa domowe w zakresie wydatków na rekreację i kulturę, ponieważ zanotowano prawie dwukrotny ich wzrost. Również środki pieniężne przezna-

ABSTRACT

Introduction. In the more and more rapid changes in the macro and micro-economic environment, the key part of companies activity is to be flexible and adjust strategies to the current conditions. The contemporary determinants of social life are: growing competition, development of science and connection between science and economical activities, implementation of technical and technological solutions and higher intensity of social life. In the world economy deeper structural changes, globalization and internalization processes influence the closer cooperation between partners in the market. These permanent changes have an impact on consumer reactions, behavior and decisions, because buyers have deeper and deeper knowledge about the market mechanisms and the products offered on this market.

Aim. The aim of this article is to present changes in household spending on health protection in the years 2003-2012.

Material and methods. The following publication consists of two parts. In the first, theoretical part the essence of consumption and the factors that effect its development were presented. The second part of this article includes the numerical data of the changes in households behavior in the area of health protection. The timeline which was analyzed, years 2003-2012 is a decade and it is a long enough period of time to present the situation honestly. The conclusions can be deduced in the area of households behavior at that time.

Results. Between 2004 and 2012 the income of an individual person doubled, and the expenditures raised by almost 50 percent. In the years following this analysis the health expenditures raised by more than a half. In the group of pharmaceutical products, medical equipment and devices expenditures raised by more than 40 percent. A similar growth was seen in the group of medical items. The bigger growth, almost double, was marked in expenditures on medical services and alternative medicine. Remarkable changes were seen in the budget allocation in households in the area of relaxation and culture spending. The expenditures doubled. Also the financial means assigned to the personal hygiene were maximized significantly by 70 percent. In the analyzed period of time education expenditures raised by one fifth. The following changes in distribution of money in terms of home budgets can mean that the households pay more attention to economical aspects of life

zione na higienę osobistą zwiększyły się bardzo istotnie, bo aż o siedemdziesiąt procent. W analizowanym okresie nastąpił wzrost o jedną piątą w grupie wydatków na edukację. Przedstawione zmiany w poziomie wydatków mogą oznaczać, że dla gospodarstw domowych ważny jest ekonomiczny aspekt zmian i rosnąca dbałość o ochronę zdrowia, czego wyrazem jest przeznaczanie coraz wyższych kwot na artykuły i usługi medyczne. Może to być przejaw większej świadomości społeczeństwa w zakresie znaczenia zdrowia i jakości życia.

Wniosek. Zwiększający się udział wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia może świadczyć o pojawieniu się tendencji zmieniających standardy życia polskiego społeczeństwa na bardziej korzystne i prozdrowotne.

SŁOWA KLUCZOWE: potrzeby, konsumpcja, dobrobyt, determinanty rozwoju konsumpcji, wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia.

Wstęp

W warunkach rynkowych, w których wzrasta świadomość i wiedza nabywców o produktach oraz mechanizmach funkcjonowania rynku, konsumenci podejmują coraz bardziej przemyślane decyzje i można przypuszczać, że jest to tendencja trwała. Zmianie ulega również jakość życia społecznego w obecnych warunkach prowadzenia działalności gospodarczej. Jako determinanty tych zmian można wskazać: postępujący poziom intensyfikacji procesów społecznych, nasilającą się konkurencję, wprowadzanie nowych technologii oraz nawiązywanie coraz bardziej skutecznej współpracy nauki z praktyką gospodarczą [1]. W dobie nieograniczonego dostępu do informacji nie można pominąć znaczenia procesów globalizacji i umiędzynarodowienia działań wielu podmiotów gospodarczych we wszystkich obszarach ich funkcjonowania. Te zmiany nie pozostają bez wpływu na zachowania konsumentów. W takich warunkach nabywcy mają coraz większą wiedzę o rynku, towarach na nim oferowanych i stają się coraz bardziej świadomi swoich wyborów w zakresie konsumpcji. Tematyka zdrowia zajmuje szczególne miejsce w kategorii priorytetów każdego konsumenta. Zdrowie jest trudno zdefiniować, ale najczęściej dobre zdrowie jest postrzegane jako witalność, bycie aktywnym, funkcjonowanie w dobrym stanie oraz pozostawanie w zgodzie z naturą [2].

Materiał i metody

Celem niniejszego artykułu jest prezentacja wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w latach 2003–2012 w Polsce. Wybór zagadnienia wynika z ciągłych zmian w poziomie życia polskiego społeczeństwa w ostatnim dziesięcioleciu oraz pozacenowych wyznaczników popytu, w tym zmian w poziomie osiąganych dochodów nabywców, zmian w poziomie cen dóbr substytucyjnych i komplementarnych oraz

and taking care of health protection is more important. The expenditures on medical articles raised and it can be the result of greater awareness of the society in the aspect of health and quality of life.

Conclusion. A growing percentage of spending on health protection in households may indicate certain tendencies improving the living standard of the Polish society.

KEYWORDS: needs, consumption, wealthy, determinants of consumption development, households spending on health protection.

preferencji i gustów nabywców, a także zmian demograficznych [3].

Niniejsza publikacja składa się z dwóch części. Pierwsza ma charakter teoretyczny i przedstawiono w niej istotę, zakres sfery konsumpcji oraz czynniki wpływające na jej rozwój. Druga część artykułu obejmuje analizę danych liczbowych dotyczących zmian zachowań gospodarstw domowych w obszarze wydatków na ochronę zdrowia. Zakres czasowy, który został przyjęty do analizy, tj. lata 2003–2012, obejmuje ostatnią dekadę i jest okresem wystarczającym do rzetelnego przedstawienia sytuacji i wyciągnięcia wniosków na temat zachowań gospodarstw domowych w analizowanym zakresie.

Istota konsumpcji i możliwe obszary jej analizy

W języku polskim termin konsumpcji jest definiowany jako spożycie lub użytkowanie, a w ujęciu ogólnym oznacza wszelkie zaspokajanie potrzeb ludzkich albo też używanie lub niszczenie dóbr [4]. W obszarze ekonomii kwestia zaspokajania potrzeb zajmuje szczególne miejsce, dlatego jest ona definiowana w trzech płaszczyznach: konsumpcja jako akt społeczny, konsumpcja jako proces społeczny lub jako faza w procesie reprodukcji społecznej [5]. W pierwszym rozumieniu konsumpcję definiuje się jako bezpośredni akt zaspokojenia pewnej konkretnej potrzeby człowieka poprzez zużycie (użytkowanie) określonego produktu rozumianego w koncepcji marketingowej jako dobro materialne lub usługa. Jako przykład można wskazać obejrzenie przedstawienia teatralnego, zjedzenie deseru w kawiarni czy rozwiązanie krzyżówki zamieszczonej w lokalnej prasie. Warto podkreślić, że wszystkie akty konsumpcji, które mogą się powtarzać, budują proces polegający na uświadamianiu sobie własnych potrzeb, przywiąza-

niu do nich wagi i potem podjęciu decyzji o ich zaspokojeniu. Ostatnie rozumienie konsumpcji jest najbardziej szerokie, ponieważ dotyczy ujęcia w skali makro, czyli jako fazy reprodukcji społecznej, co prowadzi do analizy dochodów, poziomu zaopatrzenia rynku, działań prowadzonych w ramach polityki społecznej, infrastruktury technicznej i społecznej, czyli wszystkich aspektów oddziałujących na poziom zaspokojenia potrzeb całego społeczeństwa.

Warto podkreślić, że teoria potrzeb nie jest jeszcze jednoznacznie opisana w teorii nauk społecznych, co znajduje swoje uzasadnienie w naturze potrzeb, która jest zmienna i skomplikowana. Zdefiniowanie teorii potrzeb musiałoby oznaczać zbudowanie teorii człowieka, która mogłaby wyjaśnić sposób funkcjonowania i budowania relacji z otoczeniem, a to wydaje się zadaniem niemożliwym do realizacji.

Potrzeby ludzkie w dziedzinie marketingu są rozumiane jako zapotrzebowanie, pragnienia, aspiracje, preferencje oraz motywacje. Należy podkreślić, że w różnych naukach społecznych zajmujących się potrzebami nie ma jednorodności w ich interpretacji i w różnych modelach mogą być akcentowane inne elementy. Psychologia skupia uwagę na potrzebach jednostki ludzkiej, natomiast socjologia ogólniejsze działania naukowców na potrzebach i zachowaniach zbiorowości, a ekonomia opisuje potrzeby w relacji do możliwych środków i sposobów zaspokajania potrzeb w układzie mikro- oraz makrosocjalnym. Potrzeba pojawia się wtedy, gdy konsument odczuwa brak czegoś (rzeczy) lub brak warunków (na przykład możliwości snu, wypoczynku) i jednocześnie chce pozyskać określone dobra lub warunki umożliwiające likwidację opisanego stanu poczucia braku. Drugim elementem poddanym analizie mogą być przedmioty konsumpcji zarówno materialne, takie jak: artykuły żywnościowe, odzież, obuwie, dobra materialne o charakterze religijnym lub kulturalnym, takie jak: obrazy, rzeźby, talizmany, jak i niematerialne wartości społeczne i kulturowe, wśród których można wyodrębnić wiedzę, informację, bezpieczeństwo, poprawę zdrowia oraz świadczenie usług, takich jak leczenie, nauczanie czy transport. W ramach zachowań konsumpcyjnych ludzi analizie poddaje się rozmiar i sposoby zaspokajania potrzeb, które można podzielić na dwie grupy: zachowania konsumpcyjne na rynku, czyli zachowania nabywców, oraz zachowania konsumpcyjne w gospodarstwie domowym. Ostatni obszar badań w sferze konsumpcji stanowią rezultaty (efekty zaspokojenia potrzeb) rozumiane jako bezpośrednie efekty pojawiające się natychmiast po zaspokojeniu potrzeby, takie jak zaspokojenie uczucia głodu czy korekta w wyglądzie zewnętrznym, oraz pośrednie, powstające dopiero po zakończeniu aktu konsumpcji. Typowy przy-

kład to pojawienie się chorób wynikających z palenia tytoniu czy otyłość wynikająca z pielęgnowania złych nawyków żywieniowych.

W marketingowym ujęciu potrzeby stanowią centralny punkt w zakresie postępowania konsumpcyjnego rozumianego jako wszelkie działania związane z dysponowaniem i użytkowaniem produktu (wyrobu i usługi) razem z wszystkimi decyzjami, które poprzedzały i wpływały na podjęcie takich, a nie innych działań [6]. Między potrzebami występują związki mające charakter substytucyjny, komplementarny i synergiczny [7]. Zachowanie higienicznego rozwoju każdego człowieka powoduje, że potrzeby niższego rzędu są zaspokajane bez efektu substytucji, natomiast ze zjawiskiem zastępowalności możemy mieć do czynienia tylko w zakresie potrzeb wyższego rzędu.

Analizując tematykę konsumpcji, nie można nie pominąć takich pojęć jak: poziom i stopa życia, dobrobyt, sposób i styl życia, jakość życia, oraz powiązań dla nich charakterystycznych. Poziom życia i stopa życia są tożsame i są definiowane jako stopień zaspokojenia potrzeb ludzkich definiowany konsumowaniem dóbr szeroko rozumianych (w ujęciu materialnym i niematerialnym), umiejętnością korzystania z dóbr, jakie oferuje środowisko naturalne i społeczne, w jakim funkcjonuje człowiek. Dla każdej osoby taki sam poziom konsumpcji może oznaczać inny stopień zaspokojenia potrzeb, a ten sam poziom zadowolenia można osiągać na różnym poziomie konsumpcji. Pojemność kategorii poziomu życia jest szeroka tak jak gama potrzeb ludzkich. W życiu społecznym zachowania konsumentów często są podyktowane drogą zawodową, mogą wynikać z przeżytych wydarzeń rodzinnych (narodziny dziecka, ślub, emerytura) i oczekiwanego poziomu wzrostu posiadanego majątku [8].

Dobrobyt można definiować jako zasób przedmiotów konsumpcji oraz środków finansowych pozostających do dyspozycji społeczeństwa. Warto podkreślić, że nie jest równoznaczny z konsumpcją, ponieważ możliwe jest bycie właścicielem kilku mieszkań lub domów, ale mieszkanie w rzeczywistości w jednym, można posiadać wiele innych dóbr, ale korzystać tylko z kilku ulubionych i w takim rozumieniu ujawnia się rozbieżność między dobrobytem a poziomem życia. Zdolność do konsumowania dóbr i czerpania z tego przyjemności może być ograniczona z uwagi na brak czasu i jest bezpośrednio powiązana z prowadzonym trybem życia. Jako przykład można wskazać osoby nie bardzo aktywne, ale prowadzące aktywny i twórczy tryb życia i korzystające ze zdobyczy kulturalnych i edukacyjnych. Rozbieżności istniejące między poziomem życia polskiego społeczeństwa a krajami Europy Zachodniej są mniejsze niż różnice wynikające z poziomu dobrobytu tych społeczeństw.

Z przedstawionych pojęć najszersza jest jakość życia zdefiniowana jako konsumpcja, dobrobyt wynikający z konsumpcji, korzystanie ze środowiska, dobrego stanu zdrowia i osiągniętej pozycji w hierarchii społecznej. Takie ujęcie tematu pozwala stwierdzić, że jest to zagadnienie wielodyscyplinarne wykraczające poza ekonomię. Sposób (styl) życia można zdefiniować jako całość zachowań ludzkich i czynności prowadzących ludzi do zaspokojenia swoich potrzeb. Oznacza to konieczność podejmowania decyzji dotyczących zarówno przedmiotów konsumpcji, jak i sposobów zaspokajania potrzeb. Poziom życia definiuje i opisuje relację potrzeby – konsumpcja w ujęciu ilościowym, natomiast sposób życia pokazuje tę relację w sposób jakościowy.

Gospodarstwo domowe w sferze konsumpcji

W kontekście opisanych analiz podmiotem gospodarczym, który samodzielnie podejmuje decyzje dotyczące konsumpcji, może być gospodarstwo domowe, w ramach którego istnieje możliwość zaspokajania potrzeb poszczególnych domowników poprzez zapewnienie im godnych warunków życia, czyli poziomu i jakości bytu [9]. Osiągnięcie tego celu jest możliwe dzięki uruchomieniu zasobów finansowych stanowiących dochody bieżące i wcześniej zgromadzone oszczędności, dzięki bazie materialnej, jaką są mieszkanie i dobra w nim zgromadzone, zasobom pracy, czyli czasowi, wiedzy połączonej z umiejętnościami i wysiłkiem. W gospodarstwie domowym, podobnie jak w każdym przedsiębiorstwie, wysiłki wszystkich osób w nim funkcjonujących zmierzają do jak najpełniejszego zaspokojenia potrzeb przy jednoczesnej próbie ograniczenia zużycia zasobów, czasu, pracy i podjętego wysiłku.

Czynniki wpływające na poziom konsumpcji w skali mikro

Dążenia człowieka lub gospodarstwa domowego, w którym on funkcjonuje, w zakresie konsumpcji i zachowania w tym obszarze mogą być określane przez gamę czynników w skali mikro, do których zaliczamy czynniki ekonomiczne, demograficzne, biologiczne (fizjologiczne), ekologiczne, społeczne i kulturowe [10].

Czynniki biologiczne, tj. wiek, płeć, wzrost, waga, sprawność fizyczna i cechy psychiczne, determinują i objaśniają przede wszystkim wpływ fizjologii człowieka na jego zachowania konsumpcyjne. W analizie nie można pominąć wpływu środowiska na sposób zaspokajania potrzeb, dlatego że w tym zakresie ujawnia się zróżnicowanie stylów życia i konsumpcji powiązanych z regionem zamieszkania konsumentów. Jako ekonomiczne wyznaczniki konsumpcji jednostki lub gospodarstwa domowego można traktować zasób dóbr

konsumpcyjnych występujących w gospodarstwie domowym i dostępność dóbr publicznych. Ponadto nie bez wpływu są dochody gospodarstw domowych, poziom cen artykułów konsumpcyjnych i relacje komplementarności oraz substytucyjności, a także podaż dóbr konsumpcyjnych na rynku. Wzrost gospodarczy powoduje, że istnieje konflikt między ekonomicznymi czynnikami rozwoju konsumpcji a ekologią i niezbędnymi wydatkami na jej rozwój [11]. Uwarunkowania konsumpcji w obszarze demograficznym czy społecznym dotyczą takich zagadnień jak liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, pozycja zawodowa wypracowana dzięki aktywności, osiągnięty poziom czy też rodzaj wykształcenia i ilość czasu wolnego. Warto podkreślić, że zmiany zachodzące we wszystkich obszarach życia wynikające z rozwarstwienia społecznego (bogaci – ubodzy), zróżnicowania poziomu wykształcenia i doświadczenia zawodowego, różnego sposobu rekreacji i odpoczynku, wzrostu poziomu bezrobocia sprawiają, że zmienia się proporcja osób aktywnych zawodowo i osób pozostających bez pracy, a jednocześnie będących osobami konsumującymi [12]. Można powiedzieć, że jedna grupa cierpi na chroniczny brak czasu, a posiada wysokie dochody, natomiast inna grupa utrzymuje się z niskich dochodów, ale dysponuje czasem wolnym [13]. Do kulturowych czynników zaliczamy system wartości, zwyczaje i tradycje narodowe, poziom wyedukowania konsumenta i zdobyte oraz przyjęte przez niego wzorce konsumpcji, czyli wytwory ludzkiej aktywności akceptowane w zbiorowości i przekazywane następnym pokoleniom [14]. W dobie nieograniczonego dostępu do wiedzy i informacji, zagranicznych podróży sprzyjających poznawaniu innych kultur i wzorców zachowań konsumpcyjnych zauważa się trend od odchodzenia tradycji i obyczajów, czemu towarzyszy proces unifikacji konsumpcji uwarunkowany standaryzacją dóbr konsumpcyjnych i nasilającą się migracją zawodową.

Czynniki wpływające na poziom konsumpcji w skali makro

W skali makro obserwacja zachowań konsumpcyjnych odnosi się do badania zachowań poszczególnych gospodarstw domowych i tendencji w tym zakresie w rozumieniu gospodarki jako całości [15]. Dla takiego rozumienia konsumpcji ważne jest uwzględnienie tempa rozwoju gospodarczego, obszaru i zakresu działania państwa oraz przebiegu procesów demograficzno-społecznych. Rozwój gospodarczy jest określony przez poziom produktu narodowego brutto będący bardzo syntetycznym obrazem procesów gospodarowania i tendencji zmian w jego poziomie. Istota i wpływ państwa na poziom konsumpcji ma na celu dopasowanie rynko-

wych mechanizmów alokacji zasobów poprzez realizację funkcji alokacyjnej, dystrybucyjnej i stabilizacyjnej.

Dane statystyczne dotyczące struktury wydatków na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2003–2012

W ciągu ostatniej dekady (lata 2003–2012) w Polsce następowały systematyczne zmiany w zakresie wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia. Szczegółowe dane liczbowe dotyczące tej problematyki zamieszczono w **tabeli 1**.

w 2003 roku do 52,68 złotych w 2012 roku. Nieznacznie niższy, bo ponad czterdziestoprocentowy, wzrost (145,22%) wystąpił w grupie wydatków na artykuły medyczo-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny, a wydatki na artykuły farmaceutyczne znajdujące się w grupie artykułów medycznych kształtowały się na porównywalnym poziomie (142,70%). Zdecydowanie wyższy wzrost, bo prawie dwukrotny (197,40%), zanotowano w zakresie wydatków na usługi medyczne i usługi medycyny niekonwencjonalnej. Tutaj wzrost nastąpił z poziomu 8,47 do 16,72 złotych w roku 2012. Istotne zmiany zaszły także w kwestii rozporządzania budżetami przez gospodarstwa domowe w zakresie wydatków

Tabela 1. Dane statystyczne dla gospodarstw domowych w Polsce w latach 2003–2012 (stan na 31.12.) Dynamika
Table 1. Statistical data for households in Poland between 2003 and 2012 (as for 31.12.) Dynamics

Wyszczególnienie/Issue	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Przeciętne miesięczne dochody na jedną osobę (zł)/ Average monthly income per 1 person	108,07	103,54	109,62	111,28	112,56	106,60	123,40	106,68	108,12
Przeciętne miesięczne wydatki na jedną osobę (tys. zł), w tym/ Average monthly spending per 1 person (tsd.zł), included:	107,90	99,37	107,90	108,75	111,65	105,80	103,63	102,97	102,93
zdrowie/health	105,79	99,00	76,53	150,62	109,15	109,66	99,00	107,76	103,09
artykuły medyczo-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny/ medic-farmaceutical goods, medical equipment	103,12	99,44	103,36	106,43	108,47	109,14	98,38	106,99	103,31
w tym artykuły farmaceutyczne/ pharmaceutical goods included	102,63	100,00	103,14	105,22	107,53	109,31	98,61	106,92	103,38
usługi medyczne i medycyny niekonwencjonalnej/ medical services and alternative medicine	111,92	98,52	109,53	115,44	112,45	109,41	100,28	110,84	103,53
higiena osobista/personal hygiene	101,54	101,90	113,03	112,55	111,32	108,93	103,67	100,38	103,01
rekreacja i kultura/recreation and culture	105,90	100,45	112,59	115,68	116,77	106,25	104,52	102,28	108,49
edukacja/education	101,35	86,22	115,10	106,61	101,35	101,42	111,45	95,14	102,31
Liczba gospodarstw domowych objętych badaniem (szt.)/ Number of household included in the project	99,27	107,93	107,88	99,62	99,98	99,85	100,29	99,90	100,14
Wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem/ Dynamics of goods and consumption services – total	102,68	98,74	99,32	101,48	100,97	99,33	brak danych/ no data	brak danych/ no data	brak danych/ no data

Źródło: opracowanie własne na podstawie [16]: Roczniki statystyczne GUS, Warszawa, lata 2004–2012
Source: own analysis on the basis of the Statistical Yearbook, Central Statistical Office, Warsaw, years 2004–2012

Wyniki i dyskusja

W analizowanym okresie zanotowano ponad dwukrotny wzrost przeciętnego dochodu w przeliczeniu na jedną osobę (wzrost o 233,12%), przy jednoczesnym wzroście o ponad połowę przeciętnych miesięcznych wydatków (wzrost na poziomie 163,21%). W kolejnych latach prowadzonej analizy nastąpił wzrost wydatków na zdrowie o ponad połowę (158,91%), z poziomu 33,15 złotych

na rekreację i kulturę, ponieważ zanotowano prawie dwukrotny wzrost (199,35%). Również środki pieniężne na higienę osobistą zwiększyły się bardzo istotnie, bo aż o siedemdziesiąt procent (171,10%), z poziomu 17,52 złotych w roku 2003 do 30,08 złotych w ostatnim roku analizy. W analizowanym okresie nastąpił wzrost o jedną piątą (119,56 %) w grupie wydatków na edukację, z poziomu 10,38 do 12,41 złotych w 2012 roku. Przed-

stawione zmiany w poziomie wydatków mogą oznaczać, że dla gospodarstw domowych ważny jest ekonomiczny aspekt zmian i rosnąca dbałość o ochronę zdrowia, czego wyrazem jest przeznaczanie coraz wyższych kwot na artykuły i usługi medyczne. Może to być przejawem większej dostępności wymienionych usług czy artykułów, a z pewnością większej świadomości społeczeństwa w zakresie znaczenia zdrowia i jakości życia.

Piśmiennictwo

1. Kłeczek R, Kowal W, Woźniczka J. Strategiczne planowanie marketingowe. Warszawa: PWE; 1996. 15.
2. Insel PM, Roth WT. Core Concepts in Health. 5th ed. Mountain View: Mayfield Publishing Company; 1988. 5.
3. Milewski R, Kwiatkowski E (red.). Podstawy ekonomii. Wyd. 3. zm. Warszawa: Wydawnictwo Ekonomiczne PWN; 2005. 46.
4. Bywalec C, Rudnicki L. Konsumpcja. Warszawa: PWE; 2002. 13.
5. Szczepański J. Konsumpcja a rozwój człowieka. Wstęp do antropologicznej teorii konsumpcji. Warszawa: PWE; 1981. 133–137.
6. Garbarski L, Rutkowski I, Wrzosek W. Marketing. Punkt zwrotny nowoczesnej firmy. Warszawa: PWE; 2000. 136.
7. Kieźel E (red.). Rynkowe zachowania konsumentów. Katowice: Akademia Ekonomiczna w Katowicach; 1999. 28–29.
8. Lambin J. Strategiczne zarządzanie marketingowe. Warszawa: PWN; 200. 107.
9. Żelazna K, Kowalczyk I, Mikuta B. Ekonomika konsumpcji. Elementy teorii. Warszawa: Wydawnictwo SGGW; 2002. 30.
10. Bywalec C, Rudnicki L. Podstawy ekonomiki konsumpcji. Kraków: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie; 1999. 38.
11. Behrens G, Kaas KP, Kroeber-Riel W, Trommsdorff V, Weinberg P. Gesellschaftliche Bedingungen umweltbewussten Konsum. Universität-GH-Paderborn; 1990. 15.
12. Kiełczowski D. Konsumpcja a perspektywy trwałego i zrównoważonego rozwoju, Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku; 2004. 116.
13. Palska H. Badania nad stylami życia. Z przeszłych i obecnych badań terenowych. W: Bogunia-Borowska M (red.). Barwy codzienności: analiza socjologiczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2009. 19.
14. Włodarczyk-Śpiewak K. Czynniki determinujące strukturę konsumpcji młodych gospodarstw domowych. Uniwersytet Szczeciński. Rozprawy i studia. T. DLVI; 482: 82.
15. Samuelson PA, Nordhaus WD. Ekonomia. T. 2. Wyd. 2 zm. Warszawa: PWN; 2007. 79
16. Roczniki Statystyczne GUS z lat 2004–2013.

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:

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

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

WPŁYW RODZINY NA ZACHOWANIA PROZDROWOTNE OSÓB STARSZYCH PO 65 ROKU ŻYCIA

INFLUENCE OF FAMILY ON HEALTH PROMOTING BEHAVIOUR OF ELDERLY PERSONS AT THE AGE OF 65 AND OVER

Anna Świącicka¹, Maciej Świącicki²

¹ Instytut Nauk Politycznych
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

² Stolmed sp. z o.o., ul. Królowej Jadwigi 21, Inowrocław

STRESZCZENIE

Cel. Celem pracy jest ocena wpływu rodziny na zachowania prozdrowotne osób starszych po 65 roku życia. Niniejsza analiza ma posłużyć rozstrzygnięciu słuszności istniejącego współcześnie przekonania o zasadniczym znaczeniu rodziny i jej roli w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych populacji seniorów oraz ocenić jej zaangażowanie w procesie tworzenia świadomości seniorów na rzecz zdrowia. Eksploracji poddane zostało oddziaływanie rodziny w kontekście zachowań związanych ze zdrowiem fizycznym oraz psychospołecznym. Wśród analizowanych wskaźników zwrócono szczególną uwagę na aktywność fizyczną osób starszych, racjonalne żywienie oraz parametr snu. Ponadto oceniano stopień wspierania oraz zaangażowania środowiska rodzinnego na poszczególnych poziomach funkcjonowania społeczno-ekonomicznego ankietowanych. Prozdrowotny styl życia osób starszych jest także punktem wyjścia w kierunku oceny wpływu krewnych na działania profilaktyczne oraz na niektóre zachowania zakwalifikowane do grupy zachowań ryzykownych.

Materiał i metody. Badaniem objęto 30-osobową populację seniorów 65+. Zastosowano specjalnie przygotowany kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Zgromadzone dane pozwoliły stwierdzić, że rodzina angażuje się w proces leczenia osób starszych (wsparcie duchowe – 53% badanych, logistyczne – 47% oraz materialne – 10%). W grupie badanych 73% badanych uważa, że rodzina systematycznie doradza w sprawach zdrowotnych. Aż 80% ankietowanych zapewnia, że jest wspierana przez rodzinę w przypadku podejmowanych aktywności ruchowych, 57% badanych potwierdziło, że rodzina pomaga im radzić sobie ze stresem. Większość członków rodziny zachęca swoich krewnych do przeprowadzania regularnych badań profilaktycznych. Z drugiej strony rodzina w niezadawalającym stopniu reaguje na zachowania szkodliwe dla zdrowia, w 73% nie dostrzega problemów związanych z zaburzeniami snu, zaś tylko w 30% przypadków próbowała wpływać na zmianę złych nawyków żywieniowych badanych osób.

Wnioski. Rodzina odgrywa niezwykle ważną rolę w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych, jednakże powinna śmiało uczestniczyć w procesie kształtowania świadomości zdrowotnej seniorów oraz podejmować szersze starania w kierunku minimalizowania zachowań z grupy działań ryzykownych, zmiany niewłaściwych nawyków żywieniowych, a także w większym stopniu nakłaniać do korzystania ze współczesnych możliwości działań profilaktycznych.

SŁOWA KLUCZOWE: rodzina, zachowania prozdrowotne, osoby starsze, geriatrya.

ABSTRACT

Aim. The aim of this thesis was the attempt to evaluate the family influence on health promoting behaviour of elderly persons at the age of 65 and over. This analysis was to determine the validity of the principal meaning of a family and its role in shaping the health promoting behaviour of senior population as well as estimating family involvement into the process of creating the awareness of seniors in the range of health. The impact of the family in the context of behaviors associated with physical and psychosocial health were analysed. Among the investigated indicators much attention was drawn to the physical activity of older people, their rational nutrition and sleeping parameters. Moreover, the extent of support and involvement of the family on individual socio-economic levels were surveyed. Healthy lifestyle of the elderly is also the starting point in the direction of assessing the impact of relatives on preventive measures and certain behaviors classified as risky ones.

Material and methods. The examination involved the population of 30 seniors at the age of 65 and over. Also, a special survey questionnaire was prepared for this examination.

Results. The collected data was sufficient to confirm that the family got involved in the process of the elderly people treatment (mental support was provided to 53% of the examined, logistical one – to 47% and financial – to 10%). Besides, in most cases (73%) family regularly advised on health issues. Up to 80% of respondents assured that they were supported by their families in case of motor activities. 57% of respondents confirmed that the family helped them cope with stress. Most family members encouraged their relatives to have regular prophylactic examinations done. On the other hand, the surveyed that the family did not react in a satisfactory way to harmful behaviour, in 73% they did not notice any problems connected with sleeping disorders and only in 30% the family tried to influence the change of bad eating habits of respondents.

Conclusions. The family plays an incredibly important role in shaping health promoting behaviours. Family members should participate in a more daring way in the process of shaping the health awareness of senior persons and take more frequent attempts to minimize any behaviour of the risky type, change inappropriate eating habits as well as persuading them in a greater extent to use modern possibilities of prophylactic activities.

KEYWORDS: family, health promoting behaviour, elderly persons, geriatrics.

Wprowadzenie

Rodzina w procesie zmian demograficznych odgrywa ogromną rolę w relacji międzypokoleniowej. Bardzo ważnymi elementami w tej transmisji są wiek, światopogląd, przeobrażenia polityczne, ekonomiczne oraz poziom wykształcenia. Od wielu lat badania socjologiczne wskazują, że rodzina jest składnikiem udanego życia oraz daje poczucie szczęścia, jest postrzegana jako miejsce schronienia przed zewnętrznymi zagrożeniami i agresją. Stanowi grupę społeczną dającą poczucie bezpieczeństwa oraz będącą przestrzenią, w której człowiek jest akceptowany takim, jakim jest i może rozwijać się osobowościowo [1].

Osoby starsze są i powinny być autorytetami dla młodszego pokolenia. Czasami schorowani, niedośćni oczekują od rodziny pomocy w życiu codziennym. Jednym z podstawowych zadań właściwie prowadzonej polityki rodzinnej we współczesnym społeczeństwie jest dążenie do osiągnięcia poprawy sytuacji życiowej rodziny na wszystkich szczeblach funkcjonowania społecznego, także w odniesieniu do najstarszych jej członków. Procesy urbanizacji, industrializacji oraz szybkie tempo życia człowieka stopniowo doprowadziły do zmiany tradycyjnej, wielopokoleniowej struktury rodzinnej na rzecz rodzin rozbitych, dysfunkcyjnych, o niewielkiej potrzebie utrzymywania więzi emocjonalno-społecznych. Nastąpiła znaczna instytucjonalizacja funkcji rodziny, szczególnie w zakresie usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych. W przypadku braku rodziny funkcja pomocy dla starszego pokolenia spadła na instytucje społeczne, takie jak: ośrodki pomocy, szpitale, sanatoria, domy starości, personel medyczny [2].

Na prozdrowotny styl życia nigdy nie jest za późno. Wdrożenie go nawet w starszym wieku daje poczucie aktywnego starzenia się. Tradycyjne rodziny koncentrują swe wysiłki na młodszym pokoleniu. Ludzie starsi oczekują od rodziny przede wszystkim pomocy psychospołecznej. W dzisiejszych czasach pomoc rodziny w aktywnym starzeniu seniora jest dość trudnym zadaniem. Bardzo istotnym elementem wspierania ludzi starszych w rodzinie jest szerzenie edukacji zdrowotnej wśród dzieci i młodzieży. Pozwala to zrozumieć sens życia, a także zmienić oblicze starości wśród pokoleń młodych [3].

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w NZOZ „Solanki” Uzdrowisko sp. z o.o. w Inowrocławiu. Do badań zakwalifikowano 30-osobową grupę losowo wybranych pacjentów, przebywających w trakcie 21-dniowego leczenia uzdrowiskowego w ramach turnusu rehabilitacyjnego z NFZ.

Do badania wykorzystano metodę sondażową w postaci specjalnie przygotowanego kwestionariusza ankiety obejmującego 59 pytań. Respondenci podczas badania oprócz odpowiedzi na pytania podstawowe (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny) udzielali odpowiedzi na pytania dotyczące stanu rodzinnego (m.in. liczby posiadanych dzieci, wnuków, miejsca zamieszkania i stopnia aktywności zawodowej najbliższej rodziny oraz stopnia zainteresowania sprawami zdrowotnymi badanych ze strony krewnych). Dodatkowo kuracjuszy dopytywano o zachowania związane z ich zdrowiem fizycznym (dbałość o aktywność fizyczną, sposób odżywiania, sen) oraz psychospołeczny (udzielane przez najbliższych wsparcie na różnych szczeblach funkcjonowania, radzenie sobie ze stresem itd.). Ponadto respondenci poproszeni zostali o ewentualne wymienienie osób angażujących się (jeżeli takowe osoby istniały) w ich proces leczenia, działania profilaktyczne oraz wpływ tych osób na niektóre zachowania zakwalifikowane do grupy zachowań ryzykownych.

Zgromadzone dane poddano analizie statystycznej za pomocą programu SPSS for Windows. Do oceny poszczególnych wskaźników i dokładnego zweryfikowania postawionych hipotez badawczych w badaniach zastosowano m.in. analizę: testem niezależności chi-kwadrat, analizę korelacji rho-Spearmana, test Kruskala-Wallisa oraz test U Manna-Whitneya. Przyjęto poziom istotności: $p < 0,05$. Wyniki przedstawiono w formie graficznej oraz opisowej.

Wyniki

Badaniem objęto grupę 30 osób w wieku od 65 do 89 lat (średnio 74,5 roku $\pm 6,73$), w tym 14 kobiet w wieku 65–88 (średnio 71,1 $\pm 6,1$) i 16 mężczyzn w wieku 65–89 (średnio 74,6 $\pm 6,99$). Wśród badanych osób zdecydowana większość to mieszkańcy miasta – 97 %, natomiast zaledwie 3% to mieszkańcy wsi. Najwięcej respondentów miało wykształcenie średnie – 33%, 27% – wyższe i zawodowe, zaś podstawowe – 13% ankietowanych. W związku małżeńskim pozostawało 60% osób, 30% utraciło partnera, 10% to osoby stanu wolnego.

W pracy badawczej dotyczącej wpływu rodziny na zachowania zdrowotne osób po 65 roku życia zwrócono uwagę na fakt, czy istnieje związek pomiędzy miejscem zamieszkania najbliższej rodziny a poczuciem bezpieczeństwa, jakie osobom starszym daje rodzina. Analiza materiału wykazała, iż wśród osób badanych 27% stanowiły osoby mieszkające samotnie. Spośród pozostałych osób – 73% mieszkało ze współmałżonkiem, 14% z dziećmi, natomiast reszta badanych – z dziećmi i wnukami bądź z współmałżonkiem i dziećmi. Dzieci miało 93% ankietowanych (średnio 2,29 $\pm 1,01$). Jednak

analiza testem niezależności nie wykazała istotnej statystycznie zależności: $\chi^2(3) = 4,15$; $p = 0,198$. Oznacza to, że nie zachodzi związek pomiędzy bliskością miejsca zamieszkania najbliższej rodziny a poczuciem bezpieczeństwa badanych osób, jakie dawałoby mieszkanie razem z własnymi dziećmi. Ponadto zbadano, czy istnieje związek pomiędzy miejscem zamieszkania osób badanych i ich rodziny a częstością prowadzonych rozmów z najbliższą rodziną na temat stanu zdrowia osób starszych. W tym celu przeprowadzono analizę korelacji rho-Spearmana. Nie wykazała ona istotnego statystycznie związku: $\rho = 0,32$; $p = 0,101$.

Niewątpliwie rodzina stanowi dla seniora w późniejszym etapie życia podporę funkcjonowania, ułatwia jego egzystencję. Czasami zwykła z pozoru rozmowa o stanie zdrowia daje poczucie wsparcia i równowagi. Szybkie tempo życia przedstawicieli młodszego pokolenia spowodowane intensywną pracą zawodową często zakłóca dialog rodzinny. W celu sprawdzenia, czy zachodzi związek pomiędzy aktywnością zawodową dzieci a częstością prowadzenia rozmów o stanie zdrowia osób starszych, przeprowadzono analizę korelacji rho-Spearmana. Analiza nie wykazała istotnego statystycznie związku: $\rho = -0,16$; $p = 0,415$. Niemniej jednak większość badanych (73%) odpowiedziała, że rodzina doradza im w sprawach zdrowotnych. Badane osoby oceniły, że najczęściej rozmawia się z nimi o aktywności fizycznej ($M = 5,3$), leczeniu i prowadzonej rehabilitacji ($M = 2,4$), zażywaniu leków ($M = 5,2$) oraz o przeprowadzonych badaniach lekarskich ($M = 5,1$). Najbardziej rozmowy były prowadzone na temat zaprzestania nałogów ($M = 1,5$). **Rycina 1** przedstawia statystyki opisowe dla stopnia rozmów na poszczególne tematy związane z kwestiami zdrowotnymi.

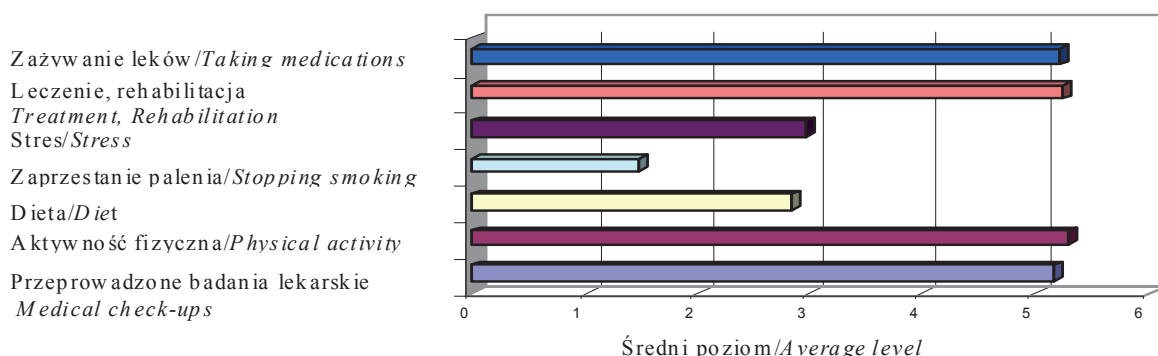
W odniesieniu do prowadzonych dyskusji zdrowotnych 43% ankietowanych przyznało, że nikt nie zachęca ich do przeprowadzenia badań profilaktycznych, około 37% osób wskazało jednak na współmałżonka, a co piąta – na dzieci. Poza tym analiza pola badawczego wykazała, że osoby starsze najczęściej chodzą do lekarza same – 67%, na współmałżonka wskazała co czwarta badana osoba.

Kolejnym kryterium ocenianym w niniejszej publikacji był stopień wspierania oraz zaangażowania środowiska rodzinnego na poszczególnych poziomach funkcjonowania osób po 65 roku życia. Otóż większość badanych osób odpowiedziała, że ich rodzina angażuje się w proces ich leczenia – 73%, mniej więcej co czwarta badana osoba odpowiedziała przeciwnie – 27%. W **tabeli 1** przedstawiono rozkład sposobu zaangażowania się rodziny w proces leczenia ankietowanych.

Tabela 1. Rozkład sposobu zaangażowania się rodziny w proces leczenia badanych osób
Table 1. Distribution of the way of family involvement into the process of respondents' treatment

Odpowiedź/ Answer	Liczebność/ Population	Procent z ogółu/ Percentage of total
Materialnie (finansowanie leczenia)/ Materially (financing of treatment)	3	10,00
Duchowo (motywowanie, dodawanie otuchy, doping, wsparcie emocjonalne)/ Spiritually (motivation, reassurance, encouragement, emotional support)	16	53,33
Logistycznie (pomoc w dotarciu na miejsce leczenia, wykonywanych badań lekarskich)/ Logistically (assistance in reaching the place of treatment, performed medical examinations)	14	46,67

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

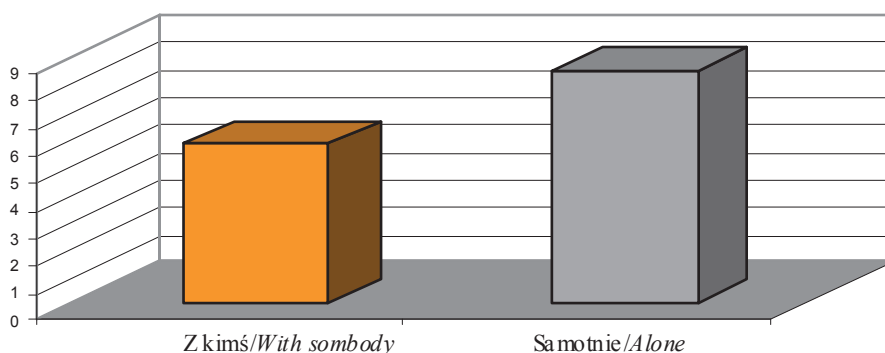


Rycina 1. Średni stopień rozmów na poszczególne tematy związane z kwestiami zdrowotnymi (skala 0–10)
Figure 1. Average measure of talks on particular topics connected with health issues (range 0–10)

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wśród analizowanych wskaźników zwrócono także szczególną uwagę na to, jaki jest wpływ rodziny na sposób odżywiania osób starszych, ich aktywność fizyczną oraz parametr snu. Zgromadzone dane pozwalają stwierdzić, iż w 30% przypadków ktoś z rodziny próbował wpłynąć na zmianę nawyków żywieniowych badanych osób, jednakże w większości nie było takiego zachowania. Spośród badanych osób 16,67% było namawianych do tego, aby ograniczyć dostarczaną w posiłkach sól, 13,33% – by spożywać więcej owoców i warzyw, 10% – by ograniczyć spożywanie tłustych potraw, a w przypadku 3,3% respondentów – do tego, by ograniczać spożywanie słodczy oraz regularnie jadać posiłki. Jeżeli chodzi o aktywność fizyczną osób starszych, to analizy korelacji rho-Spearmana nie wykazały istotnych statystycznie związków pomiędzy poziomem wykształcenia badanych osób a poczuciem ich stopnia aktywności fizycznej. Dodatkowo sprawdzono, czy najbardziej aktywni fizycznie krewni w większym stopniu wpływają na aktywność fizyczną osób badanych. Niestety analiza testem Kruskala-Wallisa nie wykazała istotnych statystycznie różnic: $\chi^2(3) = 6,61$; $p = 0,086$. Oznacza to, że osoby najbardziej aktywne fizycznie w rodzinie nie wpływają na poziom aktywności badanych. W celu sprawdzenia, czy osoby mieszkające samotnie różnią się od osób niemieszkających samotnie pod względem poziomu aktywności, przeprowadzono analizę testem U Manna-Whitneya. Wykazała ona istotne statystycznie różnice: $Z = 2,87$; $p = 0,004$. Oznacza to, że osoby mieszkające samotnie miały wyższy poziom aktywności fizycznej w porównaniu do osób mieszkających z kimś (**Rycina 2**).

Poza tym sprawdzono, czy osoby mieszkające samotnie różnią się od osób niemieszkających samotnie pod względem rodzaju uprawianej przez badane osoby aktywności fizycznej oraz pod względem czasu poświęcanego tygodniowo na jej uprawianie. Analizy testem niezależności chi-kwadrat nie wykazały odpowiednio istotnych statystycznie zależności: $\chi^2(5) = 2,12$; $p = 0,912$ oraz : $\chi^2(4) = 2,91$; $p = 0,623$. Jeżeli chodzi o sam rodzaj uprawianej aktywności fizycznej, badane osoby najczęściej wskazywały na spacer – 77%, inne formy aktywności fizycznej – 47% oraz gimnastykę poranną – 43%. Osoby starsze najczęściej wskazywały, że samotnie uprawiają aktywność fizyczną – 67%, mniej więcej co trzecia badana osoba odpowiedziała, że uprawia ją ze współmałżonkiem – 30%. Respondenci najczęściej odpowiadali, że największy wpływ na podejmowanie przez nich aktywności fizycznej ma współmałżonek – 43% oraz inne osoby w rodzinie – 37%. Co piąta badana osoba wskazywała na dzieci lub wnuki – 20%. Spośród osób pozostających w związku małżeńskim 10% przyznało, iż choroba współmałżonka przyczynia się do ograniczenia jej aktywności fizycznej. Zdecydowana większość badanych osób (80%) odpowiedziała, że rodzina wspiera ich w podejmowaniu aktywności ruchowej. Większość seniorów jest wspierana przez rodzinę duchowo – 73%, wsparcie logistyczne otrzymuje od rodziny co piąta badana osoba, a materialne co dziesiąta – 10%. Ponadto kuracjuszy dopytywano, w jaki sposób rodzina pomaga pacjentom radzić sobie w sytuacjach stresowych. Ponad połowa badanych osób (57%) potwierdziła, że rodzina pomaga im radzić sobie ze stresem. W **tabeli 2** przedstawiono rozkład sposobu, w jaki rodzina pomagała badanym osobom redukować stres w życiu codziennym.



Rycina 2. Poziom aktywności fizycznej badanych osób w zależności od sposobu zamieszkania
Figure 2. Level of respondents' physical activity taking into account the type of dwelling

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Tabela 2. Rozkład sposobu, w jaki rodzina pomagała badanym osobom redukować stres w życiu codziennym
Table 2. Distribution of the ways in which a family helped respondents reduce stress in everyday life

Odpowiedź/ <i>Answer</i>	Liczebność/ <i>Population</i>	Procent z ogółu/ <i>Percentage of total</i>
mobilizuje do aktywności fizycznej/ <i>motivates to physical activity</i>	8	26,67
rozluźnia napiętą atmosferę śmiechem, poczuciem humoru/ <i>relaxes the tense atmosphere with laughter, sense of humor</i>	8	26,67
rodzina w trosce o moje zdrowie izoluje mnie od sytuacji stresujących/ <i>family for the sake of my health separates me from stressful situations</i>	2	6,67
zachęca do wypoczynku, zalecając zmianę otoczenia/ <i>recommends a change of environment</i>	13	43,33
inne/others	1	3,33

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Kolejnym analizowanym wskaźnikiem w przypadku zachowań prozdrowotnych był parametr snu. Spośród przebadanych osób aż 60% miało problemy ze snem. W większości przypadków (73%) rodzina nie pomagała badanym osobom zlikwidować problemów ze snem, jedynie w dwóch przypadkach wystąpiła taka pomoc. W jednym – rodzina pomagała badanej osobie farmakologicznie, a w drugim poprzez poradnię zaburzeń snu – u specjalisty.

Ostatni analizowany wskaźnik dotyczył wpływu najbliższej rodziny na niektóre zachowania zakwalifikowane do grupy zachowań ryzykownych. Sprawdzano, w jaki sposób rodzina reaguje na zachowania z tzw. grupy ryzyka (palenie papierosów, spożywanie alkoholu, nadużywanie leków). Zaledwie jedna osoba przyznała się do palenia papierosów i to ona odpowiedziała, że współmałżonek i dzieci namawiali ją do zerwania z nałogiem. Spośród badanych 33% przyznało się do spożywania alkoholu i w tym przypadku – zaledwie jedna osoba odpowiedziała, że ktoś z rodziny namawiał ją do zaprzestania spożywania alkoholu. W przypadku regularnego przyjmowania leków – 40% badanych osób odpowiedziało, że ktoś z rodziny kontroluje i przypomina im o regularnym stosowaniu farmaceutyków, a mniej więcej co czwarta badana osoba (co stanowiło 23%) była ostrzegana o nadużywaniu leków niezaleconych przez lekarza.

Dyskusja

Proces zmian demograficznych w Polsce ukazuje wzrost udziału osób starszych w populacji ogółem. Naj-

nowsze badania wskazują, iż w 2011 roku ludzi powyżej 65 roku życia żyło w Polsce ponad 5 milionów, co stanowiło około 14% całej populacji. GUS szacuje, że w 2035 roku co czwarty mieszkaniec przekroczy umowny próg starości, powiększając 8,5-milionową populację ludzi starszych. Niemal połowa tych osób, czyli około 4 milionów, przekroczy 75 lat, stwarzając populację wysokiego ryzyka obejmującą tzw. zespoły geriatryczne.

Osoby po 65 roku życia stanowią szczególny rodzaj generacji – należą do pokolenia powojennego z większą świadomością zdrowotną oraz wymogami do specjalistycznego leczenia [4]. W społeczeństwie polskim obserwuje się odwróconą piramidę demograficzną, czyli ilościowo osoby starsze dominują nad populacją ludzi młodych. Prognoza ludności w latach 2008–2035 wskazuje na wzrost tzw. pokolenia stulatków. Szacuje się, że liczba Polaków 85+ w 2030 roku może sięgać prawie 800 tysięcy [5].

W społeczeństwie starość kojarzy się ze stanem, w którym człowiek nie potrafi poradzić sobie z czynnościami życia codziennego, stanowi ciężar dla rodziny, dla bliskich, wymagając ciągłej opieki. Jednakże systematyczne spotykanie się z jej członkami daje możliwość zaspokajania potrzeb bezpieczeństwa, przynależności i uznania. Dobre relacje rodzinne, wsparcie psychiczne, fizyczne, społeczne i materialne zapewniają równowagę emocjonalną, pomagają przystosować się do starości, pozytywnie kształtują cechy prozdrowotne oraz wpływają na dodatni bilans życia [6].

Niestety obraz współczesnej rodziny to także zagrożenia dla seniora. Problemy wynikające ze zmian kulturowo-społecznych, takich jak: europejski model rodziny oraz zmiany w relacjach pokoleniowych, wprowadzają zaburzoną funkcję społeczną. Obniżenie przyrostu naturalnego spowodowało, iż proporcjonalnie w wielu rodzinach liczba dzieci zmalała w stosunku do liczby osób starszych i dorosłych. W konsekwencji może doprowadzić to do zjawiska osieroconej starości [7]. Zjawisko to opiera się na izolacji społecznej, samotności, często może nawet prowadzić do depresji czy samobójstwa. Jednym ze współczesnych problemów rodziny jest także rosnące zjawisko rozwodów. W konsekwencji cierpi na tym także osoba starsza. Mimo rozpadu małżeństwa seniorzy odczuwają potrzebę utrzymania kontaktów z wnukami. Często jednak więzi międzypokoleniowe zostają niestety zerwane [8].

Współczesna literatura naukowa podkreśla, iż zachowania prozdrowotne są integralnym elementem systemu ochrony zdrowia. Są one ściśle związane z pojęciem stylu życia funkcjonującym w sferze zdrowia publicznego od połowy lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku. Istnieje wiele definicji stylu życia. Siciński określa go jako specyficzny zespół codziennych zachowań

jednostek czy grup społecznych, stanowiący odzwierciedlenie ich położenia społecznego, a dzięki temu umożliwiającą ich społeczną identyfikację [9]. Z kolei Szilagi-Pągowska definiuje styl życia jako zespół zachowań i postaw zależnych od środowiska zewnętrznego, społecznego, kulturowego, a także od sytuacji ekonomiczno-politycznej państwa, od uznanych przez daną jednostkę wartości i przekonań [10]. Inni autorzy uważają, iż styl życia związany jest z określonymi zwyczajami i typami zachowań, na które składa się zespół decyzji podejmowanych przez ludzi odnośnie ich sytuacji zdrowotnej w sposób umożliwiający jej kontrolowanie [11]. Należy przy tym wyraźnie zaznaczyć, iż styl życia, czyli sposób, w jaki jednostka funkcjonuje, może przyczyniać się do wykształcenia wzorów zachowań zarówno tych korzystnych, jak i szkodliwych. Warto podkreślić, iż nieodłącznym elementem współtworzącym styl życia są, jak podaje Woitas-Ślubowska, zachowania zdrowotne, czyli świadomy wybór zachowań służących utrzymaniu i doskonaleniu zdrowia za pomocą wszelkich dostępnych człowiekowi środków [12]. W literaturze przedmiotu spotykamy się z różnymi systematyzacjami i typologiami terminologicznymi tego pojęcia. W niniejszym opracowaniu warto przytoczyć definicję zachowań zdrowotnych zaproponowaną przez Gochmana, który stwierdza, iż zachowania zdrowotne odnoszą się do takich elementów osobowościowych człowieka jak jego: przekonania, oczekiwania i przewidywania, motywy, wartości, spostrzeżenia, stany emocjonalne, a także działania i nawyki służące utrzymaniu i przywracaniu zdrowia [13]. Z kolei Puchalski w swoich rozważaniach na temat zachowań zdrowotnych zwraca szczególną uwagę na dwa kryteria podziału, mianowicie na wiedzę oraz związek pomiędzy tymi zachowaniami a zdrowiem ustalonym w tym systemie wiedzy. Badacz stwierdza, iż z jednej strony działania te mogą wynikać z wiedzy subiektywnej podmiotu bądź obiektywnej, usystematyzowanej wiedzy mieszczącej się w kategoriach wiedzy medyczno-społecznej, a z drugiej strony określone zachowania zdrowotne pod wpływem zgromadzonej wiedzy mogą wpływać na poziom zdrowia i odwrotnie – to wiedza o zdrowiu może motywować do podejmowania pewnych zachowań zdrowotnych [14]. Spośród licznych definicji przytoczonych w niniejszym opracowaniu najbardziej zdaje się jednak przemawiać ta zaproponowana przez Woynarowską – definicja ta mówi, że zachowania zdrowotne są postępowaniami, działaniami, które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na zdrowie i samopoczucie człowieka. Kontynuując, autorka wyróżnia dwie kategorie zachowań. Wymienia zachowania sprzyjające zdrowiu (zachowania prozdrowotne, pozytywne), do których zalicza m.in.: aktywność fizyczną, racjonalne odżywianie, higienę ciała i otocze-

nia, zachowanie bezpieczeństwa, higienę psychiczną (kontakty międzyludzkie, radzenie sobie ze stresem). Ponadto wspomina o zachowaniach zagrażających zdrowiu (antyzdrowotnych, negatywnych), takich jak: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu i innych środków uzależniających oraz brak zachowań prozdrowotnych [15].

Jednym z najważniejszych celów opieki zdrowotnej na rzecz osób po 65 roku życia jest przede wszystkim wykształcenie trwałych zachowań związanych z umacnianiem zdrowia, zapobieganiem chorobom i wypadkom oraz propagowanie wszelkich działań przywracających sprawność i zdrowie człowieka. Celem promocji zdrowia w tym zakresie jest przede wszystkim stworzenie osobom starszym możliwości samodzielnego i aktywnego funkcjonowania w środowisku, w którym żyją, oraz zapewnienie możliwie najwyższego poziomu jakości życia. Do realizacji tak ogólnie zdefiniowanych zadań służą przeróżne narzędzia promocji zdrowia w postaci umownych klasyfikacji i programów prozdrowotnych, ukierunkowanych bądź na zmianę dotychczasowego stylu życia osób starszych, bądź na działania związane z zachowaniem i poprawą samokontroli zdrowia, stymulowaniem więzi społecznych oraz poprawą wydolności funkcjonalnej seniorów [16].

Rola wychowania zdrowotnego w kształtowaniu zdrowia rodziny jest nieoceniona, a sam zakres tych zachowań bywa niezwykle szeroki. Dotyczy nie tylko działań związanych z czynnościami higieny osobistej i otoczenia, jak podaje Berkowska, ale również obejmuje zagadnienia związane z żywieniem, wypoczynkiem, świadomym rozwijaniem i doskonaleniem zdrowia (prowadzoną rehabilitacją i leczeniem), korzystaniem ze świadczeń opieki medycznej, zażywaniem leków i współdziałaniem z rodziną w opiece nad osobą niepełnosprawną lub przewlekle chorą [17].

