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

Wydział Nauk o Zdrowiu
Faculty of Health Sciences

PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

KWARTALNIK / QUARTERLY

Nr 1 (59)
3/2016

Indeksowane w / Indexed in:
Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego/
Ministry of Science and Higher Education – 6,0;
Index Copernicus Value (ICV) – 68,75 (6,81)

PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

Skrót tytułu czasopisma/Abbreviated title:
Piel Pol.

© Copyright by Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ISSN 0860-8466 (Druk)
ISSN 2450-0755 (Online)

Korekta/Proofreading:
Renata Rasińska
Barbara Błażejczak

Korekta tekstów w j. ang./Language editor:
Agata Dolacińska-Śróda

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. 10,5. Ark. druk. 15,5.
Format A4. Zam. nr 28/16.
Druk ukończono w marcu 2016.

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	LUISS Guido Carli di Roma (Włochy)
prof. Antonio Cicchella	University of Bologna (Włochy)
dr hab. n. med. Agata Czajka-Jakubowska	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr hab. Antoni Czupryna	Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum (Polska)
dr hab. Danuta Dyk	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
prof. Susumu Eguchi	Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University (Japonia)
dr hab. Jolanta Jaworek	Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum (Polska)
prof. Lotte Kaba-Schönstein	Hochschule Esslingen (Niemcy)
doc. Helena Kadučáková	Katolícka Univerzita v Ružomberku (Słowacja)
prof. Christina Koehlen	Evangelische Hochschule Berlin (Niemcy)
dr hab. Maria Kózka	Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum (Polska)
dr hab. Anna Ksykiewicz-Dorota, prof. UM	Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)
prof. Mária Machalová	Prešovská Univerzita (Słowacja)
dr hab. Piotr Małkowski	Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr hab. Ewa Mojs, prof. UM	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Jana Nemcová	Comenius University in Bratislava (Słowacja)
prof. dr hab. Grażyna Nowak-Starz	Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)
prof. dr hab. n. med. Marek Ostrowski	Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie (Polska)
prof. Hildebrand Ptak	Evangelische Hochschule Berlin (Niemcy)
prof. dr hab. Jerzy Stańczyk	Uniwersytet Medyczny w Łodzi (Polska)
prof. dr hab. Piotr Stępniak	Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu (Polska)
dr Frans Vergeer	Fontys Hogescholen (Holandia)
prof. dr hab. Krzysztof Wiktorowicz	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr hab. Maciej Wilczak, prof. UM	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
prof. dr hab. n. med. Zbigniew Włodarczyk	Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy (Polska)
dr Katarína Žiaková	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: pielegniarstwopolskie@ump.edu.pl
www.pielegniarstwo.ump.edu.pl

PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

REDAKTORZY TEMATYCZNI

PIELĘGNIARSTWO KLINICZNE

dr Joanna Stanisławska	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Dorota Talarska	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr hab. Maria Danuta Głowacka	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

NAUKI O ZARZĄDZANIU W PIELĘGNIARSTWIE

dr Ewa Jakubek	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Aleksandra Persona-Śliwińska	NZOZ Specjalistyczne Centrum Medyczne „PRO FEMINA”

PIELĘGNIARSTWO ŚRODOWISKOWE

mgr Luiza Mendyka	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Komeńskiego w Lesznie

NAUKI O ZDROWIU W PIELĘGNIARSTWIE

dr Małgorzata Posłuszna	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	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Benedykt Bober	NZOZ Nadmorskie Centrum Rehabilitacji (Polska)
prof. Antonio Cicchella	University of Bologna (Włochy)
dr Józefa Czarnecka	Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr Grażyna Czerwiak	Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)
dr hab. Joanna Gotlib	Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr Grażyna Iwanowicz-Palus	Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)
doc. Helena Kadučáková	Katolícka Univerzita v Ružomberku (Słowacja)
dr Ewa Kobos	Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr Halina Król	Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)
dr n. med. Włodzimierz Łojewski	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
prof. Mária Machalová	Prešovská Univerzita (Słowacja)
prof. Anders Møller Jensen	VIA University College Denmark (Dania)
pof. dr hab. Henryk Mruk	Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu (Polska)
dr Jana Nemcová	Comenius University in Bratislava (Słowacja)
dr inż. Iwona Nowakowska	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Jan Nowomiejski	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Piotr Pagórski	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
prof. dr hab. Mariola Pawlaczyk	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Wojciech Grzegorz Polak	University Medical Center Rotterdam (Holandia)
dr Zofia Sienkiewicz	Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr Ewa Szynkiewicz	Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)
dr Dorota Talarska	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr hab. Monika Urbaniak	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Aleksandra Zielińska	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Katarína Žiaková	Comenius University in Bratislava (Słowacja)
mgr Klaudia J. Ćwiękała-Lewis	International Healthcare Leadership and Development (IHLD) Association (USA)

PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

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	LUISS Guido Carli di Roma (Italy)
Antonio Cicchella	University of Bologna (Italy)
Agata Czajka-Jakubowska	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Antoni Czupryna	Jagiellonian University Collegium Medicum (Poland)
Danuta Dyk	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Susumu Eguchi	Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University (Japonia)
Jolanta Jaworek	Jagiellonian University Collegium Medicum (Poland)
Lotte Kaba-Schönstein	Hochschule Esslingen (Germany)
Helena Kadučáková	Katolícka Univerzita v Ružomberku (Slovakia)
Christina Koehlen	Evangelische Hochschule Berlin (Germany)
Maria Kózka	Jagiellonian University Collegium Medicum (Poland)
Anna Ksykiewicz-Dorota	Medical University of Lublin (Poland)
Mária Machalová	Prešovská Univerzita (Slovakia)
Piotr Małkowski	Medical University of Warsaw (Poland)
Ewa Mojs	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Jana Nemcová	Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Grażyna Nowak-Starz	Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Marek Ostrowski	Pomeranian Medical University in Szczecin (Poland)
Hildebrand Ptak	Evangelische Hochschule Berlin (Germany)
Jerzy Stańczyk	Medical University of Lodz (Poland)
Piotr Stępniak	Adam Mickiewicz University (Poland)
Frans Vergeer	Fontys Hogescholen (Holland)
Krzysztof Wiktorowicz	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Maciej Wilczak	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Zbigniew Włodarczyk	Ludwik Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz (Poland)
Katarína Žiaková	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: pielegniarstwopolskie@ump.edu.pl
www.pielegniarstwo.ump.edu.pl

PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

THEMATIC EDITORS

CLINICAL NURSING

Joanna Stanisławska	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Dorota Talarska	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Maria Danuta Głowacka	Poznan University of Medical Sciences (Poland)

MANAGEMENT IN NURSING

Ewa Jakubek	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Aleksandra Persona-Śliwińska	Medical Centre PRO FEMINA (Poland)

COMMUNITY NURSING

Luiza Mendyka	Jan Amos Komensky University of Applied Sciences in Leszno (Poland)

HEALTH SCIENCES IN NURSING

Małgorzata Posłuszna	Poznan University of Medical Sciences (Poland)

STATISTICAL EDITOR

Renata Rasińska	Poznan University of Medical Sciences (Poland)

THE LIST OF THE REVIEWERS

Grażyna Bączyk	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Benedykt Bober	Seaside Rehabilitation Centre (Poland)
Antonio Cicchella	University of Bologna (Italy)
Józefa Czarnecka	Medical University of Warsaw (Poland)
Grażyna Czerwiak	Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Joanna Gotlib	Medical University of Warsaw (Poland)
Grażyna Iwanowicz-Palus	Medical University of Lublin (Poland)
Helena Kadučáková	Katolícka Univerzita v Ružomberku (Slovakia)
Ewa Kobos	Medical University of Warsaw (Poland)
Halina Król	Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Włodzimierz Łojewski	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Mária Machalová	Prešovská Univerzita (Slovakia)
Anders Møller Jensen	VIA University College Denmark (Denmark)
Henryk Mruk	Poznan University of Economics (Poland)
Jana Nemcová	Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Iwona Nowakowska	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Jan Nowomiejski	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Piotr Pagórski	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Mariola Pawlaczyk	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Wojciech Grzegorz Polak	University Medical Center Rotterdam (Holland)
Zofia Sienkiewicz	Medical University of Warsaw (Poland)
Ewa Szynkiewicz	Nicolaus Copernicus University Collegium Medicum (Poland)
Dorota Talarska	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Monika Urbaniak	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Aleksandra Zielińska	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Katarína Žiaková	Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Klaudia J. Ćwiękała-Lewis	International Healthcare Leadership and Development (IHLD) Association (USA)

SPIS TREŚCI

Od redaktora 11

PRACE ORYGINALNE

Agnieszka Krawczyk-Wasielewska, Ewa Mojs, Elżbieta Skorupska, Przemysław Keczmer, Bartosz Grobelny, Katarzyna Warchoł-Biedermann, Wioletta Wojciechowska, Włodzimierz Samborski
Psychodemograficzny profil opiekunów sprawujących pieczę nad chorymi z demencją w Polsce 13

Mieczysława Irena Wyderka, Małgorzata Napierała
Pielęgniarka w pracowni endoskopowej 18

Urszula Błazucka, Halina Cieślak
Stan wiedzy studentek Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na temat zakażeń HPV i związanej z nim profilaktyki 23

Agnieszka Ulatowska, Grażyna Bączyk
Ocena stanu odżywienia pacjentów w podeszłym wieku, umieszczonych w oddziale geriatrycznym, dokonana za pomocą skali MNA 30

Agnieszka Lesiak, Wiesława Kołodziej
Problemy związane z pielęgnacją pacjentów po interwencyjnych zabiegach kardiologicznych 37

Mariola Janieszewska, Teresa Bernadetta Kulik, Edyta Sztorc, Ewelina Firlej, Agnieszka Barańska
Stres i sposoby radzenia sobie z nim na przykładzie osób z niedosłuchem 43

Mariola Janiszewska, Teresa Bernadetta Kulik, Dorota Żołnierczuk-Kieliszek, Katarzyna Pawlikowska-Łagód, Aneta Kryk
Wartościowanie zdrowia wśród osób starszych na przykładzie studentów Uniwersytetu Trzeciego Wieku . . . 49

Karolina Chilicka, Izabela Wróblewska
Badania pilotażowe dotyczące wpływu zabiegów kosmetycznych na samopoczucie pensjonariuszek Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Stroniu Śląskim 56

Alicja Kucharska, Iwona Burakowska, Leszek Wronka, Beata Sińska, Magdalena Milewska, Magdalena Zegan, Ewa Michota-Katulska
Skład ciała a profil lipidowy chorych na nadciśnienie tętnicze 61

Mieczysława Irena Wyderka, Agnieszka Błaszczyk
Wykorzystywanie seksualne nieletnich 66

PRACE POGLĄDOWE

Piotr Stępniak
Uwagi o szkodach wyrządzonych w podmiotach leczniczych 74

Joanna Zdanowska, Jolanta Sielska, Ewa Wieja
Organizacja opieki zdrowotnej nad dziećmi – wybrane aspekty prawne 82

Angelika Kargulewicz, Ewelina Swora-Cwynar, Emilia Marcinkowska, Marian Grzymisławski
Ziarna chia jako wartościowy produkt racjonalnej diety – zastosowanie w profilaktyce chorób metabolicznych . . . 87

Marta Majorczyk, Magdalena Baran, Jolanta Jaworek
Rola witaminy D w rozwoju i przebiegu otyłości 91

Grzegorz Konieczny, Renata Rasińska
Psychospołeczne aspekty funkcjonowania dziecka w rodzinie alkoholowej oraz możliwości terapii odwykowej osób uzależnionych 98

Grzegorz Konieczny, Renata Rasińska
Wpływ cech dziedzicznych na zdolności intelektualne człowieka 104

DONIESIENIA ZJAZDOWE

Renata Rasińska
Sprawozdanie z Konferencji Naukowej „Zdrowie – wartość społeczna” 109

Renata Rasińska
Sprawozdanie z Konferencji Naukowej „Bezpieczeństwo pacjenta w podmiotach systemu ochrony zdrowia” 111

INFORMACJE

Konferencja Naukowa „Zdrowie w nauce i praktyce. Czterdziestolecie Szpitala w Puszczykowie – doświadczenia i rozwój” 112

Konferencja Naukowa „Żywienie w onkologii” 118

XIII Kongres Pielęgniarek Polskich 119

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu. Deklaracja członkowska 120

Podyplomowe Studium Zarządzania w Opiece Zdrowotnej 122

Wskazówki dla autorów 123

CONTENTS

Editor's note 12

ORIGINAL PAPERS

Agnieszka Krawczyk-Wasielewska, Ewa Mojs, Elżbieta Skorupska, Przemysław Keczmer, Bartosz Grobelny, Katarzyna Warchoł-Biedermann, Wioletta Wojciechowska, Włodzimierz Samborski
Psychodemographic profile of dementia patients' caregivers in Poland 13

Mieczysława Irena Wyderka, Małgorzata Napierała
Nurse in the endoskopy lab 18

Urszula Błazucka, Halina Cieślak
Condition of Medical University of Warsaw students knowledge about infection of human papilloma virus and associated methods of prevention 23

Agnieszka Ulatowska, Grażyna Bączyk
Assessment of nutritional status in elderly patients of the geriatric ward using the MNA scale 30

Agnieszka Lesiak, Wiesława Kołodziej
Care problems of patients after cardiac procedures 37

Mariola Janieszewska, Teresa Bernadetta Kulik, Edyta Sztorc, Ewelina Firlej, Agnieszka Barańska
Stress and coping with stress on the example of people with hearing loss 43

Mariola Janiszewska, Teresa Bernadetta Kulik, Dorota Żołnierczuk-Kieliszek, Katarzyna Pawlikowska-Łagód, Aneta Kryk
Valuing health among the elderly on the example of students at the University of the Third Age 49

Karolina Chilicka, Izabela Wróblewska
Pilot studies concerning the impact of beauty treatments on the well-being of residents of the Therapeutic and Care Clinic in Stronie Śląskie 56

Alicja Kucharska, Iwona Burakowska, Leszek Wronka, Beata Sińska, Magdalena Milewska, Magdalena Zegan, Ewa Michota-Katulska
Body composition and blood lipid profile in patients with hypertension 61

Mieczysława Irena Wyderka, Agnieszka Błaszczyk
Sexual exploitation of children 66

REVIEW PAPERS

Piotr Stępniak
Remarks on damages in healthcare institutions 74

Joanna Zdanowska, Jolanta Sielska, Ewa Wieja
The organization of health care for children – selected legal aspects 82

Angelika Kargulewicz, Ewelina Swora-Cwynar, Emilia Marcinkowska, Marian Grzymisławski
Chia seeds as a valuable food product of a balanced diet – its application in the prevention of metabolic diseases 87

Marta Majorczyk, Magdalena Baran, Jolanta Jaworek
The role of vitamin D in the development and course of obesity 91

Grzegorz Konieczny, Renata Rasińska
Psychosocial aspects of child functioning in the alcoholic family and possibilities of alcohol treatment for alcohol addicts 98

Grzegorz Konieczny, Renata Rasińska
The influence of hereditary traits on human intellectual capacity 104

DONIESIENIA ZJAZDOWE

Renata Rasińska
"Health as a social value" – Conference report 109

Renata Rasińska
"Patient's safety in healthcare institutions" – Conference report 111

INFORMATION

Scientific Conference "Health in science and practice. The 40th Anniversary of Puszczykowo Hospital – experiences and challenges" 112

Scientific Conference "Nutrition in Oncology" 118

13th Congress of Polish Nurses 119

Polish Society of Heath Sciences. Member's declaration 120

Postgraduate Course "The management in Health Care" – information 122

Guidance for contributors 123

OD REDAKTORA

Szanowni Czytelnicy,

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

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

Rekomendujemy artykuły, które są szczególnie ważne w pracy pielęgniarki. Ponadto na uwagę zasługują artykuły dotyczące osób starszych, tj. „Ocena stanu odżywiania pacjentów w podeszłym wieku, umieszczonych w oddziale geriatrycznym, dokonana za pomocą skali MNA" oraz „Wartościowanie zdrowia wśród osób starszych na przykładzie Uniwersytetu Trzeciego Wieku".

W numerze przedstawiamy również sprawozdania z dwóch konferencji. Pierwsza z nich pt. „Zdrowie – wartość społeczna" odbyła się 27 listopada 2015 r. w Poznaniu. Druga pt. „Bezpieczeństwo pacjenta w podmiotach systemu ochrony zdrowia" odbyła się 20 stycznia 2016 r. w Warszawie.

Mamy zaszczyt również zaprosić Państwa do uczestnictwa w trzech konferencjach, z których jedna – zatytułowana **„**Zdrowie w nauce i praktyce. Czterdziestolecie Szpitala w Puszczykowie – doświadczenia i rozwój" – organizowana jest przez Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu oraz Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu przy współudziale Szpitala w Puszczykowie SA im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego oraz Starostwa Powiatowego w Poznaniu. Druga pt. „Żywienie w onkologii" organizowana jest m.in. przez Katedrę Żywienia Klinicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Trzecia propozycja, na którą zapraszamy, to XIII Kongres Pielęgniarek Polskich organizowany przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarek oraz Wydział Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

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

Dr hab. Maria Danuta Głowacka
Redaktor Naczelny

Dr inż. Renata Rasińska
Sekretarz Naukowy

EDITOR'S NOTE

Dear Readers,

on behalf of the Scientific Committee we are pleased to recommend to you the new issue of the "Polish Nursing".

The contents of this issue are very diverse in nature, however they reflect cognitive and clinical areas of interest of both medical personnel and research workers of medical universities and other colleges. We hope that they will be received positively by the readers. We recommend articles, which are of particular importance in nurses' work. Papers on older people deserve special attention as well, i.e. "Nutritional assessment in elderly patients in the geriatric ward using the scale of ME" and "Valuing health among the elderly on the example of the University of the Third Age".

This issue presents the reports from two conferences. The first one, "Health as a social value" was held on 27 November 2015 in Poznan. The other one, entitled "Patient's Safety in Healthcare Institutions" was held on January 20, 2016 in Warsaw.

We are also pleased to invite you to participate in three conferences. One of them is organized by the Polish Association of Health Sciences and the Department of Organization and Management in Healthcare at the University of Medical Sciences in Poznań in cooperation with Prof. Stefan Tytus Dąbrowski Puszczykowo Hospital SA and the District Governor's Office in Poznan. This conference title is "Health in science and practice. The 40th Anniversary of Puszczykowo Hospital – experiences and challenges". The second one, entitled "Nutrition in Oncology" is organized by the Chair of Clinical Nutrition of the Medical University in Gdańsk. The third event, which we invite to, is 13th Congress of Polish Nurses, organized by the Polish Association of Nurses and the Faculty of Health Sciences, Medical University of Warsaw.

At the end of the issue we present information about postgraduate studies in healthcare management and we encourage you to become members of the Polish Society of Health Sciences (please find a membership form attached).

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

Renata Rasińska, PhD (Eng)
Scientific Secretary

PSYCHODEMOGRAFICZNY PROFIL OPIEKUNÓW SPRAWUJĄCYCH PIECZĘ NAD CHORYMI Z DEMENCJĄ W POLSCE

PSYCHODEMOGRAPHIC PROFILE OF DEMENTIA PATIENTS' CAREGIVERS IN POLAND

Agnieszka Krawczyk-Wasielewska[1,2], Ewa Mojs[3], Elżbieta Skorupska[1,2], Przemysław Keczmer[1,2], Bartosz Grobelny[3], Katarzyna Warchoł-Biedermann[3], Wioletta Wojciechowska[4], Włodzimierz Samborski[1]

[1] Katedra Reumatologii i Rehabilitacji
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi w Poznaniu
[3] Zakład Psychologii Klinicznej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[4] Kolejowy Szpital Uzdrowiskowy w Ciechocinku

STRESZCZENIE

Wstęp i cel. Zmiany w systemie ochrony zdrowia wymuszane są poprzez oczekiwaną wydłużającą się długość życia oraz zwiększającą się liczbę osób przewlekle chorych oraz z niepełnosprawnością. Zwiększa się liczba osób wymagających opieki oraz wzrastają oczekiwania kierowane wobec opiekunów, którzy coraz dłużej i w sposób coraz bardziej złożony muszą opiekować się swoimi bliskimi. Celem badań jest stworzenie socjodemograficznego profilu opiekuna rodzinnego sprawującego pieczę nad chorym z demencją, żyjącego w Polsce.
Materiał i metody. W przeprowadzonym badaniu uczestniczyło łącznie 550 opiekunów nieformalnych sprawujących pieczę nad chorymi z demencją, zrekrutowanych na terenie województw wielkopolskiego i kujawsko-pomorskiego. Badanie przeprowadzono za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety, a także skali CESD do oceny poziomu depresji.
Wyniki. Wiek opiekunów w badanej grupie wahał się w przedziale od 25 do 88 lat. Średni wiek opiekuna wynosił 61,7 ± 13,5 roku. Opiekunami były głównie kobiety (73%). Wyniki wskazują, iż poziom dolegliwości bólowych odczuwanych przez opiekunów nie rzutował na poziom depresji.
Wnioski. Opiekunowie chorych z demencją korzystają z pomocy z zewnątrz, jednakże jest to głównie pomoc innych krewnych, rzadziej wsparcie instytucjonalne.

SŁOWA KLUCZOWE: demencja, opiekunowie rodzinni, profil socjodemograficzny.

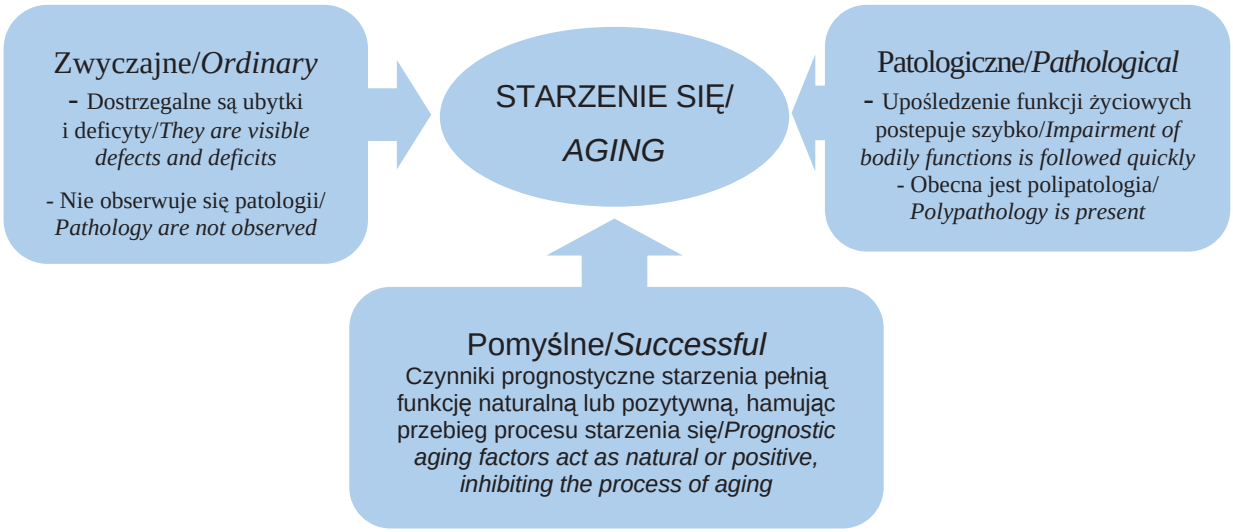
ABSTRACT

Introduction and aim. One of the most important changes in the care system is that due to increased life expectancy and the shift from acute to chronic diseases, as well as the number of disabled people has increased. Consequently, the number of individuals involved in caregiving, the duration and types of caregiving tasks performed have also changed. For many caregivers such a role has lasted for many years, even decades and caregiving has become a very complex task. The aim of the study is sociodemographic characteristics of non-proffesional caregivers of dementia persons in Poland.
Material and methods. 550 caregivers of people with dementia participated in the study. They were recruited in Wielkopolska and Kujawsko-Pomorskie Districts. The study was conducted using a proprietary questionnaire, as well as the CESD scale to assess the level of depression.
Results. The mean age was 61.7 ± 13.5 in the examined group. They were mostly women (73%). The results show that the level of pain did not correlate with the level of deppression.
Conclusions. The caregivers have external support mainly from other relatives, they got institutional support occasionally.

KEYWORDS: dementia, informal caregiver, sociodemographic profile.

Wprowadzenie

Proces starzenia się jest mechanizmem fizjologicznym, który ujawnia się wraz z wiekiem człowieka. W miarę obniżania się aktywności biologicznej ludzkiego organizmu osłabieniu ulega także zdolność jego regenerowania się i adaptacji, co skutkuje niesprawnością w funkcjonowaniu struktur organizmu, zarówno na poziomie komórek, tkanek, narządów, jak i układów, a także podwyższoną zapadalnością na choroby układu krążenia, układu nerwowego czy nowotwory. Objawiające się w procesie starzenia się zmiany o charakterze involucyjnym oraz dolegliwości swoiste dla tego okresu życia nakładają się na istniejące uprzednio problemy zdrowotne, co prowadzi do występowania charakterystycznych dla wieku podeszłego zjawisk: wielochorobowości, polipragmazji i znaczących problemów geriatrycznych [1, 2].



Rycina 1. Sposoby starzenia się
Figure 1. Ways of ageing

Źródło/*Source*: Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K, Kornatowski T. Program pomyślnego starzenia – profilaktyka schorzeń i dolegliwości wieku starszego. W: Kowaleski JT, Szukalski P (red.). Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2008. 41 [1]

Do grupy „wielkich problemów geriatrycznych" zalicza się chroniczne i wieloprzyczynowe zespoły prowadzące do niesprawności, skutkujące utratą samodzielności osób starszych i w konsekwencji stanowiące istotne obciążenie dla opiekunów. Oprócz takich problemów, jak: zaburzenia funkcji zwieraczy, upośledzenia równowagi, lokomocji i w rezultacie upadki, upośledzenie zmysłu wzroku i słuchu, zalicza się do nich również zespoły psychopatologiczne: otępienie, depresję czy zespoły splątania [3].

Terapia oraz proces diagnozowania patologii występujących u pacjentów w wieku podeszłym wymaga zarówno wiedzy na temat różnorodnych aspektów starzenia się i konsekwencji tego procesu, jak i znajomości specyfiki symptomatologii typowych dla osób starszych schorzeń, będących nierzadko zbyt niecharakterystycznymi i całkowicie odmiennymi w przebiegu u ludzi młodych. Stąd też opieka nad współczesnymi seniorami winna być sprawowana w sposób możliwie aktywny, wszechstronny i profesjonalny, spowolnić procesy starzenia się, aby zachować i promować sprzyjający zdrowiu styl życia, zapobiegać patologiom i skutecznie leczyć występujące dolegliwości. Zadaniem takiej opieki jest ponadto ścisłe współdziałanie z opiekunami osoby chorej i wsparcie w wyjątkowo trudnych dla nich momentach życiowych [1, 4]. Cele te winny być współdzielone przez lekarzy, pielęgniarki, psychologów i fizjoteraputów, którzy wspierają zarówno chorego, jak i opiekuna i pomagają w osiąganiu tych celów. Najczęściej opiekę nad osobami z demencją sprawują krewni, nieprofesjonaliści, nierzadko również osoby w wieku podeszłym, np. małżonkowie lub dzieci, którzy muszą godzić obowiązki opieki nad bliskim, obowiązki zawodowe i rodzinne w stosunku do własnych dzieci i współmałżonka. Pełnienie funkcji opiekuna osoby z demencją stanowi istotne obciążenie dla podmiotu i jego zdrowia w wymiarze psychicznym i fizycznym [5].

Celem badania było stworzenie socjodemograficznego opisu opiekuna nieformalnego sprawującego pieczę nad chorym z demencją, żyjącego w Polsce.

Materiał i metoda

W przeprowadzonym badaniu uczestniczyło łącznie 550 opiekunów nieformalnych sprawujących pieczę nad chorymi z demencją, zrekrutowanych na terenie województw wielkopolskiego i kujawsko-pomorskiego. Kryterium włączenia do badania był co najmniej 6-miesięczny okres opieki nad chorym, osoba badana musiała być głównym niezawodowym opiekunem chorego oraz nie otrzymywać za opiekę wynagrodzenia. Do badania włączono osoby opiekujące się chorymi, których poziom demencji został oceniony przez profesjonalistów – lekarzy geriatrów i psychologów – w skali GDS 4–8.

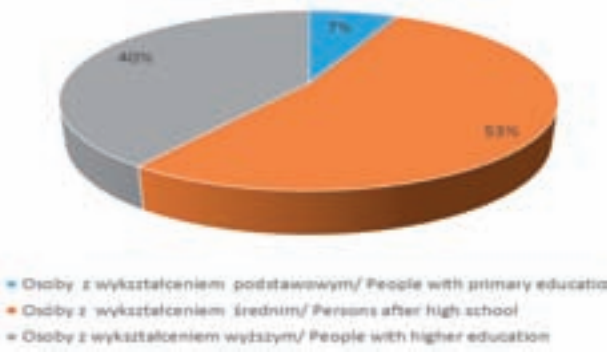
Wiek opiekunów w badanej grupie wahał się w przedziale od 25 do 88 lat. Średni wiek opiekuna wynosił 61,7 ± 13,5 roku. Opiekunami były głównie kobiety (73%), mężczyźni sprawowali opiekę nad chorymi znacznie rzadziej (27%).

Badanie przeprowadzono za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety, a także skali CESD do oceny poziomu depresji. Zespół badaczy uzyskał pozy-

tywną opinię Komisji Bioetycznej działającej przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Uchwała nr 990/12).

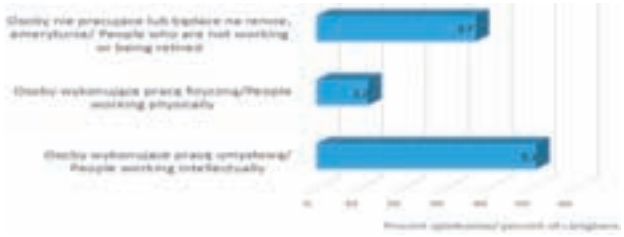
Wyniki

Podczas doboru do grupy nie stosowano kryterium wieku i poziomu wykształcenia. Stąd w badanej grupie znaleźli się opiekunowie w różnym wieku, którzy ukończyli swoją edukację na różnym poziomie. Większość opiekunów miała wykształcenie na poziomie średnim lub wyższym (**Rycina 2**).



Rycina 2. Stopień wykształcenia opiekunów
Figure 2. Education of caregivers
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

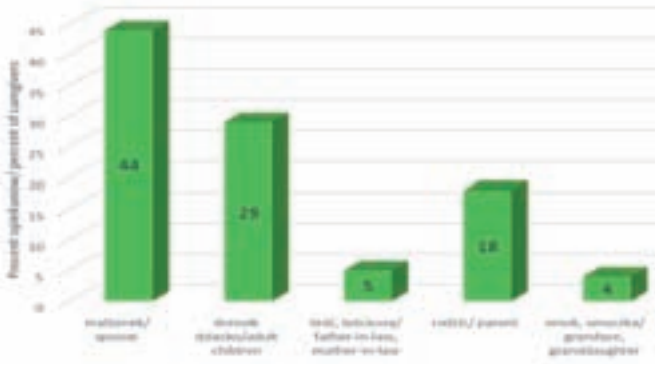
W badanej grupie przeważały osoby wykonujące pracę umysłową (**Rycina 3**). Duża cześć opiekunów ze względu na swój stan zdrowia, a także na ciężar opieki nad chorymi musiała zrezygnować z pracy zawodowej. Wśród wymienianych zawodów, jakie wykonywali opiekunowie, najczęściej pojawiały się zawody: nauczyciela (10%), pielęgniarki (7%), lekarza (5%), urzędnika (5%), ekonomisty (5%).



Rycina 3. Rodzaj pracy wykonywanej przez opiekunów
Figure 3. Job charactristisc of caregivers
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

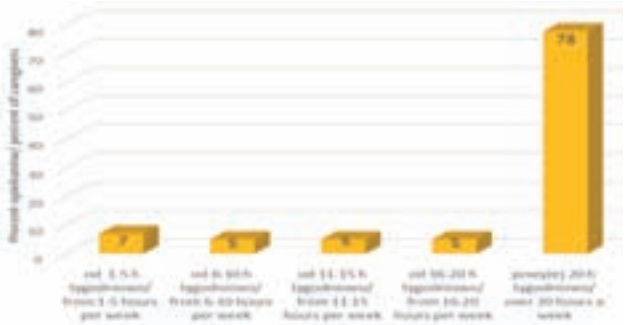
Dochód w gospodarstwie domowym opiekunów brutto w PLN zamykał się w przedziale od 2 do 10 tysięcy złotych. Średni deklarowany przez respondentów dochód na rodzinę wynosił: 5100 ± 2557,94 zł.

W badanej grupie nad chorymi opiekę sprawowali głównie ich małżonkowie lub dorosłe dzieci (**Rycina 4**).



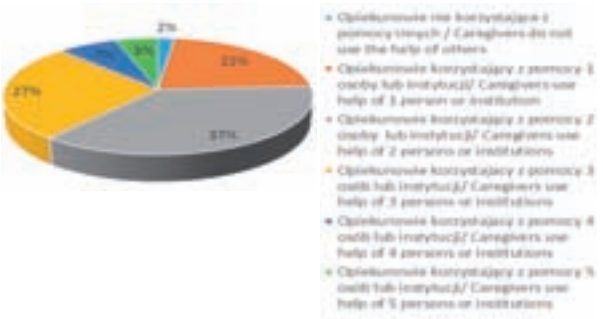
Rycina 4. Stopień pokrewieństwa pomiędzy opiekunem a chorym
Figure 4. Caregivers as relatives of people with dementia
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Czas, jaki do dnia badania opiekunowie spędzali na opiece nad chorymi z demencją, zamykał się w przedziale od 19 do 156 miesięcy (**Rycina 5**). Średni czas sprawowania opieki wynosił 69,2 ± 42,65 miesiąca (ok. 3 lat). Większość opiekunów poświęcała cały swój czas opiece nad chorym, sprawując ją najczęściej 24 godziny na dobę. Jedynie 22% opiekunów deklarowało, że dzięki pomocy rodziny i instytucji może poświęcić opiece mniej czasu.



Rycina 5. Ile godzin opiekun spędza na opiece nad chorym?
Figure 5. How many hours do you spend taking care of ill persons?
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Większość opiekunów (98%), których włączono do grupy badanych, korzystała podczas sprawowania opieki nad chorymi z demencją z pomocy innych osób lub instytucji (**Rycina 6**). Jedynie 2% opiekunów zajmowało się opieką samodzielnie, inni nie mogą liczyć na niczyje wsparcie.



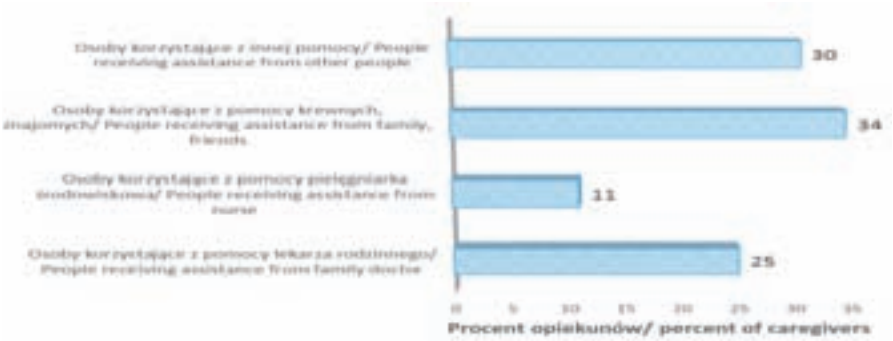
Rycina 6. Liczba osób pomagająca opiekunowi w codziennych czynnościach wykonywanych przy chorym
Figure 6. The amount of persons supporting caregiver in everyday duties
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Opiekunowie najczęściej korzystali z pomocy rodziny i krewnych, rzadziej z pomocy medycznej (**Rycina 7**). Część opiekunów szukała wsparcia także w grupach wsparcia i organizacjach kościelnych.

Zbadano także poziom odczuwania bólu w grupie opiekunów – wyniki te nie różniły się od wyników badań przeprowadzonych na reszcie populacji. Intensywność dolegliwości bólowych odczuwanych przez opiekunów nie rzutowała na poziom depresji (t(11) = 0,00, p = 1,000), podobnie jak wiek (t(9) = -0,08, p = 0,934) oraz czas opieki (W = 121,50, p = 0,931).

Dyskusja

Jak wykazują dostępne badania, częstość występowania otępienia rośnie z wiekiem, zatem rozpoznanie i leczenie chorób powodujących ten zespół objawów staje się problemem społeczeństw, w których rośnie średnia długość życia. Nie można tego problemu zbagatelizować, gdyż jest wiele przyczyn, które otępienie powodują. Diagnostyka, która może być i skomplikowana, i kosztowna, jest konieczna w każdym przypadku w celu stwierdzenia, czy istnieje możliwość prowadzenia skutecznego leczenia farmakologicznego i niefarmakologicznego. Zawsze jednak pacjent w miarę postępu choroby wymaga coraz większego zaangażowania opiekunów, począwszy od pomocy



Rycina 7. Osoby lub instytucje udzielające pomocy opiekunom
Figure 7. Persons or institutions supporting non-proffesional caregivers
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Poziom depresji mierzony wynikiem na skali CESD w badanej grupie wynosił 18 ± 7,49, a rozrzut wyników wahał się od 7 do 39 pkt. Analiza wyniku uzyskanego w teście normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa pozwala stosować parametryczne testy do badania związku poszczególnych zmiennych z poziomem depresji (p = ,152).

Nie stwierdzono istotnych zależności między depresją a wiekiem opiekuna i czasem opieki. Depresję obserwowano u 44% opiekunów będących małżonkami chorych, u 29% opiekunów będących dorosłym dzieckiem chorych i u 27% innych opiekunów. Na poziom depresji nie miał wpływu także rodzaj pokrewieństwa pomiędzy opiekunem a chorym (F(2,38) = 1,499, p = ,236).

w wykonywaniu codziennych czynności, a skończywszy na realizowaniu zadań rehabilitacyjnych, motywowaniu, wygaszaniu zachowań agresywnych [6, 7].

Opiekę nad osobami dotkniętymi otępieniem w Polsce sprawują dwa odmienne systemy: Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Opieki Społecznej. Osoby w wieku podeszłym mają dostęp do usług opiekuńczych, natomiast nie ma usług charakterystycznych dla pacjentów z otępieniem. Opieka nad osobami chorymi na demencję świadczona jest przez domy opieki społecznej, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, całodobowe i dzienne oddziały psychogeriatryczne, gminne ośrodki pomocy społecznej, domy pomocy społecznej, a także prywatne domy

opieki. Rodzina pacjenta może również korzystać z usług opiekuna zastępczego, który sprawuje pieczę nad chorym w środowisku domowym. Możliwe jest wynajęcie opiekunki zastępczej zajmującej się chorym w domu [6–8]. Pomoc w sprawowaniu opieki zapewniają także poradnie, stowarzyszenia alzheimerowskie oraz grupy wsparcia. Średni wiek opiekuna w badaniu wynosił 61,7 ± 13,5 roku, co wskazuje na to, iż sprawowanie opieki stanowi istotne obciążenie także pod względem fizycznym. Opiekunami były głównie kobiety (73%), mężczyźni sprawowali opiekę nad chorymi znacznie rzadziej (27%). Większość osób z wykształceniem średnim i wyższym sprawowała opiekę nawet 20 godzin tygodniowo i dłużej, co wymuszało porzucenie/zawieszenie pełnienia ról zawodowych. To z kolei, można wnioskować, spowodowało obniżenie statusu finansowego. Niepokojący jest fakt, iż opiekunowie uzyskują niewielkie wsparcie instytucjonalne, a przecież właśnie krewni znacząco odciążają system ochrony zdrowia i redukują koszty opieki nad chorym. Istotne znaczenie we wsparciu opiekunów osób cierpiących na demencję stanowi dostęp do formalnych i nieformalnych rodzajów pomocy. Już świadomość posiadania dodatkowego wsparcia często odgrywa dużą rolę, zapobiegając zjawisku izolacji opiekunów [9–12]. We wstępnej fazie opieki niezwykle ważna jest kompleksowa informacja o przysługujących osobom chorym usługach, ułatwieniach i prawach. Opiekunowie potrzebują zarówno porad praktycznych, które dotyczą wykonywania czynności opiekuńczych, jak i wiedzy związanej z przebiegiem choroby i postępowania niesprawności członka rodziny, również aby poradzić sobie z emocjonalnym obciążeniem i przeciwdziałać czynnikom sprzyjającym rozwojowi depresji [13]. Cenne informacje stanowią także zasady dostępności i odpłatności za usługi, komunikowania się z podopiecznym oraz radzenia sobie ze stresem. W zakresie tym wsparcie świadczą różnego rodzaju stowarzyszenia i fundacje, będące źródłem wyczerpujących i rzetelnych porad i informacji [13, 14].

Piśmiennictwo

1. Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K, Kornatowski T. Program pomyślnego starzenia – profilaktyka schorzeń i dolegliwości wieku starszego. W: Kowaleski JT, Szukalski T (red.). Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2008.
2. Schulz R, Martire LM. Family caregiving of persons with dementia. Prevalence, health effects, and support strategies. American Journal of Geriatric Psychiatry. 2004; 12 (3): 240–249.
3. Derejczyk J, Jakrzewska-Sawińska A, Jóźwiak A, Wieczorowska-Tobis K, Woźniak Z. Standardy świadczeń usług medycznych w specjalności geriatria. Propozycje, 2003.
4. Informator liczbowy ochrony zdrowia województwa wielkopolskiego – 2011. Poznań: Wielkopolskie Centrum Zdrowia Publicznego; 2012.
5. Michalak S. Otępienie jako problem medyczny i społeczny. Family Medicine & Primary Care Review. 2005; 7, 3: 708–710.
6. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Dz.U. 2004 Nr 64, poz. 593.
7. Bień B, Wojszel ZB, Wilmańska J, Sienkiewicz J. Starość pod ochroną. Opiekunowie rodzinni niesprawnych osób starych w Polsce. Porównawcze studium środowiska miejskiego i wiejskiego. Białystok, Kraków: Oficyna Wydawnicza TEXT; 2001. 17.
8. Durda M. Organizacja opieki nad osobami z demencją w Polsce na tle krajów rozwiniętych i rozwijających się. Gerontologia Polska. 2010; 18 (2): 77.
9. Schulz R, Martire LM. Family caregiving of persons with dementia. Prevalence, health effects, and support strategies. American Journal of Geriatric Psychiatry. 2004; 12 (3): 240–249.
10. Zwaanswijk M, Peeters JM, van Beek AP, Meerveld JHCM, Francke AL. Informal caregivers of people with dementia: problems, needs and support in the initial stage and in subsequent stages of dementia: a questionnaire survey. The Open Nursing Journal. 2013; 7: 6–13.
11. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2009; 11 (2): 217–228.
12. Etters L, Goodall D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. Journal of American Academy of Nurse Practicioners. 2008; 20 (8): 423–428.
13. Alspaugh ME, Stephens MA, Townsend AL, Zarit SH, Greene R. Longitudinal patterns of risk for depression in dementia caregivers: objective and subjective primary stress as predictors. Psychology and Aging. 1999; 14 (1): 34–43.
14. WHO, Dementia – A public health priority, http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/ (data dostępu: 2.05.2013).