Do tej pory niewiele badań donosi o tym, czy rodzina wpływa na zachowania prozdrowotne osób starszych oraz ewentualnie na jakim poziomie kształtuje się tego typu oddziaływanie pomiędzy poszczególnymi jej członkami. Rekompensatą za brak wystarczającej ilości badań w tej dziedzinie jest istnienie śladowych danych na temat oceny zachowań zdrowotnych osób starszych. Analiza zachowań zdrowotnych przeprowadzona przez Smoleń i wsp. wykazała wysoki poziom zachowań zdrowotnych wśród słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w każdej z omawianych kategorii, tj. dotyczących prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk o charakterze zdrowotnym. Badacze zauważyli, iż wśród zachowań dotyczących prawidłowych nawyków żywieniowych osoby starsze deklarują wysokie spożycie pieczywa pełnoziarnistego, owoców i warzyw, ograniczając przy tym spożywa-

nie tłuszczów zwierzęcych, cukru, soli oraz żywności z konserwantami [18]. Z kolei Suliga, oceniając wybrane nawyki żywieniowe kobiet i mężczyzn 50+, stwierdziła występowanie szeregu nieprawidłowych zachowań żywieniowych, będących czynnikami ryzyka nadwagi i otyłości, zaburzeń lipidowych, cukrzycy typu II, nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca i innych chorób przewlekłych [19]. W kwestii zachowań profilaktycznych doniesienia naukowe wskazują na regularne korzystanie z kontrolnych badań lekarskich, ściśle przestrzeganie zaleceń lekarskich oraz poszerzanie wiedzy na tematy zdrowotne wśród osób badanych. Na podstawie zgromadzonych wyników autorzy wywnioskowali, iż zdecydowanie mniej osób po 65 roku życia poważnie traktuje wskazówki innych zaniepokojonych ich stanem zdrowia, a w większości to oni udzielają wsparcia, nie tylko finansowego, swojej rodzinie i osobom z najbliższego otoczenia [18]. Do podobnych rezultatów badawczych, oceniając zachowania zdrowotne osób starszych, doszli Kozieł i wsp., którzy porównali grupę seniorów aktywnie uczestniczących w zajęciach organizowanych przez Uniwersytety Trzeciego Wieku z osobami niepodjętymi tej formy aktywności. Zaktywizowana intelektualnie część badanych prezentowała ogólnie wyższy wskaźnik zachowań prozdrowotnych, miała lepsze nawyki żywieniowe, częściej podejmowała się zachowań profilaktycznych i praktyk służących zdrowiu, a ponadto wykazywała bardziej pozytywne nastawienie psychiczne w porównaniu z jej rówieśnikami z grupy kontrolnej [20].

Antidotum na starość i gwarancją długowieczności jest aktywność fizyczna. Badania naukowe wskazują, iż ludzie, którzy podejmują różnorodne formy aktywności, zachowują dłuższy komfort życia społecznego, fizycznego i psychicznego. W celu aktywizowania osób 65+, wycofanych społecznie i niechętnie podejmujących działania, powstają różnego rodzaju inicjatywy. Należą do nich: kluby seniora, domy dziennego pobytu. Uczestnictwo w tych strukturach daje możliwość zaspokojenia indywidualnych potrzeb oraz ułatwia nawiązywanie kontaktów społecznych i towarzyskich. Specjalną uwagę skupia się na rekreacji ruchowej, np. na organizowaniu programów „po zdrowie z *Nordic Walking*”, tworzeniu infrastruktury rowerowej oraz pływalni i siłowni otwartych w parkach. W Polsce w większych miastach aktywizuje się poprzez naukę w Uniwersytetach Trzeciego Wieku, a wiedza zdobywana przez sędziwych studentów mobilizuje do aktywnej starości. Nie zawsze jednak osoby starsze są członkami klubów czy studentami. Często bywa tak, że emeryt ogranicza się do przebywania w swoim domu lub jego okolicy. Jednak i tam potrafi aktywnie spędzać czas. Najbardziej popularnymi formami aktywności są prace

w ogródku działkowym, spacer, czytanie książek czy też rozwiązywanie krzyżówek lub tworzenie kolekcji – od monet po znaczki pocztowe [21].

Podsumowując: zdrowie podstawowej komórki społecznej, jaką jest rodzina, zależy w dużym stopniu od świadomych, prozdrowotnych zachowań jej członków. Dlatego niezwykle ważna w tym procesie jest edukacja zdrowotna, która nastawiona jest nie tylko na propagowanie działań związanych z szeroko rozumianą profilaktyką zdrowotną, ale także na koncentrowanie swoich działań na odpowiednich odbiorcach, weryfikowanie skuteczności swoich celów, metod i programów edukacyjnych. Tak naprawdę wspomnianych metod wychowania zdrowotnego jest wiele: od środków masowego przekazu, oddziaływania poprzez grupy – pogadanki zdrowotne, dyskusje itd., po indywidualny kontakt lekarz – pacjent. Nie zawsze jednak pozwalają one na otrzymanie informacji zwrotnej o ich efektywności. Dlatego właśnie szczególnie istotne jest to, by ich rozpowszechniania nie przypisywać wyłącznie personelowi medycznemu, ale by poszczególni członkowie wspólnoty, jaką jest rodzina, wpływali na zachowania prozdrowotne swoich krewnych, zwiększając tym samym efektywność w zakresie promocji zdrowia. Jak podaje Berkowska, badania wskazują na znaczące oddziaływanie kobiet w procesie kształtowania zdrowia rodziny. To właśnie kobiety w większości stają się osobami spełniającymi funkcje opiekuńczo-medyczne w rodzinie, chociaż mówi się coraz częściej, iż podejmowane są wszelkie starania, by motywować i aktywizować do tej roli także i mężczyzn [17].

Tak więc sytuacja zdrowotna każdej rodziny uwarunkowana jest przez zespół wielu czynników przekazywanych z pokolenia na pokolenie, szczególnie w perspektywie wyznawanych wartości, postaw, oddziaływań medyczno-opiekuńczych, wytwarzanych więzi emocjonalnych oraz sytuacji ekonomicznej, mających wpływ na skuteczne zaspokajanie kluczowych potrzeb życiowych. Odwołując się do własnych spostrzeżeń, warto podkreślić, iż udzielane przez rodzinę wsparcie jest niezbędnym warunkiem poprawy zdrowia i kondycji psycho-fizycznej seniorów, który zapewnia spójność międzypokoleniową. Krewni, angażując się w proces leczenia, zwłaszcza na poziomie duchowym, logistycznym i materialnym, wpływają na zachowania prozdrowotne osób starszych. Przeprowadzona analiza pola badawczego w tym względzie pozwala na sformułowanie wniosku, iż bliscy wpływają także na aktywność fizyczną sędziwego pokolenia. Prócz tego pomagają w radzeniu sobie ze stresem, w mniejszym stopniu oddziałują na zachowania związane z racjonalnym żywieniem, zasadniczo nie angażują się w rozwiązywanie problemów starszych osób ze snem. Niemniej jednak można odnieść wrażenie, że rodzina powinna śmiało uczestniczyć w procesie

kształtowania świadomych postaw prozdrowotnych w populacji seniorów oraz podejmować szersze starania w kierunku minimalizowania zachowań z grupy działań ryzykownych, w większym stopniu nakładając do korzystania ze współczesnych możliwości działań profilaktycznych. Wyniki badań wskazują niewątpliwie na konieczność kontynuowania i rozbudowania analiz w tym zakresie, na podstawie większego materiału badawczego.

Piśmiennictwo

1. Kryczka P. Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie. Lublin: Wydawnictwo KUL; 1997. 188.
2. Karczewski M. Opieka nad osobami w starszym wieku w rodzinie. W: Bożkowska K, Sito A (red.). Zdrowie rodziny. Warszawa: PZWL; 1983. 242–247.
3. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Warszawa: PWN; 2007. 221–223.
4. Bień B. Opieka geriatryczna w perspektywie starzenia się ludności Polski. W: Hryniewicz J (red.). O sytuacji ludzi starszych. II Kongres demograficzny. T. 3. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa; 2012. 151.
5. Halicka M, Kramkowska E. Uczestnictwo ludzi starszych w życiu społecznym. W: Hryniewicz J (red.). O sytuacji ludzi starszych. II Kongres demograficzny. T. 3. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa; 2012. 33.
6. Synak B. Pozycja społeczna ludzi starych w warunkach zmian ustrojowych cywilizacyjno-kulturowych. W: Synak B (red.). Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 2000. 9.
7. Worach-Kardas H. Starość jako wyzwanie i kwestia społeczna – nowy wymiar na progu XXI wieku. W: Kantorowicz E, Olubiński A (red.). Działania społeczne w pracy socjalnej na progu XXI wieku. Toruń; 2003. 408.
8. Leszczyńska-Rejchert A. Człowiek starszy i jego wspomnienia – w stronę pedagogiki starości. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie; 2006. 90–91.
9. Siciński A (red.). Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce. Warszawa: PWN; 1979. 13.
10. Szilągcy-Pągowska I. Styl życia i zachowania zdrowotne. W: Bożkowska K, Sito A (red.). Opieka zdrowotna nad rodziną. Warszawa: PZWL; 1994. 84.
11. Gniazdowski A. Zachowania a zdrowie. Podstawowe zależności. W: Gniazdowski A (red.). Zachowania zdrowotne. Łódź: Instytut Medycyny Pracy; 1990. 84.
12. Woitas-Ślubowska D. Kierunki przemian stylu życia uczniów w dwudziestoleciu (1973–92) na tle zmian pozytywnych i negatywnych mierników zdrowia. *Prom Zdr Nauki Społ Med.* 1997; 10–11: 98.
13. Gochman DS. *Health Behavior Research, Present and Future.* W: Gochman DS (red.). *Health Behavior. Emerging Research Perspectives.* Nowy Jork–Londyn: Plenum Press; 1988. 102.
14. Puchalski K. Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia. W: Gniazdowski A (red.). *Zachowania zdrowotne.* Łódź: Instytut Medycyny Pracy; 1990. 50–55.
15. Woynarowska B. Zdrowie i czynniki je warunkujące. W: Woynarowska B (red.). *Edukacja zdrowotna w szkole. Promocja zdrowia dzieci i młodzieży w Europie.* Warszawa: PWN; 1995. 10.
16. Iwanowicz E. Promocja zdrowia osób starszych. *Ann UMCS.* 2005; LX, suppl. XVI; 150: 181–184.
17. Berkowska M. Rola wychowania zdrowotnego w kształtowaniu zdrowia rodziny. W: Bożkowska K, Sito A (red.). *Zdrowie rodziny.* Warszawa: PZWL; 1983. 82–86.
18. Smoleń E, Gazdowicz L, Żyłka-Reut A. Zachowania zdrowotne osób starszych. *Pielęg XXI.* 2011; 3, 36: 5–9.
19. Suliga E. Zachowania zdrowotne związane z żywieniem osób dorosłych i starszych. *Hygeia Public Health.* 2010; 45; 1: 44–48.
20. Kozieł D, Kaczmarczyk M, Naszydłowska E, Gałuszka R. Wpływ kształcenia w Uniwersytecie Trzeciego Wieku na zachowania zdrowotne ludzi starszych. *Stud Med.* 2008; 12: 23–28.
21. Guldynowicz D, Koperwas A. Aktywność życiowa ludzi starszych. *Studenckie Koło Naukowe Młodych Pedagogów*, http://www.wsza.edu.pl/images/old/prace_kol_zeszyt4/14.pdf (data dostępu: 20.09.2013).

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:

Anna Świąćicka
ul. Przypadek 25/9
88-100 Inowrocław
tel.: 609 149 360
e-mail: anna_marcinkowska@poczta.onet.pl
Instytut Nauk Politycznych
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

■ WE MNIE JEST MOC! CZY SPOŁECZEŃSTWO MA WIEDZĘ NA TEMAT KORZYŚCI PŁYŃĄCYCH Z PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ?

THE POWER IS IN ME! DOES THE SOCIETY HAVE KNOWLEDGE ABOUT THE BENEFITS OF HEALTH PREVENTION?

Iwona Nowakowska¹, Karolina Kubara²

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

² Studenckie Koło Naukowe *Menadżer Jakości*
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Wstęp. Media kształtują wśród społeczeństwa modę i narzucają trendy dbania o swój wygląd zewnętrzny. Ludzie dążą do doskonałości fizycznej, korzystając z różnorodnych usług. Działania te pełnią istotne funkcje, ponieważ wpływają na samoocenę i samopoczucie. Jednak „dbanie o siebie” to nie tylko czynności upiększające. Największy wpływ na wygląd zewnętrzny ma stan zdrowia, a więc ważne jest stosowanie profilaktyki, czyli podtrzymywanie dobrego stanu zdrowia oraz zmniejszanie szans na zachorowanie.

Cel. Sprawdzenie świadomości społeczeństwa na temat korzyści płynących z profilaktyki zdrowotnej.

Materiał i metody. Wykonano badanie ankietowe na grupie 100 osób w wieku powyżej 16 roku życia. Autorski kwestionariusz składał się z pytań dotyczących profilaktyki zdrowotnej. Badanie było dobrowolne i anonimowe.

Wyniki i wnioski. Ankietowani wskazali styl życia jako główny czynnik wpływający na zdrowie. Tylko połowa badanych ma świadomość głównych przyczyn chorób cywilizacyjnych. Jednogłośnie stwierdzono, że ważne jest wykonywanie badań profilaktycznych i stosowanie zasad profilaktyki w życiu codziennym. Mimo tego połowa respondentów zadeklarowała, że nie korzysta z programów profilaktycznych. Społeczeństwo ma więc świadomość istotności profilaktyki, ale nie znajduje to odzwierciedlenia w życiu codziennym. Znaczący wpływ na poziom wiedzy mają media, a dodatkowo przyczyniają się do podejmowania działań profilaktycznych i są przekąźnikiem informacji pomiędzy opieką zdrowotną a społeczeństwem.

SŁOWA KLUCZOWE: profilaktyka, zdrowie, styl życia, choroby cywilizacyjne.

ABSTRACT

Introduction. Media create fashion trends which are connected with taking care of our appearance. People strive for physical perfection using a variety of services. These activities play an important role because they have an essential influence on our self-esteem and well-being. However ‘taking care of yourself’ is not only beautifying activities. The biggest impact on our appearance has a health condition so it is important to use so-called prevention – maintaining good health and reducing the chances of illness.

Aim. Checking the awareness of society connected with the benefits which come from health prevention.

Material and methods. A survey was performed on a group of 100 people aged over 16 years. The author’s questionnaire consisted of questions concerning health prevention. The survey was voluntary and anonymous.

Results and conclusions. The respondents pointed lifestyle as a major factor of their health. Only a half of them were aware of the main causes of civilization diseases. It was unanimously concluded that it was important to make prevention tests and follow the health prevention principles in everyday life. Despite that fact, almost half of respondents answered that they did not benefit from health prevention programs. As a matter of fact, we can say that society is aware of the importance of prophylaxis but it does not have a reflection in reality. Media have the significant impact on a level of knowledge, so in addition they also contribute to taking health prevention and communicating between health care system and society.

KEYWORDS: prevention, health, lifestyle, civilization diseases.

Wstęp

Obecnie mass media są ważnym elementem ludzkiego życia. Stanowią one główne źródło informacji oraz różnorodnej wiedzy, jak również rozrywki. Jednak w każdej z tych sfer odnajduje się powtarzające się

elementy, jakimi są kreowanie mody oraz narzucanie pewnych postaw i wzorców, które społeczeństwo wykorzystuje w swoim życiu codziennym. Obecnie środki masowego przekazu przedstawiają współczesne trendy, które kładą duży akcent na wygląd zewnętrzny, począw-

szy od lśniących włosów, przez zadbaną skórę, makijaż, aż po szykowny ubiór. To wszystko sprawia, że ludzie dążą do doskonałości fizycznej, którą widzą w mediach, określając te działania mianem „dbania o siebie”. Jednak czy pod pojęciem tym znajduje się wyłącznie troska o swoją urodę? Czy owo „dbanie o siebie” to jedynie stosowanie kosmetyków, wizyty u fryzjera, kosmetyczki oraz gustowne ubrania? Oczywiście to wszystko jest ważne, ponieważ wpływa na samopoczucie oraz samoocenę, a dodatkowo wygląd zewnętrzny przyczynia się do powodzenia w życiu osobistym oraz osiągnięcia sukcesów w życiu zawodowym. Znaczna część społeczeństwa twierdzi, że osoby zadbane pozytywniej usposabiają do siebie otoczenie, są lepiej postrzegane i łatwiej im osiągać swoje cele aniżeli tym, które o siebie nie dbają [1]. Warto jednak zauważyć, że wygląd nie zależy wyłącznie od czynności pielęgnacyjnych i upiększających. Najważniejszym czynnikiem wpływającym na naszą urodę jest zdrowie. Często mówi się, że osoby, które przebyły jakąś chorobę, wyglądają gorzej. Jest to wynikiem osłabienia organizmu, czego skutkiem są poszarzała cera, zmęczone oczy, osłabione włosy i paznokcie. Zdrowie jednak to nie tylko brak choroby i dobrostan fizyczny, ale także psychiczny i społeczny, dzięki któremu osiąga się zadowolenie z siebie oraz dobre samopoczucie [2]. Aby utrzymać organizm w zdrowiu, należy stosować w życiu codziennym podstawowe zasady profilaktyki. Od innych metod przeciwdziałania profilaktyka różni się tym, że jest czynnością uprzedzającą, a więc jest podejmowana, zanim szkodliwe zjawiska ujawnią się i rozprzestrzenia, a ich efekty zmuszą dopiero do zastosowania bezpośrednich środków zaradczych [3]. Właśnie dlatego profilaktyka jest tak ważna, ponieważ dzięki niej można zmniejszyć ryzyko zachorowania na różnorodne choroby, a jednocześnie przynosi wiele innych korzyści. Jednak czy społeczeństwo jest ich świadome?

Cel

Głównym celem podjętych badań było znalezienie odpowiedzi na pytanie: „Czy społeczeństwo ma wiedzę na temat korzyści płynących z profilaktyki zdrowotnej?”, a dodatkowo sprawdzenie, jakie odzwierciedlenie wiedza ta znajduje w życiu codziennym osób badanych i czy mass media mają wpływ na podejmowane przez społeczeństwo działania profilaktyczne.

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone w październiku 2014 roku na grupie 100 respondentów w wieku powyżej 16 roku życia, głównie z wykształceniem wyższym. Niemalże całe grono badanych oceniło stan swojego zdrowia jako raczej dobry lub dobry. Autorska ankieta zawierała

pytania obejmujące problematykę zagadnień takich jak: czynniki wpływające na zdrowie, główne przyczyny chorób cywilizacyjnych, badania profilaktyczne oraz źródła wiedzy na temat profilaktyki. Ankietowani zostali poproszeni o zaznaczenie jednej odpowiedzi przy każdym pytaniu. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy.

Wyniki

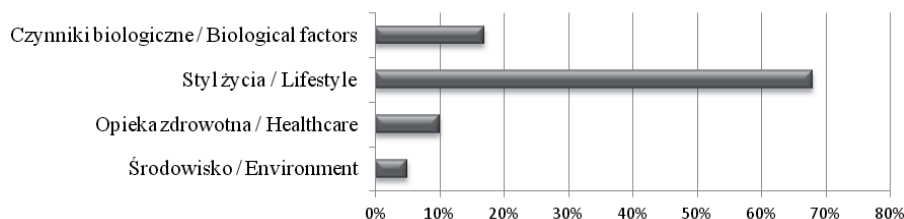
Opracowanie uzyskanych wyników badań zaprezentowano poniżej.

W przeprowadzonym badaniu 68% ankietowanych stwierdziło, że największy wpływ na zdrowie ma prowadzony przez społeczeństwo styl życia. Pozostali respondenci wskazali czynniki biologiczne (17%), opiekę zdrowotną (10%) oraz środowisko (5%), co zostało zilustrowane na **rycynie 1**.

Z badań wynika, iż ponad połowa (53%) respondentów za główną przyczynę chorób cywilizacyjnych, będącą jednocześnie najczęstszym powodem zgonów w Polsce, uznaje nieprawidłowe nawyki żywieniowe oraz brak aktywności fizycznej, natomiast pozostali ankietowani wskazali odpowiednio: czynniki genetyczne i dostępność opieki zdrowotnej (24%) oraz skażenie środowiska i uprzemysłowienie (23%).

Na pytanie dotyczące wykonywania badań profilaktycznych pomimo braku odczuwalnych objawów choroby zdecydowania większość (98%) ankietowanych stwierdziła, że istotne jest ich przeprowadzanie nawet w sytuacji, gdy nie obserwuje się niepokojących symptomów. Jednocześnie 96% spośród respondentów uważa zasadność stosowania zasad profilaktyki w życiu codziennym. Osoby poddane badaniu ankietowemu wykazują świadomość faktu, iż proces leczenia jest znacznie bardziej kosztochłonny (tak twierdzi 90% badanych) od podejmowania działań profilaktycznych. Zasadna zatem jest maksymalizacja wysiłków związanych z działaniami profilaktycznymi w Polsce, gdyż według 91% respondentów może to w zdecydowany sposób wpłynąć na obniżenie kosztów opieki zdrowotnej. Pomimo takiej wiedzy ankietowani na pytanie dotyczące korzystania z szerokiego wachlarza programów profilaktycznych w ciągu ostatnich 2 lat udzielili dość niepokojących odpowiedzi. Tylko 18% z nich skorzystało z kilku akcji profilaktycznych, a 28% osób wzięło udział wyłącznie w jednym programie. Ponad połowa respondentów (54%) nigdy nie korzystała z tej możliwości.

Badanie informuje również, że społeczeństwo czerpie wiedzę na temat profilaktyki głównie z mediów (41%), w mniejszym stopniu z książek i publikacji naukowych (20%) oraz z doświadczeń rodziny i znajomych (22%). W dalszej kolejności ankietowani wskazują edukacyjny wpływ (w analizowanym obszarze) opieki zdrowotnej (9%) i placówek oświatowych (8%). Jednocześnie blisko



Rycina 1. Czynniki mające największy wpływ na zdrowie
Figure 1. Factors having the greatest impact on health

Źródło: opracowanie własne
Source: author's concept

połowa respondentów (49%) deklaruje, że informacje ukazujące się w mediach na temat przypadków chorób bądź śmierci znanych osób wpływają na ich decyzję o podjęciu działań profilaktycznych.

Dyskusja

Osoby biorące udział w badaniu oceniły stan swojego zdrowia jako raczej dobry bądź dobry. W celu utrzymania takiego poziomu zdrowia potrzebne są jednak odpowiednie działania. Marc Lalonde, który w 1974 roku opublikował raport inicjujący nową erę postrzegania zdrowia publicznego, stwierdził, że zdrowie to efekt działania czynników genetycznych, środowiskowych, związanych ze stylem życia oraz opieką medyczną. Uznał, iż promocja zdrowego stylu życia wpłynie na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa i ograniczy zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną [4]. W 1995 roku, prawdopodobnie na podstawie koncepcji Lalonde'a, Badura dokonał próby oszacowania procentowego wpływu czynników na zdrowie i uznał, że największy udział ma styl życia społeczeństwa [5]. Teorię tę potwierdzają również słowa Frąckiewiczza, że „działania instytucjonalnej ochrony zdrowia są mało znaczące w porównaniu ze stylem życia, który stanowi jeden z najważniejszych czynników zdrowia społecznego. Jemu przypisuje się podstawową rolę oceniając wpływ stylu życia i zachowań na 50–80% udziału w zdrowiu społecznym” [6]. W przeprowadzonym badaniu własnym większość ankietowanych odpowiedziała w ten sam sposób, że to styl życia ma największy wpływ na stan zdrowia, jednak duża część społeczeństwa, bo aż jedna trzecia, obarcza odpowiedzialnością głównie czynniki genetyczne, opiekę zdrowotną bądź środowisko, a nie własne zachowania i nawyki. Styl życia to zarówno stopień aktywności fizycznej i sposób odżywiania, jak i zachowania ryzykowne, poziom stresu, stosowanie używek czy też ilość czasu poświęconego na wypoczynek. Należy jednak pamiętać, iż elementem stylu życia jest wykonywanie badań profilaktycznych, ale są nim również działania przeciwstawne, polegające m.in. na ignorowaniu ob-

jawów chorób. Wszystkie wyżej wymienione czynniki mają wpływ na powstawanie współczesnych chorób o masowym zasięgu, czyli tzw. chorób cywilizacyjnych, do których należą m.in. otyłość, cukrzyca, zmiany miażdżycowe dotyczące układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienie tętnicze, osteoporoza, a także niektóre rodzaje nowotworów [7]. Wyniki badania wskazują, iż tylko połowa respondentów ma świadomość, że główną przyczyną chorób cywilizacyjnych są nieprawidłowe żywienie i brak aktywności fizycznej, a nie czynniki genetyczne, dostępność służby zdrowia, skażenie środowiska czy też uprzemysłowienie. Na podstawie udzielonych w badaniu odpowiedzi widać, że respondenci nie doszukują się winy za zły stan zdrowia w swoich czynach, lecz częściej widzą wady w systemie opieki zdrowotnej czy też w najbliższym otoczeniu. Wiele osób twierdzi również, że to czynniki genetyczne determinują powstanie i rozwój choroby, a same działania człowieka mają niewielkie znaczenie. Podobnie w Raporcie USP Zdrowie z 2013 roku przedstawiono, że mniej więcej jedna trzecia Polaków nie ma poczucia, iż ich zdrowie „leży w ich własnych rękach” [2]. Obarczanie winą genów lub środowiska jest jednak jedynie wymówką, która ma na celu ukrywanie prawdziwych przyczyn. Jak można zauważyć w odpowiedziach na kolejne pytania, ankietowani jednogłośnie stwierdzili, że ważne są stosowanie w życiu codziennym zasad profilaktyki oraz jak najszybsze wykrycie choroby i podjęcie leczenia. Mają wobec tego świadomość, że profilaktyka jest punktem wyjścia dla polepszenia stanu zdrowia ludności i to oni są odpowiedzialni za jej stosowanie. Mimo to prawie połowa ankietowanych w ciągu ostatnich 2 lat nie korzystała z żadnych programów profilaktycznych. Tę samą zależność możemy zauważyć w wynikach badań USP Zdrowie, które wskazują, iż społeczeństwo doskonale wie, jak ważny jest ruch dla zdrowego i długiego życia, a mimo tego jedna trzecia Polaków nie podejmuje żadnej aktywności fizycznej, a 16% społeczeństwa uprawia sport tylko wtedy, gdy chce zrzucić zbędne kilogramy [2]. Podobne wyniki przedstawia Komunikat CBOS, który pokazuje, że ok. 60% Polaków nigdy lub prawie nigdy

nie wykonuje nawet takich ćwiczeń jak gimnastyka czy aerobik, a prawie jedna piąta społeczeństwa nie wykonuje żadnych profilaktycznych badań lekarskich [8]. Jak wiadomo, profilaktyka, oprócz wymienionych wcześniej korzyści związanych z poprawą stanu zdrowia społeczeństwa, poprzez działania zmniejszające szanse na zachorowanie oraz ograniczanie zachowań ryzykownych, przynosi również korzyści ekonomiczne. Nie od dziś wiemy, że leczenie, będące procesem wieloetapowym, w którym pacjent „przechodzi przez ręce” różnorodnych specjalistów, jest o wiele droższe niż prewencja. Dodatkowo do kosztów związanych z udzielaniem choremu pomocy przez personel medyczny doliczyć należy ceny leków, badań, sprzętu medycznego czy transportu, które są niezwykle wysokie. Z badania wynika, iż społeczeństwo widzi znaczną dysproporcję pomiędzy nakładami pieniężnymi, jakie wiążą się z leczeniem, a tymi, które są związane z profilaktyką. Różnica jest jednak taka, że koszty profilaktyki należy ponieść teraz, aby za kilka lat można było oceniać jej efekty, leczenie natomiast daje skutki w danej chwili bądź bliskiej przyszłości. To właśnie w wielu sytuacjach jest powodem odkładania przez społeczeństwo działań profilaktycznych „na później” – niestety działania te często nie są już nigdy podejmowane. Raport wykonany przez PBS pokazuje, że w Polsce wzrosła świadomość społeczeństwa na temat profilaktyki i chorób cywilizacyjnych, jednakże wiedza ta nie jest jeszcze w pełni kompletna. Dowodem na to jest przekonanie Polaków, iż konsultacje lekarskie i badania profilaktyczne są domeną osób starszych, dlatego duża część społeczeństwa z badań tych nie korzysta, twierdząc, że nie jest to jeszcze odpowiedni moment. Potrzebna jest więc dalsza edukacja zdrowotna [9]. Wyniki badania pokazują, że głównym źródłem informacji na temat profilaktyki nie jest opieka zdrowotna, lecz media, które doskonale kształtują świadomość społeczeństwa, jednakże w dużym stopniu wiedza ta jest bagatelizowana. Ankietowani zadeklarowali również, że informacje, które pojawiają się w mediach, dotyczące przypadków chorób lub śmierci znanych publicznie osób, wpływają na podejmowanie działań profilaktycznych. Media nie wyznaczają więc jedynie mody, ale dostarczają także ważnej wiedzy. Odpowiedzi jednoznacznie wskazują na małą aktywność opieki zdrowotnej w kształtowaniu świadomości społeczeństwa.

Wnioski

Społeczeństwo w większości jest świadome istotności wykonywania badań profilaktycznych w celu jak najszybszego wykrycia choroby i podjęcia leczenia, a także stosowania zasad profilaktyki. Doskonale również dostrzega dysproporcję pomiędzy kosztami profi-

laktyki a leczenia. Niestety wiedza ta rzadko ma odzwierciedlenie w życiu codziennym, ponieważ społeczeństwo nie korzysta z możliwości, jakie dają chociażby programy profilaktyczne. Głównym źródłem informacji kształtujących świadomość są mass media, które również w znaczący sposób wpływają na decyzje odbiorców o podejmowaniu działań profilaktycznych. Dodatkowo środki masowego przekazu pełnią bardzo ważną funkcję, jako przekaźnik informacji pomiędzy opieką zdrowotną a społeczeństwem. Pamiętajmy jednak, że świadomość to jedno, ale ważniejsze jest, aby teoria ta przekładała się jednocześnie na działania praktyczne.

Piśmiennictwo

1. Pankowski K. Polak zadbany – troska o sylwetkę i własne ciało. Komunikat CBOS, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_130_09.PDF (data dostępu: 30.12.2014).
2. Sobierajski T, Rotkiel M, Gaciong Z. Style zdrowia Polaków 2013. Raport USP Zdrowie, www.stworzonedlazdrowia.pl/stylezdrowia/download/Raport-USP-Zdrowie-Style-Zdrowia-Polakow-2013.pdf (data dostępu: 26.12.2014).
3. Szymańska J, Zamecka J. Przegląd koncepcji i poglądów na temat profilaktyki. W: Świątkiewicz G (red.). Profilaktyka w środowisku lokalnym. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii; 2002.
4. Wysocki MJ, Miller M. Paradygmat Lalonde’a. Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne. *Prz Epidemiol.* 2003; 57, 3: 505–512.
5. Badura B. What is and What Determines Health. W: Laaser U, de Leeuw E, Stock Ch (red.). *Scientific Foundations for Public Health in Europe*. Monachium: Juventa Verlag; 1995.
6. Frąckiewicz L. Statystyczny obraz miasta. W: Czornik M, Kuźnik F (red.). *Zdrowe miasto: społeczeństwo – środowisko – gospodarka. Referaty z konferencji: Katowice, 12–13 maja 1994*. Katowice: Agencja Wydawnicza Domino; 1994. Za: Lipski A. Styl życia jako problem zdrowia społecznego. *Ruch Praw Ekonom Socjolog.* 1998, LX, 1: 151.
7. Bąk-Romaniszyn L. Choroby społeczne i cywilizacyjne – wybrane zagadnienia. Łódź: Uniwersytet Medyczny w Łodzi; 2013.
8. Boguszewski R. Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach. CBOS, www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_110_12.PDF (data dostępu: 30.12.2014).
9. Pracownia Badań Społecznych. Naciski tętnicze – czy wiemy o nim wszystko? PBS, www.zdrowie.wp.pl/zdrowie/aktualnosci/art1095,profilaktyka-nacisnieniablizsza-polakom.html (data dostępu: 9.02.2015).

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:

Karolina Kubara
ul. Mariana Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań
tel.: 61 861 22 54
e-mail: kubarakarolina@gmail.com
Studenckie Koło Naukowe *Menadżer Jakości*
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

JAKOŚĆ ŻYCIA KOBIET PO LECZENIU OPERACYJNYM RAKA GRUCZOŁU PIERSIOWEGO

QUALITY OF LIFE OF WOMEN AFTER SURGICAL TREATMENT OF BREAST CANCER

Sebastian A. Zdończyk¹, Mariola Rynkiewicz²

¹Wydział Nauk Społecznych
Akademia Pomorska w Słupsku

²Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku

STRESZCZENIE

Wstęp. Rak piersi znajduje się na pierwszym miejscu wśród zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet w 2012 roku we wszystkich krajach europejskich. Stanowi około 22% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe u Polek.

Cel. Celem pracy była ocena wpływu czynników socjomedycznych, tj. wieku, wykształcenia, sytuacji materialnej i zawodowej, oraz czasu, jaki upłynął od momentu operacji, na jakość życia kobiet po leczeniu operacyjnym raka gruczołu piersiowego.

Materiał i metody. Badaniami objęto 221 kobiet – członkiń Stowarzyszenia Amazonki. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety oraz standaryzowane narzędzie badawcze – kwestionariusz samooceny jakości życia SF-36 v2.

Wyniki. Średnia wieku badanych wyniosła $62,6 \pm 8,7$. Co trzecia badana (30,4%) legitymowała się wykształceniem wyższym, najliczniejszą grupę (43,6%) stanowiły osoby o przeciętnym statusie ekonomicznym. Zdecydowana większość (68,4%) to emerytki i rencistki. Blisko 60% badanych poddanych zostało mastektomii jednostronnej bez rekonstrukcji piersi, a u 17,6% wykonano operację oszczędzającą gruczoł piersiowy. U ponad 60% zabieg operacyjny wykonany został ponad 5 lat temu, a blisko 12% operowanych było w okresie 12–24 miesięcy wstecz.

Wnioski. Wiek, wykształcenie, sytuacja materialna i aktywność zawodowa mają wpływ na ocenę jakości życia kobiet.

SŁOWA KLUCZOWE: jakość życia, rak piersi, mastektomia, leczenie oszczędzające.

ABSTRACT

Introduction. Breast cancer was the most common type of cancer among women in 2012 in all European countries. It represented about 22% of all the cases of cancer suffered by Polish women.

Aim. The aim of this paper is to assess the influence of sociomedical factors such as: age, education, material and occupational status, as well as time that passed from the surgery on the quality of life of women who underwent surgery of breast cancer.

Material and methods. The survey involved 221 women, members of the 'Amazonki' association. It included a questionnaire and a standardised research tool – a self-assessment questionnaire on the quality of life - SF-36 v2.

Results. The average age of respondents was 62.6 ± 8.7 . Almost one third of them (30.4%) had higher education, the majority (43.6%) was of the middle economic status. The vast majority (68.4%) were retired or pensioners. Almost 60% of respondents underwent a single mastectomy without breast reconstruction, and 17.6% had surgery preserving breasts. Above 60% underwent surgery more than 5 years ago, almost 12% were operated between 12 and 24 months ago.

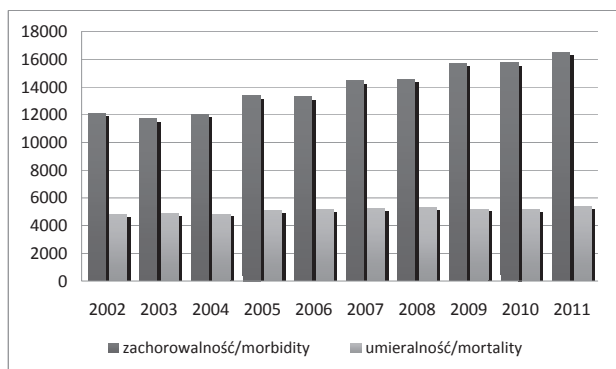
Conclusions. Age, education, material and occupational status influence women's life quality.

KEYWORDS: quality of life, breast cancer, mastectomy, breast conserving therapy.

Wstęp

Prognozy Światowej Organizacji Zdrowia przewidują, że w XXI wieku choroby nowotworowe staną się główną przyczyną zgonów ludzi na całym świecie. Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem (IARC) ogłosiła wyniki badań, które wskazują, że w 2012 roku na choroby nowotworowe zmarło na świecie 8,2 mln ludzi. W porównaniu z rokiem 2008 w roku 2012 nastąpił 14-procentowy wzrost umieralności kobiet na raka piersi. Choroba nowotworowa piersi stanowi główną przy-

czynę zgonów w krajach rozwijających się [1]. Dane Krajowego Rejestru Nowotworów pokazują, że w 2011 roku stwierdzono w Polsce 16 534 nowe zachorowania na raka piersi (standaryzowany współczynnik zachorowalności: 51,8/100 000 – stan na dzień 30.06.2011 r.), oraz zarejestrowano 5437 zgonów (standaryzowany współczynnik umieralności: 14,2/100 000 – stan na 30.06.2011 r.). Zachorowalność w ciągu ostatniej dekady wzrasta (**Rycina 1**).



Rycina 1. Zachorowania i zgony na raka piersi kobiet w Polsce w latach 2002–2011

Figure 1. Morbidity and mortality from breast cancer of women in Poland in the years 2001–2011

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.

Dzięki wieloletnim badaniom klinicznym prowadzonym na całym świecie znane są ewentualne przyczyny powstawania wielu nowotworów. Wśród czynników ryzyka zachorowania na nowotwór gruczołu piersiowego w Polsce wymienia się: płeć żeńską – 99% zachorowań diagnozuje się u kobiet, wiek – szczyt zachorowań przypada na 50–70 rok życia, przebyty rak piersi podany w wywiadzie przez matkę lub siostrę, pierwsza miesiączka we wczesnym wieku przed ukończeniem 12 roku życia, menopauza po 55 roku życia, długotrwała hormonalna terapia zastępcza; nosicielstwo mutacji niektórych genów, przede wszystkim BRCA1 (ang. *breast cancer 1*) i BRCA2 (ang. *breast cancer 2*), wiąże się z ponad 10-krotnie wyższym ryzykiem zachorowania na nowotwór. Znaczenie poszczególnych czynników dla rozwoju choroby nowotworowej piersi jest nieustannie badane, powodując dyskusję odnośnie roli, jaką one odgrywają [2–6].

Przez wiele lat leczenie operacyjne raka gruczołu piersiowego polegało na mastektomii całkowitej charakteryzującej się usunięciem całego gruczołu piersiowego, zazwyczaj razem z brodawką i jego otoczką. Postępowanie chirurgiczne nie zawsze jednak wiąże się z koniecznością usunięcia piersi. Czasami możliwa jest mastektomia częściowa, zwana zabiegiem oszczędzającym piersi, czyli wycięcie tylko chorej części gruczołu, z takim samym efektem w postaci wyleczenia, jak przy wykonaniu całkowitej mastektomii [7–9].

Pośród następstw fizycznych, oprócz utraty całej lub części piersi, wymienia się: ograniczenie ruchomości w stawach obręczy barkowej kończyny górnej strony operowanej, zmniejszenie siły mięśniowej, wady postawy, obrzęk limfatyczny kończyny, czasami długotrwały ból okolicy operowanej [10, 11].

Psychologiczne skutki to lęk przed kalectwem i śmiercią, cierpienie, depresja oraz gniew. Utrata piersi powoduje zmianę obrazu własnego ciała i wywołuje poczucie niższej wartości, utraty kobiecości. Pojawia się kompleks tzw. połowy kobiety (ang. *half woman complex*). Poziom funkcjonowania psychicznego i fizycznego determinuje poczucie jakości życia [12, 13].

Zgodnie z definicją WHO (ang. *World Health Organization*) jakość życia to „spozosteganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemów wartości, w jakich żyje oraz w relacji do jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań”. Zależna od zdrowia jakość życia to: poczucie jednostki co do jej stanu: fizycznego, psychicznego, pozycji społecznej [14, 15].

Materiał i metody

Badaniami objęto 221 kobiet – członkiń Stowarzyszenia Amazonek w województwach pomorskim, zachodniopomorskim i wielkopolskim. Badania miały charakter anonimowy i dobrowolny. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety oraz standaryzowane narzędzie badawcze – kwestionariusz samooceny jakości życia SF-36 v2. SF-36 opisuje funkcjonowanie człowieka w zakresie następujących sfer: PF – sprawność fizyczna (zwykajne czynności fizyczne dnia codziennego), RP – ograniczenia w aktywności fizycznej (z powodu stanu zdrowia fizycznego), BP – dolegliwości bólowe (ból fizyczny i jego wpływ na codzienną aktywność), GH – ogólne poczucie zdrowia (samoocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta), V – witalność (żywołność, poziom energii życiowej), SF – funkcjonowanie społeczne (wpływ stanu zdrowia na funkcjonowanie społeczne), RE – ograniczenia w funkcjonowaniu emocjonalnym (wpływ problemów emocjonalnych na funkcjonowanie w życiu codziennym), MH – zdrowie psychiczne (nerwowość, rozdrażnienie, depresja, szczęście). Kwestionariusz SF-36 został uznany przez „British Medical Journal” za najczęściej stosowany i najbardziej miarodajny w badaniu oceny jakości życia związanej ze zdrowiem [16]. Zgromadzone dane poddano analizie statystycznej, przyjmując poziom istotności $p < 0,05$. Wyniki zostały przedstawione zarówno w formie graficznej, jak i opisowej.

Wyniki

Badane były w wieku 40–88 lat. Najliczniejszą grupę (49,2%) tworzyły osoby w przedziale wiekowym 61–70 lat. Ponad jedną trzecią stanowiły kobiety w kategorii wiekowej 46–60 lat. Najmniej uczestniczek (4,8%) było w wieku do 45 roku życia i powyżej 75 lat – 6,4%. Średnia wieku badanych wyniosła $62,6 \pm 8,7$. Większość (42,4%) respondentek miała wykształcenie średnie, a co trzecia badana (30,4%) legitymowała się wykształ-

ceniem wyższym. Pod względem oceny własnej sytuacji materialnej najliczniejszą grupę (43,6%) stanowiły osoby o przeciętnym statusie ekonomicznym. Zdecydowana większość (68,4%) to emerytki i rencistki. Aktywnych zawodowo pozostaje 24,4% kobiet (Tabela 1).

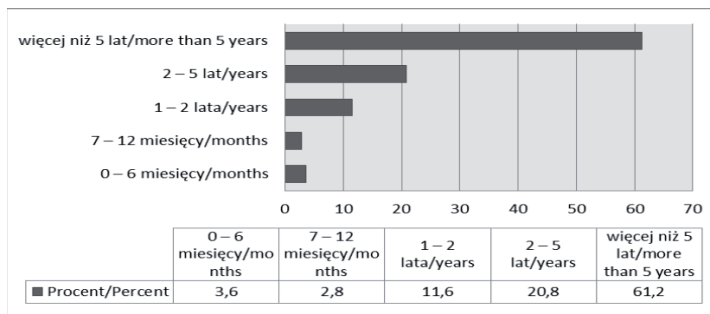
Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna osób badanych
Table 1. Socio-demographic characteristics of the respondents

Wiek/Age	Liczebność/ Number	Procent/ Percent
40–45 lat/years	11	4,8
46–50 lat/years	12	6,4
51–55 lat/years	18	8,8
56–60 lat/years	41	18,0
61–65 lat/years	67	28,4
66–70 lat/years	48	20,8
71–75 lat/years	12	6,4
Powyżej 75 lat/over 75 years	12	6,4
Razem/Totality	221	100,0
Wykształcenie/Education	Liczebność/ Number	Procent/ Percent
Podstawowe/Primary education	4	2,0
Zasadnicze zawodowe/Basic professional education	27	12,4
Średnie (liceum, technikum)/Secondary education (high school, technical school)	96	42,4
Pomaturalne (policealne)/Education college /post-secondary	28	12,8
Wyższe/Higher education	66	30,4
Razem/Totality	221	100,0
Sytuacja materialna/Financial situation	Liczebność/ Number	Procent/ Percent
Bardzo trudna/Very difficult	7	3,2
Trudna/Difficult	16	7,6
Przeciętna/Average	98	43,6
Dobra/Good	85	38,0
Bardzo dobra/Very good	15	7,6
Razem/Totality	221	100,0
Sytuacja zawodowa/Professional situation	Liczebność/ Number	Procent/ Percent
Pracownik najemny zatrudniony na umowę o pracę lub kontrakcie/Employed person	17	9,6
Zatrudniony w sferze budżetowej (urzędnik, nauczyciel, sędzia, policjant itp.)/Employed in the public sector (clerk, teacher, judge, police officer, etc.)	19	10,4
Działalność gospodarcza na własny rachunek/Business activity (self-employment)	8	4,4
Student/Student	2	0,8
Bezrobotny/Unemployed person	9	4,4
Emeryt /Rencista/Retired/Pensioner	161	68,4
Wychowywanie dzieci/Raising children	5	2,0
Razem/Totality	221	100,0

Źródło: badania własne
Source: author's own materials

W ciągu ostatnich 12 miesięcy operacji poddanych zostało 5,6% kobiet, co piąta badana przeszła leczenie chirurgiczne w ciągu 24–60 miesięcy. U ponad 60% zabieg operacyjny wykonany został ponad 5 lat temu,

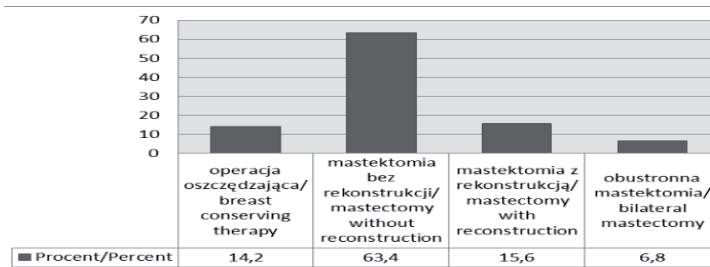
a blisko 12% operowanych było w okresie od 12 do 24 miesięcy wstecz (Rycina 2).



Rycina 2. Czas od operacji do dnia badania kwestionariuszowego
Figure 2. The time from surgery until the date of the survey research

Źródło: badania własne
Source: author's own materials

Pośród respondentek znajdowało się prawie 15% kobiet poddanych operacji oszczędzającej. Ponad połowa badanych poddana została mastektomii jednostronnej bez wykonania zabiegu rekonstrukcji gruczołu piersiowego (Rycina 3).



Rycina 3. Rodzaj leczenia chirurgicznego
Figure 3. Type of surgical treatment

Źródło: badania własne
Source: author's own materials

Analiza zależności pomiędzy wiekiem respondentek a jakością życia wykazała istotny statystycznie związek ($p < 0,05$) w obszarze funkcjonowania fizycznego, jak również w sferze ogólnego poczucia zdrowia. W pozostałych obszarach badających jakość życia, tj. ograniczenia w aktywności fizycznej (z powodu stanu zdrowia fizycznego), dolegliwości bólowych (ból fizyczny i jego wpływ na codzienną aktywność), witalności (żywność, poziom energii życiowej), funkcjonowania społecznego (wpływ stanu zdrowia na funkcjonowanie społeczne), ograniczenia w funkcjonowaniu emocjonalnym (wpływ problemów emocjonalnych na funkcjonowanie w życiu codziennym), zdrowia psychicznego (nerwowość, rozdrażnienie, depresja, szczęście), nie stwierdzono istotnie statystycznego związku (Tabela 2).

Tabela 2. Ocena jakości życia w zależności od wieku
Table 2. Quality of life depending on age

Wiek/Age	Liczebność/Number	Funkcjonowanie fizyczne. Wyniki powyżej normy/Physical functioning. The results of above standard	Ograniczenia w aktywności fizycznej. Wyniki powyżej normy/Physical limitation. The results of above standard	Dolegliwości bólowe. Wyniki powyżej normy/Bodily pain. The results of above standard	Ogólne poczucie zdrowia. Wyniki powyżej normy/General health. The results of above standard	Żywność. Wyniki powyżej normy/Vitality. The results of above standard	Funkcjonowanie społeczne. Wyniki powyżej normy/Social functioning. The results of above standard	Ograniczenia w funkcjonowaniu emocjonalnym. Wyniki powyżej normy/Role emotional. The results of above standard	Zdrowie psychiczne. Wyniki powyżej normy/Mental health. The results of above standard	
40-45	11	82%	82%	36%	91%	55%	73%	82%	100%	
46-50	16	63%	81%	44%	100%	56%	63%	75%	94%	
51-55	20	100%	80%	30%	80%	45%	75%	100%	95%	
56-60	41	93%	73%	54%	90%	61%	71%	83%	78%	
61-65	63	89%	76%	37%	92%	49%	76%	76%	79%	
66-70	45	73%	64%	31%	71%	44%	69%	69%	73%	
71-75	11	91%	91%	36%	73%	46%	100%	73%	100%	
powyżej 75 lat/over 75 years	14	71%	50%	36%	50%	50%	79%	64%	79%	
		221	p=,0089	p=,2468	p=,5387	p=,0006	p=,8719	p=,5295	p=,18006	p=,1035

Źródło: badania własne
 Source: author's own materials

Dokonano analizy wpływu poziomu wykształcenia na funkcjonowanie respondentek w poszczególnych obszarach badających jakość życia. Stwierdzono, że istnieje statystycznie istotny związek ($p < 0,05$) pomiędzy poziomem wykształcenia a funkcjonowaniem fizycznym badanych kobiet. Najwyższe wyniki powyżej normy uzyskały badane legitymujące się wyższym wykształceniem, a najniższe osoby z wykształceniem na poziomie podstawowym. Można zauważyć prawidłowość, że wraz z poziomem wykształcenia wzrasta poziom sprawności fizycznej w zakresie zwyczajnych czynności fizycznych dnia codziennego. W pozostałych obszarach badania jakości życia nie stwierdzono istotnego związku (**Tabela 3**).

Tabela 3. Ocena jakości życia w zależności od wykształcenia
Table 3. Quality of life depending on education

Wykształcenie/Education	Funkcjonowanie fizyczne. Wyniki powyżej normy/Physical functioning. The results of above standard	Ograniczenia w aktywności fizycznej. Wyniki powyżej normy/Role physical. The results of above standard	Dolegliwości bólowe. Wyniki powyżej normy/Bodily pain. The results of above standard	Ogólne poczucie zdrowia. Wyniki powyżej normy/General health. The results of above standard	Żywność. Wyniki powyżej normy/Vitality. The results of above standard	Funkcjonowanie społeczne. Wyniki powyżej normy/Social functioning. The results of above standard	Ograniczenia w funkcjonowaniu emocjonalnym. Wyniki powyżej normy/Role emotional. The results of above standard	Zdrowie psychiczne. Wyniki powyżej normy/Mental health. The results of above standard	
Podstawowe/Primary education	25%	75%	25%	75%	75%	75%	75%	100%	
Zasadnicze zawodowe/Basic professional education	78%	70%	37%	85%	56%	74%	82%	85%	
Średnie (liceum, technikum)/Secondary education (high school, technical school)	83%	70%	42%	81%	53%	72%	70%	83%	
Pomaturalne (policealne)/Education college/post-secondary	82%	75%	36%	86%	43%	68%	82%	79%	
Wyższe/Higher education	93%	78%	36%	86%	48%	78%	84%	81%	
		p=,004	p=,811	p=,904	p=,895	p=,687	p=,849	p=,251	p=,851

Źródło: badania własne
 Source: author's own materials

Badanie wykazało, że ocena sfery psychicznej kobiet ma istotny statystycznie związek ($p < 0,05$) z ich sytuacją materialną. Osoby określające swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą znacznie lepiej funkcjonowały niż osoby z trudną sytuacją materialną. Zauważa się prawidłowość, że wraz z poprawą sytuacji materialnej polepsza się funkcjonowanie w sferze psychicznej badanych. Nie stwierdzono natomiast związku pomiędzy sytuacją materialną a sferą fizyczną (**Tabela 4**).

Tabela 4. Ocena jakości życia w zależności od sytuacji materialnej
Table 4. Quality of life depending on the financial situation

Sytuacja materialna/ Financial situation	Ocena sfery fizycznej. Wyniki poniżej normy/ Assessment of sphere physical. The results below standard	Ocena sfery fizycznej. Wyniki powyżej normy/ Assessment of sphere physical. The results of above standard	Ocena sfery psychicznej. Wyniki poniżej normy/ Assessment of sphere mental. The results below standard	Ocena sfery psychicznej. Wyniki powyżej normy/ Assessment of sphere mental. The results of above standard
Bardzo trudna/ Very difficult	14%	86%	43%	57%
Trudna/Difficult	13%	88%	25%	75%
Przeciętna/Average	22%	78%	39%	62%
Dobra/Good	27%	73%	20%	80%
Bardzo dobra/ Very good	24%	77%	12%	88%
	p=,7078		p=,0277	

Źródło: badania własne
 Source: author's own materials

Nie potwierdzono istotnego wpływu czasu, jaki upłynął od momentu operacji do dnia przeprowadzenia ankiety, na jakość życia badanych (**Tabela 5**).

Tabela 5. Ocena jakości życia w zależności od czasu, jaki upłynął od dnia operacji do dnia przeprowadzenia ankiety
Table 5. Evaluation of life quality depends on the time passed from the day of surgery to the day when the survey was conducted

Czas od momentu operacji/ The time from surgery until the date of the survey research	Ocena sfery fizycznej. Wyniki poniżej normy/ Assessment of sphere physical. The results below standard	Ocena sfery fizycznej. Wyniki powyżej normy/ Assessment of sphere physical. The results of above standard	Ocena sfery psychicznej. Wyniki poniżej normy/ Assessment of sphere mental. The results below standard	Ocena sfery psychicznej. Wyniki powyżej normy/ Assessment of sphere mental. The results of above standard
0–6 miesięcy/ months	17%	83%	17%	83%
7–12 miesięcy/ months	67%	33%	33%	67%
1–2 lata/years	31%	69%	39%	62%
2–5 lat/years	25%	75%	16%	84%
Więcej niż 5 lat/ More than 5 years	19%	82%	32%	68%
	p=,0796		p=,2466	

Źródło: badania własne
 Source: author's own materials

Analiza danych wykazała, że osoby aktywne zawodowo cechowały się mniejszymi ograniczeniami w aktywności fizycznej od kobiet nieaktywnych zawodowo, tj. kobiet bezrobotnych, aktualnie bez stałej pracy oraz emerytek i rencistek. Wykazano istotne statystycznie różnice ($p < 0,05$) w ocenie ograniczenia w aktywności fizycznej (z powodu stanu zdrowia fizycznego) (**Tabela 6**).

Tabela 6. Test Kolmogorowa-Smirnowa dla oceny jakości życia oraz aktywności zawodowej
Table 6. Kolmogorov-Smirnov test for the assessment of quality of life and occupational activity

Maks. ujemna różnica/ Maximum negative value difference	Maks. dodatnia różnica/ Maximum positive value difference	Poziom p/ Significance level	Średnia nieaktywna zawodowo/ Mean, economically inactive	Średnia aktywna zawodowo/ Mean, economically active	Odch. std. nieaktywna zawodowo/ Standard deviation, economically inactive	Odch. std. aktywna zawodowo/ Standard deviation, economically active	N ważn. nieaktywna zawodowo/ Cardinality economically inactive	N ważn. aktywna zawodowo/ Cardinality economically active
-0,13	0,05	$p > ,10$	66,63	67,84	21,10	22,44	163	58
-0,24	0,03	$p < ,025$	55,18	60,45	24,23	21,98	163	58
0,00	0,14	$p > ,10$	39,65	32,89	26,84	24,40	163	58
-0,12	0,02	$p > ,10$	57,98	59,83	10,85	10,64	163	58
-0,03	0,06	$p > ,10$	47,24	45,15	10,63	11,41	163	58
-0,04	0,11	$p > ,10$	51,07	48,06	11,40	16,19	163	58
-0,15	0,00	$p > ,10$	62,47	68,97	25,55	24,12	163	58
-0,15	0,06	$p > ,10$	54,88	55,43	9,98	8,60	163	58

PF Funkcjonowanie fizyczne/ Physical functioning	-0,13	0,05	$p > ,10$	66,63	67,84	21,10	22,44	163	58
RP Ograniczenia w aktywności fizycznej/ Role physical	-0,24	0,03	$p < ,025$	55,18	60,45	24,23	21,98	163	58
BP Dolegliwości bólowe/ Bodily pain	0,00	0,14	$p > ,10$	39,65	32,89	26,84	24,40	163	58
GH Ogólne poczucie zdrowia/ General health	-0,12	0,02	$p > ,10$	57,98	59,83	10,85	10,64	163	58
VT Żywotność/ Vitality	-0,03	0,06	$p > ,10$	47,24	45,15	10,63	11,41	163	58
SF Funkcjonowanie społeczne/ Social functioning	-0,04	0,11	$p > ,10$	51,07	48,06	11,40	16,19	163	58
RE Ograniczenia w funkcjonowaniu emocjonalnym/ Role emotional	-0,15	0,00	$p > ,10$	62,47	68,97	25,55	24,12	163	58
MH Zdrowie psychiczne/ Mental health	-0,15	0,06	$p > ,10$	54,88	55,43	9,98	8,60	163	58

Źródło: badania własne
 Source: author's own materials

Dyskusja

Nowotwór piersi to choroba wywierająca wpływ na sferę psychiczną i sferę fizyczną chorego. Dokuczliwe

leczenie, strach o przyszłość, zmiana tempa życia i pełnionych funkcji społecznych to tylko nieliczne problemy, z jakimi każda chora onkologicznie musi się zmierzyć. Choroba nowotworowa niesie ze sobą wiele niepewności i niewiadomych, lęku przed kalectwem, cierpieniem, a w konsekwencji śmiercią. Uzyskane wyniki badań własnych wskazały na istotny wpływ wieku kobiet na jakość życia w obszarze funkcjonowania fizycznego, jak również w sferze ogólnego poczucia zdrowia. Wśród poszczególnych kategorii wiekowych najwyższą jakość życia podczas czynności fizycznych dnia codziennego prezentowały kobiety pomiędzy 51 a 55 rokiem życia. Badane powyżej 75 roku życia uplasowały się jako jedna z grup o najniższym poziomie jakości życia. Respondentki do 50 roku życia najwyżej oceniają swoje zdrowie ogólne. Najniższy wynik w tej kategorii analogicznie do poprzedniej uzyskały badane powyżej 75 roku życia. Widać wyraźnie, że wraz z wiekiem spadają codzienna sprawność fizyczna oraz ogólne poczucie zdrowia. Podobne wyniki badań prezentuje Czarnecka-Iwańczuk [17]. Niektóre z przeprowadzonych badań wskazują na wyraźny związek pomiędzy jakością życia a wykształceniem. Najwyższe wyniki powyżej normy uzyskały badane legitymujące się wyższym wykształceniem, a najniższe osoby z wykształceniem na poziomie podstawowym. Respondentki z wykształceniem średnim i policealnym uzyskały wyniki zbliżone do siebie. Wraz z poprawą sytuacji materialnej polepsza się funkcjonowanie w sferze psychicznej badanych. Nieco ponad połowa (57%) spośród kobiet określających swoją sytuację materialną jako trudną uzyskała wyniki powyżej normy w ocenie sfery psychicznej. Widać wyraźny związek pomiędzy sytuacją materialną a statusem ekonomicznym. Osoby aktywne zawodowo cechowały się mniejszymi ograniczeniami w aktywności fizycznej od kobiet nieaktywnych zawodowo, co pokazuje pewną prawidłowość [18].

Wnioski

1. Średnia wieku badanych kobiet to $62,6 \pm 8,7$ roku.
2. Wiek ma istotny statystycznie wpływ zarówno na obszar funkcjonowania fizycznego, jak i na ogólne poczucie zdrowia.
3. Wraz z poziomem wykształcenia wzrasta poziom sprawności fizycznej.
4. Ocena sfery psychicznej kobiet ma istotny statystycznie związek z sytuacją materialną badanych.
5. Czas, jaki upłynął od momentu operacji, nie ma związku z poczuciem jakości życia respondentek.
6. Kobiety aktywne zawodowo są bardziej sprawne fizycznie od kobiet bezrobotnych oraz emerytek i rencistek.

Piśmiennictwo

1. International Agency Research Cancer, www.iarc.fr (data dostępu: 8.03.2014).
2. Didkowska J. Epidemiologia, czynniki ryzyka i profilaktyka. W: Jassem J, Krzakowski M (red.). Rak piersi. Gdańsk: Via Medica; 2009.
3. Kordek R. Co to jest nowotwór? W: Jeziorski A (red.). Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. Warszawa: PZWL; 2005.
4. Jeziorski A. Rak piersi. W: Kordek J, Jassem J, Krzakowski M, Jeziorski A (red.). Onkologia. Gdańsk: Via Medica; 2006.
5. Pawłęga J. Epidemiologia. W: Jassem J (red.). Rak sutka. Warszawa: Springer PWN; 1998.
6. Szewczyk K. Epidemiologia i profilaktyka raka piersi. W: Kornafel J (red.). Rak piersi. Warszawa: CMKP; 2011.
7. Tarkowski R, Matkowski R. Chirurgiczne leczenie nowotworów. W: Woźniewski M, Kornafel J (red.). Rehabilitacja w onkologii. Wrocław: Elsevier Urban&Partner; 2010.
8. Matkowski R. Leczenie chirurgiczne: przedoperacyjna lokalizacja zmian, leczenie oszczędzające a mastektomia. Węzeł wartowniczy. Zabiegi rekonstrukcyjne. W: Kornafel J (red.). Warszawa: CMKP; 2011.
9. Litwiniuk M. Leczenie raka piersi. Wrocław: Elsevier Urban&Partner; 2010.
10. Hawro R, Tchórzewska-Korba H. Fizjoterapia pacjentek leczonych z powodu raka piersi. W: Woźniewski M (red.). Fizjoterapia w onkologii. Warszawa: PZWL; 2012.
11. Tchórzewska-Korba H. Fizjoterapia po rekonstrukcji piersi. W: Woźniewski M (red.). Fizjoterapia w onkologii. Warszawa: PZWL; 2012.
12. Kosowicz M. Psychoonkologia. Wybrane aspekty psychologiczne funkcjonowania w chorobie nowotworowej. W: Meder J (red.). Podstawy onkologii klinicznej. Warszawa: CMKP; 2011.
13. Izdebski P. Psychologiczne aspekty przebiegu choroby nowotworowej piersi. Bydgoszcz: UKW; 2007.
14. WHOQOL Group. What Quality of life? World Health Forum; 1996.
15. de Walden-Gatuszko K, Majkowicz M. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Gdańsk: Uniwersytet Gdański; 1994.
16. Żołnierczyk-Zreda D, Wrześniewski K, Bugajska J, Jędryka-Góral A. Polska wersja kwestionariusza SF-36v2 do badania jakości życia. Warszawa: CIOP PIB; 2009.
17. Czarnecka-Iwańczuk M, Stanisławska-Kubiak M, Mojs E, Wilczak M, Samborski W. Objawy menopauzy a satysfakcja z życia i samoocena wśród kobiet. Prz Menopauz. 2012; 6: 470.
18. Żołnierczyk-Kieliszek D, Kulik TB, Pacian A, Stefanowicz A. Wykształcenie i status zawodowy a jakość życia kobiet w okresie około i pomenopauzalnym. MONZ. 2010; 16 (XLV), 1: 16–18.

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:

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

■ POZIOM WIEDZY MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO NA TEMAT DRÓG PRZENOSZENIA WIRUSA ZAPALENIA WĄTROBY TYPU C ORAZ METOD ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIU

THE LEVEL OF KNOWLEDGE OF THE ROUTES OF HEPATITIS C INFECTION TRANSMISSION AND METHODS OF PREVENTION IN LUBLIN PROVINCE

Paweł Kalinowski, Marta Estera Kowalska, Urszula Bojakowska

Samodzielna Pracownia Epidemiologii
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

STRESZCZENIE

Wstęp. Wirusowe zapalenie wątroby typu C (wzw C) stanowi jeden z głównych problemów zdrowia publicznego ze względu na długi okres bezobjawowy zakażenia wirusem HCV (ang. *hepatitis C virus*) oraz brak skutecznej szczepionki.

Cel. Celem pracy była ocena poziomu wiedzy osób w wieku od 32 do 55 lat dotyczącej dróg przenoszenia wirusa HCV oraz metod profilaktyki zakażenia.

Materiał i metody. Materiałem wykorzystanym do badań były odpowiedzi na pytania zamknięte zawarte w autorskim kwestionariuszu ankiety. W badaniu wzięło udział 115 osób zamieszkałych na terenie województwa lubelskiego.

Wyniki. Zdecydowana większość badanych kojarzy ryzyko zakażenia HCV z udzielaniem świadczeń medycznych, natomiast inne drogi przenoszenia zakażenia nie są tak dobrze znane ankietowanym. Wyniki badań ujawniły, iż ponad 43% ankietowanych jest błędnie przekonanych o istnieniu szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu C.

Wnioski. Poziom wiedzy grupy badanej na temat dróg przenoszenia wirusa HCV jest niewystarczający, wymagający uzupełnienia. Badanie własne ukazało problem mylenia typów wirusowych zapaleń wątroby oraz niski poziom świadomości ankietowanych w zakresie ryzyka zakażenia HCV w życiu codziennym.

SŁOWA KLUCZOWE: wirusowe zapalenie wątroby typu C, przeniesienie chorób, profilaktyka.

ABSTRACT

Introduction. Hepatitis C is one of the major public health problems due to the long period of asymptomatic infection with HCV and the lack of an effective vaccine.

Aim. The aim of this study was to evaluate the level of knowledge on the routes of HCV infection transmission and prevention methods among people aged 32 to 55 years.

Material and methods. Material used for the study were responses to closed questions contained in the author's survey interview. The study involved 115 people living in Lublin Province.

Results. The vast majority of respondents associated the risk of HCV infection to the provision of medical services, and other routes of transmission are not so well known to respondents. The study revealed that over 43% of those surveyed were mistakenly convinced of the existence of a vaccine against hepatitis C.

Conclusions. The level of knowledge of the study group on transmission routes of HCV is insufficient, requiring additions. The study revealed the problem of confusing types of viral hepatitis and the low level of respondents' awareness in terms of HCV infection risk in everyday life

KEYWORDS: hepatitis C, disease transmission, prevention.

Wprowadzenie

Wirus zapalenia wątroby typu C (ang. *hepatitis C virus* – HCV) został po raz pierwszy zidentyfikowany w 1989 roku. Stanowi on czynnik etiologiczny ostrego i przewlekłego zapalenia wątroby. Zakażenie HCV, które może przejść w stan przewlekłego zapalenia wątroby, powoduje szereg następstw, do których należy zaliczyć przede wszystkim marskość wątroby oraz raka wątroby [1]. Większość zakażeń HCV przebiega w sposób bez-

objawowy, co skutkuje wykrywaniem choroby w późnym stadium przewlekłego zapalenia wątroby. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia mniej więcej 150 mln osób żyje z przewlekłym zapaleniem wątroby typu C, a 350 000 osób rocznie umiera na choroby związane z przewlekłym zakażeniem. Światowa Organizacja Zdrowia w 2010 roku uznała wirusowe zapalenie wątroby typu C za jedno z największych zagrożeń epidemiologicznych, ponadto 63. Światowe Zgromadzenie Zdro-

wia przyjęło rezolucję na temat wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, która wzywa kraje członkowskie do podejmowania skutecznych działań mających na celu podniesienie świadomości społecznej, poprawy dostępu do profilaktyki i diagnostyki wirusowego zapalenia wątroby [2]. W Polsce oszacowano, iż odsetek osób mających przeciwciała anti-HCV wynosi 0,86%, czyli 270 000 osób dorosłych, natomiast odsetek osób zakażonych HCV szacowany jest na 0,6%, co daje 188 000 osób [3].

Wirus zapalenia wątroby typu C przenosi się głównie drogą parenteralną – przez krew oraz preparaty krwiopochodne. Można wyróżnić następujące możliwe sposoby transmisji zakażenia HCV:

- transfuzje krwi,
- podawanie preparatów krwiopochodnych,
- dożylna przyjmowanie środków odurzających,
- zakłucia skażonymi igłami,
- zabiegi medyczne, w tym stomatologiczne,
- zabiegi kosmetyczne, przy których naruszana jest ciągłość powłok skórnych,
- wykonywanie tatuaży,
- kontakty seksualne,
- transplantacje narządów,
- droga wertykalna, z matki na dziecko w okresie ciąży lub podczas porodu [4].

W Polsce najczęściej zakażeń HCV (około 60%) notuje się u osób uzależnionych od narkotyków przyjmowanych drogą dożylną. Częstość zakażeń wzrasta do 90% w przypadku osób zakażonych również wirusem HIV [5].

Cel pracy

Celem pracy było poznanie poziomu wiedzy osób w wieku od 32 do 55 lat, zamieszkających na terenie województwa lubelskiego, dotyczącej dróg przenoszenia wirusa zapalenia wątroby typu C (HCV). Uwagę zwrócono głównie na informacje dotyczące: sposobów transmisji zakażeń HCV, osób i miejsc szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia oraz wiedzy respondentów dotyczącej metod profilaktyki.

Materiał i metody

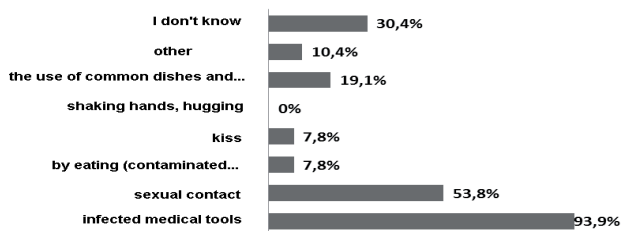
Badaniem objęto 115 osób zamieszkujących województwo lubelskie (powiaty lubelski, lubartowski i puławski). Zostało ono przeprowadzone od marca do czerwca 2013 roku. Metodą badań zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety zawierający 23 pytania zamknięte dotyczące ważnych aspektów wiedzy o drogach przenoszenia wirusa zapalenia wątroby typu C oraz metodach zapobiegania zakażeniu. Uczestnicy

badania zostali poinformowani o celu badawczym oraz anonimowości badania. W celu weryfikacji zestawu pytań ankietowanych i poprawy efektywności badania zasadniczego zostało przeprowadzone badanie pilotażowe na grupie 20 osób. Omawiane badanie własne stanowi wstęp do badania głównego obejmującego szerszą grupę populacji mieszkańców województwa lubelskiego. Do analizy statystycznej wyników badania zastosowano metody statystyki opisowej oraz test chi-kwadrat i współczynnik korelacji V Cramera. Do analizy statystycznej wybrano zmienne: miejsce zamieszkania oraz płeć. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Badanie przeprowadzono na grupie 115 osób: 63 kobiet (55%) i 52 mężczyzn (45%). Średnia wieku wynosiła 41,9 roku. Przeważająca liczba ankietowanych – 91 osób (79%) – mieszka w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców, 17 osób (15%) zamieszkuje małe miasto do 100 tys. mieszkańców, a tylko 7 osób (6%) mieszka na wsi. Ze względu na małą grupę osób zamieszkujących wieś włączono je do obliczeń w grupie mieszkańców miejscowości do 100 tys. Wśród badanej grupy najwięcej osób – 45 (65%) – miało wykształcenie średnie, wykształcenie wyższe zadeklarowało 25 osób (22%), a zawodowe 15 osób (13%). Większość ankietowanych stanowiły osoby zamężne/żonate – 86 (75%), stan cywilny wolny podało 13 osób (11%), rozwiedzionych lub żyjących w separacji było 10 osób (9%), a wdów i wdowców zanotowano 6 (5%). Zdecydowana większość ankietowanych – 84 osoby (73%) – określiła swoją sytuację materialną jako średnią. Status dobrej sytuacji materialnej podało 21 osób (18,3%), a złą zadeklarowało 10 osób (8,7%). Do analizy statystycznej wybrano zmienne: miejsce zamieszkania oraz płeć.

Określono szereg sposobów przenoszenia wirusa zapalenia wątroby typu C, z których część nie stanowiła faktycznego mechanizmu transmisji zakażenia. Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź. Najczęściej wybieraną odpowiedzią – 93,9% – było przeniesienie zakażenia przez „zainfekowane narzędzia medyczne i niemedyczne” (**Rycina 1**). Drugą najczęściej zaznaczoną odpowiedzią był „kontakt płciowy” – 53,8%. Natomiast aż 30,4% badanych wybrało odpowiedź „nie wiem”. Ponad 19% ankietowanych uznało, iż „korzystanie ze wspólnych sztućców i naczyń z osobą zakażoną” stanowi sposób przeniesienia zakażenia HCV. „Drogę pokarmową” oraz „pocałunek” jako mechanizmy transmisji zakażenia wskazało 7,8% ankietowanych. Żadna z badanych osób nie wybrała odpowiedzi „uścisk dłoni, przytulanie się”.



Rycina 1. Sposoby przenoszenia zakażenia HCV według mieszkańców woj. lubelskiego (N = 115)

Figure 1. Routes of transmission of HCV infection by respondents (N = 115)

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Na pytanie dotyczące sytuacji i miejsc, które sprzyjają zakażeniu wirusem zapalenia wątroby typu C, gdzie również można było wybrać więcej niż jedną odpowiedź, najwięcej respondentów (98,3%) udzieliło odpowiedzi „pobyt w szpitalu, przychodnia, stacja krwiodawstwa”, a także „wizyta u dentysty” (74,8%). Nieco mniej ankietowanych – 68,7% – zaznaczyło odpowiedź „usługi fryzjerskie i kosmetyczne (gdy dojdzie do uszkodzenia skóry)”. Natomiast 65,2% ankietowanych uznało dożylnie przyjmowanie narkotyków za sytuację sprzyjającą zakażeniu wirusem zapalenia wątroby typu C. Odpowiedź „korzystanie z tej samej łazienki co osoba zakażona” wybrało 9,6% respondentów.

Następnie przeanalizowano znajomość grup ryzyka zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C. Badana grupa wskazała, iż osoby hospitalizowane (73,9%), narkomani (77,4%) oraz pracownicy ochrony zdrowia (80%) należą do osób szczególnie narażonych na zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu C. Spośród podanych odpowiedzi do tego pytania najmniej osób ankietowanych wybrało odpowiedź „osoby mające wielu partnerów seksualnych” (43,5%). Co ważne, 12,2% ankietowanych nie potrafiło wskazać grup osób szczególnie narażonych na zakażenie HCV.

Kolejnymi aspektami analizowanymi w badaniu były wiedza na temat dróg przenoszenia wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, a także opinia dotycząca rozpowszechnienia tych dwóch chorób w społeczeństwie polskim. Na pytanie, czy drogi przenoszenia wirusowego zapalenia wątroby typu C są takie same jak w przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu B, 58,3% ankietowanych udzieliło odpowiedzi „nie wiem”. Natomiast 10,4% badanych potwierdziło, że drogi przenoszenia w przypadku tych dwóch chorób są takie same. Re-

spondenci zapytani o rozpowszechnienie wirusowego zapalenia wątroby typu B i C uznali w większości (61,7%), że nie wiedzą, czy wirusowe zapalenie wątroby typu C jest bardziej rozpowszechnione niż typu B. Przeprowadzono analizę statystyczną w celu stwierdzenia występowania zależności istotnej statystycznie pomiędzy płcią, miejscem zamieszkania a odpowiedziami respondentów na pytania sprawdzające ich wiedzę na temat dróg przenoszenia wirusowego zapalenia wątroby typu C i B oraz rozpowszechnienia obu tych chorób w społeczeństwie. W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie pomiędzy płcią a odpowiedziami na pytanie: „czy drogi przenoszenia wirusowego zapalenia wątroby typu C są takie same jak wirusowego zapalenia wątroby typu B?”. Zdecydowanie więcej badanych z większych miejscowości (61,5%) uważa, że drogi przenoszenia wzw typu C są inne niż w przypadku wzv typu B. Na podstawie analizy statystycznej stwierdzono, iż pomiędzy miejscem zamieszkania a odpowiedziami na omawiane pytanie występuje zależność istotna statystycznie ($p = 0,019$). Natomiast współczynnik korelacji V Cramera (0,241) świadczy o tym, że korelacja pomiędzy zmiennymi nie jest zbyt silna. Analizie statystycznej poddano również odpowiedzi respondentów na pytanie: „czy wirusowe zapalenie wątroby typu C jest bardziej rozpowszechnione niż wirusowe zapalenie wątroby typu B?”. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni na omawiane pytanie w większości wybierali odpowiedź „nie wiem”. Tylko 6,3% kobiet udzieliło odpowiedzi „tak”. W przypadku mężczyzn odpowiedzi „tak” udzieliło 30,7% ankietowanych. Pomiedzy płcią a odpowiedzią na omawiane pytanie występuje zależność istotna statystycznie ($p = 0,002$). Z kolei współczynnik korelacji V Cramera (0,320) świadczy o tym, że korelacja pomiędzy zmiennymi jest umiarkowanie silna. Analiza statystyczna wykazała zależność istotnie statystyczną pomiędzy miejscem zamieszkania a odpowiedziami na pytanie: „czy wirusowe zapalenie wątroby typu C jest bardziej rozpowszechnione niż wirusowe zapalenie wątroby typu B?”. Zdecydowana większość mieszkańców dużych miejscowości (52,9%) nie wie, czy wzv typu C jest bardziej rozpowszechnione.

Następnie przeanalizowano wiedzę ankietowanych na temat metod profilaktyki zakażeń HCV (**Tabela 1**). Wyniki ujawniły, iż większość badanych (43,5%) jest błędnie przekonana o istnieniu szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu C, a 36,5% ankietowanych wybrało odpowiedź „nie wiem”. Tylko 20% badanych poprawnie odpowiedziało na to pytanie.

Tabela 1. Istnienie szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu C według opinii mieszkańców woj. lubelskiego (N = 115)
Table 1. The existence of a vaccine against hepatitis C according to the opinion of Lublin province residents (N = 115)

	Płeć/Sex				Miejsce zamieszkania/ Dwelling-place			
	kobiety/ women N=63		mężczyźni/ men N=52		miejscowość do 100 tys. mieszkańców/ city to 100,000 inhabitants N=24		miejscowość powyżej 100 tys. mieszkańców/ city with over 100,000 inhabitants N=91	
	N	%	N	%	N	%	N	%
tak/yes	30	47,6	20	38,5	10	41,7	40	44,0
nie/no	18	28,6	5	9,6	9	37,5	14	15,4
nie wiem/ I don't know	15	23,8	27	51,9	5	20,8	37	40,7
	chi ² =11,83; p=0,003; V Cramera=0,321				chi ² =6,71; p=0,035; V Cramera=0,242			

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Nieco więcej kobiet (47,6%) niż mężczyzn (38,5%) uważa, że przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu C istnieje szczepionka. Co ciekawe, również przeciwną odpowiedź wskazywały znacznie częściej kobiety (28,6%) niż mężczyźni (9,6%). Z kolei znacznie więcej mężczyzn (51,9%) niż kobiet (23,8%) przyznało się do braku wiedzy na ten temat. Przeprowadzona analiza statystyczna pozwoliła na stwierdzenie, iż zależność pomiędzy płcią a odpowiedziami na omawiane pytanie jest wysoce istotna statystycznie ($p = 0,003$). Z kolei korelacja pomiędzy zmiennymi jest umiarkowanie silna ($V \text{ Cramera} = 0,321$).

Znacznie więcej respondentów z mniejszych (37,5%) niż z większych (15,4%) miejscowości uważa, że przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu C nie istnieje szczepionka. Z kolei badani z większych miejscowości (40,7%) znacznie częściej od tych z miejscowości mniejszych (20,8%) przyznawali się do braku wiedzy na ten temat. Niemniej w obu grupach najczęstsza odpowiedź to „tak”. Pomiedzy miejscem zamieszkania a odpowiedzią na omawiane pytanie występuje zależność istotna statystycznie ($p = 0,035$). Z kolei współczynnik korelacji $V \text{ Cramera}$ (0,242) świadczy o tym, że korelacja pomiędzy zmiennymi nie jest zbyt silna.

Zapytano grupę badaną o metody zapobiegania zakażeniu wirusem zapalenia wątroby typu C. Ankietowani najczęściej wskazywali na odpowiedź „unikanie stosowania narkotyków dożylnie” (65,2%) oraz „unikanie przypadkowych kontaktów seksualnych” (50,4%). W pytaniu tym zastosowano zabieg sprawdzający rze-

telność wypełniania ankiety poprzez umieszczenie odpowiedzi „szczepionka”. Odpowiedź tę wybrało 45,3% ankietowanych, co pokrywa się z wynikami odpowiedzi na pytanie o istnienie szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu C, a tym samym potwierdza fakt braku wiedzy badanej grupy w tym zakresie.

Dyskusja

Wirusowe zapalenie wątroby typu C jest poważnym zagrożeniem dla zdrowia publicznego z uwagi na bezobjawowy lub skąpoobjawowy przebieg choroby, a także brak na dzień dzisiejszy skutecznej szczepionki ochronnej [6]. Dlatego też szczególnie ważne są edukacja społeczeństwa i zwiększanie świadomości na temat dróg przenoszenia wirusa HCV.

W lutym 2012 roku instytut badań społecznych GfK Polonia opublikował wyniki sondażu przeprowadzonego na reprezentatywnej grupie 1000 osób dotyczącego ich wiedzy o HCV/wzw C. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, iż 32,1% ankietowanych nigdy nie słyszało o HCV/wzw C, a tylko 6% skojarzyło skrót HCV z wirusem i chorobą wątroby [7]. Wyniki tego sondażu są porównywalne z wynikami oceny stanu wiedzy Polaków na temat wirusowego zapalenia wątroby przeprowadzonego przez TNS OBOP w 2010 roku, które pokazały, że 86% ankietowanych nie słyszało o wirusowym zapaleniu wątroby typu C oraz nie utożsamia wirusa HCV z tą chorobą [8]. Przeprowadzone badania własne, które skupione były wokół dróg przenoszenia wirusa HCV oraz grup ryzyka zakażenia, ujawniły, że wiedza badanej grupy jest dobra, ale niewystarczająca. Większość osób ankietowanych prawidłowo podawała możliwe sposoby przenoszenia wirusa HCV, a więc miała wiedzę, iż wirus ten przenosi się głównie drogą parenteralną. Natomiast wiedza na temat sytuacji i miejsc sprzyjających zakażeniu HCV nie jest już tak klarowna. Zdecydowana większość badanych kojarzy ryzyko zakażenia HCV z udzielaniem świadczeń medycznych (98,3%), natomiast inne drogi przenoszenia wirusa HCV związane z usługami fryzjerskimi i kosmetycznymi (68,7%) czy też przyjmowaniem dożylnie narkotyków (65,2%) nie są tak dobrze znane. Ponad 7% ankietowanych wskazało drogę pokarmową jako sposób transmisji wirusa HCV, co może stanowić podstawę do opinii, iż myślą wirusowe zapalenie wątroby typu C z wirusowym zapaleniem wątroby typu A. Według badania TNS OPOB większość respondentów również kojarzyła zakażenie HCV z pobytem w szpitalu lub wizytą w przychodni (66%), natomiast sytuacje z życia codziennego, takie jak wizyta u kosmetyczki lub fryzjera (15%), nie stanowiły według ankietowanych zagrożenia.

Na podstawie analizy wyników badania sprawdzającego wiedzę o osobach szczególnie narażonych na

zakażenie HCV należy stwierdzić, że większość respondentów utożsamia zakażenie HCV z zagrożeniem tylko w wybranych grupach populacji (narkomani, osoby często hospitalizowane czy mające wielu partnerów seksualnych).

Podjęte badanie własne miało również na celu ocenę poziomu wiedzy ankietowanych na temat metod profilaktyki zakażenia HCV. Jak pokazały wyniki, świadomość grupy badanej w tym zakresie jest niska. Respondenci są błędnie przekonani o istnieniu szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu C. Wynik ten jest podobny do wyników otrzymanych w sondażu TNS OBOP, gdzie 51% ankietowanych było przekonanych o istnieniu szczepionki, oraz sondażu GfK Polonia (61%). Wyniki badań własnych mogą stanowić podstawę do podjęcia zdecydowanych działań w zakresie edukacji społeczeństwa nie tylko na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C, ale również na temat innych typów wirusowego zapalenia wątroby. Działania te prowadziłyby do uporządkowania wiedzy i mogłyby przyczynić się do jej efektywniejszego przyswajania.

Piśmiennictwo

1. Juszczyk J. Zakażenia wirusami heaptotropowymi. W: Dziubka Z (red.). Choroby zakaźne i pasożytnicze. Warszawa: PZWL; 1996: 239–240.
2. World Health Organization EB126/Conf.Paper No.10 z 22 stycznia 2010. Draft rezolucji, http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/GHP_framework.pdf (data dostępu: 10.07.2014).
3. Godzik P et al. Rozpowszechnienie przeciwciał anti-HCV wśród osób dorosłych w Polsce – wyniki badania przekrojowego w populacji ogólnej. *Prz Epidemiol.* 2012; 66: 575–580.
4. Franek G et al. Ocena stanu wiedzy na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C wśród nosicieli i chorych. *Ann UMCS.* 2005; 60: 463–466.
5. Muszyńska A et al. Zakażenia HCV – narastający problem zdrowia publicznego. *Terapia.* 2010; 5: 55–58.
6. Magdzik W. Wirusowe zapalenie wątroby typu C. Najbardziej istotne aspekty epidemiologiczne. *Prz Epidemiol.* 2006; 60: 751–757.
7. Badanie GfK Polonia, www.akademiiawzwc.pl (data dostępu: 23.08.2014).
8. Wiedza Polaków na temat wirusowego zapalenia wątroby. Badanie TNS OBOP, www.gwiadnanadziei.pl/download/raport_wiedza_na_temat_wirusowego_zapalenia_watroby_tns_.pdf (data dostępu: 23.08.2014).

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:

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

■ WYBRANE ZACHOWANIA ZDROWOTNE PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

SELECTED HEALTH BEHAVIOURS OF HEALTH CARE PROFESSIONALS

Michał Janowski¹, Renata Rasińska²

¹ Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

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

STRESZCZENIE

Wstęp. Publiczna służba zdrowia stanowi jeden z fundamentów prawidłowo funkcjonującego państwa, jej zadaniem jest nie tylko zwalczanie skutków powstałych w wyniku stanów braku zdrowia, ale przede wszystkim każde działanie prowadzące do utrzymania optymalnego stanu zdrowia społeczeństwa bądź dążenie do takiego stanu – zgodnie z zasadą głoszącą, iż profilaktyka jest lepsza od leczenia, nie tylko pod względem ekonomicznym, lecz zwłaszcza z punktu widzenia zdrowego społeczeństwa.

Cel. Celem badania była weryfikacja związanych z optymalnym żywieniem i aktywnością ruchową zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia; sprawdzono zarówno poziom wiedzy na ten temat, jak i realne jej wykorzystywanie.

Materiał i metody. W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego przeprowadzonego za pomocą anonimowej ankiety wśród 92 pracowników ochrony zdrowia. Średnia wieku badanych wynosiła $41,7 \pm 12,16$ roku, natomiast średni staż pracy wynosił $17,5 \pm 9,31$ roku. Badane osoby miały kierunkowe wykształcenie wyższe lub średnie.

Wyniki i wnioski. Badana grupa respondentów jest w znacznym stopniu zaznajomiona z tematyką zachowań zdrowotnych w zakresie żywienia oraz aktywności fizycznej. Analiza zachowań prozdrowotnych wykazuje, że wśród badanej grupy odsetek osób korzystających z używek jest dość wysoki, zwłaszcza dotyczy to herbaty, kawy i alkoholu. Zdecydowana większość ankietowanych prawidłowo realizuje zalecenia dotyczące wysiłku fizycznego, uprawiając aktywność ruchową regularnie. Badani nie są zadowoleni z poziomu cen, jakie należy uiścić za możliwość uprawiania aktywności ruchowej w budynkach do tego przeznaczonych, ale pomimo tej przeszkody ekonomicznej są zadowoleni z poziomu jakości teje infrastruktury. Niestety brak czasu, podobnie jak stres, jest barierą wszechobecną wśród respondentów.

SŁOWA KLUCZOWE: pracownicy ochrony zdrowia, żywienie, aktywność ruchowa.

ABSTRACT

Introduction. Public health is one of the foundations of the state functioning properly. Its task is not only to combat the effects resulting from the lack of health, but especially each action leading to maintain or strive for an optimal state of health in accordance with the principle that prevention is better than treatment, not only economically, but especially from the point of view of a healthy society.

Aim. The aim of the research was to review health behaviour of public health professionals associated with optimal nutrition and physical activity both at the level of knowledge related to this topic and its real use.

Material and methods. The research was carried out using the anonymous diagnostic survey among 92 employees of health care. The average age of respondents was 41.7 ± 12.16 , while the average length of work was 17.5 ± 9.31 years. The respondents had higher or secondary education.

Results and conclusions. The researched group of respondents is familiar with health behaviours in the field of nutrition and physical activity. The analysis of health behaviours shows that among the researched group the percentage of people using drugs is quite high, especially this includes tea, coffee and alcohol. The vast majority of respondents properly realize recommendations for physical activity with regular practice. The researched are not satisfied with the level of prices to be paid for the opportunity to engage in physical activity in buildings intended for it, but despite these economic barriers, respondents are satisfied with the quality of the infrastructure. Unfortunately, both the lack of time and stress are barriers for respondents.

KEYWORDS: health care professionals, nutrition, physical activity.

Wstęp

Zachowanie człowieka jest definiowane przez Pilską i Jeżewską-Zychowicz [1] jako każda reakcja lub ogół reakcji organizmu na bodźce środowiska i ustosunkowanie się do tego środowiska. Najogólniej zachowanie

należy rozumieć jako kompleks działań i czynności mających na celu zaspokojenie potrzeb człowieka. Zgodnie z Heszen-Klemens [2] zachowania zdrowotne mają status czynności ukierunkowanej na cele zdrowotne. Rozróżniamy dwa rodzaje celów zdrowotnych: nega-

tywne oraz pozytywne, lub według innego podziału: zachowania prozdrowotne (ochrona i poprawa stanu zdrowia, unikanie chorób) oraz antyzdrowotne (wszelakie zachowania szkodliwe dla zdrowia, unikanie jakichkolwiek praktyk zdrowotnych).

Według psychologii zdrowia zachowania mogą przybierać charakter celowy lub nawykowy [3]. Zachowania nawykowe to czynności wykonywane codziennie, takie jak: higiena osobista, nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna bądź też sam wypoczynek. Zachowania te podlegają czynnemu wpływowi otaczającego nas środowiska społecznego oraz kręgów kulturowych. Zachowania celowe są zazwyczaj planowane i świadomie podejmowane przez człowieka, ich głównym wyznacznikiem jest intencja. Działanie to nierzadko jest spowodowane zmianą życiową i/lub rozwojową w życiu jednostki [1, 3]. Inne kryteria odnoszą się również do poziomu zdrowia i stanu nasilenia choroby, a jeszcze inne rzucają światło na takie aspekty jak chociażby rola społeczna. Dokładny pomiar zachowań zdrowotnych (mając na uwadze mnogość i różnorodność definicji związanych z omawianą tematyką) wydaje się niezwykle trudny i czasochłonny [4].

Jednym z najistotniejszych czynników prawidłowego funkcjonowania każdego organizmu jest optymalne żywienie. Ma ono wpływ na takie istotne kwestie jak: długowieczność, brak stanów chorobowych czy wydajność życiowa (zarówno fizyczna, jak i psychiczna). Optymalne żywienie polega na dostarczaniu najlepszych możliwie składników pokarmowych, których w dzisiejszej dobie rozróżniamy około 50. Choć dostęp do wody pitnej wydaje się wręcz nieograniczony w naszych kręgach kulturowych i/lub geograficznych, to nie należy zapominać, iż woda to podstawowy składnik zawarty w organizmie. Statystyczny człowiek zawiera w sobie około 65% wody [5, 6]. Według Gawęckiego życie każdego człowieka jest ściśle związane ze spożywaniem i przyswajaniem pokarmu, dlatego też rozwój cywilizacyjny ludzkości łączył się ściśle z zaspokajaniem tej podstawowej potrzeby fizjologicznej [6]. Samo dostarczanie wymaganych składników odżywczych nie jest jednak wystarczającym czynnikiem do ciągłego utrzymywania homeostazy. Forma, częstotliwość, stany emocjonalne, czas spożycia, a zwłaszcza stały charakter ram czasowych posiłków mają kluczowe znaczenie w efekcie końcowym [1]. Zachowania żywieniowe należą do kategorii zachowań zdrowotnych i konsumpcyjnych. Zachowania konsumpcyjne stanowią czynności, działania i sposoby postępowania, które zostają pobudzone przez odczuwanie potrzeb, uświadamianie sobie tej potrzeby, jej definiowanie, kwalifikacje i przyznawanie jej prawa do zaspokajania lub też dyskwalifikowanie jako niemożliwej do zaspokojenia z racji ekonomicznych,

społecznych i innych. W obrębie kulturowych wzorów zachowań można wyróżnić zachowania symboliczne i zachowania bezpośrednie. Tego typu zachowania można wskazać wśród zachowań żywieniowych. Zachowania bezpośrednie mają charakter pierwotny – pełnią podstawową funkcję w biologicznym życiu organizmu. Symboliczne stanowią klasę zachowań specyficznych dla społecznego współżycia ludzi. Umiejętność posługiwania się symbolami i komunikowania się za ich pośrednictwem zapewnia człowiekowi i całemu społeczeństwu możliwość rozszerzania zakresu wiedzy i zdobywania umiejętności praktycznych rozwiązań, a tym samym rozwoju [1].

W zrewidowanej edycji piramidy żywienia w podstawie odnajdujemy codzienną kontrolę masy ciała oraz wysiłek fizyczny. Aktywność ruchowa człowieka to nic innego jak niezbędna ilość ruchu, jakiej człowiek wymaga, aby osiągnąć homeostazę i optymalny rozwój organizmu. Brak odpowiedniej ilości aktywności ruchowej może więc prowadzić przede wszystkim do zaburzeń fizycznych i w ten sposób także pośrednio do zaburzeń psychicznych.

Wychodząc z założenia, że każde zachowanie ludzi jest funkcją zarówno osoby, jak i sytuacji, to zdrowie można określić jako stan, w którym człowiek wykazuje optymalną umiejętność efektywnego odgrywania ról i realizacji zadań wyznaczanych mu przez proces socjalizacji. Prozdrowotny styl życia to nic innego jak działania mające na celu: właściwe odżywianie, unikanie alkoholu i nikotyny, aktywność fizyczna oraz unikanie permanentnego stresu [7]. Z prac Centrum Badań Opinii Społecznej wynika, że Polacy uważają swój sposób odżywiania za właściwy zarówno pod względem struktury składników odżywczych, jak i częstotliwości spożywanych posiłków (76%) [8]. W latach 1993–2012 społeczeństwo zwiększyło swoją dbałość o styl życia (wzrost z 58% aż do 81%) [9]. Na podstawie danych dotyczących zachowań żywieniowych można więc zauważyć, że liczba osób reprezentujących prozdrowotny styl życia uległa zwiększeniu. Martwi natomiast fakt, że aż 61% nie uprawia wysiłku fizycznego w ogóle.

Celem badania było zweryfikowanie związanych z optymalnym żywieniem i aktywnością ruchową zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia; sprawdzono zarówno poziom wiedzy na ten temat, jak i realne jej wykorzystywanie.

Metody i materiał

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego przeprowadzonego za pomocą anonimowej ankiety wśród 92 pracowników ochrony zdrowia. Średnia wieku badanych wynosiła $41,7 \pm 12,16$ roku, natomiast średni staż pracy wyniósł $17,5 \pm 9,31$ roku. Bada-

ne osoby miały albo kierunkowe wykształcenie wyższe (46,7%), albo średnie (48,9%). Obliczenia statystyczne wykonano za pomocą pakietu Statistica 10,0, w celu zweryfikowania powiązań poszczególnych odpowiedzi na pytania od wybranych zmiennych zastosowano test chi-kwadrat, przyjmując poziom istotności $p = 0.05$.

Wyniki

Analiza wiedzy pracowników służby zdrowia wykazuje, że znają oni podstawowe zasady dotyczące zdrowego stylu życia, choć wydawałoby się, że grupa powinna mieć szerszą wiedzę. Na elementarne pytanie o podstawę piramidy żywności tylko 72,8% badanych odpowiedziało prawidłowo, że u dołu piramidy znajdują się aktywność fizyczna bądź węglowodany. Błędne odpowiedzi to mięso – 15,2%, nabiał – 9,8% i owoce – 2,2%.

Na podstawie opublikowanych w Polsce zaleceń dotyczących prawidłowego odżywiania się propaguje się spożywanie co najmniej trzech posiłków dziennie, choć normą zalecaną przez Instytut Żywności i Żywienia jest pięć posiłków. W badanej grupie 39,1% uważa, że powinno spożywać się posiłki trzy razy dziennie, 38,0% – cztery razy, a tylko 19,6% – pięć razy.

Według badanych pracowników ochrony zdrowia istotne dla człowieka są praktycznie wszystkie składniki: białka i witamin (100% wybranych odpowiedzi), tłuszcze (96,7%), mikroelementy (93,5%) i węglowodany (91,3%).

Pracownicy służby zdrowia są grupą społeczną, która powinna charakteryzować się wysoką wiedzą na temat zachowań zdrowotnych oraz powinna wykazywać się gotowością do aktywnej działalności na rzecz poprawy zdrowia społeczeństwa. Wśród podstawowych funkcji zawodowych pracowników ochrony zdrowia powinna być promocja zdrowia. Badane osoby rzadko poruszają tematy zdrowego żywienia (51%), natomiast często zachęcają rodzinę lub znajomych do aktywności ruchowej (77,2%) (Tabela 1).

Tabela 1. Promocja zdrowia

Table 1. Health Promotion

Pytanie/Question	Odpowiedzi/Answers	n	%
Jak często zdarza się Państwu poruszać temat zdrowego żywienia? <i>How often do you bring up healthy nutrition during discussions?</i>	Wcale/Never	4	4,3%
	Bardzo rzadko/ <i>Extremely rarely</i>	20	21,7%
	Rzadko/Rarely	27	29,3%
	Często/Often	25	27,2%
Czy zachęcają Państwo rodzinę lub znajomych do aktywności ruchowej? <i>Do you encourage your family or friends to physical activity?</i>	Bardzo często/ <i>Very often</i>	16	17,4%
	Tak/Yes	71	77,2%
	Nie/No	21	22,8%

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Zachowania zdrowotne mogą wpływać na realizację postaw zawodowych pracowników służby zdrowia, a demonstrowanie własnego zdrowia, kształtowanie nawyków, realizacja przekonań zdrowotnych to bardzo efektywny sposób wpływu na inne osoby. Tylko 52,2% badanych pije około litra wody mineralnej, a 37,0% nie pije tego rodzaju wody wcale. Wśród rodzaju wody mineralnej najczęściej badani podawali wodę nisko zmineralizowaną (45,7%) oraz średnio zmineralizowaną (16,3%). Analiza zachowań prozdrowotnych wykazuje, że wśród badanej grupy odsetek osób korzystających z używek jest dość wysoki, zwłaszcza dotyczy to herbaty, kawy i alkoholu (Tabela 2). Aż 84,8% potwierdziło, że jeśli istniałby zdrowy zamiennik, to porzuciłoby spożycie używek. Badani nie używają suplementów diety (40,2% wcale, 21,7% bardzo rzadko i 19,6% rzadko). Respondentom trudno jest wyeliminować niezdrowe nawyki żywieniowe (51,1% dość trudno i 37,0% bardzo trudno).

Tabela 2. Uzależnienia

Table 2. Addiction

Pytanie/Question	Odpowiedzi/Answers	n	%
Z jakich używek Państwo korzystają? <i>What type of stimulants do you consume?</i>	Kawa/Coffee	64	69,6%
	Herbata/Tea	67	72,8%
	Tytoń/Cigarettes	29	31,5%
	Alkohol/Alcohol	44	47,8%
	Napoje energetyzujące/ <i>Energy drinks</i>	13	14,1%
	Inne/Other	8	8,7%
	Nie korzystam/None	5	5,4%

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Pracownicy służby zdrowia przeznaczają jednorazowo na aktywność ruchową około pół godziny i uprawiają aktywność ruchową kilka razy w tygodniu (Tabela 3). Aktywność o częstotliwości rekomendowanej w modelu prozdrowotnym (codziennie lub trzy–pięć razy w tygodniu) realizuje największa grupa respondentów.

Tabela 3. Aktywność ruchowa

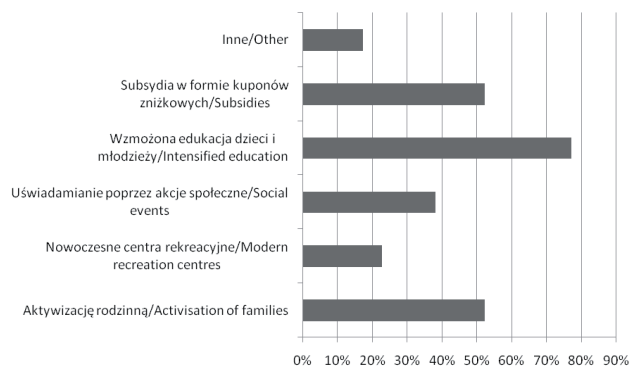
Table 3. Physical activity

Pytanie/Question	Odpowiedzi/Answers	n	%
Ile razy w tygodniu uprawiają państwo aktywność ruchową? <i>How often do you exercise during a week?</i>	Wcale/Never	21	22,8%
	Kilka razy w tygodniu/ <i>Several times per week</i>	60	65,2%
	Codziennie/Everyday	11	12,0%
	Kilka razy dziennie/ <i>Several times per day</i>	0	0,0%
Ile czasu w przybliżeniu mogą Państwo jednorazowo wygospodarować na aktywność ruchową? <i>How long do you exercise during one exercise session?</i>	Kwadrans/15 minutes	31	33,7%
	Pół godziny/30 minutes	42	45,7%
	Godzinę/60 minutes	12	13,0%
	Więcej niż godzinę/ <i>Above 60 minutes</i>	7	7,6%

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Badani uważają, że nie można zdrowo żyć bez łączenia aktywności ruchowej ze zdrowym żywieniem (93,5%). Do aktywności ruchowej zniechęca przede wszystkim nadmiar pracy (79,7%) i nadmiar obowiązków domowych (71,7%). Wśród czynników wymieniane są również globalna komputeryzacja (60,9%), otyłość badanych (53,3%), brak współtowarzyszy, z którymi można byłoby ćwiczyć (38,6%) oraz brak infrastruktury (25,0%). Dostępność do obiektów umożliwiających uprawianie aktywności ruchowej w regionie zamieszkania oceniana jest jako wystarczająca (41,3%), dobra (21,7%) i bardzo dobra (10,9). Złą i bardzo złą ocenę obiektów wystawiło tylko 26,1% badanych pracowników służby zdrowia. Podobne wyniki otrzymano przy ocenie poziomu cen usług we wspomnianych obiektach. Większość badanych uznaje, że poziom usług jest odpowiedni (34,8%), wysoki (31,5%) i bardzo wysoki (14,1%). Tylko 19,6% uznaje poziom usług za niski lub bardzo niski.

Wśród czynników, które mogłyby zwiększyć poziom aktywności ruchowej w społeczeństwie, badani wymieniali wzmoczoną edukację dzieci i młodzieży, aktywizację rodzinną, subsydia w formie kuponów zniżkowych oraz uświadamianie poprzez akcje społeczne (**Rycina 1**).



Rycina 1. Czynniki, które mogłyby zwiększyć poziom aktywności ruchowej w społeczeństwie

Figure 1. Possible factors which may increase the physical activity level among the society

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Podsumowując, można powiedzieć, że badani pracownicy służby zdrowia znają podstawowe zasady zdrowego stylu życia, choć ich nie realizują w swoim życiu. Rzadko też wykorzystują nabytą wiedzę do rozpowszechniania tych zasad wśród społeczeństwa.

Dyskusja

Jednym z najbardziej popularnych ostatnio tematów jest zdrowy tryb życia, czego dowodem jest zainteresowanie tematyką zdrowego żywienia oraz rekreacji ruchowej.

W komunikacie CBOS dotyczącym żywienia z 2010 roku [8] badani w dominującej większości określili swój tryb żywienia jako zdrowy. Z komunikatu dotyczącego aktywności fizycznej Polaków z 2013 roku [10] wynika, iż około 40% badanych regularnie uprawia aktywność ruchową. W obu przypadkach (tj. aktywności ruchowej oraz zdrowego żywienia) przybliżone rezultaty uzyskano, badając grupę pracowników służby zdrowia. Ponadto w sondażu z 2012 roku [9] stwierdzono, iż można zaobserwować pozytywny trend w przypadku poprawy stylu życia wśród Polaków, choć tylko 34% ankietowanych sądzi, że tenże styl życia cieszy się popularnością w Polsce. Przeprowadzony sondaż wśród pracowników służby zdrowia potwierdza te dane. Aż 53% ankietowanych rzadko porusza tematykę zdrowego żywienia (bądź wcale o niej nie dyskutuje). Wiedza ankietowanych na temat zdrowego żywienia jest względnie zadowalająca. Respondenci w 73% przypadków zaznaczyli prawidłową odpowiedź na pytanie o piramidę żywienia. Według ankietowanych z badania Boguszewskiego [9] podstawą zdrowego stylu życia są zdrowe odżywianie, aktywność ruchowa oraz ograniczenie spożywania używek (choć oni sami od nich nie stronili). Podobne wyniki uzyskano, badając pracowników służby zdrowia: 85% z nich zadeklarowało zaprzestanie przyjmowania używek, gdyby tylko istniał zdrowy ich zamiennik. Sondaż ogólnokrajowy wykazał, iż Polacy spośród używek wybierają kawę – 80%, alkohol – 77% oraz papierosy – 35%. Badania Rasińskiej i Nowakowskiej [12] wykazały, iż pracownicy służby zdrowia spożywają o wiele mniej alkoholu, ponieważ aż 35% nie pija go wcale, a aż 83% nie pali papierosów. Znajdujemy odzwierciedlenie tychże wyników w niniejszym badaniu, gdyż badani pracownicy służby zdrowia nawet częściej raczą się kawą – 70%, alkoholem – 47% i mniej więcej równie często wyrobami tytoniowymi – 32%. Holford [5] oraz Wądołowska [8] wskazują również na zbyt dużą zawartość słodczy (lub dostarczanych produktów żywnościowych) w diecie współczesnego człowieka, co w rezultacie może prowadzić do uszczerbku na zdrowiu, czyli m.in. nadwagi lub wręcz otyłości, co następnie może skutkować jeszcze gorszymi powikłaniami. W niniejszym badaniu odpowiadający (53%) zadeklarowali, że otyłość jest znaczącą barierą do uprawiania aktywności ruchowej. Nie dziwi więc fakt, że aż 82% z nich wskazało na chipsy, napoje gazowane, słodycze oraz przekąski typu fast food jako na produkty będące jedną z głównych przyczyn wyżej wymienionych chorób cywilizacyjnych, co jest zgodne z opinią dietetyków. Należy pozytywnie rozpatrzyć wyniki badań wiedzy na temat niezbędnych składników żywienia, gdyż pytani nie popełnili błędów, wypowiadając się o witaminach i białkach (100% prawidłowych odpowie-

dzi), a nawet w przypadku najniższej punktowanej odpowiedzi (92%) ilość błędnych zaznaczeń była znikoma. Według Waltera i wsp. [11] człowiek do prawidłowej egzystencji potrzebuje równowagi kwasowo-zasadowej w organizmie, tym samym należy codziennie zapewnić mu odpowiednich ilości płynów, co wiąże się m.in. ze spożywaniem wody mineralnej. Komunikat CBOS z 2010 roku [8] stwierdza, iż blisko połowa społeczeństwa spożywa wodę mineralną, a respondenci w niniejszym opracowaniu uzyskali trochę lepszy wynik (62%), co oznacza, że badani zdają sobie sprawę z istotności jej spożycia. Z badań Wądołowskiej [10] jasno wynika, że 76% ankietowanych spożywa minimum trzy posiłki każdego dnia, czyli zgodnie z zaleceniami Państwowego Instytut Żywności i Żywienia. Odzwierciedleniem tego trendu są badania Rasińskiej i Nowakowskiej [12], w których respondenci w 87% przypadków zadeklarowali spożywanie minimum trzech posiłków. Z prezentowanego badania wynika, że pracownicy służby zdrowia w 97% przypadków spożywają co najmniej trzy posiłki bądź więcej w ciągu dnia. Badania Omyły-Rudzkiej [10] zweryfikowały, iż 40% respondentów zakwalifikowało aktywność ruchową jako czynnik niezbędny do osiągnięcia zdrowego trybu życia, Rasińska oraz Nowakowska [12] zbadały, że 61% respondentów było zadowolonych z czasu poświęconego na aktywność ruchową w swoim życiu. Niniejsza sonda potwierdza to spostrzeżenie, gdyż ankietowani (94%) sądzą, że nie można zdrowo żyć bez połączenia ze sobą zdrowego żywienia oraz aktywności ruchowej. Rzeczona grupa badanych w dominującej większości (75%) przestrzega regulacji i zaleceń PZH (Państwowy Zakład Higieny) i uprawia rekreację ruchową regularnie, choć niemała grupa (34%) czyni to, poświęcając temu jednorazowo zbyt mało czasu. Wedle Boguszewskiego [9] tylko 20% ankietowanych wskazało działania administracji państwowej jako czynnik mogący zwiększyć świadomość społeczną, jeśli chodzi o rekreację ruchową; w niniejszym badaniu respondenci potwierdzili spostrzeżenia ogólnopolskie, osiągając wynik niemalże dwuipółkrotnie większy (52%). Badani wskazują na nadmiar pracy (79%) oraz obowiązków domowych (72%), co mogłoby wyjaśniać, dlaczego zbyt rzadko (60%) poruszają tematykę zdrowego żywienia. Potwierdzają to także spostrzeżenia z ogólnopolskiego sondażu Wądołowskiej [10], jakoby stres miał istotny wpływ na realizację i propagowanie zdrowego stylu życia, oraz badania Rasińskiej i Nowakowskiej [12] – rezultaty tych badań to m.in. stwierdzenie, że 80% respondentów nie ma wystarczająco dużo wolnego czasu. Pracownicy służby zdrowia uważają, że infrastruktura obiektów rekreacyjnych jest na zadowalającym dla nich poziomie (73%),

jednak poziom cen w omawianych obiektach częstość (48%) jest nie na każdą kieszeń.

Wnioski

1. Badana grupa pracowników służby zdrowia jest w znacznym stopniu zaznajomiona z tematyką zdrowego stylu życia i ich wiedza pozytywnie uwidoczniła się na tle reszty społeczeństwa, choć można by się po nich spodziewać jeszcze szerszej wiedzy.
2. Respondenci korzystają z używek i powinni to ograniczyć; co istotne – bardzo dobrze zdają sobie sprawę z konieczności ograniczania stosowania używek.
3. Zdecydowana większość ankietowanych prawidłowo realizuje zalecenia dotyczące wysiłku fizycznego, uprawiając regularnie aktywność ruchową.
4. Badani uważają, że infrastruktura potrzebna do uprawiania aktywności ruchowej jest ogólnie na dobrym poziomie, jednak istotną barierą stanowi aspekt ekonomiczny i dla wielu jest ona nie do pokonania.
5. Brak czasu oraz stres to główne czynniki stanowiące przeszkodę do prowadzenia zdrowego stylu życia.

Piśmiennictwo

1. Piłska M, Jeżewska-Zychowicz M. Psychologia żywienia. Wybrane zagadnienia. Warszawa: Wydawnictwo SGGW; 2000. 10–34.
2. Heszen-Klemens I. Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby. Wrocław: Ossolineum; 1979. Za: Sęk H. Zdrowie behawioralne. W: Strejla J (red.). Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. T. 3. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005. 533–553.
3. Sęk H. Zdrowie behawioralne. W: Strejla J (red.). Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. T. 3. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005. 533–553.
4. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001.
5. Holford P. The Optimum Nutrition Bible. Londyn: Piatkus; 2013. 6–15.
6. Gawęcki J, Roszkowski W. Żywność człowieka. T. 1. Warszawa: PWN; 2010. 11–18, 231–236.
7. Siwiński W, Pluta B. Teoria i metodyka rekreacji. Poznań: AWF; 2010. 95–111, 141–198.
8. Wądołowska K. Zachowania i nawyki żywieniowe Polaków. Komunikat z badań CBOS, BS/150/2010, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2010/K_150_10.PDF (data dostępu: 15.05.2014).
9. Boguszewski R. Polacy o swoim zdrowiu i prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach. Komunikat z badań CBOS, BS/110/2012, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_110_12.PDF (data dostępu: 15.05.2014).
10. Omyła-Rudzka M. Aktywność fizyczna Polaków. Komunikat z badań CBOS, BS/129/2013, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_129_13.PDF (data dostępu: 15.05.2014).

11. Walter C, Willett MD, Skerrett P. Eat, Drink, and Be Healthy. The Harvard Medical School Guide to Healthy Eating. Nowy Jork–Londyn–Toronto–Sydney: Free Press; 2005.
12. Rasińska R, Nowakowska I. Zachowania zdrowotne położonych a poczucie satysfakcji z życia. W: Markocka-Mączka K (red.). Zdrowie i dobrostan. Lublin: Wydawnictwo Naukowe NeuroCentrum; 2013. 179–191.

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:

Michał Janowski

Wilczyna, ul. Na Wzgórzu 7

64-541 Podrzewie

tel.: 600 883 666

e-mail: mike@finke.com.pl

Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego

w Poznaniu

ROZPOWSZECHNIENIE CZYNNIKÓW RYZYKA CHOROÓB UKŁADU KRĄŻENIA WŚRÓD MIESZKAŃCÓW WARSZAWY

PREVALENCE OF CARDIOVASCULAR RISK FACTORS AMONG RESIDENTS OF WARSAW

Halina Cieślak, Barbara Knoff, Zofia Sienkiewicz

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp. Choroby układu krążenia w najwyższym odsetku są zagrożeniem zdrowia i życia polskiego społeczeństwa. Z inicjatywy rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Marka Krawczyka odbywa się corocznie piknik edukacyjny „Warszawski Uniwersytet Medyczny – Społeczeństwu Warszawy”, w trakcie którego warszawiacy mogą skorzystać z bezpłatnych badań profilaktycznych i konsultacji lekarskich pozwalających między innymi na wczesną identyfikację czynników ryzyka chorób układu krążenia.

Cel. Próba oceny występowania czynników ryzyka chorób układu krążenia wśród uczestników pikniku – mieszkańców Warszawy.