Artykuł przyjęty do redakcji: 24.02.2015
Artykuł przyjęty do publikacji: 25.08.2015

Źródło finansowania: Grant unijny: UnderstAID – platforma, która wspiera, pomaga zrozumieć i pomóc opiekunom w opiece nad krewnymi z demencją, AAL 5/1/2013, AAL 5/2/2013.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Agnieszka Krawczyk-Wasielewska
ul. 28 Czerwca 1956 r. 135/147
61-545 Poznań
tel.: 61 8310248
e-mail: krawczyk.agnieszka@wp.pl
Klinika Reumatologii i Rehabilitacji
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

PIELĘGNIARKA W PRACOWNI ENDOSKOPOWEJ

NURSE IN THE ENDOSKOPY LAB

Mieczysława Irena Wyderka[1], Małgorzata Napierała[2]

[1] Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. Mikołaja Pirogowa w Łodzi
[2] absolwentka Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi

STRESZCZENIE

Wstęp i cel. Endoskopia polega na oglądaniu wnętrza ciała przez wprowadzony wziernik. Wiąże się z ryzykiem przeniesienia patogennych drobnoustrojów. Celem pracy było poznanie poziomu wiedzy badanych pielęgniarek pracujących w pracowniach endoskopowych na temat ryzyka zawodowego związanego z wykonywanymi czynnościami zawodowymi, przedstawienie zasad właściwego zabezpieczenia środowiska mikrobiologicznego pracowni endoskopowej i jego wpływu na bezpieczeństwo pacjenta oraz na jakość świadczonych usług.
Materiał i metody. Badaniem objęto 100-osobową grupę pielęgniarek pracujących w pracowniach endoskopowych. Materiał badawczy zebrano za pomocą kwestionariusza ankiety.
Wyniki. W grupie badanych 85% stwierdziło, że w miejscu pracy istnieje system oceny ryzyka zawodowego, 15%, że takiego systemu nie ma. W 75% pracowni endoskopowych funkcjonuje rejestracja zakażeń, a w 25% – nie. Technik mycia i dezynfekcji rąk uczyło się 56%. Jednokrotnej ekspozycji uległo 32% badanych, nie uległo takowej 68%. Zasad aseptyki, antyseptyki przestrzega 98% badanych, 96% używa rękawic ochronnych; 99% stwierdziło, że w pracowni endoskopowej nie używa się sprzętu po resterylizacji, 1%, że się go używa.
Wnioski. Świadomość i poziom wiedzy badanych pielęgniarek na temat istnienia zjawiska ryzyka zawodowego są zadowalające i ukazują pełną odpowiedzialność za wykonywane zadania. Znajomość standardów, stała edukacja personelu, odpowiednia liczba pracowników to najważniejsze elementy kompetentnej opieki w pracowni diagnostycznej. Pielęgniarki ukończyły odpowiednie kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne. Mają wiedzę na temat zapobiegania zagrożeniom zawodowym oraz postępowania na wypadek ekspozycji zawodowej.

SŁOWA KLUCZOWE: pracownia endoskopowa, dezynfekcja,

ABSTRACT

Introduction and aim. Endoscopic diagnostics is used to examine the interior of a hollow organ or cavity of the body. This involves the risk of infection, caused by improperly decontaminated equipment. The aim of this study was to test the knowledge level of nurses, working in the endoscopy lab, about the risks associated with professional activities, the presentation of the principles of how to protect the microbiological environment of the endoscopic laboratory and its impact on patient's safety and quality of service rendered.
Material and methods. The survey was conducted among 100 nurses working in the endoscopy lab. The method chosen for research was a questionnaire.
Results. 85% of respondents said that in the workplace there was a system of risk assessment, 15% did not. In 75% in the endoscopic lab there was infections registration and for 25% there was not. 56% were familiar with techniques of cleaning and disinfecting hands. 32% of respondents were exposed to infection once during work time, 68% were not. 98% of respondents adhere aseptic and antiseptic techniques, 96% use protective gloves. 99% said that the in lab endoscopic equipment after resterilisation was not used, according to 1% it was.
Conclusions. The awareness and knowledge level of nurses surveyed on the existence of the phenomenon of occupational risk is satisfactory and shows the full responsibility for the tasks performed. Knowledge of standards, constant education of staff, the amount of personnel and good communication between employees are the most important elements of good and competent care in the diagnostic laboratory. The nurses have appropriate qualifications and special courses. They have the knowledge how to prevent occupational hazards and what to do in case of occupational exposure.

KEYWORDS: endoscopic lab, disinfection, sterilization, patient safety.

Wprowadzenie

Endoskopia, inaczej wziernikowanie, polega na oglądaniu wnętrza ciała przez wprowadzony wziernik. Najczulszą metodą wykrywania procesów chorobowych toczących się w błonie śluzowej przewodu pokarmowego jest właśnie endoskopia [1, 2]. Endoskopia przewodu pokarmowego stwarza ryzyko przeniesienia patogennych drobnoustrojów. Zainfekowane instrumentarium, kontakt z innymi chorymi, a także z personelem medycznym mogą spowodować przeniesienie mikroorganizmów do chorego. Ryzyko przeniesienia drobnoustrojów przez sprzęt medyczny zależy od stopnia kontaktu pomiędzy sprzętem a tkankami chorego [3]. Bakterie Gram-dodatnie i Gram-ujemne, grzyby i wirusy to główne drobno-

ustroje przenoszone przez sprzęt endoskopowy. Istnieje ścisły związek pomiędzy transmisją drobnoustrojów a nieodpowiednią dezynfekcją sprzętu endoskopowego. W trakcie badania endoskopowego może dojść do naruszenia ciągłości tkanek, wzrasta ryzyko przeniesienia drobnoustrojów tą drogą. Lekceważenie zasad postępowania w procesach dezynfekcji oraz sterylizacji akcesoriów endoskopowych wpływa na występowanie u pacjentów zakażeń spowodowanych przez kontakt z endoskopami [1, 4, 5]. W pracowni endoskopowej w czasie badania należy zwracać uwagę na zachowanie bezpieczeństwa oraz przestrzegać zasad aseptyki, gdyż nieprzestrzeganie tych procedur naraża pacjenta oraz personel na zakażenie. W pracowni musi znajdować się odpowiednie miejsce do mycia i dezynfekcji rąk i przygotowania sprzętu. Każdy pacjent powinien być traktowany jako potencjalnie zakaźny. Prawidłowe przygotowanie sprzętu endoskopowego, a także jego przechowywanie i użycie stanowią podstawową skuteczność profilaktyki zakażeń w endoskopii. Niezwykle istotne jest rygorystyczne przestrzeganie procedur postępowania po badaniu (dokładne mycie, dezynfekcja i sterylizacja). Wszystkie części endoskopów wymagają po wykonaniu badania zarówno mycia mechanicznego, jak i dezynfekcji. Pracownia powinna być wyposażona w środki do dezynfekcji oraz myjnie ultradźwiękowe i myjnie-dezynfektory. Obowiązkiem pielęgniarki jest dbanie o wyposażenie pracowni endoskopowej oraz o sprawność sprzętu endoskopowego, który jest bardzo kosztowny [6]. Endoskopy są tak skonstruowane, że każdą ich część można czyścić mechanicznie oraz zanurzyć w płynach dezynfekcyjnych. Proces dekontaminacji powinien być przeprowadzony przez specjalnie wyedukowaną pielęgniarkę endoskopową, w odpowiednio przygotowanym, odrębnym pomieszczeniu. Proces dezynfekcji składa się z kilku etapów [1]. Sterylne akcesoria powinny być przechowywane w oddzielnych, zamkniętych opakowaniach i użyte bezpośrednio po otwarciu opakowania [3, 5]. Prawidłowo prowadzona dezynfekcja istotnie zmniejsza zagrożenia biologiczne. Do dezynfekcji należy używać środków, których zakres działania obejmuje niszczenie bakterii (B), wirusów (V), grzybów (F) oraz prątków (Tbc) [5, 7].

Wszystkie odpady medyczne powinny być opisane i segregowane w miejscu powstania z uwzględnieniem ich charakterystyki [1]. W razie ekspozycji na kontakt z krwią i innymi materiałami biologicznymi potencjalnie zakaźnymi należy postępować według obowiązujących procedur [1, 8, 9]. Najpewniejszym sposobem zabezpieczenia personelu medycznego przed zagrożeniami biologicznymi są szczepienia ochronne [10]. W szpitalach powinien być realizowany zaplanowany system edukacji personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych [9].

Materiał i metody

Materiał badawczy zebrano za pomocą kwestionariusza ankiety, który składał się z 42 pytań, zarówno zamkniętych, jak i otwartych. Badanie przeprowadzono wśród pielęgniarek pracujących w pracowniach endoskopowych. Materiał badawczy wykorzystano w całości. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej.

Wyniki

Endoskopia stanowi obecnie bezpieczny i dostępny sposób diagnostyki, umożliwiający jednocześnie wykonywanie niektórych zabiegów terapeutycznych oraz monitorowanie wyników leczenia chorób przewodu pokarmowego. Bardzo ważną rolę w zespole pracowni endoskopowej odgrywa pielęgniarka endoskopowa, która ma wysokospecjalistyczną wiedzę i umiejętności. Jest współodpowiedzialna za organizację pracy w pracowni, za przygotowanie chorego i opiekę nad nim po badaniu. Bierze ona czynny udział w badaniu i zabiegach endoskopowych.

W badaniu wzięły udział pracujące w pracowniach endoskopowych pielęgniarki, z których 27% miało wykształcenie wyższe magisterskie, licencjat – 21%, średnie zawodowe – 52%. W wieku 20–30 było 15% badanych, od 31 do 50 lat – 60%, od 51. do 60. roku życia – 25%. Pielęgniarek pracujących w zawodzie od 0 do 10 lat było 9% badanych, w tej samej grupie stażowej pracujących w pracowni endoskopowej było aż 69%. Ze stażem pracy 11–20 lat – 48%, a w pracowni endoskopowej – 23% badanych. Najstarszą grupą pracującą w zawodzie 21–30 lat – 33%, a w pracowni endoskopowej – 8%. W pracowni endoskopowej pracowało 69% badanych pielęgniarek mieszczących się w przedziale stażowym od 0 do 10 lat, 23% – w przedziale 11–20 lat, 8% – 21–30 lat. W badanej grupie 33% odpowiedziało, że ma ukończone kursy kwalifikacyjne, specjalizacyjne ukończyło 18%, samodzielne pogłębianie wiedzy fachowej zdeklarowało 27%, pozostałe opierają się na już posiadanej wiedzy. Analizując odpowiedzi, można stwierdzić, że w pracowniach endoskopowych połowa personelu ma ukończone kursy, a pozostałe bazują na samodokształcaniu oraz zdobytym doświadczeniu zawodowym. Z kwalifikacjami udokumentowanymi powinno być znacznie więcej pielęgniarek, a nawet wszystkie, co wiąże się z większą świadomością i bezpieczeństwem.

Celem kursu specjalistycznego jest przygotowanie pielęgniarki do udziału w badaniach i zabiegach endoskopowych, zapoznanie z organizacją pracow-

ni, z czynnikami narażenia zawodowego i metodami ochrony zdrowia, z badaniami wybranych układów i narządów, z zasadami przygotowania pacjenta do badań i zabiegów endoskopowych oraz pielęgnacją po ich wykonaniu. Zgodnie z Kodeksem Pracy za bezpieczeństwo pracy odpowiedzialny jest pracodawca, stąd przy zatrudnieniu lub zlecaniu wykonywania świadczeń pracownikowi z niepełnymi kwalifikacjami, np. brak kursu specjalistycznego, wymagane jest przeszkolenie w miejscu pracy i skierowanie na odpowiednie szkolenie podyplomowe. Kursy kwalifikacyjne odbyło 33% badanych, kursy specjalistyczne – 18%, indywidualne zgłębianie fachowej wiedzy zdeklarowało 27%, doświadczenie zawodowe – 22%. W szkoleniach BHP brało udział 85% badanych, natomiast 15% – nie. Zastosowanie i wykorzystanie przepisów BHP w codziennej pracy w pracowni endoskopowej przestrzega 92% badanych, a 8% czasami. Należy stwierdzić, że im większy procent odbędzie kursy, szkolenia, tym większa świadomość personelu i większy stopień zastosowania się do przepisów i wytycznych w codziennych obowiązkach zawodowych. Promocję zdrowia indywidualnie w stosunku do pacjenta prowadzi 56% badanych, 29% robi to przypadkowo – odbywa się to w czasie wykonywanych czynności – i przekazuje wiadomości prozdrowotne związane z jego jednostką chorobową. Natomiast 15% przygotowuje się do prelekcji na przemyślany i wcześniej przygotowany temat dla większej grupy słuchaczy. Zakres kompetencji pielęgniarek uległ rozszerzeniu – dotyczy to zwłaszcza ich samodzielności w podejmowaniu decyzji i działaniu oraz realizacji zadań z obszaru edukacji i promocji zdrowia. Poszerzenie zakresu zadań i uprawnień wymaga od pielęgniarki ciągłego doskonalenia zawodowego, dużej odpowiedzialności i samodzielności w działaniu. Odbiorcą opieki pielęgniarskiej nie jest już taki sam pacjent jak przed laty. Obecnie ma on odpowiedni poziom wiedzy, w większym stopniu jest świadomy swojej podmiotowości, ma też swoje poglądy i oczekiwania.

Indywidualnie podczas zabiegów promuje zdrowie 56% badanych, przypadkowo w czasie pracy – 29%, natomiast 15% – dla większej zorganizowanej grupy pacjentów.

Według 36% badanych, co stanowi największy odsetek, pacjent napotyka na problemy takie jak ból, 27% twierdzi, że zbyt długi jest czas oczekiwania na wykonanie badania, 24% uważa, że w czasie jego wykonywania pacjent otrzymuje zbyt wiele nowych informacji, co wytwarza u niego poczucie zagubienia i dyskomfortu, brak intymności w trakcie zabiegu stwierdziło 13%. Odpowiedzi „Brak zainteresowania ze strony personelu" nie zaznaczył żaden respondent, co może sugerować, że w czasie zabiegu pacjent nigdy nie pozostaje sam, zawsze jest z nim personel, rozmawia, przekazując informacje na temat wykonywanego zabiegu, tym samym uspokaja pacjenta.

Badane potwierdziły, że 33% pacjentów stawia na doświadczenie pracującej pielęgniarki, 25% spodziewa się, że udzieli ona wyczerpujących odpowiedzi na zadawane pytania, 21,5% oczekuje od niej cierpliwości, 20,5% zapewnienia zaufania i bezpieczeństwa – 98% respondentek odpowiedziało, że oczekiwania pacjenta są spełnione. Można podsumować, że pacjent w pracowni endoskopowej ma zapewnioną opiekę pielęgniarską pod względem fachowości, profesjonalizmu na najwyższym poziomie. Odpowiednio poinformowany, potraktowany holistycznie, dużo łatwiej współpracuje podczas badania, zachowuje spokój, nie ulega panice. Dodatkowe uspokajanie i instruowanie podczas endoskopii pozwala na stworzenie poczucie bezpieczeństwa. Zdaniem badanych 36% pacjentów podczas badania obawia się bólu, 27% – długiego czas oczekiwania na zabieg lub badanie, 24% – dużej ilości informacji przekazywanych podczas zabiegu, 13% – braku intymności i zainteresowania ze strony personelu. Spośród respondentek 98% stwierdziło, że w pracowni endoskopowej są przestrzegane zasady aseptyki, antyseptyki i bezpieczeństwo pacjentów, 96% z nich używa rękawic ochronnych według procedur, 99% w pracy zawodowej nie używa jednorazowego sprzętu po resterylizacji. W przypadku przerwania ciągłości tkanki sprzęt według 98% respondentek jest zawsze poddany procesowi dezynfekcji i sterylizacji.

Podsumowując analizę udzielonych odpowiedzi, można stwierdzić, że świadomość pielęgniarek na temat zagrożeń zawodowych jest wysoka, większość wykonuje swoją pracę sumiennie i z dużą wiedzą. Podstawą skutecznej profilaktyki w endoskopii jest prawidłowe przygotowanie sprzętu endoskopowego, a także jego odpowiednie przechowywanie i użycie. Aby zapobiec narażeniu przeniesienia zakażenia z pacjenta na pacjenta, powinien być prowadzony stały monitoring stosowania obowiązujących wytycznych, np. test szczelności, wydruki procesów sterylizacji w myjniach, zużycie środków do dezynfekcji rąk itp.

W pracowniach, w których przeprowadzono badanie, 94% ankietowanych stwierdziło, że przed badaniem endoskopowym pacjent podpisuje zgodę na wykonanie badania-zabiegu. Według nich 69% pacjentów mających badanie zdaje sobie sprawę z konieczności przekazania informacji o nosicielstwie Hbs, HCV czy HIV, ale aż 31% nie zna konsekwencji zatajenia nosicielstwa na wyżej wymienione choro-

by. Nasuwa się uwaga, że powinno się kłaść większy nacisk na uświadamianie zarażonych, że stanowią wielkie zagrożenie dla innych ludzi, zwłaszcza przebywając w placówkach ochrony zdrowia. Według respondentek 94% pacjentów przed badaniem-zabiegiem podpisuje zgodę na badanie endoskopowe i informowanych jest o ewentualnych powikłaniach. 69% pacjentów rozumie i zna konsekwencje zatajenia wiadomości na temat nosicielstwa Hbs, HCV, HIV, 31% – nie. Jeśli chodzi o system oceny ryzyka zawodowego, 85% badanych stwierdziło, że w miejscu pracy taki system istnieje, 15%, że nie. W 75% pracowni endoskopowych funkcjonuje rejestracja zakażeń, a w 25% – nie. Co do udokumentowanych szkoleń wewnętrznych, 71% oświadczyło, że w ich zakładzie pracy takie szkolenia zorganizowano i respondentki uczestniczyły w szkoleniu na temat zagrożeń zawodowych; 29% nie uczestniczyło. Technik mycia i dezynfekcji rąk zgodnych z normą PN-EN-1499 oraz PN-EN-1500 uczyło się 56%, 34% nie przystąpiło do takiego szkolenia wewnętrznego w ostatnim czasie. Biorąc pod uwagę ilość organizowanych i przeprowadzanych szkoleń wewnętrznych, można stwierdzić, że placówki medyczne powinny częściej nastawić się na doszkalanie personelu medycznego w celu podnoszenia i aktualizowania bieżącej wiedzy. Pielęgniarki powinny odbywać cykliczne szkolenia przypominające w zakresie bezpiecznego przygotowania preparatów dezynfekcyjnych, dezynfekcji oraz przygotowania akcesoriów endoskopowych do sterylizacji, aby w trakcie pracy nie doszło do rutyny zawodowej, co może zmniejszyć czujność podczas wykonywania badań. Monitoring pacjentów nie może ograniczać się do „przesiewu" na tzw. nosicieli z niebezpiecznymi patogenami i pozostałych, pozornie bezpiecznych. Współczesna epidemiologia udowodniła, że sprawdza się tylko jedna zasada, że każdy pacjent musi być traktowany jak potencjalnie zakaźny. W przypadku posiadania rzetelnej informacji o procesie infekcji o znaczeniu epidemiologicznym u pacjenta, np. kolonizacji pacjenta niebezpiecznymi patogenami, należy włączyć zaostrzone procedury obowiązujące w pracowni. W ostatnim czasie 71% badanych odbyło szkolenia na temat zakażeń szpitalnych, nie odbyło takich szkoleń 29%, 56% poznało techniki higienicznego mycia rąk zgodnie z normą PN-EN-1499, nie – 34%.

We wszystkich placówkach, w których przeprowadzono badanie, kontrola Inspekcji Sanitarnej w ostatnim roku nie znalazła żadnych uchybień z zakresu przestrzegania reżimu sanitarnego i warunków sanitarnych. Można uznać, że te placówki są prowadzone zgodnie z przyjętymi normami sanitarnymi, co stawia je w odpowiednim świetle. Następne pytanie zawarte w ankiecie dotyczyło szczepienia przeciw WZW typu B. Zaszczepionych było 98%, 2% – nie. Przechorowało na WZW typu B 8%, 92% – nie. Pobraną krew w celu nosicielstwa Hbs miało 90%, 10% – nie. Pojęcie ekspozycji zawodowej znane jest wszystkim badanym. W czasie pracy i wykonywania obowiązków ekspozycji uległo 32%. Te, u których do tego doszło, przyznają, że było to jeden raz. Okoliczności zdarzenia to: poprzez igłę 19%, w czasie zabiegu 6%, przy myciu sprzętu 4%, natomiast płynami ustrojowymi eksponowało się 4%. Pielęgniarki znają procedury poekspozycyjne. Pobrania krwi swojej i osoby eksponowanej w dniu ekspozycji dokonało 21%, po 6 tygodniach ponownie pobrało krew 19%, 3 miesiące po zdarzeniu – 21%, 13% – po 6 miesiącach. Ekspozycji raz w przeciągu całej pracy zawodowej uległo 32% badanych, nie uległo jej 68%.

Aż 98% badanych pielęgniarek stwierdziło, że są wydzielone odrębne pomieszczenia do dekontaminacji, czyszczenia mechanicznego, dezynfekcji endoskopów. Wszystkie respondentki stwierdziły, że w pracowniach, w których pracują, jest zastosowana wentylacja mechaniczna nawiewno-wywiewna. Świadczy to o tym, że pracownie umieszczone są w przewidzianych i zaprojektowanych pomieszczeniach. W pracowniach, według 100% badanych, prowadzona jest segregacja śmieci; częstotliwość ich odbioru: każdorazowo po zabiegu według 42%, według 38% raz dziennie, 20% stwierdziło, że na każdą prośbę personelu ekipy sprzątające usuwają odpady medyczne. W pracowniach są wyznaczone normy ISO – 90% w pełni ich przestrzega, 8% twierdzi, że nie wie, czy zawsze są stosowane, 2% uważa, że ich nie stosuje. Przez wzgląd na bezpieczeństwo zarówno pacjenta, jak i pielęgniarek bezwzględne wskazane są myjki automatyczne. Pacjent trafiający do pracowni endoskopowej powinien mieć poczucie bezpieczeństwa przed badaniem, w trakcie i po jego wykonaniu. System ISO obejmuje ocenę wszystkich faz trwania danych usług medycznych, określa strukturę organizacyjną zakładu ochrony zdrowia oraz ogólną i szczegółową odpowiedzialność pracowników za jakość usług, ocenia usprawnianie sposobów przepływu informacji i dokumentów. Szczególną uwagę zwraca na zapobieganie wystąpienia niezgodności z procedurami: sposób systemowego zapobiegania zakażeniom wewnątrzszpitalnym, błędom w sztuce lekarskiej, pielęgniarskiej i diagnostyce medycznej.

Przeprowadzone badania pozwalają na stwierdzenie, iż praca pielęgniarki endoskopowej wymaga dużej wiedzy teoretycznej i praktycznej, a także umiejętności indywidualnego podejścia do pacjenta, który czuje się

,,zagrożony'' podczas badania. Pielęgniarka musi mieć naturalne predyspozycje pozwalające na pracę w takim miejscu. Praca ta wiąże się ze stresem samego pacjenta, ale też personelu, wymaga od pielęgniarki podejmowania szybkich, słusznych, pewnych decyzji mających na uwadze zdrowie pacjenta, ale także swoje. Współczesne pielęgniarstwo ma na celu zapewnienie społeczeństwu coraz doskonalszej pod względem jakości opieki zarówno w chorobie, jak i w zdrowiu. Dbałość o jakość świadczeń pielęgniarskich udzielanych w placówkach opieki zdrowotnej to jedno z najistotniejszych wyzwań. Oznacza wiedzę, etykę i dumę zawodową, zrozumienie roli i poczucie sensu, świadome współuczestnictwo w procesach umacniania zdrowia, leczenia, pielęgnowania i ratowania życia.

Wnioski

Poziom wiedzy badanych pielęgniarek endoskopowych na temat istnienia zjawiska ryzyka zawodowego jest zadowalający i ukazuje pełną odpowiedzialność za wykonywane zadania. Znajomość standardów, procedur, poprawna komunikacja międzyludzka to najważniejsze elementy dobrej i kompetentnej opieki. Pielęgniarka w codziennej pracy stosuje procedury mające na celu zmniejszenie zagrożenia zawodowego w pracowni endoskopowej, zapewniając tym bezpieczeństwo pacjentowi i sobie. Badane mają dużą wiedzę na temat zapobiegania zagrożeniom zawodowym oraz postępowania na wypadek ekspozycji zawodowej, przestrzegania procedur i norm. Problemem jest fakt, że respondentki ukończyły za mało kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych uprawniających do pracy w tych pracowniach.

Piśmiennictwo

1. Heczko BP, Jawień M, Siewierska M. Nowe rodzaje zakażeń szpitalnych. Zakażenia. 2003; 106–110.
2. Marek T. Pracownia endoskopowa — zagrożenia związane z niewłaściwym myciem i dezynfekcją oraz wytyczne obowiązujące w Unii Europejskiej. Zakażenia. 2004; 11–18.
3. Szarszewski A, Kamieńska B, Banach P. Bezpieczeństwo w gabinecie endoskopii. 10 lat doświadczeń Pracowni Endoskopowej Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii i Onkologii Dziecięcej Akademii Medycznej w Gdańsku. Pediatria Współczesna. 2001; 199–202.
4. Marlicz K. Endoskopia przewodu pokarmowego: od Mikulicza po dzień dzisiejszy. Pediatria Współczesna. 2004; 381–384.
5. Waszak B. Ocena skuteczności mikrobójczych procesów oczyszczania dezynfekcyjnego w praktyce szpitalnej. Zakażenia. 2004; 12–16.
6. Wróblewska M. Transmisja prątków przez endoskopy. Zakażenia. 2005; 6–13.
7. Kruszyna T. Zasady zapobiegania zakażeniom przenoszonym przez sprzęt endoskopowy. Medycyna Praktyczna. 2001; 10: 83–108.
8. Jałocha J, Kołtuń J. Powikłania procedur endoskopowych. Polski Merkuriusz Lekarski. 2004; 34–36.
9. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
10. Waksmundzka J. Narażenie na czynniki szkodliwe i ochrona przed nimi pielęgniarek pracujących w pracowniach endoskopowych. Nasze Sprawy. 2003; 21–23.

Artykuł przyjęty do redakcji: 25.07.2014
Artykuł przyjęty do publikacji: 25.08.2015

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

Adres do korespondencji:
Mieczysława Irena Wyderka
ul. Pływacka 112
94-127 Łódź
tel.: 42 6804760
e-mail: mwyderka1@wp.pl
Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi

STAN WIEDZY STUDENTEK WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO NA TEMAT ZAKAŻEŃ HPV I ZWIĄZANEJ Z NIM PROFILAKTYKI

CONDITION OF MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW STUDENTS KNOWLEDGE ABOUT INFECTION OF HUMAN PAPILLOMA VIRUS AND ASSOCIATED METHODS OF PREVENTION

Urszula Błazucka, Halina Cieślak

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp i cel. HPV jest najistotniejszym czynnikiem rozwoju raka szyjki macicy. Głównymi typami wirusa odpowiedzialnymi za rozwój nowotworu raka szyjki macicy są typy wysokoonkogenne, wśród których najczęściej spotykane to typy 16 i 18. Znajomość czynników ryzyka pozwoli radykalnie zmniejszyć liczbę zakażeń tym wirusem. Celem niniejszej pracy była próba określenia wiedzy studentek Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego kierunku pielęgniarstwo na temat zakażeń HPV i związanej z nim profilaktyki.
Materiał i metody. Przebadanych zostało 100 studentek pielęgniarstwa. Do badania został użyty kwestionariusz własnego autorstwa.
Wyniki i wnioski. Studentki niezależnie od wieku mają dostateczną wiedzę na temat zakażeń HPV oraz profilaktyki.

SŁOWA KLUCZOWE: rak szyjki macicy, HPV, profilaktyka, wiedza.

ABSTRACT

Introduction and aim. The human papilloma virus is the most important factor causing cervical cancer. Type 16 and 18 are highly risky and may lead to development of cervical cancer. Knowledge about risk factors may decrease the number of infections. The aim of the study was to evaluate nursing course students' knowledge from the Medical University of Warsaw.
Material and methods. The group of 100 nursing students had been selected for test randomly. The results were collected using own questionnaires.
Results and conclusions. Knowledge about the human papilloma virus and prevention of cervical cancer is sufficient. The age of respondents does not influence the level of knowledge.

KEYWORDS: cervical cancer, human papilloma virus, prevention, knowledge.

Wstęp

Mimo szeroko propagowanej wiedzy na temat profilaktyki raka szyjki macicy choroba ta jest poważnym problemem naszego społeczeństwa. Każdego roku na raka szyjki macicy na świecie zapada około 493 tysięcy kobiet, przeszło 300 tysięcy umiera. Większość, bo ponad 80%, zachorowań na raka szyjki macicy jest rozpoznawana w krajach rozwijających się [1]. Polska wśród krajów europejskich ma jeden z najwyższych współczynników umieralności i zachorowalności, który od wielu lat pozostaje praktycznie na niezmienionym poziomie. Jak podają źródła, liczba zachorowań w Polsce na nowotwory złośliwe szyjki macicy wynosiła w 2010 roku nieco ponad 3 tysiące. Badania informują, że częstość zachorowań na nowotwory szyjki macicy była o około 15% wyższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej (dane z 2009 roku). Jeśli chodzi zaś o umieralność, to nowotwory złośliwe szyjki macicy powodują 4% zgonów nowotworowych u kobiet. W 2010 roku była to liczba ponad 1700 [2]. Powyższa sytuacja może być spowodowana między innymi stosowaniem biernej profilaktyki, która nie przynosi oczekiwanych efektów. Kraje, w których wskaźnik umieralności i zachorowalności jest na znacznie niższym poziomie, prowadzą profilaktykę czynną, co prawdopodobnie przyczyniło się do zmniejszenia zachorowania na raka [3]. W przeważającej większości ofiarami nowotworu raka szyjki macicy są kobiety w wieku poniżej 60. r.ż. [4]. Powoduje to wypadanie kobiet z pełnionych przez nie ról społecznych zarówno zawodowych, związanych z nauką czy też z udziałem w życiu społecznym, ale przede wszystkim wyłączenie ze sfery rodzinnej. Straty z tego tytułu ponosi więc także społeczeństwo, związane są one z ograniczeniem aktywności zawodowej i konsekwen-

cjami ekonomicznymi, takimi jak koszty hospitalizacji, stosowanej terapii, leków czy wypłacania rent i zasiłków chorobowych z tytułu niezdolności do pracy.

Najistotniejszym czynnikiem rozwoju raka szyjki macicy jest wirus brodawczaka ludzkiego (ang. *human papilloma virus* – HPV), który identyfikowany jest w większości przypadków tego nowotworu. HPV oprócz zmian nowotworowych narządów płciowych wywołuje różnorodne zmiany w okolicy odbytu, między innymi kłykciny. Zmiany wywołane przez wirusa brodawczaka mogą mieć charakter łagodny, przednowotworowy i nowotworowy [5]. Znanych jest wiele typów HPV, które można podzielić na dwie grupy. Do pierwszej grupy należą wirusy o potencjale niskoonkogennym wywołujące zmiany w postaci kurzajek i brodawek płciowych, które z reguły nie ulegają transformacji nowotworowej. Do grupy drugiej należą wirusy wysokiego ryzyka, wywołujące stany nowotworowe. Najbardziej znane typy wirusów z tej grupy to HPV 16 i 18.

Wiedza na temat przenoszenia zakażenia wirusem brodawczaka jest jednym z rodzajów profilaktyki pierwotnej. W profilaktyce zakażeń genitalnymi typami HPV duże znaczenie mają szczepionki przeciwwirusowe, mające w swoim składzie cząsteczki wirusopodobne, zawierające białka strukturalne L1 i L2 wirusa. Nie zawierają więc one DNA wirusa, przez co są całkowicie bezpieczne [6]. Szczepionka czterowalentna dodatkowo chroni także przed rozwojem zmian łagodnych, wywołanych przez typy 6 i 11.

Ogromną rolę w edukowaniu kobiet na temat profilaktyki oraz procedur wykrywania raka szyjki macicy odgrywa personel medyczny, a więc również pielęgniarki. Poprawa sytuacji epidemiologicznej spoczywa na pracownikach służby zdrowia. Niezwykle ważne jest, by studenci na kierunku pielęgniarstwo zdobyli pewną wiedzę z tego zakresu, aby móc edukować swoich pacjentów, jak również sami powinni świadomie dbać o zdrowie zarówno swoje, jak i osób bliskich.

Cel pracy

Celem pracy była próba określenia stanu wiedzy studentek Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego kierunku pielęgniarstwo na temat zakażeń HPV i związanej z nim profilaktyki.

W niniejszej pracy postawiono następujące pytanie szczegółowe i przyjęto założenie:

1. Czy w zależności od przedziału wiekowego badane studentki mają porównywalną podstawową wiedzę w zakresie zakażeń HPV oraz profilaktyki pierwotnej i wtórnej?
2. Założono, że istnieją różnice w zakresie poziomu wiedzy na temat zakażeń HPV i profilaktyki wśród starszych i młodszych studentek studiów licencjackich Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Przyjęto, że młodsze kobiety mają większą niż ich starsze koleżanki wiedzę na temat profilaktyki zakażeń HPV.

Materiał i metoda badawcza

W niniejszej pracy narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Pytania skierowane były wyłącznie do kobiet. Część pytań dotyczyła stanu wiedzy respondentek na temat zakażeń HPV i związanej z nim profilaktyki. W drugiej części pytań zbadano wiedzę względem podanego problemu.

Kwestionariusz ankiety zawierał 14 pytań, mających charakter pytań tak otwartych, jak i zamkniętych – zarówno alternatywnych, dysjunktywnych, jak i koniunktywnych.

Do analizy statystycznej uzyskanych wyników posłużono się testem niezależności χ^2 (chi-kwadrat).

Charakterystyka badanej grupy

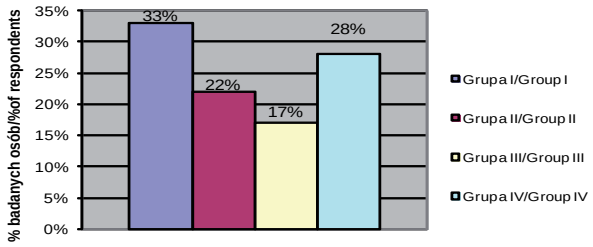
W badaniu wzięło udział 100 studentek pielęgniarstwa studiów licencjackich Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Studentki biorące udział w badaniu zostały podzielone na cztery grupy wiekowe: grupę I stanowiły kobiety w wieku 19–21 lat, do grupy II klasyfikowały się kobiety w wieku 22–25 lat, w grupie III były kobiety w wieku 26–29 lat, grupa IV obejmowała kobiety w wieku 30. i powyżej 30. roku życia.

Organizacja badań

Badaniami zostały objęte studentki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z kierunku pielęgniarstwo studiów stacjonarnych pierwszego stopnia oraz studentki studiów pomostowych również na kierunku pielęgniarstwo. Badania przeprowadzono w grudniu 2011 roku. Miały one charakter anonimowy; uczestniczyło w nich dobrowolnie 100 studentek pielęgniarstwa.

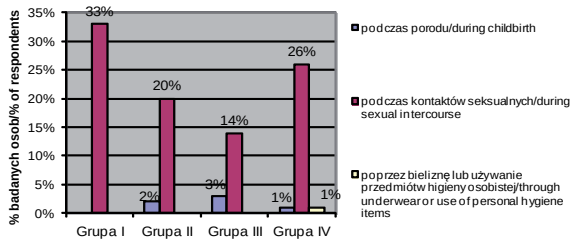
Wyniki badań

Kobiety, które wzięły udział w badaniu, były w przedziale wiekowym pomiędzy 19. a ponad 30. rokiem życia. Grupę I – 33% – stanowiły kobiety pomiędzy 19. a 21. rokiem życia. W grupie II – 22% – były kobiety w przedziale pomiędzy 22. a 25. rokiem życia. Do grupy III – 17% – zostały zakwalifikowane kobiety w przedziale wiekowym 26–29 lat. Pozostała część badanych kobiet – 28% – to respondentki w przedziale 30 i więcej lat; należały one do grupy wiekowej IV. Szczegółowy podział na grupy wiekowe badanych kobiet przedstawiono na **rycinie 1**.



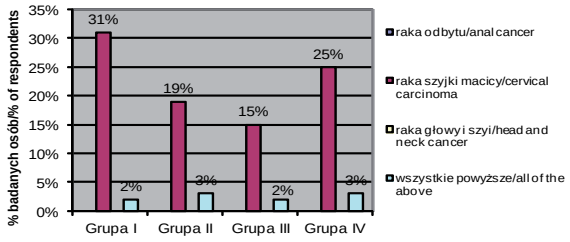
Rycina 1. Wiek badanych osób
Figure 1. Age of participating responders
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Na pytanie dotyczące głównej drogi przenoszenie HPV 7% ankietowanych udzieliło nieprawidłowej odpowiedzi. Większość kobiet – 93% – wie, że wirusem brodawczaka ludzkiego można zarazić się przede wszystkim podczas kontaktów seksualnych. Największą wiedzę w tym zakresie mają studentki z grupy I (**Rycina 2**).



Rycina 2. Stan wiedzy poszczególnych grup wiekowych na temat głównych dróg przenoszenia HPV
Figure 2. Knowledge on the main way of HPV transmission in separate age groups
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

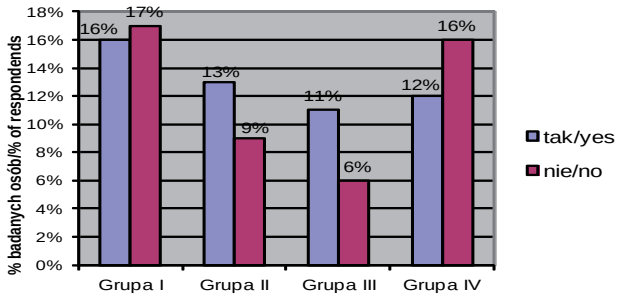
Zdecydowana większość respondentek jest świadoma, że zakażenie HPV niesie za sobą możliwość rozwoju raka szyjki macicy. Badane kobiety nie wiedzą jednak, jakie inne konsekwencje może spowodować to zakażenie. Najwięcej – czyli 3% respondentek z grupy II oraz 3% z grupy IV – wie, że HPV może rozwinąć oprócz raka szyjki macicy również raka odbytu, raka głowy i szyi (**Rycina 3**).



Rycina 3. Stan wiedzy poszczególnych grup wiekowych na temat konsekwencji zakażenia HPV
Figure 3. Knowledge on the consequences of HPV infection in separate age groups
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Większość kobiet reprezentujących grupę IV jest świadoma tego, że nie każde zakażenie HPV może doprowadzić do rozwoju nowotworu. Respondentki w większości wiedzą, że zakażenie wirusem typu wysokoonkogennego doprowadza do pojawienia się nowotworu, zaś wirusy niskoonkogenne nie odpowiadają za pojawienie się raka szyjki macicy. Zdecydowanie mniejszą wiedzę w tym zakresie mają kobiety z grupy II oraz grupy III, odpowiednio 13% i 11% respondentek odpowiada, że każdy kontakt z wirusem doprowadza do pojawienia się nowotworu.

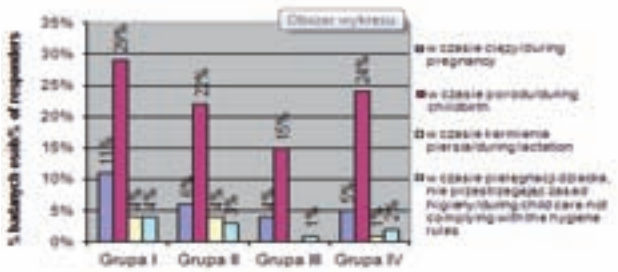
Dane dotyczące wiedzy na temat konsekwencji zakażenia określonym typem HPV przedstawia **rycina 4**.



Rycina 4. Stan wiedzy poszczególnych grup wiekowych na temat wpływu zakażenia wirusem wysokoonkogennym i niskoonkogennym na rozwój raka szyjki macicy
Figure 4. Knowledge on the influence of high risk and low risk HPV infection on cervical cancer in separate age groups
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W kolejnym pytaniu kwestionariusza ankietowane kobiety wykazywały się wiedzą na temat możliwości zarażenia własnego dziecka wirusem brodawczaka ludzkiego w przypadku wykrycia takiego zakażenia u kobiet. W pytaniu tym respondentki mogły zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź prawidłową. Najwięcej osób z każdej grupy wiekowej wiedziało, że istnieje możliwość zarażenia swojego dziecka podczas porodu. Zdecydowana większość kobiet nie wie, że nie przestrzegając podstawowych zasad higieny, można zarazić własne dziecko również podczas pielęgnacji.

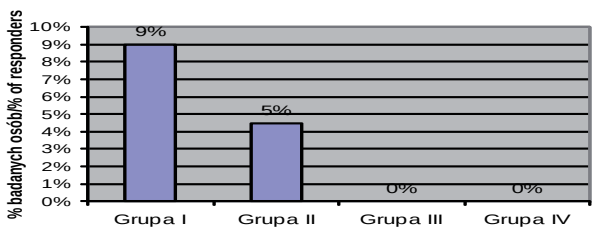
Rycina 5 obrazuje różnice w udzielonych przez kobiety z poszczególnych grup wiekowych odpowiedziach na pytania na temat możliwości zarażenia dziecka wirusem brodawczaka ludzkiego przez matkę.