Materiał i metody. Badania profilaktyczne przeprowadzono wśród mieszkańców Warszawy w trakcie corocznej imprezy edukacyjno-naukowej „Warszawski Uniwersytet Medyczny – Społeczeństwu Warszawy”. Badania realizowano w dniu 25 maja 2014 roku w godzinach 9.30–17.00. W badaniu zastosowano metodę indywidualnych przypadków, techniką badawczą był arkusz zbiorczy wykonanych pomiarów dotyczący: stężenia glukozy, cholesterolu całkowitego, ciśnienia tętniczego, wzrostu i wagi ciała. Ponadto wśród badanych przeprowadzono wywiad dotyczący występowania nadciśnienia tętniczego, nałogu palenia tytoniu, nadwagi i otyłości.

Wyniki. Najczęściej z badań profilaktycznych korzystały osoby zdrowe (prawie 72%). Na nadciśnienie tętnicze choruje około 28% osób, na cukrzycę 4%. Podczas badań ponad 43% osób miało podwyższone stężenie cholesterolu, 29% hiperglikemię, średnie wartości ciśnienia w badanej populacji było w granicach 135/81 mmHg. Nadmierna masa ciała występowała u 8% osób, a palenie tytoniu zadeklarowało ponad 10% badanych.

Wnioski.

1. Przebadane osoby chorują na: nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, hipercholesterolemię.
2. Wśród osób, które wzięły udział w badaniach, wraz z wiekiem wzrastają wartości ciśnienia tętniczego. Wiek umiarkowanie wpływa na stężenie cholesterolu całkowitego.
3. Palenie papierosów i nadmierna masa ciała u badanych osób występują w niższym odsetku niż w populacji ogólnej Polaków.

SŁOWA KLUCZOWE: czynniki ryzyka chorób układu krążenia, badania profilaktyczne, Warszawski Uniwersytet Medyczny.

ABSTRACT

Introduction. Cardiovascular diseases represent the largest share in the risk of health and life of Polish society. At the initiative of Prof. Marek Krawczyk, Rector of Medical University of Warsaw, every year an educational picnic ‘Medical University of Warsaw – for Warsaw Society’ is being held. During this picnic Warsaw residents can take advantage of free medical examinations and consultations which allow, among others, for early identification of cardiovascular risk factors.

Aim. The attempt to assess the prevalence of cardiovascular risk factors among the residents of Warsaw.

Material and methods. Preventive examinations conducted among residents of Warsaw during the annual educational and scientific event ‘Medical University of Warsaw – Warsaw Society’. The study was conducted on 25 May 2014 at 9.30 am – 5 pm. We used the method of individual cases, research technique was bulk sheet measurements taken on: glucose, total cholesterol, blood pressure, height and weight. Moreover, the respondents were interviewed for hypertension, tobacco smoking, overweight and obesity.

Results. People undergoing medical examinations were most often healthy – almost 72%. 28% suffered from high blood pressure, 4% from diabetes. During the examinations over 43% of them suffered from high cholesterol level, 29% from hyperglycaemia, the average blood pressure in the population was about 135/81mmHg. 8% of examined were overweight and 10% of them declared smoking.

Conclusions.

1. Examined people suffered from high blood pressure, diabetes and hypercholesterolemia less often than the general population of Poles.
2. Blood pressure of people who took part in the examination increases with age. Age has moderate effect on total cholesterol.
3. The examined people smoke and suffer from excessive weight gain less often than the general population of Poles.

KEYWORDS: cardiovascular risk factors, medical examinations, Medical University of Warsaw.

Wstęp

Choroby układu sercowo-naczyniowego (CHUK) są przyczyną 47% zgonów w Europie i 40% w krajach Unii

Europejskiej. Według danych GUS w Polsce w roku 2010 CHUK były przyczyną około 46% wszystkich zgonów z powodu chorób niezakaźnych. Każdego dnia umiera

średnio 476 osób, co piąty zgon jest przedwczesny (poniżej 65 roku życia) [1, 3, 4]. Czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego to grupa objawów i danych z wywiadów, których obecność zwiększa ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. Aktualnie do tych czynników zaliczamy między innymi: nadciśnienie tętnicze; wiek: mężczyźni powyżej 55 r.ż., kobiety powyżej 65 r.ż.; palenie tytoniu; dodatni wywiad rodzinny w kierunku występowania w rodzinie przedwczesnej choroby układu krążenia; zaburzenia lipidowe; otyłość brzuszna; naczyniową chorobę mózgu (TIA, udar mózgu niedokrwienny lub krwotoczny); chorobę niedokrwienną serca; chorobę nerek; cukrzycową chorobę nerek, białkomocz, niewydolność nerek; chorobę naczyń obwodowych; retinopatię w okresie III i IV i inne choroby [7]. Na podstawie wyników Ogólnopolskiego Badania Rozpowszechnienia Czynniki Ryzyka Chorób Układu Krążenia – NATPOL 2011 w populacji dorosłych Polaków zaobserwowano zmiany w występowaniu czynników ryzyka chorób układu krążenia w porównaniu z wcześniejszym badaniem populacyjnym – NATPOL PLUS z roku 2002 [8, 9]. Pomimo poprawy skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego zachorowalność wzrosła o 2%, obecnie choruje około 32% populacji polskiej. Odsetek osób palących papierosy wynosi 27% – o 7% mniej niż 10 lat temu. Zmniejszył się o około 9% odsetek osób mających podwyższony poziom cholesterolu. Pomimo tego u ponad połowy dorosłych Polaków stwierdzono stężenie cholesterolu całkowitego wyższe niż 190 mg/dl. Zwiększył się z 19% do 22% odsetek osób otyłych, szczególnie mężczyzn (36%), oraz wzrósł z 5% do 6% odsetek chorych na cukrzycę [2, 3, 6].

Istotnym elementem walki ze zjawiskiem wczesnej umieralności polskiego społeczeństwa są badania profilaktyczne. Umożliwiają one wczesne rozpoznanie nieprawidłowości i podjęcie leczenia – nadciśnienia tętniczego, cukrzycy oraz hipercholesterolemii. Wczesna identyfikacja czynników ryzyka chorób układu krążenia wynikających ze stylu życia pozwala zmienić nawyki tak, aby zapobiegać wystąpieniu tych chorób.

Warszawski Uniwersytet Medyczny w 2014 roku – już po raz piąty – zaprosił mieszkańców Warszawy na spotkanie z medycyną, na którym prezentował swoje osiągnięcia naukowe. Wszystkie osoby odwiedzające piknik „Warszawski Uniwersytet Medyczny – Społeczeństwu Warszawy” mogły skorzystać z szerokiej gamy badań profilaktycznych, porad lekarskich oraz edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowego stylu życia.

Studenci kierunku pielęgniarstwo zrzeszeni w Studenckim Kole Naukowym Podstawowej Opieki Zdrowotnej aktywnie uczestniczyli w zeszłorocznym pikniku. Członkowie Studenckiego Koła Naukowego realizowali badania profilaktyczne w zakresie pomiaru: ciśnienia

tętniczego, stężenia cholesterolu całkowitego oraz poziomu glikemii. Uzyskane wyniki badań z godzin porannych zostały zinterpretowane, a w przypadku wystąpienia nieprawidłowości została przeprowadzona edukacja zdrowotna warszawiaków w zakresie stylu życia oraz jego wpływu na zdrowie człowieka.

Cel pracy

Celem pracy była próba oceny występowania czynników ryzyka chorób układu krążenia wśród mieszkańców Warszawy.

Materiał i metody

Badania profilaktyczne przeprowadzono wśród mieszkańców Warszawy w trakcie corocznej imprezy edukacyjno-naukowej „Warszawski Uniwersytet Medyczny – Społeczeństwu Warszawy”. Badania realizowano w dniu 25 maja 2014 roku w godzinach 9.30–17.00. W badaniu zastosowano metodę indywidualnych przypadków, techniką badawczą był arkusz zbiorczy wykonanych pomiarów dotyczący: stężenia glukozy, cholesterolu całkowitego, ciśnienia tętniczego, wzrostu i wagi ciała. Ponadto wśród badanych przeprowadzono wywiad dotyczący występowania nadciśnienia tętniczego, nałogu palenia tytoniu, nadwagi i otyłości. Ponadto poproszono badane osoby o dokonanie subiektywnej oceny stanu zdrowia, będącej obok cech demograficznych i medycznych dodatkowym kryterium analizy.

W przeprowadzonej analizie danych uwzględniono 169 osób, które były na czczo w dniu badania.

W analizie statystycznej wykorzystano elementy statystyki opisowej. W celu sprawdzenia badanych cech wykorzystano współczynnik korelacji rang Spearmana oraz przeprowadzono serię analiz testem Kołmogorowa-Smirnowa, by sprawdzić, czy badane cechy rozkładają się zgodnie z rozkładem normalnym.

Wyniki badań

Charakterystyka badanej grupy

Przebadano łącznie 169 osób w wieku 13–90 lat. Średnia wieku badanych osób to $54,99 \pm 17,7$ roku. Przeważającą grupę stanowiły kobiety (60,9%; $n = 103$), mężczyźni stanowili 39,1% ($n = 66$). Najliczniejszą grupę tworzyli badani w wieku 51–60 lat (60,27%), nieco mniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 61–70 lat (21,30%), a najmniej liczną grupę – osoby do 30 roku życia (12,43%). Najstarszych osób było prawie 6%.

W trakcie badania wykonano pomiary stężenia cholesterolu całkowitego u 106 osób, a 162 osobom zmierzono stężenie glukozy, u 169 badanych osób zmierzono ciśnienie tętnicze krwi.

Tabela 1. Analiza wieku badanych osób
Table 1. Analyses of the age of the respondents

		Statystyka/ Statistics	Błąd standardowy/ The standard error
Wiek/ Age	Średnia/Average	54,99	1,362
	95% przedział ufności dla średniej/ 95% confidence interval for the average	Dolna granica/ Lower limit	52,30
		Górna granica/ Upper limit	57,68
	Mediana/Median	59,00	
	Wariacja/Variation	313,33	
	Odchylenie standardowe/ Standard deviation	17,701	
	Minimum/Minimum	13	
	Maksimum/Maximum	90	
	Rozstęp/Gap	77	
	Skośność/Slant	-,366	,187
Kurtoza/Kurtosis	-,699	,371	

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wśród badanych osób 71,6% deklaroowało brak choroby, 28,4% twierdziło, że ma problemy z nadciśnieniem tętniczym krwi.

Wartości ciśnienia skurczowego SBP (ang. *systolic blood pressure*) ≤ 140 mmHg wystąpiło u 85% ($n = 134$) badanych, ciśnienie rozkurczowe DBP (ang. *diastolic blood pressure*) ≤ 90 stwierdzono u 72% osób. Średnie wartości ciśnienia tętniczego w badanej populacji wynosiły dla ciśnienia skurczowego 135,03 mmHg, a dla rozkurczowego 81,11 mmHg. Palenie papierosów zadeklarowało ponad 10% ogółu badanych. Według obliczeń BMI (ang. *Body Mass Index* – wskaźnik masy ciała) nadmierna masa ciała występuje u 8% badanych osób.

Tabela 2. Analiza wyników ciśnienia tętniczego, stężenia cholesterolu, glukozy
Table 2. Analyses of the results of blood pressure, cholesterol and glucose subjects

	Ciśnienie skurczowe/ Systolic blood pressure	Ciśnienie rozkurczowe/ Diastolic blood pressure	Stężenie cholesterolu/ Concentration cholesterol	Stężenie glukozy/ Concentration glucose
N	158	158	106	162
Średnia/Average	135,03	81,11	199,97	118,79
Błąd standardowy oszacowania średniej/ Standard error of estimation of average	1,46	0,93	4,83	3,26
Mediana/Median	132,50	80,00	190,00	113,50
Dominanta/Dominant	120,00	80,00	190,00	119,00
Odchylenie standardowe/ Standard deviation	18,30	11,69	49,77	28,82
Skośność/Slant	1,03	-0,14	1,49	2,91
Kurtoza/Kurtosis	1,58	2,41	2,55	15,33
Minimum/Minimum	96,00	40,00	114,00	78,00
Maksimum/Maximum	199,00	121,00	370,00	320,00
Percentyle/ Percentiles	25	123,75	75,00	101,75
	50	132,50	80,00	113,50
	75	143,00	87,25	129,00

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Na cukrzycę chorowało 4% badanych. Podwyższone stężenie glukozy na czczo > 126 mg% stwierdzono u 29% ogółu zbadanych osób. Średnie wartości stężenia glukozy wśród badanych wyniosły 118,79 mg%.

Podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego stwierdzono u 43% badanych, a średnie wartości cholesterolu wyniosły 199,97 mg/dl.

Tabela 3. Analiza związku między badanymi zmiennymi
Table 3. Analyses of the relationship between the study variables

	Ciśnienie skurczowe/ Systolic blood pressure	Ciśnienie rozkurczowe/ Diastolic blood pressure	Stężenie cholesterolu/ Concentration of cholesterol	Stężenie glukozy/ Concentration of glucose
Wiek/Age	Współczynnik korelacji/ Correlation coefficient	,474	,190	,431
	Istotność/ Materiality	,000	,017	,000
Ciśnienie skurczowe/ Systolic blood pressure	Współczynnik korelacji/ Correlation coefficient		,627	,364
	Istotność/ Materiality		,000	,000
Ciśnienie rozkurczowe/ Diastolic blood pressure	Współczynnik korelacji/ Correlation coefficient			,200
	Istotność/ Materiality			,040
Stężenie cholesterolu/ Concentration cholesterol	Współczynnik korelacji/ Correlation coefficient			,182
	Istotność/ Materiality			,065

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Analiza statystyczna wykazała, że wraz ze wzrostem wartości ciśnienia skurczowego wzrasta poziom wartości ciśnienia rozkurczowego, związek ten jest silny: $rHO = 0,63$; $p < 0,001$. Ponadto analiza statystyczna dostarczyła informacji, że wraz ze wzrostem wieku wzrasta umiarkowanie poziom wartości ciśnienia skurczowego: $rHO = 0,474$; $p < 0,001$, słabo wzrasta ciśnienie rozkurczowe: $rHO = 0,19$; $p = 0,017$ oraz umiarkowanie wzrasta stężenie cholesterolu całkowitego: $rHO = 0,43$; $p < 0,001$. Test Spearmana wykazał również, że wraz ze wzrostem stężenia cholesterolu wzrasta umiarkowanie poziom wartości ciśnienia skurczowego: $rHO = 0,36$; $p < 0,001$ oraz słabo wzrasta poziom wartości ciśnienia rozkurczowego: $rHO = 0,2$; $p = 0,40$. (Wyniki można interpretować dwustronnie).

Dyskusja

Ocena występowania czynników ryzyka chorób układu krążenia została dokonana dla relatywnie niewielkiej grupy mieszkańców Warszawy – 169 osób, które były na czczo. Analizowana grupa osób nie jest w pełni reprezentatywna dla ogólnej liczby Polaków, ponieważ grupę tę stanowią tylko uczestnicy pikniku „WUM – Społeczeństwo Warszawy”. Wiek badanej grupy mieścił się w przedziale 13–90 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 51–60 lat. Średnia wieku wynosiła $54,99 \pm 17,7$ roku. Osoby korzystające z badań profilaktycznych to najczęściej kobiety (60,9%). Wśród badanej grupy dwie trzecie ogółu określiły siebie jako osoby zdrowe.

Na nadciśnienie tętnicze, będące jednym z analizowanych czynników ryzyka CHUK, choruje ponad 28% badanych. W badaniu NATPOL 2011 nadciśnienie tętnicze stwierdzono u 32% Polaków. Częstość nadciśnienia w badanej grupie jest niższa o około 4% niż w populacji ogólnej Polaków. Zrealizowane pomiary ciśnienia tętniczego wykazały podwyższone wartości ciśnienia skurczowego u 15% oraz podwyższone wartości ciśnienia rozkurczowego u 10% osób. Niewielki odsetek badanych osób z podwyższonym ciśnieniem tętniczym najprawdopodobniej jest wynikiem prowadzonych od lat programów profilaktycznych i większej skuteczności leczenia, co potwierdzają również wyniki badania ogólnopolskiego. Ogłoszone wyniki badania NATPOL 2011 informują, że w ostatniej dekadzie nastąpiło kilka korzystnych zmian, w tym dwukrotna poprawa skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego (z 12% do 26%). Istotnie zmniejszyło się średnie ciśnienie tętnicze Polaków. Odsetek osób chorujących na nadciśnienie wynosi jednak podobnie jak 10 lat temu ok. 30–32% (10,5 mln dorosłych Polaków). Odsetek osób palących wśród uczestników pikniku „WUM – Społeczeństwo Warszawy” wynosi około 10% i jest o 17% mniejszy niż w badaniu NADPOL 2011. W badaniu Sulickiej i wsp. odsetek palących dla całej populacji wyniósł 28,5%. Polska zajmuje trzecie miejsce w Europie pod względem wypalania nikotyny na jednego mieszkańca. Wśród mężczyzn w Polsce w roku 2007 odsetek codziennie palących wynosił 34%, wśród kobiet 23% [11].

Tylko u 8% respondentów występowała nieprawidłowa masa ciała – BMI powyżej 25. Szczególne zainteresowanie problemem nadwagi i otyłości wynika z faktu, że jest to czynnik ryzyka wielu chorób przewlekłych, głównie układu sercowo-naczyniowego. Podwyższona waga ciała jest niezależnym czynnikiem ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Zwiększa trzy–cztery razy częstość rozwoju nadciśnienia

tętniczego, udaru mózgu oraz dwukrotnie niewydolności krążenia [1, 11].

Odsetek chorujących i leczonych na cukrzycę wynosił 4% i jest o 2% niższy niż w populacji ogólnej Polaków. W trakcie badania u 29% osób stwierdzono podwyższone stężenie glukozy na czczo > 126 mg%, co może świadczyć o braku wiedzy na temat występowania cukrzycy i wymaga dalszego procesu diagnostycznego. W Polsce na cukrzycę choruje mniej więcej 2,5 mln osób (6,54%), a według szacunków w 2030 roku liczba ta wzrośnie do 3,2 mln. Częstość występowania tej choroby narasta z wiekiem. Ponad 20% osób powyżej 60 roku życia choruje na cukrzycę typu II, kolejne 20% ma upośledzoną tolerancję glukozy, czyli stan poprzedzający rozwinięcie się cukrzycy typu II [10, 11].

W badaniu warszawiaków stwierdzono występowanie podwyższonego poziomu cholesterolu u 43% osób, znacznie niższy odsetek niż w badaniach ogólnopolskich (65%) [5]. Hipercholesterolemia jest niekwestionowanym czynnikiem ryzyka sercowo-naczyniowego (zwłaszcza choroby niedokrwiennej serca) zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Ryzyko chorób układu krążenia jest wprost proporcjonalne do stężenia cholesterolu w surowicy. Według najnowszych ustaleń Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego całkowity cholesterol nie powinien przekraczać 190 mg/dl. Ocenia się, że wyższe niż prawidłowe stężenie cholesterolu ma większość dorosłych Polaków [2]. Autorzy badania NATPOL 2011 podkreślili też trzy niepokojące zjawiska: utrzymanie się na wysokim poziomie (30% – 3,1 mln chorych) odsetka osób z nadciśnieniem tętniczym nieświadomych tego zaburzenia, wzrost odsetka osób otyłych (np. wśród mężczyzn w ostatniej dekadzie odsetek otyłych wzrósł o 5%; stanowią oni prawie jedną czwartą wszystkich mężczyzn w Polsce), zwiększenie odsetka osób chorujących na cukrzycę oraz zagrożonych cukrzycą o prawie 20% [2].

Wnioski

Uzyskane wyniki i ich analiza pozwalają stwierdzić, że:

- w objętej badaniem populacji warszawiaków stwierdzono występowanie czynników ryzyka chorób układu krążenia: palenie tytoniu, podwyższony poziom cholesterolu i ciśnienia tętniczego krwi oraz nadwaga; jednak czynniki ryzyka występują w niższym odsetku niż w populacji ogólnej Polaków;
- w badanej grupie osób wraz z wiekiem wzrastają wartości ciśnienia tętniczego; wiek umiarkowanie wpływa na stężenie cholesterolu całkowitego.

Piśmiennictwo

1. Szymczyk I. Ocena ryzyka sercowo-naczyniowego z perspektywy lekarza POZ. *Nowa Klinika*. 2008; 15, 10: 13108–13112.
2. Ksel C. Ogólnopolskie Badanie Rozpowszechnienia Czynn timer Ryzyka Chorób Układu Krążenia NATPOL 2011. *Medycyna, Dydaktyka, Wychowanie*. 2001; 43, 9: 33–34.
3. Matyjasczyk P, Hoffmann K, Bryl W. Epidemiologia palenia papierosów oraz innych czynników ryzyka chorób układu krążenia w Polsce – badanie NATPOL 2011. *Prz Kardiodiabetol*. 2011; 6 (4): 255–262.
4. Podstawowe informacje o sytuacji demograficznej Polski w 2011 r. GUS, Departament Badań Demograficznych. Materiał na konferencję prasową w dniu 27 stycznia 2012 r., www.stat.gov.pl/gus (data dostępu: 12.06.2014).
5. Stępińska J, Solnica B, Kulpa J et al. Konieczność ujednolicenia wartości docelowych wyników badań lipidowych w medycznych laboratoriach diagnostycznych w Polsce. *Rekomendacje. Diagn Lab*. 2012; 48, 4: 473–474.
6. Zdrojewski T, Rutkowski M, Bandosz P. Materiały na IV konferencję „Tytoń albo zdrowie” im. prof. F. Venuleta, Warszawa, 9 grudnia 2011.
7. https://pl.wikipedia.org/wiki/Specjalna:Szukaj/Czynn timer_ryzyka_sercowo_naczyniowego (data dostępu: 8.09.2014).
8. Zdrojewski T. Diagnoza stanu zdrowia Polaków według NATPOL 2011, www.biznesnafali.pl (data dostępu: 8.09.2014).
9. Zdrojewski T, Bandosz P, Szpakowski P et al. Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki badania, NATPOL PLUS. *Kardiol Pol*. 2004; 61 (supl. IV): IV1–IV26.
10. Capes SE, Gerstein HC. Zaburzenia metabolizmu glukozy, a choroba wieńcowa: „dysglikemia” jako czynnik ryzyka sercowo-naczyniowego. W: Yusuf S, Cairns JA, Camm AJ. *Kardiologia faktów Evidence-based*. Warszawa: Centrum Wydawnictw Medycznych; 2005. 204–215.
11. Sulicka J, Fornal M, Gryglewska B et al. Wybrane czynn timer ryzyka chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. *Nadciśn Tętn*. 2006; 5: 370–376.

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:

Halina Cieślak
ul. Erazma Ciołka 27
01–445 Warszawa
tel.: 508 352 704
e-mail: halina_cieslak@op.pl
Zakład Pielęgniarstwa Społecznego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

ANALIZA ZJAWISKA WYPALENIA ZAWODOWEGO PERSONELU MEDYCZNEGO

ANALYSIS OF A BURNOUT PHENOMENA OF MEDICAL STAFF

Karina Parużyńska¹, Jan Nowomiejski², Renata Rasińska²

¹ absolwentka Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

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

STRESZCZENIE

Wstęp. Praca to jeden z podstawowych determinantów życia człowieka. Jest nie tylko źródłem dochodów, ale też w pewnym stopniu ludzkim spełnieniem. W pracy spędzamy znaczną część swojego życia, dlatego poczucie komfortu podczas wykonywania obowiązków zawodowych jest bardzo istotne. Na jakość wykonywanej pracy ma wpływ wiele czynników, takich jak odpowiednie wynagrodzenie, relacje między pracownikami czy też stawiane wymagania. Stres i rozgoryczenie wynikające z braku wystarczających osiągnięć zawodowych mogą prowadzić do wystąpienia zjawiska wypalenia zawodowego.

Cel. Celem przeprowadzonego badania była analiza zjawiska wypalenia zawodowego w zespole interdyscyplinarnym Hospicjum Pallium w Poznaniu, w którego skład wchodzi: lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci, psychologowie, wolontariusze medyczni, pracownik socjalny, terapeuta zajęciowy, sekretarka medyczna, opiekunowie medyczni i rejestratorki.

Materiał i metody. Badanie zostało przeprowadzone wśród personelu medycznego Hospicjum Pallium w Poznaniu w marcu i kwietniu 2014 roku. Podstawą do przeprowadzenia badania był kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz ankiety wypełniło 50 osób.

Wyniki i wnioski. Badanie wyłoniło swoiste zależności, jakie wpływają na poziom doświadczanego wypalenia. Specyfika zawodowa osób mających kontakt ze śmiertelnie chorymi i ich rodzinami, odczuwanie bezradności to główne źródła stresu, który przyczynia się do wystąpienia wypalenia zawodowego. Bliska więź z osobą cierpiącą, umierającą oraz jej rodziną jest przyczynkiem do wyczerpania, zarówno w sferze fizycznej, jak i emocjonalnej, a traktowanie polegającej na pomaganiu innym pracy jako pasji może powodować utratę do niej dystansu i niezachowania odpowiedniej równowagi pomiędzy sferą zawodową i prywatną.

SŁOWA KLUCZOWE: wypalenie zawodowe, zarządzanie, praca, personel medyczny.

ABSTRACT

Introduction. Work is one of the basic determinants of human life. It is not only a source of revenue, but also in some measure of human fulfillment. At work we spend a significant part of life, so a sense of comfort during the execution of our duties is very important. Many factors influence the quality of our work, such as the appropriate remuneration, relationships between employees or requirements. Stress and frustration due to the lack of sufficient professional achievements can lead to the occurrence of burnout.

Aim. The aim of the study was the analysis of the phenomenon of burnout in the interdisciplinary team of the Pallium Hospice in Poznań, including doctors, nurses, rehabilitators, psychologist, medical volunteers, social worker, occupational therapist, medical secretary, medical providers and registration workers.

Material and methods. The study was conducted among medical personnel of the Pallium Hospice in Poznań, of March and April 2014. The basis for the study was a questionnaire survey. The questionnaire survey was completed by 50 people.

Results and conclusions. The study showed relations influencing the level of experienced burnout. Peculiarities of professional individuals who have contact with the terminally ill and their families, the feeling of helplessness, are the main sources of stress that contributes to the burnout. Close relationship with the person suffering, dying and his/her family is a reason for physical and emotional burnout, and treating work of helping others as passion can cause a loss of distance to it and does not maintain the appropriate balance between professional and private spheres.

KEYWORDS: burnout, management, jobs, medical personnel.

Istota zjawiska wypalenia zawodowego

Wypalenie zawodowe, z ang. *professional burn-out*, to zjawisko, którym jako pierwszy, w latach siedemdziesiątych XX wieku, zajął się amerykański psycholog Herbert Freudenberger. Zauważył on szczególnie silne obciążenie towarzyszące pracy w zawodach związanych

z niesieniem pomocy, takich jak lekarz, pielęgniarka, policjant, nauczyciel czy pracownik socjalny [1]. Freudenberger twierdził, że wypalenie zawodowe jest frustracją, która wynika z poświęcania się danej sprawie, co jednak nie przynosi oczekiwanych efektów.

Innym badaczem zjawiska wypalenia zawodowego jest Christina Maslach, która w swojej definicji wspo-

mina o psychologicznym zespole wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji, a także obniżonym poczuciu osobistych dokonań. Według niej wypalenie zawodowe to zależność pomiędzy poniższymi składnikami:

- 1) wyczerpanie emocjonalne, które dotyczy poczucia utraty energii i sił w sferze fizycznej i uczuciowej. Towarzyszą mu m.in. bóle głowy, bezsenność, drobne infekcje, a także spóźnienia i nieobecności w pracy, jak również sięganie po alkohol czy narkotyki;
- 2) depersonalizacja, inaczej stawianie się obojętnym i nieczułym głównie w stosunku do pacjentów, ale również do współpracowników. Objawia się brakiem współczucia, skracaniem czasu kontaktu z chorym oraz przedmiotowym traktowaniem pacjenta;
- 3) obniżone poczucie własnych osiągnięć, które polega na postrzeganiu siebie jako osoby nieefektywnej, zmęczonej i źle wykonującej swoje obowiązki [1].

Wypalenie zawodowe jest bardziej prawdopodobne, gdy charakter danej osoby nie pasuje do wykonywanej pracy. Pracujemy w warunkach, w których ludzkie wartości zajmują miejsce odległe za wartościami ekonomicznymi. Kiedy przepaść między ludźmi a stawianymi im wymaganiami zawodowymi jest wielka, pociąga to za sobą olbrzymie koszty [2]. Dlaczego tak się dzieje? Czujemy się przeciążeni pracą, jesteśmy zmuszeni, żeby zrobić dużo w krótkim czasie, niejednokrotnie pod ogromną presją czasu. Tempo wzrasta, gdy musimy podjąć drugą pracę lub kolejne zlecenie, by poradzić sobie finansowo. Przeciążenie obowiązkami narasta wraz ze wzrostem tempa życia. Dostrzegamy brak kontroli nad własną pracą. W wielu korporacjach i dużych instytucjach polityka firmy nie pozostawia ludziom przestrzeni, nie ma tu miejsca na innowacje. Mechaniczne zarządzanie prowadzi do mechanicznego działania. Mamy poczucie, że nie jesteśmy w sposób wystarczający wynagradzani za wykonywaną przez nas pracę. Brak uznania ze strony pracodawcy powoduje, że nasze poczucie wartości spada. W kolejnym etapie pojawia się utrudniony kontakt ze współpracownikami. Może zaistnieć zjawisko izolacji, gdy ludzie nastawieni jedynie na cel, spędzając większość czasu przed monitorem komputera, zatracają potrzebę kontaktu z innymi. Kiedy pracodawca nie traktuje wszystkich sprawiedliwie, często dochodzi do sytuacji konfliktowych, które przepętniają atmosferę pracy gniewem, obawami, brakiem szacunku, lękiem i frustracją. Brak sprawiedliwości w miejscu pracy jest bardzo wyraźny podczas ocen i awansów. Jest też widoczny na co dzień poprzez nierówne obciążenie pracą czy też różnicę w zarobkach. Niekiedy dochodzi do zachowań nieetycznych. Pracow-

nicy są uczeni, że cel uświęca środki, co przyczynia się do upadku moralności.

Niemiecki profesor Jorg Fengler, uznany psychoterapeuta i wykładowca Uniwersytetu w Kolonii, od lat zajmuje się zjawiskiem wypalenia zawodowego w pracy. W jego opinii ludzie, którzy zajmują się pomaganiem innym, mają wiele problemów z samymi sobą lub też mieli je, wybierając swój zawód. Wyróżnia on dziesięć stopni, które prowadzą do wypalenia zawodowego:

- 1) uprzejmość i idealizm;
- 2) przepracowanie;
- 3) zmniejszająca się grzeczność;
- 4) poczucie winy z tego powodu;
- 5) coraz większy wysiłek, aby być miłym i solidnym;
- 6) brak sukcesów;
- 7) bezradność;
- 8) utrata nadziei;
- 9) wyczerpanie, awersja do klientów, apatia, stanowczy sprzeciw, złość;
- 10) wypalenie: oskarżanie siebie, ucieczka, cynizm, sarkazm, nieobecność w pracy, znaczne wydatki, samobójstwo, romanse bez miłości, rozwód, nieprzemyślana rezygnacja z pracy, upadek społeczny itp. [3].

Objawy zespołu wypalenia zawodowego dają o sobie znać z różnym nasileniem. Niejednokrotnie nie zdajemy sobie z niego sprawy bądź wyrzucamy z naszej świadomości, że problem ten może nas dotyczyć. Kiedy zauważamy u siebie pierwsze symptomy zjawiska, opisane poniżej sposoby okażą się konieczne w walce z pełnoobjawową, ostatnią fazą wypalenia zawodowego:

- 1) nauczmy się „odpuszczać”, pamiętając, że nie wszystko musimy zrobić sami i że to właśnie my zrobimy to najlepiej;
- 2) rozwijajmy w sobie asertywność, pokazujemy na zewnątrz granice, których inni nie powinni przekroczyć, nauczmy się odmawiać i jeśli mamy poczucie, że w danej sprawie mamy rację, za wszelką cenę brońmy swojego stanowiska;
- 3) dbajmy o to, żeby praca nie była naszym jedynym priorytetem w życiu, znajdziemy sobie jakieś hobby, odkryjmy w sobie pasję;
- 4) nauczmy się dobrze gospodarować czasem. Ustalmy ważność i kolejność wykonania obowiązków w pracy. Nie planujmy, że zrobimy więcej, niż to możliwe, może to jedynie spotęgować stres w pracy;
- 5) starajmy się „nie zabierać pracy do domu”, nie tylko w sposób dosłowny, ale przede wszystkim nie obciążając rodziny swoimi sprawami zawodowymi;
- 6) dbajmy o zdrowy styl życia, o odpowiednią dietę i odpoczynek. Tylko silny organizm jest w stanie poradzić sobie z nadmiernym obciążeniem w pracy;

- 7) ustalajmy sobie realne cele zawodowe – takie, które będą możliwe do osiągnięcia;
- 8) nie zapomnijmy, jak ważny jest relaks. Jest on dobrym sposobem na obniżenie nadmiernego poziomu długotrwałego stresu w organizmie.

Chcąc zapobiec zespołowi wypalenia zawodowego, nie możemy bagatelizować żadnych jego objawów. Powinniśmy pamiętać, że nie jest to jedynie problem jednostki, ponieważ ma on realny wpływ na wydajność całego środowiska pracy.

Determinanty wypalenia zawodowego personelu medycznego

Praca zespołów medycznych z pacjentami należy, niezależnie od typu choroby, do rodzaju pracy opiekuńczej, nastawionej na zaspokojenie wielorakich potrzeb pacjentów [4].

Próbując odpowiedzieć na pytanie, dlaczego chcemy pomagać chorym ludziom, często możemy usłyszeć, że jest to wewnętrzna potrzeba niesienia pomocy lub też pewnego rodzaju powołanie, które nadaje sens naszemu życiu. Motywem o charakterze społecznym podjęcia pracy w zawodzie medycznym może również okazać się możliwość spłacenia długów społeczeństwu, choć wiąże się to w wielu przypadkach z większym lub mniejszym stresem.

Stres można określić najprościej jako zakłócenie równowagi na skutek wymagań stawianych przez zewnętrzne lub wewnętrzne środowisko [5]. Zatem dobre przystosowanie do pracy to uzyskanie pewnego rodzaju balansu między potrzebami konkretnej osoby a wymaganiami stawianymi jej przez pracę. U źródeł stresu leżą różne przyczyny, tzw. stresory. Mogą one mieć bezpośredni związek z warunkami panującymi w pracy lub też być spowodowane czynnikami pozazawodowymi. Ważną rolę odgrywa tu sposób radzenia sobie człowieka z sytuacją stresową.

Dla personelu medycznego stresorami zawodowymi mogą okazać się problemy pacjenta i jego rodziny. Szczególnie silnym czynnikiem stresującym są dolegliwości pacjenta, duszności, wymioty oraz ból. Uciążliwość w opanowaniu tych objawów często powoduje poczucie winy i brak wiary w to, że potrafimy pomóc. Silne zaangażowanie emocjonalne personelu medycznego może także wywołać reakcję stresową, gdyż każdy ma swoją indywidualną granicę tzw. bezpiecznego zaangażowania. Stres wynika tu z samej roli zawodowej, która wymaga właśnie bliskiego kontaktu z ludzkim cierpieniem i wiąże się z trudnościami w osiąganiu sukcesów leczniczych.

Przyczyn wypalenia zawodowego jest wiele, stąd zazwyczaj rozpatruje się je na trzech płaszczyznach:

- indywidualnej,

- interpersonalnej,
- organizacyjnej [6].

Do czynników indywidualnych, oprócz opisanego stresu zawodowego, zaliczyć można także poczucie własnej wartości. Negatywne wyobrażenie samego siebie może prowadzić do autodestrukcji. Zamartwianie się, skłonność do dogadzania wszystkim, samokrytycyzm, poświęcanie się dla innych to postawy, które mogą przyczynić się do wystąpienia wypalenia.

Warto jeszcze wspomnieć o zagrożeniu, jakim jest deformacja osobowości będąca niepożądaną konsekwencją wykonywania zawodu. Powoduje ona niekorzystne zmiany w osobowości człowieka, czasami nazywana jest skrzywieniem zawodowym. W pracy z chorymi zachwianie osobowości może być przyczyną rutynowych zachowań, braku wyrozumiałości i chęci do nowych wyzwań zawodowych.

Interpersonalne źródła wypalenia zawodowego mają swoje podłoże w relacjach, które zachodzą między pracownikiem a „klientem instytucji”. Jedną z bardziej obciążających relacji zawodowych jest relacja pomocy, w której jedną ze stron są pracownicy instytucji wspierających, drugą zaś osoby poszukujące pomocy. Obciążające relacje pomocy mogą występować także w niektórych sytuacjach pozazawodowych. Bliski, emocjonalny kontakt rozwija się również, gdy osoba wspierająca udziela pomocy jako wolontariusz lub gdy opiekuje się niepełnosprawnym lub przewlekłe chorym członkiem rodziny. Takim sytuacjom towarzyszy nieraz tzw. wypalenie rodzicielskie [6].

Z relacji pomocy wyłania się pewien konflikt, który polega na sprzeczności pełnionej funkcji zawodowej, wymagającej zaangażowania emocjonalnego w sprawy innych oraz intensywności tegoż zaangażowania, które w konsekwencji prowadzi do stopniowej utraty energii.

Konflikty, rywalizacja, brak wzajemnego zaufania, zaburzona komunikacja, a także przemoc psychiczna i agresja to kolejne źródła interpersonalne wypalenia zawodowego.

Pracownicy służby zdrowia dbają o interesy pacjentów i poświęcając się pracy, nie zawsze potrafią zdystansować się do problemów, z którymi przychodzą chorzy. Próba odnalezienia złotego środka to zadanie niezwykle trudne, wymagające przede wszystkim doświadczenia zawodowego, odpowiedzialności i dojrzałości.

Czynniki organizacyjne, odpowiedzialne za wypalenie zawodowe, to głównie:

- środowisko fizyczne pracy: hałas, zatłoczenie;
- sposób wykonywania pracy: pośpiech, praca wielozmianowa;
- rozwój zawodowy lub jego brak: niemożność podnoszenia kwalifikacji oraz uzyskania awansu;
- funkcjonowanie pracownika w organizacji: udział w podejmowaniu strategicznych decyzji,

możliwość wypowiedzenia swojej opinii, odpowiedzialność;

- rola zawodowa: stawianie wymagań niemożliwych do realizacji, nadmierna ilość obowiązków.

Na podstawie wymienionych czynników można stwierdzić, że na rozwój wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego mają wpływ zarówno elementy konstrukcji psychicznej pracownika, jak i rodzaj wykonywanego zawodu, ściśle związanego z pracą w sektorze medycznym. Warto zastanowić się więc, dlaczego problem wypalenia nie dotyczy wszystkich zatrudnionych osób, a tylko jednostek. Odpowiedź, choć wydaje się prosta, musi uwzględniać wiele czynników wpływających na konkretne osoby w konkretnej sytuacji. Jeśli danego pracownika ten problem dotyczy, bez wątpienia można mówić o splocie wielu zdarzeń i czynników predisponujących tę osobę do podatności na wypalenie zawodowe.

Badanie zjawiska wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego Hospicjum Palium w Poznaniu

Definiując opiekę paliatywną, należy nawiązać do sposobu rozumienia tej dyscypliny przez Światową Organizację Zdrowia. Według WHO to „aktywna i całościowa forma opieki nad chorym, którego choroba nie poddaje się leczeniu przyczynowemu. Koncentruje się na leczeniu bólu i innych objawów. Zajmuje się także problemami społecznymi, psychologicznymi i duchowymi pacjenta. Celem opieki paliatywnej jest zapewnienie najwyższej jakości życia choremu i jego rodzinie” (WHO, 2002).

Opieka paliatywna, integrując psychologiczne i duchowe aspekty pomocy, poprawia jakość życia, stojących przed zagrażającą życiu chorobą, pacjentów i rodzin. Celowi temu służą m.in. ograniczenie bólu, pokazanie pacjentom, jak żyć możliwie najaktywniej aż do śmierci oraz udzielanie rodzinom pomocy w radzeniu sobie z chorobą bliskiej osoby [7].

Termin opieka paliatywna znajduje swoje źródło w łacińskim słowie *pallium*, które oznacza okrycie, płaszcz dla zmęczonego pielgrzyma, a tym samym jest doskonałą metaforą dla opieki świadczonej osobom, które jej potrzebują najbardziej [8].

Opieka paliatywna realizowana jest zgodnie z następującymi zasadami:

- 1) poszanowania życia i śmierci, którą uznaje za naturalny proces;
- 2) zapewnienia choremu ulgi w bólu;
- 3) nieprzyspieszania ani nieopóźniania procesu umierania;
- 4) pomocy i wsparcia udzielanych rodzinie w trakcie trwania choroby, a także w okresie żałoby;

- 5) łączenia pracy zespołu, który wychodzi naprzeciw potrzebom chorego, jego rodziny i bliskich, zgodnie z zasadą, że pacjent i jego rodzina są jednostką opieki.

Właściwą opiekę paliatywną jest w stanie zapewnić jedynie dobrze przygotowany zespół interdyscyplinarny, na który składają się wykwalifikowani terapeuci: lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psychologowie, wolontariusze medyczni, pracownicy socjalni, a także osoby duchowne. To właśnie od tego personelu oczekuje się umiejętności nie tylko pielęgniacyjnych, ale również prawidłowego informowania chorego o aspektach choroby i leczenia. Istotny okazuje się „wgląd” w samego siebie, co w kontakcie z chorym pozwoli uchronić nas od niebezpiecznych problemów emocjonalnych [8].

Cel badania

Celem przeprowadzonego badania była analiza zjawiska wypalenia zawodowego w zespole interdyscyplinarnym Hospicjum Palium w Poznaniu, w którego skład wchodzi: lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci, psychologowie, wolontariusze medyczni, pracownik socjalny, terapeuta zajęciowy, sekretarka medyczna, opiekunowie medyczni i rejestratorki.

Prezentacja wyników badania

Badanie zostało przeprowadzone wśród personelu medycznego Hospicjum Palium w Poznaniu w marcu i kwietniu 2014 roku. Podstawę do przeprowadzenia badania był kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz ankiety wypełniło 50 osób.

W analizowanej grupie przeważają kobiety (70% respondentów). Odzwierciedla to strukturę zatrudnienia i świadczy o wysokim wskaźniku feminizacji w zawodach medycznych.

Wiek respondentów nie był istotnie zróżnicowany. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 31–40 lat oraz osoby w wieku powyżej 50 lat (28%). Następną grupą to osoby w wieku 41–50 lat (26%) oraz osoby w wieku 20–30 lat (18%).

Najliczniejsza grupa badanych osób mieszka w mieście powyżej 100 tysięcy mieszkańców (56%). Pozostali pracownicy zamieszkują w takiej samej proporcji – po 22% – na wsi i w mieście do 100 tysięcy mieszkańców.

Większość ankietowanych jest w związkach małżeńskich (36%). Osoby rozwiedzione stanowią grupę 28%, osoby stanu wolnego tworzą grupę 20%, a osoby owdowiałe stanowią 16% badanych.

Staż pracy w zawodach medycznych nie był dość zróżnicowany. Największą grupę, bo aż 44%, stanowiły osoby pracujące w służbie zdrowia ponad 13 lat. W następnej kolejności były osoby ze stażem 5–8 lat (22%), 18% badanych pracowało 9–13 lat, zaś najmniejszy od-

setek stanowiły osoby ze stażem nieprzekraczającym 4 lat (16%).

Duża grupa ankietowanych, bo aż 40%, była świadoma wybrania zawodu związanego z medycyną i jako powód podjęcia takiej pracy podała chęć niesienia pomocy innym. Mniej więcej jedna czwarta osób (26%) trafiła do pracy przez przypadek, a wybór zawodu medycznego spowodowany tradycją rodzinną oraz sugestią rodziców deklaruje 12% badanych. Jedynie 10% ankietowanych wybrało taki zawód z uwagi na jego prestiż społeczny.

Zaskakującym okazał się fakt, że pomimo wielu trudności i niepowodzeń w opiece i leczeniu ciężko chorych pacjentów żaden z respondentów nie zaznaczył odpowiedzi informującej o tym, że nie lubi swojej pracy.

Większość ankietowanych (52%) nie jest zadowolona ze swoich zarobków i uważa, że są one nieproporcjonalne do nakładanych obowiązków, a 28% respondentów uważa za średni poziom otrzymywanego wynagrodzenia. Tylko 20% osób jest zadowolonych ze swojego wynagrodzenia.

Mimo specyficznych warunków pracy w hospicjum okazało się, że stopień zaangażowania pracowników tego podmiotu medycznego jest wysoki: 54% określiło swoje zaangażowanie jako bardzo duże, a 46% jako duże. Nikt z ankietowanych nie zaznaczył odpowiedzi „przeciętne” lub „małe”.

Zdecydowana większość badanych, bo aż 62%, uważa, że nie ma przeszkód w podnoszeniu swoich kwalifikacji zawodowych. Pozostałe 38% nie widzi takiej możliwości.

Ponad połowa ankietowanych (56%) deklaruje, że nie doświadcza poczucia irytacji, przechodząc drobne niepowodzenia w pracy, a 44% to odczuwa.

W analizowanej grupie przeważająca liczba osób (94%) nie czuje zniechęcenia przed pójściem do pracy. Tylko trzy osoby, stanowiące 6% grupy badanej, traktują pracę wyłącznie jako przymus.

Aż 64% ankietowanych uważa, że wykonuje dobrze swoją pracę i powierzone obowiązki, natomiast 36% towarzyszy poczucie „nie jestem zbyt dobra/dobry”.

Odczucie obojętności i braku empatii w relacjach z współpracownikami i pacjentami deklaruje jedynie grupa 4% – dwie osoby zauważyły u siebie te cechy, natomiast większość, bo 96%, badanych jest daleka od obojętności.

Duża grupa ankietowanych (80%) nie odczuwa braku cierpliwości w stosunku do pacjentów oraz kolegów i koleżanek z pracy. Niestety jedna piąta badanych (20%) przyznaje się, że w wielu sytuacjach odczuwa swoistego rodzaju drażliwość w kontaktach z otoczeniem.

Spółród ankietowanych 84% miało kiedyś stany depresyjne, a także odczuwało lęk wywołany pracą. Jedynie niewielka grupa (16%) nigdy nie odczuła takich stanów.

Odpowiedzi na pytanie, czy badanym osobom towarzyszy uczucie zmęczenia i wyczerpania psychicznego po zakończonej pracy, były bardzo zbliżone. Pozytywnej odpowiedzi udzieliło 27 osób (54%), a 23 osoby, stanowiące 46% grupy badanej, udzieliły odpowiedzi negatywnej.

Żaden z respondentów nie wyraził chęci zmiany pracy bądź porzucenia zawodu medycznego.

Aż 62% respondentów twierdzi, że udaje im się oddzielić życie zawodowe od prywatnego. Jednak 38% osób przyznaje, że ciężki dzień w pracy ma wpływ na ich rodzinę.

Ponad połowa pytanych osób (54%) nie czuje, aby była kiedyś nadmiernie przeciążona pracą, natomiast 46% do tego się przyznaje.

Większość respondentów, stanowiąca 60% grupy badanej, nie widzi związku pomiędzy pracą z ludźmi a odczuwanym z tego powodu nadmiernym napięciem. Jednak 40% pytanych osób odczuwa swoistego rodzaju rozdrażnienie.

Większość badanych osób (80%) nie ma żadnych trudności z radzeniem sobie z emocjonalnymi problemami występującymi w pracy. Natomiast 20% osób przyznało się do faktu, iż często nie potrafi sobie z takimi problemami poradzić.

Ankietowani, próbując wskazać najistotniejszy czynnik, który bezpośrednio ma wpływ na występowanie sytuacji stresowych w pracy, mieli problem, aby wybrać ten jeden, najważniejszy powód. I tak: 32% pytanych podało nieadekwatne zarobki, 24% – trudne i nieprzewidziane sytuacje z pacjentem, 14% – zbyt dużą liczbę godzin pracy oraz zbyt duże wymagania. Konflikty i brak szacunku ze strony pacjentów i ich rodzin po równo wskazało sześć respondentów, stanowiących 12% grupy badanej. Tylko 6% winiło swoich przełożonych za brak wsparcia.

Zdecydowana większość respondentów, aż 84%, jest zdania, że zaniedbywanie należytego wypoczynku, nadmierne poświęcanie się pracy, a także brak życia osobistego to główne powody wystąpienia syndromu wypalenia zawodowego. Jedynie dwie osoby wśród badanej grupy stwierdziły, że jest wręcz przeciwnie, a 12% nie miało na ten temat zdania.

Z informacją, jak pomóc, gdy pojawiają się pierwsze syndromy wypalenia zawodowego i jak podnieść swoją odporność, zetknęło się 58% badanych, a 42% nie wie, jak w takiej sytuacji postępować.

W przypadku wystąpienia wypalenia zawodowego 34% badanych szukałoby pomocy u specjalisty. Do koleżanek i kolegów z pracy oraz do znajomych poza pracą zgłosiłoby się 22% osób, 16% szukałoby pomocy u rodziny, a tylko 6% zgłosiłoby się do swojego przełożonego.

Podsumowanie

Zjawisko wypalenia zawodowego to zespół objawów powstających w wyniku przeciążenia fizycznego i emocjonalnego w miejscu pracy, a występowanie tego zjawiska wśród osób zatrudnionych w opiece paliatywnej jest coraz bardziej zauważalne.

Przeprowadzone badanie pokazało pewne zależności, które mają wpływ na występowanie zjawiska wypalenia zawodowego w badanym podmiocie leczniczym. Upoważniło to autorów do sformułowania następujących wniosków:

- 1) niezależnie od wieku oraz stażu pracy większość respondentów świadomie wybrała zawód medyczny, co z pewnością istotnie zminimalizowało ryzyko niedopasowania do wykonywanej pracy i znacznie zmniejszyło możliwość wystąpienia stresu wraz z jego konsekwencjami;
- 2) odczuwanie satysfakcji z pracy, zadeklarowane przez wszystkich respondentów, może wskazywać na dobrą współpracę w zespole i możliwość otrzymania wzajemnego wsparcia w trudnej opiece i leczeniu ciężko chorych pacjentów;
- 3) pomimo nieakceptowania w pełni poziomu wynagrodzeń personel medyczny nie zatracił zaangażowania w niesieniu pomocy innym, co jest jednym z najistotniejszych elementów pracy w hospicjum. Jednakże przepracowane lata w opiece paliatywnej znacznie zmieniły podejście do wykonywanego zawodu;
- 4) deklarując brak zniechęcenia przed pójściem do pracy, ankietowani podkreślili fakt, że świadomość wykonywania przez nich w sposób profesjonalny pracy daje im poczucie ogromnej wiary w siebie;
- 5) niestety u większości badanego personelu wystąpiły stany lękowe w pracy, a niektórzy zauważyli pierwsze objawy depresji. Często było to motorem do podjęcia szeregu zmian, nie tylko w sferze zawodowej, ale również na płaszczyźnie życia osobistego;
- 6) przyznając się do częstych stanów wyczerpania psychicznego i emocjonalnego po pracy, żaden z respondentów nie wyraził potrzeby jej zmiany lub porzucenia. Wynika to z faktu, że większość z nich potrafi rozdzielić życie rodzinne od zawodowego;

- 7) jako główny i najważniejszy czynnik wystąpienia wypalenia zawodowego badanie osoby podały nadmierne poświęcenie pracy i brak życia osobistego, czyli swoistego rodzaju „odskoczni” od wykonywanej pracy.

Badanie wyłoniło swoiste zależności mające wpływ na poziom doświadczanego wypalenia. Specyfika zawodu pracy ze śmiertelnie chorymi i ich rodzinami, odczuwanie bezradności to główne źródła stresu, który przyczynia się do wystąpienia wypalenia zawodowego. Bliska więź z osobą cierpiącą, umierającą oraz jej rodziną jest przyczynkiem do wyczerpania, zarówno w sferze fizycznej, jak i emocjonalnej, a traktowanie jako pasji pracy polegającej na pomaganiu innym może powodować utratę do niej dystansu i niezachowania odpowiedniej równowagi pomiędzy sferą zawodową i prywatną.

Piśmiennictwo

1. Baum E, Staszewski R (red.). Perspektywy ochrony zdrowia. Poznań: Agrainvest; 2010.
2. Maslach Ch, Leiter M. Prawda o wypaleniu zawodowym, co robić ze stresem w organizacji. Warszawa: PWN; 2011.
3. Fengler J. Pomaganie męczy. Wypalenie w pracy zawodowej. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Naukowe; 2001.
4. de Walden-Gatuszko K. Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Warszawa: PZWL; 2011.
5. de Walden-Gatuszko K. Psychoonkologia. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000.
6. Bilka E. Jak Feniks z popiołów, czyli syndrom wypalenia zawodowego. Niebieska Linia. 2004; 4.
7. <http://www.who.int/cancer/palliative/en/> (data dostępu: 14.08.2014).
8. Stelcer B. Opieka paliatywna. W: Mojs E, Skommer M, Stelcer B (red.). Elementy psychologii ogólnej i klinicznej. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UM w Poznaniu; 2011.

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:

Jan Nowomiejski
ul. Mariana Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań
tel.: 61 861 22 54
e-mail: jnowomiejski@op.pl
Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

■ AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA JAKO ZASADNICZY CEL STYLU ŻYCIA I ZDROWIA CZŁOWIEKA

PHYSICAL ACTIVITY AS AN ESSENTIAL OBJECTIVE OF LIFESTYLE AND HUMAN HEALTH

Wiesław Siwiński¹, Renata Rasińska²

¹ Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu
Polskie Stowarzyszenie Naukowe Animacji Rekreacji i Turystyki

² Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Polskie Stowarzyszenie Naukowe Animacji Rekreacji i Turystyki

STRESZCZENIE

Studium, mimo że ma charakter sprawozdawczo-diagnostyczny, z pewnością nie wyczerpuje tematu. Autorzy mają jednak nadzieję, że zaprezentowane tu treści pozwolą lepiej zrozumieć potrzeby badań dotyczących poziomu aktywności fizycznej z punktu widzenia stylu życia i zdrowia publicznego. Studium wskazuje na prozdrowotną aktywność fizyczną jako zasadniczy cel nowoczesnej strategii zdrowia. Świadomość skuteczności wysiłku fizycznego w profilaktyce i leczeniu chorób cywilizacyjnych daje szansę większego zainteresowania aktywnością ruchową. Wiedza tego rodzaju jest ważną podstawą do optymalizacji nowej egzystencji. Przedstawiony materiał pozwoli na wyrobienie sobie zdania na temat aktywności fizycznej Polaków, jej form i stopnia bierności w różnych układach stratyfikacji społecznej.

SŁOWA KLUCZOWE: aktywność fizyczna, styl życia, zdrowie.

ABSTRACT

Although the study has the reporting-diagnostic character, it certainly is not complete. The authors hope that presented contents allows a better understanding of research on physical activity from the point of view of the lifestyle and public health. The study shows the prohealth physical activity as an essential aim of the modern health strategy. The awareness of physical effort effectiveness in the prevention and treatment of civilization diseases gives the chance to interest with physical activity. Knowledge of this kind is an important basis for the optimization of a new existence. Presented material will allow to form an opinion about physical activity of Poles, its forms and degree of passivity in various systems of social stratification.

KEYWORDS: physical activity, lifestyle, health.

Studium niniejsze, mimo że ma charakter sprawozdawczo-diagnostyczny, z pewnością nie wyczerpuje tematu. Autorzy mają jednak nadzieję, że zaprezentowane tu treści pozwolą lepiej zrozumieć potrzeby badań dotyczących poziomu aktywności fizycznej z punktu widzenia stylu życia i zdrowia publicznego. Działania te są tym ważniejsze, im większej liczby osób dotyczą zjawiska hipokinezy. Według Grabowskiego i Drabika wraz ze zmianą struktury aktywności ludzkiej koniecznością stały się oszacowanie optymalnej dla zdrowia człowieka dawki aktywności fizycznej oraz ocena ogólnego poziomu tej aktywności jako pozytywnego miernika zdrowia [1, 2]. W literaturze przedmiotu spotyka się termin minimalna dawka aktywności fizycznej, definiowany jako niezbędną dawkę ruchu w ciągu dnia lub tygodnia, konieczną dla utrzymania dobrego poziomu i dobrego stanu psychofizycznego oraz optymalna dawka aktywności fizycznej do uzyskania zakładanego efektu.

Badania związków między aktywnością fizyczną a zdrowiem i zachowaniem zdrowotnym, poparte analizami epidemiologicznymi, rozpoczęły się wraz z opublikowanymi pracami Morrisa i innych badaczy [3].

Haskell zauważa, że za pomocą różnych metod i technik zespoły badawcze na całym świecie starają się wyznaczyć optymalną dawkę aktywności fizycznej [4]. Zalecana dawka może zależeć od wielu czynników, np. wieku osoby ćwiczącej, stanu jej zdrowia, wydolności i sprawności fizycznej organizmu, stażu treningowego czy warunków środowiskowych. Zbyt mała nie przyniesie efektów fizjologicznych, a nadmierny, niedostosowany do wieku, stanu zdrowia i możliwości trening może być szkodliwy. Niektórzy badacze najczęściej w treningu zdrowotnym zalecają angażujące duże grupy mięśni ćwiczenia wytrzymałościowe, o charakterze ciągłym, tzn. trwające nieprzerwanie przez co najmniej kilka czy kilkanaście minut. Określa się je jako ćwiczenia aerobowe (tlenowe), tj. wykonywane przy przeważającym udziale procesów metabolicznych tlenowych. Tego rodzaju metabolizm aerobowy zachodzi podczas wysiłku o niskiej intensywności i długim czasie trwania. Do najbardziej popularnych form ćwiczeń aerobowych należą: marsz (spacery, chodzenie po schodach itp.), bieg (marszbieg), jazda rowerem, pływanie, narciarstwo biegowe, kajakarstwo, wioślarstwo. Wysilek wy-

trzymałościowy stanowi także istotny element wielu gier sportowych, takich jak tenis, badminton, koszykówka, piłka nożna, zajęć rekreacyjnych, jak taniec, czy prac domowych, jak np. ręczne mycie samochodu, „tradycyjne” sprzątanie mieszkania, prace w ogrodzie. Systematycznie stosowany podnosi wyraźnie wydolność ustroju.

Jednocześnie podkreśla się, że oprócz ćwiczeń wytrzymałościowych – stanowiących najważniejszą i przeważającą część systematycznego treningu – należy stosować jako uzupełnienie ćwiczenia oporowe (siłowe) i ćwiczenia kształtujące gibkość (10–15% czasu treningu) [4]. Główna część treningu powinna być poprzedzona 3–5-minutową rozgrzewką, a zakończona 2–5-minutowymi ćwiczeniami wyciszającymi, o niewielkiej intensywności.

Czas trwania treningu musi być tak długi, by całe ciało zdołało się wszechstronnie zaadaptować do zmienionych wymagań i zaangażować w niezbędny wydatek energetyczny. Przeważa pogląd, że pojedyncza dawka wysiłku powinna trwać 20–60 minut. Najczęściej proponowaną dawką ćwiczeń jest 30 minut [5]. Jednak osobom, które z różnych względów nie są w stanie wykonywać ćwiczeń w sposób ciągły przez 30 czy więcej minut, rekomenduje się kilkakrotne wykonywanie w ciągu dnia krótszych wysiłków, trwających 8–10 minut, o podobnej intensywności. Przy krótkim czasie trwania jednostki treningowej intensywność powinna być wyższa. Młodzież w wieku szkolnym powinna wykazywać się codzienną aktywnością fizyczną na umiarkowanym do intensywnego poziomie przez 60 minut lub dłużej, w formach dostosowanych do wieku.

Intensywność wysiłku jest bardzo ważnym czynnikiem, który ma decydujący wpływ zarówno na efekty fizjologiczne, jak i na bezpieczeństwo ćwiczeń. W większości zaleceń propaguje się „umiarkowaną” intensywność, czyli wysiłek, w czasie którego maksymalne pochłanianie tlenu nie przekracza 1,5 l/min [5]. Ćwiczenia o intensywności rzędu 40–60% VO_2max – bardziej niż ćwiczenia intensywniejsze – poprawiają wydolność fizyczną i profil lipidów oraz przyczyniają się do większej redukcji nadciśnienia, stężenia glukozy i poziomu insuliny.

Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych, Centrum Zwalczania i Zapobiegania Chorób (CDC) oraz Amerykańskie Towarzystwo Medycyny Sportowej (ACSM) aktywność umiarkowaną określają jako spalanie 3,5–7 kcal/min [6], natomiast Szewczyński i Skrodzka jako spalanie 5,0–7,4 kcal/min i 300–449 kcal/h [7]. Umiarkowany wysiłek fizyczny prowadzi do trochę szybszego oddychania i trochę szybszego bicia serca. Takiego wysiłku wymaga np. noszenie lżejszych ciężarów, jazda rowerem w normalnym tempie, gra w siatkówkę lub bardzo szybki marsz. Intensywny wysiłek fizyczny natomiast wywołuje

bardzo szybkie oddychanie i bardzo szybkie bicie serca (np. dźwiganie ciężkich przedmiotów, kopanie ziemi, aerobik, szybki bieg, szybka jazda rowerem). CDC i ACSM określają aktywność intensywną jako wysiłek, podczas którego spala się powyżej 7 kcal/min. Zużycie energii na pracę ciężką powinno wynosić 7,5–9,9 kcal/min i 450–599 kcal/h.

Badania Morrisa i wsp. [3] dowiodły, że wśród mężczyzn uprawiających codzienne intensywne sporty (> 7,5 kcal/min) częstość zawałów była mniejsza niż wśród nieuprawiających żadnych ćwiczeń, jednak badania Leona i wsp. [8] nie wykazały już takich zależności, gdyż częstość zgonów ćwiczących intensywnie (> 6 kcal/min) była podobna do częstości zgonów umiarkowanie ćwiczących (4,4–5,5 kcal/min), natomiast wyższa u osób umiarkowanie ćwiczących niż ćwiczących z lekką (2–4 kcal/min) intensywnością.

Wielkość wydatku energetycznego często określa dawkę ćwiczeń w czasie tygodnia. Według zaleceń Zakładu Medycyny Sportowej w Łodzi wydatek energetyczny w czasie ćwiczeń powinien przekraczać 1000 kcal/tydz., a optymalnie być większy od 2000 kcal/tydz. [9]. Jak dowodzą Paffenberger i wsp. [10], ryzyko wcześniejszych zgonów u osób wydatkujących > 3000 kcal tygodniowo jest o połowę mniejsze niż u wydatkujących < 500 kcal. Haapanen i wsp. również wykazują, że względne ryzyko przedwczesnego zgonu (bez względu na przyczynę) u mężczyzn w średnim wieku wydatkujących < 800 kcal tygodniowo wynosi 2,7 – w stosunku do tych, którzy wydatkują > 2100 kcal [11].

Wydatek energetyczny poszczególnych rodzajów aktywności możemy również określić za pomocą współczynnika intensywności MET (ang. *metabolic equivalent of work*), odpowiadającego wielokrotności przemiany podstawowej. Jednostka ta uważana jest za najbardziej uniwersalną miarę intensywności wysiłku [12]. Według tej jednostki Pate i wsp. [13] sklasyfikowali aktywność jako: lekką < 3 MET, umiarkowaną 3–6 MET, intensywną > 6 MET. Podobne przedziały wysiłku fizycznego przedstawił Blair i wsp. [14]: lekki 1,1–2,9 MET, umiarkowany 3,0–5,0 MET, ciężki 5,1–6,9 MET, bardzo ciężki \geq 7,0 MET.

W praktyce najlepszą miarą intensywności wysiłku fizycznego jest pomiar częstości akcji serca w czasie lub tuż po zakończeniu wysiłku. Stąd w prawie wszystkich wytycznych można spotkać zalecane wartości częstości akcji serca w czasie rozmaitych ćwiczeń. Europejskie towarzystwa naukowe (EAS, ESC, ESH) oraz *International Atherosclerosis Society* (IAS) zalecają ćwiczenia o niezbyt wysokiej intensywności – do 60–75% maksymalnej akcji serca.

Lansowana w Polsce reguła z częstością skurczów serca 130 uderzeń na minutę nie może być adresowa-

na do wszystkich dorosłych. Jak pisze Drabik [2], taki wysiłek – nawet dla osób o wiele młodszych – może się okazać treningiem zbyt intensywnym. W przypadku osób zdrowych i wytrenowanych, dobrze tolerujących wysiłek o większej intensywności, orientacyjną wartość częstości akcji serca w czasie wysiłku można obliczyć według reguły Korvonen [15]:

$$\text{HR min} = (220 - \text{wiek} - \text{HR spoczynkowe}) \times 50\% \text{ wydolności tlenowej} + \text{HR spoczynkowe},$$
$$\text{HR max} = (220 - \text{wiek} - \text{HR spoczynkowe}) \times 80\% \text{ wydolności tlenowej} + \text{HR spoczynkowe}.$$

Zgodnie z zaleceniami *American Collage of Sport Medicine* i Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) osoby zdrowe, dorosłe, w przedziale wiekowym 18–65 lat, powinny podejmować aktywność [16, 17]:

- umiarkowaną, przez przynajmniej 30 minut, 5 dni w tygodniu lub
- bardzo intensywną, przez przynajmniej 30 minut, 3 dni w tygodniu.

Niezbędna dawka aktywności fizycznej może być kumulowana w przynajmniej 10-minutowych rundach oraz może się składać z połączenia okresów umiarkowanych i intensywnych. Zaleca się także uwzględnienie dwa lub trzy razy w tygodniu ćwiczeń zwiększających siłę mięśni i wytrzymałość.

Osobom powyżej 65 roku życia wyznacza się w zasadzie te same cele co młodszy i zdrowy osobom dorosłym. Jednak ogromne znaczenie dla tej grupy ma trening siłowy oraz ćwiczenia na równowagę, pomagające zapobiegać upadkom. Medyczną kwalifikację osób dorosłych do treningu fizycznego oraz przeciwwskazania stosowania aktywności fizycznej w prewencji wtórnej i wspomaganie leczenia chorób przewlekłych opisują Jegier i wsp. [18].

Młodzież w wieku szkolnym powinna podejmować codzienną aktywność fizyczną:

- na umiarkowanym bądź intensywnym poziomie,
- przez 60 minut lub dłużej (pełna dawka może być kumulowana w co najmniej 10-minutowych rundach),
- w formach odpowiednich rozwojowo (przyjemnych, zróżnicowanych).

Zalecenia japońskich naukowców określają aktywność fizyczną na podstawie wykonywanych w formie spaceru kroków. Minimalna dawka aktywności szacowana jest na ok. 10 000 kroków dziennie. Jednak według Tudor-Locke'a i Meyersa [19] dla dzieci i osób otyłych dawka ta jest zbyt niska, a dla osób starszych i przewlekle chorych – wręcz niemożliwa do osiągnięcia. Rekomenduje się, aby osoby dorosłe (zdrowe) w wieku 20–50 lat wykonywały 7000–13 000 kroków dziennie, osoby w wieku > 50 lat – 6000–8500 kroków dziennie, a młodzież w wieku 14–16 lat – 11 000–12 000 kroków dziennie.

Na podstawie liczby wykonywanych kroków Tudor-Locke i Bassett [20] określili poziom aktywności fizycznej dla zdrowej populacji. Najniższy poziom (siedzący tryb życia) dotyczy osób, które osiągnęły < 5000 kroków dziennie, niski – 5000–7499 kroków dziennie, „trochę” aktywny – 7500–9999 kroków dziennie, aktywny – ≥ 10 000 kroków dziennie, a wysoko aktywny – > 12 500 kroków dziennie.

WHO określa poziom aktywności fizycznej (ang. *physical activity level* – PAL) jako stosunek całkowitego wydatku energetycznego (ang. *total energy expenditure* – TEE) do podstawowego wydatku energetycznego (ang. *base energy expenditure* – BEE). I tak u osób prowadzących siedzący tryb życia PAL = 1,40, u osób z ograniczoną aktywnością PAL = od 1,55 do 1,60, a u aktywnych fizycznie PAL ≥ 1,75. Poziom aktywności fizycznej można mierzyć również na podstawie intensywności, czasu i częstotliwości ćwiczeń lub określić za pomocą Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej (ang. *International Physical Activity Questionnaire* – IPAQ).

Prace i badania nad ustalaniem skutecznych norm aktywności ruchowej i oceny poziomu aktywności fizycznej ciągle trwają. Udoskonalane metody i techniki pomiaru uwzględniają szybko zmieniające się warunki i styl życia – wynikające z rozwoju cywilizacyjnego. Obserwowany dość powszechnie siedzący tryb życia stanowi ważny czynnik badań – z uwagi na zasięg problemu – ważniejszy niż inne, pojedyncze czynniki ryzyka chorób niezakaźnych.

W Polsce badania aktywności fizycznej ludności prowadzono głównie w wybranych miastach bądź regionach kraju. Takich badań, które dotyczyłyby całego społeczeństwa, dotychczas prowadzono niewiele (CBOS i GUS). W wymienionych badaniach zajmowano się jedynie aktywnością sportową, uczestnictwem w zajęciach sportowo-rekreacyjnych oraz podejmowanymi formami rekreacji. Nie oceniano w nich poziomu aktywności fizycznej. Na podstawie czasu i częstości trwania analizowano poziom uczestnictwa Polaków w sporcie i rekreacji. Należy jednak podkreślić wyraźne różnice metodologiczne. W niektórych badaniach brano pod uwagę podejmowane formy (bez względu na intensywność wysiłku), w innych pytano o czas, częstotliwość i intensywność wysiłku. W dodatku poszczególne ośrodki badawcze oceniały te parametry w różny sposób.

Pierwszym badaniem oceniającym poziom aktywności fizycznej Polaków było Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ) [21]. Badanie przeprowadzono w latach 2002–2004 wśród 13 545 osób w wieku 20–74 lat. Pytania dotyczyły aktywności fizycznej w pracy zawodowej i w czasie wolnym oraz aktywności związanej z przemieszcza-

niem się. Pod uwagę brano zarówno rodzaj, częstość, jak i czas trwania wysiłku. Małą aktywność fizyczną określano jako brak jakichkolwiek ćwiczeń fizycznych, trwających przynajmniej 30 minut, bądź wykonywanie ich bardzo rzadko (raz w tygodniu, kilka razy w miesiącu czy roku). Przez umiarkowaną aktywność fizyczną rozumiano wykonywanie ćwiczeń fizycznych dwa–trzy razy w tygodniu, przez dużą aktywność – wykonywanie ćwiczeń codziennie lub sześć razy w tygodniu, a zadowalającą – wykonywanie ćwiczeń fizycznych przynajmniej 30 minut przez większość dni tygodnia.

Wyniki analizy pokazały, że wśród osób aktywnych zawodowo ok. 48% mężczyzn oraz 28% kobiet określiło swoją pracę jako ciężką pracę fizyczną. Osoby wykonujące przez większość czasu pracy czynności w pozycji siedzącej bądź stojącej stanowiły ok. 30% pracujących mężczyzn i ponad 43% kobiet.

Ponad 30% badanych osób wykonywało ćwiczenia trwające co najmniej 30 minut przez większość dni tygodnia, a zatem spełniało zalecenia międzynarodowych komitetów ekspertów. Duża systematyczna aktywność fizyczna w czasie wolnym charakteryzowała 25% respondentów, zadowalająca i umiarkowana – 11–13%, a mała ponad 50%.

Aktywność komunikacyjną (do/z pracy lub szkoły) rozumianą jako przemieszczanie się pieszo lub rowerem deklarowało ponad 30% aktywnych zawodowo/uczących się. Średnia liczba wyjazdów krótkookresowych przedstawicieli 16 grup zawodowych w ostatnim roku wynosiła $6,6 \pm 7,0$ (mediana 4,0), długookresowych – $2,6 \pm 2,3$ (mediana 2,0), zagranicznych – $1,9 \pm 1,9$ (mediana 1,0).

Z punktu widzenia zdrowia publicznego niezmiernie ważnej jest oszacowanie poziomu aktywności fizycznej, na który składają się nie tylko sport i turystyka (aktywne formy spędzania czasu wolnego), ale wszelka całodobowa aktywność ruchowa człowieka (komunikacyjna, w pracy, w domu itp.). Do powszechnie znanych czynników ryzyka chorób niezakaźnych (ang. *non-communicable disease*) należą otyłość i palenie tytoniu [22]. Mniej znany – rzadko oceniany i porównywany za pomocą standaryzowanych narzędzi – jest brak aktywności fizycznej ludzi (różnych grup, społeczności, narodów). Dotychczas w większości badań z zakresu aktywności fizycznej stosowano odmienną metodologię – uniemożliwiającą porównania i wnioski.

Dotychczasowe badania przeprowadzone za pomocą kwestionariusza IPAQ potwierdzają, że coraz więcej ludzi na całym świecie prowadzi siedzący tryb życia. Podobne problemy mają Europejczycy, Brazylijczycy, Kolumbijczycy czy Amerykanie. Średnio ponad jedna czwarta ludzi uznaje się za nieaktywnych fizycznie (w ogóle), a ponad 30% za tych, którzy nie osiągają norm rekomendowanych przez *Centers for Disease Control*

and Prevention oraz *American College of Sports Medicine*. Wyjątek stanowi społeczność Amiszków, w której 100% spełnia wymagania CDC/ACSM [23].

Według najnowszych zaleceń dolny pułap określający wysoki poziom aktywności fizycznej (wg metodologii IPAQ) stanowi odzwierciedlenie prozdrowotnej dawki aktywności fizycznej (HEPA), a zatem ma pozytywny wpływ na stan zdrowia człowieka. Jeżeli przyjmiemy to stanowisko, prawie dwie trzecie Polaków (60%) i Europejczyków (67%) nie spełnia tych rekomendacji. Podobnie jest wśród ok. 60% Amerykanów i Brazylijczyków.

Międzynarodowe badania porównawcze wskazują, że w rankingu najmniej aktywnych społeczności europejskich znajdują się Francja, Belgia i Wielka Brytania (niski poziom aktywności stwierdzono odpowiednio u 43%, 40% i 37% z nich). Według *International Prevalence Study on Physical Activity* (IPS) największy odsetek osób (z różnych kontynentów) o niskim poziomie aktywności odnotowuje się wśród Belgów, Japończyków oraz mieszkańców Arabii Saudyjskiej i Tajwanu (ponad 40%). Według WHO *World Health Survey* nieaktywność najczęściej dotyczy Brazylii (ponad 30% zarówno w IPS, jak i w *World Health Survey*) i Hiszpanii (25%).

Analizując dane GUS-u, można zauważyć, że odsetek Polaków charakteryzujących się niskim poziomem aktywności fizycznej (28%) jest stosunkowo nieduży – zdecydowanie mniejszy niż w badaniach Eurobarometru z 2004 r. (46%) i WOBASZ (ponad 50%) i porównywalny (a nawet niższy) do – uznawanych za najbardziej aktywnych – obywateli krajów skandynawskich: Finów (24%) i Szwedów (33%) [24].

Jak już podkreślano, poziom aktywności fizycznej badanych osób związany jest z różnymi cechami społecznymi i demograficznymi. I tak na ogólny poziom aktywności fizycznej w statystycznie istotny sposób wpływa np. przynależność do grupy zawodowej. Wyodrębnione grupy homogeniczne pod względem ogólnego poziomu aktywności fizycznej plasują pracowników administracji samorządowej, pracowników hipermarketów oraz instytutów naukowych w grupie osób o najwyższym udziale w niskim poziomie aktywności fizycznej. Natomiast uczniów, nauczycieli i aktorów – przeciwnie – w grupie o najwyższym udziale w wysokim poziomie aktywności. Podobnie inni naukowcy – Chrzanowski [25], Alejski [26], Cybulska [27] – do najmniej aktywnych pod tym względem zaliczają robotników wykwalifikowanych, a do najbardziej zaawansowanych – przedstawicieli kadry kierowniczej i inteligencji oraz pracowników umysłowych niższego szczebla.

Niestety, pracownicy służby zdrowia – mimo ich medycznego wykształcenia i wykonywanego zawodu – przynależą do przedostatniej grupy (razem z pracownikami handlu detalicznego i pracownikami naukowymi

instytutów naukowych). Tylko 9% z nich charakteryzuje się wysokim poziomem aktywności fizycznej, a prawie połowa – niskim. Szkoda, że – tak jak w przypadku uczestnictwa w sporcie dla wszystkich – szczególnie widoczne jest to wśród służby zdrowia. Problem ten jednak dotyczy nie tylko Polaków, gdyż rekomendacji *American College of Sports Medicine* oraz *American Heart Association* (30 i więcej minut dziennie umiarkowanych lub intensywnych ćwiczeń) nie spełniają również pracownicy służby zdrowia. Nie pokonują oni zalecanych 10 000 kroków dziennie. Zalecenia poświęcenia 30 minut na umiarkowaną aktywność przez 5 i więcej dni w tygodniu lub 20 minut na intensywny wysiłek przez 3 i więcej dni nie spełnia 36% amerykańskich studentów medycyny. Wśród 616 lekarzy pracujących w *Ain Shams University* 84% prowadzi siedzący tryb życia, tzn. nie podejmuje żadnej aktywności lub robi to nieregularnie [28]. Co prawda badający w 1992 r. zachowania zdrowotne lekarzy z *Palo Alto Medical Clinic* Bortz [29] wykazuje, że aż 96% mężczyzn i 82% kobiet lekarzy ćwiczy regularnie, jednak nie podaje on definicji regularnych ćwiczeń. W dużych badaniach przeprowadzonych wśród lekarek stwierdza się, że dowolną formę aktywności podejmuje 96%, lecz intensywne formy, takie jak jazda na rowerze, pływanie czy bieganie, odnotowuje się tylko u 25–30% badanych kobiet [30].

Tymczasem wiadomo, że lekarze, którzy sami ćwiczą, częściej zalecają aktywność fizyczną swoim pacjentom. Wykonywanie takich zaleceń skutkuje szybkim wzrostem aktywności fizycznej (w krótkim czasie). Mimo to pracownicy służby zdrowia – nie tylko w Polsce – nie stosują tego rodzaju porad rutynowo. Amerykańskie badania pokazują, że 40% lekarzy pierwszego kontaktu ocenia aktywność fizyczną swoich pacjentów jako niewystarczającą, jednak praktyczny plan ćwiczeń dla pacjentów opracowuje jedynie 25% z nich. W przypadku pielęgniarek odsetki wynoszą odpowiednio 30% i 14%.

W prowadzonych przez Polskie Stowarzyszenie Naukowe Animacji Rekreacji i Turystyki w latach 2008–2012 badaniach w różnych grupach zawodowych pod względem poziomu aktywności fizycznej wyodrębniono cztery grupy respondentów, które łączyły osoby nie tylko o podobnym poziomie aktywności fizycznej, ale i o porównywalnym poziomie zaangażowania w sport dla wszystkich oraz turystykę. Do grupy pierwszej zaliczano osoby najbardziej aktywne fizycznie: uprawiające sport, niestroniące od turystyki, ale niespędzające aktywnie czasu na działce. Grupa druga to osoby aktywne fizycznie, podejmujące różne rekreacyjne formy, spędzające aktywnie czas na działce, w zdecydowanej większości niestroniące od turystyki. Grupa trzecia to osoby najmniej aktywne fizycznie, zróżnicowane pod względem zaangażowania w sport dla wszystkich, raczej stroniące

od turystyki, niespędzające aktywnie czasu na działce. Grupa czwarta to osoby o nieco wyższym poziomie aktywności fizycznej niż w grupie trzeciej, w stosunku do której różnią się przede wszystkim aktywnym spędzaniem czasu na działce i nieco większym zaangażowaniem w turystykę.

Do grup o wyższej od przeciętnej ogólnej aktywności fizycznej należą studenci II roku poznańskich uczelni, uczniowie ostatniej klasy gimnazjum i liceum oraz nauczyciele gimnazjalni. Natomiast grupy zawodowe o najniższej aktywności fizycznej to: pracownicy hipermarketów, handlu detalicznego oraz administracji samorządowej. Osoby te częściej charakteryzują się nadwagą i otyłością. Dotyczy to szczególnie pracowników handlu detalicznego, wśród których znacznie częściej stwierdzono nadwagę (38%), oraz pracowników administracji samorządowej, wśród których relatywnie częściej występowała otyłość (20%). Dotychczasowe badania prowadzone przez PSNARiT zwracają uwagę na silny związek między niedostateczną aktywnością fizyczną a występowaniem nadwagi i otyłości. Wskazują również na systematyczny wzrost odsetka osób z nadwagą i otyłością. Co prawda wśród opisywanych uczniów i studentów takich zależności nie stwierdzono, jednak w świetle badań szacujących widać, że liczba dzieci dotkniętych nadwagą i otyłością zwiększa się. Niepokoi też fakt, że wśród studentek II roku o niskim poziomie aktywności fizycznej znacznie częściej występuje nadwaga (19%).

Charakteryzując respondentów pod względem cech społecznych, stwierdzono, że w badanej grupie wykształcenie jest najsilniejszym predyktorem wpływającym na przynależność do jednej z trzech kategorii poziomu aktywności fizycznej. Tak jak w innych badaniach [25, 27] – im wyższe wykształcenie, tym odsetek osób o niskim poziomie aktywności fizycznej jest mniejszy. Związek wykształcenia z przejawianiem troski o własną kondycję fizyczną wydaje się dość naturalny. Z wyższym wykształceniem wiąże się nie tylko większa wiedza na temat sposobów dbania o własne zdrowie, ale także pozycja w strukturze zawodowej, często wymagająca twórczej i kreatywnej postawy wobec problemów pojawiających się w pracy. Wykształcenie sprzyja pogłębieniu wiedzy na temat otaczającego świata i naszego w nim miejsca, a także przekonaniu, że wszystko, co się w życiu przytrafia – w tym stan zdrowia – jest w dużym stopniu konsekwencją własnych działań i wyborów. Wysoki poziom wykształcenia i jednocześnie wysokie wymagania związane z wykonywanym zawodem (dotyczące zadbanego wyglądu, szczupłej sylwetki oraz dużego zaangażowania w wykonywaną pracę – co łączy się z dobrą sprawnością fizyczną i odpornością na stres)

w dużym stopniu motywują do podjęcia decyzji o regularnej pracy nad kondycją fizyczną.

Mężczyźni są nieco bardziej aktywni fizycznie niż kobiety. Jednak – tak jak w przypadku badanych przez Kietbasiewicz-Drozdowską i Wizę [31] nauczycieli – nie jest to różnica statystycznie istotna. Mimo to w większości badań mężczyźni charakteryzują się relatywnie wyższym poziomem aktywności fizycznej. Tylko w Argentynie (38% vs 39%), Portugalii (44% vs 46%), Arabii Saudyjskiej (20% vs 32%) kobiety są aktywniejsze. W Kolumbii zaś w 2004 r. nieaktywnych fizycznie kobiet było aż 79%, nieregularnie aktywnych – 16%, a regularnie ćwiczących – tylko 5%. W 2005 r. natomiast nieaktywnych kobiet było 43% (mężczyzn 27%). W Polsce ponad 30% kobiet (ze wsi i miasta) nie podejmuje żadnej aktywności fizycznej.

W dodatku mężczyźni zdecydowanie częściej niż kobiety podejmują w czasie wolnym aktywność fizyczną o wysokim stopniu intensywności. Kobiety z racji swoich obowiązków nadal mają mniej czasu wolnego. Wciąż ponoszą główny ciężar wychowania dzieci i prowadzenia domu, co w znacznym stopniu wpływa na ilość i jakość czasu wolnego. W związku z tym rzadziej niż mężczyźni wypełniają zalecenia HEPA.

Badania pokazują, że osoby młodsze są generalnie aktywniejsze fizycznie niż starsze. Analiza literatury przedmiotu potwierdza prawidłowość, że poziom aktywności obniża się wraz z wiekiem i to zarówno wśród mężczyzn, jak i wśród kobiet. Niektóre badania udowadniają nawet, że szczególnie widoczne jest to wśród mężczyzn. W przypadku badanych osób istotne statystycznie różnice występują wyłącznie wśród najmłodszych (≤ 19 i 20–29 lat). Ich udział w niskim poziomie aktywności fizycznej jest przynajmniej o połowę mniejszy niż pozostałych kategorii wiekowych. Naukowcy często zwracają uwagę na to, że co prawda osoby młode częściej niż starsze spełniają rekomendacje aktywności fizycznej, ale wiele z nich nie stosuje zalecanej dawki aktywności fizycznej dla dzieci i młodzieży (60 minut umiarkowanej aktywności fizycznej przez 5 i więcej dni w tygodniu). Wśród amerykańskiej młodzieży wymagania te spełnia 36% [32]. Wśród badanych uczniów robi to tylko 10,8%, a wśród studentów – 1,8%, choć wyniki pokazują, że wysoki poziom osiąga ponad 20% uczniów i ponad 2% studentów, a umiarkowany ponad 60% (w obu przypadkach). W przeciwieństwie do nich wysoki poziom aktywności fizycznej osiąga 54% uczniów badanych przez Piątkowską i wsp. [33], a umiarkowany – 23%.

Na zakończenie niniejszych, odnoszących się do badań i przeglądu wybranych pozycji piśmiennictwa krajowego i zagranicznego, rozważań dotyczących form aktywności fizycznej różnych grup zawodowych można

stwierdzić, że cywilizacja konsumpcji jest zjawiskiem złożonym. Z jednej strony niesie z sobą postęp – najnowsze osiągnięcia nauki i techniki, z drugiej zaś ograniczenia – nadmiar informacji i środków jej przekazu, izolacji człowieka od środowiska naturalnego i hipokinezy. Stwarza także sztuczne, pobudzone przez reklamę potrzeby, wzory życia nastawione na hedonizm, ekscytację, doświadczanie przyjemności za wszelką cenę. Dla wielu grup zawodowych nie jest taką przyjemnością niestety wysiłek fizyczny, ale wręcz odwrotnie – fizyczna pasywność. Lęk przed zmęczeniem, przed ruchem w trudniejszych warunkach, przed udziałem w świadomym hartowaniu własnego ciała to zjawiska powszechne nie tylko wśród dorosłej części społeczeństwa, ale i wśród młodzieży. Niestety ulegają mu również ludzie bardzo dobrze wykształceni, w tym przedstawiciele zawodów wzorcotwórczych, jak nauczyciele, lekarze i aktorzy. Z badań prowadzonych przez Polskie Stowarzyszenie Naukowe Animacji Rekreacji i Turystyki oraz z analizy piśmiennictwa polskiego i obcojęzycznego przedstawionego w niniejszym studium wynika, że dla szerszego włączenia naszego społeczeństwa w życie sportowo-rekreacyjne potrzebne są działania na wielu szczeblach. Konieczna jest współpraca władz lokalnych i państwowych, szkół, jednostek kultury fizycznej, Kościoła oraz przywołanych grup wzorcotwórczych. Ich wysiłki powinny być wspierane przez inne środowiska, np. związane z medycyną i zdrową żywnością, transportem, urbanistyką, przez środowiska pracy i otoczenia, a także przez bezpieczeństwo publiczne i media. W dzisiejszej cywilizacji wizyjnej świadomość społeczna jest coraz wyraźniejszym terenem działania specjalistów. Kształtowanie przez środki masowego przekazu stanu świadomości społecznej prowadzącej do aktywnego uczestnictwa w kulturze fizycznej wydaje się rzeczą naturalną i konieczną. Celem tych działań jest promocja racjonalnego, regularnego wysiłku fizycznego – jako nieodłącznego elementu zdrowego stylu życia każdego z nas, niezależnie od wieku, płci i miejsca zamieszkania. Mała aktywność fizyczna (siedzący styl życia) należy do najbardziej rozpowszechnionych czynników ryzyka chorób układu krążenia i innych chorób przewlekłych, dlatego niezbędne wydaje się systematyczne monitorowanie poziomu aktywności fizycznej różnych grup społeczno-zawodowych. Konieczne są powtarzalne badania (obiektywne metody pomiaru, takie jak czujniki ruchu i kwestionariusze) informujące o: populacji spełniającej prozdrowotne kryteria aktywności fizycznej; populacji aktywnej fizycznie w czasie wolnym (o ich stylu życia); frakcji osób poruszających się w aktywny sposób; dziennych nawykach aktywności fizycznej (o intensywności, częstotliwości, czasie jej trwania);

poziomie aktywności fizycznej i sprawności (*health-related fitness*) populacji, w tym określonych podgrup.

W Polsce istnieje pilna konieczność wdrożenia do codziennej praktyki wyników badań naukowych wskazujących na korzystne efekty regularnego wysiłku fizycznego. Być może, będzie to miało wpływ na indywidualne, samodzielne, świadome i wysoce twórcze włączenie kultury fizycznej do systemu wartości i stylu życia zarówno jednostki, jak i całego społeczeństwa.

Piśmiennictwo

1. Grabowski H. Teoria fizycznej edukacji. Warszawa: WSiP; 1999.
2. Drabik J. Aktywność fizyczna w treningu zdrowotnym osób dorosłych. Cz. 2. Gdańsk: AWF; 1996. 9 i 25.
3. Morris JN, Heady JA, Raffle PA, Roberts CG, Parks JW. Coronary heart disease and physical activity of work. *Lancet*. 1953; 2: 1053–1057.
4. Haskell WL. Dose-Response Issues in Physical Activity, Fitness, and Health. W: Bouchard C, Blair SN, Haskell WL (red.). *Physical Activity and Health*. Champaign: Human Kinetics; 2006. 303–317.
5. Drygas W, Jegier A. Zalecenia dotyczące aktywności ruchowej w profilaktyce chorób krążenia, http://umed.pl/geriatria/pdf/Zalecenia_dotyczace_aktywnosci_ruchowej_w_profilaktyce_chorob_ukladu_krazenia.pdf (data dostępu: 15.05.2014).
6. General Physical Activities Defined by Level of Intensity, http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/pdf/PA_Intensity_table_2_1.pdf. Za: Wytyczne UE dotyczące aktywności fizycznej, http://ec.europa.eu/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_pl.pdf.
7. Szewczyński J, Skrodzka Z. Higiena żywienia. Warszawa: PZWŁ; 1994.
8. Leon AS, Connett J, Jacobs Jr DR, Rauramaa R. Leisure-time physical activity levels and risk of coronary heart disease and death: the Multiple-Risk Factor Intervention Trial. *JAMA*. 1987; 258 (17): 2388–2395, <http://JournaloftheAmericanMedicalAssociation.amaassn.org/cgi/reprint/248/17/2388.pdf> (data dostępu: 14.04.2014).
9. Drygas W, Kostka T, Jegier A, Kuński H. Long-term effects of different physical activity models on coronary heart disease risk factor in middle-aged men. *Int J Sports Med*. 2000; 21: 235.
10. Paffenbarger RS, Hyde RT, Wing AL, Lee IM, Jung DL, Kampert JB. The association of changes in physical activity level and other life style characteristics with mortality among men. *N Engl J Med*. 1993; 328: 538–545.
11. Haapanen N, Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M. Characteristics of Leisure Time Physical Activity Associated with Decreased Risk of Premature All-Cause and Cardiovascular Disease Mortality in Middle-aged Men. *Am J Epidemiol*. 1996; 143, 9: 870–880.
12. Ainsworth BE, Haskell WL, Leon AS, Jacobs DR Jr, Montoye HJ, Sallis JF, Paffenbarger RS Jr. Compendium of physical activities: Classification of energy costs of human physical activities. *Med Sci Sports Exerc*. 1993; 25: 71–80.
13. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, Buchner D, Ettinger W, Heath GW, King AC et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*. 1995; 273: 402–407.
14. Blair S, Cheng Y, Holder J. Is physical activity or physical fitness more important in defining health benefits? *Med Sci Sports Exerc*. 2001; 33 suppl: 379.
15. Karvonen MJ, Kentala E, Mustala O. The effects of training on heart rate: a longitudinal study. *Ann Med Exp Biol Fenn*. 1957; 35 (3): 307–315.
16. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA et al. Physical activity and public health: Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc*. 2007; 39 (8): 1423–1434.
17. World Health Organization: Global recommendations on physical activity for health 2010, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf (data dostępu: 14.04.2014).
18. Jegier A, Satsiołek D. Skuteczna dawka aktywności ruchowej w prewencji pierwotnej chorób układu krążenia i promocji zdrowia. *Med Sport*. 2001; 5 (2): 109–118.
19. Tudor-Locke CE, Meyers AM. Methodological considerations for research and practitioners using pedometers to measure physical (ambulatory) activity. *Res Q Exerc Sport*. 2001; 72: 1–12.
20. Tudor-Locke CE, Bassett Jr. DR. How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. *Sports Med*. 2004; 34: 1–8.
21. Drygas W, Bielecki W. Stan zdrowia, postawy i zachowania zdrowotne mieszkańców Łodzi. Raport z badań wykonanych w ramach programu CINDI WHO. Łódź; 2002.
22. The Global Tobacco Surveillance System. The Global Tobacco Surveillance System Collaborative Group. *Tobacco Control*. 2004; 15: 1–3.
23. Martinez-Gonzales MA, Varo JJ, Santos JL, Irala J, Gibney M, Kearney J, Martinez JA. Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. *Med Sci Sports Exerc*. 2001; 33: 1142–1145.
24. Uczestnictwo Polaków w sporcie w 2008 r., http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/kts_Uczestnictwo_pol_w_sporcie_w_2008r.pdf (data dostępu: 15.05.2014).
25. Charzewski J. Aktywność sportowa Polaków. Warszawa: AWF; 1997. 44–46.
26. Alejski W. Aktywność turystyczna elit finansowych w Polsce (wstępny raport z badań). W: J Wyrzykowski J (red.). *Studia nad czasem wolnym mieszkańców dużych miast Polski i jego wykorzystaniem na rekreację ruchową i turystykę*. Wrocław: AWF; 2000. 36.
27. Cybulska A. O aktywności fizycznej Polaków. Komunikat z badań CBOS BS/23/2003, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2003/K_023_03.PDF (data dostępu: 15.05.2014).
28. Rady M, Sabbour SM. Behavioral risk factors among physicians working at Faculty of Medicine – Ain Shams University. *J Egypt Public Health Assoc*. 1997; 72: 233–256.
29. Bortz WM. Health Behaviour and Experiences of Physicians. Results of a Survey of Palo Alto Medical Clinic Physicians. *West J Med*. 1992; 156: 50–51.
30. Frank E, Schelbert KB, Elon L. Exercise Counseling and Personal Exercise Habits of US Women Physicians. *J Am Med Womens Assoc*. 2003; 58 :178–184.
31. Kiełbasiewicz-Drozdowska I, Wiza A. Rekreacja ruchowa nauczycieli, potrzeby – motywy – korzyści. Raport z badań. W: Dąbrowski A (red.). *Uczestnictwo Polaków w rekreacji ruchowej i jego uwarunkowania*. Warszawa: AWF; 2003. 96–105.

32. Mattingly MJ, Bianchi SM. Gender Differences in the Quantity and Quality of Free Time: The US Experience. Soc Forces. 2003; 81: 999–1003.
33. Piątkowska M, Pec K, Smoleń-Jajeńska Z. Uczestnictwo młodzieży ponadgimnazjalnej w różnych obszarach aktywności ruchowej. Wychow Fiz Zdr. 2008; 6: 38.

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. Mariana Smoluchowskiego 11

60-179 Poznań

tel.: 61 861 22 54

e-mail: rasinska@ump.edu.pl

Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

■ PODSTAWY PRAWNE REALIZACJI PRAW PACJENTA MAŁOLETNIEGO PRZEZ PODMIOTY LECZNICZE

THE LEGAL BASIS FOR IMPLEMENTING THE RIGHT OF A JUVENILE PATIENT BY THE ENTITIES PROVIDING HEALTH SERVICES

Monika Urbaniak

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

STRESZCZENIE

Przepisy powszechnie obowiązującego prawa uznają prawo pacjenta małoletniego, który ukończył 16 rok życia, do podejmowania decyzji dotyczących procesu leczenia. Obecne rozwiązania prawne dotyczące praw pacjenta małoletniego cechuje brak spójności przede wszystkim w zakresie określania granicy wieku, od ukończenia którego małoletni pacjent może współuczestniczyć w procesie leczenia. Podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych są w szczególności odpowiedzialne za ochronę praw pacjenta, w tym pacjenta małoletniego. Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta prawa pacjenta nie mogą podlegać ograniczeniom, za wyjątkiem sytuacji zależących od decyzji kierownika podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (lub upoważnionego przez niego lekarza) obejmujących przypadki wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku prawa do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu.

SŁOWA KLUCZOWE: pacjent, małoletni, prawa pacjenta, podmiot leczniczy, świadoma zgoda.

ABSTRACT

The provisions of common law acknowledge the right of a juvenile patient who has turned 16, to make decisions about the treatment process. Current legislation concerning the rights of a juvenile patient is characterized by a lack of consistency, especially when defining the boundary of a juvenile patient's age, reaching which, allows such a patient to participate in the treatment process. Entities providing health services are particularly responsible for protecting the rights of a patient, including a juvenile patient. According to the law on the rights of a patient and the Patient's Rights Proponent, patient's rights cannot be restricted, except for the situations belonging to the decision of the head of the entity providing health services (or a physician authorized by the head), including cases of epidemic risk or connected with health safety of patients, and in case of the right to personal, phone or letter contact with other persons, also with regard to the organizational capacity of the entity.

KEYWORDS: patient, juvenile, patient's rights, entities providing health services, aware consent.

Osoba małoletnia jest pacjentem, który może korzystać z prawa do autonomii. Ochrona zdrowia i praw pacjenta małoletniego powinna stanowić jedno z podstawowych zadań podmiotów leczniczych udzielających świadczeń małoletnim świadczeniobiorcom. Co do zasady przepisy powszechnie obowiązującego prawa uznają to prawo w stosunku do pacjenta, który ukończył 16 rok życia, a nie jest jeszcze pacjentem pełnoletnim, jednakże dopuszcza się możliwość współdecydowania o sposobie leczenia również przez osoby młodsze. Zasadniczo decyzję wraz z pacjentem małoletnim podejmują lekarze i jego rodzice (opiekunowie prawni), ale współczesne rozwiązania prawne pozwalają na aktywne uczestnictwo osób małoletnich w decydowaniu o procesie leczenia.

Zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [1] przestrzeganie praw pacjenta, w tym również pacjenta ma-

łoletniego, stanowi obowiązek organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów leczniczych, udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W szczególności zadania te obejmują tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu, oraz finansowanie, w tym także w trybie i na zasadach określonych ustawą o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych [2].

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie podstaw prawnych realizacji praw pacjenta małoletniego przez podmioty lecznicze. Obecne rozwiązania

prawne dotyczące praw pacjenta małoletniego cechuje brak spójności przede wszystkim w zakresie określania granicy wieku, od ukończenia którego małoletni pacjent może współuczestniczyć w procesie leczenia. W szczególności w literaturze przedmiotu zajmowane jest stanowisko, że ustawowa granica wieku – 16 lat – została ustanowiona zbyt wysoko, biorąc pod uwagę fakt, że ograniczoną zdolność do czynności prawnych nabywa się w momencie ukończenia 13 roku życia [3]. Problem ten był sygnalizowany przez Rzecznika Praw Obywatelskich, a także stanowił przedmiot rozważań Trybunału Konstytucyjnego. We wniosku skierowanym do Trybunału Rzecznik Praw Obywatelskich podnosił, że dzieci powinny współdecydować – wcześniej i w stopniu odpowiednim do wieku – o realizacji przysługujących im, jako pacjentom, praw. W wyroku z dnia 11 października 2011 roku [4], dotyczącym zagadnień współdecydowania przez małoletniego o procesie leczenia po ukończeniu przez niego 16 roku życia, Trybunał uznał jednak, że zaskarżone przepisy nie uszczuplają praw małoletnich pacjentów.

Pacjent małoletni, którym jest małe dziecko (niemowlę czy też dziecko w wieku przedszkolnym) nieposiadające zdolności do czynności prawnych (poniżej 13 roku życia), nie ma zdolności do samodzielnego podejmowania decyzji odnośnie stanu swego zdrowia i leczenia. Z kolei dzieci starsze mające określony stopień dojrzałości psychicznej i świadomości mogą samodzielnie podejmować decyzje dotyczące ich leczenia czy też uczestniczyć w procesie współdecydowania o leczeniu. Ustawodawca uznał, że dojrzałość pozwalająca na decydowanie przez dziecko w tak istotnej sprawie, jaką jest jego zdrowie, osiągnięta jest przez osobę małoletnią, która ukończyła 16 rok życia. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry wprowadza odrębną kategorię osób małoletnich, którzy ukończyli 16 rok życia, a nie osiągnęli jeszcze pełnoletniości, wyposażając małoletniego w częściową kompetencję do decydowania o sobie [5]. Zauważyć należy, że w miarę dojrzewania dziecka zmniejsza się zakres uprawnień rodziców względem niego, albowiem stopniowo może ono wykonywać coraz więcej praw samodzielnie, w tym również podejmować decyzje dotyczące swego leczenia [6].

Zgodnie z art. 68 ust. 3 Konstytucji RP [7] władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Konstytucja podkreśla w ten sposób obowiązek szczególnego działania wobec tych kategorii osób [8]. Polegać ma ono przede wszystkim na tworzeniu i finansowaniu poradni specjalistycznych dla dzieci i kobiet oraz tworzeniu szczególnych warunków dla osób niepełnosprawnych i starszych [9]. Norma wynikająca z art. 68 Konstytucji

formułuje zasady polityki państwa w zakresie ochrony zdrowia, pojmując je jako obowiązek władz publicznych zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej, promocję zdrowego trybu życia oraz eliminowanie zagrożeń [10]. Z art. 72 ust. 3 Konstytucji wynika ponadto obowiązek organów władzy publicznej oraz osób odpowiedzialnych za dziecko do wysłuchania i w miarę możliwości uwzględnienia zdania dziecka w toku ustalania jego praw. Zgodnie z art. 48 ust. 1 zdanie drugie Konstytucji wychowanie powinno uwzględniać stopień dojrzałości dziecka, a także wolność jego sumienia i wyznania oraz jego przekonania.

Prawo dzieci do szczególnej opieki zdrowotnej gwarantowane jest ponadto poprzez przepis art. 9 ust. 3 Konwencji o prawach dziecka [8]. Zobowiązuje ona państwa-strony w szczególności do: zmniejszenia śmiertelności wśród noworodków i dzieci, zwalczania chorób i niedożywienia, udzielenia koniecznej pomocy oraz opieki zdrowotnej wszystkim dzieciom, zapewnienia matkom właściwej opieki zdrowotnej w okresie przed i po urodzeniu dziecka, zapewnienia rodzicom i dzieciom dostępu do informacji i oświaty zdrowotnej oraz rozwoju profilaktycznej opieki zdrowotnej, poradnictwa w zakresie planowania rodziny. Ponadto z art. 12 Konwencji o prawach dziecka wynika, że dziecku, które jest zdolne do kształtowania własnych poglądów, należy zapewnić prawo do swobodnego ich wyrażania we wszystkich dotyczących go sprawach, przyjmując te poglądy z należytą uwagą, stosownie do wieku oraz dojrzałości dziecka. Zauważyć należy, że Konwencja nie określa wieku, od którego dziecko nabywa to prawo, i nie zachęca państw-sygnatariuszy do ustanowienia takiej granicy wiekowej [6]. Warto zauważyć, że również Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie (tzw. Konwencja z Oviedo) w art. 6 ust. 2 odnosi się do kwestii autonomii pacjenta małoletniego. Zgodnie z tym przepisem jeśli małoletni nie ma zdolności do udzielenia zgody na leczenie, to w jego imieniu decyzję podejmuje jego przedstawiciel lub organ, osoba lub instytucja ustanowiona przez prawo, jednak opinia małoletniego powinna być uwzględniana w stopniu proporcjonalnym do jego wieku i dojrzałości psychicznej.

Z art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [11] wynika prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia. Z punktu widzenia interesów pacjenta i osób wykonujących zawód medyczny informacja stanowi element umożliwiający pacjentowi polepszenie znajomości samego siebie, otoczenia oraz przeprowadzenie celowego działania, którego efektem będzie świadome i racjonalne wyrażenie zgody (lub jej odmowa) [12]. Z kolei zgodnie z art. 9 ust. 2 ustawy pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel

mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Pacjent, który nie ukończył 16 roku życia, ma prawo do informacji, ale w węższym zakresie, potrzebnym do prawidłowego przebiegu udzielania świadczeń zdrowotnych [13]. Podkreślić należy, że informacja przekazywana pacjentowi małoletniemu powinna uwzględniać jego stopień dojrzałości intelektualnej i emocjonalnej i zwiążaną z tym możliwość zrozumienia informacji. Osobą małoletnią jest osoba poniżej 18 roku życia, z tym że ustawa posługuje się sztywnym kryterium wieku pacjenta małoletniego, wyznaczając je na wiek 16 lat. Zgodnie z ogólną zasadą wyrażoną w art. 17 ustawy o prawach pacjenta pacjent, w tym również małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza.

Według art. 32 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry zgoda przedstawiciela ustawowego jest wymagana na wykonanie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego. W przypadku, w którym pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. Pamiętać należy, że wykonanie interwencji medycznej bez zgody osoby małoletniej delegalizuje to działanie i może powodować powstanie odpowiedzialności cywilnej osób wykonujących zawody medyczne [14].

Zasadą jest, iż do ukończenia przez małoletniego pacjenta 16 lat zgodę wyraża jego przedstawiciel ustawowy. Z kolei po ukończeniu przez osobę małoletnią 16 roku życia, a przed ukończeniem 18 roku życia, prawo respektuje jej autonomię, albowiem powinna ona wyrazić tzw. zgodę kumulatywną (łączną) wraz z podmiotem uprawnionym (obejmuje to również prawo do wyrażenia sprzeciwu). Zgoda taka stanowi element wzmocnienia ochrony autonomii praw pacjenta [15]. Uzasadnieniem takiego rozwiązania jest respektowanie jak najwcześniej, tj. po osiągnięciu przez osobę stosownej dojrzałości lub odpowiedniego rozeznania, woli człowieka dotyczącej tego, co się dzieje z jego ciałem [16]. Jeśli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, wówczas konieczna jest zgoda sądu opiekuńczego. Ogólna zasada wyrażania zgody przez osobę małoletnią, zawarta w ustawie o zawodach lekarza, uzależniająca podejmowanie czynności medycznych wyłącznie od ukończenia przez pacjenta małoletniego 16 roku życia, może okazać się w konkretnych przypadkach niewystarczająca, co prowadzi do konkluzji, iż zasadnym byłoby przyjęcie

granicy ukończenia 13 lat przez pacjenta małoletniego, pozwalającej na respektowanie jego autonomii [17].

Kompetencja do wyrażenia zgody przez małoletniego powyżej 16 roku życia dotyczy małoletnich, którzy spełniają wymóg faktycznej zdolności świadomego wyrażenia zgody. Jeśli nie jest on w stanie jej wyrazić, to wymagana jest zgoda przedstawiciela ustawowego [18]. Zgoda pacjenta małoletniego jest wymagana na wszystkie zabiegi chirurgiczne, a także metody leczenia i diagnostyki, które stwarzają podwyższone ryzyko dla pacjenta, przy czym przepisy nie doprecyzowują, czy dotyczyć ona musi wszystkich możliwych zabiegów chirurgicznych, czy też wyłącznie tych, które mogą się okazać potencjalnie konieczne u danego pacjenta w związku z wykonywaną u niego diagnostyką [19].

Od przyjętej przez ustawodawcę konstrukcji prawnej zawartej w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, uprawniającej pacjenta małoletniego do decydowania o sobie po ukończeniu 16 roku życia, istnieją pewne odstępstwa w innych aktach normatywnych rangi ustawowej, określających udział pacjenta małoletniego w szczególnych procedurach medycznych. Zwrócić tutaj należy uwagę na niekonsekwencję ustawodawcy przy posługiwaniu się kryterium wieku pacjenta małoletniego, jako osoby współdecydującej o leczeniu [20]. Wskazać również trzeba na wieloznaczność rozumienia pojęcia osoby przed ukończeniem 18 roku życia w różnych gałęziach prawa; padają tu terminy: małoletni, nieletni, młodociany czy niepełnoletni. Podkreślić należy, że inne gałęzie prawa posługują się tymi pojęciami w innym znaczeniu, zbliżonym do potocznego i utrwalonym w tradycji, jako granica dorosłości i ukończenia 18 roku życia [21].

W ściśle określonych przypadkach przepisy prawa powszechnie obowiązującego obniżają kryterium wieku, w którym małoletni ma prawo uczestniczyć w procesie decyzyjnym dotyczącym podejmowanych czynności medycznych. Z art. 4a ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży [22] wynika, że do skorzystania z prawa do przerywania ciąży wymagana jest pisemna zgoda kobiety. Z kolei w przypadku małoletniej lub kobiety ubezwłasnowolnionej całkowicie wymagana jest pisemna zgoda jej przedstawiciela ustawowego. W przypadku małoletniej powyżej 13 roku życia wymagana jest również pisemna zgoda tej osoby, a w przypadku małoletniej poniżej 13 roku życia wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego. Również niższe kryterium wieku pacjenta małoletniego wynika z art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów [23], zgodnie z którym małoletni może wyrazić zgodę na pobranie od niego szpiku po ukończeniu lat 13. Jeśli chodzi o uczestniczenie przez małoletniego

w eksperymentach medycznych, to może się ono odbywać za pisemną zgodą jego przedstawiciela ustawowego. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry w art. 25 ust. 2 określa, że jeżeli małoletni ukończył 16 lat lub nie ukończył 16 lat i jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie swego uczestnictwa w eksperymencie, konieczna jest również jego pisemna zgoda.

Informacje dotyczące naruszenia przestrzegania praw pacjenta małoletniego oraz poziomu udzielanych mu świadczeń przez podmioty lecznicze znajdują się w sprawozdaniach Rzecznika Praw Obywatelskich i Rzecznika Praw Pacjenta. W corocznych sprawozdaniach Rzecznika Praw Pacjenta, dotyczących przestrzegania praw pacjentów na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wielokrotnie podnoszono problem naruszania praw pacjenta małoletniego. W szczególności naruszenia dotyczyły prawa do poszanowania intymności i godności, prawa do informacji, a także prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Również ze skarg kierowanych do Rzecznika Praw Dziecka wynika, że naruszane są prawa pacjenta małoletniego, w szczególności dotyczące prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Wynika ono wprost z art. 34 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Prawo to jest często naruszane poprzez nieuzasadnioną odmowę pobytu rodziców w szpitalu czy też zabronienie, pod pretekstem zakończenia czasu odwiedzin, osobom bliskim pobytu z dzieckiem w szpitalu w porze nocnej. Podkreślić należy, że podmiot leczniczy nie może ograniczać prawa pacjenta do dodatkowej opieki. Zdaniem Rzecznika odmowa obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych powinna być warunkowana wyłącznie czynnikami obiektywnymi, uzasadniającymi odmowę na podstawie przesłanek wystąpienia zagrożenia epidemicznego oraz bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta, o których mowa w art. 21 ust. 2 ustawy [24]. Wydaje się, że niezgodne z Konstytucją jest wprowadzanie przez szpitale dodatkowego obciążenia finansowego osób ubezpieczonych poprzez formułowanie odpowiednich zapisów w regulaminach wewnętrznych [25]. Na uwagę zasługuje również zróżnicowana w zależności od podmiotu leczniczego wysokość tychże opłat. W sytuacji uiszczania przez rodziców składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne nie powinni oni dodatkowo być obciążani przez szpitale opłatami za pomoc w procesie leczenia dziecka. Innym wskazywanym przez Rzecznika problemem jest dostęp do pomocy medycznej udzielanej w trybie pilnym, w godzinach nocnych, spowodowany przede wszystkim brakiem rozdziału kompetencji pomiędzy pionem ratownictwa medycznego a strukturami nocnej pomocy lekarskiej. Z powodu stałego rozwoju technologii medycznych wzrastają koszty udzielanej opieki zdrowotnej, co dotyka

również osób małoletnich. Obserwuje się trudności dotyczące pokrycia przez pacjenta kosztów leczenia lekami nieznanymi się w wykazie leków refundowanych, a także długi czas oczekiwania na zabiegi medyczne. W zakresie praw pacjenta psychiatrycznego w zamkniętym leczeniu psychiatrycznym zaobserwowano wiele naruszeń przysługujących pacjentom praw, a obejmujących w szczególności obowiązek wykonywania przez małoletnich prac porządkowych, polegających na sprzątaniu pomieszczeń, na rzecz ośrodka internacji.

Co do zasady prawa pacjenta nie mogą podlegać ograniczeniom. Art. 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprowadza możliwość ograniczenia możliwości korzystania z praw pacjenta wyłącznie w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku prawa do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu. Decyzję w tym zakresie podejmuje kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz. Ograniczenie dotyczące korzystania z praw pacjenta nie może zostać dokonane na mocy innej podstawy prawnej, np. regulaminu porządkowego [26]. Podkreślić należy, że ustawa w wyjątkowych sytuacjach wprowadza możliwość ograniczania praw pacjenta, a nie ich całkowitego pozbawienia [2].

Podstawowym warunkiem legalności zabiegów medycznych wykonywanych na pacjentach małoletnich, podobnie jak w przypadku osób dorosłych, jest zgoda udzielona przez pacjenta lub też zgoda innej osoby uprawnionej. Podstawowe rozwiązania dotyczące ochrony praw pacjenta małoletniego wynikają z przepisów Konstytucji, które rozwinięte zostały przez właściwe przepisy ustaw zwykłych. Z analizy danych zebranych zarówno przez RPO, jak i Rzecznika Praw Dziecka wynika, że stan przestrzegania przez podmioty lecznicze podstawowych praw pacjenta w ostatnich kilku latach uległ znacznej poprawie, jednakże nadal budzi pewne zastrzeżenia. Dotyczą one w szczególności ograniczeń w sferze życia prywatnego w niektórych podmiotach leczniczych – utrudnień kontaktów z osobami bliskimi małoletniemu czy też ograniczonej dostępności do świadczeń w określonych programach terapeutycznych.