Rycina 5. Stan wiedzy poszczególnych grup wiekowych na temat możliwości zarażenia dziecka przez matkę
Figure 5. Knowledge on the possibility to infect the child by the mother in separate age groups

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

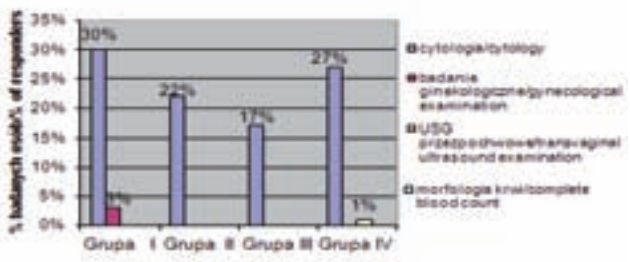
W pytaniu dotyczącym możliwości zakażenia HPV przez matkę 9% osób z grupy I udzieliło wszystkich czterech prawidłowych odpowiedzi. W grupie II 5% osób zaznaczyło poprawnie wszystkie odpowiedzi. W pozostałych grupach wiekowych nikt z ankietowanych nie udzielił do końca prawidłowej oceny. Na **rycinie 6** przedstawiono procentowo, ile osób w danej grupie wiekowej dobrze odpowiedziało na pytanie i wybrało wszystkie poprawne odpowiedzi.



Rycina 6. Możliwość zarażenia dziecka przez matkę. Procent wszystkich prawidłowo udzielanych odpowiedzi w poszczególnych grupach wiekowych
Figure 6. The possibility of the child being infected by the mother. Percentage of all correct answers provided

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

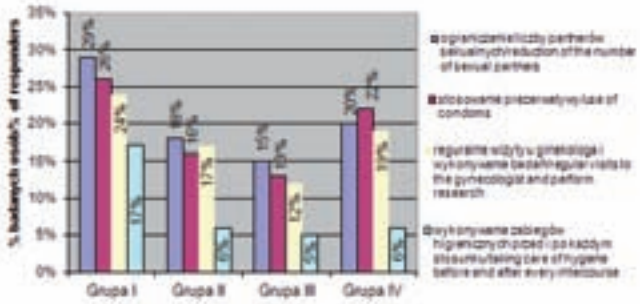
Kolejne pytania ankiety dotyczyły wiedzy na temat profilaktyki pierwszorzędowej i drugorzędowej oraz zachowań zdrowotnych kobiet w tym zakresie. Na pytanie dotyczące badań służących wczesnemu wykrywaniu raka szyjki macicy zdecydowana większość w badanych grupach wiekowych odpowiedziała, że cytologia jest podstawowym testem diagnostycznym. W grupie I 3% badanych kobiet udzieliło błędnej odpowiedzi, natomiast w grupie IV 1% kobiet nie miał informacji w tym zakresie. Więcej danych przedstawiono na **rycinie 7**.



Rycina 7. Stan wiedzy poszczególnych grup wiekowych na temat badań służących wczesnemu wykrywaniu raka szyjki macicy
Figure 7. Knowledge on research for early detection of cervical cancer in separate age groups

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

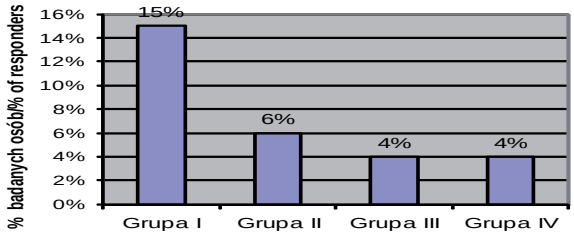
Wiedza badanych grup różniła się w zakresie znajomości czynników zmniejszających ryzyko zakażenia HPV. Kobiety z grupy I wiedziały, że prezerwatywa może zmniejszyć ryzyko zakażenia. Mała liczba ankietowanych – 1% tej samej grupy wiekowej – odpowiedziała, że ograniczenie liczby partnerów seksualnych przyczyni się do zapobiegania zakażeniom. W grupie III 13% respondentek zakreśliło odpowiedź dotyczącą stosowania prezerwatywy jako czynnika zmniejszającego ryzyko zakażenia HPV. Różnice w częstości udzielanych odpowiedzi w badanych grupach przedstawiono na **rycinie 8**.



Rycina 8. Stan wiedzy poszczególnych grup wiekowych na temat czynników zmniejszających ryzyko zakażenia HPV
Figure 8. Knowledge on factors reducing the risk of HPV infection in separate age groups

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W pytaniu o czynniki zmniejszające ryzyko zakażenia HPV możliwa była do wyboru więcej niż jedna odpowiedź – 46% z 33 respondentek udzieliło poprawnej odpowiedzi, zaznaczając wszystkie cztery z możliwych propozycji. Na **rycinie 9** przedstawiono procentowo, ile osób w danej grupie wiekowej dobrze odpowiedziało na pytanie i wybrało wszystkie poprawne odpowiedzi.



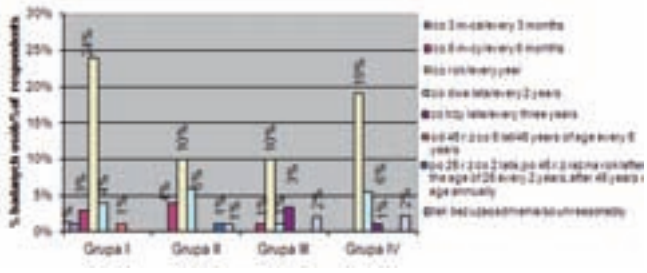
Rycina 9. Stan wiedzy poszczególnych grup wiekowych na temat czynników zmniejszających ryzyko zakażenia HPV. Procent wszystkich poprawnych odpowiedzi

Figure 9. Factors that reduce the risk of HPV infection. Percentage of all correct answers provided

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Kolejne pytanie było pytaniem półotwartym, w jego dalszej części ankietowane osoby miały możliwość udzielenia odpowiedzi. Kobiety z grupy I w 23% odpowiedziały, że badanie cytologiczne należy wykonywać co rok. Warto zaznaczyć, że jest to odpowiedź poprawna dla ich przedziału wiekowego. Respondentki w ostatniej IV grupie wiekowej również w większości odpowiedziały, że badanie cytologiczne należy powtarzać co rok. Tylko 6% kobiet w tym wieku uważa, że badanie powinno się wykonywać co dwa lata. Odpowiedzi studentek na temat częstości wykonywania badania cytologicznego ilustruje **rycina 10**.



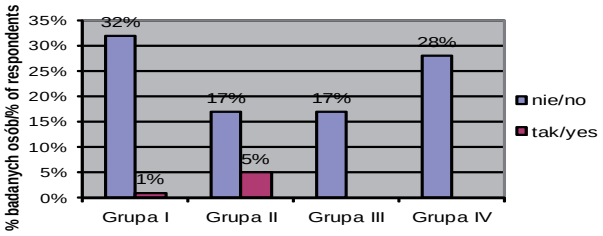
Rycina 10. Stan wiedzy poszczególnych grup wiekowych na temat częstości wykonywania badania cytologicznego

Figure 10. Knowledge on the frequency of Pap smear in separate age groups

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Następne pytanie ankiety dotyczyło możliwości rezygnacji z badań przesiewowych, takich jak cytologia czy testy na obecność HPV u kobiet już zaszczepionych. Wśród badanych osób 6% stwierdziło, że po szczepieniu można zaniechać dalszej profilaktyki. Wszystkie kobiety z grupy IV oraz grupy III wiedziały, że nawet po szczepieniu należy wykonywać badania przesiewowe. Odpowiedzi studentek na temat możliwości rezygnacji z badań przesiewowych po wykonaniu szczepienia prezentuje **rycina 11**.



Rycina 11. Stan wiedzy poszczególnych grup wiekowych na temat możliwości rezygnacji z badań przesiewowych po wykonaniu szczepienia

Figure 11. Knowledge on the ability to opt out of screening after vaccination in separate age groups

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Analiza statystyczna

Wyniki badań poddano analizie statystycznej. Analizy zależności dokonano za pomocą programu Microsoft Office Excel. Opracowano wyniki ankiet w postaci wykresów i tabel. Na podstawie analizy wyników badania postawiono zasadnicze pytanie: czy wiedza badanych kobiet zależna jest od wieku? Aby potwierdzić postawioną hipotezę, zdecydowano się na zastosowanie matematycznych metod analizy statystycznej. Szukając matematycznego potwierdzenia słuszności postawionych hipotez, że poziom wiedzy zależny jest od wieku, posłużono się testem statystycznym – tzw. testem niezależności chi-kwadrat. Test ten pozwala na określenie, czy zależności przedstawione w stabelaryzowany sposób przedstawiają zmienne zależne od siebie, czy też nie.

Otrzymana wartość χ^2 = 2,751026 przy założonym poziomie istotności α = 0,05 oznacza, że obliczona wartości chi-kwadrat znajduje się poza tym zakresem. Obszar krytyczny to $\langle 7{,}814;\infty)$. Jest to równoznaczne ze stwierdzeniem, że nie ma zależności poziomu wiedzy i wieku. Te dwie zmienne są niezależne.

Dyskusja

Szeroko rozpowszechniony w populacji ludzkiej HPV jest głównym czynnikiem odpowiedzialnym za pojawienie się raka szyjki macicy. Zakażeniu tym wirusem ule-

ga do 80% kobiet i mężczyzn. Osoby w wieku 15–25 lat stanowią mniej więcej połowę tej grupy. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów co roku w Polsce odnotowuje się około 16,6 przypadku raka szyjki macicy na 100 tysięcy kobiet. Od 2000 do 2009 roku umieralność z powodu tego nowotworu nieznacznie uległa zmniejszeniu [7]. Zmniejszenie umieralności w ciągu lat może być spowodowane efektownie prowadzonymi skriningami cytologicznymi, a także popularyzowaniem wiedzy na temat tego nowotworu oraz jego profilaktyki.

Coraz to nowsze dane informują nas o obniżeniu średniego wieku występowania zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego. Zakażenia to problem, który przede wszystkim powinien być szeroko nagłaśniany wśród ludzi młodych. Jak informują badania A. Szynol i wsp., wiedza młodzieży w zakresie zakażeń HPV i profilaktyki jest duża, lecz niewystarczająca. Ci sami autorzy w swojej pracy pokazują, że prelekcja niewątpliwie wpłynęła na zwiększenie wiedzy badanych osób. Uczniowie wykazują także zainteresowanie i potrzebę edukacji w tym temacie [8]. Sytuacja taka może wynikać z faktu, że ludzie młodzi coraz wcześniej rozpoczynają współżycie płciowe, nie mając żadnych informacji na temat zakażeń HPV i rozwoju raka szyjki macicy.

Jeśli chodzi o nieco starszą młodzież, to badania A. Charążka i A. Bieńkiewicza przeprowadzone wśród studentek uczelni medycznych wykazały duży zakres wiedzy na temat profilaktyki nowotworu szyjki macicy: 80% badanych studentek wiedziało, czemu służy badanie cytologiczne, potwierdziły jego zasadność w przypadku wykrycia pierwszych zmian rakowych [9]. Z badań własnych wynika, że studentki WUM niezależnie od wieku również w większości potwierdziły znajomość zastosowania badania cytologicznego. Wśród badanych 4% kobiet udzieliło niepoprawnej odpowiedzi w tym zakresie. Wiedza dotycząca zastosowania badania cytologicznego jako badania w kierunku raka szyjki macicy w obu przypadkach była na wysokim poziomie.

Poziom wiedzy na temat czynników zmniejszających ryzyko zachorowania reprezentowany przez studentki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz w badaniach A. Charążka i A. Bieńkiewicza jest bardziej ograniczony. Studentki w obu przypadkach potrafią wymienić niektóre czynniki zmniejszające ryzyko zachorowania, jednak niewiele z nich – 15% – wskazuje wszystkie wymienione. Większość – 93% – badanych studentek Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wie, że główną drogą przenoszenia HPV jest stosunek seksualny. Co za tym idzie – badane kobiety wiedzą również, że ograniczenie liczby partnerów seksualnych i stosowanie prezerwatywy zmniejsza ryzyko zakażenia HPV. Najbardziej świadome, jeśli chodzi o te wszystkie czynniki, są studentki młodsze, w wieku 19–21 lat: 15% z nich zna wszystkie czynniki zmniejszające ryzyko zachorowania, podczas gdy tylko 6% kobiet w wieku ponad 30 lat wykazuje znajomość czterech wymienionych czynników. Pewne braki w wiedzy studentek Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, które można dostrzec na podstawie przeprowadzonych badań, mogą być wynikiem braku popularyzacji niektórych treści w kampaniach społecznych lub w treściach nauczania.

Według badania CBOS z 2002 roku tylko 45% kobiet w przeciągu 3 ostatnich lat miało wykonane badanie cytologiczne, 30% deklaruje, że nigdy nie miało wykonanego takiego badania. Wśród powodów wykonywania badania cytologicznego 49% kobiet najczęściej podawało, że wykonuje badanie w celach profilaktycznych i z własnej inicjatywy. Do ginekologa z powodu ciąży lub dolegliwości ze strony układu rodnego zgłaszało się 16% kobiet [10]. W badaniach G. Iwanowicz-Palus 6% badanych kobiet deklaruje, że nigdy nie było u ginekologa [11]. Studentki WUM, pytane o motyw wizyty u ginekologa, najczęściej niezależnie od grupy wiekowej odpowiadały, że świadomie dbają o zdrowie. Jeśli chodzi o częstość ich wizyt, to 11% spośród badanych odpowiedziało, że nie chodzi do ginekologa, najwięcej z nich, niezależnie od wieku, odpowiadało, że trafiają do lekarza co rok lub co 2 lata. Respondentki w przeprowadzonym badaniu pytane były również o częstość wykonywania badania cytologicznego, przy czym większość odpowiadała, że wykonuje to badanie również raz w roku lub co 2 lata. Trudno określić tu poprawność. W piśmiennictwie znaleźć można wiele kontrowersyjnych i rozbieżnych informacji na temat częstości wykonywania testu cytologicznego. Niektórzy używają argumentu, że częste pobieranie wymazów nie zmniejszy liczby zachorowań na inwazyjną postać raka szyjki macicy, a może jedynie zwiększyć koszty badań. Również Polskie Towarzystwo Ginekologiczne nie narzuca ściśle określonych ram. Zalecenia PTG wskazują na wykonanie tego badania przynajmniej raz na 3 lata [12].

Podsumowując badania własne i przeprowadzone przez innych autorów, należy stwierdzić, że obserwujemy coraz wyższy poziom wiedzy młodzieży na temat zakażeń HPV i profilaktyki raka szyjki macicy. Może to wynikać ze specyfiki badanej grupy osób. W większości przedstawionych badań były to osoby z wykształceniem medycznym lub kształcące się w tym kierunku. Powinny one reprezentować wysoki poziom wiedzy i być świadome zagrożeń, jakie niosą za sobą zakażenia HPV.

Osoby te często są pierwszym, a nawet jedynym źródłem informacji dla pacjentów oraz swoich bliskich i znajomych. Na to, jak ogromną rolę odgrywają pracownicy ochrony zdrowia w zakresie podnoszenia poziomu wiedzy kobiet, wskazują wyniki badań przeprowadzonych przez autorki artykułu pod tytułem ,,Czynniki

wpływające na zgłaszalność kobiet z Podkarpacia na badanie cytologiczne w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy" [13].

Wnioski

Przeprowadzone badania pokazują, że:

1) studentki niezależnie od wieku mają dostateczną wiedzę na temat zakażeń HPV oraz profilaktyki;
2) wiedza badanych studentek w zakresie zakażeń HPV i ich konsekwencji jest fragmentaryczna;
3) studentki potrafią wymienić niektóre czynniki zmniejszające ryzyko zachorowania, niewiele jednak badanych kobiet – 15% – wskazuje wszystkie wymienione;
4) najbardziej świadome, jeśli chodzi o wszystkie czynniki zakażeń HPV, są studentki młodsze, w wieku 19–21 lat.

Badane kobiety wiedzą, że konsekwencją rozwoju zakażenia HPV jest rak szyjki macicy, nie wiedzą jednak o innych konsekwencjach, które może nieść za sobą zakażenie tym wirusem. Niepełna wiedza może wskazywać, że głównym źródłem informacji są kampanie społeczne, które głównie wskazują na rozwój raka szyjki macicy jako konsekwencji zakażenia HPV.

Piśmiennictwo

1. Ulman-Włodarz I, Nowosielski K, Romanik M et al. Świadomość profilaktyki raka szyjki macicy wśród kobiet zgłaszających się do poradni K. Ginekologia Polska. 2011; 1: 23–25.
2. Wojciechowska U, Didkowska J. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, http://onkologia.org.pl/nowotwory-szyjki-macicy-kobiet/# (data dostępu: 21.02.2015).
3. http://www.nfz.gov.pl/profilaktyka/programy.php?pr=2 (data dostępu: 28.12.2011).
4. Kubiak R, Bieńkiewicz A, Kusińska R. Rak szyjki macicy. Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Gdańsk: Via Medica; 2007. 233–240.
5. Spaczyński M, Kędzia W, Nowak-Markwitz E. Rak szyjki macicy. Profilaktyka, diagnostyka i leczenie. Warszawa: PZWL; 2009. 15–35.
6. Majewski S, Pniewski T, Stec-Goyal M. Rola wirusów brodawczaka w rozwoju zmian łagodnych i złośliwych okolic narządów płciowych. Zakażenia Wirusowe. 2005; 6: 58–62.
7. Rekomendacje kompleksowych zmian w obszarze profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce. Warszawa: Polska Koalicja na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy; 2012.
8. Szynol A, Nowak A et al. Stan wiedzy opolskich licealistów oraz studentów pielęgniarstwa na temat profilaktyki i powikłań zakażenia wirusem HPV. Family Medicine & Primary Care Review. 2008; 10: 115–116.
9. Charążka A, Bińkiewicz A. Profilaktyka raka szyjki macicy w świadomości studentek. Zdrowie Publiczne. 2002; 112: 340–344.
10. Kobiety o profilaktyce raka szyjki macicy. Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2002, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2002/K_057_02.PDF (data dostępu: 14.02.2012).
11. Iwanowicz-Palus G et al. Wiedza i postawy kobiet wobec profilaktyki raka szyjki macicy. Pielęgniarstwo XXI w. 2010; 32/33: 9–16.
12. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, http://polskietowarzystwoginekologiczne.com.pl/cytologia/ (data dostępu: 1.03.2015).
13. Barnaś E, Borowiec-Domka E et al. Czynniki wpływające na zgłaszalność kobiet z Podkarpacia na badanie cytologiczne w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy. Problemy Higieny i Epidemiologii. 2008; 89: 17.

Artykuł przyjęty do redakcji: 25.10.2014
Artykuł przyjęty do publikacji: 15.04.2015

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

Adres do korespondencji:
Urszula Błazucka
ul. Dzika 19/23 m. 86
00-172 Warszawa
tel.: 693 943 584
e-mail: urszulka35@op.pl
Zakład Pielęgniarstwa Społecznego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

OCENA STANU ODŻYWIENIA PACJENTÓW W PODESZŁYM WIEKU, UMIESZCZONYCH W ODDZIALE GERIATRYCZNYM, DOKONANA ZA POMOCĄ SKALI MNA

ASSESSMENT OF NUTRITIONAL STATUS IN ELDERLY PATIENTS OF THE GERIATRIC WARD USING THE MNA SCALE

Agnieszka Ulatowska[1], Grażyna Bączyk[1,2]

[1] Instytut Nauk o Zdrowiu
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie
[2] Zakład Profilaktyki Pielęgniarskiej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Wstęp i cel. Prawidłowe odżywianie niezależnie od wieku jest ważnym czynnikiem wpływającym na ogólny stan zdrowia człowieka. W procesie tym w ciągu całego życia mogą pojawiać się nieprawidłowości prowadzące do wielu zaburzeń w ustroju. Głównym problemem odżywiania w wieku starszym jest niedożywienie.
Niedożywienie w wieku geriatrycznym jest pojęciem szerokim i nie odnosi się tylko do braku lub ograniczonego przyjmowania pożywienia. Wynikać może ono z wielu czynników, m.in.: zaburzeń funkcji wydzielniczych, trawiennych, wchłaniania, pojawienia się wielu chorób, przyjmowania leków, zaburzeń psychicznych, niewydolności samoobsługowej.
Celem pracy była ocena stanu odżywienia pacjentów oddziału geriatrycznego oraz określenie przyczyn zaburzeń odżywienia.
Materiał i metody. W badaniu uczestniczyło 48 pacjentów oddziału geriatrycznego Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka" w Gnieźnie. Do badania przystąpiło 28 kobiet i 20 mężczyzn w przedziale wiekowym od 70 do 90 (2 pacjentów miało powyżej 90 lat). Oceny odżywienia dokonano z wykorzystaniem skali MNA – *Mini Nutrional Assessment*.
Wyniki i wnioski. Po przebadaniu całej grupy pacjentów w podeszłym wieku stwierdzono, iż 25 chorych jest zagrożonych niedożywieniem, niedożywionych jest 16, a w dobrym stanie odżywienia tylko 7. Nie odnotowano wśród badanych takich osób, które spełniałyby warunki do określenia mianem reprezentantów bardzo dobrego stanu odżywienia.
Występowanie zjawiska ryzyka niedożywienia i niedożywienie u chorych starszych wiąże się z wieloma czynnikami wynikającymi z procesu starzenia się organizmu, złymi nawykami żywieniowymi, obecnością chorób somatycznych i zaburzeniami psychicznymi oraz brakiem samodzielności w przygotowywaniu i spożywaniu posiłków.

SŁOWA KLUCZOWE: pacjenci geriatryczni, ocena stanu odżywienia, skala MNA, niedożywienie, proces starzenia się.

ABSTRACT

Introduction and aim. Eating properly, regardless of age, is an important factor affecting the general health status of a person. Over the course of a lifetime, the process of ingesting food can sustain certain irregularities leading to diverse disorders in the organism. The main problem connected with eating in older age is malnutrition.
Malnutrition in geriatric age is a broad notion and does not refer only to lack of food or limitations in absorbing food. Malnutrition may result from many factors, such as: disorders of endocrine functions, digestion and absorption problems, multiple diseases, taking medications, mental disturbance or functional impairment. The aim of the study was to assess the nutritional status of patients, geriatric ward and identify the causes of malnutrition.
Material and methods. The study comprised 48 patients from a geriatric unit of the Provincial Psychiatric Hospital *Dziekanka* in Gniezno. The group included 28 females and 20 males at the age from 70 to 90 (two of the patients were older than 90). The nutritional status was assessed by means of the Mini Nutritional Assessment (MNA) scale.
Results and conclusions. The examination of the entire group of elderly patients showed that 25 patients were threatened with malnutrition, 16 were malnourished and only 7 were adequately nourished. None of the patients was regarded as very well-nourished.
The emergence of the risk of malnutrition and its existence in elderly people is related to multiple factors resulting from the aging process, bad eating habits, the presence of somatic disorders, mental disturbance and lack of independence in the preparation and consumption of food.

KEYWORDS: geriatric patients, assessment of nutritional status, the scale MNA, malnutrition, aging.

Wprowadzenie

Starzenie się organizmów jest nieustającym procesem w ewoluującym świecie. Starzeniu poddany jest również człowiek. Odbywa się to przy udziale wielu czynników tak wewnętrznych, jak i środowiskowych. Stary człowiek widziany jest często jako niedołężna, niesprawna i potrzebująca pomocy we wszystkich prawie sferach życia jednostka, borykająca się z „nowoczesnością" świata.

Obecnie istnieje tendencja wzrostowa pojawiania się ludzi starszych w społeczeństwie w stosunku do ilości urodzin i obecności populacji wieku rozwojowego i dojrzałego. Szacuje się, że do 2025 roku w Europie wzrośnie liczba ludzi starszych do 30%; obecnie w Polsce jest ich ponad 10% [1]. Związane jest to z wydłużeniem średniej długości życia ludzi o mniej więcej 2 lata. Dowiódł tego w swoich badaniach brytyjski profesor Tom Kirkwood, który przeanalizował historię ludzkości, cofając się o 200 lat [2]. W wieku podeszłym pojawia się wiele problemów wywołanych zarówno fizjologicznym procesem starzenia się, jak i pojawieniem się wielu chorób. Dlatego też należy podejmować czynności na rzecz profilaktyki zdrowotnej i społecznej. Jednym z podstawowych działań poprawiających funkcjonowanie człowieka starego jest prawidłowe odżywianie. Na każdym etapie życia istnieją różne wymogi żywieniowe, tzn. ze względu na odrębności organiczne układów i narządów, w tym układu pokarmowego. Ważne jest dostarczenie odpowiedniej ilości składników odżywczych, minerałów i wody. Chcąc prawidłowo zaplanować dietę dla konkretnej osoby w wieku podeszłym, należy uwzględnić jej indywidualne potrzeby, analizując jej obecny stan bio-psycho-społeczny i stan odżywienia. Dokonuje się to za pomocą dostępnych skal, monitorując stan odżywienia.

W pierwszej jednak kolejności należy uwzględnić sposób funkcjonowania przewodu pokarmowego – w wieku starszym zmniejsza się jego wydzielniczość, trawienie i wchłanianie [3]. W ocenie stanu należy wziąć pod uwagę obecność chorób. Największe znaczenie będą miały choroby przewlekłe i wyniszczające organizm, takie jak: cukrzyca, nowotwory, zaburzenia wchłaniania, choroby układu sercowo-naczyniowego, nerek, zaburzenia psychiczne, głównie charakteryzujące się demencją [4]. Innym czynnikiem wpływającym na stan odżywienia będzie obecność farmakoterapii koniecznej w leczeniu istniejących chorób. Niektóre z leków, np. neuroleptyki, leki moczopędne, upośledzają wchłanianie jelitowe [5]. W końcu analizie należy poddać takie czynniki, jak: nawyki żywieniowe, przyjmowanie używek, w tym alkoholu, stan jamy ustnej, wreszcie warunki materialne i socjologiczno-psychologiczne, np. samotność [6]. Tu można posłużyć się skalą EASY-Care 20101, która pozwoli dokładnie ocenić potrzeby zdrowotne i opiekuńcze, co ma przełożenie na proces odżywiania [7]. Ocena stanu odżywienia to złożone działania mające na celu określenie przyczyn ewentualnych nieprawidłowości, a w konsekwencji opracowania leczniczych metod postępowania i profilaktyki.

W diagnozowaniu stanu odżywienia ludzi starszych stosuje się różne metody pośrednie, takie jak:

1) badania antropometryczne – należą do nich pomiary wzrostu, ocena grubości tkanki tłuszczowej na wewnętrznej stronie ramienia, wskaźnik BMI (masa ciała [kg] podzielona przez wzrost do kwadratu [m^2]) oraz szczegółowe metody oceniające budowę ciała (ang. *Body Impendance Analysys* – BIA), ponadto tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny [4, 8];
2) subiektywna ocena stanu odżywiania – SGA (ang. *Subjective Global Assesment*) – zawiera standaryzowane pytania o masę ciała, nawyki żywieniowe, status rodzinny i socjalny;
3) skala MNA (ang. *Mini Nutritional Assessment*) ocenia stopień ryzyka wystąpienia niedożywienia u osób starszych, stanowi połączenie badania przedmiotowego i wywiadu żywieniowego [9].

Ocenę tę można poszerzyć o dodatkowe badania za pomocą innych skal, np.: GDS – *Geriatic Depression Scale* (służąca do oceny nastroju wykorzystywana w podejrzeniu depresji), skala Barthel (ocena poziomu sprawności samoobsługowej), skala IADL – *Instrumental Activities of Daily Living* (ocena sprawności w złożonych czynnościach życia codziennego), test „wstań i idź" (ocena ryzyka upadków) [10].

Za najbardziej popularne badanie laboratoryjne przydatne w ocenie stanu odżywienia jest oznaczenie stężenia albumin w surowicy krwi. Określenie poziomu albumin pozwala obliczyć wskaźnik ryzyka niedożywienia (ang. *Nutritional Risk Index* – NRI). Wykorzystuje się wówczas wzór NRI = (1,519 x stężenie albumin w surowicy [g/lJ] + 41,7 x aktualna masa ciała). Po uzyskaniu wyniku należy ocenić stan odżywienia:

- NRI > 100 – prawidłowy stan odżywienia,
- NRI = 97,5–100 – lekkie niedożywienie,
- NRI > 83,5 – ciężkie niedożywienie.

Innym badaniem potwierdzającym niedożywienie jest oznaczenie stężenia transferyny w surowicy krwi. Poziom transferyny może być zmienny nie zawsze z powodu złego stanu odżywienia, bo np. obniża się w przypadku anemii, i dlatego nie może być jednoznacznie interpretowany [4, 8, 11].

Określa się również stężenie leptyny w surowicy krwi. Hormon ten wpływa hamująco na łaknienie, a w wieku starszym jego stężenie może ulec podwyższeniu [4, 12, 13].

Ponadto można wykonać szereg badań uzupełniających, jak oznaczenie stężenia hemoglobiny, hematokrytu, testy immunologiczne. Należy jednak pamiętać, iż wszystkie uzyskane wyniki w diagnostyce laboratoryjnej trzeba interpretować w odniesieniu do wcześniej przeprowadzonej subiektywnej oceny ogólnej. Patologiczne poziomy laboratoryjne niejednokrotnie mogą świadczyć o różnych chorobach układowych, a nie zawsze o złym stanie odżywienia.

Po uzyskaniu wszystkich wyników pozwalających dokonać oceny stanu odżywiania należy zakwalifikować pacjenta do odpowiedniej grupy: prawidłowo odżywionych osób lub grupy ryzyka. Wcześniej jednak trzeba określić niedożywienie, znaleźć jego przyczyny, a potem planować postępowanie lecznicze.

Niedożywieniem można nazwać stan chorobowy w wyniku niedoboru pokarmów – zbyt małej podaży lub słabego przyswajania podstawowych składników odżywczych, czyli białek, tłuszczów, cukrów oraz minerałów i witamin. Nie zaspokaja to prawidłowego zapotrzebowania energetycznego i białkowego oraz innych składników odżywczych [14].

Cel pracy

Celem badania była ocena stanu odżywienia pacjentów w podeszłym wieku umieszczonych w oddziale geriatrycznym Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka" w Gnieźnie. Kwalifikacji dokonano wg punktacji skali MNA. Ponadto celem badań było przedstawienie przyczyn występujących zaburzeń stanu odżywiania (niedożywienia) – wzięto pod uwagę wiek, płeć, długość pobytu pacjenta w oddziale szpitalnym, najczęstsze jednostki chorobowe u pacjentów przebywających w oddziale geriatrycznym (choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca, stany otępienne, choroby układu oddechowego, choroby układu pokarmowego, udar mózgu).

Materiał i metody

Badaniu poddano 48 pacjentów z oddziału geriatrycznego Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka" w Gnieźnie: 28 kobiet i 20 mężczyzn w wieku od 70 do 90 lat; 2 pacjentów miało 93 lata. Wykorzystano skalę MNA (ang. *Mini Nutritional Assessment).* Udział w badaniu był anonimowy i dobrowolny. Wcześniej przeprowadzono rozmowę z pacjentami i ich rodzinami, uzyskano zgodę i wyjaśniono cel badania oraz sposób wypełniania kwestionariusza. Wykorzystano oryginalną wersję kwestionariusza, która powstała w 1991 roku, a została opublikowana w 1994 roku. Jest ona rekomendowana przez wiele instytucji, m.in.: *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN), *European Society for Patenteral end Enteral Nutrition* (ESPEAN), *The International Academy of Nutrition and Agin* (IANA) [15].

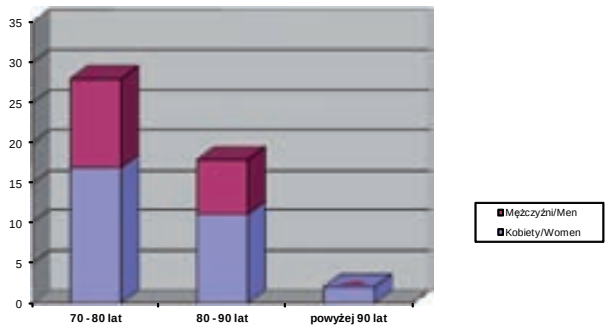
Skala MNA składa się z czterech części. Pierwsza część to parametry antropometryczne, które są oceną somatometryczną (BMI, obwód ramienia w połowie długości, obwód łydki). Parametry te można poszerzyć o wskaźnik WHR (ang. *waist–hip ratio*) – stanowi on wskaźnik dystrybucji tkanki tłuszczowej w ciele człowieka. Druga część skali MNA zawiera ogólną ocenę, skoncentrowaną na najczęstszych czynnikach ryzyka wystąpienia niedożywienia (ilość zażywanych leków, przebyty stres psychiczny w ciągu ostatnich 3 miesięcy, upośledzenie aktywności ruchowej, wystąpienie zaburzeń neuropsychicznych, chorób przewlekłych, obecność otarć, ran, owrzodzeń, odleżyn). Trzecia część to wywiad żywieniowy (ilość i rodzaj posiłków spożywanych w ciągu dnia z uwzględnieniem produktów mlecznych, mięsa, ryb, jaj, warzyw, owoców, ilość wypijanych płynów, pytania o apetyt, zaburzenia żucia, połykania, trawienia). Czwarta część to subiektywna ocena stanu odżywienia pacjenta (pytania dotyczą osobistych odczuć pacjenta co do zaburzeń stanu odżywienia, ocena swojego aktualnego stanu zdrowia w porównaniu z innymi ludźmi w podobnym wieku). Po uzyskaniu odpowiedzi na wszystkie pytania podlicza się uzyskane punkty. Maksymalna ilość punktów w tej wersji to 30 – wynik ten wskazuje na bardzo dobry stan odżywienia. Wynik 24 punkty i powyżej sugeruje zadowalający stan odżywienia. Wynik na poziomie 17–23,5 punktów świadczy o ryzyku niedożywienia. Natomiast przy 17 punktach i poniżej mamy do czynienia z pacjentami niedożywionymi [15, 16].

Wyniki

Charakteryzując badanych, uwzględniono wiek, płeć, długość pobytu pacjenta w oddziale szpitalnym, najczęstsze jednostki chorobowe u pacjentów przebywających w oddziale geriatrycznym (choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca, stany otępienne, choroby układu oddechowego, choroby układu pokarmowego, udar mózgu).

Wśród wszystkich badanych było 28 kobiet (58%) i 20 mężczyzn (42%) (**Rycina 1**). Uwzględniono też przedziały wiekowe: 70–80 lat – 28 osób (57%), w tym 17 kobiet (61%) i 11 mężczyzn (39%), 80–90 lat – 18 osób (37,5%), w tym 11 kobiet (61%) i 7 mężczyzn (39%), oraz powyżej 90 lat – 2 mężczyzn (14%) (**Rycina 2**).

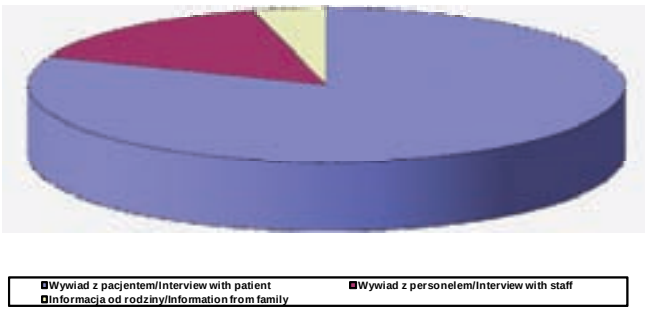
Rycina 1. Badana populacja pacjentów geriatrycznych wg płci
Figure 1. The study population of geriatric patients by gender
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



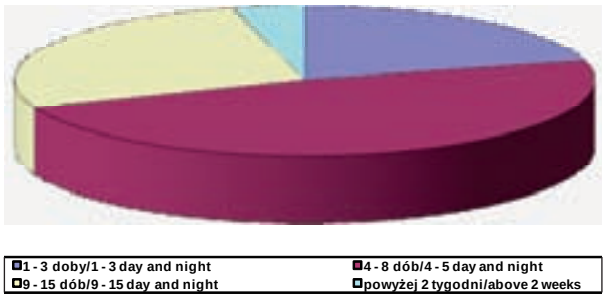
Rycina 2. Badana populacja pacjentów geriatrycznych wg przedziałów wiekowych
Figure 2. The study population of geriatric patients by age bracket
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Na wstępie badania zebrano ogólne dane dotyczące komunikatywności pacjentów: u 39 osób (81%) stwierdzono komunikatywność dobrą, logiczną, 9 osób (17%) miało problemy z wyraźnym artykułowaniem wypowiedzi, kontakt logiczny.

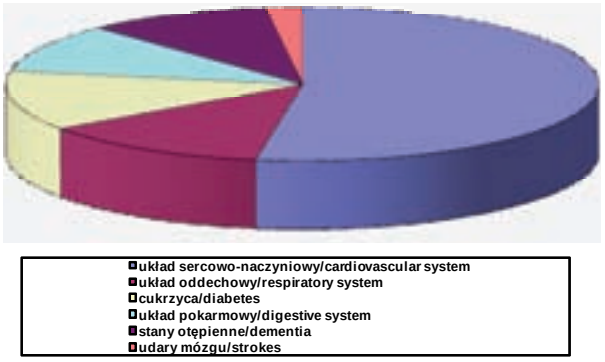
Poza bezpośrednim komunikowaniem się z pacjentami wywiad uzupełniono o informacje od rodziny (w 2 przypadkach – 4%), personelu pielęgniarskiego i lekarskiego (w 7 przypadkach – 15%) (**Rycina 3**). Uwzględniono również czas pobytu w szpitalu: 1–3 doby – 10 osób (21%), 4–8 dób – 23 osoby (48%), 9–15 dób – 13 osób (27%), powyżej 2 tygodni – 2 osoby (4%) (**Rycina 4**). Przeanalizowano także dane mówiące o jednostkach chorobowych, z powodu których pacjenci najczęściej są hospitalizowani. Wzięto pod uwagę podstawową jednostkę chorobową. Najwięcej pacjentów, bo aż 25 (52%), miało zdiagnozowane choroby układu sercowo-naczyniowego. Badanych z chorobami układu oddechowego było 6 (12,5%), z cukrzycą – 6 (12,5%), chorobami układu pokarmowego – 5 (10%), stanami otępiennymi – 5 (10%), udarem mózgu – 1 (2%) (**Rycina 5**).



Rycina 3. Źródła informacji o stanie odżywienia pacjenta
Figure 3. Sources of information about the patients nutritional status
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 4. Długość pobytu pacjenta w szpitalu
Figure 4. Length of hospital stay
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 5. Najczęstsze jednostki chorobowe hospitalizowanych pacjentów
Figure 5. The most common diseases of hospitalized patients
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Kolejna część kwestionariusza ocenia stan odżywienia pacjentów na podstawie zebranych danych dotyczących apetytu, spadku masy ciała w ostatnich 3 miesiącach, aktywności ruchowej, występującego stresu, zaburzeń neuropsychicznych oraz obliczeń BMI. Przeanalizowano możliwość obniżenia masy ciała w okresie 3 miesięcy od kwietnia do czerwca 2014 r. Powyżej 3 kg utraciły 3 osoby (6%), 4 osoby (8%) – 3 kg. Najwięcej pacjentów, bo 29 (60%), utraciło od 1 do 3 kg. Masy ciała w 3 miesiącach nie utraciło 12 osób (25%).

Dalsza część skali MNA analizuje możliwe przyczyny mogące wpływać na stan odżywienia pacjentów. Aktywność ruchowa 14 osób (29%) jest minimalna. Większość czasu spędzają one w łóżku lub fotelu. Natomiast małą aktywność ruchową wykazują 34 osoby (71%). Są to pacjenci, którzy poruszają się tylko w obrębie jednego pomieszczenia.

Kolejnym badanym czynnikiem wpływającym na stan odżywienia jest stres. Może on być wywołany sytuacjami trudnymi, z jakimi borykają się osoby starsze, np.: osamotnienie, porzucenie, odtrącenie, poczucie bycia

zależnym od innych, a także zaburzeniami o podłożu psychicznym, np. depresją, oraz obecnością uciążliwych dolegliwości somatycznych wywołanych różnymi chorobami [17].

Z przeprowadzonego badania wynika, że stres odczuwało 12 osób (25%), natomiast 36 osób (75%) uznało swoje dotychczasowe życie za bezstresowe.

Zaburzenia neuropsychiczne występują często u osób w podeszłym wieku z powodu starzenia się mózgu. Zachwiana zostaje równowaga czynnościowa pomiędzy środowiskiem wewnętrznym człowieka a środowiskiem zewnętrznym. Staje się tak w wyniku zaburzeń metabolicznych, w przebiegu różnych chorób, przyjmowania niektórych leków [18]. U 8 przebadanych pacjentów (17%) zdiagnozowano ciężką depresję, łagodną – u 9 (19%), bez zaburzeń neuropsychicznych było 31 pacjentów (64%).

Pierwsza część skali MNA, oceniająca stan odżywienia, kończy się obliczeniami BMI. Wśród badanych uzyskano wyniki:

- BMI > 19, ale < 21 pkt. – 19 osób (39%),
- BMI większe niż 21, ale mniejsze niż 23 pkt. – 16 osób (33%),
- BMI powyżej 23 pkt. – 13 osób (27%).

Podsumowując część pierwszą badania stanu odżywiania za pomocą skali MNA u 48 pacjentów geriatrycznych, stwierdzono, że tylko 7 osób (15%) nie wymaga dalszej analizy, gdyż nie wykazują one objawów niedożywienia, osiągnęły one 12 pkt. Natomiast 11 punktów i mniej odnotowano w przypadku 41 osób (85%). Grupę tę poddano dalszemu badaniu wg drugiej części skali MNA, która zawiera dokładniejsze pytania wskazujące na czynniki mogące wpływać na powstawanie niedożywienia.

Stosując drugą część skali MNA, zapytano 41 pacjentów (w tym 25 kobiet – 61%, i 16 mężczyzn – 39%) w przedziale wiekowym 70–93 lata o stosowaną farmakoterapię, obecność odleżyn, owrzodzeń, sposób odżywiania, a także o ilość i jakość przyjmowanych posiłków oraz płynów. Poddano dokładnej subiektywnej ocenie własny stan odżywienia i stan zdrowia w porównaniu z innymi ludźmi w tym samym wieku. Na koniec dokonano pomiarów obwodu środkowej części ramienia i łydki w cm.