Przestrzeganie praw pacjenta małoletniego przez podmioty lecznicze warunkowane jest przede wszystkim wiedzą personelu medycznego dotyczącą specyfiki postępowania z pacjentem małoletnim. Pamiętać należy, że zawinione naruszenie praw pacjenta może powodować odpowiedzialność odszkodowawczą na podstawie art. 448 k.c. W szczególności istotne jest pogłębienie świadomości personelu dotyczącej zdolności

pacjenta małoletniego do wyrażania zgody na określone świadczenia, z zastrzeżeniem, że granica ta jest różna w zależności od przedmiotu czynności medycznej, na którą małoletni wyraża zgodę. Sformułowana w przepisach prawa powszechnego regulacja dotycząca wyrażania zgody przez pacjenta małoletniego zasługuje na aprobatę, przy czym podnieść należy, iż ze względu na szczególny podmiot (dziecko) wyrażający zgodę na świadczenia, a także złożoność problematyki zasadnym jest stała edukacja personelu medycznego w zakresie obowiązujących regulacji prawnych dotyczących zdolności wyrażania zgody przez pacjentów małoletnich. Ze względu na rozproszenie przepisów dotyczących statusu małoletniego, a co za tym idzie – zróżnicowania kryterium wieku, od którego małoletni może uczestniczyć w podejmowaniu tych decyzji, jest to szczególnie istotne.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz.U. z 2012 r. Nr 159 t.j.
2. Karkowska D. Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Komentarz. Warszawa: Wolters Kluwer; 2012. 37, 331.
3. Jakuszewicz A. Prawo do odmowy zabiegu medycznego ratującego życie ze względu na sprzeciw sumienia. Refleksje prawnoporównawcze (Polska, Hiszpania). Studia z Zakresu Prawa, Administracji i Zarządzania UKW. 2012; 2: 71.
4. Wyrok TK z dnia 11 października 2011 roku, sygn. akt K16/10.
5. Wnukiewicz-Kozłowska A. Małoletni pacjent u lekarza, <http://medium.dilnet.wroc.pl/index.php/kwiecie-2014/476-hipokrates-u-temidy-maoletni-pacjent-u-lekarza> (data dostępu: 5.05.2014).
6. Michałek-Janiczek A. Autonomia małoletniego w zakresie leczenia. Państwo i Prawo. 2009;10: 59, 61.
7. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze zm.
8. Konwencja o Prawach Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. Dz.U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526.
9. Boć J (red.). Konstytucje Rzeczypospolitej oraz komentarz do Konstytucji RP z 1997 roku. Wrocław: Kolonia Limited; 1998. 127.
10. Dercz M. Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia. Warszawa: Municipium; 2005. 24–25.
11. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz.U. z 2012 r., Nr 159 t.j.
12. Rek T. Prawa i obowiązki pacjenta i świadczeniobiorcy. W: Dercz M, Izdebski H, Rek T (red.). Prawo publiczne ochrony zdrowia. Warszawa: Wolters Kluwer; 2013. 286.
13. Jacek A, Ożóg K. Przestrzeganie praw pacjenta przez personel medyczny. Hygeia Public Health. 2012; 3: 266.
14. Śliwka M. Uwagi krytyczne do orzeczenia TK z 11 października 2011 r. dotyczącego leczenia małoletnich pacjentów. Serwis Prawniczy Prawo i Zdrowie, Wolters Kluwer (data dostępu: 5.05.2014).
15. Fiutak A. Prawo w medycynie. Warszawa: C.H. Beck; 2010. 69.
16. Świdarska M. Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. Toruń: Dom Organizatora TNOiK; 2007. 63.
17. Karkowska D. Prawa pacjenta. Warszawa: Dom Wydawniczy ABC; 2004. 331.
18. Augustynowicz A. Problem zgody pacjenta na zabiegi i czynności diagnostyki laboratoryjnej. Diagn Lab. 2012; 1: 89.
19. Rajczyk D, Krzych ŁJ. Prawa pacjentów w kardiologii – charakter prawny oraz zgoda na zabieg medyczny, ze szczególnym uwzględnieniem małoletnich. Kardiolog Torakochir Pol. 2012; 9: 398.
20. Dudzińska A. Zgoda na działanie medyczne. Państwo i Prawo. 2009; 11: 70–71.
21. Patryn R. Trudności interpretacyjne pojęcia „pacjent małoletni” w prawie medycznym. Prawo i Medycyna. 2010; 3: 74–79.
22. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Dz.U. z 1993 r. Nr 17, poz. 78 ze zm.
23. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Dz.U. Nr 169, poz. 1411 ze zm.
24. http://www.bpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/bip/sprawozdania_roczne/sprawozdanie2012.pdf, 31 (data dostępu: 8.05.2014).
25. Urbaniak M. Aspekty prawne prawa pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Zdr Publ. 2008; 1: 96.
26. Paszkowska M. Prawa pacjenta w szpitalu. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie. 2011; 1: 127.

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:

Monika Urbaniak
ul. Mariana Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań
tel.: 61 861 22 50
e-mail: monika.urbania@ump.edu.pl
Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

OCHRONA ZDROWIA DZIECI PRZED NASTĘPSTWAMI PALENIA TYTONIU I ALKOHOLIZMU

PROTECTING HEALTH CHILDREN FROM SMOKING AND ALCOHOL

Joanna Zdanowska, Jolanta Sielska, Eliza Dąbrowska

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

STRESZCZENIE

Nie tylko czynne, ale również bierne palenie jest groźne dla zdrowia, szczególnie gdy dotyczy dzieci. Nadmierne spożycie alkoholu wpływa natomiast negatywnie na życie rodzinne. Ochrona dzieci przed negatywnymi zdrowotnymi skutkami palenia tytoniu i alkoholizmu jest zadaniem nie tylko dla ich opiekunów prawnych, ale również dla państwa. W tym celu niezbędne było stworzenie odpowiednich regulacji prawnych, przedstawionych w niniejszej pracy.

SŁOWA KLUCZOWE: palenie tytoniu, alkoholizm, dziecko, ochrona.

ABSTRACT

Not only active but also passive smoking is dangerous for health, especially when children are involved. Excessive alcohol consumption has also negative impact on family life. Protecting children from negative consequences of smoking and alcohol consumption is a task not only for its legal guardians but also for the state itself. It was necessary to create proper legal regulations, presented in this paper.

KEYWORDS: smoking, alcoholism, child, protection.

Wstęp

Palenie tytoniu jest jedną z podstawowych przyczyn przedwczesnej umieralności w Polsce. Nie tylko czynne, ale również bierne palenie jest groźne dla zdrowia, zwłaszcza gdy dotyczy niemowląt i małych dzieci [1]. Natomiast nadmierne spożycie alkoholu wpływa negatywnie na życie rodzinne. Dla dziecka często jest źródłem traumatycznych przeżyć. Ochrona dzieci przed skutkami palenia tytoniu i alkoholizmu jest zadaniem nie tylko opiekunów prawnych, ale również państwa. W tym celu niezbędne są więc tworzenie i przestrzeganie odpowiednich regulacji prawnych.

Celem niniejszej pracy było wskazanie rozwiązań prawnych mających chronić dzieci przed zdrowotnymi konsekwencjami palenia tytoniu i nadmiernego spożycia alkoholu.

Ochronę przed narażeniem wbrew swojej woli m.in. na skutki biernego palenia i alkoholizmu zapewniają akty prawa zarówno międzynarodowego, jak i krajowego. Art. 3 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka [2] zakłada, że każdy człowiek ma prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa. Nadto art. 25 gwarantuje mu oraz jego rodzinie prawo do poziomu życia zapewniającego zdrowie i dobrobyt. W odniesieniu do dzieci istotne znaczenie ma Konwencja o Prawach Dziecka [3], która w art. 3 ust. 2 zakłada, że państwa-strony będą podejmowały działania na rzecz zapewnienia dziecku ochrony i opieki w takim stopniu, w jakim jest to nie-

zbędne dla jego dobra. Ponadto uznaje prawo dziecka do najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej. Państwa-strony zobowiązały się dążyć do zapewnienia każdemu dziecku prawa dostępu do tego rodzaju opieki zdrowotnej (art. 24 Konwencji). Warto również dodać, że w Konwencji zadeklarowano podejmowanie działań mających na celu ochronę dziecka przed wszelkimi formami przemocy fizycznej bądź psychicznej, krzywdy lub zaniechania, złego traktowania albo wyzysku. W przypadku niewłaściwego traktowania dzieci Konwencja dopuszcza możliwość wystąpienia do sądu opiekuńczego z wnioskiem o ograniczenie lub odebranie władzy rodzicielskiej (art. 19 Konwencji).

Również Konstytucja RP przewiduje w art. 68 prawo do ochrony zdrowia i nakłada jednocześnie na władze publiczne obowiązek zapewnienia szczególnej opieki m.in. dzieciom i kobietom ciężarnym [4].

Ochrona przed następstwami palenia tytoniu

Jak wynika z badań przedstawionych w Globalnym sondażu dotyczącym używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS) [5] w Polsce codziennie pali papierosy 33,5% dorosłych mężczyzn (5,2 miliona) i 21% dorosłych kobiet (3,5 miliona). Nadto ponad milion osób przyznaje się do okazjonalnego palenia tytoniu (około 3,3% obu płci). Po papierosy sięgają również małoletni. Co 12 osoba w wieku 15–19 lat przyznaje się do palenia

papierosów codziennie, natomiast prawie 5% osób pali okazjonalnie [6]. Choć z doniesień Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że w ciągu ostatnich 30 lat w Polsce zmniejszyła się liczba palaczy, to jednak palenie nadal pozostaje jedną z podstawowych przyczyn zgonów.

Zarówno czynne, jak i bierne palenie tytoniu powoduje zwiększoną zachorowalność przede wszystkim na choroby nowotworowe oraz zawały serca. Badania wskazują, że u osób mieszkających z palaczami zagrożenie zawałem serca jest większe nawet o 25% [7]. Obecnie w Polsce 28% osób dorosłych niepalących jest narażonych na dym tytoniowy w domu [5].

Szczególnie niebezpieczne jest palenie tytoniu przez kobiety w ciąży oraz w obecności małych dzieci. W przypadku ciężarnych dym z papierosa, przenikając przez łożysko, może spowodować zahamowanie rozwoju i niedotlenienie płodu, zaburzenia funkcji mózgu płodu oraz powstanie wad wrodzonych. U noworodków, których matki miały kontakt z dymem tytoniowym w czasie ciąży, często obserwuje się niską masę urodzeniową, niedostateczny rozwój funkcji płuc, znaczną podatność na zachorowania na choroby układu oddechowego, astmę, przewlekłe choroby ucha środkowego, a także zespół nagłego zgonu niemowlęcia [8]. W przypadku dzieci starszych bierne palenie powoduje podrażnienia układu oddechowego, alergię oraz osłabienie sprawności płuc [9]. Nadto bierni palacze mogą odczuwać niedogodności takie jak bóle głowy czy łzawienie oczu. Szacunkowo przyjmuje się, że w Polsce biernymi palaczami są mniej więcej 3 miliony dzieci [10], a najczęściej są one narażone na ekspozycję na dym tytoniowy w domu. Niepokojący jest fakt, że wielu niepalących nie zdaje sobie sprawy z negatywnych konsekwencji wdychania dymu tytoniowego zarówno dla siebie samych, jak i ich dzieci. Jak wynika z badań CBOS przeprowadzonych w 2012 roku 55% mężczyzn i 37% kobiet biorących udział w badaniu nie miało nic przeciwko przebywaniu w towarzystwie osób palących [11].

Styl życia, a w tym zachowania zdrowotne zaczynają kształtować się już w okresie dzieciństwa pod wpływem obserwacji oraz wzorców przekazywanych przez rodzinę, rówieśników czy środki masowego przekazu. Często palenie tytoniu przez dzieci jest więc próbą naśladowania osób dorosłych – jest to inna negatywna konsekwencja kontaktu dzieci z osobami palącymi [10].

Na jeszcze inny ważny aspekt zwraca uwagę Stańczyk, a mianowicie wpływ nikotynizmu na wyniki w nauce. W literaturze podaje się, że palący uczniowie (czynni palacze) w porównaniu z niepalącymi mają gorsze wyniki, są mniej pojętni, bardziej roztargnieni i wybuchowi [10].

Choć to przede wszystkim rodzice, opiekunowie i nauczyciele powinni uświadamiać dzieciom negatywne skutki nałogu nikotynowego oraz zapobiegać pale-

niu przez nich – zarówno biernemu, jak i czynnemu – to również państwo, poprzez wprowadzenie odpowiednich regulacji prawnych, powinno chronić biernych palaczy przed szkodliwym wpływem palenia tytoniu.

W Polsce i innych krajach europejskich nie ma możliwości wprowadzenia mechanizmów prawnych, które zabroniłyby palenia. Państwa europejskie starają się jednak ograniczać skutki palenia tytoniu przez swoich obywateli na różne sposoby – w tym poprzez odpowiednie regulacje prawne. Pierwszym aktem prawnym o zasięgu międzynarodowym, przygotowanym i wprowadzonym w celu ochrony obecnych i przyszłych pokoleń przed zdrowotnymi, społecznymi, środowiskowymi i ekonomicznymi niszczycielskimi konsekwencjami palenia tytoniu oraz wdychania dymu tytoniowego, była przyjęta w dniu 1 maja 2003 r. przez państwa członkowskie WHO Ramowa Konwencja Kontroli Rynku Wyrobów Tytoniowych (FCTC) [12]. Do tej pory ratyfikowało ją 177 państw, w tym Polska (w dniu 4 czerwca 2004 r.). Konwencja określiła dokładne cele i zasady prawne, które muszą być przestrzegane przez państwa, które podjęły się wprowadzić w życie jej założenia. W art. 8 Konwencji nałożono na strony obowiązek wprowadzenia efektywnych środków mających na celu ochronę niepalących przed dymem tytoniowym w miejscach publicznych oraz dążenie do osiągnięcia wszechstronnego podejścia do tej kwestii rozumianej jako nieakceptowanie żadnych wyjątków.

Ponadto poszczególne państwa indywidualnie wprowadzają rozwiązania prawne mające służyć ochronie zdrowia biernych palaczy, np. konieczność wydzielenia w odpowiednich miejscach części dla palących i niepalących (obowiązuje m.in. we Francji czy Estonii) oraz zakaz palenia w miejscach publicznych, w tym w barach i restauracjach, który wprowadzono m.in. we Włoszech, Anglii, a także w Polsce.

W Polsce podstawowym aktem prawnym mającym na celu ochronę zdrowia biernych palaczy – zarówno dorosłych, jak i dzieci – jest ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (dalej: u.o.z.t.) [13]. Zgodnie z art. 1 u.o.z.t. obowiązek podejmowania działań zmierzających do ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu nałożono na organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego. Ponadto organy te mogą wspierać w tym zakresie działalność medycznych samorządów zawodowych, organizacji społecznych, fundacji, instytucji i zakładów pracy, a także współdziałać z kościołami i innymi związkami wyznaniowymi.

Ochrona zdrowia przed następstwami używania tytoniu powinna być realizowana w ramach polityki zdrowotnej, ekonomicznej i społecznej, do której należy:

- 1) ochrona prawa niepalących do życia w środowisku wolnym od dymu tytoniowego,
- 2) promocja zdrowia przez propagowanie stylu życia wolnego od nałogu palenia papierosów i używania wyrobów tytoniowych,
- 3) działalność wychowawcza i informacyjna,
- 4) tworzenie warunków ekonomicznych i prawnych zachęcających do ograniczenia używania tytoniu,
- 5) informowanie o szkodliwości palenia tytoniu i zawartości substancji szkodliwych na opakowaniach wyrobów tytoniowych i informacjach o wyrobach tytoniowych,
- 6) obniżanie norm dopuszczalnych zawartości substancji szkodliwych w wyrobach tytoniowych,
- 7) leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych od tytoniu (art. 3 u.o.z.t.).

W celu ograniczenia szkodliwości palenia tytoniu ustawodawca w art. 5 u.o.z.t. określił miejsca, w których palenie jest zabronione. Są to:

- 1) tereny jednostek organizacyjnych systemu oświaty oraz jednostek organizacyjnych pomocy społecznej,
- 2) ogólnodostępne miejsca przeznaczone do zabaw dzieci,
- 3) pomieszczenia obiektów sportowych,
- 4) pomieszczenia obiektów kultury i wypoczynku do użytku publicznego,
- 5) lokale gastronomiczno-rozrywkowe,
- 6) środki pasażerskiego transportu publicznego oraz obiekty służące obsłudze podróżnych,
- 7) przystanki komunikacji publicznej,
- 8) tereny uczelni,
- 9) tereny przedsiębiorstw podmiotów leczniczych i pomieszczenia innych obiektów, w których są udzielane świadczenia zdrowotne,
- 10) pomieszczenia zakładów pracy,
- 11) inne pomieszczenia dostępne do użytku publicznego.

Jednocześnie ustawa dopuszcza możliwość wyznaczenia w niektórych z wyżej wymienionych miejsc palarni przez ich właściciela lub zarządzającego.

Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych wprowadziła również zakaz sprzedaży papierosów osobom, które nie ukończyły lat 18. W razie wątpliwości co do pełnoletności kupującego sprzedawca ma prawo zażądać okazania dokumentu potwierdzającego jego wiek (art. 6 ust. 1 i 1a). W przypadku naruszenia powyższego zakazu na sprzedawcę może zostać nałożona kara grzywny.

Warto dodać, że ustawodawca wprowadził zakaz reklamy wyrobów tytoniowych, zakazał sprzedaży papierosów w systemie samoobsługowym oraz nakazał zamieszczanie na opakowaniach ostrzeżeń przed szko-

dliwością używania tytoniu. Podstawowym celem tych ograniczeń jest ochrona dzieci i młodzieży przed uzależnieniem od tytoniu.

Od 1997 roku polityka mająca na celu ograniczanie palenia tytoniu oraz ochronę osób niepalących była realizowana w ramach następujących programów:

- Programu polityki zdrowotnej i społeczno-ekonomicznej prowadzącej do zmniejszenia konsumpcji tytoniu. Zamierzenia na lata 1997–2000,
- Programu ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce. Cele i zadania na lata 2002–2006,
- Programu ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce. Cele i zadania na lata 2007–2008,
- Programu ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce. Cele i zadania na rok 2009,
- Programu ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce. Cele i zadania na lata 2010–2013.

Obecnie Ministerstwo Zdrowia ogłosiło projekt Programu ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce. Cele i zadania na lata 2014–2018.

W celu ochrony zdrowia dzieci przed następstwami używania tytoniu, poza realizacją założeń ustawy i ww. programu, realizowane są liczne programy profilaktyczne i edukacyjne w przedszkolach i szkołach.

Ochrona przed następstwami alkoholizmu

Nadmierne spożywanie alkoholu może prowadzić do wielu schorzeń, m.in. różnych odmian nowotworów, uszkodzenia wątroby, trzustki, zmian w naczyniach krwionośnych itp. Nadto może powodować zmiany w osobowości (zaburzenia równowagi emocjonalnej, rozdrażnienie, huśtawki nastroju). Około 31% Polaków i 6% Polek nadużywa alkoholu, co oznacza, że pije go w sposób powodujący szkody zdrowotne i społeczne (do grupy tej zalicza się osoby nieuzależnione i uzależnione od alkoholu) [14].

Nadmierne spożycie alkoholu stanowi nie tylko zagrożenie zdrowotne dla samego pijącego, ale wpływa również na jego życie rodzinne. Dla dziecka często jest źródłem wielu traumatycznych przeżyć. Odczuwa ono brak bezpieczeństwa, staje się ofiarą agresji i jest świadkiem wielu konfliktów. Nadto niejednokrotnie zmuszone jest do przejęcia obowiązków osób dorosłych. To wszystko negatywnie wpływa na jego rozwój.

Innym poważnym problemem stanowiącym zagrożenie zdrowotne dla dziecka jest spożywanie alkoholu przez kobiety w trakcie ciąży. Badania matek uzależnionych od alkoholu wykazały, że około 6% urodzonych przez nie dzieci miało specyficzne zaburzenia rozwoju

fizycznego i intelektualnego, zwane alkoholowym zespołem płodowym (FAS). Charakteryzuje się on: zaburzeniami rozwoju wzrostu w okresie prenatalnym i po urodzeniu, zniekształceniami twarzoczaszki, opóźnieniem w rozwoju intelektualnym oraz nadaktywnością [15].

To, jakie wzorce dziecko wynosi z domu, często przekłada się na jego późniejsze zachowanie. Obecnie picie alkoholu przez młodzież to jeden z głównych problemów społecznych. Jak wynika z badań HBSC przeprowadzonych w 2010 roku, do upojenia alkoholowego przyznało się 8% 11-latków, 25% 13-latków, 48% 15-latków i 74% 17-latków. Według ekspertów spożywanie alkoholu stanowi podstawową przyczynę zgonów i inwalidztwa osób w wieku 15–21 lat. Dlatego też polityka zdrowotna państwa w odniesieniu do dzieci i młodzieży powinna prowadzić przede wszystkim do zapobiegania szkodom występującym na skutek używania przez nich alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, a także przeciwdziałania przyszłym szkodom, w tym uzależnieniu, które mogą wystąpić po dłuższym okresie picia [14]. W tym celu konieczna jest edukacja nastolatków wskazująca negatywne skutki picia: fizjologiczne, psychiczne i społeczne.

W Polsce podstawowym aktem prawnym dotyczącym rozwiązywania problemów alkoholowych jest ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (dalej: u.w.t.p.a.) [16]. W art. 1 ustawodawca nałożył na organy administracji rządowej i jednostki samorządu terytorialnego obowiązek m.in. przeciwdziałania powstawaniu i usuwania następstw nadużywania alkoholu, podejmowania działań zmierzających do ograniczania spożycia napojów alkoholowych oraz zmiany struktury ich spożywania, a także wspierania organizacji społecznych, których jednym z celów jest udzielanie pomocy rodzinom osób nadużywających alkoholu.

Zadania w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi wykonywane są poprzez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, w szczególności:

- 1) tworzenie warunków sprzyjających realizacji potrzeb, których zaspokajanie motywuje powstrzymanie się od spożywania alkoholu,
- 2) działalność wychowawczą i informacyjną,
- 3) ustalanie odpowiedniego poziomu i właściwej struktury produkcji napojów alkoholowych przeznaczanych do spożycia w kraju,
- 4) ograniczanie dostępności alkoholu,
- 5) leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych od alkoholu,
- 6) zapobieganie negatywnym następstwom nadużywania alkoholu i ich usuwanie,
- 7) przeciwdziałanie przemocy w rodzinie,
- 8) wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez finansowanie centrów integracji społecznej (art. 2 u.w.t.p.a.).

W celu ochrony młodzieży przed następstwami spożywania alkoholu ustawodawca wprowadził całkowity zakaz sprzedaży i podawania alkoholu osobom poniżej 18 roku życia (art. 15 u.w.t.p.a.). W przypadku wątpliwości co do pełnoletności nabywcy sprzedający ma prawo żądać okazania dokumentu stwierdzającego jego wiek. Konsekwencją naruszenia tego zakazu może być odebranie przedsiębiorcy zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych lub nałożenie na niego kary grzywny. Natomiast w przypadku, gdy dziecko spożywa alkohol w domu, właściwym do rozpoznania takiej sprawy jest sąd opiekuńczy, który powinien sprawdzić prawidłowość sprawowanej opieki przez opiekunów prawnych.

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2a u.w.t.p.a. zabrania się sprzedaży, podawania i spożywania napojów alkoholowych m.in.:

- 1) na terenie szkół oraz innych zakładów i placówek oświatowo-wychowawczych, opiekuńczych i domów studenckich,
- 2) w miejscach i czasie masowych zgromadzeń,
- 3) w środkach i obiektach komunikacji publicznej, z wyjątkami określonymi w ustawie,
- 4) na terenie zakładów pracy oraz miejsc zbiorowego żywienia pracowników,
- 5) na ulicach, placach i w parkach, z wyjątkiem miejsc do tego przeznaczonych.

Nadto rada gminy może wprowadzić w innych miejscach niż wyżej wymienione czasowy lub stały zakaz sprzedaży, podawania, spożywania oraz wnoszenia napojów alkoholowych, co powinno być uzasadnione charakterem tych miejsc, np. mają znaczenie kulturalne, oświatowe czy społeczne.

Co do zasady leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu jest dobrowolne. Ustawodawca przewidział jednak możliwość poddania leczeniu przymusowemu określonych kategorii osób. Dotyczy to tych, którzy w wyniku nałogu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizują nieletnich, uchylają się od pracy, systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny, a nie wykazują woli dobrowolnego poddania się leczeniu odwykowemu (art. 24, 26 u.w.t.p.a.). O zastosowaniu obowiązku poddania się leczeniu orzeka właściwy sąd rejonowy.

Dzieci osób uzależnionych od alkoholu, dotknięte następstwami nadużywania alkoholu przez rodziców, mają prawo do bezpłatnej pomocy psychologicznej i socjoterapeutycznej. Pomoc ta udzielana jest w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia odwykowego, w wojewódzkim ośrodku terapii uzależnienia i współuzależnienia oraz poradniach specjalistycznych, placówkach opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych. Niniejsza pomoc może być

udzielona wbrew woli rodziców lub opiekunów będących w stanie nietrzeźwym (art. 23 ust. 2 i 3 u.w.t.p.a.).

Natomiast pozostali członkowie rodziny osoby uzależnionej od alkoholu mają prawo do nieodpłatnego uzyskania świadczeń zdrowotnych w zakresie terapii i rehabilitacji współuzależnienia oraz profilaktyki. Świadczeń tych udziela się w wyżej wymienionych podmiotach, z wyjątkiem poradni i placówek opiekuńczo-wychowawczych.

Na podstawie wskazanych wyżej ram prawnych działa system profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, który obejmuje trzy komplementarne programy działań realizowanych na różnych poziomach administracji:

- 1) gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych uchwalane corocznie przez rady gmin i realizowane przez samorządy gminne. Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi wskazuje najważniejsze kategorie zadań, które powinny realizować samorządy w ramach gminnego programu oraz źródło ich finansowania,
- 2) wojewódzkie programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych realizowane na szczeblu samorządów województw,
- 3) Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015, stanowiący zbiór zadań realizowanych przez organy administracji rządowej, Krajową Radę Radiofonii i Telewizji oraz Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, która koordynuje realizację Programu.

Problemu ochrony dzieci przed zdrowotnymi następstwami palenia tytoniu oraz alkoholizmu nie da się rozwiązać wyłącznie przez wprowadzenie odpowiednich regulacji prawnych oraz realizację programów profilaktycznych. Konieczne jest również zaangażowanie opiekunów prawnych. To z kolei wymaga uświadomienia im i ciągłego przypominania o tym, jak negatywne skutki może mieć palenie tytoniu oraz nadużywanie alkoholu w obecności dzieci.

Piśmiennictwo

1. Program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce. Cele i zadania na lata 2010–2013. Warszawa; 2009. 1.
2. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ rezolucją 217/III A dnia 10 grudnia 1948 r., www.bip.ms.gov.pl/Data/Files/_public/bip/prawa_czlowieka/onz/pdpc.pdf (data dostępu: 15.04.2014).
3. Konwencja o Prawach Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. Dz.U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526 z późn. zm.
4. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.
5. Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS) Polska 2009–2010, www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/sondaz_ty_15112010.pdf (data dostępu: 10.04.2014).
6. Szymborski J, Jakóbiak K (red.). Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, przy współpracy GUS; 2008. 91.
7. WHO International Agency for Research on Cancer. Monograph on the evaluation of the risk to humans: tobacco smoke and involuntary smoking. Vol. 83. Lyon; 2004, www.monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/mono83-1.pdf (data dostępu: 12.04.2014).
8. Palenie a płodność, ciąża i karmienie piersią, www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/uzaleznienia/tyton/palenie-a-plodnosc,-ciaza-i-karmienie-piersia (data dostępu: 12.04.2014).
9. Bierne palenie – czynne zagrożenia dzieci, www.knowmore.pl/zdrowie/bierne-palenie-czynne-zagrozenia-dzieci (data dostępu: 12.04.2014).
10. Stańczyk J. Wpływ palenia tytoniu na stan zdrowia dzieci i młodzieży, www.pediatrics.mp.pl/pielegnacja/show.html?id=70475 (data dostępu: 14.04.2014).
11. Projekt programu ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce. Cele i zadania na lata 2014–2018, www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m491&ms=0&ml=pl&mi=56&mx=0&mt=&my=131&ma=033278 (data dostępu: 15.04.2014), www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/projekt_tyton_11032014_popp.pdf.
12. Kilka informacji o Ramowej Konwencji Kontroli Rynku Wyrobów Tytoniowych, www.smokefreepartnership.eu/IMG/pdf/Polish.pdf (data dostępu: 12.04.2014).
13. Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Dz.U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55 z późn. zm.
14. Sprawozdanie z wykonania ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie 1 stycznia – 31 grudnia 2010 roku. Warszawa; 2013. 10–12.
15. Sokol RJ, Clarren SK. Guidelines for use of terminology describing the impact of parental alcohol on the offspring. *Alcohol Clin Exp Res.* 1989; 4: 597–598.
16. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Dz.U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1231 z późn. zm.

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:

Joanna Zdanowska
ul. Mariana Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań
tel.: 61 861 22 50
e-mail: jjzdano@ump.edu.pl
Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

■ KULTURA PEDAGOGICZNA RODZICÓW I STYL ŻYCIA W RODZINIE JAKO CZYNNIKI OCHRONY ZDROWIA W RODZINIE. REFLEKSJA PEDAGOGICZNA

PARENTAL PEDAGOGICAL CULTURE AND FAMILY LIFESTYLE AS HEALTHCARE FACTORS WITHIN THE FAMILY. A PEDAGOGICAL REFLECTION

Justyna Deręgowska, Marta Majorczyk

Katedra Pedagogiki
Collegium Da Vinci (dawna Wyższa Szkoła Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa) w Poznaniu

STRESZCZENIE

Celem niniejszego opracowania jest zachęcenie do wnikliwej refleksji na temat szeroko rozumianego zdrowia, kształtowania zachowań prozdrowotnych i zdrowego stylu życia w odniesieniu do roli, jaką w tym obszarze odgrywa rodzina, a przede wszystkim kultura pedagogiczna rodziców. Kwestia ta wydaje się być o tyle istotna, że kulturę pedagogiczną rodziców traktuje się jako jeden z najważniejszych czynników wpływających na ochronę zdrowia zarówno całego systemu rodzinnego, jak i poszczególnych jego członków, a jak wskazują badania empiryczne i obserwacje potoczne, współcześni rodzice, którzy zwykle wysoko cenią zdrowie swojej rodziny, podejmują działania prozdrowotne, ale najczęściej odnosząc się jedynie do *stricte* fizycznego aspektu zdrowia. Zapominają natomiast o innych, nie mniej ważnych jego obszarach, takich jak zdrowie społeczne, psychiczne, duchowe czy seksualne, w związku z czym bardzo często ich świadome działania wychowawcze i opiekuńcze tych właśnie obszarów nie uwzględniają. Wszystko to wskazuje na konieczność podejmowania konkretnych działań w zakresie podnoszenia kultury pedagogicznej rodziców, a chodzi przede wszystkim o wprowadzanie ogólnodostępnych programów edukacyjnych, zarówno kształcących, jak i wzbogacających wiedzę potoczną na temat ochrony zdrowia. Podkreślić tu należy, że w działaniach tych jedynie dobrze przemyślany i zintegrowany model może okazać się skuteczny.

SŁOWA KLUCZOWE: ochrona zdrowia, kultura pedagogiczna, rodzina, zdrowy styl życia.

ABSTRACT

The aim of this paper is to encourage thorough reflection regarding health in general, shaping healthy behavior and healthy lifestyle in reference to the role that the family plays in this respect, and above all, to the parents' pedagogical culture. The issue seems to be exceedingly significant because parents' pedagogical culture is treated as one of the most important factors affecting the health of the whole family system as well as its individual members. Empirical studies and observations suggest that modern parents who usually value health very highly, most frequently undertake such health oriented behaviours that pertain to the strictly physical aspect thereof. At the same time, they tend to forget about other, no less important areas such as social, mental, spiritual or sexual health which their aware pedagogical activities do not account for. That points to the necessity to trigger activities aimed at developing parental pedagogical culture, especially regarding introducing educational programs providing and enriching the common knowledge on the protection of the health, and at the same time pointing to the fact that only a well designed and integrated model of activities may prove to be effective.

KEYWORDS: health care, pedagogical culture, family, healthy lifestyle.

Wstęp

Wśród wielu zjawisk o charakterze egzystencjalnym zdrowie nieomal od zawsze stanowi niezwykle ważny obszar życia jednostkowego. I choć najczęściej rozpatruje się je przede wszystkim właśnie w kontekście życia konkretnego człowieka, to wpisuje się ono bardzo wyraźnie także w sferę otaczającej nas rzeczywistości społecznej. Ze zdrowiem związane są bowiem różnego rodzaju działania i praktyki, które w danym społeczeństwie stanowią układy w miarę utrwalonych wzorców zachowań i

specyficznych odniesień, przez co też znajduje się ono w spektrum zainteresowań nie tylko nauk biologiczno-medycznych, ale też humanistycznych i społecznych.

Choć zdrowie powszechnie utożsamiane jest ze szczególną wartością i zaliczane jest do grupy wartości witalnych i instrumentalnych, to dokonując refleksji na temat współczesnej rzeczywistości i nowocześnie kształtowanych postaw społecznych wobec różnych zjawisk, w tym także wobec zdrowia, warto zauważyć, że niejednokrotnie podmiotowy punkt widzenia i indy-

widualne odnoszenie się do niego jako do wartości nie zawsze jest kwestią oczywistą i świadomą. Zdrowie w modelach jednostkowego świata, jak wynika z badań i obserwacji, niezwykle często przyporządkowane zostaje przestrzeni jedynie symbolicznej lub czysto teoretycznej. Dopiero brutalna konieczność konfrontacji z utratą zdrowia i chorobą inicjować zaczyna refleksje na temat zdrowia jako wartości czy na temat wpływu, jaki ludzie mogą mieć na jego zachowanie. Dużą rolę w tak przedstawiającym się stanie rzeczy, jak się wydaje, odgrywać może fakt intelektualnej niewiedzy ludzkiej na temat szeroko rozumianej istoty zdrowia w życiu człowieka, a także na temat roli zachowań prozdrowotnych i zdrowego stylu życia, co inspirowane do podejmowania na ten temat dyskusji społecznych i upowszechniania, dostępnej dla każdego odbiorcy, edukacji zdrowotnej. To też zachęca do podjęcia refleksji na temat charakterystyki kultury pedagogicznej współczesnych rodziców, a więc tego elementu życia każdej rodziny, który w dużej mierze traktować należy jako ważny czynnik ochrony zdrowia w rodzinie. Mając powyższe na uwadze, podstawowym celem opracowania jest nie tylko zarysowanie roli rodziny i kultury pedagogicznej rodziców w procesie kształtowania zdrowego stylu życia u dzieci i budowania im dogodnych warunków wszechstronnego rozwoju, ale też wskazanie, jak ważne w tym obszarze są działania mające na celu podnoszenie kultury pedagogicznej współczesnych młodych rodziców.

Zdrowie jako wartość

Potoczne rozumienie wartości koncentruje się najczęściej wokół czegoś, co jest godne posiadania, wokół czegoś dobrego, szczególnie cennego, co w związku z tym stać się może celem ludzkich dążeń.

Analiza pojęcia „wartość” w dyskursie naukowym natomiast, szczególnie w dyskursie nauk humanistycznych czy społecznych, wskazuje, że pojęciu „wartość” nadaje się współcześnie wiele znaczeń, w których podkreśla się jej różnorakie aspekty, od psychologicznych, poprzez socjologiczne, aż do szeroko rozpatrywanych, zwłaszcza obecnie, aspektów kulturowych [1, 2].

Polski socjolog Jan Szczepański [3], nawiązując do wartości i ich istoty w życiu człowieka, wskazuje przede wszystkim na postawę szacunku wobec danego przedmiotu zainteresowania czy idei, przypisuje im ważną rolę w życiu człowieka i podkreśla jednocześnie, że człowiek zarówno samo dążenie do nich, jak i ich osiągnięcie odczuwać może nawet jako przymus. Według Olechnickiego i Załęckiego natomiast „wartości to idee, zjawiska, materialne i niematerialne przedmioty, stany, rzeczy, osoby, grupy itp., które są przez jednostkę, warstwę, grupę, klasę społeczną itp., dodatnio lub ujemnie oceniane lub aprobowane czy odrzucane” [4].

Co więcej, stanowią one jedne z głównych wyznaczników i celów ludzkiego działania. Gałaś z kolei wartość definiuje jako „wszystko to, co nie jest neutralne i obojętne, lecz cenne, ważne i doniosłe, a przez to stanowi cel ludzkich dążeń” [5].

Patrząc zatem na zdrowie i jego istotę w życiu człowieka w kontekście rozmaitych interpretacji i definicji „wartości”, nie ulega wątpliwości, że traktować je można jako szczególnego rodzaju wartość egzystencjalną. W hierarchii wartości współczesnego świata i w całym systemie wartości współczesnego człowieka, na co wskazuje Kasperek, zwykle zajmuje ono wysokie miejsce, przeważnie traktuje się je jako dobro bezwzględne, wartość autoteliczną i instrumentalną [6], przez co jest stanem zarówno pożądanym, jak i wysoko cenionym. Zdrowie bardzo często traktowane jest także jako zasób człowieka, przez co można je analizować z różnych perspektyw, wśród których na szczególną uwagę zasługują: perspektywa biologiczno-medyczna, socjologiczna, psychologiczna czy nawet, co należy podkreślić, perspektywa pedagogiczna, w której bierze się pod rozwagę zdrowie jednostki nie tylko w kontekście całościowego, biopsychospołecznego jej funkcjonowania, ale też w szerokim kontekście wpływającej na zdrowie człowieka edukacji zdrowotnej odbywającej się w różnych środowiskach życia i funkcjonowania człowieka, w tym także – a nawet szczególnie – w środowisku rodzinnym. W kontekście refleksji na temat zdrowia środowisko rodzinne przez pedagogów analizowane jest coraz częściej przez pryzmat świadomej odpowiedzialności wychowawczej odnośnie do potrzeb zarówno całego systemu rodzinnego, jak i poszczególnych jego członków, w zakresie działań opiekuńczo-wychowawczych wpływających na zdrowie jednostki, preferowanego stylu życia w rodzinie oraz szeregu działań zdrowotnych, także w zakresie motywów i kryteriów, jeżeli chodzi o cele działań oraz środki ich realizacji [1].

Podejmowanie tematu związanego z zachowaniami zdrowotnymi we współczesnej rodzinie oraz analizowanie różnych czynników, które na nie wpływają, w tym szczególnie kultury pedagogicznej rodziców, jest ważne ze społecznego punktu widzenia, bo choć przez wielu ludzi zdrowie rzeczywiście traktowane jest obecnie jako wartość szczególna, to obserwacje życia i funkcjonowania współczesnej rodziny i kultury pedagogicznej współczesnych rodziców, a przede wszystkim praktyki ich życia codziennego budzić mogą wiele krytycznych refleksji. Refleksji zachęcających nie tylko do głębokich dyskusji społecznych, ale przede wszystkim do podejmowania konkretnych działań, mających na celu po pierwsze podnoszenie świadomości społecznej na temat szeroko rozumianego zdrowia i wielu związanych z nim obszarów, po drugie podnoszenia właśnie

kultury pedagogicznej współczesnych rodziców, szczególnie w odniesieniu do ich roli w zakresie powinności i obowiązków względem całego systemu rodzinnego i poszczególnych jego członków w aspekcie zdrowia, w tym ochrony zdrowia w rodzinie. Dodać też należy, iż zdrowie to wartość, którą w kontekście życia i funkcjonowania systemu rodzinnego rozpatrywać należy nie tylko w czasie teraźniejszym, ale też w perspektywie czasu przyszłego, w związku z czym wszelkie działania prozdrowotne w rodzinie stają się bardzo istotne.

Zakładając zatem za Kasperka [7], że im bardziej świadome są w rodzinie zachowania zdrowotne, tym lepszych skutków zdrowotnych u poszczególnych jej członków można się spodziewać, warto podjąć refleksję na temat kultury pedagogicznej współczesnej rodziny, na temat świadomości odpowiedzialnych za jej kształtowanie dorosłych w rodzinie, a przede wszystkim na temat ich różnorodnych działań o charakterze działań zdrowotnych, które wpływają na zdrowie dzieci i ich przyszłość. Od działań rodziców bowiem, ich decyzji, postępowania, wyborów i preferowanego stylu życia w dużej mierze zależy stan zdrowia systemu rodzinnego i wszystkich jego członków zarówno w teraźniejszości, jak i w przyszłości.

Zdrowie i jego obszary

Wobec podejmowanej w niniejszym opracowaniu refleksji na temat kultury pedagogicznej współczesnych rodziców jako czynnika wpływającego na zdrowie i jego ochronę w rodzinie, warto zwrócić uwagę na specyfikę współczesnego, potocznego i dominującego obecnie rozumienia samego pojęcia zdrowia. Najczęściej odnosi się zdrowie jedynie do sfery fizycznej funkcjonowania człowieka i traktuje jako przeciwieństwo choroby, niewystępowanie jej objawów i dolegliwości, w związku z czym w wielu wypadkach także działania profilaktyczne skoncentrowane są przede wszystkim na aspekcie zdrowia fizycznego. Oczywiście bywa, że zdrowie, oprócz sfery fizycznej odnoszone jest także do sfery psychicznej funkcjonowania człowieka, lecz niestety w potocznym rozumieniu zdrowia najczęściej pomija się przy tym inne, równie ważne jego aspekty, takie jak aspekt społeczny, duchowy czy seksualny. Jest to o tyle istotne, że, jak wynika z wielu obserwacji i badań, takie, a więc potoczne jedynie rozumienie zdrowia w dużej mierze rzutuje na konstytuującą się kulturę pedagogiczną rodziców, przez co wyraźnie zubaża zachowania zdrowotne w rodzinie i powoduje, że pomijane są najczęściej działania opiekuńczo-wychowawcze ukierunkowane na zdrowie duchowe, społeczne czy seksualne jednostki dorosłej, dziecka i całej rodziny.

W kontekście powyższego wspomnieć należy, że sprawą oczywistą jest, iż potoczne rozumienie i inter-

pretowanie zdrowia różni się od rozumienia naukowego. Także jednostkowe odnoszenie się do niego jest zawsze absolutnie subiektywne i uzależnione od wielu czynników, między innymi od wieku danej jednostki, poziomu wykształcenia, jej statusu ekonomiczno-społecznego i doświadczeń życiowych.

Nie ma obecnie jednej, uniwersalnej i powszechnie obowiązującej definicji zdrowia, przez co spotkać się można z bardzo wieloma naukowymi podejściami do tej kwestii. I choć występują między nimi zasadnicze różnice, to w większości z nich wymieniane są takie jego aspekty, które wespół konstytuują dość spójne spojrzenie na to bądź co bądź abstrakcyjne pojęcie.

I tak, bardzo popularne obecnie w dyskursie nauk społecznych, funkcjonalne definicje zdrowia skupiają się przede wszystkim na cechach pozytywnych, pozwalających człowiekowi na wykorzystanie wszelkich możliwości twórczych, które, jak podkreśla Dubos, sprzyjają osiągnięciu siły i szczęścia [8]. Definicje te wskazują także na możliwość interpretowania zdrowia jako „zdolności do rozwoju w kierunku wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału indywidualnego i społecznego” [9]. Na szczególną uwagę natomiast, zdaniem Woynarowskiej, zasługuje rozumienie zdrowia w kontekście zdolności człowieka do normalnego funkcjonowania, osiągnięcia szczytu własnych możliwości, wszechstronnego rozwoju, umiejętności adaptacji w zmieniającym się środowisku, a także umiejętności zaspokajania swoich potrzeb i redukcowania napięć. Dodatkowo autorka wskazuje na udział zdrowia w poczuciu dobrej jakości życia u jednostki*, podkreślając jednocześnie, jak ważnymi elementami zarówno w osiągnięciu równowagi i harmonii życia, jak i rozwijaniu różnych aktywności jest potencjał psychofizyczny człowieka [10].

Biorąc pod uwagę powyższe, podkreślić należy, że w przeciwieństwie do potocznego rozumienia zdrowia, w którym ujmowane jest ono najczęściej jedynie w kontekście medyczno-biologicznym, skoncentrowanym na

* „Jakość życia” to pojęcie wielowymiarowe, które jest obecnie przedmiotem zainteresowania wielu dyscyplin naukowych. Jednym z głównych determinantów jakości życia jest zdrowie, przez co pojęcie to wpisuje się w założenia współczesnej koncepcji edukacji zdrowotnej. „Jakość życia” jest kategorią jednostkową, kategorią określającą życie danej jednostki i w potocznym rozumieniu przyrównywana jest do poczucia sensu życia, stylu życia, sposobu życia czy poczucia szczęścia, zadowolenia i satysfakcji. Przez Światową Organizację Zdrowia została ona zdefiniowana jako „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemie wartości, w którym żyje, także w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi” [10]. De Walden-Gatuszko jakość życia interpretuje jako „ocenę własnej sytuacji życiowej, dokonaną w określonym czasie, uwzględniającą przyjętą hierarchię wartości lub też różnicę pomiędzy realną sytuacją człowieka a sytuacją przez niego wymarzoną” [11].

ciele człowieka, naukowo zorientowane interpretacje zdrowia ujmują je w sposób holistyczny i wskazują, że stanowi ono pewną całość. „Całość złożoną z kilku powiązanych ze sobą i zależnych wzajemnie od siebie wymiarów: zdrowia fizycznego, zdrowia psychicznego, społecznego, duchowego, seksualnego i prokreacyjnego (...), gdzie wszystkie wymiary stanowią jednakowo ważne i związane ze sobą części, a zmiany w jednym wymiarze zdrowia wpływają na pozostałe jego wymiary, przez co też zdrowie oznacza pewien rodzaj równowagi między poszczególnymi jego wymiarami” [12].

Jednym z kluczowych komponentów ujmowanego w sposób holistyczny zdrowia jest oczywiście zdrowie fizyczne. Odnosi się ono przede wszystkim do biologicznego funkcjonowania organizmu człowieka i jego układów i może oznaczać zarówno prawidłową ich funkcję, jak też odpowiedni poziom sprawności. Mając na uwadze zdrowie psychiczne, czyli drugi z komponentów zdrowia, odnieść się należy do jego dwóch podstawowych składników, a mianowicie zdrowia poznawczego i afektywnego, gdzie element poznawczy związany jest ze zdrowiem umysłowym, określanym jako zdolność do jasnego i spójnego myślenia oraz uczenia się i realizacji swojego potencjału intelektualnego, afektywny natomiast dotyczy między innymi zdolności do rozpoznawania i kontrolowania emocji, wyrażania ich w sposób adekwatny do sytuacji, a także zdolności do radzenia sobie z trudnościami, w tym także ze stresem i lękiem. Zdrowie społeczne natomiast, kolejny komponent zdrowia, oznacza według Greena „niezależność jako cechę osób dojrzałych społecznie, zdolność do utrzymywania dobrych relacji interpersonalnych i współpracy z innymi ludźmi oraz akceptowanie odpowiedzialności za siebie i za innych” [13]. Mając z kolei na uwadze zdrowie duchowe, podkreśla się najczęściej takie jego składowe elementy, jak samoświadomość, jakość relacji jednostki z innymi ludźmi, system wartości, poczucie sensu i celu życia, zdolność do dawania, brania oraz okazywanie ciepła i bezwarunkowej miłości, a także wewnętrzną siłę i spokój oraz pozytywne nastawienie czy otwartość na przeżycia duchowe [10]. Mówiąc z kolei o zdrowiu seksualnym, warto wskazać, że zgodnie z definicją podawaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) oznacza ono „zespół biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości” [10], a jego ważnym elementem jest zdrowie prokreacyjne, czyli „pełen dobrostanu w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagań związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami we wszystkich okresach życia” [10]. Mówiąc o zdrowiu prokreacyjnym, Świato-

wa Organizacja Zdrowia (WHO) dodatkowo wskazuje, iż jako ważny element zdrowia seksualnego oznacza ono, że jednostka prowadzić może życie seksualne, ma zdolność do prokreacji, ale też jednocześnie prawo do decydowania, czy chce posiadać dzieci.

Rozpatrując w kontekście podejmowanego w opracowaniu problemu kwestię dotyczącą holistycznego rozumienia zdrowia, warto też wskazać na czynniki je warunkujące, tzw. determinanty zdrowia. Wśród nich wymienia się organizację opieki medycznej, a więc jej jakość, dostępność, zasoby oraz rodzaj i wskazuje, że procentowy udział organizacji opieki zdrowotnej w grupie wszystkich czynników warunkujących zdrowie wynosi około 10–15%. W grupie czynników warunkujących zdrowie na uwagę zasługuje też biologia człowieka, a więc wszelkie cechy biologiczne organizmu, czynniki genetyczne, płeć oraz wiek jednostki, i tym elementom przypisuje się około 20-procentowy udział w grupie wszystkich czynników wpływających na zdrowie. Kolejny najczęściej wymieniany determinant zdrowia to środowisko, a więc wszystkie elementy zewnętrzne w stosunku do ciała człowieka, na które nie ma on wpływu wcale bądź ma wpływ, ale bardzo ograniczony (to także około 20% w grupie wszystkich czynników warunkujących zdrowie). Największy natomiast udział procentowy w grupie uwarunkowań zdrowia, stanowiący około 50–52%, przypisuje się stylowi życia jednostki, a więc jej świadomym działaniom i decyzjom, wpływającym zarówno pośrednio, jak i bezpośrednio na zdrowie, przy podkreśleniu, że jednym z głównych czynników wpływających na wybór określonego stylu życia jest środowisko rodzinne człowieka, a w tym respektowane w nim wiedza, przekonania, wartości i postawy, ważne dla zdrowia umiejętności oraz normy obyczajowe, powiązane z kulturą pedagogiczną rodziców oraz warunkami, w jakich rodzina żyje [10].

Pojęcie stylu życia

Siciński przez styl życia rozumie zakres i formy codziennych zachowań jednostek lub grup, specyficzne dla ich usytuowania społecznego, to znaczy manifestujące położenie społeczne oraz postrzegane jako charakterystyczne dla tego położenia, a dzięki temu umożliwiające szeroko rozumianą społeczną lokalizację innych ludzi. Przede wszystkim zauważyć trzeba, że w tym ujęciu styl życia jest wyraźnie cechą grupową, ważne są te zachowania i ich formy, które są podobne w pewnej grupie, które orientują w odmienności jednej grupy od innej [14]. Równie zasadna będzie refleksja nad stylem życia już nie społeczeństw lub grup, lecz poszczególnych jednostek. W tym przypadku styl życia to charakterystyczny dla określonego człowieka „sposób bycia” w społeczeństwie, znamieny dla niego zespół codzien-

nych zachowań, będący manifestacją cech osobowościowych, przejawem „identyczności” danej jednostki.

Według Tarkowskiej „styl życia ma być kategorią badawczą zdolną do oddania specyficznych układów zachowań, potrzeb, wzorów, charakterystycznych dla jakoś określonych zbiorowości, a ujmowanych w perspektywie jednostkowych ich członków. Jest więc cechą zarówno jednostek, jak i zbiorowości. Style życia są właściwością grup, i ze względu na nie, świadomie bądź nieświadomie, są przyswajane przez jednostki. Koncepcja stylu życia koncentrująca się na świadomych wyborach opowiada się za jednostkowym, zindywidualizowanym rozumieniem tego pojęcia (...). Koncepcja stylu życia winna służyć nie tyle charakterystyce jakichś »całości« społecznych« ile »całości« kulturowych. Winna służyć rekonstrukcji systemów wzorów, potrzeb, zachowań – systemów specyficznych dla różnie ułożonych społecznie, demograficznie, ekonomicznie itd. grup ludzkich...” [15].

Styl życia we współczesnej Polsce zmienia się nadal bardzo szybko. Czynniki najsilniej różnicującymi są obecnie [16, 17]:

- budżet czasu, w tym cykliczność jego zachowań, sposób „zagospodarowania” czasu przez człowieka; ilość czasu poświęconego na pracę zawodową oraz ilość czasu do swobodnej dyspozycji mają niewątpliwie wpływ na styl życia jednostki;
- praca zawodowa, jej charakter, stosunek do niej, wszystko to, co w związku z wykonywaną pracą zabarwia swoistym kolorytem codzienną egzystencję (można zaobserwować pewne specyficzne cechy stylu życia lekarzy, inżynierów, robotników niewykwalifikowanych itd.);
- różnice żyjących w miastach i na wsi;
- poziom wykształcenia; im on wyższy, tym na ogół większa świadomość zróżnicowania wyborów, głębsza znajomość ich zalet i wad, ich konsekwencji. Niższe wykształcenie utrudnia przemiany stylu życia oraz sprzyja utrzymywaniu się tradycyjnych stylów;
- poziom życia, który stanowi jeden ze szczególnie doniosłych czynników kształtujących styl życia, zwłaszcza ten jego aspekt, który wyraża się w dziedzinie wzorów konsumpcyjnych. Najłatwiejszym do uzyskania wskaźnikiem poziomu życia jest płaca. Można tutaj także mówić o stylach życia uwzględniających kryterium minimum socjalnego: a) styl życia poniżej minimum socjalnego – zdeterminowany warunkami materialnymi, dostępność najtańszych dóbr i usług, brak możliwości wyboru; b) styl życia na poziomie minimum socjalnego – również

zdeterminowany warunkami materialnymi, ale jednak bardziej zróżnicowanych w zależności od wieku itd.; c) styl życia powyżej minimum socjalnego – z dużą skalą zróżnicowań makro- i mikrospołecznych)

- konsumpcja dóbr materialnych, czyli spożywanie żywności, ubiór, mieszkanie czy posiadanie samochodu;
- zachowania związane z utrzymaniem higieny oraz stosunek do zdrowia;
- potrzeby intelektualne i estetyczne, uczestnictwo w oświacie i kulturze; na ten czynnik składa się rozbudzenie potrzeb kulturalnych, a z drugiej strony infrastruktura kulturalna w miejscu zamieszkania. Potrzeby kulturalne są związane w znacznym stopniu z poziomem wykształcenia, dostępnością dóbr i urządzeń kulturalnych, a przede wszystkim ilością czasu, który można poświęcić na zaspokojenie tych potrzeb;
- uczestnictwo w życiu społeczno-politycznym, a dokładnie postawy wobec spraw publicznych;
- formy współżycia między ludźmi, podziały ról w rodzinie, zachowania wynikające ze stosunków towarzyskich, przyjacielskich itp.;
- samoidentyfikacja jednostki, czyli uznanie się za członka pewnej zbiorowości, grupy społecznej i w związku z tym przyjmowanie wzorów i standardów tej grupy różniących ich od innych.

Styl życia pełni trojaki funkcje. Po pierwsze, jest oznaką, świadectwem przynależności do danej grupy, a przez to stwarza poczucie więzi z innymi, zapewnia jednostkom możliwość samoidentyfikacji społecznej, przyczynia się dzięki temu do ich poczucia bezpieczeństwa itd.; po drugie, wyodrębnia daną grupę z szerszej zbiorowości, przyczynia się do trwałości owej grupy i jej ciągłości; i po trzecie, przyczynia się do poczucia sensowności własnych zachowań w życiu codziennym [18].

Związek stylu życia ze zdrowiem

Od połowy lat 70. XX wieku na Zachodzie, a od końca lat 80. w Polsce problem udziału jednostki w kształtowaniu własnego zdrowia jest przedmiotem licznych debat specjalistów. Z jednej strony wywołały to wyniki trwających ponad 40 lat badań we Framingham, dotyczące związków elementów stylów życia z występowaniem chorób układu krążenia, z drugiej – prace McKeowna, analizujące wpływ medycyny na podnoszenie zdrowotności społeczeństw. Największe znaczenie w prowadzonej debacie miał prawdopodobnie jednak raport Lalonde'a, który wykazał, że w krajach rozwiniętych można wyróżnić cztery grupy czynników warunkujących „pole zdrowia” człowieka: czynniki biologiczne (genetyczne), czynniki środowiska zewnętrz-

nego, czynniki związane ze stylem życia i efekty działalności medycyny. Model Lalonde'a był podejmowany i uszczegółowiany w wielu innych badaniach empirycznych, które potwierdziły decydującą rolę stylu życia w kształtowaniu zdrowia [19].

Wyniki wieloletnich badań epidemiologicznych wskazują niezbicie, że postęp medycyny ma mniejszy wpływ na przeciętną długość ludzkiego życia niż czynniki środowiskowe, a przede wszystkim style życia i zachowania zdrowotne ludzi. Wiadomo o tym od dawna, a mimo to o zdrowie troszczymy się głównie wówczas, gdy zaczyna go nam brakować. Na leczeniu, a nie na profilaktyce koncentrują się działania instytucji składających się na system opieki zdrowotnej, a kształtowanie zachowań prozdrowotnych, które znajdować się powinno w sferze zainteresowań co najmniej kilku resortów (zdrowia, edukacji, ochrony środowiska itd.) oraz licznych organizacji pozarządowych, nie znajduje prężnego gestora.

Prozdrowotne style życia w opracowaniach medycznych sprowadzają się prawie wyłącznie do określonego sposobu odżywiania się, unikania tytoniu i alkoholu, aktywności fizycznej i umiejętności zwalczania stresu. Niewątpliwie jednak i te selektywne elementy stylu życia mają wyraźną kompensatę społeczną – uwarunkowania strukturalne i kulturowe. Zachowania zdrowotne, jak i inne zachowania ludzkie, osadzone są na fundamencie społecznym i kulturowym, który determinuje i ogranicza indywidualne wybory. Określone praktyki zdrowotne są często nie tyle efektem zamierzonych, celowych działań, ile wynikają z ich związku z bardziej ogólnymi „sposobami na życie” ludzi. Obiektywne możliwości realizowania określonych zachowań uwarunkowane są ponadto pozycją społeczną i czynnikami makrostrukturalnymi, stwarzającymi niejednokrotnie bariery realizacji dokonanych wyborów. Wreszcie trzeba także wskazać na nacisk wywierany na konsumentów przez wytwórców określonych dóbr i usług – choćby sugestywne reklamy papierosów.