Analizując poszczególne odpowiedzi drugiej części skali MNA, okazało się, że pacjenci, szczególnie w podeszłym wieku, przyjmują wiele leków. Z odpowiedzi wynika, iż 40 osób (97%) jest leczonych więcej niż trzema lekami, a tylko 1 osoba (3%) zażywa dwie tabletki na dobę. W 41-osobowej grupie jest 35 pacjentów (85%) z różnymi zmianami skórnymi typu otarcia, owrzodzenia, odleżyny. Osoby te są obciążone przewlekłymi chorobami, osłabieniem, a co za tym idzie – unieruchomione, a to prowadzi do zmian skórnych. U 6 pacjentów (14%) nie zaobserwowano uszkodzeń skóry żadnego typu. Najczęściej pacjenci (26 osób – 63%) deklarują spożywanie trzech posiłków, 15 osób (37%) zjada dwa posiłki dziennie, żadna z pytanych osób nie przyjmuje tylko jednego posiłku. Na pytanie o częstość spożywania konkretnych produktów żywnościowych typu: mięso, ryby, jajka, przetwory mleczne, owoce, warzywa większość pacjentów – 27 osób (66%) – odpowiedziała, iż nie mają ściśle określonych jadłospisów, aby zawsze w posiłkach znajdowały się te produkty i nie są one wszystkie spożywane ani jeden raz dziennie, ani nawet dwa razy w tygodniu – przede wszystkim dotyczy to warzyw i owoców oraz przetworów mlecznych. W badanej grupie 10 osób (24%) stara się, aby te wartościowe produkty żywnościowe obecne były w diecie dwa razy w tygodniu, 4 osoby (10%) deklarują, iż spożywają jeden raz w ciągu dnia wymienione produkty. Podobne wyniki dotyczą przyjmowania płynów: 5 filiżanek i więcej wypija 9 osób (22%), między 3 a 5 – 14 respondentów (34%), natomiast mniej niż 3 filiżanki napoju przyjmuje 18 osób (44%).

Na prawidłowe odżywianie wpływ ma samodzielność w przygotowywaniu i spożywaniu posiłków. Pytani o poziom samodzielności w tych czynnościach pacjenci odpowiedzieli w większości (21 osób – 51%), iż mają trudności i muszą liczyć na pomoc osób drugich, 13 pacjentów (32%) wymaga karmienia, tylko 7 osób (17%) deklaruje samowystarczalność w tej kwestii.

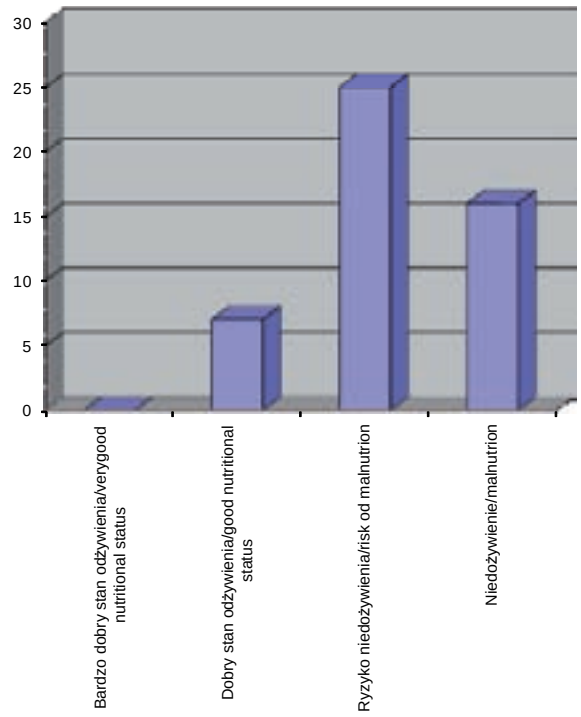
W dalszym etapie wypełniania kwestionariusza poproszono pacjentów o samoocenę własnego stanu odżywienia. Większość z nich (26 osób – 63%) nie potrafiła dokonać oceny, gdyż nie mała odniesienia do norm stanu odżywienia w wieku starszym, oraz nie widziała potrzeby i celu oceniania tego zjawiska. Za niedożywionych uważają się pacjenci z wieloma chorobami przewlekłymi – było ich 10 (24%). Tylko 5 osób (12%) oceniło swój stan odżywienia za prawidłowy. Do grupy tej należeli pacjenci, u których widoczne było bardzo optymistyczne nastawienie do życia. Podobnie wypadły odpowiedzi na pytanie dotyczące oceny własnego stanu zdrowia w porównaniu z grupą rówieśniczą: 21 pacjentów (51%) nie wiedziało, jak dokonać tej oceny – tłumaczyli, że w podeszłym wieku różne dolegliwości są standardem. Swój stan zdrowia za zły uznało 15 pacjentów (36%), za dobry – 5 pacjentów (12%). Nikt nie ocenił, że jest osobą zdrowszą niż inni w tym samym wieku.

Końcowym etapem badania pacjentów geriatrycznych za pomocą skali MNA jest pomiar obwodu ramienia i łydki w części środkowej, oznaczony w cm. Dokonując pomiaru ramienia, uzyskano wyniki: u 14 pacjentów (34%) odnotowano pomiar poniżej 21 cm, u 9 (22%) obwód ramienia wahał się w przedziale 21–22 cm, tylko u 5 pacjentów (12%) – powyżej 22 cm. U 37 pa-

cjentów (90%) łydka w obwodzie miała poniżej 31 cm, a u 4 (10%) – powyżej 31 cm.

Sumując punktację z obu części skali MNA, uzyskano następujące wyniki (**Rycina 6**):

- maksymalna ilość punktów – 30 – żaden z badanych pacjentów nie uzyskał takiego wyniku,
- 24–29 – dobry stan odżywiania – uzyskało 7 pacjentów (15%),
- 17–23,5 – ryzyko niedożywienia – 25 pacjentów (52%),
- poniżej 17 punktów – niedożywienie – 16 pacjentów (33%).



Rycina 6. Analiza stanu odżywienia na podstawie zebranych punktów skali MNA

Figure 6. Analysis of the nutritional status based on accumulated points in the MNA scale

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Dyskusja

Wiek starczy predysponuje do powstawania zaburzeń w odżywianiu, szczególnie u pacjentów hospitalizowanych. Na niedożywienie w wieku geriatrycznym ma wpływ wiele czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Dodatkowo pojawiają się zmiany układowe i narządowe wywołane procesem starzenia się. Fakt niedożywienia u pacjentów geriatrycznych niesie ze sobą następne zaburzenia ogólnoustrojowe. Pacjenci są bardziej narażeni na występowanie kolejnych chorób przewlekłych, gorzej reagują na leczenie, częściej pojawiają się u nich powikłania okołooperacyjne i te wywołane długotrwałym leżeniem w łóżku. Wzrasta też ryzyko zgonu [19].

Z badań własnych przeprowadzonych wśród 48 pacjentów przebywających w oddziale geriatrycznym wynikło, iż 25 jest narażonych niedożywieniem, 16 jest niedożywionych, a tylko 7 – w dobrym stanie odżywienia. Dane te uzyskano wg skali MNA. Potwierdzeniem tych wyników są inne badania przeprowadzane wśród hospitalizowanych osób starszych. Sokołowska i wsp., posługując się skalą SGA, przebadali 150 pacjentów w wieku 65–98 lat leczonych w oddziale chirurgicznym. Stwierdzono, że niedożywionych lub obarczonych ryzykiem niedożywienia jest 19,3% badanych [19]. Kolejnym potwierdzeniem zjawiska niedożywienia wśród populacji osób w podeszłym wieku są wyniki badań B. Pióreckiej i wsp. Oceniono stan odżywienia 46 osób w wieku 60–80 lat przy użyciu skali MNA oraz dokonano jednocześnie oceny sposobu odżywiania. Jej podstawą był 24-godzinny wywiad żywieniowy, według metody opracowanej przez Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie. Dzięki temu dodatkowo uzyskano informacje, jakie błędy żywieniowe popełniają osoby starsze i jaki to ma wpływ na ich stan odżywienia. Wyniki potwierdziły, że osoby starsze odżywiają się nieprawidłowo. Pozwala to na zdiagnozowanie zaburzeń w odżywianiu. Stwierdzono niski poziom wartości energetycznej dziennej racji pokarmowej, zbyt niskie pobieranie węglowodanów złożonych, niedobory witaminowe, głównie C, E i z grupy B, składników mineralnych (wapnia, magnezu, żelaza). Jedynie niektórzy badani w swojej diecie spożywali duże ilości tłuszczów, co mogło powodować inne powikłania ogólnoustrojowe. Według skali MNA 24% badanych zakwalifikowano do grupy ryzyka niedożywieniem [20]. Poza stwierdzeniem faktu obecności niedożywienia wśród osób starszych można spotkać w literaturze interpretację przyczyn tego zjawiska. Stan odżywienia jest związany ze stanem funkcjonalnym i pojawieniem się zaburzeń funkcji poznawczych u pacjentów geriatrycznych. Udowodnili to w swoich badaniach M. Strugała i wsp. W analizowanej grupie były 103 osoby. Średni ich wiek to 65–89 lat. Do oceny stanu odżywienia użyto skali MNA. Natomiast do oceny wydolności funkcjonalnej posłużyły dwie skale: skala Barthel i IADL, zaś do oceny zaburzeń funkcji poznawczych – skala MMSE. Im mniejsza wydolność funkcjonalna, tym większe prawdopodobieństwo niedożywienia [10]. Podobne wyniki uzyskali M. Oliveira i wsp., którzy za bardziej zależne od opiekunów osoby uznali niedożywionych pacjentów; w badaniach tych wykorzystano skalę MNA [21]. M. Pertkiewicz i wsp. udowodnili, że niedożywienie nie jest stanem obojętnym dla zdrowia pacjenta, szczególnie starszego, wielu przebadanych pacjentów dłużej i trudniej było leczonych, pojawiały

się powikłania, zwiększała ilość chorób towarzyszących [22]. Wszystkie wyniki badań potwierdzają, że niedożywienie jest powszechnym zjawiskiem wśród osób w podeszłym wieku. Sprzyja wielu powikłaniom i powstawaniu kolejnych chorób. Korzystne więc jest planowanie i wdrażanie działań związanych ze stałą oceną stanu odżywienia, leczeniem, głównie dietetycznym, polegającym na starannie zbilansowanym pożywieniu, oraz działań profilaktycznych, mających na celu podniesienie poziomu wiedzy i kształtowanie odpowiednich zachowań żywieniowych wśród osób starszych i personelu medycznego sprawującego opiekę nad pacjentami geriatrycznymi [20].

Wnioski

Wyniki badania potwierdziły, że wśród osób starszych często występuje zjawisko niedożywienia. Ponad połowa badanych jest niedożywiona lub mieści się w grupie ryzyka niedożywienia. Na stan niedożywienia nie mają wpływu płeć ani wiek badanych. Wpływ natomiast ma sposób odżywiania (częstość przyjmowanych posiłków, jakość jedzenia – brak urozmaiconej diety bogatej w owoce, warzywa, jajka, produkty bogate w witaminy C, B, wapń, żelazo, magnez, niedostateczna ilość wypijanych płynów). Ważną przyczyną niedożywienia u chorych geriatrycznych jest brak mobilności, samodzielności, zależność od osób drugich, stres.

Piśmiennictwo

1. Jurczak I, Barylski M, Irzmański R. Znaczenie diety u osób w wieku podeszłym – ważny aspekt prewencji zdrowia czy nieistotna codzienność? Geriatria. 2011; 5: 127–133.
2. Lipiński M, Rychlewska G. Problemy gastroenterologiczne w geriatrii. Przew Lek. 2007; 3: 82–86.
3. Filip R, Huk J. Starzenie się układu pokarmowego. Część II. Zaburzenia funkcji wydzielniczych, trawienia i wchłaniania. Geriatria. 2008; 2: 224–230.
4. Babiarczyk B. Monitorowanie stanu odżywiania osób starszych hospitalizowanych na oddziałach oraz w zakładach opieki krótko i długoterminowej. Gerontol Pol. 2008; 16: 18–24.
5. Grabowska E, Spodaryk M. Zasady żywienia osób w starszym wieku. Gerontol Pol. 2006; 14: 57–62.
6. Elmståhl S, Persson M, Andrén M, Blabolil V. Molnuretion in geriatic patiens: a negtected problem? Adv Nurs.1997; 26: 851–855.
7. Wieczorowska-Tobis K. Ocena pacjenta starszego. Geriatria. 2010; 4: 247–251.
8. Gariballa SE, Sinclair AJ. Diagnosing undernutrition in elderly people. Reriews in Clinical Gerontology. 1997; 7: 367–371.
9. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature – What does it tell us? J Nutr Health Aging. 2006; 10: 466–485.
10. Strugała M, Wieczorowska-Tobis K. Ocena stanu odżywienia pacjentów z oddziału geriatrycznego w kontekście ich sprawności funkcjonalnej. Geriatria. 2011; 5: 89–93.
11. Gofferje H. Prealbumin and refinol-binding protein – highly sensitive parameters for nutritional state in respekt of protein. Labolatory Medicine. 1978; 5: 38–44.
12. Galus K, Kocemba J (red.). Odżywianie. W: Abrams WB, Beers MH, Berkow R (red.). MSD. Podręcznik geriatrii. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 1999. 8–9.
13. Parnicka A, Gryglewski B. Wyniszczenie nowotworowe a starcza sarkopenia. Gerontol Pol. 2006; 14: 113–118.
14. Cierzniakowska K, Szewczyk MT. Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego z niedożywieniem w wieku starszym. W: Biercewicz M, Szewczyk MT, Ślusarz R (red.). Pielęgniarstwo w geriatrii. Wybrane zagadnienia z zakresu pielęgniarstw specjalistycznych. Warszawa: Borgis; 2006. 95–103.
15. Krzymińska-Siemaszko R, Wieczorowska-Tobis K. Ewolucja oceny niedożywienia u starszych chorych przy użyciu kwestionariusza MNA. Geriatria. 2012; 6: 139–143.
16. Kraus S. Niedobory żywieniowe u podopiecznych w podeszłym wieku – szybko rozpoznać, prawidłowo zareagować. Wspólne Tematy. 2002: 11–12: 4–10.
17. Bronek K. Somatyczne przyczyny zaburzeń świadomości u osób w podeszłym wieku. Postępy Nauk Medycznych. 2011; 8: 692–700.
18. Sobów T. Praktyczna psychogeriatria – rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach psychicznych u chorych w wieku podeszłym. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2010. 91–103.
19. Sokołowska B, Dyk D, Miechowicz I. Ocena stanu odżywienia u chorych w wieku podeszłym leczonych operacyjnie. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne. 2013; 2: 60–64.
20. Piórecka B, Międzobrodzka A. Ocena sposobu żywienia i stanu odżywienia osób starszych zamieszkałych w Krakowie. Nowiny Lekarskie. 2002; 71: 249–254.
21. Oliveira M, Fogaca F, Leandro MV. Nutritional status and functional capacity of hospitalized elderly. Nutr J. 2009; 8: 17–54.
22. Pertkiewicz M, Dymkowska M, Kobyłkiewicz ER. Stan odżywienia i metody leczenia żywieniowego chorych leczonych w Oddziale Intensywnej Terapii – wpływ na czynniki leczenia. Postępy Żywienia Klinicznego. 2008; 3: 5–13.

Artykuł przyjęty do redakcji: 05.01.2015
Artykuł przyjęty do publikacji: 15.05.2015

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

Adres do korespondencji:
Grażyna Bączyk, Agnieszka Ulatowska
ul. Akacjowa 5
88-420 Rogowo
tel.: 661 601 905
e-mail: agnesia74@poczta.fm
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie

PROBLEMY ZWIĄZANE Z PIELĘGNACJĄ PACJENTÓW PO INTERWENCYJNYCH ZABIEGACH KARDIOLOGICZNYCH

CARE PROBLEMS OF PATIENTS AFTER CARDIAC PROCEDURES

Agnieszka Lesiak, Wiesława Kołodziej

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej

STRESZCZENIE

Wstęp. Koronarografia jest inwazyjnym badaniem oceniającym stan tętnic wieńcowych. Ze względu na wzrost liczby osób z chorobami niedokrwiennymi serca rośnie liczba pacjentów poddanych zabiegom CABG i PTCA. Chorzy po interwencyjnych zabiegach kardiologicznych objęci są opieką pielęgniarską. Okres po zabiegu to czas, w którym obserwuje się i monitoruje podstawowe parametry życiowe, sprawdza i ocenia stan funkcjonowania poszczególnych narządów.
Cel. Celem pracy było rozpoznanie problemów związanych z pielęgnacją pacjentów po interwencyjnych zabiegach kardiologicznych.
Materiał i metody. Badaniu poddano 104 pacjentów po zabiegach kardiologicznych. W badaniu wykorzystano dane zebrane na podstawie kwestionariusza ankiety i obserwacji bezpośredniej.
Wyniki. Najczęstszymi problemami u pacjentów po zabiegach kardiologicznych były dolegliwości ze strony poszczególnych układów (krążenia, oddechowego, pokarmowego, moczowego, wydalniczego, nerwowego). Obserwowano również dolegliwości bólowe, osłabienie, zaburzenia rytmu snu, uczucie niepokoju. Wśród pacjentów wiedza na temat czynników ryzyka jest na niskim poziomie.
Wnioski. Wśród pacjentów leczonych w oddziale kardiologii stwierdzono wysoki poziom satysfakcji z działań pielęgniarskich. Poprawy wymagają promocja zdrowia, edukacja i profilaktyka. Skuteczność leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego podnosi świadomość zdrowotną społeczeństwa.

SŁOWA KLUCZOWE: koronarografia, pielęgniarka, zabiegi.

ABSTRACT

Introduction. Coronary angiography is an invasive study evaluating the state of the coronary arteries. Due to the increase in the number of people with ischemic heart disease increases the number of patients undergoing CABG and PTCA. Patients with cardiac intervention coverage are nursing. The period after the surgery was a period in which the observed and the basic vital signs monitors, verifies and evaluates the functioning of various organs.
Aim. The aim of this study was to identify the problems of emergency care patients after cardiac surgery.
Material and methods. 104 patients were studied after cardiac procedures. The study used data collected from the questionnaire – surveys and direct observation.
Results. The obtained results of the main problems in patients after cardiac procedures were complaints from the various systems (circulatory, respiratory, digestive, urinary, excretory, nervous system). There was also pain weakness rhythm sleep disorders, anxiety – anxiety and little knowledge about risk factors. Patients were satisfied with the nursing care of satisfying the needs of individuals.
Conclusions. Among patients treated in the cardiology department found a high level of satisfaction with nursing activities. Improvement requires promotion, education and prevention. The effectiveness of treatment of cardio-vascular raises awareness of public health.

KEYWORDS: coronary angiography, nurse, treatments.

Wstęp

Koronarografia jest zabiegiem stanowiącym złoty standard w diagnostyce choroby wieńcowej [1, 2]. Badanie inwazyjne praktykuje się w chorobach naczyń wieńcowych, u pacjentów z szeregiem schorzeń kardiologicznych, w tym m.in. wadami zastawkowymi czy zawałem mięśnia sercowego. Ze względu na wzrost liczby osób z chorobą niedokrwienną serca rośnie liczba pacjentów poddanych zabiegom CABG i PTCA [3].

Chorzy po interwencyjnych zabiegach kardiologicznych objęci są opieką pielęgniarską. Dobrze prowadzona pielęgnacja musi uwzględniać rozpoznanie problemu pielęgnacyjnego na podstawie stanu zdrowia pacjenta. Zdobyciu wiedzy na ten temat służą wywiad, obserwacja bezpośrednia oraz obserwacja objawów klinicznych. Okres pozabiegowy to czas, w którym obserwuje się chorego z bólem, monitoruje się podstawowe parametry życiowe, sprawdza i ocenia stan funkcjonowania poszczególnych narządów. Wczesne wykrycie objawów zakażenia zapobiega powikłaniom oraz sprzyja walce z bólem.

Parametry monitorowane po zabiegu:

- ocena niedokrwienia serca,
- ocena wydolności układu krążenia,
- ocena wydolności układu oddechowego,
- ocena funkcji nerek,
- ocena układu krzepnięcia [4].

Ocena stanu pacjenta ma charakter ciągły, poszczególne parametry są analizowane na bieżąco. Zabiegi przezskórne pozwalają na przywrócenie prawidłowego ukrwienia mięśnia sercowego oraz likwidację lub ograniczenie dolegliwości chorobowych. Ze względu na wzrost liczby wykonywanych PCI niezbędne jest właściwe przygotowanie pacjenta do zabiegu oraz opieka pielęgniarska przed, w trakcie i po jego zakończeniu [5].

Cel pracy

Celem pracy było określenie częstotliwości występowania problemów związanych z pielęgnacją pacjentów poddanych zabiegowi koronarografii. Zbadano, czy płeć ma wpływ na występowanie tych problemów. Oceniono również poziom satysfakcji pacjentów z usług świadczonych przez pielęgniarki.

Materiał i metody

Badania z zakresu występowania problemów pielęgnacyjnych po zabiegach kardiologicznych przeprowadzono w 16-łóżkowym Oddziale Kardiologii Inwazyjnej w Szpitalu Miejskim w Sosnowcu. Badanie prowadzono w okresie 1.11.2012–31.01.2013 z wykorzystaniem techniki ankietowej oraz obserwacji bezpośredniej autorów. Zakwalifikowano wszystkich chorych, którzy ukończyli 30. rok życia, u których wykonano zabieg koronarografii – liczba operowanych: 250 osób. Z powodu ciężkiego stanu ogólnego, braku możliwości samodzielnego wypełnienia kwestionariusza, braku świadomej zgody na uczestnictwo w badaniu oraz niekompletnie wypełnionego kwestionariusza z badań wykluczono 146 osób.

Do analizy zakwalifikowano 104 ankiety: 46 wypełnionych przez kobiety i 58 – przez mężczyzn.

Najliczniejszą grupę respondentów (22 kobiety i 25 mężczyzn) stanowili pacjenci w wieku 61–70 lat. Najmłodszy pacjent miał 35 lat, a najstarszy – 84 lata.

Istotnie częściej kobiety były przyjęte do wykonania procedury w trybie planowym – 56,52%, mężczyźni – 34,48% ($chi^2 = 5,05$, $p = 0,025$, $df = 1$), bez uprzednich doświadczeń związanych z wykonywaniem procedury koronarografii ($chi^2 = 6,26$, $p = 0,044$, $df = 2$).

Najczęstszą przyczyną przyjęcia do oddziału kobiet była przewlekła choroba wieńcowa (58,7%). Mężczyzn najczęściej przyjmowano z powodu przebiegu niestabilnej choroby wieńcowej (41,38%) i świeżego zawału mięśnia sercowego (25,8%).

Wyniki

Jak wynika z **tabeli 1**, płeć nie miała istotnego wpływu na występowanie dolegliwości ze strony układu krążenia (współczynnik osiągnął wartości nieistotne $p > 0,05$). Najwięcej pacjentów, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, zgłaszało, że po zabiegu najczęściej byli osłabieni. Najmniej osób odczuwało dyskomfort w klatce piersiowej.

Tabela 1. Występowanie dolegliwości ze strony układu krążenia
Table 1. The occurrence of circulatory system ailments

Czy po zabiegu wystąpiły u Pani/Pana dolegliwości ze strony układu krążenia?/*Did you suffer from any circulatory system ailments after the operation?*	Kobiety/*Women*		Mężczyźni/*Men*		Suma/*Total*	
	N	%	N	%	N	%
Osłabienie/*Weakness*	21	47,73	19	33,93	40	40,00
Ból w klatce piersiowej/*Chest pain*	8	18,18	12	21,43	20	20,00
Kołatanie serca/*Heart palpitation*	10	22,73	15	26,79	25	25,00
Dyskomfort w klatce piersiowej/*Chest discomfort*	5	11,36	10	17,86	15	15,00
Suma/*Total*	44	100,00	56	100,00	100	100,00
$chi^2 =$	2,16	$p =$	0,540	$df =$	3	

Źródło: badania własne
Source: author's own analysis

Wśród dolegliwości zgłaszanych przez chorych ze strony układu pokarmowego, najczęściej dotyczyło to pacjentek, było wzmożone pragnienie. Natomiast mężczyźni sygnalizowali wzmożony apetyt (**Tabela 2**).

Tabela 2. Występowanie dolegliwości ze strony układu pokarmowego
Table 2. The occurrence of gastrointestinalsymptoms

Czy po zabiegu wystąpiły u Pani/Pana dolegliwości ze strony układu pokarmowego?/*Did you suffer from any gastrointestinal ailments after the operation?*	Kobiety/*Women*		Mężczyźni/*Men*		Suma/*Total*	
	N	%	N	%	N	%
Nudności, wymioty/ *Nausea,vomiting*	10	15,38	8	12,12	18	13,74
Zgaga/*Heartburn*	11	16,92	12	18,18	23	17,56
Wzmożone pragnienie/ *Extensive thirst*	17	26,15	17	25,76	34	25,95
Wzmożony apetyt/ *Excessive appetite*	12	18,46	20	30,30	32	24,43
Suchość w jamie ustnej/ *Dryness in the mouth*	15	23,08	9	13,64	24	18,32
Suma/*Total*	65	100	66	100	131	100
$chi^2 =$	3,76	$p =$	0,44	$df =$	4	

Źródło: badania własne (pacjenci deklarowali więcej niż jeden problem)
Source: author's own research (patients declared more than one problem)

Przeprowadzona analiza materiału badanego wykazała, że najczęstsza dolegliwość ze strony układu oddechowego to duszność wysiłkowa (**Tabela 3**). Występowała u ponad 41% kobiet i 33% mężczyzn.

Tabela 3. Występowanie dolegliwości ze strony układu oddechowego
Table 3. The occurrence of the respiratory system ailments

Czy po zabiegu wystąpiły u Pani/Pana dolegliwości ze strony układu oddechowego?/*Did you have any respiratory system ailments after the operation?*	Kobiety/*Women*		Mężczyźni/*Men*		Suma/*Total*	
	N	%	N	%	N	%
Duszność spoczynkowa/ *Dyspnea*	5	17,24	8	24,24	13	20,97
Duszność wysiłkowa/ *Oppression*	12	41,38	11	33,33	23	37,10
Kaszel/*Cough*	8	27,59	9	27,27	17	27,42
Odksztuszanie wydzieliny/ *Mucus secretion*	4	13,79	5	15,15	9	14,52
Suma/*Total*	29	100,00	33	100,00	62	100,00

Źródło: badania własne
Source: author's own analysis

Tabela 4 obrazuje, iż płeć nie miała istotnego wpływu na dolegliwości ze strony układu moczowego. Niemniej jednak pacjenci po zabiegach najczęściej zgłaszali trudności w oddawaniu moczu.

Tabela 4. Występowanie dolegliwości ze strony układu moczowego
Table 4. The occurrence of urinary tract ailments

Czy po zabiegu wystąpiły u Pani/Pana dolegliwości ze strony układu moczowego?/ *Did you have any urinary tract ailments after the operation?*	Kobiety/*Women*		Mężczyźni/*Men*		Suma/*Total*	
	N	%	N	%	N	%
Ból/*Pain*	7	21,21	9	16,67	16	18,39
Trudności w oddawaniu moczu/*Difficulties with urinating*	12	36,36	23	42,59	35	40,23
Częstomocz/*Polyuria*	7	21,21	14	25,93	21	24,14
Założenie CF do pęcherza moczowego/ *Catheterization*	7	21,21	8	14,81	15	17,24
Suma/*Total*	33	100,00	54	100,00	87	100,00
chi^2 =	1,10	p =	0,776	df =	3	

Źródło: badania własne
Source: author's own analysis

Prawie 45% pacjentów po zabiegach skarżyło się na bóle kręgosłupa (**Tabela 5**). Wśród nich było 18 kobiet i 27 mężczyzn. Najrzadziej u leczonych występował obrzęk kończyn. Należy również zauważyć, że problemem było unieruchomienie kończyny, w obrębie której wykonywano procedurę, oraz jej bolesność.

Tabela 5. Występowanie dolegliwości ze strony układu ruchu
Table 5. The occurrence of musculoskeletal system ailments

Czy po zabiegu wystąpiły u Pani/Pana dolegliwości ze strony układ ruchu?/ *Did you suffer from any musculoskeletal ailments after the opearation?*						
	N	%	N	%	N	%
Ból kręgosłupa/ *Spine pain*	18	46,15	27	42,86	45	44,12
Obrzęk kończyny/ *Limb oedema*	4	10,26	8	12,70	12	11,76
Przykurcze/*Contracture*	9	23,08	11	17,46	20	19,61
Ból unieruchomionej kończyny/*Pain in the immobilized limb*	8	20,51	17	26,98	25	24,51
Suma/*Total*	39	100,00	63	100,00	102	100,00
chi^2 =	0,98	p =	0,806	df =	3	

Źródło: badania własne
Source: author's own analysis

Przeprowadzona analiza testem chi-kwadrat w obrębie rozkładu odpowiedzi na pytanie dotyczące występowania dolegliwości w sferze psychicznej w zależności od płci osób badanych nie wykazała istotnych zależności (**Tabela 6**). Zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn najczęściej występowały lęk oraz niepokój.

Tabela 6. Występowanie dolegliwości w sferze psychicznej
Table 6. Prevalence of mental disorders

Czy po zabiegu wystąpiły u Pani/Pana dolegliwości sfery psychicznej?/*Did you suffer from any mental disorders after the operation?*	Kobiety/*Women*		Mężczyźni/*Men*		Suma/*Total*	
	N	%	N	%	N	%
Lęk/*Fear*	19	43,18	22	40,74	41	41,84
Niepokój/*Anxiety*	15	34,09	18	33,33	33	33,67
Zmienność nastroju/ *Moodiness*	5	11,36	6	11,11	11	11,22
Skłonność do płaczu/ *Tendency to cry*	5	11,36	8	14,81	13	13,27
Suma/*Total*	44	100,00	54	100,00	98	100,00
chi^2 =	0,26	p =	0,968	df =	3	

Źródło: badania własne
Source: author's own analysis

Przeprowadzona analiza testem chi-kwadrat w obrębie rozkładu odpowiedzi na pytanie dotyczące edukacji zdrowotnej pacjenta w zależności od płci osób badanych wykazała istotne różnice jedynie w zakresie edukacji pacjenta. Obliczenia testem chi-kwadrat w przypadku tego pytania wykazały, iż współczynnik istotności osiągnął wartość istotną $p < 0,016$.

Ze szczegółowej analizy **tabel 7a i b** można odczytać, iż kobiety zdecydowanie częściej odpowiadały „TAK", tzn. były bardziej zainteresowane edukacją i jej oczekiwały (65,22%) (**Tabela 7a**). Mężczyźni natomiast w większym stopniu chcieli, aby pielęgniarki przekazały wiedzę na temat czynników ryzyka i samoopieki po zabiegu ich rodzinom. Taka forma edukacji była określona przez 36,2% mężczyzn (**Tabela 7b**).

Tabele 7a i b. Edukacja zdrowotna prowadzona przez pielęgniarkę dotycząca: a. pacjenta, b. rodziny

Table 7. Health education conducted by a nurse concerning: a. patient, b. family

Edukacja pacjenta/*Patient's education*	Kobiety/*Women*		Mężczyźni/*Men*		Suma/*Total*	
	N	%	N	%	N	%
Tak/*Yes*	30	65,22	24	41,38	54	51,92
Nie/*No*	16	34,78	34	58,62	50	48,08
Suma/*Total*	46	100,00	58	100,00	104	100,00
chi^2 =	5,84	p =	0,016	df =	1	

Edukacja rodziny/*Family education*	Kobiety/*Women*		Mężczyźni/*Men*		Suma/*Total*	
	N	%	N	%	N	%
Tak/*Yes*	12	26,09	21	36,21	33	31,73
Nie/*No*	34	73,91	37	63,79	71	68,27
Suma/*Total*	46	100,00	58	100,00	104	100,00
chi^2 =	1,21	p =	0,271	df =	1	

Źródło: badania własne

Source: author's own analysis

Analiza statystyczna dotycząca odpowiedzi chorych na pytania związane z oceną czynności opiekuńczych, zabiegowych i umiejętności nawiązania kontaktu słownego przez pielęgniarki w zależności od płci osób badanych nie wykazała istotnych różnic ($p > 0,05$) (**Tabele 8a, b i c**). Ponad połowowa badanych oceniała czynności opiekuńcze wykonywane przez pielęgniarki na poziomie dobrym (59,62%) (**Tabela 8a**), natomiast umiejętności w zakresie zabiegowym i kontaktów międzyludzkich zostały ocenione na wyższym poziomie (**Tabele 8b i c**).

Tabele 8a, b i c. Deklarowana przez pacjentów satysfakcja z świadczeń pielęgniarskich w zakresie: a. pielęgnacyjnym, b. zabiegowym, c. kontaktów międzyludzkich

Table 8. Declared by the patient satisfaction with nursing services in the field of: a. care, b. intervention, c. contacts

Czynności opiekuńcze, pielęgnacyjne, mycie, ubieranie wykonywały w stopniu/*Caring activities, washing, dressing up were done on the level of*	Kobiety/*Women*		Mężczyźni/*Men*		Suma/*Total*	
	N	%	N	%	N	%
2	0	0,00	2	3,45	2	1,92
3	7	15,22	2	3,45	9	8,65
4	28	60,87	34	58,62	62	59,62
5	11	23,91	20	34,48	31	29,81
Suma/*Total*	46	100,00	58	100,00	104	100,00
chi^2 =	6,68	p =	0,083	df =	3	

Czynności zabiegowe, podawanie leków drogą doustną, dożylną przygotowanie do zabiegów wykonywały w stopniu/*Operation activities, drug administration, operation preparation were done on the level of*	Kobiety/*Women*		Mężczyźni/*Men*		Suma/*Total*	
	N	%	N	%	N	%
2	0	0,00	1	1,72	1	0,96
3	5	10,87	3	5,17	8	7,69
4	28	60,87	26	44,83	54	51,92
5	13	28,26	28	48,28	41	39,42
Suma/*Total*	46	100,00	58	100,00	104	100,00
chi^2 =	5,75	p =	0,124	df =	3	

Kontakt słowny, rozmowa, informowanie o wszystkich zabiegach pielęgniarskich, lekarskich, wsparcie emocjonalne wykonywały w stopniu/*Verbal communication, conversation, information about nursing operations, emotional suport, were done on the level of*	Kobiety/*Women*		Mężczyźni/*Men*		Suma/*Total*	
	N	%	N	%	N	%
2	3	6,52	2	3,45	5	4,81
3	6	13,04	9	15,52	15	14,42
4	25	54,35	26	44,83	51	49,04
5	12	26,09	21	36,21	33	31,73
Suma/*Total*	46	100,00	58	100,00	104	100,00
chi^2 =	1,92	p =	0,590	df =	3	

Źródło: badania własne

Source: author's own analysis

Dyskusja

Opieka pielęgniarska w pierwszych godzinach po zabiegu koronarografii i angioplastyki ma bardzo duży wpływ na przebieg dalszego procesu leczniczego [6, 7]. Chorym potrzebna jest pomoc w zaspokajaniu podstawowych czynności pielęgnacyjnych. Niekiedy jest to potrzeba wzmożonej edukacji, innym razem oczekiwane jest wsparcie emocjonalne i psychiczne.

Najważniejszymi czynnikami wpływającymi na poczucie własnego zdrowia są, wg przeprowadzonych badań, dolegliwości subiektywne, takie jak: ból klatki piersiowej (kobiety 18,18%, mężczyźni 21,43%), duszność (kobiety 17,24%, mężczyźni 24,24%), dyskomfort w klatce piersiowej (kobiety 11,36%, mężczyźni 17,86%). Na drugim miejscu są stany psychiczne, lęk, niepokój, zmienność nastroju, skłonność do płaczu. Wg Z. Szabli i wsp. [8] dolegliwości sfery psychicznej, takie jak niepokój, odczuwało 25% ankietowanych, lęk – 15%, a przygnębienie – 6%. Z analizowanych materiałów wynika, że po zabiegu wystąpiły: lęk (41,84%), niepokój (33,67%), zmienność nastroju (11,22%), a nawet skłonność do płaczu (13,27%).

Szybkie i trafne reagowanie personelu na wezwanie pacjentów, obserwacja podstawowych parametrów życiowych, a ponadto sprawność i zręczność pielęgniarek, technika, poziom wiedzy, umiejętności oraz miła i przyjazna atmosfera wpływają na pozytywny stan zarówno fizyczny, jak i psychiczny [9–11].

Założeniem przeprowadzonych badań było uzyskanie odpowiedzi na pytania, jakie są problemy pielęgnacyjne po interwencyjnych zabiegach kardiologicznych oraz jak ankietowani oceniają wykonywanie świadczeń pielęgniarskich.

Do uzyskania obiektywnych wyników dotyczących jakości opieki pielęgniarskiej konieczne jest otrzymanie informacji od pacjentów. Jednym ze sposobów oceny pielęgnowania jest badanie satysfakcji pacjenta. W badaniu J. Cudak i wsp. [12] aż 85% pacjentów opiekę pielęgniarską oceniło bardzo wysoko, 14% chorych uważało, że opieka podczas zabiegów była dobra, a tylko 1% osób poddanych zabiegom twierdził, że poziom opieki był dostatecznie dobry.

Analiza dotycząca satysfakcji z opieki pielęgniarskiej w zakresie pielęgnacyjnym podczas pobytu w placówce wykonującej inwazyjne zabiegi kardiologiczne wykazała, że 29,81% pacjentów oceniło ją w stopniu bardzo dobrym, w stopniu dobrym – 59,62%, dostatecznym – 8,65%, a jedynie 1,92% ankietowanych nie było zadowolonych z opieki pielęgniarskiej. Uzyskane wyniki można poprzeć, analizując stosunkowo wysokie poczucie zagrożenia u chorych (występowanie lęku i niepokoju) obserwowane w badaniu własnym.

Jak wskazuje literatura, pielęgniarki, opiekując się pacjentem w stanie zagrożenia życia, koncentrują się przede wszystkim na obserwowaniu podstawowych paramentów życiowych pacjenta i reagowaniu na jego potrzeby w tym zakresie. Znacznie mniej czasu i uwagi poświęca się na oddziałach zabiegowych czynnościom pielęgnacyjnym niż zabiegowym [12, 13].

Nowoczesna opieka pielęgniarska jest skierowana na pacjenta w sferze bio-psycho-społecznej. Realizując proces pielęgnowania, należy uwzględnić stan chorego poprzez: gromadzenie danych o chorym, postawienie diagnozy pielęgniarskiej, planowanie, realizację oraz ocenę wykonywanych czynności. Ocena podstawowych czynności życiowych niezbędna jest pielęgniarce do ustalenia stanu pacjenta, określenia sprawności funkcjonowania narządów oraz układów i podjęcia odpowiednich działań. W ocenie biologicznej powinna znaleźć się informacja o prawidłowym lub zaburzonym funkcjonowaniu podstawowych układów: sercowo-naczyniowego (krążenie), pokarmowego, oddechowego, moczowego, nerwowego, termoregulacji [14]. W badaniach L. Płaszewskiej-Żywko i L. Klechy [15] dotyczących porównania wybranych aspektów opieki nad chorym stwierdzono, że dyskomfort z powodu opatrunku uciskowego kształtuje się na poziomie 39%. W badaniu własnym ten wskaźnik został zadeklarowany na poziomie 54,08%.

Bardzo ważne jest odpowiednie przygotowanie psychiczne chorego do zabiegu i opieka po nim, w zrozumiały sposób wytłumaczenie istoty zabiegu oraz sytuacji, która związana jest z silnym lękiem i stresem [16].

Odpowiednie przygotowanie chorego do zabiegu stanowi istotny element całego procesu leczenia. Im większa wiedza o pacjencie, o jego psychice, przyjmowanych lekach, chorobach współistniejących, aktualnym stanie zdrowia, tym większa możliwość pomocy w sytuacjach nagłych, zaskakujących. Zmniejsza się odsetek powikłań oraz zwiększa powodzenie zabiegu.

Wnioski

Przeprowadzone badania poddano wnikliwej analizie, co pozwoliło na sformułowanie następujących wniosków:

- płeć nie ma wpływu na częstotliwość występowania problemów pielęgnacyjnych po interwencyjnych zabiegach kardiologicznych;
- występowanie lęku i niepokoju dotyczyło znacznej liczby pacjentów;
- pacjenci wykazali zadowolenie ze świadczonych czynności pielęgnacyjnych, zabiegowych i kontaktów międzyludzkich.

Piśmiennictwo

1. Pruszczyk P, Hryniewiecki T, Dróżdż J. Kardiologia z elementami angiologii. Tom I. Warszawa: Medical Tribune Polska; 2011. 278.
2. Runge Marschall S, Ohman EM. Kardiologia Nettera. Tom I. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2009. 54.
3. Braunwald E. Choroby serca. Tom I. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2007. 413–442.
4. Czupryna A, Wilczek-Rużyczka E. Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa specjalistycznego. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2011. 9–24.
5. Gąsior M, Hawranek M, Poloński L. Podręcznik kardiologii. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2008. 128–130.
6. Kwiatkowska A, Krajewska-Kułak E (red.). Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Lublin: Czelej; 2003. 229–237.
7. Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K (red.). Podstawy pielęgniarstwa. Tom I. Założenia teoretyczne. Wyd. II. Lublin: Czelej; 2008. 21–79.
8. Szabla Z, Reczek A, Brzostek T. Problemy pielęgnacyjne i stopień ich rozwiązania w ocenie chorych leczonych przezskórną angioplastyką wieńcową z powodu ostrego zespołu wieńcowego. Problemy Pielęgniarstwa. 2008; 16 (4): 343–351.
9. Wrońska I, Mariański J. Etyka w pracy pielęgniarskiej. Lublin: Czelej; 2002. 181.
10. Erickson J, Holm LJ, Chelminiak L, Ditomassi M. Why not nursing? Nursing. 2005; 35 (7): 46–49.
11. Styrc L. Zachowania i postawy zdrowia. Nasze Sprawy. 2012; 7: 12–13.
12. Cudak J, Dobrzyń D, Kołodziej W. Opieka pielęgniarska w opinii pacjentów poddanych zabiegom w Pracowni Hemodynamiki. Eukrasia. 2013; 16: 21–34.
13. Eliliot M, Coventry A. Critical care: eight vital signs of patients monitoring. British Journal of Nursing. 2012; 21 (10): 621–625.
14. Legutko J, Dudek D. Powikłania ogólne i miejscowe diagnostyki oraz leczenia inwazyjnego choroby wieńcowej. Postępy Kardiologii Interwencyjnej. 2009; 5: 188–197.
15. Płaszewska-Żywko L, Klecha L. Porównanie wybranych aspektów opieki nad chorymi po zabiegach koronarografii z dostępu przez tętnicę udową i tętnicę promieniową. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne. 2011; 2: 93–98.
16. Kaszuba D, Nowicka A. Pielęgniarstwo kardiologiczne. Warszawa: PZWL; 2011. 59–63.

Artykuł przyjęty do redakcji: 13.01.2015
Artykuł przyjęty do publikacji: 23.03.2015

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

Adres do korespondencji:
Agnieszka Lesiak
ul. Kościelna 6
41-303 Dąbrowa Górnicza
tel.: 507 685 203
e-mail: kancelaria@wsps.pl
Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego
w Dąbrowie Górniczej

STRES I SPOSOBY RADZENIA SOBIE Z NIM NA PRZYKŁADZIE OSÓB Z NIEDOSŁUCHEM

STRESS AND COPING WITH STRESS ON THE EXAMPLE OF PEOPLE WITH HEARING LOSS

Mariola Janiszewska[1], Teresa Bernedetta Kulik[1], Edyta Sztorc[2], Ewelina Firlej[1], Agnieszka Barańska[1]

[1] Katedra Zdrowia Publicznego
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
[2] Grupa LUX MED – prywatna opieka medyczna

STRESZCZENIE

Wstęp. Słuch jest istotnym elementem naszej egzystencji. Służy do porozumiewania się, podtrzymywania bliskich relacji międzyludzkich. Sprawia, że możemy wyrazić swoje emocje, uczucia, przemyślenia, wnioski czy poglądy. Za podejmowaniem badań poświęconych tej grupie zaburzeń przemawia wiele „społecznych" stereotypów, które w efekcie potęgują marginalizację zawodową i ograniczenia komunikacyjne osób z niedosłuchem.
Cel. Celem pracy było określenie źródeł stresu oraz sposobów radzenia sobie z nim u osób z niedosłuchem.
Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie oraz Centrum Medycznym Luxmed wśród 126 pacjentów z niedosłuchem. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Niezbędne obliczenia wykonano za pomocą programu IBM SPSS Statistics w wersji 19. Do analizy statystycznej wykorzystano test chi-kwadrat.
Wyniki. Analiza statystyczna dowiodła, iż osoby z niedosłuchem często poddane są ekspozycji na czynniki stresujące. Stopień niedosłuchu determinuje natężenie doznawanego stresu, podobnie jak stopień uszkodzenia narządu słuchu. Analiza wykazała istotne statystycznie zależności między stopniem uszkodzenia słuchu, stresem a relacjami z otoczeniem.
Wnioski. Problematyka zaburzeń słuchu jest niezmiernie istotna z uwagi na fakt, iż wielu ludzi borykających się z niedosłuchem ulega częstym sytuacjom stresowym. Potrzebna jest pogłębiona analiza tego zjawiska celem minimalizowania przykrych konsekwencji.

SŁOWA KLUCZOWE: niedosłuch, stres, pacjent.

ABSTRACT

Introduction. Hearing is an important part of the existence. It is used for communication, maintaining close relationships. Hearing makes that we can express our emotions, feelings, thoughts, conclusions or opinions. The reasons for conducting research on this group of disorders are many 'social' stereotypes which aggravate the marginalization of professional and communication constraints of people with hearing loss.
Aim. The aim of the study is to determine the sources of stress and how to deal with it among people with hearing loss.
Material and methods. The study was conducted in the Public Clinical Hospital No. 4 in Lublin and the Luxmed Medical Center. The study involved 126 patients with hearing loss. The research tool was a questionnaire of own authorship. Calculations were performed using IBM SPSS Statistics version 19. Used for statistical analysis was chi-square test.
Results. Statistical analysis showed that people with hearing loss are exposed to stressors very often. The degree of hearing loss determines the intensity of stress experienced, as well as the degree of damage to hearing. The analysis showed a statistically significant relationship between the degree of hearing loss, stress and relationship with the environment.
Conclusions. The issue of hearing disorders is extremely important due to the fact that many people with hearing loss experience frequent stressful situations. It is necessary to in-depth analyse this phenomenon objective of minimizing unpleasant consequences.

KEYWORDS: hearing loss, stress, patient.

Wstęp

Stres towarzyszy człowiekowi od początku istnienia, jednak nie zawsze był on przedmiotem badań i interpretacji. Pierwsi przedstawiciele medycyny psychosomatycznej w latach 20. i 30. XX wieku uznali, że powstanie niektórych schorzeń wiąże się z pojawieniem się konfliktów wewnętrznych, traumy przeżytej w dzieciństwie lub z określonym typem osobowości. Te twierdzenia zostały potwierdzone przez Iwana Pawłowa, Waltera Cannona, a także Hansa Selyea, którzy prowadzili badania na zwierzętach i zaobserwowali, że w sytuacji zagrożenia następują zmiany w organizmie mobilizujące do ataku lub ucieczki [1]. Podobnie u osób z niedosłuchem w sytuacji napięcia, niepewności, zagrożenia dochodzi do „ucieczki" z życia społecznego czy zawodowego. Towarzyszy temu silny stres. Stres oraz efektywne radzenie sobie z nim, jako zjawiska mające wpływ na nasze procesy emocjonalne i fizjologiczne, stają się

we współczesnym świecie przedmiotem zainteresowania [2].

Stanisław Grochmal wyróżnił kilka rodzajów stresu: stres biologiczny (somatyczny), stres psychiczny oraz stres emocjonalny. A zatem zaburzenia zmysłów – zmysłu słuchu – wynikają nie tylko z patologii w zakresie biologicznych struktur, ale także oddziaływania sfery emocjonalnej i psychicznej. W wyniku zaistnienia określonej sytuacji, której nie umiemy sprostać, a która zagraża naszemu spokojowi i równowadze psychicznej, pojawia się silny stres wprowadzający dezorganizacje naszych zachowań [3]. W dobie szybkiego postępu cywilizacyjnego człowiek nie wypracował sobie mechanizmów obronnych adekwatnych do nowych stresorów i zagrożeń, z którymi się styka [4]. Podstawą w radzeniu sobie ze stresem jest zidentyfikowanie stresu i zaobserwowanie go. Ludzie nie potrafią radzić sobie z sytuacjami trudnymi, gdyż nie wiedzą, gdzie leży źródło danego problemu [5]. Thomas Holmes i Rihard Rahe, prowadząc badania na temat stresujących wydarzeń życiowych, jako jedno z najważniejszych wyodrębnili chorobę (niedosłuch). Doświadczenie ciężkiej choroby jest jednym z trudniejszych doświadczeń w życiu człowieka, stanowiąc szczególny rodzaj stresora [6].

Niedosłuch – współczesny problem

Szacuje się, że w Polsce około 100 tysięcy osób ma problemy ze słuchem. Są one na tyle istotne, że utrudniają swobodną komunikację z otoczeniem. Szacunki te nie obejmują licznej grupy osób, które utraciły zdolność słyszenia wraz z wiekiem. Liczba osób niesłyszących zmienia się w zależności od tego, jakie kryterium uznamy za przesłankę do oceny poziomu słyszenia. Populacja osób głuchych czy niesłyszących jest bardzo zróżnicowana. Wyróżniamy w niej: głuchoniemych, głuchych, niesłyszących, niedosłyszących, słabo słyszących, osoby z wadą słuchu, osoby z niepełnosprawnością słuchową, inwalidów słuchu, głuchych [7]. Widoczny jest związek pomiędzy długotrwałym stresem i problemami ze słuchem, na co wskazują badania eksperymentalne i epidemiologiczne [8]. Literatura naukowa interpretuje niedosłuch jako zaburzenie ze strony narządu słuchu, które polega na błędnym przewodzeniu lub odbieraniu dźwięków. Natomiast wraz z wiekiem rośnie częstość występowania wady słuchu [9]. Słuch – jako jeden z podstawowych zmysłów niezbędnych w komunikacji między ludźmi, a jednocześnie ostrzegający przed sygnałami niebezpieczeństwa – jest ustawicznie narażony na uszkodzenia wywołane czynnikami wewnętrznymi (starzenie się narządu słuchu) i zewnętrznymi (np. hałasem). Stąd też każdy niedosłuch wymaga właściwego postępowania, którego celem jest poprawa sprawności słyszenia albo przez właściwe leczenie, albo przez protezowanie [10].

Zgodnie z opracowaniem Międzynarodowego Biura Audiofonologii wyróżniamy:

- niedosłuch lekki 20–40 dB,
- niedosłuch umiarkowany 40–90 dB,
- niedosłuch znaczny 70–90 dB,
- niedosłuch głęboki – powyżej 90 dB [11].

Istotnym problemem osób niedosłyszących jest komunikacja. To komunikacja jest często barierą nie do pokonania przez osobę niedosłyszącą. Samodzielne załatwienie własnej sprawy jest praktycznie niemożliwe, ponieważ jest zbyt mało osób znających język migowy. Dlatego dochodzi do izolowania osoby niedosłyszącej, głuchej [12]. Kolejnym problemem jest praca. Jak wiadomo, życie zawodowe jest istotnym elementem, chociażby ze względów materialnych. Każdy ma potrzeby, które pragnie zaspokajać. A to właśnie godna praca pozwala osobie z zaburzeniami słuchu być przekonaną o użyteczności społecznej [13].

Cel pracy

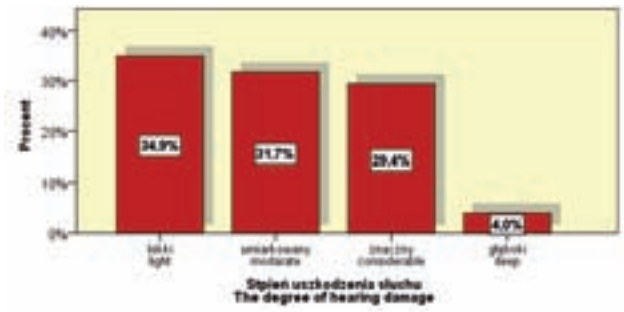
Celem niniejszej pracy było określenie źródeł stresu oraz sposobów radzenia sobie z nim u osób z niedosłuchem.

Materiał i metody

Badaniami objęto 126 pacjentów, w tym: 57% stanowiły kobiety, a 43% – mężczyźni. Respondenci znajdowali się w przedziale wiekowym 15–60 lat. Badania zostały przeprowadzone w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie oraz Centrum Medycznym Luxmed wśród pacjentów z niedosłuchem. Ankieta składała się z 26 pytań zamkniętych. Wśród pytań zamkniętych dominowały pytania dysjunktywne (możliwość jednej odpowiedzi). Badania miały charakter anonimowy. Zebrany materiał został poddany analizie statystycznej z zastosowaniem programu IBM SPSS Statistics w wersji 19. Istotność różnic sprawdzono testem chi-kwadrat. Przyjęto poziom istotności statystycznej $p < 0,05$.

Wyniki

Przeprowadzone badania miały na celu określenie poziomu stresu, jaki występuje wśród osób z niedosłuchem. Poniżej przedstawiona zostanie analiza poszczególnych pytań oraz uzyskanych odpowiedzi. Wszystkie pytania zostały skorelowane ze stopniem uszkodzenia słuchu.



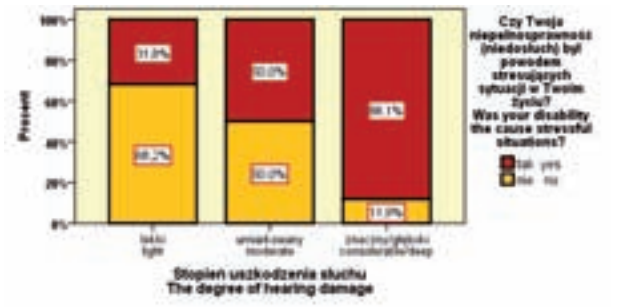
Rycina 1. Stopień uszkodzenia słuchu badanych
Figure 1. The degree of hearing damage among the respondents
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Z przeprowadzonego sondażu wynika, iż największą grupę wśród badanych (35%) stanowią respondenci z lekkim uszkodzeniem słuchu, 32% – z umiarkowanym uszkodzeniem słuchu, natomiast osoby ze znacznym niedosłuchem stanowiły 29% badanych. Zaledwie 4% badanych wskazywało na głębokie uszkodzenie słuchu (**Rycina 1**).

Tabela 1. Stopień uszkodzenia słuchu badanych. Testy chi-kwadrat
Table 1. The degree of hearing damage among the respondents. Chi--square tests

	Wartość/ *Value*	df	Istotność asymptotyczna (dwustronna)/ *Asymptotic significance*
Chi-kwadrat Pearsona/*Pearson's chi-square test*	20,599[a]	6	,002
Iloraz wiarygodności/*Validity ratio*	22,757	6	,001
Test związku liniowego/*Linear connection test*	17,587	1	,000
N ważnych obserwacji/*N of valid observations*	126		

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



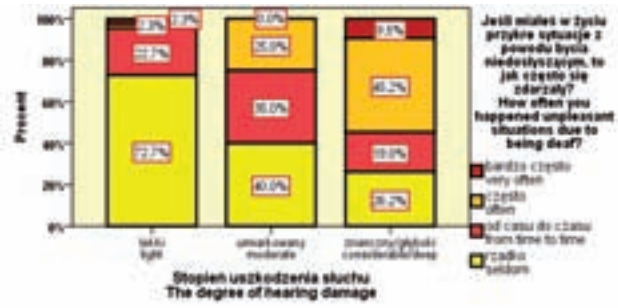
Rycina 2. Niepełnosprawność jako powód sytuacji stresujących
Figure 2. Disability as a reason for stressful situations
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Co ciekawe, analiza statystyczna dokonana z zastosowaniem testu chi-kwadrat wykazała wysoce istotne statystycznie zależności między stopniem uszkodzenia słuchu a tym, iż niepełnosprawność przyczyniła się do stresującej sytuacji w życiu badanego (chi^2= 28,62910,626, p = 0,000) (**Tabela 2**). Otóż biorąc pod uwagę osoby z lekkim uszkodzeniem słuchu, można stwierdzić, iż znaczna ich część (68%) nie doświadczyła sytuacji stresujących z powodu zaburzeń słuchu. W kolejnej grupie pacjentów – z umiarkowanym uszkodzeniem słuchu – odpowiedzi ułożyły się po połowie. Analizując następną grupę osób – tym razem z zaburzeniami słuchu znacznymi/głębokimi – widać, że zdecydowana większość badanych (88%) doświadczyła sytuacji stresujących z powodu swojego zaburzenia. Podsumowując, wraz ze wzrostem stopnia uszkodzenia słuchu rosną sytuacje stresujące z powodu niedosłuchu (**Rycina 2**).

Tabela 2. Niepełnosprawność jako powód sytuacji stresujących. Testy chi-kwadrat
Table 2. Disability as a reason for stressful situations. Chi-square tests

	Wartość/ *Value*	df	Istotność asymptotyczna (dwustronna)/ *Asymptotic significance*
Chi-kwadrat Pearsona/*Pearson's chi-square test*	28,629[a]	2	,000
Iloraz wiarygodności/*Validity ratio*	31,479	2	,000
Test związku liniowego/*Linear connection test*	27,310	1	,000
N ważnych obserwacji/*N of valid observations*	126		

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 3. Stopień uszkodzenia słuchu a częstość występowania przykrych sytuacji z powodu zaburzeń słuchu
Figure 3. The degree of hearing damage with regard to the incidence of unpleasant situations for being hearing impaired
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

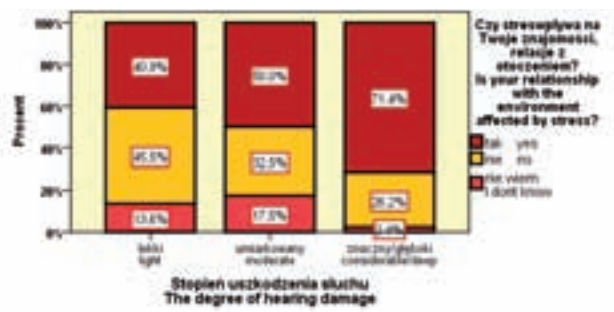
Badanie korelacji między stopniem uszkodzenia słuchu a częstością występowania przykrych sytuacji wykazało zależności istotne statystycznie ($chi^2 = 34,632$, p = 0,000) (**Tabela 3**). Prawie trzy czwarte osób (73%) z lekkim uszkodzeniem słuchu rzadko doświadczało przykrych sytuacji, 23% spotyka się z takimi sytuacjami od czasu do czasu. W grupie osób z umiarkowanym stopniem uszkodzenia słuchu: nieco mniej niż połowa badanych (40%) doświadcza przykrych sytuacji rzadko, 35% respondentów przeżywa niemiłe sytuacje od czasu do czasu. Trzecia grupa to osoby ze znacznym/głębokim stopniem uszkodzenia słuchu. W tej grupie aż 45% badanych często doświadcza sytuacji przykrych z powodu bycia niedosłyszącym, a 26% – rzadko. Wraz ze wzrostem stopnia uszkodzenia słuchu rośnie częstość występowania przykrych sytuacji z powodu uszkodzenia słuchu (**Rycina 3**).

Tabela 3. Stopień uszkodzenia słuchu z uwzględnieniem częstości występowania przykrych sytuacji z powodu bycia niedosłyszącym. Testy chi-kwadrat

Table 3. The degree of hearing damage with regard to the incidence of unpleasant situations for people with being hearing impairment. Chi-square tests

	Wartość/ *Value*	df	Istotność asymptotyczna (dwustronna)/ *Asymptotic significance*
Chi-kwadrat Pearsona/*Pearson's chi-square test*	34,632[a]	6	,000
Iloraz wiarygodności/ *Validity ratio*	39,068	6	,000
Test związku liniowego/*Linear connection test*	27,371	1	,000
N ważnych obserwacji/*N of valid observations*	126		

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 4. Stopień uszkodzenia słuchu a relacje z otoczeniem
Figure 4. The degree of hearing damage and the relationship with the environment

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

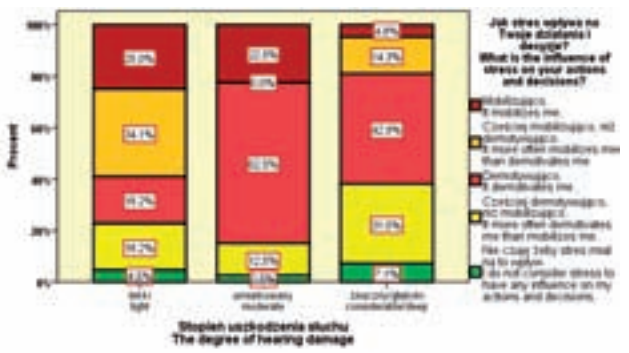
Analiza wykazała istotnie statystycznie zależności między stopniem uszkodzenia słuchu a tym, czy stres wpływa na znajomości, relacje z otoczeniem ($chi^2 = 10,865$, p = 0,028) (**Tabela 4**). Znaczna większość badanych (45,5%) z lekkim uszkodzeniem słuchu uważa, iż stres nie wpływa na relacje z otoczeniem, przy czym 41% sądzi przeciwnie. W grupie osób z umiarkowanym stopniem uszkodzenia słuchu połowa badanych (50%) sądzi, iż stres ma wpływ na kontakt z otoczeniem. Zdecydowana większość respondentów (71%) z lekkim zaburzeniem słuchu uważa, iż stres ma odzwierciedlenie w relacjach z otoczeniem. Wraz ze wzrostem stopnia uszkodzenia słuchu rośnie liczba osób, które twierdzą, iż stres ma wpływ na znajomości, relacje z otoczeniem (**Rycina 4**).

Tabela 4. Stopień uszkodzenia słuchu a relacje z otoczeniem. Testy chi-kwadrat

Table 4. The degree of hearing damage and the relationship with the environment. Chi-square tests

	Wartość/ *Value*	df	Istotność asymptotyczna (dwustronna)/ *Asymptotic significance*
Chi-kwadrat Pearsona/ *Pearson's chi-square test*	10,865[a]	4	,028
Iloraz wiarygodności/ *Validity ratio*	11,874	4	,018
Test związku liniowego/*Linear connection test*	7,878	1	,005
N ważnych obserwacji/*N of valid observations*	126		

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 5. Stopień uszkodzenia słuchu a to, jak stres wpływa na działania i decyzje badanego
Figure 5. The degree of hearing damage and the impact of stress on the actions and decision of respondents

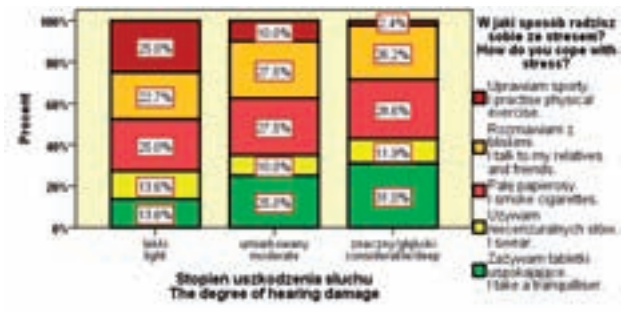
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Analiza statystyczna wykazała wysoce istotne statystycznie zależności między stopniem uszkodzenia słuchu a tym, jak stres wpływa na działania i decyzje (chi^2 = 35,485, p = 0,000) (**Tabela 5**). Wśród osób z lekkim uszkodzeniem słuchu 34% badanych odpowiedziało, że stres działa na nich częściej mobilizująco niż demotywująco. W grupie osób z umiarkowanym uszkodzeniem słuchu aż 62,5% badanych twierdzi, że stres działa na nich demotywująco. Wśród osób ze znacznym/głębokim uszkodzeniem słuchu prawie połowa badanych odpowiedziała, że stres działa na ich decyzje demotywująco. Podsumowując, znaczna część osób z umiarkowanym stopniem niedosłuchu twierdzi, że stres działa demotywująco, natomiast pozytywnym aspektem jest to, że na osoby z lekkim stopniem uszkodzenia słuchu stres działa bardziej mobilizująco niż demotywująco (**Rycina 5**).

Tabela 5. Stopień uszkodzenia słuchu a to, jak stres wpływa na działania i decyzje badanego. Testy chi-kwadrat
Table 5. The degree of hearing damage and the impact of stress on the actions and decisions of respondents. Chi-square tests

	Wartość/ *Value*	df	Istotność asymptotyczna (dwustronna)/ *Asymptotic significance*
Chi-kwadrat Pearsona/*Pearson's chi-square test*	35,485[a]	8	,000
Iloraz wiarygodności/*Validity ratio*	42,321	8	,000
Test związku liniowego/*Linear connection test*	10,696	1	,001
N ważnych obserwacji/*N of valid observations*	126		

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 6. Sposoby radzenia sobie badanych ze stresem
Figure 6. Methods of coping with stress
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Badanie korelacji między stopniem uszkodzenia słuchu a tym, w jaki sposób osoby badane radzą sobie ze stresem, nie wykazało różnic istotnie statystycznych (chi^2 = 12,437, p = 0,133) (**Tabela 6**). Wśród osób z lekkim uszkodzeniem słuchu jedna czwarta badanych (25%) radzi sobie ze stresem poprzez uprawianie sportu, tyle samo osób pali papierosy, 22,7% osób rozmawia z bliskimi. W grupie osób z umiarkowanym stopniem uszkodzenia słuchu 27,5% badanych pali papierosy, aby poradzić sobie ze stresem, taka sama liczba ankietowanych odpowiedziała, iż rozmawia z bliskimi. Wśród osób ze znacznym/głębokim stopniem uszkodzenia słuchu aż 31% badanych zażywa tabletki uspokajające dla rozładowania stresu, a 29% pali papierosy. Podsumowując, zaskakujące jest to, że najwięcej badanych wśród osób ze znacznym/głębokim stopniem uszkodzenia słuchu zażywa tabletki uspokajające, aby poradzić sobie ze stresem, jednak pozytywnym aspektem jest to, iż spora część badanych z lekkim stopniem uszkodzenia słuchu uprawia sporty, aby rozładować stres (**Rycina 6**).

Tabela 6. Sposoby radzenia sobie ze stresem badanych. Testy chi-kwadrat
Table 6. Methods of coping with stress. Chi-square tests

	Wartość/ *Value*	df	Istotność asymptotyczna (dwustronna)/ *Asymptotic significance*
Chi-kwadrat Pearsona/*Pearson's chi-square test*	12,437[a]	8	,133
Iloraz wiarygodności/*Validity ratio*	13,268	8	,103
Test związku liniowego/*Linear connection test*	6,637	1	,010
N ważnych obserwacji/*N of valid observations*	126		

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Podsumowanie

Z roku na rok nasze życie staje się coraz bardziej intensywne. Jednak wraz z postępem cywilizacyjnym rosną jego skutki uboczne. Każdego dnia doświadczamy różnych nacisków, podlegamy ograniczeniom i wymaganiom, którym nie zawsze możemy sprostać. Wszystko to powoduje, że w naszym życiu pojawia się stres. Wpływa on na stan naszego zdrowia fizycznego i psychicznego.

Osoby z zaburzeniem słuchu są w społeczeństwie mniejszością. To, jak będą funkcjonować, w dużej mierze zależy od nas samych. To ludzie całkowicie sprawni

powinni zaakceptować i rozumieć potrzeby osób niedosłyszących.

Nowe technologie są pomocne dla ludzi z niedosłuchem, sprawiają, że chociaż część czynności mogą wykonywać sami. Jednak wciąż borykają się z wieloma problemami, szczególnie komunikacyjnymi. Najistotniejszym rozwiązaniem problemu, jakimi są wykluczenie z życia zawodowego i marginalizacja osób z zaburzeniami słuchu, jest walka ze stereotypami. W dzisiejszych czasach staje się to bardzo ważne, ponieważ osoby niedosłyszące i niesłyszące stają się często w życiu zawodowym pracownikami, o których mówi się, że są gorszej kategorii. Sytuacja ta nie zmieni się, dopóki nie zostaną zlikwidowane bariery mentalne [13]. Osoby z zaburzeniami słuchu potrzebują od społeczności zrozumienia, cierpliwości, wyjścia naprzeciw, a przede wszystkim pomocy i dużego wsparcia.

Wnioski

1. Stopień niedosłuchu determinuje poziom doznawanego stresu. Ponad połowa badanych doświadczyła sytuacji stresujących z powodu bycia osobą niedosłyszącą. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na potrzebę edukacji społeczeństwa w celu podnoszenia świadomości na temat zaburzeń słuchu. Większa wiedza może wpływać na postawy, zachowania i stosunek względem osób z niedosłuchem.
2. Wraz ze wzrostem stopnia uszkodzenia słuchu rośnie częstość występowania przykrych sytuacji. Tak przedstawiające się wyniki świadczą o tym, że im większy stopień niepełnosprawności, tym mniejsza przychylność społeczna. Spadek tolerancji wiąże się z mniejszą pomocą i mniejszym szacunkiem względem tych osób.
3. Ponad połowa badanych uważa, że stres wpływa na ich relacje z otoczeniem, co tłumaczy narastającą izolację społeczną tej grupy osób. Ponadto widoczny jest rosnący poziom lęku, który uniemożliwia osobie z niedosłuchem wyjście naprzeciw wyzwaniom współczesnego świata.
4. Oddziaływanie stresu na osoby z niedosłuchem to przede wszystkim demotywacja w stosunku do podejmowanych działań i wzrost negatywnych form rozładowania napięć, tj. palenie papierosów czy zażywanie tabletek uspokajających. W konsekwencji stres generuje pogarszającą się sytuację rodzinną, społeczną czy zawodową. Konieczne jest podejmowanie dalszych przedsięwzięć celem poprawy istniejącej sytuacji.

Piśmiennictwo

1. Wrześniewski K. Cena stresu. Charaktery. 2000; 4: 19.
2. Surowiec B. Negatywne skutki zdrowotne stresu, http://www.forumginekologiczne.pl/txt/a,6792,1,negatywne-skutki-zdrowotne-stresu#.T4QKEluxXNQ (data dostępu: 25.06.2014).
3. Grochmal S. Zaufaj sobie. Warszawa: PZWL; 1987. 59–61.
4. Terelak JF. Stres psychologiczny. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta; 1995. 68.
5. Ogińska-Bulik N. Stres zawodowy w zawodach usług społecznych. Źródła – konsekwencje – zapobieganie. Warszawa: Difin; 2006. 184.
6. Czubalski K. Wpływ choroby na stan psychiczny i zachowanie człowieka chorego. Sztuka Leczenia. 1995; 3: 53–59.
7. Czajkowska-Kisil M. Niepełnosprawność słuchowa jako przesłanka dyskryminacji. Tekst opracowany na V seminarium specjalistyczne pt. Niepełnosprawność wzrokowa, wzorkowo-słuchowa i niepełnosprawność słuchowa jako przesłanki dyskryminacji. 2–3.
8. Hasson D, Theorell T, Liljeholm-Johansson Y. Psychosocial and physiological correlates of self-reported hearing problems in male and female musicians in symphony orchestras. Int J Psychophysiol. 2009; 74: 93–100.
9. Latkowski JB. Niedosłuch – kiedy powiedzieć STOP intensywnemu leczeniu? Słuch. 2012; 4: 1–4.
10. Perier O. Opracowanie Międzynarodowego Biura Audiofonologii. Warszawa: WSIP; 1992. 108–112.
11. Zasady komunikacji z osobami niesłyszącymi lub niedosłyszącymi, http://www.seniovita.pl/?zasady-komunikacji-z-osobami-nieslyszacymi-lub-niedoslyszacymi,64# (data dostępu: 27.06.2014).
12. Borowski R. Pedagogiczno-społeczne problemy osób niepełnosprawnych. Płock: Novum; 2006. 191.
13. Widesperd barriers in the labour market, http://political.hear-it.org/page.dsp?page=3323 (data dostępu: 27.06.2014).

Artykuł przyjęty do redakcji: 30.11.2014
Artykuł przyjęty do publikacji: 28.06.2015

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

Adres do korespondencji:
Mariola Janiszewska
ul. Witolda Chodźki 1
20-093 Lublin
tel./fax: 81 7423712
e-mail: mariola.janiszewska@gmail.com
Katedra Zdrowia Publicznego,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

WARTOŚCIOWANIE ZDROWIA WŚRÓD OSÓB STARSZYCH NA PRZYKŁADZIE STUDENTÓW UNIWERSYTETU TRZECIEGO WIEKU

VALUING HEALTH AMONG THE ELDERLY ON THE EXAMPLE OF STUDENTS AT THE UNIVERSITY OF THE THIRD AGE

Mariola Janiszewska[1], Teresa Bernadetta Kulik[1], Dorota Żołnierczuk-Kieliszek[1], Katarzyna Pawlikowska-Łagód[2], Aneta Kryk[3]

[1] Katedra Zdrowia Publicznego
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
[2] Zakład Etyki i Filozofii Człowieka
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
[3] Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Matematyki i Biostatystyki Medycznej
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

STRESZCZENIE

Wstęp. „Być zdrowym" dla osób starszych staje się potrzebą najwyższego rzędu. W tym okresie życia szczególnie ważna jest nie tylko długość, ale również jakość życia.
Cel. Celem pracy jest ustalenie sposobu wartościowania zdrowia przez osoby starsze.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono w 2010 roku wśród słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku w makroregionie lubelskim. Wiek badanych wahał się od 54 do 85 lat. Badanie zrealizowano metodą sondażu diagnostycznego, narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety oraz Lista Kryteriów Zdrowia autorstwa Z. Juczyńskiego. Do analizy włączono 504 zestawy kwestionariuszy. Analizę statystyczną wykonano z zastosowaniem testu U Manna-Whitneya.
Wyniki i wnioski. Uszeregowanie rangowe kryteriów zdrowia pozwoliło na ustalenie różnic/podobieństw dotyczących wyborów, jakich dokonali badani. Uzyskane wyniki wskazują na zbliżone rozumienie zdrowia wśród badanych bez względu na wiek, obecność choroby oraz stan cywilny. Analiza statystyczna wykazała, że dla badanych „być zdrowym" w pierwszej kolejności znaczy „dożyć późnej starości", „czuć się szczęśliwym przez większość czasu" oraz „mieć sprawne wszystkie części ciała". Osoby starsze największą wagę przykładają do zdrowia rozumianego jako cel i stan. Kolejno badani utożsamiali zdrowie z pewnymi właściwościami, takimi jak: „mieć sprawne wszystkie części ciała", „nie chorować", „nie odczuwać dolegliwości fizycznych". Wyniki mogą być pomocne w planowaniu polityki ochrony zdrowia i pomocy społecznej, a także działań polityki rodzinnej.

SŁOWA KLUCZOWE: zdrowie, osoby starsze, starość.

ABSTRACT

Introduction. For the elderly 'to be healthy' becomes the most important need. In this period of life the quality of life is of particular importance, it is even more important than the life expectancy.
Aim. The aim of this study is to determine the method of health valuation by the elderly.
Material and methods. The study was conducted in 2010 among the students of Third Age Universities in Lublin macroregion. The age of the examined varied from 54 to 85 years. The research was realized by means of a survey method. The standardized questionnaire Health Criteria List by Z. Juczyński and an original questionnaire were used as research tools. The analysis included 504 sets of questionnaires. The statistical analysis was performed using a U test by Mann-Whitney.
Results and conclusions. The health criteria ranking allowed to determine the differences/similarities of the choices made by the respondents. The obtained results indicate a similar understanding of health among respondents regardless of their age, the presence of the disease as well as marital status. Statistical analysis showed that for the respondents 'to be healthy' first means 'to live into old age', 'feel happy most of the time' and 'have all parts of the body agile'. Older people attribute the greatest importance to health understood as a goal and status. Sequentially respondents identified health with certain attributes, such as 'to have all parts of the body agile', 'do not get sick', 'do not feel physical ailments'. The results may be helpful in the health policy planning process as well as social security and family policy planning.

KEYWORDS: health, elderly, old age.

Wstęp

W dzisiejszych czasach pojęcia starości i starzenia się zyskały nowe oblicze. Aktualnie coraz więcej osób odchodzi od stereotypu, że seniorzy stanowią ciężar dla społeczeństwa. Coraz bardziej stają się aktywni społecznie, zawodowo, fizycznie i towarzysko. Określenie „być zdrowym'' ma dla wielu ludzi różne znaczenie, wynika to z wielorakich uwarunkowań zdrowia i zależy m.in. od wieku, płci, sytuacji zdrowotnej, społecznej, ale też od systemu wartości wskazującego cele życiowe [1]. Zasadnicze różnice występują w profesjonalnym ujęciu zdrowia, wyznaczonym wydolnością fizyczną, posiadaniem zasobów społecznych i osobistych, a podejściem laickim koncentrującym się

najczęściej na wymiarze fizycznym, a czasami także psychicznym. Dla aktywnych osób starszych zdrowie staje się potrzebą najwyższego rzędu. Wiek starszy to okres, w którym spodziewać się możemy złego stanu zdrowia. To, jakie będziemy mieli zdrowie, zależy tylko od nas, od tego, jak się szanowaliśmy przez całe nasze życie, od naszego nastawienia i podejścia do samej starości [2].

Należy więc wzmocnić instytucje wsparcia społecznego dla ludzi starszych, aby nie pozostali w ostatniej dekadzie swojego życia sami, niepotrzebni, odrzuceni. Takim rozwiązaniem może być Uniwersytet Trzeciego Wieku. Dla seniorów udział w zajęciach prowadzonych przez taką instytucję może być czynnikiem sprzyjającym zachowaniu przyjętego rytmu życia, kontaktów społecznych oraz większej dbałości o zdrowie [3].

Cel pracy

Celem badań było ustalenie sposobu wartościowania zdrowia przez osoby starsze.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w okresie od kwietnia do lipca 2010 roku wśród słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku w makroregionie lubelskim. Badanie zrealizowano metodą sondażu diagnostycznego, techniką był autorski kwestionariusz ankiety oraz Lista Kryteriów Zdrowia (LKZ) autorstwa Z. Juczyńskiego z 2001 r. Lista Kryteriów Zdrowia zawiera 24 stwierdzenia opisujące pozytywne elementy trzech wymiarów zdrowia: fizycznego, psychicznego i społecznego, a wyniki badania pozwalają ustalić preferencje badanych odnośnie wyznaczników ich zdrowia, poznanie tego, co badani rozumieją pod pojęciem zdrowia, co dla danej jednostki oznacza „być zdrowym", w jakim stopniu zdrowie utożsamiane jest ze stanem, procesem lub właściwością. Badany zaznacza swoje preferencje, wskazując, które z podanych stwierdzeń są ważne w ocenie zdrowia, a spośród wybranych te, które są najważniejsze. W rezultacie otrzymuje się uszeregowanie rangowe wszystkich możliwych do wyboru 24 kryteriów zdrowia, charakteryzujących badaną grupę. W interpretacji zwraca się też uwagę na rozkłady liczebności rang dla poszczególnych kryteriów zdrowia. LKZ może być użyteczna w działaniach modyfikujących zachowania zdrowotne, w terapii i rehabilitacji.

Analiza statystyczna

Do celów naukowych i analiz statystycznych pogrupowano badaną populację osób starszych według klasyfikacji D.B. Bromleya na badanych do 65. roku (grupa I) oraz osoby powyżej 65. roku życia (grupa II). Do analizy statystycznej włączono 504 zestawy kwestionariuszy prawidłowo wypełnionych przez słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Wiek respondentów zawierał się w przedziale 54 do 85 lat. Odpowiedzi respondentów zostały zakodowane w uprzednio przygotowanej do tego celu bazie danych. Następnie uzyskany w ten sposób materiał badawczy został poddany analizie ilościowej. Niezbędne obliczenia wykonano z zastosowaniem testu U Manna-Whitneya.

Wyniki badań

Pierwszym etapem badań było porównanie w zakresie wyborów kryteriów zdrowia pomiędzy badanymi z grupy do 65. roku życia oraz badanymi po 65. roku życia (**Tabela 1**).

Tabela 1. Lista Kryteriów Zdrowia – porównanie badanych zróżnicowanych ze względu na wiek

Table 1. List of Health Criteria – comparison of respondents differentiated due to age

SKALA LKZ/ *SCALE LKZ*	GRUPA I/ *GROUP I* (badani do 65. roku życia) (*tested up to 65 years of age*)		GRUPA II/ *GROUP II* (badani powyżej 65. roku życia) (*tested over 65 years of age*)		TEST U Manna-Whitneya	
	M	SD	M	SD	Z	P
LKZ 1	2,04	2,06	2,12	2,04	0,52	0,599
LKZ 2	1,91	2,08	2,23	2,01	1,70	0,089
LKZ 3	0,64	1,37	0,67	1,40	0,10	0,918
LKZ 4	0,64	1,35	0,67	1,43	-0,11	0,909
LKZ 5	0,35	0,93	0,22	0,78	- 1,08	0,28
LKZ 6	0,15	0,59	0,10	0,48	- 0,51	0,607
LKZ 7	0,11	0,58	0,06	0,41	- 0,26	0,793
LKZ 8	0,15	0,67	0,16	0,73	- 0,12	0,900
LKZ 9	0,48	1,24	0,30	0,97	- 1,12	0,261
LKZ 10	0,51	1,11	0,75	1,40	1, 45	0,146
LKZ 11	0,11	0,55	0,14	0,60	0,19	0,845
LKZ 12	1,38	1,85	1,35	1,72	0,53	0,599
LKZ 13	0,10	0,51	0,14	0,60	0,36	0,716
LKZ 14	1,44	1,83	1,38	1,84	0,37	0,709
LKZ 15	0,12	0,59	0,12	0,60	0,07	0,945
LKZ 16	0,39	1,12	0,38	1,12	0,16	0,873
LKZ 17	0,88	1,54	0,83	1,51	0,32	0,750
LKZ 18	0,06	0,39	0,05	0,35	0,02	0,982
LKZ 19	0,07	0,43	0,08	0,36	0,17	0,868
LKZ 20	1,61	1,95	1,71	1,99	0,65	0,515
LKZ 21	0,58	1,35	0,35	1,03	1,26	0,208
LKZ 22	0,11	0,51	0,04	0,34	0,65	0,517
LKZ 23	0,55	1,31	0,42	1,10	0,84	0,399
LKZ 24	0,73	1,30	0,60	1,18	1,08	0,279
LKZ 25	0,00	0,00	0,03	0,33	0,21	0,831

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Analiza statystyczna z zastosowaniem testu U Manna-Whitneya nie wykazała różnic istotnych statystycznie w zakresie wyborów kryteriów zdrowia pomiędzy badanymi z grupy do 65. roku życia oraz badanymi po 65. roku życia. Jedynie w wyborze kryterium zdrowia definiowanego jako stan („czuć się szczęśliwym przez większość czasu") uzyskano różnicę zbliżoną do istotności statystycznej. Badani powyżej 65. roku życia częściej wskazywali na to kryterium zdrowia niż osoby z grupy I.

Tabela 2. Lista Kryteriów Zdrowia – rangi przypisane przez badanych zróżnicowanych ze względu na wiek
Table 2. Health Criteria List – ranking created by respondents differentiated due to age

SKALA LKZ/*SCALE LKZ*	RANGI	
	Grupa I	Grupa II
LKZ 1. Dożyć późnej starości/*To live to a ripe old age*	1	2
LKZ 2. Czuć się szczęśliwym przez większość czasu/*To feel happy most of the time*	2	1
LKZ 3. Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi/*To be able to get along with other people*	8,5	9
LKZ 4. Umieć rozwiązywać swoje problemy/*To be able to solve their problems*	8,5	8
LKZ 5. Należycie się odżywiać/*To eat properly*	15	15
LKZ 6. Dbać o wypoczynek, sen/*To take care of resting and sleeping*	16	20
LKZ 7. Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale/*To drink small amounts of alcohol or not at all*	21	22
LKZ 8. Nie palić tytoniu/*No smoking*	17	16
LKZ 9. Mieć odpowiednią wagę ciała/*To have adequate body weight*	13	14
LKZ 10. Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa/*To take your medicine exceptionally*	12	7
LKZ 11. Mieć dobry nastrój/*To have a good mood*	19,5	17
LKZ 12. Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych/*Not to feel any physical ailments*	5	5
LKZ 13. Potrafić pracować bez napięcia i stresu/*To be able to work without tension and stress*	22	18
LKZ 14. Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność/*Not to get sick, rarely suffer from flu, indigestion*	4	4
LKZ 15. Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę/*To have healthy eyes, hair, complexion*	18	19
LKZ 16. Umieć przystosowywać się do zmian w życiu/*To be able to adapt to changes in the life*	14	12
LKZ 17. Umieć się cieszyć z życia/*To know how to enjoy life*	6	6
LKZ 18. Być odpowiedzialnym/*To be responsible*	24	23
LKZ 19. Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami/*To be able to control his feelings and instincts*	23	21
LKZ 20. Mieć sprawne części ciała/*To have a smooth body parts*	3	3
LKZ 21. Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki/*To accept yourself, know your capabilities and shortcomings*	10	13
LKZ 22. Mieć pracę, różnorodne zainteresowania/*To have a job, a variety of interests*	19,5	24
LKZ 23. Czuć się dobrze/*To feel good*	11	11
LKZ 24. Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza/*Almost never have to go to the doctor*	7	10
LKZ 25. Inne – jakie/*Others – what*	25	25

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Uszeregowanie rangowe wszystkich możliwych do wyboru kryteriów zdrowia pozwala na ustalenie różnic/podobieństw dotyczących wyborów, jakich dokonali badani z grup I i II. Uszeregowanie rangowe pozwala ustalić, co dla danych osób z grup I i II znaczy „być zdrowym", w jakim stopniu zdrowie utożsamiane jest z celem, stanem, właściwością i procesem. Analiza statystyczna wykazała, że dla badanych z grupy I „być zdrowym" w pierwszej kolejności znaczy „dożyć późnej starości", „czuć się szczęśliwym przez większość czasu", na miejscu trzecim badani umieścili „mieć sprawne wszystkie części ciała", następnie „nie chorować, najwyżej rzadko na niestrawność lub grypę". Definiowanie zdrowia pokierowane wyborami grupy I wskazywało kolejno na zdrowie jako cel, stan, a następne trzy wybory dotyczyły zdrowia jako właściwości. Podobne spojrzenia na zdrowie mieli badani powyżej 65. roku życia, którzy poza pierwszymi dwoma wyborami wskazującymi na definiowanie zdrowia jako stan, a następnie cel wskazali trzykrotnie na zdrowie jako właściwość. Warto zaznaczyć, że do wyboru szóstego badani wybierali te same kryteria, ustawione poza pierwszym w tej samej kolejności. W dalszej kolejności do miejsca piętnastego badani wybrali te same kryteria, które nieznacznie różniły się kolejnością.