Idea wdrażania prozdrowotnych stylów życia jako sposobu na podnoszenie zdrowotności społeczeństwa trafiła jednak na odmienny grunt w krajach Europy Zachodniej czy w Stanach Zjednoczonych niż w Polsce. W krajach wysoko rozwiniętych, stabilnych, nasyconych usługami medycznymi i charakteryzującymi się najwyższymi na świecie wskaźnikami poziomu zdrowia odejście od paradygmatu medycyny naprawczej było zanegowaniem jej dalszych możliwości w sferze zdrowia publicznego, a społeczne inwestycje w promowanie zdrowia – poszukiwaniem nowych źródeł powiększających i tak relatywnie wysoki potencjał zdrowotny.

„Inspiracją dla socjologicznych badań nad prozdrowotnym stylem życia stała się przede wszystkim koncepcja stylu życia M. Webera, na mocy której zacho-

wania te winny być rozpatrywane w kontekście sytuacji życiowej, w jakiej ludzie się znajdują, a która przesądza o ich możliwościach wyboru i dostępnych opcjach zachowań. Sytuacja ta, to – zgodnie z Weberem – przede wszystkim miejsce zajmowane przez jednostki w strukturze klasowej, ale warto uwzględnić tu także płeć, cykl życia, miejsce zamieszkania itd.” [20].

Zgodnie ze stanowiskiem większości badaczy czynnikiem, który najsilniej kształtuje stan zdrowia całych populacji poszczególnych krajów, jest poziom ich rozwoju ekonomicznego i zamożność. Niewątpliwie jednak jest, że poważne zmiany społeczno-ekonomiczne okresu transformacji w Polsce nie mogły pozostać bez wpływu na sferę zdrowotności społeczeństwa. Przełom lat 80. i 90. XX wieku zaznaczył się w Polsce pogarszającymi się wyraźnie wskaźnikami stanu zdrowia społeczeństwa. Obniżający się wskaźnik zdrowia społeczeństwa interpretowano przede wszystkim jako społeczny koszt transformacji ustrojowej. Wbrew jednak pesymistycznym oczekiwaniom i prognozom opartym na doświadczeniach krajów zachodnich przeżywających kryzysy gospodarcze, przewidującym, że procesy „zdrowotne” przystosowania społeczeństwa do nowych sytuacji potrwać znacznie dłużej, już w latach 1992–1993 zarysowała się w Polsce tendencja stopniowego obniżania się lub przynajmniej stabilizacji wielu niekorzystnych wskaźników charakteryzujących stan zdrowia społeczeństwa.

„Pojawienie się problematyki zdrowego stylu życia, będącego miarą społecznego stosunku do wartości, jaką stanowi zdrowie, jest w Polsce zjawiskiem stosunkowo nowym. Wprowadzenie gospodarki wolnorynkowej umożliwiło powstanie rynku zdrowych produktów żywnościowych i usług oferujących pomoc w uprawianiu sportu i rekreacji. Jednocześnie zaczęły powstawać rozmaitego typu ośrodki rekreacyjne i sportowe wyposażone w najnowocześniejszy sprzęt, służący również rehabilitacji. Zdrowy styl życia propagują różnego rodzaju instytucje związane z profilaktyką zdrowotną oraz czasopisma, telewizja (reklamy). Zdrowy styl życia może być dyktowany wyłącznie względami zdrowotnymi, głównym motywem jest wówczas rachunek zysków i strat. Jednak obok takiej motywacji może być także realizowany również jeszcze jeden z różnicujących elementów stylu życia w ogóle” [21].

Zdaniem Ostrowskiej pojawienie się wyraźniejszej stratyfikacji społecznej (postępujący wzrost różnic w dochodach, a także silniejszy ich związek z wykształceniem i kwalifikacjami) oraz nowe wzory i możliwości w zakresie wyborów składających się na styl życia wpływają także na zróżnicowanie się zachowań związanych ze zdrowiem. Na kształtowanie się tych wzorów mają też wpływ przychodzące z Zachodu mody na

prozdrowotny styl życia i smukłą wysportowaną sylwetkę. Innym czynnikiem wymuszającym dbałość o własne zdrowie stał się pogłębiający się w latach 90. XX wieku kryzys opieki zdrowotnej. Wśród czynników zachęcających do realizacji prozdrowotnego stylu życia warto wymienić także, jak sądzi Ostrowska, dokonującą się w pewnej części społeczeństwa zmianę w postrzeganiu wartości i roli zdrowia dla codziennej aktywności, sprawności, realizowanych zadań i wyzwań. Wolny rynek sprzyja jednocześnie „urynkowieniu” zdrowia. Lista produktów i form aktywności niezbędnych dla dobrego zdrowia staje się coraz dłuższa. Zdrowie, zdrowe ciało, zdrowy wygląd to tematy wszechobecne w telewizji, czasopiśmie, supermarketach. Potężną dźwignią zmian zarówno na korzyść (margaryna), jak i niekorzyść zdrowia (papierosy) staje się reklama, która nie istniała w poprzednim systemie, a która przez „łatwowiernego” konsumenta jest traktowana bardzo dosłownie [22].

Realizując określone wzory działań na rzecz zdrowia, na ogół jednostka dokonuje wyborów spośród różnych alternatywnych możliwości. Już sam fakt podejmowania takich decyzji pozostawia jakąś część zdrowia w naszych rękach, niezależnie od tego, czy decyzje te będą dotyczyły pasywnego poddania się medycznemu autorytetom czy też budowania własnego potencjału zdrowotnego przez realizację wzorów określonych codziennych zachowań. Po badaniach zachowań związanych ze zdrowiem dokonano wyboru trzech sfer działań prozdrowotnych:

- korzystanie z opieki zdrowotnej,
- zwalczanie bądź zapobieganie stresom,
- dieta, aktywność fizyczna, unikanie używek.

W Polsce transformacja systemowa wprowadziła wiele zmian, które niewątpliwie wywarły duży wpływ na nasze życie codzienne. Są to zmiany w budżecie czasu, stosunku do pracy, w organizacji życia rodzinnego, sposobach spędzania czasu wolnego, stosunku do zdrowia itd. Zmiany te są wyróżnikami stylów życia i systemów wartości.

Realizacja prozdrowotnego stylu życia

Posiadanie większych lub mniejszych możliwości wyboru, a więc sama ich dostępność, nie przesądza jeszcze o podejmowaniu takich czy innych zachowań związanych ze zdrowiem. Impulsem działania jest tu świadomość zdrowotna, ocena własnego stanu zdrowia, wartości przydawane aktualnie dobremu zdrowiu i stopień zaabsorbowania związanymi z nim problemami.

Mianem zachowań zdrowotnych określa się każde intencjonalnie podjęte działanie jednostki, którego celem jest utrwalenie lub podnoszenie potencjału zdrowia, niezależnie od jego skuteczności. Istotnym elementem tej definicji jest stan świadomości jednost-

ki i celowość jej działania. Oczywiście – niezależnie od zachowań intencjonalnych – jednostki w życiu codziennym podejmują rozmaite formy aktywności, które mają także wpływ na zdrowie, choć nie towarzyszy im żaden uświadomiony zamiar. Określa się je jako zachowania związane ze zdrowiem. Ich skutki dla zdrowia mogą być pozytywne lub negatywne.

Prowadzenie prozdrowotnego stylu życia zakłada więc realizację celowych działań nakierowanych na zdrowie i eliminację zachowań zagrażających mu. Badanie prospektywne zrealizowane w *Alameda County Country* w Kalifornii wykazało związek następujących siedmiu zachowań z ogólnym stanem zdrowia i długością życia: 7–8 godzin nocnego snu, codzienne spożywanie śniadania, unikanie lub rzadkie jedzenie przekąsek, utrzymywanie wagi w normie, aktywność fizyczna w czasie wolnym, umiarkowane spożywanie alkoholu i niepalenie nigdy papierosów [20].

Ostrowska przedstawia następujące zachowania związane ze zdrowiem [20]:

- 1) sposób odżywiania – jest jednym z elementów stylu życia ukazującym w sposób znaczący podobieństwa i różnice pomiędzy ludźmi o różnych pozycjach społecznych. Nasze gusty i wybory kulinarne są na ogół wskazówką o przynależności do określonych kręgów społecznych. Według Domańskiego „klasa średnia robi wrażenie ludzi zdających sobie sprawę, jakie są następstwa wyboru określonej diety dla zdrowia i wyglądu”;
- 2) palenie tytoniu – Światowa Organizacja Zdrowia uznała palenie tytoniu za czynnik najpoważniejszego ryzyka zdrowotnego i główną przyczynę przedwczesnej umieralności. Istniejące oszacowania wskazują, że palenie dwudziestu papierosów dziennie skraca przeciętną długość życia o mniej więcej 5 lat, a palenie czterdziestu – o ponad 8;
- 3) picie alkoholu – wiele badań nad picciem alkoholu wykazało, że picie znacznych ilości alkoholu w wyraźny sposób związane jest z pogorszeniem zdrowia, natomiast ostatnie badania potwierdzają, że picie niewielkich ilości alkoholu (najczęściej mówi się o czerwonym winie) ma korzystny wpływ na układ krążenia;
- 4) aktywność fizyczna – organizm człowieka jest genetycznie zaprogramowany na aktywny styl życia. Wszystkie funkcje życiowe sprowadzają się do ruchu. Jednak współczesny tryb życia wyeliminował wiele rodzajów aktywności ruchowej z naszego codziennego życia. Siedzący tryb życia sprzyja chorobom przemiany materii i otyłości. Poza ewidentnymi korzyściami zdrowotnymi aktywność fizyczna podnosi także walory estetyczne ciała w wyniku ćwiczeń fizycz-

nych sylwetka staje się smuklejsza, proporcje ciała przedstawiają się korzystniej, sposób poruszania staje się bardziej harmonijny;

- 5) badania kontrolne – wykonanie badań kontrolnych może być czynnością realizowaną zarówno przez personel medyczny, jak i przez samych zainteresowanych (np. samobadanie piersi przez kobiety). Działania tego rodzaju mają w profilaktyce charakter prewencji wtórnej, zorientowanej na wczesne wykrywanie, a następnie właściwe leczenie zaburzeń w stanie zdrowia;
- 6) sen – zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia przyjmuje się, że normą zdrowotną dla dorosłego człowieka jest 7–8 godzin snu na dobę. Dotyczy to najczęściej osób do 40 roku życia, osoby starsze śpią mniej. Istnieje także różnica w ilości godzin snu między osobami pracującymi i niepracującymi – ci drudzy śpią na ogół dłużej;
- 7) życie seksualne – w ostatnich latach coraz częściej mówi się o roli satysfakcjonującego życia seksualnego dla dobrego samopoczucia, a zatem i zdrowia. Podkreśla się tu szczególnie jego funkcje związane nie tylko z realizacją potrzeb fizjologicznych, ale kontaktem emocjonalnym, samorealizacją w dojrzałym życiu, rozładowaniem napięć i stresów;
- 8) posługiwanie się wsparciem społecznym – jest jedną ze strategii zmagania się czy też radzenia sobie z obciążeniami psychicznymi wynikłymi ze stresu. Ochronną funkcję może pełnić oparcie, jakie jednostka znajduje wśród bliskich sobie osób w trudnych, stresujących sytuacjach życiowych.

Podstawowe treści i wartości prozdrowotne są wpajane przede wszystkim w domu i rodzinie. To tu na ogół formowane są postawy i zachowania kształtujące zdrowie – określone nawyki dotyczące jedzenia, spania, doświadczania oraz oferowania miłości i wsparcia, wartości przydawane zdrowiu i dobremu funkcjonowaniu, świadomość zagrożeń płynących ze środowiska. Rodzina pełni więc podstawową funkcję w dostarczaniu wiedzy i wzorów, które stanowią o potencjale istotnym dla kształtowania zdrowia. Proces socjalizacji rozpoczyna się w rodzinie, a następnie jest kontynuowany przez wiele instytucji społecznych: formalny system edukacji, kościoły, instytucje „czasu wolnego” itd. [20].

„Wyniki badań socjologicznych przeprowadzonych zarówno na początku i w połowie dekady, wskazują, że prozdrowotne style życia – przez które rozumielibyśmy pewien spójny zbiór zachowań – nie są często realizowane przez Polaków. W przypadku większości osób można raczej mówić o obecności w ich życiu pojedynczych zachowań związanych ze zdrowiem. Różne grupy spo-

łeczne w rozmaity sposób łączą zachowania prozdrowotne i antyzdrowotne, co nie znaczy oczywiście, że nie są one elementami innych całości składających się na style życia tych grup wraz z innymi zachowaniami odzwierciedlającymi ich sposób bycia w społeczeństwie” [22].

Kultura pedagogiczna rodziców jako czynnik wpływający na styl życia rodziny

Przechodząc do analizy relacji, jaka zachodzi między stylem życia rodziny – pierwotnego i najważniejszego środowiska wychowania i socjalizacji dziecka – a kulturą pedagogiczną rodziców, warto podjąć krótkie rozważania także na temat samego pojęcia „kultura pedagogiczna rodziców”, wskazując przy tym na specyficzne i ważne z punktu widzenia poznawczego i praktycznego obszary i czynniki, które ją konstytuują. Pozwoli to między innymi na wskazanie charakterystycznych elementów wzorca kultury pedagogicznej ogółu współczesnego społeczeństwa, w znaczny sposób wpływających na świadome podejmowanie w rodzinach działań prozdrowotnych. Być może, zainicjuje też refleksje na temat konieczności i jednocześnie kierunków wspomagania pedagogicznego rodziny w aspekcie promowania i respektowania zdrowego stylu życia.

Otóż kultura pedagogiczna rodziców definiowana jest jako „rodzaj zachowań przejawiający się w uświadomieniu przyjętych celów wychowania, w zdobywaniu wiedzy o wychowaniu, wrażliwości dotyczącej dzieci i młodzieży, w poczuciu odpowiedzialności za młode pokolenie i znajdujący swój wyraz w prawidłowym oddziaływaniu wychowawczym na dzieci, młodzież i dorosłych” [23].

Mając na względzie jej istotę w odniesieniu do wielu różnorodnych spraw związanych z życiem systemu rodzinnego, w tym także w odniesieniu do procesu socjalizacji w rodzinie oraz opieki i wychowania dzieci do zdrowego stylu życia, Kawula wychodzi z propozycją, aby wziąć pod uwagę przede wszystkim kwestię dotyczącą świadomości rodziców wobec podejmowanej przez nich roli wychowawczej wobec własnych dzieci i wskazuje jednocześnie na istotność ich poczucia odpowiedzialności za dalsze życie dzieci, a w kontekście omawianego problemu także za wypracowanie u nich nawyków zdrowego stylu życia [24]. Powyższy autor podkreśla także, jak ważna w obszarze ochrony zdrowia jest wiedza rodziców na temat potrzeb i praw dotyczących wieloobszarowego rozwoju dzieci i kierowanie się tym w procesie opieki i wychowania (zwłaszcza w kontekście wychowania do zdrowego stylu życia). Autor zwraca też uwagę na poglądy dorosłych na temat stosunków wychowawczych, rodzaju i skuteczności stosowanych przez nich środków wychowawczych, a także na wszelkie podejmowane przez dorosłych

działania zmierzające do pogłębiania szans osiągnięcia przez dzieci pomyślności życiowej i dobrej jakości życia rozumianych jako poczucie dobrostanu i zdrowie. Co ważne, podkreśla także, iż nie bez znaczenia jest stopień refleksji rodziców na temat efektów pełnionej przez nich funkcji opiekuńczo-wychowawczej wobec dzieci, co może mieć wyraźne odzwierciedlenie także w ich postępowaniu i konsekwencji w obszarze ochrony zdrowia (także w dbaniu o bezpieczeństwo dzieci).

Biorąc zatem pod uwagę rolę kultury pedagogicznej rodziców w zakresie ochrony zdrowia całego systemu rodzinnego i poszczególnych jej członków, podkreślić należy, iż bardzo duże znaczenie mają w tym wieloobszarowe działania rodziców bezpośrednio promujące zdrowy styl życia. Nie bez znaczenia jest także osobista kultura obojga rodziców i ich zdolność do prawidłowego reagowania w codziennych sytuacjach wychowawczych. Prawidłowego, a więc określonego przez rzetelną wiedzę, system wartości i normy, ale też świadomego, odpowiedzialnego i zgodnego z różnorodnymi indywidualnymi potrzebami dziecka. Co ważne, pominąć nie można samej umiejętności rodziców w zakresie nawiązywania relacji wychowawczej z dzieckiem, której, jak wskazuje wielu pedagogów, podstawą powinna być przede wszystkim miłość i dodatnio zabarwione emocjonalnie z nim obcowanie, a także przychylność wobec różnorodnych jego potrzeb. Nie można też zapomnieć o postawie tolerancji i wyrozumiałości (wykluczając oczywiście zachowania, które narażają dobro innych ludzi lub wyrządzają szkodę samemu dziecku) oraz bazującej na autorytecie rodziców ich przewodniczej roli w relacji „rodzice – dzieci”, co sprzyja budowaniu i jednocześnie utrzymywaniu tak ważnej dla zdrowia równowagi nerwowej. Co ważne w kontekście ochrony zdrowia w rodzinie i prowadzonego przez nią zdrowego stylu życia, zwraca się też uwagę na istotność pewnych podstawowych zasad odnośnie do procesu wychowawczego, a mianowicie do: zasady fizycznej obecności obojga rodziców w procesie wychowania dziecka, zasady miłości wychowawczej, stałości i konsekwencji, jednolitości i harmonijności, umiaru, indywidualizacji, wszechstronności, aktywności dziecka, aż do zasady samowychowania, a więc doprowadzenia do sytuacji, gdy dziecko – jednostka wychowywana w rodzinie – weźmie samo za siebie odpowiedzialność, także w sferze szeroko rozumianego zdrowia, ochrony zdrowia, a więc także i preferowania zdrowego stylu życia [23].

Oczywiście podkreślić należy, że wszystkie wyżej wymienione zasady są bardzo ważne w całościowym procesie wychowania i jego efektach. W obszarze szeroko rozumianego zdrowia i ochrony zdrowia, w tym zdrowia fizycznego, psychicznego, społecznego i, co należy podkreślić, także zdrowia seksualnego

i duchowego, o czym niejednokrotnie się zapomina, szczególnie istotne staje się świadome respektowanie zasady miłości wychowawczej, według której atmosfera ciepła w rodzinie sprzyja wzajemnemu porozumiewaniu się, prawidłowej komunikacji i zaufaniu, a więc zdrowiu psychicznemu jednostek w rodzinie. Na uwagę zasługują także zasady stałości i konsekwencji, nawiązujące do konsekwentnego stosowania względem dzieci określonych zasad, a także zasada jednolitości zobowiązująca obu rodziców do jednolitego względem dziecka postępowania. Nie bez znaczenia w obszarze ochrony zdrowia jest zasada umiaru (także jeżeli chodzi o nagradzanie i karanie dziecka), mówiąca o tym, że zbyt liberalizm w procesie wychowawczym może prowadzić do braku wewnętrznej dyscypliny u dziecka, zaś konsekwencją zbyt rygorystycznego może być buntownicza, agresywna, bierna lub apatyczna postawa dziecka. Na szczególne podkreślenie w kontekście budowania u dziecka odpowiedzialności za własne zdrowie zasługuje też zasada wszechstronności, w której podkreśla się konieczność brania pod uwagę w procesie wychowawczym całościowego, a więc biopsychospołecznego, seksualnego i duchowego rozwoju dziecka, oraz bezpośrednio odnosząca się do niej zasada indywidualizacji podejścia do dziecka, zarówno w aspekcie jego indywidualnych potrzeb, jak też osobniczych możliwości, mających swoje odzwierciedlenie między innymi we wszechstronnej aktywności dziecka.

Biorąc powyższe pod uwagę, podkreślić należy, iż trudno jednoznacznie i precyzyjnie wskazać, które z wymienionych zasad wychowawczych, konstytuujących i wpływających na prawidłowy kształt kultury pedagogicznej rodziców, w odniesieniu do konkretnego obszaru zdrowia, w tym zdrowia fizycznego, psychicznego, społecznego, duchowego, seksualnego czy też prokreacyjnego i kształtowania w procesie wychowania dziecka zdrowego stylu życia, są najistotniejsze. Wszystkie bowiem wyżej wymienione i promowane przez pedagogów zasady wychowawcze, mimo że teoretycznie dość konkretnie sprecyzowane, współtworzą wieloobszarowy, plastyczny, indywidualny i jednocześnie płynny wobec zdrowia i wszechstronnego rozwoju dziecka kontekst działań pedagogicznych, w związku z czym w praktyce trudno mówić o jasnym ich rozgraniczeniu i przyporządkowaniu konkretnej zasady do konkretnego aspektu zdrowia. Ponadto wskazać należy, że na kształt kultury pedagogicznej rodziców, zwłaszcza w zakresie dotyczącym ochrony zdrowia w rodzinie i stylu jej życia, rzutuje też wiele innych, niezależnych od nich samych czynników i specyficznych uwarunkowań, wśród których wymieniłoby warunki socjalne i materialne danej rodziny, środowisko jej zamieszkania czy nawet poziom wykształcenia rodziców. Dużego

znaczenia, jak wskazuje Kawula, nabierają także pierwotna wiedza rodziców na temat zdrowego stylu życia, a więc wiedza, którą wynieśli ze swych domów, a także źródła, z jakich obecnie czerpią oni wiedzę pedagogiczną [24]. Bardzo ważne jest bowiem, czy w kierowanym przez nich procesie wychowywania dzieci bazują oni na wiedzy naukowej, popularnonaukowej czy jedynie potocznej. Wiedza bowiem i same też źródła, z których jest ona czerpana, jak podkreśla wspomniany wyżej autor, mogą mieć znaczny wpływ na kształtowanie się wzorców postępowania w rodzinie, na wprowadzanie modyfikacji i zmian w postępowaniu wychowawczym bądź utrwalanie wcześniej poznanych postaw, także postaw wobec zdrowia.

Dodać należy, że wszystkie wymienione wyżej czynniki wpływające na zarys i specyfikę procesu wychowawczego w rodzinie mają znamienity wpływ na reprezentowany przez rodziców poziom kultury pedagogicznej, od której w dużej mierze zależą indywidualne i społeczne perspektywy życiowe dziecka – do pewnego stopnia także perspektywy kształtujące się w obszarze jego zdrowia.

Rola rodziców w kształtowaniu zdrowego stylu życia u dziecka

Eksperti Światowej Organizacji Zdrowia pod koniec XX wieku opublikowali ważne dla każdego człowieka hasło: „Zdrowie zaczyna się w rodzinie”, którego celem było zwrócenie uwagi społeczeństw na prozdrowotną rolę rodziny w życiu człowieka. Rodzina, jak już wcześniej wspomniano, może być jednocześnie czynnikiem ochrony zdrowia, a więc wzmacniać zdrowie i zapobiegać chorobom, jak również być czynnikiem zagrożenia zdrowia poszczególnych członków rodziny, szczególnie dzieci.

Rodzice, jako pierwsi opiekunowie i wychowawcy, mają ogromną szansę wpłynąć na poglądy i nawyki dziecka w obszarze zdrowia poprzez działanie przykładem osobistym, dostarczanie właściwej wiedzy i kształtowanie odpowiednich umiejętności do prowadzenia zdrowego stylu życia. Przez zachowania zdrowotne należy rozumieć nawykowe i intencjonalne formy działania rodziców, które pozostają w pozytywnym, a nie negatywnym związku ze zdrowiem. Zachowania zdrowotne człowieka kształtują się w okresie wzrastania i rozwoju dziecka, a dokonuje się to w procesie socjalizacji rodzinnej. Do tych zachowań można zaliczyć [25]:

- wytwarzanie nawyków bezpośrednio lub pośrednio związanych z doskonaleniem zdrowia u dziecka,
- wyrabianie odpowiednich sprawności u dziecka,
- nastawienie woli dziecka i kształtowanie u niego postaw umożliwiających stosowanie zasad higieny, pielęgnacji, zapobieganiu chorobom i leczenie,

- pobudzanie u dziecka pozytywnych zainteresowań sprawami zdrowia przez wzbogacanie i pogłębianie wiedzy o sobie.

W ramach rodzinnej socjalizacji i wychowania do zdrowia obowiązkiem rodziców jest stworzenie i zapewnienie dziecku warunków do prawidłowego rozwoju fizycznego i psychicznego, troska o jego zdrowie oraz oddziaływanie zdrowotne na nie. Należy tu podkreślić, że efektywność procesu socjalizacyjnego i wychowawczego zależeć będzie od: wykształcenia rodziców, ich wiedzy na temat omawianej problematyki, statusu społeczno-ekonomicznego rodziny, liczby członków rodziny i ich wieku, ich kondycji zdrowotnej i psychicznej. Poniżej zostaną przedstawione możliwe działania, jakie mogą podejmować rodzice w zakresie zdrowia fizycznego, psychicznego, społecznego, duchowego, seksualnego czy też prokreacyjnego celem kształtowania u dziecka zdrowego stylu życia.

W ramach zdrowia fizycznego dziecka rodzice powinny pamiętać o:

- podejmowaniu aktywności fizycznej, zwłaszcza w czasie wolnym, gdyż stanowi ona czynnik warunkujący rozwój osobniczy i stan zdrowia, będąc kluczowym elementem prozdrowotnego stylu życia. Zadaniem rodziców jest wdrażanie do aktywnego spędzania czasu wolnego, uświadamianie dziecku, że ruch jest stałym elementem ludzkiego życia. Wspólne piesze czy rowerowe wycieczki, spacer, zabawy wdrażają do systematycznej aktywności ruchowej i stanowią podłoże do rekreacji fizycznej;
- podejmowaniu higienicznego rytmu dnia, uwzględniając równowagę pomiędzy pracą, aktywnością fizyczną, odpoczynkiem a odpowiednią ilością snu;
- przestrzeganiu zasad higieny (na przykład myciu rąk i zębów) i bezpieczeństwa;
- adaptowaniu organizmu dziecka do różnych warunków atmosferycznych celem podniesienia jego odporności;
- przeprowadzaniu okresowych badań lekarskich i szczepień ochronnych;
- przestrzeganiu zasad prawidłowego odżywiania; zadaniem rodziców jest przygotowywanie posiłków bogatych w składniki odżywcze i mineralne, witaminy i wodę oraz przyzwyczajanie dziecka do spożywania ich o stałych porach.

Istnieje ścisła zależność między stanem zdrowia fizycznego a stanem zdrowia psychicznego. Dbałość o zdrowie fizyczne wzmacnia zdrowie psychiczne. Właściwe nawyki żywieniowe, wypoczynek i odpowiednia liczba godzin snu stanowią ochronę przed stresem, a ruch na świeżym powietrzu obniża poziom negatywnych

emocji i chroni przed depresją. Psychologowie uważają, że problemy ze zdrowiem fizycznym przyczyniają się do rozwoju zaburzeń z obszaru zdrowia psychicznego [26].

Zatem w tym obszarze rodzice powinni pamiętać o:

- tworzeniu pozytywnego klimatu w rodzinie,
- kształtowaniu u dziecka postawy odpowiedzialności i zachowań prospołecznych,
- tworzeniu sytuacji do przeżywania sukcesu i rozpoznawania własnych osiągnięć,
- unikaniu przemocy w relacji z dzieckiem,
- zaspokajaniu potrzeb dziecka, w szczególności potrzeby miłości i przynależności.

Zadaniem rodziców w obszarze zdrowia społecznego i duchowego jest przede wszystkim przekazywanie dziecku akceptowanych w otoczeniu norm i wartości, kształtowanie w nim postawy życzliwości do innych ludzi i tolerancji do odmienności, wzmacnianie poczucia wartości, zachowań asertywnych. Bardzo ważne jest tu indywidualne podejście rodzica do każdego dziecka.

W zakresie zdrowia seksualnego i prokreacyjnego rodzice mogą wspierać dziecko w:

- akceptacji własnej płci, a to stanowi warunek skutecznego i satysfakcjonującego podjęcia ról społecznych związanych z płcią;
- przyjmowaniu ról społecznych związanych z płcią; osoba zdrowa seksualnie jest gotowa przyjąć i świadomie pełnić funkcje małżeńskie i rodzicielskie, których realizowanie wiąże się z interpersonalną satysfakcją.

Do rodziców w pierwszej kolejności należy uświadamianie dziecku, czym jest seksualność, jak ją prawidłowo należy wyrażać w sensie fizycznym i psychicznym oraz kształtowanie poczucia odpowiedzialności za skutki własnej seksualności wobec siebie i innych. Rodzice, podejmując się wychowania seksualnego, powinni uświadomić sobie, co chcą w dziecku pielęgnować i rozwijać.

Na zakończenie warto przedstawić dziesięć najważniejszych zasad postępowania i zachowania, które służą zachowaniu i pomnażaniu zdrowia człowieka. Są to: [27]

- wiedza o samym sobie, a więc rozumienie zasad funkcjonowania organizmu, na takim poziomie, aby można było ocenić stan swego zdrowia i wykorzystując tę wiedzę, uprawiać strategię zdrowego stylu życia, planować i wcielać w życie różne przedsięwzięcia wyprzedzające chorobę;
- utrzymywanie sił obronnych organizmu w stałej gotowości; z jednej strony niedopuszczenie do takich zachowań, które mogą obniżyć barierę immunologiczną, na przykład palenie papierosów, picie alkoholu czy zażywanie narkotyków, a z drugiej strony podejmowanie działań wzmacniających siły obronne organizmu, czyli

właściwe odżywianie, systematyczna aktywność fizyczna, hartowanie ciała;

- nienadużywanie leków;
- utrzymywanie aktywności fizycznej w odpowiedniej częstotliwości, intensywności i objętości;
- prawidłowe odżywianie się, a więc przestrzeganie prawa bilansu energetycznego, wyeliminowanie z diety produktów wysoko przetworzonych, spożywanie dużych ilości warzyw i owoców, ograniczenie spożycia potraw o dużej zawartości cholesterolu;
- hartowanie się, czyli świadome i planowe poddawanie swego ciała i psychiki różnego rodzaju bodźcom, aby wzmocnić się, przygotować do sytuacji trudnych, uodpornić na bodźce w sferach fizycznej, psychicznej i społecznej;
- rozwijanie umiejętności walki ze stresem, a więc świadome i planowe sterowanie swoimi reakcjami, ograniczanie i eliminowanie wpływu bodźców negatywnych;
- wyeliminowanie nałogów;
- bycie człowiekiem życzliwym dla innych, czyniącym dobro, znającym wartość takich pojęć jak tolerancja i kompromis oraz mającym umiejętność posługiwania się nimi w praktyce;
- zachowanie postawy dopingowej, czyli demonstrowanie optymistycznych postaw wzmacniających człowieka psychicznie i tworzących obraz samego siebie u innych bardziej pozytywnym, niż jest w rzeczywistości.

Wnioski

Nie na wszystko, co ze zdrowiem i chorobą się łączy, człowiek ma wpływ. Biorąc jednak pod uwagę wyniki badań, które jednoznacznie wskazują, iż czynnikiem w 52% warunkującym zdrowie jest styl życia związany ze zdrowiem, w ujęciu psychologicznym definiowany jako „charakterystyczny dla jednostki system zachowań zdrowotnych, uwarunkowany cechami temperamentu, wiedzą, uogólnionymi poglądami i przekonaniami na temat świata, życia i własnej osoby, wiążący się z kompetencjami, systemem wartości i indywidualnymi doświadczeniami w zakresie zdrowia oraz zmiennymi społeczno-kulturowymi” [28], warto o tym mówić, przede wszystkim mając nadzieję, że będzie to miało odzwierciedlenie w działaniach praktycznych. Warto więc podejmować refleksje na temat roli rodziny i kultury pedagogicznej rodziców w obszarze ochrony zdrowia w rodzinie, także ich roli w procesie kształtowania u dzieci zdrowego stylu życia. Aspekt ten jest o tyle ważny, że to właśnie od działań rodziców, ich decyzji, wyborów, postępowania i preferowanego przez nich stylu życia w dużej mierze zależy zdrowie ich samych i ich

dzieci, a jak wynika z badań empirycznych i obserwacji potocznych, poziom kultury, także kultury pedagogicznej, we współczesnych rodzinach jest obecnie bardzo różny. Istnieją w tym zakresie zarówno zróżnicowania indywidualne, jak i środowiskowe, zauważa się oddziaływanie sprzyjających oraz niesprzyjających elementów służących realizacji zadań związanych z edukacją zdrowotną w rodzinie, przy czym różnice te zdaniem wielu specjalistów wynikają przede wszystkim ze specyfiki kultury określonych grup i środowisk, a także ze zróżnicowanego poziomu wykształcenia członków społeczeństwa. I choć mimo tego, że zazwyczaj rodzice akceptują zdrowy styl życia, a zdrowie rodziny jest dla nich wartością szczególną, to, jak wskazują Cylkowska-Nowak i Melosik, ich wiedza na temat zdrowia i ochrony zdrowia jest dość uboga, kształtowana przede wszystkim przez media i kulturę popularną [29]. Rzadko natomiast na ich poglądy w zakresie zdrowia wpływ ma prowadzona w profesjonalny sposób promocja zdrowia.

Patrząc na podejmowany w opracowaniu problem z różnych perspektyw, także z perspektywy dominujących obecnie w społeczeństwie tendencji dotyczących przemian życia rodzinnego, preferowanego – konsumpcyjnego stylu życia, a więc stylu, w którym prym wiodą kultura masowa, mass media i Internet, zauważyć można pilną potrzebę wprowadzania ogólnodostępnych programów edukacyjnych w zakresie zdrowia, zarówno kształcących, jak i wzbogacających potoczną wiedzę na jego temat, w tym także na temat jego ochrony. Istotne wydaje się też promowanie pozytywnych wzorców postępowania w zakresie zdrowia oraz konsekwentne utrwalanie prozdrowotnego stylu życia poprzez współpracę różnych środowisk, w tym środowisk naukowych, socjalizujących i wychowujących ludzi młodych i dzieci, nie wyłączając tak wiele obecnie znaczących w życiu społecznym mass mediów. Tylko, jak się wydaje, zintegrowany i dobrze przemyślany model działań w tym zakresie może okazać się skuteczny.

Z pedagogicznego punktu widzenia duże znaczenie w procesie szeroko rozumianego podnoszenia świadomości społecznej w zakresie zdrowia mogą mieć także działania o konotacjach specjalistycznego wsparcia, skoncentrowane *stricto* na pracy nad podnoszeniem kultury pedagogicznej współczesnych rodziców, a chodzi przede wszystkim o podnoszenie ich świadomości dotyczącej tego, jak duży udział mają oni zarówno w stymulacji rozwoju swoich dzieci, jak też w ochronie ich zdrowia fizycznego, psychicznego, społecznego, duchowego i seksualnego, a więc wszystkich aspektów zdrowia, wpływających na jakość ich życia i przyszłość.

Piśmiennictwo

1. Matuszewicz C. Psychologia wartości. Warszawa: PWN; 1975.
2. Ostrowska K. W poszukiwaniu wartości. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1998.
3. Szczepański J. Elementarne pojęcia socjologii. Warszawa: PWN; 1972.
4. Olechnicki K, Załęcki P. Słownik socjologiczny. Toruń: Graffiti BC; 2004. 239.
5. Gałaś M. Wartości kultury w epoce współczesnej. Toruń: Akapit; 2000.
6. Kasperek E. Zdrowie jako wartość i przedmiot edukacji. W: Melosik Z (red.). Młodość. Styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje. Poznań: Wolumin; 2001.
7. Kasperek E. Współczesne koncepcje zdrowia i choroby. W: Gapik L (red.). Postępy psychoterapii. T. 1. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 1998.
8. Dubos R. Człowiek, środowisko, adaptacja. Warszawa: PZWL; 1970.
9. Dąbrowski K. W poszukiwaniu zdrowia psychicznego. Warszawa: PWN; 1989.
10. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna – podstawy teoretyczne i metodyczne. W: Woynarowska B (red.). Edukacja zdrowotna. Warszawa: PWN; 2012. 20, 31, 40, 36.
11. de Walden-Gałaszko K. Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 1994. 44.
12. Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2000. 250–251.
13. Green J. Assessing the health needs of young people. IJHPE – Promotion & Education. 2002; 2: 13.
14. Siciński A. Styl życia – problemy pojęciowe i teoretyczne. W: Siciński A (red.). Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce. Warszawa: PWN; 1978. 15.
15. Tarkowska E. Kategoria stylu życia a inspiracje antropologiczne. W: Siciński A (red.). Styl życia. Koncepcje i propozycje. Warszawa: PWN; 1976. 82–83.
16. Siciński A. Warunki przemian stylu życia we współczesnej Polsce. W: Siciński A (red.). Styl życia. Koncepcje i propozycje. Warszawa: PWN; 1976. 182–195.
17. Siciński A. Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce. Warszawa: PWN; 1978. 15–16.
18. Siciński A. O funkcjach stylu życia. W: Siciński A (red.). Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce. Warszawa: PWN; 1978. 387.
19. Sadowski Z. Promocja zdrowia – szansa i konieczność. Prom Zdr. 1994; 3–4: 15–35.
20. Ostrowska A. Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN; 1999. 13–18, 27–32, 50–98, 181–182.
21. Kostka R. Zdrowy styl życia po polsku. W: Falkowska M (red.). O stylach życia Polaków. Warszawa: CBOS; 1997. 210.
22. Ostrowska A. Styl życia a zdrowie – bilans dekady. W: Domańska H, Ostrowska A, Rychard A (red.). Jak żyją Polacy. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN; 2000. 107–108, 112.
23. Jundziłł I. Opieka nad rodziną w miejscu zamieszkania. Warszawa: Wydawnictwo Spółdzielcze; 1983. 149.
24. Kawula S. Kultura pedagogiczna rodziców jako czynnik stymulacji rozwoju i wychowania młodego pokolenia. W: Kawula S, Brągiel J, Janke AW (red.). Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek; 2009.
25. Demel M. Pedagogika zdrowia. Warszawa: WSiP; 1986. 69.

26. Children's Mental Health (2005), <http://www.apa.org/pi/families/children-mental-health.aspx> (data dostępu: 10.04.2014).
27. Cendrowski Z. Przewodźcą innym. Warszawa: Agencja Promo-Lider; 1997.
28. Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Warszawa: PWN; 2007. 51.
29. Cylkowska-Nowak M, Melosik Z. Młodzież, styl życia i zdrowie. W: Melosik Z (red.). Młodzież. Styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje. Poznań: Wolumin; 2001. 252.

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 Deręgowska
ul. Na Uboczu 20
60-115 Poznań
tel.: 509 703 116
e-mail: deregowscy@gmail.com
Collegium Da Vinci (dawna Wyższa Szkoła Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa) w Poznaniu

■ CZYNNIKI RODZINNE WPŁYWAJĄCE NA KSZTAŁTOWANIE NAWYKÓW ŻYWIENIOWYCH DZIECI

FAMILY IMPACT OF CHILDREN'S EATING BEHAVIOURS

Sandra Kryska¹, Mateusz Grajek², Karolina Sobczyk²

¹ Studium doktoranckie

Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze

² Studium doktoranckie

Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

STRESZCZENIE

Rodzina jest podstawowym środowiskiem życia i wychowania każdego człowieka. Jej brak lub dysfunkcja wpływają w sposób negatywny na rozwój dziecka. Zdaniem wielu naukowców jedynie pełna i zgodna rodzina daje dziecku możliwość dorastania w prawidłowych warunkach, uzyskania dobrego wychowania oraz pozytywnych wzorców na przyszłość.

Wiedza pedagogiczna rodziców ma niezwykle istotne znaczenie w kształtowaniu postaw wychowawczych oraz sposobów przekazywania dzieciom informacji, zachowań i umiejętności życiowych. Rodzice zazwyczaj nie mają naukowej wiedzy z zakresu pedagogiki, psychologii i innych dziedzin społecznie użytecznych. Badacze podkreślają jednak, że w ich przypadku bardzo dobre efekty daje posiadanie podstawowej wiedzy o życiu powiązanej z empiryczną wiedzą na temat wychowania potomstwa oraz zainteresowaniem spawami i problemami dziecka.

Świadomość rodziców dotycząca chociażby prawidłowego żywienia dzieci powinna zatem odnosić się w głównej mierze do: znajomości zasad prawidłowego żywienia w poszczególnych fazach rozwojowych dziecka i młodego człowieka, znajomości jego potrzeb, temperamentu, fazy rozwojowej, w której ich dziecko aktualnie się znajduje, jak również zagrożeń, które wynikają z nieprawidłowego żywienia (nadwaga, otyłość, niedożywienie, anoreksja, bulimia, cukrzyca).

Rodzice mający nawet podstawową wiedzę na temat prawidłowego żywienia oraz zdrowego stylu życia zazwyczaj zdają sobie sprawę, że żywienie dziecka ulega zmianom i modyfikacjom pod wpływem różnorodnych czynników. W związku z tym sposób żywienia dziecka musi być każdorazowo dostosowany do jego indywidualnych potrzeb oraz możliwości.

SŁOWA KLUCZOWE: czynniki rodzinne, rodzice, dzieci, nawyki żywieniowe, wychowanie.

ABSTRACT

The family is a basic environment for each person. Its absence or dysfunction negatively affects the child's development. According to the scientists, only a complete and consistent family gives the child the opportunity to grow up in normal conditions, education and obtain positive role models for the future.

Parents' teaching knowledge is of paramount importance in shaping educational attitudes and ways of conveying information, attitudes and life skills to children. Parents usually do not have the scientific knowledge of pedagogy, psychology, and many socially useful areas. The researchers emphasize, however, that having basic knowledge of life associated with empirical knowledge about the education of offspring and problems of the child brings very good results.

Parents' awareness on proper nutrition of children should, therefore, relate mainly to the knowledge of the principles of nutrition at various stages of the child's development, knowing the child's needs, temperament, as well as the threats connected with poor nutrition (overweight, obesity, malnutrition, anorexia, bulimia, diabetes).

Parents who have even basic knowledge of proper nutrition and a healthy lifestyle usually realize that feeding a child undergoes changes and modifications under the influence of various factors. Therefore, the diet of the child must always be adapted to suit individual needs and capabilities.

KEYWORDS: family factors, parents, children, eating habits, education.

Znaczenie rodziny w rozwoju dziecka

Rodzina jest podstawowym środowiskiem życia i wychowania każdego człowieka. Jej brak lub dezintegracja wpływają w sposób negatywny na rozwój dziecka i młodego człowieka. W opinii badaczy jedynie pełna

i zgodna rodzina daje dziecku możliwość dorastania w prawidłowych warunkach wychowawczych [1].

Proces wychowania w rodzinie jest procesem dwutorowym, w którym rodzice dokonują określonych instytucjonalnych i zamierzonych zabiegów wychowawczych,

w ramach których usiłują nadać całemu procesowi pewien zaplanowany kierunek [2]. Niezależnie od powyższego procesu wychowania rodzice dokonują nieustannych prób poprawiania i utrzymywania pozytywnej atmosfery w domu rodzinnym.

Rodzice przejawiający właściwe postawy rodzicielskie starają się w sposób świadomy oraz zamierzony organizować wychowanie swoich dzieci, zapewnić im opiekę i warunki materialne umożliwiające ich prawidłowy rozwój psychofizyczny. Zaspokajają oni również potrzeby fizjologiczne dziecka oraz zapewniają mu niezbędne do właściwego rozwoju poczucie bezpieczeństwa [3].

Wspomniana powyżej prawidłowa struktura rodziny stanowi jeden z najistotniejszych warunków skutecznego wychowania oraz przekazywania dzieciom umiejętności nawiązywania i podtrzymywania relacji międzyludzkich. Innym czynnikiem warunkującym prawidłowe wychowanie jest umożliwianie dzieciom wchodzenia w relacje międzyludzkie, dzięki którym nabywają one wiedzy i umiejętności nawiązywania i podtrzymywania kontaktów, pomagania innym czy współdziałania [1, 3].

Prowadzone badania wykazały, że rodziny cechujące się wysokim stopniem integracji łatwiej przenoszą właściwe postawy wzajemnego szacunku i odnoszenia się do siebie. Natomiast niepowodzenia małżeńskie, zbyt duże zaangażowanie w pracę zawodową, uzależnienia czy brak zrównoważenia moralnego wpływają na dezintegrację życia rodzinnego i mogą stanowić podstawę do negatywnego rozwoju osobowości [4]. W innych badaniach [5] wykazano również, że silna więź społeczno-emocjonalna przyczynia się do prawidłowego kształtowania się osobowości dziecka. Natomiast w przypadku niedostatecznego zaspokojenia potrzeb społeczno-emocjonalnych młodego człowieka dochodzi do ujawniania się różnorodnych zaburzeń (frustracja, postawy lękowe, obniżona samoocena, obniżony poziom aspiracji), które w konsekwencji przyczyniają się do pogorszenia funkcjonowania dziecka w kręgach społecznych.

W świetle powyższych rozważań stwierdza się, że rodzina stanowi pierwotne, najbardziej naturalne i równocześnie niezastąpione środowisko wychowawcze. Zasadniczą podstawę do wychowania rodzinnego stanowi prawidłowa struktura rodzinna opierająca się na wzajemnej miłości rodziców i wpływająca w sposób pozytywny na relacje pomiędzy rodzicami a ich dziećmi. Brak rodziny lub dezintegracja środowiska rodzinnego prowadzą natomiast do ujawniania się zaburzeń w zachowaniu dziecka i ujawniania przez nich skłonności do zachowań agresywnych, przestępstw czy uzależnień od substancji psychoaktywnych.

Wiedza na temat prawidłowego żywienia dzieci

Wiedza pedagogiczna rodziców ma niezwykle istotne znaczenie w kształtowaniu ich postaw wychowawczych oraz sposobów przekazywania dzieciom informacji, postaw i umiejętności [6]. Rodzice zazwyczaj nie mają naukowej wiedzy na temat procesu wychowania. Badacze podkreślają jednak, że bardzo dobre efekty przynosi posiadanie minimalnej wiedzy naukowej powiązanej z empiryczną wiedzą na temat wychowania potomstwa oraz zainteresowaniem sprawami i problemami dziecka.

Wiedza rodziców dotycząca prawidłowego żywienia dzieci powinna zatem odnosić się w głównej mierze do: znajomości zasad prawidłowego żywienia w poszczególnych fazach rozwojowych dziecka i młodego człowieka, znajomości jego potrzeb, temperamentu, fazy rozwojowej, w której ich dziecko aktualnie się znajduje, jak również zagrożeń, które wynikają z nieprawidłowego żywienia (nadwaga, otyłość, niedożywienie, anoreksja, bulimia, cukrzyca). Rodzice mający nawet podstawową wiedzę na temat prawidłowego żywienia oraz zdrowego stylu życia zazwyczaj zdają sobie sprawę, że żywienie dziecka ulega zmianom i modyfikacjom pod wpływem różnorodnych czynników. W związku z tym sposób żywienia dziecka musi być każdorazowo dostosowany do jego indywidualnych potrzeb oraz możliwości [7].

Jak podkreślają badacze, wiedza oraz świadomość rodziców na temat prawidłowego odżywiania dzieci wciąż są niewystarczające. Efektem niewiedzy jest występowanie w populacji najmłodszych mieszkańców Polski konsekwencji błędów żywieniowych popełnianych przez ich rodziców. W swoich doniesieniach badacze podkreślają również konieczność edukacji rodziców w zakresie prawidłowego żywienia. Głównym jej celem powinno być zapoznanie wszystkich członków rodziny z zasadami prawidłowego żywienia oraz wykorzystania poznanych zasad w planowaniu zbilansowanej diety [8, 9]. Wiedza ta powinna być również przekazywana najmłodszym członkom rodziny, których w największym stopniu dotyczy. Dzieci bardzo chętnie i bardzo łatwo przyswajają sobie nowe wiadomości. Zdarza się również, że niejednokrotnie dzieci mają znacznie większą wiedzę na temat prawidłowego żywienia niż ich rodzice. Powielają jednak nawyki oraz błędy żywieniowe swych rodziców, gdyż ci ostatni mają wyraźne braki w elementarnej wiedzy na temat prawidłowego żywienia. Zdarzają się także przypadki występowania błędów żywieniowych oraz powielania niewłaściwych nawyków przez rodziców, którzy mają pewien zasób wiedzy na temat prawidłowego żywienia [10]. Zjawisko takie jest najczęściej wynikiem niechęci rodziców wobec zmiany własnych postaw. Niestety w takich rodzinach edukacja

żywieniowa najczęściej nie przynosi oczekiwanych rezultatów, gdyż dzieci będą brały niewłaściwy przykład ze swoich rodziców lub, zauważając wyraźne różnice pomiędzy zasadami zdrowego żywienia, o których mówi rodzice, a prezentowanymi przez nich postawami, będą równie rozdarte.

Potrzeby dzieci oraz ich temperament

Potrzeby są niekoniecznie świadomymi właściwościami człowieka, które mogą być odczuwane jako świadomy lub nieuświadomiony brak czegoś i których zaspokojenie stanowi warunek utrzymania jednostki (lub społeczeństwa) przy życiu. Badacze [11] wyróżniają: potrzeby biologiczne (niezbędne do utrzymania jednostki przy życiu – oddychanie, odżywanie, wydalanie, ruch i wypoczynek fizyczny, sen, termoregulacja, ochrona przed bólem oraz niebezpieczeństwem), potrzeby psychospołeczne (myślenie, poznawanie rzeczywistości, wolność działania respektująca prawa i wolność innych osób, odpowiedzialność za własne postępowanie, współzycie społeczne, praca, ciągły rozwój, twórczość) oraz potrzeby współzycia społecznego (życie rodzinne, schronienie i bezpieczeństwo w domu rodzinnym, miłość bliskich, miłość do bliskich, przyjaźń, potrzeba zabawy i rozrywki).

Maslow [12] wysnuł koncepcję, zgodnie z którą środowisko pełni szczególną funkcję w zaspokajaniu potrzeby bezpieczeństwa, które może zaakceptować jednostka, dążąc do wzrostu bez przeszkód. Niezapewnienie dziecku poczucia bezpieczeństwa może skutkować zatrzymaniem wzrostu dziecka na określonym etapie jego rozwoju. W opinii badacza środowisko jest także źródłem lęku rodzącego się z braku poczucia bezpieczeństwa (stałe krytykowanie, ośmieszanie, krzywdzenie fizyczne i psychiczne). Dochodzi wówczas do prób zaspokojenia niezaspokojonych potrzeb jednostki w sposób ukradkowy, który nie narazi jej na dezaprobatę ze strony środowiska. Jednostka ta może również starać się zapomnieć o własnych niezaspokojonych potrzebach, używając do tego takich mechanizmów obronnych, jak: wyparcie, racjonalizacja, stłumienie, sublimacja, kompensacja, projekcja czy konwersja. Zdarza się również, że jednostka, której potrzeby nie zostały odpowiednio zaspokojone, odczuwa nienawiść oraz agresję, reaguje przemocą lub zamyka się przed otoczeniem.

Efekty niezaspokojenia lub niewłaściwego zaspokojenia potrzeb dziecka mogą przejawiać się poprzez utrwalanie się u niego niewłaściwych nawyków żywieniowych – zastępowanie określonych potrzeb życiowych jedzeniem. Jedzenie może dawać dziecku poczucie bezpieczeństwa, może stanowić namiastkę miłości, formę ucieczki przed problemem, sposób na pocieszenie. Dzieci, których potrzeby nie zostają zaspokojone,

narazone są bardziej niż ich rówieśnicy na występowanie zaburzeń odżywiania (anoreksja, bulimia, kompulsywne objadanie się), które prowadzą w konsekwencji do niedożywienia ilościowego, niedożywienia jakościowego, nadwagi oraz otyłości.

Temperamentem są względnie stałe cechy organizmu, pierwotnie, biologicznie zdeterminowane. Przejawiają się one w formalnych cechach zachowania, sprowadzających się do poziomu energetycznego i charakterystyki czasowej reakcji [13]. Znajomość usposobienia dziecka oraz jego temperamentu stanowi niezwykle istotny element wpływający na nabywanie przez dziecko właściwych nawyków, w tym również nawyków żywieniowych.

Zarówno potrzeby dziecka, jak i jego temperament mają wpływ na kształtowanie się jego nawyków żywieniowych. Układ nerwowy sangwinika cechuje się dużą siłą procesów pobudzania i hamowania, równowagą i ruchliwością [13]. Dzieci o takim temperamencie są odporne i sprawne, w związku z czym trudno jest wywołać u nich zaburzenia czy choroby nerwowe nawet w niesprzyjających warunkach życiowych. Jeśli przyswoją sobie określone nawyki żywieniowe (tak właściwe, jak i niewłaściwe), trudno jest je zmienić. Sangwinicy są zdolni do utrzymania równowagi między organizmem a sytuacją, w której się znajdują, dlatego też rzadko popadają oni w zaburzenia żywienia.

Układ nerwowy flegmatyka odznacza się dużą siłą i równowagą procesów pobudzania i hamowania przy równoczesnej małej ruchliwości. W ich przypadku również trudno jest wywołać chorobę nerwową czy zaburzenia nerwowe nawet w trudnych sytuacjach życiowych. Wynika to w głównej mierze ze stosunkowo dużej bezwładności procesów pobudzania i hamowania. Dzieci tego typu z trudnością przystosowują się do szybko zmieniających się warunków życia [13]. Dlatego też w przypadku utrwalenia w nich niewłaściwych nawyków żywieniowych ich zmiana jest długotrwałym i niezwykle żmudnym procesem.

Choleryk jest natomiast typem silnym, ruchliwym i nie zrównoważonym. Cechuje go przewaga procesów pobudzenia nad procesami hamowania, co sprawia, że cholerycy odznaczają się bardzo dużą energią życiową przy równoczesnym braku opanowania, gwałtownością oraz wybuchowością. Dzieci wykazujące ten typ temperamentu pod wpływem sytuacji frustrujących wykazują niezwykle silny bunt oraz agresję. Równocześnie dzieci te wykazują dużą odporność na zmęczenie komórek nerwowych przy jednoczesnej łatwości przewodzenia w tych komórkach (dziecko jest odporne na zmęczenie, ale bardzo często niezrównoważone) [13].

Natomiast melancholik cechuje się słabością procesów pobudzania oraz niewielką ruchliwością, przez co jest bierny, zachowawczy i powolny. Dzieci z takim temperamentem źle znoszą silne pobudzenia zewnętrzne i trudno przystosowują się do zmian zachodzących w otoczeniu. Są mało odporne na trudne sytuacje życiowe, co sprawia, że z dużą łatwością popadają w kompleksy, stają się bierne oraz apatyczne. Nie lubią, a często wręcz nie potrafią samodzielnie podejmować decyzji, są nieufne, obawiają się porażek i stronią od towarzystwa innych osób. Melancholicy, przeżywając swoje realne lub wymagowane porażki, unikają towarzystwa innych osób, bardzo często uciekając się do jedzenia, jako sposobu radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Przez to wykazują skłonność do nadwagi i otyłości. Należy w tym miejscu podkreślić, że uciekanie się do jedzenia w trudnych sytuacjach powoduje w melancholikach poczucie winy oraz wyrzuty sumienia, co bardzo często prowadzi do pojawiania się bulimii, a w skrajnych przypadkach również do wyniszczenia organizmu anoreksją.

Piśmiennictwo

1. Adamski F. Socjologia małżeństwa i rodziny: wprowadzenie. Warszawa: PWN; 2005.
2. Tyszka Z. Rodzina we współczesnym świecie. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2002.
3. Aronson E. Człowiek – istota społeczna. Warszawa: PWN; 2005.
4. Poręba P. Pedagogizacja rodziców. Studia Warmińskie. 1969; 6: 423–487.
5. Baran B. Rola więzi społeczno-emocjonalnej w kształtowaniu osobowości dziecka. Warszawa: PWN; 1981.
6. Cudak H. Kultura pedagogiczna rodziców. Zbliżenia – Kwartalnik Społeczno-Oświatowy. 1993; 1: 8–14.
7. Biernat J. Żywność, żywność a zdrowie. Wrocław: Ossolineum; 2001.
8. Roszko-Kirpsz I, Olejnik BJ, Zalewska M et al. Wybrane nawyki żywieniowe a stan odżywienia dzieci i młodzieży regionu Podlasia. Probl Hig Epidemiol. 2001; 92: 778–784.
9. Olszanecka-Glinianowicz M, Matecka-Tendera E, Matusik P et al. Otyłość, nadwaga i niedobór masy ciała u dzieci śląskich w wieku 7-9 lat. Endokrynol Pediatr. 2004; 3: 1–4.
10. Stankiewicz M, Pieszko M, Śliwińska A et al. Występowanie nadwagi i otyłości oraz wiedza i zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży małych miast i wsi – wyniki badania Polskiego Projektu 400 Miast. Endokr Otyłość Zab Przem Mat. 2010; 6 (2): 59–66.
11. Pomykało W (red.). Encyklopedia pedagogiczna. Warszawa: PWN; 2003.
12. Maslow AH. W stronę psychologii istnienia. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX; 1986.
13. Strelau J. Temperament, osobowość, działanie. Warszawa: PWN; 1985.