Tabela 3. Lista Kryteriów Zdrowia – porównanie badanych zróżnicowanych ze względu na obecność/brak choroby
Table 3. List of Health Criteria – comparing respondents differentiated due to the presence/absence of disease

SKALA LKZ/*SCALE LKZ*	Obecność choroby przewlekłej/*The presence of the disease*		Brak choroby przewlekłej/*The absence of disease*		TEST U Manna-Whitneya	
	M	SD	M	SD	Z	P
LKZ 1. Dożyć późnej starości/*To live to a ripe old age*	2,14	2,06	2,03	2,05	0,67	0,502
LKZ 2. Czuć się szczęśliwym przez większość czasu/*To feel happy most of the time*	1,94	2,05	2,22	2,03	-1,68	0,093
LKZ 3. Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi/*To be able to get along with other* pe ople	0,65	1,42	0,66	1,37	-0,38	0,702
LKZ 4. Umieć rozwiązywać swoje problemy/*To be able to solve their problems*	0,65	1,39	0,67	1,40	-0,26	0,797
LKZ 5. Należycie się odżywiać/*To eat properly*	0,25	0,79	0,31	0,91	-0,36	0,718
LKZ 6. Dbać o wypoczynek, sen/*To take care of resting, and sleeping*	0,09	0,45	0,16	0,60	-1,54	0,123
LKZ 7. Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale/*To drink small amounts of alcohol or not at all*	0,11	0,60	0,06	0,39	1,20	0,229
LKZ 8. Nie palić tytoniu/*No smoking*	0,18	0,78	0,13	0,63	0,83	0,405
LKZ 9. Mieć odpowiednią wagę ciała/*To have adequate body weight*	0,37	1,10	0,38	1,11	-0,22	0,822
LKZ 10. Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa/*To take your medicine sometimes*	0,70	1,38	0,60	1,19	0,55	0,581
LKZ 11. Mieć dobry nastrój/*To have a good mood*	0,18	0,69	0,08	0,45	1,95	0,052
LKZ 12. Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych/*Not to feel any physical ailments*	1,43	1,82	1,30	1,74	0,97	0,330
LKZ 13. Potrafić pracować bez napięcia i stresu/*To be able to work without tension and stress*	0,15	0,63	0,09	0,49	0,89	0,372
LKZ 14. Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność/*Not to get sick, to suffer from flu, indigestion*	1,41	1,80	1,41	1,86	0,01	0,988
LKZ 15. Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę/*To have healthy eyes, hair, complexion*	0,15	0,65	0,10	0,55	0,48	0,632
LKZ 16. Umieć przystosowywać się do zmian w życiu/*To be able to adapt to changes in the life*	0,35	1,08	0,42	1,15	-0,79	0,431
LKZ 17. Umieć się cieszyć z życia/*To know how to enjoy life*	0,81	1,45	0,89	1,59	-0,29	0,770
LKZ 18. Być odpowiedzialnym/*To be responsible*	0,08	0,41	0,05	0,33	1,47	0,141
LKZ 19. Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami/*To be able to control his feelings and instincts*	0,10	0,42	0,06	0,36	1,12	0,262
LKZ 20. Mieć sprawne części ciała/*To have a smooth body parts*	1,65	2,03	1,67	1,92	-0,38	0,705
LKZ 21. Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki/*To accept yourself, know your capabilities and shortcomings*	0,39	1,14	0,52	1,24	-1,37	0,170
LKZ 22. Mieć pracę, różnorodne zainteresowania/*To have a job, a variety of interests*	0,07	0,41	0,08	0,44	-0,06	0,955
LKZ 23. Czuć się dobrze/*To feel good*	0,56	1,27	0,41	1,13	1,57	0,117
LKZ 24. Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza/*Not to have to go to the doctor*	0,70	1,29	0,62	1,20	0,67	0,505
LKZ 25. Inne – jakie/*Others – what*	0,00	0,06	0,03	0,33	-0,50	0,618

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Analiza statystyczna z zastosowaniem testu U Manna-Whitneya nie wykazała różnic istotnych statystycznie w zakresie wyborów kryteriów zdrowia pomiędzy wszystkimi badanymi chorującymi i niechorującymi przewlekle. Jedynie na podstawie wyników średnich można wskazać, że dla badanych niechorujących przewlekle częściej niż dla chorujących „być zdrowym" oznacza „czuć się szczęśliwym przez większość czasu", „umieć cieszyć się z życia" i „mieć sprawne wszystkie części ciała". Natomiast badani chorujący przewlekle większą wagę przykładają do dożycia później starości w dobrym samopoczuciu, bez konieczności wizyt u lekarza.

Tabela 4. Lista Kryteriów Zdrowia – rangi przypisane przez badanych zróżnicowanych ze względu na obecność/brak choroby przewlekłej
Table 4. Health Criteria List – ranking assigned by respondents differentiated due to the presence/absence of chronic disease

SKALA LKZ/*SCALE LKZ*	RANGI	
	Obecność choroby/*The presence of the disease*	Brak choroby/ *The absence of disease*
LKZ 1. Dożyć późnej starości/*To live to a ripe old age*	1	2
LKZ 2. Czuć się szczęśliwym przez większość czasu/*To feel happy most of the time*	2	1
LKZ 3. Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi/*To be able to get along with other* pe ople	9	8
LKZ 4. Umieć rozwiązywać swoje problemy/*To be able to solve their problems*	10	7
LKZ 5. Należycie się odżywiać/*To eat properly*	15	15
LKZ 6. Dbać o wypoczynek, sen/*To take care of resting and sleeping*	22	16
LKZ 7. Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale/*To drink small amounts of alcohol or not at all*	20	22
LKZ 8. Nie palić tytoniu/*No smoking*	16	17
LKZ 9. Mieć odpowiednia wagę ciała/*To have adequate body weight*	13	14
LKZ 10. Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa/*To take your medicine exceptionally*	7	10
LKZ 11. Mieć dobry nastrój/*To have a good mood*	17	20
LKZ 12. Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych/*Not to feel any physical ailments*	4	5
LKZ 13. Potrafić pracować bez napięcia i stresu/*To be able to work without tension and stress*	18	19
LKZ 14. Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność/*Not to get sick, suffer from flu, indigestion*	5	4
LKZ 15. Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę/*To have healthy eyes, hair, complexion*	19	18
LKZ 16. Umieć przystosowywać się do zmian w życiu/*To be able to adapt to changes in the life*	14	12
LKZ 17. Umieć się cieszyć z życia/ *To know how to enjoy life*	6	6
LKZ 18. Być odpowiedzialnym/*To be responsible*	23	24
LKZ 19. Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami/*To be able to control his feelings and instincts*	21	23
LKZ 20. Mieć sprawne części ciała/ *To have fit body parts*	3	3
LKZ 21. Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki/*To accept yourself, know your capabilities and shortcomings*	12	11
LKZ 22. Mieć pracę, różnorodne zainteresowania/*To have a job, a variety of interests*	24	21
LKZ 23. Czuć się dobrze/*To feel good*	11	13
LKZ 24. Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza/*Not to have to go to the doctor*	8	9
LKZ 25. Inne – jakie/*Others – what*	25	25

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Po dokonaniu analizy statystycznej z zastosowaniem testu U Manna-Whitneya nie wykazano licznych różnic istotnych statystycznie w zakresie wyborów kryteriów zdrowia pomiędzy seniorami pogrupowanymi ze względu na obecność oraz brak choroby przewlekłej. W pierwszej kolejności badani wskazują, że „być zdrowym" znaczy „dożyć późnej starości", „mieć sprawne wszystkie części ciała", „czuć się szczęśliwym przez większość czasu".

Tabela 5. Lista Kryteriów Zdrowia badanych a stan cywilny
Table 5. List of Health Criteria examined and marital status

SKALA LKZ/ *SCALE LKZ*	Panna/ kawaler/ *single* I		Osoba w związku/ *Person in connection* II		Osoba samotna po stracie partnera/ *Lonely person after loss partner* III		TEST U Manna-Whitneya		
	M	SD	M	SD	M	SD	Z	P	GRUPY
LKZ 1. Dożyć późnej starości/ *To live to a ripe old age*	2,62	1,99	2,11	2,05	1,95	2,05	-1,67 -2,16 -0,82	0,096 0,031* 0,413	1–2 1–3 2–3
LKZ 2. Czuć się szczęśliwym przez większość czasu/*To feel happy most of the time*	1,91	1,84	2,16	2,15	2,04	1,98	-0,34 -0,17 -0,49	0,731 0,864 0,623	1–2 1–3 2–3
LKZ 3. Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi/*To be able to get along with other* people	0,71	1,41	0,52	1,29	0,79	1,48	-1,13 -0,29 -2,42	0,257 0,772 0,015*	1–2 1–3 2–3
LKZ 4. Umieć rozwiązywać swoje problemy/ *To be able to solve their problems*	0,87	1,50	0,62	1,40	0,65	1,36	-1,58 -1,18 -0,65	0,115 0,239 0,515	1–2 1–3 2–3
LKZ 5. Należycie się odżywiać/*To eat properly*	0,13	0,63	0,25	0,77	0,34	0,97	-1,09 -1,24 -0,40	0,276 0,215 0,692	1–2 1–3 2–3

LKZ 6. Dbać o wypoczynek, sen/*To take care of resting and sleeping*	0,07	0,33	0,16	0,58	0,11	0,52	-0,79 -0,28 -0,96	0,432 0,782 0,338	1–2 1–3 2–3
LKZ 7. Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale/*To drink small amounts of alcohol or not at all*	0,09	0,60	0,12	0,63	0,04	0,27	-0,62 -0,01 -1,21	0,536 0,993 0,227	1–2 1–3 2–3
LKZ 8. Nie palić tytoniu/*No smoking*	0,16	0,80	0,19	0,72	0,12	0,66	-1,01 -0,13 -2,18	0,313 0,895 0,029*	1–2 1–3 2–3
LKZ 9. Mieć odpowiednią wagę ciała/*To have adequate body weight*	0,36	1,21	0,47	1,21	0,29	0,96	-1,12 -0,21 -1,81	0,263 0,833 0,070~	1–2 1–3 2–3
LKZ 10. Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa/*To take your medicine exceptionally*	0,60	1,21	0,73	1,44	0,56	1,11	-0,56 -0,13 -0,75	0,575 0,894 0,456	1–2 1–3 2–3
LKZ 11. Mieć dobry nastrój/ *To have a good mood*	0,11	0,49	0,16	0,66	0,09	0,50	-0,25 -0,59 -1,38	0,806 0,553 0,166	1-2 1-3 2-3
LKZ 12. Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych/*Not to feel any physical ailments*	1,16	1,73	1,28	1,76	1,50	1,81	-0,55 -1,26 -1,29	0,579 0,207 0,198	1–2 1–3 2–3
LKZ 13. Potrafić pracować bez napięcia i stresu/*To be able to work without tension and stress*	0,22	0,79	0,13	0,56	0,09	0,51	-0,89 -1,23 -0,50	0,374 0,221 0,614	1–2 1–3 2–3
LKZ 14. Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność/ *Not to get sick, suffer from flu, indigestion*	1,40	1,91	1,35	1,75	1,47	1,90	-0,05 -0,37 -0,59	0,964 0,708 0,555	1–2 1–3 2–3
LKZ 15. Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę/*To have healthy eyes, hair, complexion*	0,09	0,60	0,14	0,62	0,12	0,57	-0,90 -0,78 -0,26	0,371 0,436 0,797	1–2 1–3 2–3
LKZ 16. Umieć przystosowywać się do zmian w życiu/ *To be able to adapt to changes in life*	0,09	0,47	0,40	1,17	0,43	1,15	-1,64 -1,82 -0,39	0,102~ 0,069~ 0,699	1–2 1–3 2–3
LKZ 17. Umieć się cieszyć z życia/*To know how to enjoy life*	1,18	1,75	0,68	1,40	0,97	1,58	-2,18 -0,69 -2,46	0,029* 0,489 0,014*	1–2 1–3 2–3
LKZ 18. Być odpowiedzialnym/*To be responsible*	0,18	0,72	0,07	0,38	0,02	0,24	-0,76 -2,60 -2,21	0,447 0,009* 0,027*	1–2 1–3 2–3
LKZ 19. Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami/ *To be able to control his feelings and instincts*	0,09	0,42	0,09	0,45	0,05	0,31	-0,16 -0,30 -0,78	0,874 0,767 0,433	1–2 1–3 2–3
LKZ 20. Mieć sprawne części ciała/*To have a smooth body parts*	1,38	1,92	1,66	1,96	1,73	1,99	-1,08 -1,32 -0,41	0,280 0,188 0,679	1–2 1–3 2–3
LKZ 21. Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki/*To accept yourself, know your capabilities and shortcomings*	0,67	1,51	0,38	1,14	0,49	1,18	-1,43 -0,39 -1,71	0,152 0,696 0,086~	1–2 1–3 2–3
LKZ 22. Mieć pracę, różnorodne zainteresowania/*To have a job, a variety of interests*	0,00	0,00	0,12	0,55	0,05	0,30	-1,47 -1,11 -1,14	0,141 0,266 0,254	1–2 1–3 2–3
LKZ 23. Czuć się dobrze/*To feel good*	0,29	0,92	0,52	1,22	0,48	1,24	-1,23 -0,53 -1,26	0,218 0,597 0,208	1–2 1–3 2–3
LKZ 24. Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza/*Not to have to go to the doctor*	0,64	1,07	0,73	1,32	0,59	1,18	-0,03 -0,60 -1,11	0,976 0,545 0,267	1–2 1–3 2–3
LKZ 25. Inne – jakie/*Others– what*	0,00	0,00	0,01	0,15	0,02	0,34	-0,62 -0,45 -0,52	0,537 0,653 0,605	1–2 1–3 2–3

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Analiza statystyczna z zastosowaniem testu U Manna-Whitneya wykazała różnice istotne statystycznie w zakresie wyborów kryteriów zdrowia pomiędzy wszystkimi badanymi pogrupowanymi ze względu na stan cywilny (**Tabela 5**). Różnice istotne statystycznie pomiędzy osobami stanu wolnego a osobami, które utraciły partnera życiowego, widoczne są w wyborze kryterium zdrowia definiowanego jako cel i wynik. Dla osób stanu wolnego znacznie częściej „być zdrowym" oznacza „dożyć późnej starości" i „być odpowiedzial-

nym". Także dla grupy porównywanej zaznaczyła się zależność zbliżona do istotności statystycznej – dla seniorów, którzy stracili osobę bliską, częściej „być zdrowym" znaczy „umieć przystosować się do zmian w życiu" (kryterium definiowane jako proces).

Wyniki istotne statystycznie zaznaczyły się również dla respondentów żyjących w związkach małżeńskich/partnerskich i dla badanych, którzy utracili partnera życiowego w wyniku rozwodu lub śmierci – dotyczą one rozumienia zdrowia jako procesu. Dla badanych, którzy utracili partnera, częściej niż dla badanych z grupy porównywanej „być zdrowym" to „potrafić dobrze współżyć z ludźmi", natomiast dla osób będących w związku częściej „być zdrowym" oznacza „być odpowiedzialnym" (cel), „umieć cieszyć się z życia" (stan), „nie palić tytoniu" (wynik). Dla badanych będących w związkach częściej niż dla badanych z grupy porównywanej „być zdrowym" znaczy „dożyć późnej starości", „być odpowiedzialnym", „nie palić tytoniu" (wynik), natomiast dla osób, które utraciły partnera życiowego, częściej „być zdrowym" oznacza „akceptować siebie" „znać swoje możliwości i braki" (cel), „umieć cieszyć się z życia" (stan), „potrafić dobrze współżyć z ludźmi" (proces).

Różnice istotne statystycznie są również pomiędzy seniorami stanu wolnego a osobami, które utraciły partnera życiowego. Widoczne są one w wyborze kryterium zdrowia definiowanego jako właściwość i stan. Dla osób stanu wolnego istotnie częściej „być zdrowym" oznacza „jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa". W ocenie wszystkich seniorów najmniej ważne okazały się wybory dotyczące zdrowia definiowanego jako wynik, czyli „być zdrowym" to znaczy „nie palić tytoniu", „pić niewielkie ilości alkoholu", „dbać o odpoczynek i sen".

Dyskusja

Zdrowie dla każdego człowieka – dla młodego, dorosłego oraz osoby starszej – jest niezwykłą wartością. To właśnie seniorzy powinni zwracać na nie szczególną uwagę. Zbiorowość ludzi w podeszłym wieku jest bowiem zróżnicowana pod względem stanu zdrowia, kondycji psychicznej, sytuacji społecznej i ekonomicznej [4]. W pracy zwrócono uwagę przede wszystkim na stan zdrowia badanych ze względu na płeć, obecność i brak choroby oraz stan cywilny.

Wyniki przeprowadzonych badań ukazują, że dla seniorów najważniejszymi kryteriami dotyczącymi zdrowia jest to, aby „dożyć późnej starości" oraz „być szczęśliwym przez większość czasu". Wyniki badań przeprowadzonych przez Grzegorza Nowickiego i Barbarę Ślusarską w pracy pt.: „Determinanty społeczno-demograficzne wartościowania zdrowia wśród pracujących osób dorosłych" pokazują również, że osoby starsze (powyżej 50. roku życia) spośród kryteriów zdrowia częściej wybierały cel zdrowotny – „dożyć późnej starości" (p = 0,002) oraz „mieć sprawne wszystkie części ciała" (p = 0,008) [2]. Natomiast Krzysztof Puchalski w przeprowadzonych przez siebie badaniach wykazał, że osoby starsze częściej myślą o zdrowiu jako czymś, co nieuchronnie się zużywa [5].

Wnioski

Uszeregowanie rangowe pozwoliło ustalić, co dla badanych znaczy „być zdrowym", w jakim stopniu zdrowie utożsamiane jest z celem, stanem, właściwością i procesem. Analiza prezentowanych badań wykazała, iż trzema zdecydowanie najważniejszymi kryteriami w ocenie bycia zdrowym dla badanych słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku są: „dożyć późnej starości", ,,być szczęśliwym przez większość czasu" oraz „mieć sprawne wszystkie części ciała". Może to świadczyć o podobnym definiowaniu zdrowia przez badanych z obu grup, a także o zbliżonych potrzebach w zakresie swojego zdrowia. Zaprezentowane wyniki niosą za sobą istotne implikacje dla polityki społecznej wobec seniorów. Koniecznym staje się badanie oczekiwań zdrowotnych seniorów, wdrażanie programów naprawczych promujących zdrowy styl życia. Sens podjętych badań ma uzasadnienie w kontekście przemian demograficznych i indywidualnego wymiaru życia seniorów.

Piśmiennictwo

1. Hyland M. Health and values; the values underlying health measurement and health resource. Psychology and Health.1997; 12: 389–403.
2. Bajurna B, Mendyka L, Nowakowska I. Różnorodność problemów występujących w starszym wieku. Piel Pol. 2011; 1 (39): 24–28.
3. Braun-Gałkowska M. Nowe role społeczne ludzi starszych. W: Steuden S, Marczuk M (red.). Starzenie się a satysfakcja z życia. Lublin: KUL; 2006. 183–195.
4. Kryszkiewicz C. Aktywne życie seniorów warunkiem pomyślnego starzenia się. W: Steuden S, Marczuk M (red.). Starzenie się a satysfakcja z życia. Lublin: KUL; 2006. 281–288.
5. Puchalski K. Potoczne definiowanie zdrowia. Annales UMCS. 2005; vol. LX, suppl. XVI, 430: 414–417.

Artykuł przyjęty do redakcji: 30.11.2014
Artykuł przyjęty do publikacji: 09.07.2015

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

Adres do korespondencji:
Mariola Janiszewska
ul. Witolda Chodźki 1
20-093 Lublin
tel./fax: 81 7423712
e-mail: mariola.janiszewska@gmail.com
Katedra Zdrowia Publicznego,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

BADANIA PILOTAŻOWE DOTYCZĄCE WPŁYWU ZABIEGÓW KOSMETYCZNYCH NA SAMOPOCZUCIE PENSJONARIUSZEK ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO W STRONIU ŚLĄSKIM

PILOT STUDIES CONCERNING THE IMPACT OF BEAUTY TREATMENTS ON THE WELL-BEING OF RESIDENTS OF THE THERAPEUTIC AND CARE CLINIC IN STRONIE ŚLĄSKIE

Karolina Chilicka[1], Izabela Wróblewska[2]

[1] Instytut Kosmetologii
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
[2] Katedra Zdrowia Publicznego
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

STRESZCZENIE

Wstęp. Ze względu na rosnącą liczbę osób w podeszłym wieku problemy starszych ludzi stają się coraz częściej przedmiotem badań w odniesieniu do różnych dziedzin życia. W analizach dotyczących funkcjonowania seniorów bardzo przydatna może być ocena szeroko rozumianej jakości życia. Uważamy, że w zespole terapeutycznym, który zajmuje się osobami starszymi, poza lekarzem, pielęgniarką, psychoterapeutą i fizjoterapeutą powinien uczestniczyć kosmetolog, który dzięki wiedzy dotyczącej specyfiki dojrzałej skóry może wpłynąć na poprawę samopoczucia pacjenta.
Cel. Celem pracy była ocena wpływu zabiegów kosmetycznych na samopoczucie pensjonariuszek Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w Stroniu Śląskim.
Materiał i metody. Na podstawie autorskiego kwestionariusza poddano analizie grupę 40 kobiet w wieku 65–85 lat przebywających w ZOL-u w Stroniu Śląskim.
Wyniki. W pracy wykazano, że 95% (38) badanych było zadowolonych z przeprowadzonych zajęć, a wszystkie ankietowane (100%, 40) deklarowały, że zajęcia te poprawiły nastrój uczestniczek. Badanie dowiodło, iż wygląd zewnętrzny ma istotne znaczenie dla 80% (32) respondentek, którym ciężko pogodzić się z upływającym czasem i jego skutkami.
Wnioski. Zabiegi kosmetyczne mogą poprawić nastrój przebywającym na co dzień w zakładzie opiekuńczo-leczniczym osobom starszym, co wpływa pozytywnie na jakość ich życia. Zastosowana terapia kosmetyczna odwróciła uwagę ankietowanych od codziennych problemów, a także uatrakcyjniła ich pobyt w placówce opiekuńczo-leczniczej. Grupa ankietowanych w trakcie wykonywanych zabiegów wyraźnie zintegrowała się ze sobą. Zabiegi pielęgnacyjno-kosmetyczne mogą być istotnym elementem codziennej terapii zajęciowej.

SŁOWA KLUCZOWE: osoby starsze, zakład opiekuńczo-leczniczy, zabiegi kosmetyczne, terapia zajęciowa.

ABSTRACT

Introduction. The problems of the elderly in various spheres of life have become the subject of scientific research because of the still growing number of old people. The assessment of their life quality might be useful in the analyses of everyday functioning. We believe that the health care team, which normally comprises the doctor, the nurse, the psychotherapist and the physiotherapist, should also include the cosmetologist who, thanks to the professional knowledge about the mature skin, might positively influence the patient's well-being.
Aim. The aim of the study was to determine the impact of beauty treatments on the well-being of residents of The Therapeutic and Care Clinic in Stronie Śląskie.
Material and methods. The questionnaire, prepared by the author and carried out in the group of 40 women aged 65–85, was completed and analyzed.
Results. 95% (38) of the respondents were pleased with the classes and 100% (40) claimed the classes improved their mood. The research proved that physical appearance is important to 80% (32) of women who find it difficult to accept the effects of aging.
Conclusions. Beauty treatments might improve the well-being of elderly people, who stay at nursing homes. They also improve the quality of these people's lives. The beauty therapy applied drew their attention away from everyday problems and made the stay in this place more attractive. The research group has definitely integrated during the classes. Beauty treatments might become an essential part of everyday occupational therapy.

KEYWORDS: the elderly, nursing home, beauty treatments, occupational therapy.

Wstęp

Próby zdefiniowania jakości życia podejmowali najwybitniejsi filozofowie: Arystoteles, Hipokrates, Platon; ten ostatni „jakość" (gr. *poiotes*) określił jako „pewien stopień doskonałości". Nazwę łacińską *qualitas* utworzył Cyceron, tłumacząc termin grecki. Określenie *quality of life* (QL) pojawiło się w języku angielskim po II wojnie światowej [1]. Na początku XX wieku jakość życia była

utożsamiana jedynie z dobrami materialnymi. Dzisiejsza koncepcja jakości życia obok potrzeb ekonomicznych uwzględnia uznanie i akceptację, więzi międzyludzkie, samorealizację, poczucie szczęścia i zadowolenia w aspekcie psychicznym, społecznym i fizycznym [2, 3].

Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization* – WHO) definiuje jakość życia jako „postrzeganie przez jednostki ich pozycji w życiu, w kontekście kultury i systemu wartości, w jakich żyją, oraz jej związku z indywidualnymi celami, oczekiwaniami, standardami i zainteresowaniami".

Jakość życia może być oceniona za pomocą specjalistycznych kwestionariuszy. Są nimi narzędzia ogólne (profile zdrowotne oraz normy użyteczności stanu zdrowia) lub specyficzne dla danej choroby, np. w przypadku trądziku zwykłego, pokrzywki [4]. Do przykładowych kwestionariuszy dotyczących omawianego problemu można zaliczyć:

- *The World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) – BREFF, który pozwala na ocenę stanu emocjonalnego, m.in.: radości ż życia, relacji z innymi osobami oraz stanu fizycznego osoby badanej;
- *Short Form Health Survey* (SF-36), gdzie mierzony jest stan fizyczny, ogólny stan zdrowia oraz odczuwanie bólu;
- *Nottingham Health Profile* (NHP) (Profil Zdrowia), gdzie pytania dotyczą bólu, fizycznej ruchliwości, społecznej izolacji, a także życia społecznego i seksualnego [5].

Zakład opiekuńczo-leczniczy (ZOL) udziela, w ramach opieki długoterminowej, świadczeń przez całą dobę osobom, które nie wymagają hospitalizacji. Świadczenia obejmują leczenie, rehabilitację oraz pielęgnację. Osoby, które przebywają w ZOL-u ze względu na swój stan zdrowia, nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w środowisku domowym. Dlatego też potrzebują stałej pomocy personelu medycznego. Pensjonariuszom, dzięki działaniom prowadzonym przez wykwalifikowany personel, zapewniane są różnego rodzaju czynności usprawniające ich fizycznie oraz psychicznie. Do zajęć takich należy między innymi terapia zajęciowa [6].

„Terapia" (gr. *therapeuein*) oznacza „opiekować się kimś", „leczyć", „pomagać". Do podstawowych jej metod zaliczyć można między innymi:

- ergoterapię, która ma na celu zachęcić do zadań manualnych, takich jak tkactwo, hafciarstwo, stolarstwo, ogrodnictwo;
- arteterapię, która wykorzystuje między innymi rysunek, malarstwo czy rzeźbę (forma bierna lub czynna);
- chromoterapię wykorzystującą kolor i jego terapeutyczne działanie;
- zajęcia rekreacyjne: spacery, spotkania z poezją, gry sportowe;
- kinezyterapię, czyli ćwiczenia fizyczne prowadzone przez rehabilitantów [7].

Terapia zajęciowa uruchamia wyobraźnię i pobudza do twórczego myślenia. W wielu przypadkach uczy nowych, nieznanych dotąd czynności, a przede wszystkim ma za zadanie utrzymać u pacjenta pogodny nastrój oraz dążyć do ułatwienia powstania pozytywnych relacji między pensjonariuszami uczestniczącymi w zajęciach. Dodatkowo ma na celu zapewnienie miłego spędzenia i zagospodarowania wolnego czasu, uczy współżycia w grupie, nadaje sens życiu, a także przeciwdziała monotonii i powtarzalności dnia codziennego, co jest szczególnie istotne w przypadku osób starszych [8]. Jest ona w związku z tym cennym narzędziem w pracy z seniorem, u którego postępuje nieodwracalny i fizjologiczny proces starzenia się organizmu cechujący się spadkiem aktywności fizycznej, samodzielności oraz samoakceptacji [9]. Starość i często z nią związana wielochorobowość może także powodować u podopiecznych szeroko rozumiane cierpienie oraz ból. Ich likwidacja lub zminimalizowanie do rozmiarów akceptowalnych przez pacjenta czy chociażby odwrócenie uwagi od występującego dyskomfortu staje się priorytetem działań zespołów terapeutycznych opiekujących się seniorami.

W zakładach opiekuńczo-leczniczych mieszkają zarówno kobiety, jak i mężczyźni. Jednak to głównie podopieczni płci żeńskiej mają problemy z przystosowaniem się do życia w nowym miejscu swojego pobytu. W takiej sytuacji poczucie kobiecości często zostaje zachwiane. Dodatkowo zmiany, jakie zachodzą w wyglądzie zewnętrznym pensjonariuszek, wynikające z postępującego procesu starzenia i wycofania się z życia społecznego, stają się przyczyną apatii, nierzadko depresji, a w rezultacie mogą prowadzić do pojawienia się braku zainteresowania własnym wyglądem oraz często zaniedbań higieniczno-kosmetycznych.

Jednak jak pokazuje przedstawione poniżej badanie, w naturze większości kobiet, niezależnie od wieku i miejsca, w jakim przebywają, istnieje potrzeba „bycia ładną", a co za tym idzie – zadbaną. Najprostszym sposobem poprawy oraz zatuszowania mankamentów wyglądu zewnętrznego jest zastosowanie makijażu korekcyjnego.

Makijaż (fr. *maquiller* – „fałszować", „szminkować") oznacza czynności kosmetyczne polegające na niwelowaniu zewnętrznych defektów, głównie twarzy, za pomocą odpowiednich preparatów. Prawdopodobnie prekursorami stosowania makijażu były Egipcjanki, które już 4000 lat p.n.e. stosowały malachit do barwienia powiek na zielono, do malowania twarzy używały różu

z czerwonej glinki, a do rzęs – sadzy. W czasie kolejnych stuleci kobiety, a także mężczyźni wybielali skórę twarzy za pomocą kredy i proszku antymonowego. Persjanki 1000 lat p.n.e. stosowały do przyciemniania włosów barwnik z liści henny. W preparatach służących poprawie urody obecne były niestety także liczne związki trujące, jak arszenik w pudrze czy też ołów i rtęć w szminkach. W 2008 roku archeologowie z uniwersytetu bristolskiego podczas prac wykopaliskowych na terenie Hiszpanii znaleźli dowody na to, że ponad 50 000 lat temu stosowano makijaż przy użyciu kolorowych kosmetyków [10].

Makijaż pomagał i pomaga w maskowaniu niedoskonałości cery, ale także podkreśla i eksponuje urodę. Zdrowa, ładna skóra jest we wszystkich kulturach kojarzona z atrakcyjnością fizyczną – to odczucie niezmienne, bez względu na epokę [11]. Umiejętnie wykonany makijaż, szczególnie u osób z trwałymi defektami, np. bliznami po trądziku czy też z licznymi teleangiektazjami (rozszerzone drobne naczynia włosowate), może zdecydowanie wpłynąć na poprawę nastroju, a nawet zwiększyć samoakceptację [12, 13].

Materiał i metody badań

Badanie przeprowadzono w 2013 roku w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Stroniu Śląskim. Grupę badaną stanowiły jego pensjonariuszki w wieku 65–85 lat (N = 40). W grupie ankietowanych 45% miało wykształcenie średnie, 20% – podstawowe, 20% – zawodowe, a 15% – wyższe. Przed zamieszkaniem w ZOL-u 70% badanych mieszkało w mieście, a 30% – na wsi.

Jako iż brak specyficznych kwestionariuszy oceniających jakość życia osób starszych w odniesieniu do wyglądu zewnętrznego, autorzy postanowili stworzyć autorski kwestionariusz ankietowy składający się z dwóch części. Pierwszą ankietę przeprowadzono przed zajęciami. Zawarto w niej między innymi pytania dotyczące subiektywnej oceny wyglądu zewnętrznego oraz poczucia atrakcyjności. Po wykonaniu zabiegów kosmetycznych obejmujących makijaż oraz malowanie płytek paznokciowych ankietowane wypełniały drugą ankietę dotyczącą wpływu zabiegów kosmetycznych na ich samopoczucie, a tym samym jakość życia.

Wyniki

Ankietowane w większości (80%) akceptowały swój wygląd, który ma dla nich istotne znaczenie (80%), niestety nie spełnia ich oczekiwań (55%). Badane pensjonariuszki martwiły się upływem czasu i jego nieodwracalnymi skutkami (75%). Badane dostrzegały ujemne strony wieku starszego (80%), jednocześnie nie czuły się gorsze od młodszych kobiet (60%). Ankietowane przywiązywały szczególną wagę do swojego wyglądu zewnętrznego (80%), chciałyby go zmienić (90%) i wyglądać atrakcyjniej (75%). Większość korzystała w przeszłości z zabiegów kosmetycznych (60%) i obecnie pielęgnuje swoją skórę i paznokcie (70%).

Tabela 1. Wpływ wyglądu zewnętrznego na samopoczucie ankietowanych
Table 1. The impact of appearance on the well-being of respondents

Pytania ankietowe dotyczące wyglądu zewnętrznego/*Survey questions concerning appearance*	Tak/*Yes*		Nie/*No*	
	N	%	N	%
Czy jest Pani zadowolona ze swojego obecnego wyglądu?/*Are you satisfied with your current appearance?*	32	80%	8	20%
Czy martwi się Pani upływem czasu i jego nieodwracalnymi skutkami?/*Are you worried about the passage of time and its irreversible effects?*	30	75%	10	25%
Czy czuje się Pani mniej atrakcyjna w towarzystwie młodych kobiet?/*Do you feel less attractive in the company of young women?*	16	40%	24	60%
Czy chciałaby Pani zmienić coś w swoim wyglądzie?/*Would you like to change anything in your appearance?*	36	90%	4	10%
Czy chciałaby Pani wyglądać atrakcyjniej?/*Would you like to look more attractive?*	30	75%	10	25%
Czy przywiązuje Pani dużą wagę do wyglądu zewnętrznego?/*Do you attach great importance to physical appearance?*	38	80%	4	20%
Czy kiedykolwiek korzystała Pani z zabiegów kosmetycznych?/*Have you ever benefitted from cosmetic procedures?*	24	60%	16	40%

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Pensjonariuszkom podobały się przeprowadzone w ramach badań zajęcia (95%), które odwróciły ich uwagę od problemów dnia codziennego (85%), poprawiły nastrój i wywołały pozytywne emocje (po 100%). Ankietowane uświadomiły sobie, że dbanie o wygląd zewnętrzny jest istotne w każdym wieku kobiety (100%), zostały zmotywowane do większej dbałości o siebie (95%) oraz poczuły się bardziej atrakcyjne jako kobiety (100%).

Tabela 2. Ocena przeprowadzonych zajęć dokonana przez ankietowane
Table 2. Evaluation of the course made by the respondents

Pytania ankietowe dotyczące przeprowadzonych zajęć/*Survey questions concerning conducted classes*	Tak/*Yes*		Nie/*No*	
	N	%	N	%
Czy podobały się Pani przeprowadzone zajęcia?/*Did you like the activities?*	40	100%	0	0%
Czy zajęcia odwróciły uwagę od monotonii dnia codziennego?/*Did the activities turn your attention away from the monotony of everyday life?*	34	85%	6	15%
Czy zajęcia poprawiły Pani nastrój?/*Did the activities improve your well-being?*	40	100%	0	0%
Czy zajęcia wywołały w Pani pozytywne emocje?/*Did the activities cause positive emotions?*	40	100%	0	0%
Czy dzięki zajęciom uświadomiła sobie Pani, iż dbanie o swój wygląd w każdym wieku jest dla kobiety ważne?/ *Did you realize thanks to the classes that taking care of your appearance at any age was important for a woman?*	40	100%	0	0%
Czy zajęcia zmotywowały Panią do większej dbałości o siebie?/*Did the classes motivate you to care more about yourself?*	38	95%	2	5%
Czy dzięki zajęciom kosmetycznym poczuła się Pani bardziej atrakcyjna?/*Did the classes make you feel more attractive?*	40	100%	0	0%

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wnioski

Zastosowanie zabiegów kosmetycznych poprawiło jakość życia oraz samopoczucie ankietowanych. Dzięki zastosowaniu terapii zajęciowej udało się odwrócić uwagę badanych od monotonii dnia codziennego. Dzięki przeprowadzonym zajęciom ankietowane nauczyły się, w jaki sposób wykonywać makijaż adekwatny do ich wieku.

Dyskusja

Życie w epoce, gdzie obowiązuje kanon „wiecznej młodości", bywa trudne, szczególnie dla osób starszych, często dotkniętych licznymi schorzeniami i ułomnościami fizycznymi. Nie ma tu bowiem miejsca na ból czy cierpienie, których nie brakuje w życiu zmagających się na co dzień z chorobą osób, do których zalicza się osoby starsze. Zajęcia kosmetyczne, jakie przeprowadzono z pensjonariuszkami Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Stroniu Śląskim, miały przede wszystkim poprawić nastrój i uatrakcyjnić pobyt starszym paniom, a także udowodnić im, że niezależnie od sytuacji życiowej, w jakiej się znalazły, warto zadbać o swoją powierzchowność i urodę. Zabiegi kosmetyczne poza korekcją i poprawą wyglądu zewnętrznego mogą także stanowić pewnego rodzaju terapię relaksacyjną. Regularnie stosowane obniżają napięcie emocjonalne, redukują stres, pozwalają na odprężenie psychiczne.

Obserwacje dotyczące wpływu zabiegów kosmetycznych, w tym makijażu, na jakość życia zostały także potwierdzone przez innych autorów. Merial-Kieny i wsp. po przeprowadzeniu badań na grupie 90 osób po chemioterapii uważają, iż makijaż wpływa na jakość życia w sposób pozytywny i powoduje wzrost zadowolenia oraz pewności siebie (81% badanych uznało, iż makijaż jednoznacznie wpłynął na poprawę jakości życia, 77% badanych uznało, iż nastąpił wzrost poczucia wartości) [14]. W dostępnym piśmiennictwie naukowym brak jest natomiast doniesień na temat badań określających wpływ zabiegów kosmetycznych na samopoczucie osób starszych. Zgodnie z koncepcją medycyny holistycznej powinniśmy seniorom nie tylko przedłużać życie biologiczne, ale także uatrakcyjnić je, zbliżając do życia ludzi zdrowych. Stąd wydaje się koniecznym kontynuowanie podjętych analiz na większej grupie badawczej.

Piśmiennictwo

1. Misiura M. Jakość życia – geneza i interpretacja pojęcia w krajach cywilizacji zachodniej. Przegl Soc. 1978; 1: 115–136.
2. Meeberg G. Quality of life: a concept analysis. J Adv Nurs. 1993; 18: 32–38.
3. Michalak A, Krawczyk K, Bocian R et al. Jakość życia. Gin Prakt. 2009; 2: 33–37.
4. Sokolnicka H, Mikuła W. Metody oceny jakości życia mające zastosowanie w medycynie. Medycyna Rodzinna. 2003; 3: 129–131.
5. Kłak A, Mińko M, Siwczyńska D. Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. Probl Hig Epidemiol. 2002; 4: 632–638.
6. Leland N, Elliot E. Occupational Therapy in Fall Prevention: Current Evidence and Future Directions. Am J Occup Ther. 2012; 66: 149–160.
7. Tobis S, Jakrzewska-Sowińska A, Talarska D. Arteterapia jako forma terapii zajęciowej w aktywizacji osób starszych. Geriatria. 2011; 5: 194–198.
8. Jungersen K. An occupational therapy perspective. NZJOT. 2002; 49: 4–9.
9. Zarzeczna-Baran M, Bakierska M, Trzeciak B. Jakość życia starszych mieszkańców miasta i gminy Sztum korzystających z pielęgniarskiej opieki środowiskowej. Probl Hig Epidemiol. 2008; 89: 511–517.
10. Glinka M, Glinka R. Historia kosmetologii w czasach najdawniejszych. Pol J Cosmetol. 2012; 4: 246–50.
11. Szpanka J. Makijaż korekcyjny – ocena właściwości korygujących oraz pielęgnacyjnych fluidu intensywnie kryjącego. Dermatol Estet. 2012; 14: 177–184.
12. Prystupa-Chaldikis K. Zastosowanie makijażu korygującego (kamuflażu) u pacjentów dermatologicznych i po zabiegach z zakresu medycyny estetycznej. Dermatologica. 2004; 21: 77–82.

13. Aydogdu E. Postoerative camaouflage therapy in facieal aesthetic surgery. Aesth Plast Sur. 2005; 29: 190–194.
14. Merial-Kieny C, Nocera T, Mery S. Medical corrective make-up in post-chemotherapy. Ann Dermatol Venereol. 2008; 1: 25–28.

Artykuł przyjęty do redakcji: 06.08.2014
Artykuł przyjęty do publikacji: 31.10.2015

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

Adres do korespondencji:
Karolina Chilicka
ul. Katowicka 68
45-060 Opole
tel.: 665 43 94 43
e-mail: karolina.jasionowska@poczta.onet.pl
Instytut Kosmetologii
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa
w Opolu

SKŁAD CIAŁA A PROFIL LIPIDOWY CHORYCH NA NADCIŚNIENIE TĘTNICZE

BODY COMPOSITION AND BLOOD LIPID PROFILE IN PATIENTS WITH HYPERTENSION

Alicja Kucharska, Iwona Burakowska, Leszek Wronka, Beata Sińska, Magdalena Milewska, Magdalena Zegan, Ewa Michota-Katulska

Zakład Żywienia Człowieka
Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp. Nadciśnienie tętnicze krwi jest istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego, a jednym z najważniejszych czynników predysponujących do jego wystąpienia są otyłość i towarzyszące jej zaburzenia metaboliczne.
Cel. Celem pracy była ocena składu ciała chorych na nadciśnienie tętnicze; ponadto podjęto próbę wykazania zależności między składem ciała a profilem lipidowym surowicy krwi.
Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród pacjentów Poradni Nadciśnienia Tętniczego Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego w Warszawie. Badaniem objęto 41 osób (w tym 20 kobiet) w średnim wieku 50 ± 18,6 roku. W ramach badania dokonano pomiarów: antropometrycznych, ciśnienia tętniczego krwi, profilu lipidowego surowicy krwi oraz przeprowadzono analizę składu ciała.
Wyniki. U zdecydowanej większości badanych stwierdzono nadwagę lub otyłość (88% badanych), zbyt wysoką względną zawartość tkanki tłuszczowej (95% badanych) oraz otyłość brzuszną (93% badanych). Nieprawidłowe stężenie cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu oraz triglicerydów stwierdzono u odpowiednio 37%, 56%, 37% i 19% badanych. Ponadto u 44% badanych stwierdzono nieprawidłową kontrolę ciśnienia tętniczego krwi.
Wnioski. Towarzyszące nadmiernej masie ciała zaburzenia profilu lipidowego krwi pacjentów z nadciśnieniem tętniczym wskazują, że redukcja masy ciała powinna stanowić jeden z najważniejszych celów terapii. Wskazane jest podjęcie działań edukacyjnych dotyczących korzyści wynikających z redukcji masy ciała jako istotnego czynnika ryzyka sercowo-naczyniowego u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.

SŁOWA KLUCZOWE: nadciśnienie tętnicze, stan odżywienia, nadwaga, otyłość, profil lipidowy.

ABSTRACT

Introduction. Hypertension increases the risk of developing cardiovascular diseases substantially. One of the most important risk factors for hypertension is obesity and obesity-related metabolic disorders.
Aim. The aim of the study was to assess the body composition of patients with arterial hypertension and to attempt to show a correlation between body composition and the lipid profile of blood serum.
Material and methods. The study was conducted among the patients of the Hypertension Clinic at the Public Central Clinical Hospital in Warsaw. It comprised 41 patients (including 20 women) with the mean age of 50 ± 18,6. The tests taken were: blood pressure, blood serum lipid profile, body composition and anthropometric measurements.
Results. A definite majority of the subjects were overweight or obese (88% of subjects), had excessive relative adipose tissue content (95% of subjects) and presented with abdominal obesity (93% of subjects). There was abnormal total cholesterol, LDL, HDL, and triglyceride concentration among, respectively, 37%, 56%, 37% and 19% of the patients. Moreover, 44% of the subjects exhibited poor arterial pressure control.
Conclusions. The abnormalities in the blood lipid profile that accompany increased body weight of patients with hypertension suggests that body mass reduction should be one of the main aims of treatment. It is advisable to initiate an educational program promoting the benefits of body mass reduction as an important factor in decreasing the risk of cardiovascular disease in hypertension patients.

KEYWORDS: hypertension, nutritional status, overweight, obesity, lipid profile.

Wstęp

Podwyższone ciśnienie tętnicze to według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) pierwsza przyczyna zgonów na świecie. Nadciśnienie tętnicze jest jednym z głównych, niezależnych czynników ryzyka choroby wieńcowej, udaru mózgu, niewydolności serca, miażdżycy tętnic obwodowych i niewydolności nerek, zaś jego terapia istotnie zmniejsza ryzyko tych powikłań. Dane pochodzące z przeprowadzonych w Polsce badań epidemiologicznych wskazują, że nadciśnienie tętnicze jest jedną z najczęściej występujących chorób przewlekłych. W projekcie NATPOL 2011 (Nadciśnienie tętnicze w Polsce plus zaburzenia lipidowe i cukrzyca) zdiagnozowano je u 32% dorosłej populacji (10,5 mln

chorych), w tym u 9,5 mln osób w wieku 18–79 lat i około 1 mln u osób powyżej 80. roku życia. W porównaniu z danymi uzyskanymi w badaniu NATPOL PLUS w 2002 roku oznacza to wzrost liczby chorych o 2%. Według prognoz, jeśli styl życia Polaków nie ulegnie zmianie, do 2035 roku częstość występowania nadciśnienia tętniczego wzrośnie do 50%, a liczba chorych przekroczy 15 mln [1, 2].

Jednym z najważniejszych czynników ryzyka nadciśnienia tętniczego jest otyłość, definiowana jako stan nadmiernego nagromadzenia tkanki tłuszczowej (powyżej 20% całkowitej masy ciała u mężczyzn oraz 25% u kobiet) [3]. W Polsce, według Instytutu Żywności i Żywienia, problem nadmiernej masy ciała dotyczy aż 61,4 % mężczyzn i 44,6% kobiet w wieku od 20 do 74 lat [4]. Przekroczenie należnej masy ciała o 10 kg związane jest ze wzrostem ciśnienia tętniczego – skurczowego o 3,0 mmHg i o 2,3 mmHg ciśnienia rozkurczowego. Przekłada się to na 12-procentowy wzrost ryzyka chorób układu krążenia oraz 24-procentowy wzrost ryzyka zawału serca [5]. W Polsce szacuje się, że 80% przypadków nadciśnienia tętniczego występuje u osób z nadmierną masą ciała [6].

Patogeneza nadciśnienia tętniczego osób z nadmierną masą ciała nie jest w pełni wyjaśniona. Bierze w niej udział szereg współistniejących i często współzależnych czynników. Do najczęściej wymienianych należą zaburzenia hemodynamiczne związane z koniecznością odpowiedniego ukrwienia zwiększonej masy tkanek. Zwiększenie objętości osocza i rzutu serca, mimo początkowo obniżonego oporu obwodowego, powoduje wzrost ciśnienia tętniczego krwi. Na rozwój nadciśnienia tętniczego w otyłości wpływają także insulinooporność tkanek obwodowych i hiperinsulinemia powodujące zwiększoną reasorbcję sodu w nerkach – sprzyja to zatrzymaniu wody i zwiększeniu ciśnienia krwi. U osób otyłych obserwuje się także pobudzenie układu współczulnego, co powoduje skurcz naczyń, wzrost oporu obwodowego, a także, poprzez receptory zlokalizowane w aparacie przykłębuszkowym nerki, zwiększa sekrecję reniny. Do mechanizmów mających szczególne znaczenie w rozwoju nadciśnienia u osób otyłych zalicza się ponadto zwiększenie aktywności układu renina–angiotensyna–aldosteron (RAA), zwiększenie stężenia leptyny w surowicy krwi, obniżone stężenie przedsionkowego peptydu natriuretycznego oraz zwiększenie ciśnienia śródmiąższowego w nerkach i reasorbcji kanalikowej sodu [7]. Występowanie nadciśnienia tętniczego wiąże się w szczególny sposób z otyłością trzewną. Zaobserwowano częstsze występowanie nadciśnienia u osób z prawidłową wartością wskaźnika masy ciała (ang. *body mas index* – BMI) i zwiększonym obwodem talii (> 88 cm w przypadku kobiet i > 102 cm w przypadku mężczyzn) niż u osób z podwyższoną wartością BMI bez otyłości brzusznej [8]. Wskazuje to na istnienie zależności między centralnym typem otłuszczenia a nadciśnieniem tętniczym, niezależnie od całkowitej zawartości tkanki tłuszczowej, oraz na to, że obwód talii jest silnym niezależnym predykatorem skurczowego i rozkurczowego ciśnienia tętniczego [9]. Mając na uwadze fakt, że otyłość i towarzyszące jej zaburzenia metaboliczne predysponują do wystąpienia nadciśnienia tętniczego, należy podkreślić, że redukcja masy ciała powinna stanowić jeden z najważniejszych celów terapii pacjentów z tą chorobą. W leczeniu otyłości istotne jest regularne kontrolowanie nie tylko masy, ale także i składu ciała, co pozwala na monitorowanie zawartości tłuszczowej i beztłuszczowej masy ciała pacjenta. Cel ten można osiągnąć poprzez zastosowanie impedancji bioelektrycznej (ang. *bioelectrical impedancje analysis* – BIA) – metody pozwalającej na analizę składu ciała opartej na pomiarze oporu elektrycznego (rezystancji i reaktancji) tkanek miękkich, przez które przepuszczany jest prąd elektryczny o niewielkim natężeniu. Metoda ta wykorzystywana jest między innymi w badaniach prognozujących ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego, chorób metabolicznych oraz badaniach stanu odżywienia. Jej zaletami są niski koszt, krótki czas trwania badania, nieinwazyjność, powtarzalność, małe ryzyko błędu, szybkie uzyskiwanie wyniku, bezpieczeństwo oraz brak konieczności wysokich kwalifikacji wykonującego badanie [10, 11].

Cel pracy

Celem pracy była ocena składu ciała chorych na nadciśnienie tętnicze; ponadto podjęto próbę wykazania zależności między składem ciała a profilem lipidowym surowicy krwi.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono wśród 41 pacjentów Poradni Nadciśnienia Tętniczego Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego przy ul. Banacha 1a w Warszawie. Badaną grupę stanowiło 20 kobiet i 21 mężczyzn, w wieku od 18 do 81 lat. Wszyscy uczestnicy wyrazili pisemną zgodę na udział w badaniu.

W ramach badania dokonano pomiarów: antropometrycznych, ciśnienia tętniczego krwi, profilu lipidowego surowicy krwi oraz przeprowadzono analizę składu ciała.

Pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu talii przeprowadzono zgodnie z wytycznymi WHO. Pomiar masy ciała wykonano u uczestników pozbawionych wierzchniej odzieży i butów, przy użyciu wagi lekarskiej, z dokładnością do 0,1 kg. Wysokość ciała zmierzono za pomocą przenośnego antropometru z dokładnością do 0,5 cm u osób wyprostowanych, ze złączonymi piętami, bez obuwia i z głową ułożoną w tzw. płaszczyźnie frankfurckiej. Obwód talii zmierzono w połowie odległości

między grzebieniem kości biodrowej a ostatnim łukiem żebrowym, przy użyciu taśmy antropometrycznej z dokładnością do 0,5 cm [12]. Na podstawie uzyskanych pomiarów obliczono wskaźnik BMI (masa ciała [kg]/wysokość ciała $[m]^2$), a następnie dokonano kwalifikacji osób z nadwagą i otyłością (nadwaga – BMI ≥ 25 < 30 kg/m^2, otyłość – BMI ≥ 30 kg/m^2 [13]). Za prawidłowe wartości obwodu talii przyjęto poniżej 80 cm dla kobiet i poniżej 94 cm dla mężczyzn [14].

Analizie poddano także następujące wskaźniki biochemiczne krwi: stężenie cholesterolu całkowitego (TC), stężenie cholesterolu frakcji HDL, stężenie triglicerydów (TG), a także wyliczono wskaźnik aterogenności (TC/chol-HDL) oraz stężenie cholesterolu frakcji LDL przy użyciu wzoru Friewalda: TC-HDL-TG/5. Powyższe dane uzyskano za zgodą lekarza prowadzącego z historii choroby pacjentów.

Pomiar ciśnienia tętniczego został wykonany metodą osłuchową Korotkowa za pomocą sfigmomanometru rtęciowego przez lekarza prowadzącego, w czasie wizyty kontrolnej poprzedzającej udział w badaniu. Pomiar odbywał się w pozycji siedzącej, po 10-minutowym odpoczynku [15]. Nadciśnienie tętnicze stwierdzano przy wartościach ciśnienia przekraczających 140/90 mmHg [16].

Pomiar składu ciała wykonano metodą impedancji bioelektrycznej za pomocą analizatora Akern BIA-101 SE z modułem *Body Scan*. Zastosowano tetrapolarny, przeciwstronny układ elektrod (dwie elektrody w okolicy kostki nogi i dwie w okolicy nadgarstka). Badani byli na czczo, po nocnym wypoczynku. Ponadto pacjenci zostali poproszeni, aby w dniu poprzedzającym badanie ograniczyli swoją aktywność fizyczną do minimum, w celu wyeliminowania ewentualnych strat wody w organizmie [17]. Analizowano następujące komponenty składu ciała: względną zawartość tkanki tłuszczowej i beztłuszczowej masy ciała, całkowitą ilość wody w organizmie oraz zawartość wody zewnątrz- i wewnątrzkomórkowej.

Do analizy statystycznej użyto programu Statistica 10 (StatSoft® Polska), wykorzystując test t-Studenta, test U Manna-Whitneya i test korelacji r-Pearsona. Wszystkie wykazane różnice i wyznaczone współczynniki korelacji przyjęto za statystycznie istotne przy poziomie istotności $p < 0,05$.

Wyniki

W badaniu udział wzięło 21 mężczyzn i 20 kobiet w średnim wieku 50,1 ± 18,6 roku. Średnie wartości skurczowego i rozkurczowego ciśnienia tętniczego wynosiły odpowiednio: 147,1 ± 21,1 mmHg i 86,7 ± 11,3 mmHg i nie różniły się istotnie statystycznie pomiędzy grupą mężczyzn i kobiet. Wyższe od zalecanych wartości ciśnienia skurczowego stwierdzono u 85% kobiet i 86% mężczyzn, a ciśnienia rozkurczowego – u 70% kobiet i 62% mężczyzn.

Średnia wartość wskaźnika BMI wynosiła 30,6 ± 5,3 kg/m^2. Wartości BMI świadczące o prawidłowej masie ciała stwierdzono u 12,2% badanych, u 29,3% wskazywały one na występowanie nadwagi, a u 58,5% – otyłości. Niedowaga nie występowała u żadnego z badanych. Otyłość brzuszną (stwierdzoną na podstawie obwodu talii) odnotowano u 90% kobiet i 95% mężczyzn. Prawidłowym obwodem talii charakteryzowały się jedynie 2 kobiety (10%) i mężczyzna (5%).

Na podstawie analizy składu ciała stwierdzono, że wszystkie badane kobiety oraz 90,5% badanych mężczyzn charakteryzowało się względną zawartością tkanki tłuszczowej powyżej prawidłowych wartości oraz zawartością beztłuszczowej masy ciała poniżej wartości prawidłowych. W związku z dużą zawartością tkanki tłuszczowej całkowita ilość wody w organizmie w badanej grupie znalazła się poniżej normy.

Nieprawidłowe (przekraczające zalecane normy) stężenia cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu oraz triglicerydów stwierdzono u odpowiednio 37%, 56% i 19% badanych. Niższe od rekomendowanych wartości stężenie cholesterolu frakcji HDL dotyczyło natomiast 45% badanych kobiet i 29% mężczyzn. Ponadto u 19% badanych ogółem (24% mężczyzn i 15% kobiet) stwierdzono wyższy od wartości rekomendowanych wskaźnik aterogenności. Szczegółowe dane dotyczące badanych parametrów przedstawiono w **tabeli 1**.

Tabela 1. Wyniki badań antropometrycznych, składu ciała oraz profilu lipidowego w badanej grupie
Table 1. The results of anthropometric measurements, body composition and lipid profile in study group

Parametry/ *Parameters*	Ogółem/ *Total*	Kobiety/ *Women*	Mężczyźni/ *Men*	p*
Masa ciała [kg]/ *Body weight [kg]*	88,4±17,4	83,1±17,2	96,3±14,8	0,01
BMI [kg/m^2]/ *BMI [kg/m^2]*	30,6±5,3	31,2±6,2	30,9±4,1	0,83
Obwód talii [cm]/ *Waist circumference [cm]*	102,6±11,6	100,6±13,8	104,4±8,9	0,29
Tkanka tłuszczowa [%]/ *Body fat [%]*	34,5±9,2	40±6,8	29,2±8,05	0,000039
Beztłuszczowa masa ciała [%]/ *Fat-free body mass [%]*	65,9±8,9	60±6,8	71,4±6,9	0,000005
Całkowita ilość wody w organizmie [%]/ *Total body water [%]*	49,8±5,9	45,7±4,6	53,6±4,03	0,000001
Woda wewnątrzkomórkowa [%]/ *Intracellular water [%]*	50,4±4,6	48,5±3,0	52,2±5,2	0,007
Woda zewnątrzkomórkowa [%]/ *Water extracellular [%]*	49,6±4,7	51,6±3,1	47,7±5,2	0,008
Cholesterol całkowity [mg/dl]/ *Total cholesterol [mg/dl]*	188±50,8	195,6±57,9	180,8±43	0,36

Cholesterol LDL [mg/dl]/ *Cholesterol LDL [mg/dl]*	109,8±40	109,7±41,7	109,8±39,3	0,98
Cholesterol HDL [mg/dl]/ *Cholesterol HDL [mg/dl]*	50,5±13,3	54,7±14,5	46,6±10,9	0,051
Triglicerydy [mg/dl]/ *Triglycerides [mg/dl]*	142,8±119,1	145,4±144,9	140,3±91,6	0,4

* t – test t-Studenta

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Skład ciała a wskaźnik masy ciała
Stwierdzono istotne statystycznie (p < 0,05) zależności pomiędzy wartością wskaźnika BMI a procentową zawartością tkanki tłuszczowej (r = 0,56), względną beztłuszczową masą ciała (r = -0,52) oraz całkowitą zawartością wody w organizmie (r = -0,53).

Skład ciała a ciśnienie tętnicze
W grupie pacjentów w wieku 36–55 lat stwierdzono istotne statystycznie (p < 0,05) korelacje między ciśnieniem skurczowym i rozkurczowym a procentową zawartością tkanki tłuszczowej (odpowiednio r = 0,7 i r = 0,68), względną beztłuszczową masą ciała (odpowiednio r = -0,7 i r = -0,68) oraz całkowitą zawartością wody w organizmie (odpowiednio r = -0,7 i r = -0,69).

Skład ciała a profil lipidowy
Wykazano także istotną statystycznie (p < 0,05) korelację między względną beztłuszczową masą ciała a stężeniem triglicerydów (r = -0,51) w grupie mężczyzn. W grupie pacjentów w wieku 36–55 lat wykazano natomiast istotne statystycznie zależności między procentową zawartością tkanki tłuszczowej i względną beztłuszczową masą ciała a stężeniem cholesterolu całkowitego (odpowiednio r = 0,72 i r = -0,72), cholesterolu frakcji LDL (odpowiednio r = 0,6 i r = -0,6) i wskaźnikiem aterogenności (odpowiednio r = 0,59 i r = -0,59).

Dyskusja

Podwyższone ciśnienie tętnicze jest istotnym czynnikiem rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego, będących jedną z najczęstszych przyczyn zachorowań i zgonów w krajach rozwiniętych. Jednym z najważniejszych czynników predysponujących do wystąpienia nadciśnienia tętniczego są otyłość i towarzyszące jej zaburzenia metaboliczne. Szacuje się, że nadmierna masa ciała może odpowiadać nawet za 80% przypadków nadciśnienia tętniczego, a schorzenie to istotnie częściej dotyka osoby z nadwagą lub otyłością [18]. Związek między występowaniem otyłości i nadciśnienia tętniczego został potwierdzony w badaniu własnym, w którym niemal 90% pacjentów charakteryzowało się nadmierną masą ciała.

W badaniu własnym u większości pacjentów zaobserwowano obwód talii wskazujący na otyłość brzuszną. Badania Janssen i wsp. wykazały, że parametr ten lepiej niż nieprawidłowy wskaźnik BMI koreluje z występowaniem nadciśnienia tętniczego [19]. Ponadto liczne badania potwierdzają fakt, że wśród osób z nadciśnieniem tętniczym częściej stwierdza się otyłość brzuszną rozpoznawaną według kryteriów Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (ang. *International Diabetes Federation* – IDF) [12, 20]. Ten rodzaj otyłości może nawet 5-krotnie zwiększać ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego [21].

U chorych na nadciśnienie tętnicze współistniejące z otyłością można zaobserwować nieprawidłowe proporcje pomiędzy poszczególnymi komponentami składu ciała. W badaniu własnym wykazano, że osoby z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym charakteryzowały się wyższą względną zawartością tkanki tłuszczowej oraz obniżoną ilością beztłuszczowej masy ciała. Wyniki badania Ahmada i wsp. wśród mieszkańców pakistańskiego miasta Mingora wskazują, że względna zawartość tkanki tłuszczowej ma bezpośredni związek z występowaniem otyłości i nadciśnienia tętniczego [22]. W związku z wysoką względną zawartością tkanki tłuszczowej wśród tej grupy chorych stwierdza się także obniżoną całkowitą ilość wody w organizmie, co zostało potwierdzone w badaniu własnym.

Zaburzenia lipidowe współwystępujące z nadciśnieniem tętniczym zwiększają ryzyko sercowo-naczyniowe, a także są istotnymi czynnikami ryzyka choroby wieńcowej. W badaniu własnym wśród osób z nadciśnieniem tętniczym zaobserwowano nieprawidłowe parametry profilu lipidowego. W tej grupie chorych często obserwuje się podwyższone stężenie triglicerydów oraz obniżone stężenie cholesterolu HDL, co znacząco nasila rozwój miażdżycy, a także koreluje z częstością i stopniem nadciśnienia tętniczego [23]. Badania potwierdzają także fakt, że wśród osób z nadciśnieniem tętniczym stwierdza się dodatkowo podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego oraz cholesterolu LDL [24, 25].

Prawidłowa kontrola ciśnienia u chorych na nadciśnienie tętnicze oraz wyeliminowanie współwystępujących modyfikowalnych czynników ryzyka chronią przed odległymi konsekwencjami nadciśnienia tętniczego, takimi jak udar mózgu czy niewydolność nerek. W badaniu własnym u znacznej większości pacjentów zaobserwowano wyższe od zalecanych wartości ciśnienia skurczowego i rozkurczowego. Wyniki te skłaniają do przypuszczenia, że osoby z badanej grupy nieprawidłowo kontrolują ciśnienie tętnicze. Podobny problem zaobserwowano w badaniu PENT (prawidłowa kontrola u 19% pacjentów), w badaniu WOBASZ (prawidłowa kontrola u 16% kobiet i 10% mężczyzn) oraz w badaniu NATPOL PLUS (prawidłowa kontrola u 12,5%) [26–28].

W związku z tym, że w badaniu wzięła udział niewielka liczba chorych pochodzących z jednej wyso-

kospecjalistycznej przychodni, z jednego gabinetu lekarskiego, uzyskane wyniki należy odnosić jedynie do grupy chorych o podobnych cechach antropometrycznych i biochemicznych, a nie do całej populacji chorych na nadciśnienie tętnicze.

Wnioski

1. Towarzyszące nadmiernej masie ciała zaburzenia profilu lipidowego krwi pacjentów z nadciśnieniem tętniczym wskazują, że redukcja masy ciała powinna stanowić jeden z najważniejszych celów terapii.
2. Wskazane jest podjęcie działań edukacyjnych dotyczących korzyści wynikających z redukcji masy ciała jako istotnego czynnika zmniejszającego ryzyko sercowo-naczyniowe u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.

Piśmiennictwo

1. Zdrojewski T. Częstość występowania i świadomość nadciśnienia tętniczego w Polsce i na świecie. Post Nauk Med. 2011; suppl 3: 4–10.
2. Zdrojewski T, Rutkowski M, Bandosz P et al. Prevalence and control of cardiovascular risk factors in Poland. Assumptions and objectives of the NATPOL 2011 Survey. Kardiol Pol. 2013; 71 (4): 381–392.
3. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Reports Series, ISBN 92-4-120894-5.
4. Jarosz M (red). Ogólnopolskie działania w zakresie zwalczania nadwagi i otyłości, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży. Warszawa: IŻŻ; 2013. 12.
5. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report: National Institutes of Health. Obes Res. 1998; suppl 2: 51–209.
6. Chrostowska M, Szczęch R, Narkiewicz K. Nadciśnienie tętnicze związane z otyłością. Kardiol na co Dzień. 2007; 3: 106–112.
7. Halawa B. Otyłość a nadciśnienie tętnicze. Adv Clin Exp Med. 2004; 13: 89–94.
8. Poirier P, Lemieux I, Mauriège P et al. Impact of waist circumference on the relationship between blood pressure and insulin. The Quebec Health Survey. Hypertension. 2005; 45: 363–367.
9. Siani A, Cappuccio FP, Barba G et al. The relationship of waist circumference to blood pressure: the Olivetti Heart Study. Am J Hypertens. 2002; 15: 780–786.
10. Dżygadło B, Łepecka-Klusek C, Pilewski B. Wykorzystanie analizy impedancji bioelektrycznej w profilaktyce i leczeniu nadwagi i otyłości. Probl Hig Epidemiol. 2012; 93: 274–280.
11. Wronka L, Sińska B, Wójcik Z. Przegląd metod oceny stanu odżywienia osób dorosłych. Cz. II. Badanie składu ciała. Żyw Czł Met. 2011; 38: 25–35.
12. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series. 1995; No 854.
13. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report on a WHO Consultation. WHO Technical Report Series. 2000; No 894.
14. Alberti G, Zimmet PZ, Shaw J et al. International Diabetes Federation 2006: The IDF consensus world wide definition of the metabolic syndrome, http://www.idf.org/webdata/docs/IDF_Meta_def_final.pdf (data dostępu: 12.09.2014).
15. World Hypertension League. Measuring your blood pressure, http://www.mco.edu/org/whl/bloodpre.html (data dostępu: 12.09.2014).
16. Widecka K, Grodzicki T, Narkiewicz K et al. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym – 2011 rok. Nadciśn Tętn. 2011; 15: 55–82.
17. Lukaski HC. Requirements for clinical use of bioelectrical impedance analysis (BIA). Ann N Y Ac Sci. 1999; 873: 72–76.
18. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series. 2000; No 894: 1–253.
19. Janssen I, Katzmarzyk PT, Ross R. Body mass index, waist circumference and health risk: evidence in support of current National Institutes of Health guidelines. Arch Intern Med. 2002; 162: 2074–2079.
20. Korhonen P, Aarnio P, Saaresranta T et al. Glucose homeostasis in hypertensive subjects. Hypertension. 2008; 51: 945–949.
21. Warren TY, Wilcox S, Dowda M et al. Independent association of waist circumference with hypertension and diabetes in africanamerican women South Carolina, 2007–2009. Prev Chronic Dis. 2012; 9: 110–170.
22. Ahmad R, Rahman S, Zaman F et al. Percent body fat and its relationship with obesity and hypertension in adult population of Mingora. Gomal Swat. J Med Sci. 2011; 9: 120–123.
23. Sulibursk a J, Krejpcio Z, Michalski K et al. Ocena wybranych wskaźników biochemicznych krwi osób z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym w aspekcie ich sposobu żywienia. Endokrynol Otył Zab Przem Mat. 2008; 4: 101–106.
24. Gnacińska M, Zdrojewski T, Wierucki Ł et al. Współwystępowanie zaburzeń lipidowych i nadciśnienia tętniczego w populacji osób w wieku 50 lat. Nadciśn Tętn. 2004; 8: 97–102.
25. Osuji CU, Omejua EG, Onwubuya EI et al. Serum lipid profile of newly diagnosed hypertensive patients in Nnewi, South-East Nigeria. Int J Hypertens. 2012; ID 710486: 7.
26. Polakowska M, Piotrowski W, Włodarczyk P et al. Program epidemiologiczny oceniający częstość nadciśnienia tętniczego w Polsce w populacji osób dorosłych — badanie PENT. Część I. Charakterystyka częstości i stopień kontroli nadciśnienia tętniczego. Nadciśn Tętn. 2002; 6: 157–166.
27. Tykarski A, Posadzy-Małaczyńska A, Wyrzykowski B et al. Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego oraz skuteczność jego leczenia u dorosłych mieszkańców naszego kraju. Wyniki programu WOBASZ. Kardiol Pol. 2005; 63: 614–619.
28. 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, suppl. 4: 1–26.

Artykuł przyjęty do redakcji: 30.11.2014
Artykuł przyjęty do publikacji: 09.07.2015

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

Adres do korespondencji:
Alicja Kucharska
ul. Erazma Ciołka 27
01-455 Warszawa
tel.: 22 83 60 913
e-mail: alicja.kucharska@wum.edu.pl
Zakład Żywienia Człowieka
Warszawski Uniwersytet Medyczny

WYKORZYSTYWANIE SEKSUALNE NIELETNICH

SEXUAL EXPLOITATION OF CHILDREN

Mieczysława Irena Wyderka[1], Agnieszka Błaszczyk[2]

1 Zakład Teorii Pielęgniarstwa
Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. Mikołaja Pirogowa
[2] licencjatka, absolwentka AHE w Łodzi, kierunek pielęgniarstwo

STRESZCZENIE

Wstęp. Przemoc jest działaniem skierowanym przeciwko innej osobie, które wykorzystuje dominację sił. Przejawem przemocy wobec dzieci jest wykorzystywanie seksualne.
Cel. Celem pracy było przedstawienie wiedzy i świadomości badanego społeczeństwa na temat wykorzystywania seksualnego nieletnich. Próbowano dociec, skąd badane osoby czerpią wiedzę na ten temat oraz czy potrafią wskazać ośrodki niosące pomoc ofiarom bezprawia wobec dzieci i młodzieży.
Materiał i metody. Badaniem objęto 100 pełnoletnich osób z województwa łódzkiego. W badaniach wykorzystano kwestionariusz ankiety.
Wyniki. Spośród respondentów 74% wie, jakie jest znaczenie pojęcia „wykorzystywanie seksualne", 46% ma świadomość, że sprawcy nie posiadają cech charakterystycznych, 100% prawidłowo podało skutki przemocy seksualnej, 62% orientuje się, jakie reakcje występują u dzieci wykorzystywanych. Tylko 32% zna ośrodki niosące pomoc ofiarom. Wiedzę na ten temat 53% badanych czerpie z Internetu, 38% – z czasopism i broszur informacyjnych. Z porad psychologa czy pedagoga szkolnego korzysta 8%, natomiast z pomocy lekarza rodzinnego – jedynie 1%.
Wnioski. Poziom ogólnej wiedzy badanych na temat wykorzystywania seksualnego jest dość wysoki, ale nie zawsze potrafią oni prawidłowo wskazać ośrodki niosące pomoc ofiarom. Ofiary bardzo rzadko korzystają z porad specjalistów. Coraz częściej uświadamia się osoby, które doświadczyły przemocy, że nie ponoszą winy za to, co się stało, że mogą dochodzić sprawiedliwości nawet po latach.

SŁOWA KLUCZOWE: molestowanie nieletnich, przemoc seksualna, świadomość, wiedza, wsparcie.

ABSTRACT

Introduction. The violence is a intense, turbulent, or furious and often destructive action or force against other person. Excample of violence of children is a sexual abuse.
Aim. The aim of my thesis was to indicate the level of knowledge of the general population, about the sexual abuse of adolescents. Also the level of knowledge about the support centres for these victims of injustice.
Material and methods. The elaborated survey composed of thirty questions and the study enrolled 100 adults from Lodz.
Results. 74% of the respondents understood the meaning of the term: 'sexual abuse', 46% of the people were aware that offenders did not have characteristics, 100% of the responders indicated the effects of the sexual abuse correctly and 62% of the people were well-versed with the reactions of sexually abused children. Respondents had advanced level of knowledge but they could not indicate institutions which helped the victims. Only 32% of the responders knew centres and 6% of the people could give the correct name of the National Helpline for Victims of Domestic Violence. The knowledge was gained via the Internet by 53%. 38% of the responders used books, newspapers, brochures. 8% of the people benefited from the advice of a psychologist, but only 1% of the respondents from a GP or a specialist.
Conclusions. The level of general knowledge surveyed about sexual abuse is high, but they can not always correctly identify centers, which provide help to the victims. The victims rarely benefit from expert advice. More often people who have experienced violence, are aware that it is not their fault what happened. They can seek justice even after years.

KEYWORDS: sexual abuse of adolescents, sexual violence, awareness, knowledge, support.

Wprowadzenie

Przemoc jest wykorzystującym dominację sił zamierzonym działaniem skierowanym przeciwko innej osobie lub grupie osób, burzącym ich prawa i dobra indywidualne, powodującym krzywdę i ból. Powszechnie postrzega się ją jako każdy akt, który rani wolność osobistą jednostki, zmusza ją do postępowania niezgodnego z jej własną wolą. Przejawem przemocy wobec dzieci jest znęcanie się nad nimi, a także wykorzystywanie seksualne. Są to więc wszelkie rodzaje złego traktowania tych młodych członków społeczności, którzy nie potrafią lub nie mogą efektywnie się bronić. W wielu rodzinach czy środowiskach pozarodzinnych często dochodzi do aktów przemocy seksualnej wobec małoletnich. Zjawisko to jest niezwykle trudne do oszacowania, gdyż ofiary najczęściej ukrywają fakt wykorzystywania, sporadycznie również decydując się na fachową pomoc instytucji państwowych. Żyjemy w XXI wieku i mimo

ogromnej świadomości społecznej, głoszenia haseł o wzajemnej miłości, braterstwie, pokoju i pojednaniu, coraz bardziej zwraca naszą uwagę powszechne zjawisko przemocy, które spotyka się wśród zarówno dorosłego, jak i młodego pokolenia. Najbardziej zastanawiająca, a zarazem niepokojąca jest narastająca fala agresji i brutalizacji, dotycząca dzieci i młodzieży. W ostatnim czasie wyraźnie obserwuje się wzrost ilości nadużyć, w tym seksualnych, w stosunku do nieletnich w szkołach, na podwórkach, w środowiskach rodzinnych czy poprzez Internet. Wykorzystywanie seksualne dzieci może wyrażać się w: aktach pozbawionych fizycznego kontaktu (ekshibicjonizm, obsceniczne telefony, rozmowy o treści seksualnej, podglądanie, fetyszyzm, eksponowanie ciała dziecka osobom dorosłym w celu zaspokojenia ich seksualnych pragnień, prezentowanie dziecku zdjęć pornograficznych, fotografowanie dziecka w celach pornograficznych, zachęcanie do słuchania bądź obserwowania aktów seksualnych odtwarzanych np. z DVD, Internetu lub w rzeczywistości, rozmowy z dzieckiem, mające treści erotyczne, daleko wykraczające poza edukację seksualną) [1]; aktach związanych z fizycznym kontaktem z dzieckiem (dotykanie ciała dziecka, całowanie jego intymnych miejsc, ocieranie się, pieszczoty o zabarwieniu seksualnym, masturbacja, zmuszanie dziecka do dotykania narządów płciowych sprawcy, stosunki analne, oralne, genitalne, dziecięca prostytucja); jak również w aktach fizycznych o znamionach gwałtu (formy fizycznego kontaktu seksualnego z dzieckiem związane z uszkodzeniem ciała ofiary lub dające prawdopodobieństwo takich skutków) [2]. Nadużycia seksualne wobec nieletniego prowadzą do zaangażowania niedojrzałego fizycznie i psychicznie dziecka w czynności seksualne, których nie potrafi ono właściwie ocenić, nie wyraża na nie świadomej zgody, które niszczą ustalone role społeczne [3]. Typowi sprawcy wykorzystywania seksualnego nieletnich to najczęściej osoby młode, około 26–40-letnie, nieróżniące się wyglądem od innych, bliskie lub znajome dla ofiar; nie napadają brutalnie, lecz uwodzą i szantażują dzieci, wykorzystując przy tym cały swój potencjał dominacji intelektualnej. Nierzadko sprawcy piastują wysokie stanowiska. Najnowsze badania dowodzą, iż najczęściej przestępcami seksualnymi są mężczyźni, jednak problem ten dotyczy również kobiet. Do większości przypadków odnoszących się do próby bądź dokonania aktu seksualnego dochodzi w najbliższej rodzinie, choć porównywalny odsetek przestępstw wykracza poza ten krąg. Do sprawców przemocy seksualnej w rodzinie należeć mogą dziadkowie, ojcowie, ojczymowie, partnerzy matek, wujowie, bracia, kuzyni, jak również kobiety, np. matki [1]. Przemocy seksualnej nie da się skategoryzować, nie dotyczy ona wyznawców jednej religii, przedstawicieli danego zawodu, narodowości czy rasy. Znosi ona wszelkie granice kulturowe, pojawiając się we wszystkich grupach społecznych, a jednocześnie jest typem przemocy, który w większości przypadków pozostaje w ukryciu, wymykając się spod kontroli i pozbawiając ofiary ochrony oraz wsparcia ze strony państwa. Niezwykle często osoby wykorzystujące seksualnie nieletnich sprawiają wrażenie sympatycznych, serdecznych, szczerych i opiekuńczych wobec dzieci. Poprzez takie zachowanie tworzą bliskie relacje ze swoimi ofiarami, wykorzystują je, unikając jednocześnie podejrzeń czy też zdemaskowania [4]. Nierzadko sprawcami przestępstw o charakterze seksualnym wobec nieletnich są pedofile, czyli osoby odczuwające skłonność do kontaktów płciowych z dziećmi przed okresem adolescencji. Niektórzy sprawcy, mimo iż najczęściej współżyją seksualnie z dorosłymi i nie są pedofilami, równocześnie wykorzystują seksualnie dzieci. Spowodowane jest to w większości przypadków defektami fizycznymi bądź też obniżonym poczuciem własnej wartości. Przemoc seksualna może wystąpić również wówczas, gdy sprawca traci kontrolę nad swoim postępowaniem (np. pod wpływem narkotyków czy alkoholu). Zdarza się, że osoby, które w młodości stały się ofiarami przemocy seksualnej, w życiu dorosłym także zostają sprawcami [5]. Niekiedy dorośli dopuszczają się wykorzystywania seksualnego dzieci, aby zyskać kontrolę i poczuć władzę nad innymi. Kolejnymi cechami, jakie można przypisać agresorom, są m.in.: nadmierna agresja, pragnienie dominacji, wyobcowanie ze środowiska, brak empatii wobec ofiar, brak odpowiedzialności za swoje czyny, obsesja na punkcie własnej osoby. Sprawcy przemocy seksualnej niezwykle często podejmują wiele trudu, aby zdobyć zaufanie swoich ofiar i zbliżyć się do nich. Mogą też wywierać przeogromną presję na dzieci, by ukryć wykorzystywanie, zachowując swe czyny w głębokiej tajemnicy. Przy wyborze ofiar kierują się własnymi upodobaniami, preferując wyłącznie dziewczynki bądź chłopców, czy też dzieci obojga płci. Mogą dokonywać wyboru dzieci w konkretnym wieku lub stanowić niebezpieczeństwo dla wszystkich, bez względu na wiek. Niekiedy wybierają określone dziecko, okazując mu niezwykłe zainteresowanie, obdarowując prezentami i zaskakując niespodziankami, żeby stworzyć dogodną okazję do wykorzystania. Zdarza się, iż sprawcy traktują niektóre dzieci szczególnie surowo, stawiają je w niepochlebnym świetle, aby w przypadku ujawnienia przemocy nie były one wiarygodne. Środowisko, w którym dochodzi do wykorzystywania seksualnego nieletnich, jest ,,zgodnym z prawem'', zamkniętym, patologicznym, tajnym systemem, na zewnątrz wyglądającym szlachetnie i religijnie, w którym panują trzy nienaruszalne zasady: „nie myśl",

„nie odczuwaj", „nie rozmawiaj". Role społeczne oraz moralne granice nie są tu jasno ustalone albo nie istnieją w ogóle, a zaprzeczanie i kłamstwa stają się modelowymi formami zachowań. Wykorzystywanie seksualne jest usprawiedliwiane, pojmowane jako forma dyscypliny, zdobywania wiedzy (np. o dorosłym życiu), okazywania miłości czy pomocy w relaksowaniu się. Dziecko, ofiara molestowania, do określonego czasu może nie zdawać sobie sprawy z tego, iż jest wykorzystywane. Następnie, kiedy rodzi się w nim ta świadomość, obwinia głównie siebie, a nie sprawcę, gdyż najczęściej ten jest dla dziecka punktem odniesienia, autorytetem, z którym łączy je silna więź emocjonalna [3, 6]. Dziecko czuje wstyd i ma poczucie winy, toteż zaprzecza i ukrywa fakt wykorzystywania. Istnieje kilka etapów interakcji sprawca–ofiara w przypadku przemocy seksualnej. Pierwszym z nich jest tzw. uwodzenie, w którym sprawca pragnie wywołać pozytywne uczucia w dziecku, nawiązać z nim bliską, ścisłą więź, zaznaczyć i udowodnić swój niepodważalny autorytet, zdobyć uznanie i zaufanie. Jest to proces, w którym, mając intencję wykorzystania seksualnego, konstruuje on pozytywną relację z dzieckiem. Kolejnym etapem interakcji jest akt seksualny, mogący przybierać różnorodne formy. Trzecią fazą jest tajemnica – sekret, w którym sprawca izoluje małoletniego od otoczenia, zapewnia dyskrecję poprzez wzmacnianie przywiązania i uczuć ze strony dziecka, próby przekonania go, przekupienia, zastraszenia, groźby, szantażu czy przemocy fizycznej. Następnym etapem interakcji jest ujawnienie czynu, przy czym niejednokrotnie dziecko nie jest pierwotnym źródłem informacji (co wynika z obaw nieletniego, poczucia winy lub z tego, że nie potrafi on opowiedzieć tego, co się z nim działo; dotyczy to szczególnie małych dzieci). Ostatnią fazą są konsekwencje; na tym etapie młodociani przeważnie żałują tego, że ujawniono prawdę. Do przekonania o winie, wynikającego z aktu wykorzystania, dołącza się zawstydzenie i samooskarżanie związane z tym, co dzieje się ze sprawcą (eksmisja, postępowanie sądowe). Według statystyk ofiarami nadużyć seksualnych są dzieci obojga płci, przy czym dwa i pół raza częściej zjawisko to dotyka dziewcząt niż chłopców. Najczęściej zdarza się między 8. a 12. rokiem życia. Nie ma jednakże związku z wyznawaną religią, pochodzeniem czy statusem społecznym. Większość zdarzeń do końca pozostaje tajemnicą i nigdy nie zostają one zgłoszone.