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:

Mateusz Grajek

ul. Henryka Jordana 19

41-808 Zabrze

tel.: 794 250724

e-mail: mgrajek@sum.edu.pl

Studium doktoranckie Wydziału Nauk o Zdrowiu SUM

MOTYWOWANIE PRACOWNIKÓW WYBRANYCH ODDZIAŁÓW SZPITALNYCH, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM PIELEŃNIAREK

MOTIVATING EMPLOYEES OF SOME HOSPITAL WITH A PARTICULAR EMPHASIS ON NURSES

Piotr Pagórski¹, Danuta Markiewicz²

¹ Pracownia Finansów i Rachunkowości w Ochronie Zdrowia Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² studentka studiów magisterskich na kierunku zdrowie publiczne Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Wstęp. Motywowanie pracowników działalności podstawowej w wybranym podmiocie leczniczym stało się dla autorów okazją zaprezentowania wyników swych badań. Szczególnym zainteresowaniem cieszyło się motywowanie pielęgniarek na tle innych pracowników zawodów medycznych wybranego szpitala.

Cel. Celem niniejszego opracowania jest prezentacja kierunków, siły i rodzajów bodźców motywacyjnych stosowanych w podmiocie leczniczym oraz ich postrzeganie przez wybraną grupę pracowników.

Materiał i metody. W badaniach zastosowano techniki stosowane w procesie oceny systemu motywowania pracowników w wybranym podmiocie leczniczym. Metodą, jaką zastosowano w czasie badania, był sondaż diagnostyczny, z wykorzystaniem techniki badawczej w postaci ankiety. Jako narzędzia badawczego użyto odpowiedniego kwestionariusza.

Wyniki i wnioski. Wyniki przeprowadzonego badania wykorzystano do ustalenia rodzajów, siły i skuteczności oddziaływania motywatorów na pracowników rozpatrywanego szpitala. Zaprezentowane wyniki badania pozwalają na określenie zakresu prac doskonalących system motywacyjny stosowany w procesie zarządzania personelem w podmiocie leczniczym.

SŁOWA KLUCZOWE: podmiot leczniczy, motywowanie, wynagrodzenie, bodźce pozapłacowe.

ABSTRACT

Introduction. Motivating employees in a selected therapeutic entity became an opportunity for the authors to present the results of their research. A particular interest was to motivate nurses to other staff medical professionals selected hospital.

Aim. The purpose of this study is to present directions, strength and types of incentives used in the therapeutic entity and their perceptions by a selected group of employees.

Material and methods. In studies employing techniques used in the evaluation system to motivate employees in the selected therapeutic entity. The method that was used during the test was a diagnostic survey, using research techniques in the form of a survey. An appropriate questionnaire was used as a research tool.

Results and conclusions. The results of the tests were used to determine the types, the effectiveness of impact strength and motivators for hospital staff concerned. The presented results of the test were used to determine the scope of work perfecting the incentive system used in the management of staff in the therapeutic entity.

KEYWORDS: therapeutic entity, motivation, salary, non-salary incentives.

Wprowadzenie

Współcześnie funkcjonujące podmioty lecznicze wymagają skutecznego zarządzania zasobami ludzkimi. Sprawne zarządzanie kadrami zapewnia właściwy rozwój organizacji.

Celem niniejszego opracowania jest próba odpowiedzi na pytania: co współcześnie motywuje pracowników do pracy? Jak motywować pracowników do pracy? Czy lepsze są motywatory ekonomiczne, czy pozaekonomiczne? Pomocą do odpowiedzi na te pytania była ankieta przeprowadzona w wybranym podmiocie działalności leczniczej oraz lektura bogatej literatury przedmiotu.

Niniejszy artykuł jest próbą określenia współcześnie dominujących motywatorów ekonomicznych i pozaekonomicznych oddziałujących na wybraną grupę pracowników podmiotu leczniczego. Autorzy dokonali wnikliwego rozpoznania systemu zarządzania zasobami ludzkimi w jednym ze szpitali i spróbowali skojarzyć wyniki badania ankietowego z obowiązującym w danej organizacji systemem motywowania.

Wybrane aspekty teorii motywowania

Istnieje wiele teorii na temat motywacji – zagadnienia należącego do psychologii, socjologii, ale również bę-

dącego przedmiotem coraz większego zainteresowania w dziedzinie zarządzania zasobami ludzkimi. Dowodem na to jest bardzo duża liczba publikacji naukowych dotyczących mechanizmów motywacji postaw i zachowań pracowników w organizacji. Znajomość tychże mechanizmów i umiejętność ich wdrażania stanowią jedną z najważniejszych kompetencji, jakie powinna mieć każda osoba zarządzająca, gdyż jest ona jednym z czynników prowadzących do sukcesów kierownika w danej organizacji [1].

Poglądy na temat motywacji podlegały ewolucji, w miarę poznawania ludzkiej natury i mechanizmów przyczyniających się do danych zachowań człowieka. Zagadnieniem tym zajmowali się przedstawiciele różnych nauk, począwszy od psychologii, filozofii, teologii, socjologii, skończywszy na zarządzaniu [2].

Aby zrozumieć, czym tak naprawdę jest motywowanie, skupmy się na początku na tym, czym ono nie jest, gdyż wiele osób myli to pojęcie, uważając motywację za cechę osobowości danego pracownika. W praktyce taki pogląd utrwalają często kierownicy, określając swoich pracowników jako osoby, które są pozbawione motywacji. Oczywiście takie spojrzenie jest błędne, gdyż motywacja jest skutkiem wzajemnych oddziaływań pomiędzy daną osobą i daną sytuacją, „definiujemy ją jako skłonność do ponoszenia dużych wysiłków, aby osiągnąć cele organizacji, uwarunkowaną stopniem, w jakim te wysiłki mogą ułatwić zaspokojenie jakiejś indywidualnej potrzeby” [3].

Zagłębiając się dalej, należy stwierdzić, że motywacja jest to zespół czynników zarówno natury psychologicznej, jak i fizjologicznej, jest to proces zachodzący w psychice człowieka, który stanowi podstawę do wszelkich zachowań, działań w organizacji. Dzięki temu ukierunkowuje człowieka do osiągania określonego celu, wzbudza działanie, utrzymuje je w toku, ingeruje w jego przebieg [4].

Zawsze u człowieka występuje „tendencja kierunkowa”, czyli zmierzanie „ku” lub „od”. Motyw określany również motywacją jest właśnie taką tendencją kierunkową. Reykowski pisał, iż motywacja jest hipotetycznym procesem wewnętrznym, który dąży do wytyczonych celów. Hilgard również uważał, iż motyw pobudza organizm do danego wysiłku [5].

Termin „motyw” pochodzi od łacińskiego słowa *mo-vere*, które oznacza „popychać, poruszać”, tak więc motywy to wszystkie czynniki skłaniające organizm do działania w określonym kierunku. Wyróżniamy motywy:

- biologiczne – które związane są z zaspokojeniem podstawowych potrzeb, np. pragnienie, głód, schronienie;
- społeczne – które związane są z życiem w grupie, np. komunikowanie się, agresja, uległość;

- osobiste – które skupione są wokół własnej osoby, np. motyw uznania, motyw osiągnięcia.

Motywy te występują przeważnie łącznie, jednakże ze zróżnicowanym natężeniem, co powoduje, że zachowanie człowieka nabiera polimotywacyjnego charakteru, dlatego też w praktyce bardzo trudno stwierdzić, jakie motywy skłaniają człowieka do określonego zachowania [4].

Aby u człowieka wystąpił motyw, muszą być spełnione trzy warunki:

- człowiek musi czegoś potrzebować,
- musi pojawić się czynnik zdolny zaspokoić daną potrzebę,
- człowiek musi mieć pewność, że w danych warunkach jest w stanie zaspokoić dane potrzeby [5].

Definiując pojęcie „motywacja”, należy skupić się również na takich pojęciach jak:

- funkcja motywacji – to ukierunkowanie podejmowanych decyzji, czynności, aby doprowadziły do zamierzonego celu, którym mogą być jakaś przemiana wewnętrznego stanu rzeczy bądź zmiany w samym sobie. Osiągnięcie danego wyniku powoduje, że natężenie motywacji spada do zera;
- kierunek motywacji – to wskazanie danego wyniku, do którego zmierza dana czynność;
- natężenie motywacji – składają się na nie siła, wielkość oraz intensywność:
 - siła procesu motywacyjnego – jest to stopień, w którym motyw kontroluje dane zachowanie, tzn. motyw musi być tym silniejszy, im trudniej namówić daną osobę do zmiany kierunku;
 - wielkość motywacji – motyw będzie tym większy, im większa będzie potrzeba różnych wartości, dóbr, stanów;
 - intensywność motywacji – od niej zależy poziom mobilizacji organizmu, ilość energii, którą zużywamy do osiągnięcia danego celu. Wraz ze wzrostem intensywności motywu wzrasta zdolność do wysiłku, zwiększają się siła i szybkość reakcji. Intensywność motywacji zależy również od dojrzałości, osobowości, doświadczenia, pewnych cech temperamentu, sposobu pobudzenia (ujemne bodźce, dodatnie bodźce) [4].

Cały proces motywowania możemy przedstawić według schematu, który rozpoczyna się od niezaspokojonej potrzeby i zmierza w kierunku jej złagodzenia. Towarzyszyć temu procesowi może stan emocjonalny zarówno dodatni, jak i ujemny. Dodatni będzie wtedy, kiedy zbliżamy się do upragnionego celu, natomiast ujemny, kiedy po drodze napotykamy bariery, przeszkody [5].

Motywacja może być:

- pozytywna – polega na stworzeniu w pracowniku nadziei dostania czegoś atrakcyjnego, przy czym wszelkie obietnice ze strony pracodawcy są wiarygodne i realne, a pracownik jest przekonany o możliwości osiągnięcia danego celu. Aktywizuje ona osiąganie potrzeb wyższego rzędu i angażuje uczuciowo pracownika w cele danej organizacji;
- negatywna – polega na stworzeniu w pracowniku obawy, lęku utraty tego, co już osiągnął. Powoduje to utrwalanie się negatywnych doświadczeń pracownika. Aktywizuje ona osiąganie potrzeb niższego rzędu. Pomimo minusów w praktyce właśnie ta motywacja jest najczęściej stosowana, gdyż ma duży wpływ na zachowanie pracownika, wyzwala więcej energii. Wymaga mniejszego wysiłku ze strony pracodawcy, gdyż łatwiej jest coś zabrać pracownikowi, niż coś zagwarantować. Jednakże przy dłuższym praktykowaniu powoduje ona pewne spustoszenia w osobowości pracownika, co negatywnie oddziałuje na wykonywaną pracę;
- wewnętrzna – pochodzi z wnętrza, duszy człowieka. Wzbudza odpowiedzialność, chęć działania, swobodę wykonywanych zadań, chęć rozwijania umiejętności, technik, wzbudza zainteresowanie, a w związku z tym daje radość i satysfakcję. Powoduje, że pracownik utożsamia się z instytucją, przyswajają pewne normy i zasady instytucji, w której pracuje;
- zewnętrzna – jest to przede wszystkim motywacja ekonomiczna, tzn. wszelkie awanse, nagrody, podwyżki, pochwały. Wszystkie zewnętrzne czynniki przeważnie dają natychmiastowe rezultaty, jednak nie są one długotrwałe i nie tworzą więzi pomiędzy pracownikiem a instytucją [4].

Sprawne zarządzanie powinno łączyć zarówno cele firmy, jak i cele indywidualnych pracowników, gdyż to powoduje wyzwolenie motywacji. Pracownik, który identyfikuje swoje interesy z celami firmy, staje się odporny na wszelkie oddziaływania motywacyjne i nabiera świadomości własnej pracy. Im wyższy stopień motywacji pracownika, tym silniejsza aktywność pracownika w dążeniu do osiągnięcia pożądanego celu [6]. Na siłę motywacji wpływa pewność, że dane postępowanie przyniesie nam zamierzone rezultaty. Instrumentalność daje pewność, że to, czego pragniemy, zaspokoi naszą potrzebę, zaś równoważność pozwala na odróżnienie ważniejszych potrzeb i skupienie energii przede wszystkim na nich [7].

W teorii motywacji występuje wiele koncepcji, które próbują wytłumaczyć zachowanie ludzi w organi-

zacjach, grupach. Jednakże mimo licznych badań naukowcy do dziś nie są w stanie podać jednej najlepszej teorii motywacji człowieka.

Można wyróżnić trzy podstawowe teorie w organizacji i zarządzaniu:

- teorie treści, które kładą nacisk na czynniki wewnętrzne sprawiające, że człowiek zachowuje się w określony sposób;
- teorie procesu, które pokazują, jakie cele i jakie sposoby motywują poszczególne osoby;
- teorie wzmocnienia, które pokazują, jak duży wpływ mają skutki poprzedniego działania na zachowanie jednostki w przyszłości [6].

W zarządzaniu wyróżniamy również trzy podstawowe modele motywacji:

- model tradycyjny,
- model stosunków współdziałania,
- model zasobów ludzkich.

Tradycyjny model motywacji postuluje, aby kierownicy mieli kontrolę nad wykonywaną pracą swoich pracowników. Aby stosowali motywowanie ekonomiczne, które będzie bodźcem do sprawniejszego działania. Im szybciej pracownik będzie wykonywał daną pracę, tym dochody będą większe.

Przedstawicielem tejże „szkoły” jest Taylor, który mówił: „Jest rzeczą niewątpliwą, że wrodzona skłonność popycha ludzi zwykłych we wszystkich czynnościach życiowych do typu pracy powolnej i wygodnej”. Uważał, że każdy jest z natury leniwy i niechętny do pracy, dlatego przełożeni powinni zachęcać swoich podwładnych do sprawniejszego działania. Pracownik nie powinien mieć prawa do samodzielnego zarządzania swoją pracą, tzn. decydować o szybkości wykonywania danego zadania. Dla Taylora nieważne były kwalifikacje danej osoby, jakość wykonywanej pracy, tylko sprawność i szybkość, gdyż to dawało więcej dochodów. Z modelu tego wyłącza się wewnętrzną motywację, ambicję, pasję, gdyż jedyną skuteczną zachętą jest wynagrodzenie, wszelkie bodźce pozaekonomiczne nie mają znaczenia. Taki pogląd kreuje mechaniczne zachowanie pracownika, dla którego liczy się tylko wynagrodzenie pieniężne.

Model ten spotkał się z krytyką między innymi Szmida, który uważał, iż cechą taylorizmu jest powierzchowność i prymitywizm założeń psychologicznych, co w konsekwencji daje błędny obraz idealnego pracownika. Obecnie taylorizm pomimo ciągłego trwania i ciągłej uniwersalności jest koncepcją nieaktualną, moralnie przeżyta, rozbieżną z potrzebami człowieka współczesnego, jego firmy i otoczenia, którego nie da już się w dzisiejszych czasach całkowicie podporządkować [6].

Model stosunków współdziałania wychodzi naprzeciw tradycyjnemu modelowi, gdyż bierze pod uwagę

potrzeby społeczne pracowników. Nie traktuje podwładnego jak maszynę, która wykonuje tylko powierzone mu zadania.

Przedstawicielem tego modelu jest Mayo, który podkreślił, że kontakty towarzyskie wśród pracowników są niezmiernie ważne, gdyż to daje im poczucie przynależności i bezpieczeństwa.

Mayo wraz z innymi badaczami stwierdzili, że monotonia, powtarzalność zadań wpływa negatywnie na motywację, dlatego też wprowadzili motywowanie pozaekonomiczne. Po raz pierwszy zwrócono uwagę na potrzeby społeczne oraz wszelkie przeżycia psychiczne. Zauważono, że pracownik poza kontaktami formalnymi nawiązuje również znajomości nieformalne – automatycznie tworzą się małe nieformalne grupy, które istnieją i funkcjonują tak samo jak formalne komórki organizacyjne. Każdy z pracowników przynależy do jakiejś grupy, która wywiera na nim dużą presję psychiczną. Dlatego tak ważne jest, aby dana jednostka świadomie uczestniczyła w danej grupie, gdyż to powoduje silniejszą reakcję na bodźce pozaekonomiczne.

W modelu tym zostaje obalona teoria Taylora, mówiąca, że występują tylko motywy ekonomiczne. Z badań wynika, iż autorytet kierownika nie jest tym większy, im większa jest płaca, lecz jest tym większy, im większy jest szacunek przełożonego do podwładnych. Zatem bodźce ekonomiczne nie są jedynymi i najlepszymi motywatorami do efektywnej i wydajnej pracy pracowników.

Model zasobów ludzkich wywodzi się z koncepcji współdziałania. Przedstawicielami tego modelu są między innymi McGregor i Likert, którzy krytykują zarówno model tradycyjny za jego mechaniczne podejście do człowieka, jak i model stosunków współdziałania za manipulowanie pracownikami.

Model zasobów ludzkich podkreśla, iż na proces motywowania powinno składać się wiele czynników, zarówno natury ekonomicznej, jak i pozaekonomicznej. Każdy pracownik powinien być odpowiedzialny za własne działania, gdyż to wzbudza w nim mobilizację. Kierownik powinien dzielić się odpowiedzialnością wraz z podwładnymi, aby każdy z pracowników brał udział w osiąganiu celów organizacji, gdyż to zwiększa poczucie przynależności do firmy i wpływa mobilizująco na jednostkę [6].

W pełni różnice pomiędzy poszczególnymi modelami obrazuje **tabela 1**.

Tabela 1. Modele motywacji i ich wpływ na zachowanie się ludzi
Table 1. Models of motivation and their impact on human behavior

Model tradycyjny	Model stosunków współdziałania	Model zasobów ludzkich
ZAŁOŻENIA		
<ul style="list-style-type: none"> – praca nie przynosi przyjemności – ważne są tylko zarobione pieniądze – brak chęci wkładania czegoś więcej, kreatywności, twórczości 	<ul style="list-style-type: none"> – pracownik chce czuć się przydatny, ważny – pracownik pragnie uznania, przynależności i indywidualności – wynagrodzenie nie jest głównym motywatorem 	<ul style="list-style-type: none"> – praca z natury jest nieprzyjemna – pracownik chce przyczynić się do realizacji celów firmy – większość pracowników wkłada własną twórczość, kreatywność
ZASADY POSTĘPOWANIA		
<p>Kierownik powinien:</p> <ul style="list-style-type: none"> – kontrolować i nadzorować podwładnych – dzielić zadania na powtarzalne i proste – ustanowić dokładne procedury i instrukcje robotnicze oraz stanowczo, ale sprawiedliwie pilnować ich przestrzegania 	<p>Kierownik powinien:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zapewniać poczucie znaczenia i użyteczności – informować pracowników o swoich zamiarach i słuchać ich zastrzeżeń – pozwalać pracownikom na pewien zakres samokontroli i samokierowania w rutynowych sprawach 	<p>Kierownik powinien:</p> <ul style="list-style-type: none"> – korzystać z zasobów ludzkich – stworzyć środowisko, w którym każdy może uczestniczyć, pokazywać swoje umiejętności – zachęcać do uczestnictwa w istotnych sprawach, wciągając poszerzając zakres samokontroli i samokierowania podwładnych
ZASADY POSTĘPOWANIA		
<ul style="list-style-type: none"> – pracownicy powinni tolerować pracę, jeśli jest ona przyzwoita, a szef sprawiedliwy – jeśli zadania są proste, a pracownicy kontrolowani, ich wydajność będzie zgodna z normami 	<ul style="list-style-type: none"> – kierownicy powinni dzielić się informacjami z pracownikami i wdrażać ich do ważnych spraw, gdyż wtedy poczują się ważni i potrzebni, a to poprawi kontakty pomiędzy nimi 	<ul style="list-style-type: none"> – możliwość samokontroli i samokierowania pracowników poprawi ich efektywność pracy, będą bardziej zadowoleni z pracy, gdyż mają możliwość zaprezentować swoje umiejętności

Źródło/Source: J. Penc, Motywowanie w zarządzaniu. Kraków: Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu; 2000. 183

W praktyce możemy zaobserwować szczególnie dwa modele motywacji w zależności od wielkości danej organizacji. Mianowicie kierownicy małych, średnich przedsiębiorstw raczej stosują model stosunków współdziałania. Nie chcą dzielić się władzą z podwładnymi, gdyż uważają to za oznakę słabości. Wynika to z braku wiary w swoje kompetencje i w dużej mierze z braku pewności siebie, a co za tym idzie – z obawy i lęku, że pracownik poczuje się ważniejszy od kierownika. Zupełnie inaczej postępują kierownicy dużych organizacji, którzy osiągnęli sukces zawodowy. Znacznie chętniej dzielą się władzą i znacznie chętniej słuchają porad innych pracowników, gdyż nie obawiają się utraty swojej pozycji bądź autorytetu.

Współcześnie, w czasach ciągle zmieniającej się sytuacji rynkowej, ciężko jest stworzyć idealny system

motywowania. Jednakże istnieją uniwersalne zasady, które powinny być wdrażane do każdej organizacji; należą do nich:

- zaspokoić podstawowe potrzeby – poziom wynagrodzenia pracownika powinien gwarantować zaspokojenie podstawowych potrzeb, konfrontować się z rynkiem – wynagrodzenia oraz płace oferowane w danej firmie powinny być wyższe niż w innych organizacjach;
- doceniać pozytywną atmosferę – gdyż jest to ważny czynnik do sprawnego rozwoju, samorealizacji. Badania wykazały, że dla ankietowanych dobra atmosfera jest ważniejsza od własnej pozycji w firmie;
- wyważyć nakłady i skutki – wynagrodzenie za daną pracę winno być adekwatne do poniesionych nakładów i skutków;
- uwzględniać potrzeby i ambicje;
- częściej nagradzać, unikać kar;
- informować o wszystkim pracownikom – otwarcie mówić o systemie motywacyjnym w organizacji, dostrzegać powodzenia oraz wpadki;
- atrakcyjnie nagradzać, surowo karać;
- zaspokoić jak najwięcej potrzeb.

Każdy kierownik powinien mieć wiedzę dotyczącą mechanizmów motywacji, znać sposoby motywowania i umiejętnie wykorzystywać je, aby świadomie wpływać na zachowania pracowników. Według wielu specjalistów zarządzania, aby motywacja była skuteczna, powinna być zgodna z następującymi zasadami:

- indywidualizacji – podchodzenie do każdego pracownika w sposób odmienny. Branie pod uwagę jego kwalifikacji, możliwości i według tych kryteriów indywidualne ocenianie efektów jego pracy;
- konkretności – zrozumiałe i jasne kryteria oceny, zarówno nagrody, jak i kary powinny być stosowne do czynów;
- kompleksowości – stosowanie bodźców tak materialnych, jak i niematerialnych w celu oddziaływania na pracownika zewnątrz i wewnątrz;
- systematyczności – pracownik powinien czuć, że jest przez kierownika widziany i doceniany przez cały czas, a nie tylko w danym krótkim okresie;
- naukowości – ciągłe pogłębianie wiedzy przez kierownika dotyczące motywacji w zakresie socjologii i psychologii kierowania [4].

Każdy człowiek jest indywidualną jednostką, ma osobowość i wartości, którymi kieruje się w życiu. Dlatego też pracownik nie jest tylko biernym odbiorcą czynników płynących z otoczenia zewnętrznego, lecz aktywnie tworzy swoje otoczenie, które jest zdeterminowane przez organizację psychofizyczną [8].

Kierownik nie powinien zakładać, iż praca dla każdego pracownika jest jednakowa. Człowiek o ubogiej hierarchii potrzeb, uzależniony jedynie od potrzeb niższego rzędu będzie dążył do uzyskania wyłącznie pieniędzy. Potrzeby wyższego rzędu, takie jak uznanie, samorealizacja, nie mają dla niego najmniejszego znaczenia, dlatego też jeśli kierownik będzie próbował oddziaływać na jednostkę poprzez motywanty pozaekonomiczne i będzie stwarzał mu możliwości rozwoju, dany pracownik poczuje się zakłopotany. Sukcesem menadżera w tym przypadku jest umiejętne zastosowanie środków zaspokajających potrzeby niższego rzędu. Podobne działanie powinien zastosować kierownik w przypadku osoby, która ma bardzo rozbudowane potrzeby wyższego rzędu, ale praca jest dla niego przykrym obowiązkiem, karą. W tym przypadku dawanie możliwości rozwijania się intelektualnego nic nie da, jedynie pieniądze pomogą zaspokoić potrzeby wyższego rzędu, ale poza obszarem pracy. Inaczej natomiast kierownik powinien postąpić w przypadku pracownika, który również ma potrzeby wyższego rzędu, ale praca stanowi dla niego przyjemność. Taka osoba będzie chciała się realizować zawodowo, osiągać coraz większą satysfakcję z tego, co robi, i tu rolą menadżera jest stworzenie możliwości rozwijania się pracownika [7].

Steers i Porter przedstawili bardzo interesujące wnioski dotyczące zasad postępowania kierownika; brzmią one następująco:

- 1) każdy kierownik powinien świadomie i czynnie motywować pracownika;
- 2) każdy kierownik powinien znać swoje możliwości, wady, zalety, zanim podejmie próbę zmiany ich u podwładnych;
- 3) każdy kierownik powinien dostrzegać, że podwładni mają różne umiejętności i różną motywację;
- 4) każdy kierownik powinien nagrody wiązać z efektywnością pracy, a nie ze stażem pracy;
- 5) każdy kierownik powinien projektować tak zadania, aby stawały one wyzwaniem i powodowały różnorodność;
- 6) każdy kierownik powinien dbać o kulturę organizacyjną, która jest zorientowana na efektywność pracowników;
- 7) każdy kierownik powinien przebywać blisko pracowników i rozwiązywać problemy w trakcie ich powstawania;
- 8) każdy kierownik powinien dążyć do aktywnego współdziałania pracowników w celu zwiększenia wydajności organizacji [5].

Skuteczne motywowanie jest niezmiernie trudne i wymaga bardzo dużej pracy. Często w dużych przedsiębiorstwach nie ma więzi pomiędzy pracownikiem a zarządzającym, co jest ogromnym błędem, gdyż silna

wież emocjonalna jednoczy pracownika z daną pracą, powoduje, że działa on dla dobra nie tylko swojego, ale również firmy. Każdy pracownik powinien znać zadania i cele firmy, powinien być w nie maksymalnie zaangażowany. Natomiast każdy menadżer powinien traktować podwładnego jak członka swojej rodziny, tzn. z szacunkiem i uprzejmością. Należy pamiętać, iż zasobem każdej organizacji są pracownicy. Chcąc utrzymać wysoką jakość, wydajność i nowoczesność, należy stosować nie tylko nowoczesną technologię, lecz przede wszystkim należy stawiać na samodzielność i wysiłek intelektualny [4].

Na cały proces motywowania powinniśmy spojrzeć szerzej i nie ograniczać się tylko do czynników ekonomicznych. Należy bowiem zwrócić uwagę na wiele bodźców pozaekonomicznych, które często okazują się znacznie lepszymi motywatorami [6].

Wyróżniamy trzy podstawowe grupy, do których należą narzędzia motywowania. Pierwsza grupa skupia środki przymusu, czyli wszelkie zakazy, nakazy, polecenia oraz pewne zobowiązania wobec danej organizacji. Do drugiej grupy zaliczamy środki zachęty, czyli nagrody, obietnice, przeważnie są to bodźce materialne. Do ostatniej grupy zaliczamy perswazję, które są bodźcami wewnętrznymi, ingerując w emocjonalną sferę człowieka [2].

Każda organizacja powinna mieć własny system motywacyjny, który by skutecznie oddziaływał na jej pracowników, który by zachęcał do korzystnych zachowań oraz zniechęcał do negatywnych działań. Brak takiego systemu powoduje ograniczenie aktywności zawodowej, gdyż nie ma jakiegokolwiek zachęty, motywacji i głównym celem pracownika staje się tylko terminowe pobieranie pensji [9].

Rozpoznanie systemu motywowania pracowników działalności podstawowej wybranego szpitala

Badanie zostało przeprowadzone w wybranym poznańskim szpitalu na Oddziale Urologii i Onkologii Urologicznej, Chirurgii Urazowej i Ortopedii oraz na Oddziale Neurologii i Chorób Naczyniowych Układu Nerwowego z Pododdziałem Leczenia Udarów. Łącznie w badaniu wzięło udział 47 osób: 21 z Oddziału Chirurgii, 13 z Oddziału Neurologii i 13 z Oddziału Urologii. Celem niniejszej ankiety było poznanie systemu motywowania w rozpatrywanym szpitalu.

W badaniu wzięło udział prawie 100% pielęgniarek, tylko nieliczny odsetek lekarzy i salowych. Wśród ankietowanych przeważały osoby w wieku 41–50 lat, jednak na Oddziale Chirurgii prawie połowa ankietowanych była w wieku 31–40 lat. W procesie motywowania wiek odgrywa bardzo istotną rolę, gdyż to on kształtu-

je poglądy danych osób. Inne podejście mają do pracy młodzi ludzie bez rodziny, bez zobowiązań, inne – osoby, które już osiągnęły długi staż pracy. Dla osób zaczynających karierę zawodową ważnymi motywatorami są wdzięczność pacjentów, poczucie rozwoju, samo-realizacji oraz miła atmosfera pracy. Natomiast osoby z dłuższym stażem zwracają uwagę przede wszystkim na kwestie finansowe, wynagrodzenie, podwyżkę jako ważny bodziec motywacyjny.

Na Oddziale Neurologii i Urologii przeważa wykształcenie średnie, natomiast na Oddziale Chirurgii dominują wyższe kwalifikacje, gdyż są one priorytetową sprawą z racji codziennych trudności i szczególnej odpowiedzialności, jaka istnieje na tym oddziale. Osoby z wyższym wykształceniem mają znacznie większe priorytety. Dążą do zaspokajania potrzeb wyższego rzędu, nie wystarczy im minimalne wynagrodzenie, dlatego ich wymagania w stosunku do pracodawcy są znacznie większe niż osób ze średnim wykształceniem.

W procesie motywacji niezmiernie istotnym jest czynnik wyboru określonego zawodu. Na Oddziale Urologii i Neurologii większość ankietowanych odpowiedziała, że powodem wyboru zawodu były predyspozycje i zamiłowanie do wykonywania danej profesji. W tym momencie osoby te mają wewnętrzną motywację oraz zadowolenie, że udało im się osiągnąć to, do czego w młodości zmierzały. Inaczej natomiast będą spostrzegać swoją pracę osoby, których los przypadkowo skierował do danego zawodu. Tezę tę potwierdzają wyniki badania na Oddziale Chirurgii, gdzie aż 77% ankietowanych odpowiedziało, że los spowodował, iż wykonują właśnie taki zawód. W tej sytuacji pracodawca musi zastosować znacznie silniejsze motywy dla tej grupy osób, gdyż większość z nich nie ma motywacji wewnętrznej. Na Oddziale Chirurgii 8% ankietowanych pracuje w wyniku rodzinnych tradycji, co również nie wpływa korzystnie na motywację. Nikt spośród ankietowanych nie wybrał danego zawodu ze względu na wysokie zarobki bądź ze względu na popularność danego zawodu.

Każda placówka ma swoje cele, misje, według których podejmuje określone zadania. Każdy pracownik powinien dokładnie znać dane cele, gdyż to pozwala mu zjednoczyć się z firmą, a co najważniejsze – pozwala zrozumieć pewne decyzje pracodawcy. Podstawowy schemat efektywności pracy mówi, iż najpierw należy wiedzieć, następnie móc i na końcu chcieć, aby efektywnie wykonywać swoją pracę, dlatego znajomość misji i celów jest niezbędna. Niestety z badań wynikało, iż na Oddziale Neurologii aż 80% ankietowanych nie zna misji szpitala, w którym pracuje, natomiast na Oddziale Urologii i Chirurgii połowa osób odpowiedziała, że cele szpitala są im znane.

Wśród podstawowych czynników motywacyjnych najbardziej zachęcających do pracy ankietowani na wszystkich trzech oddziałach na pierwszym miejscu zaznaczyli atmosferę w miejscu pracy. Obalają to wszelkie mity mówiące, iż motyvatory ekonomiczne, a dokładniej wynagrodzenie jest priorytetowym bodźcem. Oczywiście jest on stosunkowo ważny, ale nie najważniejszy. Wyniki te potwierdzają teorię Maslowa, który potrzeby przynależności usytuował na trzecim miejscu, jako podstawowe potrzeby do prawidłowego funkcjonowania człowieka. Zdrowa atmosfera w miejscu pracy wpływa bardzo pozytywnie na pracowników. Wynagrodzenie w przeprowadzonych badaniach pojawia się na drugim miejscu, ale tylko na Oddziale Chirurgii. Jest to uwarunkowane tym, iż oddział ten cechuje się bardzo dużą odpowiedzialnością i codziennym stresem, który jest nieodłącznym elementem pracy każdego chirurga. Na Oddziale Neurologii i Urologii wciąż dominują bodźce pozaekonomiczne, ponieważ drugim najważniejszym motywatorem jest dla pracowników wdzięczność pacjentów, a trzecim – poczucie samorealizacji i rozwoju oraz odpowiedzialność. Pracownicy z Oddziału Chirurgii jako trzeci motyvatork wskazali podwyżkę.

Według ankietowanych jednogłośnie dodatkowymi gratyfikacjami zachęcającymi do efektywniejszej pracy są dodatkowe świadczenia. Na Oddziale Neurologii 32% ankietowanych zaznaczyło dodatkowe kursy i szkolenia, natomiast 12% ankietowanych stwierdziło, iż podwyżka byłaby dodatkową gratyfikacją zachęcającą do pracy. Na Oddziale Urologii 31% ankietowanych również zaznaczyło dodatkowe kursy i szkolenia, natomiast 17% wybrało służbowe mieszkanie. Na Oddziale Chirurgii aż 45% podkreśliło, iż służbowy telefon zachęciłby ich do efektywniejszej pracy, tyle samo osób zaznaczyło również odpowiedź „inne”, gdzie napisali, iż podwyżka byłaby dodatkową gratyfikacją.

Brak czynników, które najbardziej zachęcały ankietowanych do pracy, powinien powodować zniechęcenie do pracy. Jednakże badania pokazały, iż powyższe rozumowanie nie jest słuszne. Mianowicie we wszystkich trzech oddziałach czynnikami, które najbardziej zniechęcają do pracy, są brak podwyżek, następnie brak premii, a na trzecim miejscu w zależności od oddziału brak awansu, niemiła atmosfera, brak możliwości rozwoju. W związku z powyższym większość ankietowanych uważa, iż motyvatork ekonomiczne powodują efektywniejsze wykonywanie danej pracy.

Na pytanie, który rodzaj motyvatorków powoduje efektywniejsze wykonywanie pracy, większość ankietowanych wskazuje na bodźce ekonomiczne. Taka odpowiedź ankietowanych jest sprzeczna z ich wcześniejszymi wypowiedziami, gdyż pracownicy Oddziału Neurologii i Urologii uważali, iż najbardziej zachęcają-

cymi motyvatorkami do pracy są motyvatorky pozaekonomiczne. Jednakże należy pamiętać, iż wynagrodzenie jest również bardzo istotne, gdyż zaspokaja nie tylko nasze podstawowe potrzeby, ale wpływa na naszą pozycję w społeczeństwie oraz kształtuje pozytywną samoocenę.

W szczególności na Oddziale Neurologii 33% ankietowanych odpowiedziało, iż satysfakcja z pracy jest najważniejszym czynnikiem motywuującym, następnie 29% wskazało wysokość wynagrodzenia, a 26% zwróciło uwagę na atmosferę w miejscu pracy. Na Oddziale Urologii 26% ankietowanych zaznaczyło wysokość wynagrodzenia, atmosferę w miejscu pracy oraz satysfakcję z wykonywania danego zawodu jako najważniejsze czynniki motywuacyjne w pracy. Na Oddziale Chirurgii aż 38% zaznaczyło wysokość wynagrodzenia, 31% atmosferę w miejscu pracy. Zatem najważniejszym czynnikiem w pracy dla ankietowanych jest zarówno wysokość wynagrodzenia, jak i atmosfera oraz satysfakcja z wykonywanej pracy. Bardzo korzystnie wpływa to na przyszłość, gdyż wyniki te pokazują, iż zmieniają się pewne tendencje w społeczeństwie, które nie dąży tylko i wyłącznie do spełnienia zawodowego, a co za tym idzie – ważne stają się poczucie szczęścia i czerpanie radości z życia.

Na pytanie, czy wynagrodzenie jest adekwatne do wykonywanej pracy, prawie wszyscy ankietowani odpowiedzieli, że pensja nie jest sprawiedliwa. Tylko dwie osoby będące na kontrakcie odpowiedziały, że są zadowolone ze swojego wynagrodzenia. Oczywiście takie wyniki nie są zaskakujące, gdyż prawie każdy obywatel narzeka na niską pensję. Ciekawy jednak jest fakt, iż na pytanie, czy dane osoby mają zamiar zmienić obecny zakład pracy, większość odpowiada, że nie chce zmieniać miejsca pracy, co po raz kolejny udowadnia, że wynagrodzenie nie jest najistotniejsze w karierze zawodowej.

Według ankietowanych na Oddziale Neurologii wysokość wynagrodzenia powinna zależeć po pierwsze od stażu pracy pracownika, po drugie od wykształcenia, a po trzecie od dużej odpowiedzialności, jaka spoczywa na podwładnym. Pracownicy na Oddziale Urologii odpowiedzieli, iż na wynagrodzenie powinno wpływać to, w jaki sposób pracownik wykonuje swoje obowiązki, czy jest rzetelny, dokładny, następnie pracodawca powinien zwracać uwagę na wykształcenie, liczbę godzin pracy oraz odpowiedzialność. Na Oddziale Chirurgii ankietowani na pierwszym miejscu zaznaczyli dużą odpowiedzialność, następnie staż pracy, a na trzecim miejscu zakres obowiązków. Uogólniając, trzema najważniejszymi czynnikami, które pracodawca powinien brać pod uwagę, ustalając wysokość wynagrodzenia, są po pierwsze duża odpowiedzialność, po drugie rzetelność wykonywanej pracy, a po trzecie staż pracy.

Analizując system motywowania w rozpatrywanym szpitalu, szczególnie interesujące było określenie roli przełożonego w procesie zarządzania. Zdaniem ankietowanych przełożeni niestety nie spełniają pozytywnej funkcji w systemie motywowania, gdyż większość z nich nie motywuje swoich pracowników w żaden sposób. Na Oddziale Chirurgii aż 77% ankietowanych odpowiedziało, że przełożony nie motywuje ich do pracy, na Oddziale Urologii 58% ankietowanych odpowiedziało, że nie są motywowani przez swojego przełożonego. Podobnie na Oddziale Neurologii 45% wskazało tę samą odpowiedź, co poprzednie oddziały. Jednakże na Oddziale Urologii 48% wskazało, że są motywowani bodźcami pozaekonomicznymi, tę samą odpowiedź 25% ankietowanych wskazało na Oddziale Urologii oraz 15% na Oddziale Chirurgii.

Bardzo rzadko stosowane są pochwały ustne, które nic nie kosztują, a mogą wprowadzić bardzo dużo pozytywnych zmian. Pracownik, który zostanie pochwalony, chce za wszelką cenę udowodnić w dalszej pracy, że pochwała ta była słuszna, że na nią zasługiwał. W konsekwencji pracownik stara się jeszcze rzetelniej wykonywać swoje obowiązki. Jeszcze silniej oddziałuje pochwała publiczna, która zobowiązuje do wzorowego zachowania. Na Oddziale Neurologii 33% ankietowanych wskazało, że dostaje pochwałę ustną raz na 3 miesiące, 19% raz na rok, a 24% odpowiedziało, że w ogóle nie otrzymuje pochwał. Na Oddziale Urologii 30% ankietowanych dostaje co najmniej raz w miesiącu pochwałę ustną. Natomiast aż 46% wskazało, że nigdy nie usłyszało pochwały od swojego przełożonego. Na Oddziale Chirurgii aż 54% odpowiedziało, że ich przełożony w ogóle nie stosuje takiej metody motywowania, natomiast tylko 23% wskazało, że raz na rok dostaje pochwałę ustną.

Pozytywne należy ocenić fakt, że w rozpatrywanym podmiocie leczniczym stosuje się system ocen pracowniczych, który jest niezmiernie ważnym elementem w procesie motywowania, gdyż pozwala w pełni zobrazować każdego pracownika i zmotywować go do wprowadzenia korzystnych zmian zarówno dla niego, jak i przedsiębiorstwa. Często w organizacjach stosowana jest nie tylko ocena pracownika, ale również przełożonego, dlatego system ten daje obustronne korzyści, zarówno dla podwładnych, jak i przełożonych. Zaskakujące jednak jest to, iż na pytanie, czy istnieje coroczny system oceny pracowników, znaczna część osób odpowiedziała, że nie wie, czy istnieje taki system. Być może, wynika to z ich krótkiego pobytu w danej placówce opieki zdrowotnej.

Wnioski z przeprowadzonego badania

System motywowania w rozpatrywanym szpitalu niewątpliwie wymaga istotnego doskonalenia.

Motywowanie podwładnego rozpoczyna się już od procesu przyjmowania go na dane stanowisko. W tym momencie pracodawca powinien dokładnie przedstawić pracownikowi misję i cele placówki. Dzięki temu pokazuje mu, jak ważne stanowisko zajmuje w danej organizacji oraz uświadamia, że istotna jest nie tylko kadra zarządzająca, ale przede wszystkim podwładni mają znaczenie, gdyż od ich sumienności i dokładności wykonywanych zadań zależy sukces szpitala, a co za tym idzie – zdrowie pacjentów. W danym szpitalu ponad połowa pracowników nie zna misji, celów placówki, dlatego należałoby popracować nad tym aspektem.

Podstawowym elementem systemu motywowania jest coroczny system ocen pracowniczych. W badanym szpitalu występuje taka metoda oceny pracowników, dzięki czemu w pełni można zobrazować każdego członka załogi i zmotywować go do wprowadzania korzystnych zmian zarówno dla niego, jak i przedsiębiorstwa.

Następną rzeczą, nad którą należy się skupić w systemie motywowania, jest postawa przełożonego. Niestety ponad połowa ankietowanych odpowiedziała, iż przełożony w ogóle nie motywuje ich do pracy. Stosowanie pochwał ustnych również jest bardzo ubogie. Używanie pozaekonomicznych motywatorów przez przełożonego daje bardzo szybkie i efektywne rezultaty oraz nie obciąża budżetu szpitala. Dlatego warto byłoby zorganizować szkolenia dla kadry zarządzającej i uświadomić jej, jak ważne jest stosowanie chociażby pochwały ustnej.

W szpitalu stosowane są przede wszystkim motywatory ekonomiczne pozapłacowe, w szczególności organizowane są szkolenia. Bardzo dobrze świadczy to o danej placówce, gdyż inwestując w pracownika, dajemy mu poczucie bezpieczeństwa oraz powodujemy, że utożsamia się z podmiotem leczniczym, w którym pracuje.

Ponadto spora część ankietowanych odpowiedziała, że dany szpital daje im poczucie samorealizacji i rozwoju, co w dzisiejszych czasach jest niezmiernie ważne, gdyż każdy powinien nieustannie się kształcić.

Niestety większość pracowników nie jest zadowolona ze swojego wynagrodzenia, taki syndrom występuje współcześnie prawie w każdej placówce opieki zdrowotnej. Jednakże wysokość wynagrodzenia w rozpatrywanym szpitalu nie jest niska, gdyż większość pracowników nie chce zmieniać obecnego zakładu pracy, co oznacza, iż akceptują oni daną sytuację.

Inne bodźce ekonomiczne również stosowane są w badanym szpitalu, jednakże w znacznie mniejszym stopniu niż bodźce pozaekonomiczne. Wynika to z faktu, że w budżecie szpitala jest ograniczona pula środków pieniężnych i tę kwestię ciężko zmienić z dnia na dzień, gdyż szpital nie jest w stanie pozyskać dodatkowych funduszy w krótkim czasie.

Nie ulega wątpliwości, iż system motywowania w badanym szpitalu powinien ulec zmianie, jednak należy dostrzec, że dany szpital zmierza w dobrym kierunku poprzez stosowanie corocznych ocen pracowniczych oraz poprzez inwestowanie w swoich pracowników. Radykalnie powinna zmienić się postawa przełożonych, którzy powinni być bardziej otwarci na stosowanie pochwał każdego dnia. Na szczęście pewne zachowania i postawy przełożonych łatwo korygować, nie naruszając budżetu szpitala.

Piśmiennictwo

1. Pochtowski A. Zarządzanie zasobami ludzkimi. Warszawa: PWE; 2003. 233.
2. Król H, Ludwicyński A. Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji. Warszawa: PWN; 2007. 31, 336.
3. Robbins SP, Decenzo DA. Podstawy zarządzania. Warszawa: PWE; 2002. 429.
4. Penc J. Kreowanie zachowań w organizacji konflikty i stresy pracownicze zmiany i rozwój organizacji. Warszawa: Agencja Wydawnicza PIACET; 2001. 243–256.
5. Bańka W. Zarządzanie personelem w przedsiębiorstwie. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek; 1998. 115–123.
6. Penc J. Motywowanie w zarządzaniu. Kraków: Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu; 2000. 137–140, 179–182, 183–202.
7. Webber RA. Zasady zarządzania organizacjami. Warszawa: PWE; 1996. 39, 100–101.
8. Penc J. Zarządzanie w praktyce – menedżerskie myślenie i działanie. Warszawa: Wydawnictwo Prawno-Ekonomiczne INFOR; 1998. 199.
9. Koźmiński AK, Piotrowski W. Zarządzanie. Teoria i praktyka. Warszawa: PWN; 1995. 261.

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:

Piotr Pagórski

ul. Mariana Smoluchowskiego 11

60-179 Poznań

tel.: 61 861 22 54

e-mail: ppp54@poczta.onet.pl

Pracownia Finansów i Rachunkowości w Ochronie Zdrowia

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu



oraz

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



serdecznie zapraszają
na konferencję naukową

„Zdrowie – wartość społeczna”

Poznań, 27 listopada 2015 r.

I KOMUNIKAT

Uczestnicy za udział w konferencji otrzymają 12 pkt. edukacyjnych

„Zdrowie – wartość społeczna”

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu oraz Katedra i Zakład Organizacji pragną zaprosić Państwa do udziału w konferencji naukowej dotyczącej zdrowia jako wartości społecznej, której celem jest wymiana poglądów na temat zdrowia, wyników badań i doświadczeń praktycznych.

Konferencja adresowana jest do:

- osób, których zainteresowania oraz aktywność zawodowa koncentrują się wokół problemów związanych z troską o zdrowie, zachowaniami zdrowotnymi oraz zdrowym stylem życia,
- środowiska naukowego zajmującego się kształtowaniem postaw, zasad i norm studentów uczelni,
- wysoko wyspecjalizowanych kadr w ochronie zdrowia, zajmujących się diagnozą i terapią w podmiotach świadczących usługi medyczne,
- promotorów zdrowia i mediów zajmujących się problemami zdrowia,
- władz samorządowych, dla których problematyka zdrowia i terapii stanowi jedno z fundamentalnych zadań.

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

W imieniu Organizatorów
dr hab. Maria Danuta Głowacka

Proponowane tematy sesji naukowych

1. Styl życia w społeczeństwie.
2. Odżywianie się jako wyznacznik wartości społecznej.
3. Aktywność fizyczna – determinant zdrowia.
4. Zachowania antyzdrowotne – koszt społeczny.
5. Zadania organizacji samorządowych w zachowaniu wizerunku zdrowia.
6. Jakość opieki diagnostyczno-terapeutycznej, pielęgniarstwa i rehabilitacyjnej.
7. Dostępność świadczeń zdrowotnych.
8. Udział pacjentów nieletnich w podejmowaniu decyzji diagnostyczno-terapeutycznej.
9. Prawa pacjenta z uwzględnieniem przestrzegania tajemnicy medycznej.
10. Varia.

Kalendarium

Nadsyłanie wypełnionych kart zgłoszeniowych do 31 sierpnia 2015 r.

Ostateczny termin nadsyłania artykułów do 30 września 2015 r.

Ostateczny termin uiszczenia opłaty konferencyjnej do 30 września 2015 r.

Wniesienie opłaty konferencyjnej jest warunkiem udziału w konferencji.

Opłata na konto:

BZ WBK 60 1090 1346 0000 0001 1347 1664, z dopiskiem

Zdrowie – wartość społeczna oraz nazwisko i imię uczestnika konferencji

Informacje dla uczestników

1. Obrady odbędą się w Collegium Stomatologicum, sala 202, Poznań, ul. Bukowska 70.
2. Nadesłane artykuły zostaną zrecenzowane i po uzyskaniu pozytywnej recenzji opublikowane w czasopiśmie naukowym z listy B „Pielęgniarstwo Polskie” (3 punkty MNiSW, IC 4.86) lub w monografii (4 punkty MNiSW).
3. Wymagania edytorskie:
<http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl/pages.php?id=3>.
4. Przestrzeganie wymogów edytorskich jest koniecznym warunkiem dopuszczenia artykułu do recenzji. Teksty, w których wymogi edytorskie nie zostaną uwzględnione, nie będą przekazane do recenzji i druku.
5. Wysłanie pracy jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na publikację.
6. Artykuły w wersji elektronicznej należy przesłać na adres: konferencjanaukowa@ump.edu.pl.
7. Opłata za udział w konferencji wynosi 350 zł (dla członków PTNoZ koszt wynosi 200 zł) i obejmuje udział w sesjach naukowych, publikację oraz materiały konferencyjne.
8. Istnieje możliwość opublikowania artykułu bez udziału w konferencji (po uzyskaniu pozytywnych recenzji). Opłata za publikację bez uczestnictwa wynosi 200 zł.

Dodatkowych informacji udzielają:

dr inż. Renata Rasińska
rasinska@ump.edu.pl

SEKRETARIAT KONFERENCJI
60-179 Poznań, ul. Smoluchowskiego 11
tel.: (61) 861 22 50, fax (61) 861 22 51
e-mail: konferencjanaukowa@ump.edu.pl



Konferencja naukowa „Zdrowie – wartość społeczna”

Poznań, 27 listopada 2015 r.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Prosimy o czytelne wypełnienie formularza zgłoszeniowego i przesłanie go:
elektronicznie na adres: e-mail: konferencjanaukowa@ump.edu.pl
lub pocztą na adres: Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
60-179 Poznań, ul. Smoluchowskiego 11

1. Dane osobowe

- a. imię i nazwisko uczestnika, tytuł zawodowy/stopień naukowy:
.....
- b. nazwa uczelni/instytucji/podmiotu/firmy lub innej jednostki:
.....
- c. adres do korespondencji (nazwa, ulica, kod pocztowy), nr telefonu komórkowego, e-mail uczestnika:
.....
.....

2. Dane adresowe do faktury VAT (opłata konferencyjna)

- a. nazwa, adres i NIP instytucji delegującej/zgłaszającej lub osoby:
.....
.....
- b. adres, na który należy przesłać fakturę:
.....

3. Zgłoszenie uczestnictwa w konferencji (proszę zaznaczyć właściwe pole)

- a. zgłaszam udział w konferencji z referatem – 350 zł
 TAK NIE
- b. zgłaszam artykuł do publikacji bez uczestnictwa w konferencji – 200 zł
 TAK NIE

Proponowany tytuł referatu:
.....
.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych wyłącznie na potrzeby konferencji, zgodnie z ustawą z dnia 28.09.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883).
Potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia na konferencję zostanie przesłane na podany adres e-mail.

.....
Podpis osoby uprawnionej/uczestnika



SPRAWOZDANIE Z I STUDENCKIGO SPOTKANIA „JAKOŚĆ W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ”

THE REPORT FROM THE FIRST STUDENT MEETING: “QUALITY IN HEALTH CARE SYSTEM”

Iwona Nowakowska¹, Anna Ćwierotka²

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

² Studenckie Koło Naukowe *Menadżer Jakości*
opiekun Koła: dr inż. Iwona Nowakowska

Z inicjatywy studentów – członków Studenckiego Koła Naukowego *Menadżer Jakości*, działającego przy Katedrze i Zakładzie Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu – 8 czerwca odbyło się I Studenckie Spotkanie pt. „JAKOŚĆ W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ”.

Komitet Organizacyjny spotkania złożony był z aktywnych i kreatywnych członków Koła w składzie: Anna Ćwierotka, Monika Ćwierotka, Natalia Gościński, Marta Górnicka, Karolina Kubara, Katarzyna Kukawska, Natalia Kurczak, Karolina Mroczek.

W skład Komitetu Naukowego spotkania weszli: dr hab. Maria Danuta Głowacka, dr inż. Iwona Nowakowska, dr inż. Renata Rasińska, dr Piotr Pagórski oraz dr Jan Nowomiejski.

Program konferencji przewidywał trzy sesje, które zawierały szesnaście prelekcji. Poruszane tematy dotyczyły wieloaspektowego spojrzenia na jakość w systemie opieki zdrowotnej, m.in. przez pryzmat działań profilaktycznych, promujących zdrowie oraz procesów usprawniających zarządzanie jakością w podmiotach leczniczych. Spotkaniu przewodniczyły Katarzyna Kukawska i Karolina Kubara – członkinie Studenckiego Koła Naukowego *Menadżer Jakości*.

W I sesji zostały wygłoszone dwa referaty. Dr inż. Renata Rasińska w niezwykle interesujący sposób zaprezentowała temat „Kampanie społeczne jako przykład efektywnego wsparcia społecznego w walce z nałogami”. O wartościowaniu stanowisk pracy w sposób bardzo ciekawy i obrazowy opowiadał dr Piotr Pagórski.

Sesję II zainicjował referat Małgorzaty Adamczyk na temat oczekiwań pacjentów wobec personelu medycznego. Małgorzata Bańda zaprezentowała wyniki pracy pt. „Poziom świadomości kobiet na temat raka szyjki macicy”, zaś Matylla Gracja-Maria mówiła o badaniu aktywności fizycznej studentów. Postawy młodych dziewczyn wobec macierzyństwa i ich opinie na ten temat zreferowała Agnieszka Nowak. Piąty referat w tej sesji dotyczył metody *Just in Time* w podmiocie leczniczym, a zaprezentowały go Edyta Puzicka i Agata Matuszak. O wpływie wsparcia i obecności partnera na samopoczucie kobiety rodzącej bardzo interesująco mówiła Agnieszka

Berkau. Na koniec tej sesji Natalia Kurczak i Karolina Mroczek zaprezentowały innowacyjny sposób prezentacji problemu dotyczącego małej liczby transplantacji w Polsce.

Sesja III składała się z siedmiu wystąpień. Referat otwierający sesję „Szpital czy dom – wybór miejsca porodu według przyszłych matek” był autorstwa Zofii Gendaszyk. Wyniki badań własnych dotyczących nawyków żywieniowych vs aktywność fizyczna w grupie studentów zaprezentowała Marta Michalewicz, natomiast Paulina Misztal interesująco mówiła o nastawieniu do karmienia piersią i znajomości tego tematu wśród kobiet. Problem związany z aktywnością fizyczną kobiet w wieku 18–30 lat poruszyła Wioletta Depowska. Bardzo ciekawe ujęcie tematu „Badania kliniczne w kontekście wartości personalistycznych oraz rola mediów w kształtowaniu ich wizerunku” zaprezentowały Natalia Gościński i Marta Górnicka. Anna Ćwierotka i Monika Ćwierotka zreferowały temat „Zarządzanie pomysłami – *Idea management*”. Ostatnia prezentacja tej sesji stanowiła jednocześnie wystąpienie zamykające prezentacje tematów zgłoszonych na I Studenckie Spotkanie. Katarzyna Kukawska wygłosiła referat „Jakość usług medycznych”.

Warto nadmienić, że autorkami wszystkich wystąpień w sesjach II i III były studentki, które tym samym podkreśliły swoje zaangażowanie i zapał „młodego naukowca”. Jednocześnie zdecydowana większość wystąpień związana była z prezentacją badań własnych.

W imieniu organizatorów za tak liczny i aktywny udział w spotkaniu podziękowała Katarzyna Kukawska – zastępca przewodniczącego Studenckiego Koła Naukowego *Menadżer Jakości*.

Na zakończenie głos zabrała dr inż. Iwona Nowakowska – opiekun Studenckiego Koła Naukowego *Menadżer Jakości*, która podsumowała spotkanie, gratulując jednocześnie prezentacji wielu referatów opracowanych na podstawie przeprowadzonych badań empirycznych, co stało się zdecydowanym walorem niniejszego spotkania. Członkom Koła zaangażowanym w ten projekt podziękowała za inicjatywę i organizację spotkania, a przybyłym prelegentom i pozostałym uczestnikom za aktywny udział i liczną obecność. Tak wyraźne zainteresowanie zaproponowaną formą spotkania daje nadzieję na kontynuację w przyszłości.



Zdjęcie 1. Uczestnicy I Studenckiego Spotkania



Zdjęcie 2. Komitet Organizacyjny w składzie (na górze od lewej): Karolina Kubara, Katarzyna Kukawska, Marta Górnicka, Karolina Mroczek, (na dole od lewej): Anna Ćwierotka, Natalia Gościński, Monika Ćwierotka, Natalia Kurczak



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

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

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

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

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



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Miejsce pracy, stanowisko

Ukończona uczelnia/szkoła, kierunek, specjalność

Uzyskany tytuł/stopień/zawód

Data urodzenia

Telefon kontaktowy

E-mail

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

Data

Podpis

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

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
zaprasza do udziału w XXXVII edycji

PODYPLOMOWEGO STUDIUM ZARZĄDZANIA W OPIECE ZDROWOTNEJ

– jednego z najlepszych w rankingach szkół menedżerów zdrowia

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

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

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. 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 adiustacji, 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. 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.