Niepomyślny wpływ przestępstw seksualnych na nieletnich zależny jest od szeregu czynników, do których należą: wiek i poziom rozwoju dziecka w czasie wykorzystywania seksualnego; rodzaj nadużyć i faza rozwoju mechanizmów obronnych dziecka, jakie pozwalają mu radzić sobie z uczuciami wywołanymi przestępstwem; czynniki środowiska (jak np. bliski kontakt sprawcy z ofiarą), reakcje opiekunów. U dzieci wykorzystywanych seksualnie można zaobserwować wiele objawów mogących świadczyć o tym, że stały się one ofiarami przemocy. Symptomy te dzielimy na cztery grupy: objawy fizyczne, psychiczne, psychosomatyczne i inne charakterystyczne zachowania. Do objawów fizycznych, najczęściej wskazujących na wystąpienie nadużyć seksualnych, zaliczamy: rzadkie obrażenia zewnętrzne (w obrębie narządów płciowych, np. w postaci ran kąsanych, krwiaków na podbrzuszu, pośladkach, piersiach lub udach, urazów pochwy, odbytu), regularnie powtarzające się stany zapalne narządów moczowo-płciowych, ślady krwi na bieliźnie, niezwiązane z miesiączką u dziewczynek. Na objawy psychiczne składają się: poczucie utraty własnej wartości, stany zwątpienia we własne siły, ogólne stany lękowe (strach przed mężczyznami, ciemnością, zamkniętymi pomieszczeniami, samotnością itp.), wyobcowanie, odosobnienie, trudności w nawiązywaniu kontaktów, skłonność do kłamstw, ucieczka w świat fantazji, poczucie winy, bezradności i wstydu, natręctwa, fobie lękowe, depresje, psychozy i inne. Do symptomów psychosomatycznych należą: częste bóle głowy, brzucha, nudności, wymioty bez wyraźnej przyczyny, zaburzenia jedzenia (brak apetytu, a nawet anoreksja czy bulimia), bezsenność, moczenie się i oddawanie stolca w majtki, stany lękowe oraz nocne napady duszności, astma, zaburzenia wzroku, mowy i koncentracji. Ostatnią grupę stanowią inne charakterystyczne zachowania, jak np.: rysowanie obrazków o specyficznej treści [7], pokazywanie swoistych kobiecych pozycji seksualnych, masturbacja, odgrywanie pewnych, typowych zachowań seksualnych, używanie specyficznych wyrażeń, pobudzenie seksualne, przesadne zainteresowanie seksualnością swoją i innych, nadmierny wstyd oraz sprzeciw wobec prób rozebrania [6, 8], różnorodne nałogi, zachowania autoagresywne (kaleczenie się, wyrywanie włosów, obgryzanie paznokci, próby samobójcze). Wyżej przytoczone objawy, choć często współistniejące z wykorzystywaniem seksualnym, są także charakterystyczne dla innych stresogennych wydarzeń w życiu dziecka, jak np.: śmierć bliskiej osoby lub ulubionego zwierzęcia, rozwód rodziców, kłopoty w szkole. Spostrzeżenie kilku z tych nieswoistych oznak winno stać się sygnałem ostrzegawczym, zachęcając do bacznej uwagi i dogłębniejszego przyjrzenia się danej sytuacji. Niezbitymi dowodami na to, iż dziecko zostało skrzywdzone, są: ciąża, obecność nasienia w pochwie bądź odbycie, choroby przenoszone drogą płciową [1]. Konsekwencje dla dzieci i wykorzystywanej seksualnie młodzieży pokrywają się w większości z wyżej wymienionymi symptomami. Przemoc seksualna prowadzi więc do zniszczenia pozytywnego obrazu własnej osoby, co ob-

jawia się zaburzeniami snu (który jest niespokojny, płytki, przerywany, niejednokrotnie przypominający drzemkę), nieprawidłowościami mowy (wynikającymi z napięcia nerwowego), dolegliwościami psychosomatycznymi (bólami brzucha, głowy, nudnościami), tikami nerwowymi, brakiem poczucia pewności siebie, wycofaniem, przygnębieniem, depresją, stałym poczuciem lęku i winy, kłamstwem lub ugrzecznionym zachowaniem. Wykorzystywanie seksualne może przejawiać się nieadekwatną do wieku znajomością zachowań seksualnych i anatomii narządów płciowych, nadpobudliwością seksualną, wzmożoną pobudliwością psychoruchową, zaburzeniami koncentracji i zachowania, postępowaniem destruktywnym (ucieczki z domu, kradzieże, picie alkoholu, korzystanie z innych używek), luźnymi kontaktami z rówieśnikami oraz nieumiejętnością nawiązywania przyjaźni, nieufnością, zaburzoną frekwencją na zajęciach szkolnych (w tym zajęciach wf), nienaturalnym strachem przed mężczyznami lub uwodzicielskim zachowaniem wobec nich, regresem w rozwoju, samookaleczeniem, myślami i próbami samobójczymi itp. [9]. Ofiary przemocy seksualnej cierpią na różnego rodzaju zaburzenia natury psychologicznej, m.in. niezwykle często popadają w depresję, niepokój, miewają niekontrolowane ataki śmiechu, płaczu, agresji, nierzadko obserwuje się u nich niezrozumiałe zmiany decyzji, niepewność, stany lękowe, ciągłe poczucie zagrożenia. Trudno od nich oczekiwać rozważnych, dojrzałych zachowań, gdyż umysłem ich rządzi strach przed sprawcą [8]. Wydarzenia traumatyczne, a wśród nich przemoc seksualna, mogą prowadzić do zakłócenia prawidłowego rozwoju dziecka, istotnych zaburzeń w jego dojrzewaniu i przyszłym życiu [3, 7]. Dorosłe osoby, w dzieciństwie wykorzystywane seksualnie, mają zaburzenia popędu płciowego, niską samoocenę (także jako partnerzy seksualni), trudności w dokonywaniu ważnych życiowych wyborów, podejmowaniu decyzji, zakładaniu rodziny [9], tworzeniu trwałych związków, utrzymaniu zatrudnienia. Przejawiają nieumiejętność ochrony siebie i własnych dzieci przed nadużyciami seksualnymi (w przypadku kobiet), są podatne na wykorzystywanie w przyszłości. Często także izolują się od otoczenia, nie mogąc zaufać innym [9]. Ofiary nadużyć o tle seksualnym z reguły nie potrafią samodzielnie poradzić sobie z przeogromnymi ich konsekwencjami, stąd też muszą i powinny korzystać z fachowej pomocy psychologów lub psychoterapeutów. Do sytuacji wykorzystywania seksualnego może dojść nie tylko na gruncie rodzinnym lub osób znajomych. Do aktów takich może dochodzić również wśród nowo poznanych osób, np. w centrach handlowych czy poprzez Internet. Dlatego też tak istotne jest, by przestrzegać dzieci przed pochopnym zawieraniem znajomości czy udostępnianiem swoich danych na stronach internetowych. Młodociani coraz częściej większość swojego wolnego czasu spędzają przed monitorem komputera. Podejmują wówczas mnóstwo aktywności, m.in. grając w różnorodne gry, poszukując odpowiedzi na nieznane pytania bądź nawiązując nowe znajomości. W trakcie tych działań narażeni są na niebezpieczne dla nich treści, groźne kontakty, jak również na cyberprzemoc, co prowadzić może do zaburzeń ich psychoseksualnego dojrzewania czy też, bezpośrednio lub pośrednio, do wykorzystania seksualnego. Rodzice bądź opiekunowie najczęściej nie są świadomi tego, z jakich stron internetowych korzystają ich podopieczni i na jakie niebezpieczeństwa są oni narażeni. Małoletni mogą bowiem zetknąć się ze zjawiskiem groomingu, czyli w polskim tłumaczeniu – z uwodzeniem dzieci poprzez Internet. Zjawisko to polega na nawiązaniu specyficznej relacji dorosłego i dziecka, zaprzyjaźnieniu się z nim oraz wytworzeniu więzi emocjonalnej celem uwiedzenia dziecka i skrzywdzenia seksualnego. Innym zjawiskiem jest cyberprzemoc polegająca na wysyłaniu oraz publikowaniu (za pomocą telefonów komórkowych czy Internetu) treści krzywdzących inne osoby. Nierzadko też takie postępowanie ma ukryte tło seksualne. Bywa, iż młodzi internauci prześladują słownie swoich kolegów, używając wulgaryzmów z aluzjami seksualnymi lub żartują z seksualności rówieśników, dokonując fotomontażu zdjęć oraz publikacji krzywdzących ich filmów w Internecie. Zjawisko to nosi nazwę sekstingu. U dzieci krzywdzonych w ten sposób rodzą się problemy emocjonalne, deformuje się postrzeganie własnego ciała, zniekształca się wyobrażenie życia seksualnego człowieka, co w rezultacie prowadzi do nieprawidłowości dojrzewania psychoseksualnego [1].

Produkowanie, utrwalanie, posiadanie, rozpowszechnianie lub publiczne prezentowanie treści pornograficznych jest niezgodne z polskim prawem, a osoby popełniające to przestępstwo zagrożone są karą grzywny, ograniczenia bądź pozbawienia wolności od kilku miesięcy do 8 lat.

Kontakt dzieci z pornografią burzy ich równowagę psychoseksualną, prowadząc do odmiennych od ogólnie przyjętych zachowań, przyczynia się do niezrozumienia przez dziecko otaczającego je świata, wzrostu poczucia zagrożenia, może wywoływać negatywne uczucia, nadmierny stres czy niezdrowe pobudzenie. Dostęp do materiałów pornograficznych ujemnie wpływa na formowanie przekonań dotyczących życia i relacji międzyludzkich. Zdarza się, że dzieci niemające przecież wcześniej żadnych doświadczeń seksualnych przyjmują utrwalone w pamięci obrazy za szablon postępowania, wzorzec, do którego dążą w przyszłości.

Dorośli świadomi faktu, iż dziecko zostało dotknięte przemocą seksualną, mają obowiązek jak najszybciej zgłosić ten fakt właściwym organom. Mogą zadzwonić na najbliższy komisariat policji (lub też pod ogólnopolski numer 997), do rejonowej prokuratury, sądu rodzinnego (lub dla nieletnich), z prośbą o przyjrzenie się sytuacji dziecka. Mają również możliwość skontaktowania się z kuratorem sądowym, pedagogiem szkolnym, psychologiem bądź lekarzem rodzinnym, którzy to obowiązani są do zgłoszenia każdego przypadku wykorzystania seksualnego. W sytuacji kiedy wiadomo, że dziecko miało kontakt z przemocą o charakterze seksualnym, niezmiernie ważne jest, aby w rozmowie z nim reagować w sposób, który minimalizuje stres małoletniego i jest dla niego jak najmniej bolesny. Należy wówczas okazać dziecku wiele cierpliwości i opanowania, uświadamiając mu, iż nie ponosi ono żadnej winy za wydarzenia, do jakich doszło. Dorosły powinien pozwolić dziecku opowiedzieć o zaistniałych faktach, nie zmuszając go do mówienia. Priorytetem jest tu również zapewnienie młodocianego, że dobrze zrobił, zwracając się do dorosłych ze swoim problemem, i przekonanie go, iż pokłada się ufność w wiarygodność jego słów. Nie należy przekonywać ofiary, że nie stało się nic złego oraz że musi ona wszystko jak najszybciej wymazać ze swojej pamięci. Ważne jest jednocześnie, by poszkodowane dziecko dowiedziało się, iż czyny sprawcy nie są zgodne z prawem. Dziecko musi wiedzieć, że nie zostało samo i w każdej chwili może liczyć na pomoc, wsparcie oraz opiekę [1]. Wykorzystywanie seksualne nieletnich ma różne oblicza, obowiązkiem jest więc szukanie takich rozwiązań, aby mu skutecznie zapobiegać. Niebagatelny jest więc dobry kontakt dorosłego i dziecka. Ważne jest, aby miało ono zaufanie do swojego opiekuna, w relacjach z nim czuło się bezpiecznie, nie obawiało się poruszania tematów ważnych, a zarazem trudnych. Dziecko ma prawo do wzrastania w poczuciu, że jest kochane bezwarunkowo, pomimo swych niedoskonałości, iż w każdym momencie może zwrócić się do dorosłego o pomoc i nie pozostanie samo ze swoimi problemami [10].

Państwo polskie, a w nim szereg instytucji, wyszło naprzeciw oczekiwaniom oraz potrzebom tych wszystkich, którym nie jest obce dobro dziecka, a tym samym zapobieganie wykorzystywaniu seksualnemu. Opracowywane są więc programy edukacyjne, obejmujące swym zasięgiem środowiska szkolne i rodzinne, gdyż właśnie w nich najczęściej dokonują się procesy wychowawcze. Przedstawiciele organizacji i instytucji wspomagających ofiary wykorzystywania, jak również uczestnicy ogólnopolskiej konferencji dotyczącej przemocy w rodzinie podsunęli ten pomysł i tak w 1996 roku powstało Ogólnopolskie Porozumienie pod nazwą „Niebieska Linia”, które skupia ludzi oraz instytucje pomagające ofiarom przemocy. Jest ono Ogólnopolskim Pogotowiem dla Ofiar Przemocy w Rodzinie, mającym własne numery telefonów zaufania (płatny: 22 666 00 60 lub płatny jedynie za pierwszy impuls: 801 120 002). Istnieją również liczne lokalnie działające telefony, na terenach aktywnych organizacji pomocowych w całej Polsce. W 1997 roku wprowadzono procedurę tzw. niebieskich kart, dotyczącą postępowania policji podczas interwencji domowych, w zgłoszonych przypadkach występowania przemocy. Procedurę tę zapoczątkowuje wypełnienie kwestionariusza „NK-A” przez reprezentanta jednej z niżej wymienionych służb, która jako pierwsza pozyskała informacje na temat przemocy w rodzinie. Do służb tych należą: gminna komisja RPA (Rozwiązywania Problemów Alkoholowych), pomoc społeczna, oświata, policja, ochrona zdrowia [5]. Od 2000 roku istnieje instytucja Rzecznika Praw Dziecka, stojącego na straży tych praw (określonych w Konstytucji RP, Konwencji o prawach dziecka i innych przepisach prawa). Podejmowanych jest również szereg innych działań mających na celu eliminowanie bądź zmniejszanie zakresu bezprawia wobec młodocianych. Powstają coraz to nowe stowarzyszenia, jak choćby: Fundacja Przeciw Wykluczeniu Społecznemu „Będziesz”, Fundacja Orange, Fundacja Dzieci Niczyje (FDN), Fundacja Mederi i inne, które m.in. organizują konferencje na temat agresji, przemocy, wykorzystywania; tworzą strony internetowe; rozdają broszury i informatory o zasadach bezpieczeństwa w sieci, zawierające np. podstawowe reguły bezpiecznego korzystania z Internetu czy też informacje o adresach oraz telefonach organizacji udzielających pomocy potrzebującym. Coraz częściej za pośrednictwem mediów dowiadujemy się o nowych kampaniach lub działaniach prowadzonych w obronie dzieci i młodzieży, jak np. program **„Dziecko w Sieci”,** zainicjowany w lutym 2004 roku przez Fundację Dzieci Niczyje. Od stycznia 2005 roku program ten realizowany jest w ramach programu Komisji Europejskiej **„Safer Internet”**, jako systemowy projekt na rzecz bezpieczeństwa dzieci i młodzieży w sieci. Od lutego 2007 roku FDN, współpracując z Fundacją Orange, kieruje Helpline.org.pl – projektem, dzięki któremu dzieciom udzielana jest pomoc w sytuacjach zagrożenia w sieci (www.helpline.org.pl, bezpłatny telefon: 800 100 100). W ramach tej akcji Fundacja Dzieci Niczyje stworzyła portal www.zlydotyk.pl, poświęcony krzywdzeniu seksualnemu nieletnich. Na nim to zarówno profesjonaliści, jak i rodzice czy opiekunowie mogą znaleźć wiadomości (także w postaci e-learningu) dotyczące diagnozowania problemu wykorzystywania seksualnego, zapobiegania mu oraz wspierania tych, którzy doświadczyli przemocy seksualnej [11]. Oddzia-

ły terenowe Komitetu Obrony Praw Dziecka mieszczą się we wszystkich większych miastach Polski. Pomagają one w rozwiązywaniu problemów rodzinnych, dotyczących przemocy seksualnej i nie tylko, prowadzą mediacje, udzielają porad prawnych i różnego typu pomocy. Pomimo szeroko propagowanych akcji przeciwko wykorzystywaniu dzieci i młodzieży problem wciąż pozostaje nierozwiązany, a w niektórych środowiskach wręcz narasta.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone na terenie województwa łódzkiego w 2013 roku. Objęto nimi 100 pełnoletnich osób. Wszystkie osoby zostały poinformowane o metodzie i celu badania, jego dobrowolności i anonimowości. Po 12% stanowiły osoby w wieku 18–25 oraz powyżej 60 lat, 34% – od 26 do 40 lat, a najwięcej – 42% – w przedziale wiekowym 41–60 lat. Większość z nich, czyli 80%, to kobiety, a pozostałe 20% to mężczyźni. W mieście mieszka 74%, natomiast pozostałe 26% – na wsi. Wyższe wykształcenie ma 46%, średnie – 32%, zawodowe – 12%, podstawowe – 10%. Ponad połowa wychowuje dwoje lub troje dzieci, czworo i więcej dzieci posiada 12% badanych, zaś jedno ma 30% uczestników badania.

Wyniki

Wykorzystywanie seksualne dzieci jest tą formą krzywdzenia, którą najtrudniej zdiagnozować i co się z tym wiąże – oszacować jej zakres. Dzieci rzadko ujawniają fakt molestowania seksualnego. Skala tego problemu jest znacznie większa, niż wskazują rejestry policyjne czy ewidencje prowadzone w ośrodkach udzielających pomocy. Pojęcie „wykorzystywanie seksualne" znane jest 74% respondentom, a pozostałe 26% zna je jedynie ze słyszenia. Według 61% poziom posiadanej przez nich wiedzy na temat wykorzystywania seksualnego nieletnich jest wystarczający, 38% chętnie poszerzyłoby ją, zaś 1% nie jest tym tematem zainteresowany. Informacje z zakresu przemocy seksualnej najchętniej czerpane są z Internetu – tak stwierdziło 53%. Kolejne źródło, według 38%, to książki, czasopisma, broszury informacyjne, 8% korzysta z porad psychologa bądź pedagoga szkolnego, tylko 1% uzyskuje informacje podczas wizyty u lekarza pierwszego kontaktu lub specjalisty w tym zakresie. Niestety żadna z osób nie konsultowała się w tej kwestii z pielęgniarką czy pielęgniarzem.

Wykorzystywanie seksualne jest problemem społecznym [10] i 81% badanych zgadza się z tym twierdzeniem, 18% nie ma zdania na ten temat, a dla 1% nie stanowi ono problemu społecznego.

Przemoc seksualna wobec nieletnich może dotyczyć każdej osoby z najbliższego otoczenia [1], tak też odpowiedziało 8% badanych, 28% uważa, że jest to możliwe, 40% myśli, iż raczej nie może to się wydarzyć, z kolei 24% zdecydowanie z tym się nie zgadza.

Informacje o wykorzystywaniu seksualnym nieletnich możemy uzyskać właściwie każdego dnia, chociażby poprzez radio, telewizję czy inne środki masowego przekazu i właśnie taką wiedzę miało 30% respondentów. Bolesne jest, że aż 6% zetknęło się z tą przemocą w gronie najbliższym, przyjaciół lub znajomych. Z kolei 64% twierdzi, iż nie miało do czynienia z tym problemem.

Rozmowy z dziećmi na temat wykorzystywania seksualnego są niezwykle znaczące w prewencji tego typu przemocy. Bezwzględnie powinny być one prowadzone w odpowiedniej formie, czasie, miejscu, językiem zrozumiałym dla dziecka, dostosowanym do jego wieku i rozwoju psychicznego. Niepokojem napawa fakt, że jedynie 44% badanych rozmawiało ze swoimi dziećmi na temat wykorzystywania seksualnego, 56%, co stanowi więcej niż połowę osób biorących udział w badaniu, takich rozmów nie przeprowadzało, przy czym 24% nie rozmawiało w ogóle, a 32% zamierza podjąć ten temat w najbliższej przyszłości.

Miejsca, w których dochodzi do wykorzystywania seksualnego nieletnich, mogą być różne: 42% badanych uważa, że do takich incydentów najczęściej dochodzi w domu, kolejne 38% sądzi, iż polem tego typu przemocy są domy dziecka i internaty, według 8% terenem, na którym dzieci mogą doświadczyć krzywdzenia seksualnego, jest szkoła, dla 4% są to parki, dla 2% – galerie handlowe, natomiast 6% twierdzi, iż inne, niewymienione tu miejsca.

Ofiarami wykorzystywania bywają zarówno dziewczynki, jak i chłopcy, choć w przeważającej mierze dominuje tu płeć żeńska [9]; taką też odpowiedź uznaje 54% badanych, 46% jest zdania, że przemoc ta dotyczy obu płci w jednakowym stopniu. Zazwyczaj ofiarami przemocy seksualnej padają dzieci w wieku od 8 do 12 lat. Ze stwierdzeniem tym zgadza się 70% badanych, 8% uważa, iż na ogół wykorzystywane są dzieci w wieku do 7 lat, natomiast 22% sądzi, że wiek ten przypada na 13.–16. rok życia.

Sprawcy przemocy seksualnej na nieletnich to z reguły osoby bliskie lub znajome dla swoich ofiar. 40% badanych uważa, iż najczęściej sprawcami wykorzystywania seksualnego są rodzice ofiar bądź członkowie rodziny, 14% utrzymuje, że wychowawcy i nauczyciele, 6% – księża lub katecheci, 12% – znajomi dorośli, 26% – nieznajomi dorośli, z kolei według 2% – inni młodociani. Najświeższe badania pokazują, że w przeważającym stopniu przestępcami seksualnymi są osoby płci męskiej, jednak zagadnienie to dotyczy także kobiet. Większość respondentów (92%) jest zgodna, iż sprawcy to mężczyźni, 2% uważa, że częściej wykorzysty-

wania dopuszczają się kobiety, zaś 6% – że obie płcie w jednakowym stopniu. Sprawcy to często ludzie młodzi, w wieku około 26–40 lat, i tak właśnie uważa 58% badanych. Dla 30% wiek ten przypada na lata 41–60, 10% jest zdania, iż sprawcy mają od 19 do 25 lat, natomiast 2% sądzi, że najczęściej występujący wiek napastników to 14–18 lat. Niejednokrotnie osobami krzywdzącymi seksualnie dzieci i młodzież są starsi, żonaci, wykształceni mężczyźni, o wysokim statusie ekonomicznym i tak też odpowiedziało 20% badanych. W grupie respondentów 16% uważa, że najbardziej charakterystyczne cechy sprawcy to młody wiek, agresywność i impulsywność. Dla 10% cechami są również młody wiek, stan wolny oraz niski status ekonomiczny, 8% sądzi, iż większość sprawców jest w starszym wieku, rozwiedziona i nadużywająca alkoholu. Blisko połowa, ponieważ aż 46%, jest słusznego zdania, że w większości przypadków sprawca nie ma cech charakterystycznych.

Rozpoznając przemoc seksualną, należy zwrócić baczną uwagę na pewne niezwykle charakterystyczne jej przejawy. Mogą objawiać się one na różne sposoby, pod postacią mimiki, słów, różnorodnych działań mających na celu uwiedzenie młodego człowieka [5]. Dla 44% oznakami wykorzystywania seksualnego nieletnich są nieprzyzwoite gesty, komentarze, spojrzenia, 26% twierdzi, że niepokojące może być głaskanie czy przytulanie ich podopiecznych, natomiast 1% uznaje chwalenie oraz częste rozmowy, 29% skłania się ku temu, aby do zachowań podejrzanych zaliczyć wszystkie powyższe i dodatkowo częstowanie słodyczami. Powinno się jednak zachować dużą ostrożność w wydawaniu nierzadko fałszywych podejrzeń w stosunku do dorosłych, aczkolwiek w przypadku jakichkolwiek niejasności należy być czujnym i dążyć do ich wyjaśnienia.

Do budzących niepokój objawów lub reakcji dzieci mogących świadczyć o tym, iż są one wykorzystywane seksualnie, zaliczyć możemy szereg symptomów fizycznych, psychicznych, psychosomatycznych oraz innych charakterystycznych zachowań [5]. Z analizy danych zamieszczonych w ankiecie wynika, iż 16% badanych za niepokojące uznaje ślady krwi na bieliźnie dziewczynek, 16% opowiada się za trudnościami w nawiązywaniu kontaktów i nieśmiałością, 1% – za bólami głowy lub brzucha, a niewiele, bo tylko 14%, za alarmujące uważa nadmierny wstyd i zachowania autoagresywne. Większość, czyli 53%, poddanych badaniu utrzymuje, że wszystkie wyżej wymienione zachowania są prawdopodobne, choć dodaje do nich także odosobnienie i coraz lepsze wyniki w nauce. Najczęściej spotykanymi reakcjami u dzieci dotkniętych przemocą seksualną są obawy przed dorosłymi oraz zachowania agresywne w stosunku do nich. Takie właśnie zdanie ma aż 62% badanych, 4% uważa, że są to słabe wyniki w nauce, 34% odpowiedziało, iż dla nich wszystkie wspomniane wyżej reakcje są prawdopodobne, jednak dodało do nich niechęć do uprawiania sportu i palenie papierosów.

Wykorzystywanie seksualne nieletnich, jak każda przemoc, niesie za sobą oczywiste, nierzadko długotrwałe skutki. Wszyscy biorący udział w badaniu zgodnie odpowiedzieli, że do następstw tego typu przemocy zaliczamy: depresję, niepokój, niekontrolowane ataki śmiechu, płaczu czy agresji.

Na pytanie o słuszność prowadzenia rozmów i pogadanek z nieletnimi na temat krzywdzenia seksualnego 92% odpowiedziało, iż zdecydowanie powinno się przeprowadzać tego typu rozmowy, 8% było zdania, że raczej są one wskazane. Według 99% poddanych badaniu rozmowy z dziećmi na temat wykorzystywania seksualnego nieletnich powinni prowadzić rodzice, nauczyciele i psycholog szkolny, 1% zastrzega, by byli to wyłącznie wychowawcy oraz nauczyciele w szkołach. Celem rozmowy z dzieckiem krzywdzonym seksualnie jest przede wszystkim wzbudzenie jego zaufania, w czasie jej przeprowadzenia należy wykazać się ogromną cierpliwością [1]. Za tym stwierdzeniem opowiedziało się 99% badanych, 1% wolałby nie podejmować rozmów na ten temat.

W każdym większym mieście i niejednokrotnie także w wielu mniejszych miejscowościach znajdują się ośrodki niosące pomoc ofiarom przemocy wobec dzieci i młodzieży. Tylko 24% odpowiedziało, że zna takie instytucje, 6% przyznało, iż nie zna, natomiast przeważająca większość respondentów, czyli 70%, nie wiedziała, że takie centra pomocy istnieją. „Niebieska Linia" to nazwa Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie. Smutkiem napawa fakt, iż prawidłowo termin ten podało jedynie 6%, 78% było zdania, że skrócona nazwa tego stowarzyszenia to „Zielona Linia", 10% odpowiedziało „Czerwona Linia", zaś 6% – „Biała Lilia". Obok „Niebieskiej Linii" niesieniem pomocy w przypadku przemocy w rodzinie zajmuje się szereg innych organizacji, a wśród nich Fundacja Orange, Fundacja Dzieci Niczyje i tego właśnie zdania było 32% badanych, 68% błędnie odpowiedziało, iż są to: (wg 52%) Fundacja – Pedofilom STOP, (wg 8%) Fundacja Dorośli – Dzieciom, a wg 8% takie fundacje nie istnieją.

Skala wykorzystywania seksualnego w Polsce jest niestety duża, lecz świadomość tego ma jedynie 12%. Dla większości, czyli dla 69%, skala tej przemocy jest średnia, dla 18% – mała, zaś 1% uważa, iż znikoma. Krzywdzenie seksualne dzieci i młodzieży dla większości naszego społeczeństwa było, jest i z pewnością długo jeszcze pozostanie tematem tabu, problemem, którego rozwiązania poszukuje jedynie niewielki krąg społeczności. Jednak niezaprzeczalnym faktem jest to,

że na dorosłych spoczywa obowiązek ochrony młodego pokolenia, dawania dobrego przykładu swoim postępowaniem i organizowania działań zapobiegawczych, aby przemoc seksualna była gaszona w zarodku.

Wnioski

Wykorzystywanie seksualne nieletnich jest poważnym problemem społecznym i rodzinnym. Niesie poważne konsekwencje w ich dalszym życiu. Jest i pozostanie tematem niezwykle ważnym, który obliguje do stanowczego i konsekwentnego przeciwstawienia się mu. Poziom ogólnej wiedzy badanych na temat wykorzystywania seksualnego jest dość wysoki, ale nie zawsze potrafią oni prawidłowo wskazać ośrodki niosące pomoc ofiarom tych przestępstw. Głównym źródłem ich wiedzy jest Internet, bardzo rzadko korzystają z porad specjalistów. Wyjątkowa drażliwość tego problemu sprawia, że tylko ewidentne i drastyczne jego formy zostają zidentyfikowane i przyczyniają się do podjęcia interwencji. Coraz częściej głośno zaczyna mówić się o wykorzystywaniu seksualnym i uświadamianiu osobom, które doświadczyły przemocy, że nie ponoszą winy za to, co się stało, że mogą dochodzić sprawiedliwości nawet po latach.

Piśmiennictwo

1. Figurska O. Jak chronić dzieci przed wykorzystywaniem seksualnym? Poradnik dla rodziców i profesjonalistów. Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje; 2010. 2–23.
2. Witkowski T. Zakazana psychologia. Tom II. Warszawa: Wydawnictwo CiS; 2013. 289–311.
3. Kamińska K. Dobro dziecka w dyskursie państwo–rodzina, inaczej o przemocy domowej. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2010. 117–127.
4. Kotarba A. Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi Nr 3, art.: Niebieskie Karty. Obowiązki i zadania personelu medycznego w kontekście znowelizowanej ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Łódź: OIPiP; 2013. 3–4.
5. Kowalska-Wojtysiak M. Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi Nr 7–9, art.: Jak rozpoznać przemoc domową. Łódź: OIPiP; 2010. 26–29.
6. Wyżyńska J. Jak chronić dzieci przed molestowaniem seksualnym. Poradnik nie tylko dla rodziców. Poznań: Media Rodzina; 2007. 33–38, 44–45, 63–74.
7. Forward S. Toksyczni rodzice. Warszawa: Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza; 2006. 99–117.
8. Pospiszyl K. Przestępstwa seksualne. Warszawa: PWN; 2009. 59.
9. Herman JL. Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007. 106–125, 133–139.
10. Korczak J. Jak kochać dziecko? Dziecko w rodzinie. Warszawa: Instytut Książki; 2012. 5–8, 13–16, 151–158.
11. Pawlak-Jordan B, Podlewska J, Zmarzlik J. Pomoc dzieciom wykorzystywanym seksualnie. Poradnik dla pedagogów, nauczycieli i opiekunów dziecka. Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje; 2010. 2–19.

Artykuł przyjęty do redakcji: 25.07.2014
Artykuł przyjęty do publikacji: 25.08.2015

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

Adres do korespondencji:
Mieczysława Irena Wyderka
ul. Pływacka 112
94-127 Łódź
tel.: 42 6804760
e-mail: mwyderka1@wp.pl
Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi

UWAGI O SZKODACH WYRZĄDZONYCH W PODMIOTACH LECZNICZYCH

REMARKS ON DAMAGES IN HEALTHCARE INSTITUTIONS

Piotr Stępniak

Zakład Prawa Medycznego
Uniwersytet Medyczny im Karola Marcinkowskiego

STRESZCZENIE

Artykuł poświęcony jest niektórym zagadnieniom odpowiedzialności podmiotów leczniczych, w szczególności zaś szpitala, oraz ich personelu medycznego za szkody związane z ich funkcjonowaniem. Autor omawia obowiązujący obecnie stan prawny w tym zakresie, zgodnie z którym szpital został uznany za szczególnego rodzaju przedsiębiorstwo. Dlatego szpital odpowiada za szkody spowodowane jego ruchem na zasadzie ryzyka, tak jak przedsiębiorstwo (por. art. 435 § 1 Kodeksu cywilnego). Jest to odpowiedzialność bardzo szeroka z uwagi na konieczność jak najszerszej ochrony interesów pacjentów.
Autor artykułu omawia kluczowe dla tej odpowiedzialności pojęcie ruchu, jak również analizuje tzw. przesłanki egzoneracyjne. Wykazanie ich zaistnienia uwalnia bowiem szpital od odpowiedzialności za szkodę związaną z jego ruchem. Są to: siła wyższa, wyłączna wina poszkodowanego, wyłączna wina osoby trzeciej, za której czyny prowadzący szpital nie ponosi odpowiedzialności.
W artykule zostały także wskazane niektóre zagadnienia związane z odpowiedzialnością za szkody spowodowane przez personel medyczny podmiotów leczniczych. Zależy ona od rodzaju stosunku zatrudnienia, jaki łączy lekarza bądź inną osobę z personelu medycznego z podmiotem leczniczym. Autor wskazuje, że w najkorzystniejszej sytuacji są osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę.

SŁOWA KLUCZOWE: podmiot leczniczy, personel medyczny, szkoda, pacjent, ryzyko, ruch.

ABSTRACT

This acticle is devoted to civil responsibility of institutions of health care protection, especially hospitals, for the damage related to their functioning. Its author presents the current legal status, according to which a hospital is considered to be a company. It is responsible for the damage on the basis of risk (art. 435 § 1 Civil code). The author presents the notion of movement, the force majeure, the fault of the injured party and the fault of the third party. In this article, its author also analyses the problem of responsibility of medical personnel in institutions of health protection depending on the contract. The personnel employed permanently (contract of employment) is best protected in the aspect of civil responsibility for the damage caused to the patient.

KEYWORDS: institution of health protection, medical personnel, damage, patient, risk, movement.

Wstęp

Artykuł poświęcony jest niektórym zagadnieniom odpowiedzialności podmiotów leczniczych, w szczególności zaś szpitala, oraz ich personelu medycznego za szkody związane z ich funkcjonowaniem. Tym samym porusza cywilistyczną problematykę tzw. czynów niedozwolonych (por. Kodeks cywilny, Tytuł VI Czyny niedozwolone). Jest to problematyka bardzo rozległa, tak więc jej bardziej całościowe przedstawienie przekraczałoby z pewnością ramy niniejszego artykułu [1, 2]. Z tego więc powodu poniżej ograniczę się do kilku jej wycinków.

We wstępie należałoby przypomnieć, że zgodnie z obowiązującym stanem prawnym szpital uznawany jest za szczególnego rodzaju podmiot leczniczy, został bowiem zrównany w swoim statusie prawnym z przedsiębiorstwem.

Według art. 2 ust. 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [3] określenie „podmiot leczniczy" różnicuje się obecnie w zależności od tego, czy oznacza podmiot będący przedsiębiorcą, czy też nie. W takim rozumieniu, zgodnie z pkt. 9 tegoż ustępu, szpital jest przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Ten dość niejasny zapis ustawowy, zawierający wadę tzw. błędnego koła pośredniego [4], wyjaśnia bliżej pkt 11

stanowiący, że świadczeniami szpitalnymi są wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, ponadto świadczenia o takim charakterze, udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.

Z kolei, zgodnie z art. 4.1 Ustawy o działalności leczniczej, podmiotami leczniczymi w interesującym nas zakresie są:

1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (por. Dz.U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447, z późn. zm.) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, a także
2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Stracił więc swoją aktualność wcześniejszy podział na zakłady publiczne i niepubliczne przyjęty w Ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej [5].

Do tych uwag należałoby jeszcze dodać, że zgodnie z kolejnym punktem, tj. pkt. 8, powoływanej Ustawy przedsiębiorstwo oznacza zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej.

Chociaż powyższy fragment terminologiczny może wydawać się nieco długi, jest on jednak konieczny dla dalszych rozważań nad problematyką szkody wywołanej przez ruch szpitala jako przedsiębiorstwa. W tym kontekście łatwo bowiem zrozumieć, dlaczego prawnego unormowania tej kwestii należy szukać w przepisie art. 435 § 1 Kodeksu cywilnego.

Stanowi on bowiem, że prowadzący na własny rachunek przedsiębiorstwo lub zakład wprawiany w ruch za pomocą sił przyrody (pary, gazu, elektryczności, paliw płynnych itp.) ponosi odpowiedzialność za szkodę na osobie lub mieniu, wyrządzoną komukolwiek przez ruch przedsiębiorstwa lub zakładu, chyba że szkoda nastąpiła wskutek siły wyższej albo wyłącznie z winy poszkodowanego lub osoby trzeciej, za którą nie ponosi odpowiedzialności.

Warto tu zaznaczyć, że szkodą jest każdy uszczerbek na dobrach prawnie chronionych, przy czym wyróżnia się szkodę majątkową, oznaczającą materialny uszczerbek na osobie lub mieniu, oraz szkodę niemajątkową w postaci cierpień fizycznych i strat moralnych, tj. doznaną krzywdę. Szkodą majątkową może być uszkodzenie ciała wskutek wadliwej terapii, straty wynikające z całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy zarobkowej, zwiększenie potrzeb poszkodowanego lub zmniejszenie jego widoków powodzenia na przyszłość, koszty leczenia oraz inne uzasadnione wydatki, koszty związane z koniecznością przygotowania do innego zawodu, utrata dochodów, których na skutek uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia powstałych wskutek wadliwej terapii pacjent nie mógł osiągnąć. Szkoda niemajątkowa, a więc krzywda, jakiej doznał pacjent, obejmuje cierpienia fizyczne i moralne powstałe wskutek wadliwie przeprowadzonego zabiegu, jak też nieprawidłowej terapii.

Podstawowy przepis Kodeksu cywilnego regulujący tę problematykę to przepis art. 435 § 1. Wprowadza on konstrukcję bardzo szerokiej odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego. Opiera się ona na tym, że już samo funkcjonowanie podmiotu leczniczego (np. szpitala), wprawianego w ruch za pomocą sił przyrody, stwarza niebezpieczeństwo wyrządzenia szkody, niezależnie od działania lub zaniechania prowadzącego taki podmiot. Przyjmuje się zatem odpowiedzialność niezależną ani od winy prowadzącego podmiot (tj. zakład), ani od bezprawności jego zachowania (por. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 maja 2008 r. (III CSK 360/07)).

Ustawodawca, konstruując zasadę ryzyka w każdym przypadku, dążył jednak do jak najszerszej ochrony interesów poszkodowanych, w tym przypadku pacjentów. Tak więc prowadzący podmiot leczniczy (szpital) będzie ponosił odpowiedzialność w każdym przypadku, gdy udowodni się jemu istnienie związku przyczynowego pomiędzy funkcjonowaniem tego podmiotu a powstałą szkodą. Przykładowo, szpital będzie odpowiadał za szkodę związaną ze złamaniem nogi wskutek pośliznięcia się pacjenta bądź też osoby jemu bliskiej, która przyszła w odwiedziny, na podłodze szpitalnej. Rozstrzygające dla odpowiedzialności szpitala jest bowiem samo już przebywanie na jego terenie jako związane z funkcją usługową szpitala, a więc przedsiębiorstwa wprawianego w ruch za pomocą sił przyrody (por. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 13 listopada 2008 r. (I ACa 714/08).

Wobec powyższych uwag zasadnym jest wniosek, że kluczowe dla dalszych rozważań staje się pojęcie ruchu [6]. W przywołanym przepisie jest ono ujęte szeroko. Oznacza bowiem każdy przejaw działalności szpitala, wynikający z jego określonej struktury organizacyjnej oraz jego funkcji i zadań, określonych w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (por. art. 2 ust. 1 pkt 9).

Opisując nieco dokładniej pojęcie „ruch", należy zauważyć, że w doktrynie prawa cywilnego jest ono używane w bardziej rozbudowanym kontekście, wynikającym z samej redakcji przepisu art. 435 § 1 Kodeksu cywilnego. Chodzi bowiem o sformułowanie „wprawianie w ruch za pomocą sił przyrody". Tak więc, zgodnie z Komentarzem do kodeksu cywilnego [7], prowadzenie

szpitala samo przez się nie uzasadnia jeszcze odpowiedzialności na zasadzie tego przepisu, a więc ryzyka. Do zastosowania tego przepisu nie wystarczy, aby szpital wykorzystywał elementarne siły przyrody (np. energię elektryczną, parę, gaz, paliwa itd.). Koniecznym jest ich przetwarzanie na pracę lub inne jeszcze postacie energii, wymagające użycia maszyn i innych urządzeń przetwarzających. W interesującym nas przypadku chodzi o aparaturę i urządzenia medyczne znajdujące się na wyposażeniu szpitala i używane w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie ochrony zdrowia.

Jak wyjaśnił to Sąd Najwyższy w Wyroku z dnia 12 lipca 1977 r. (IV CR 216/77; OSNCP 1978, nr 4, poz. 73), przy ustalaniu zakresu stosowania art. 435 Kodeksu cywilnego należy brać pod uwagę trzy elementy: stopień zagrożenia ze strony stosowanych urządzeń, stopień komplikacji przy przetwarzaniu energii elementarnej na pracę oraz ogólny poziom techniki.

Ruch jest efektem działania różnych maszyn i urządzeń medycznych, powstaje w związku z ich działaniem. Gdyby go nie było, nie byłoby pacjentów, personelu, osób odwiedzających. W takim kontekście istotne znaczenie dla odpowiedzialności szpitala jako podmiotu leczniczego ma stwierdzenie, czy obecność wskazanych osób ma związek przyczynowy z jego ruchem, czy też nie. Jego ustalenie jest konieczne, bowiem odpowiedzialność szpitala na zasadzie ryzyka jest odpowiedzialnością bardzo daleko idącą.

Doświadczenie procesowe uczy, że szpital staje w trudnej sytuacji, jeśli chce uniknąć tej odpowiedzialności. W pierwszym rzędzie powinien zakwestionować istnienie związku przyczynowego pomiędzy jego ruchem a szkodą. Poza tym organ czy też pełnomocnik szpitala może wykorzystać także inne możliwości, które daje art. 435 § 1 Kodeksu cywilnego. W doktrynie prawa cywilnego nazywa się je okolicznościami egzoneracyjnymi. Ich zaistnienie pozwala złagodzić bądź nawet całkowicie wyłączyć odpowiedzialność na zasadzie ryzyka. W praktyce problem polega na tym, że to szpital musi udowodnić ich zaistnienie. Nie jest to łatwe.

Tak więc, zgodnie z art. 435 § 1 Kodeksu cywilnego, takimi okolicznościami są:

1) siła wyższa,
2) szkoda wyłącznie z winy poszkodowanego,
3) szkoda wyłącznie z winy osoby trzeciej, za której czyny prowadzący szpital nie ponosi odpowiedzialności.

Warto je pokrótce omówić.

Zaistnienie siły wyższej zwalnia prowadzącego szpital od odpowiedzialności za szkody wywołane jego ruchem. Kodeks cywilny nie określa jednak pojęcia „siły wyższej", co więcej, nie wskazuje także kryteriów niezbędnych do oceny pewnych zdarzeń jako siły wyższej. W tej sytuacji wyjaśnienia tego pojęcia należałoby poszukiwać w doktrynie [8], a także orzecznictwie, ze szczególnym uwzględnieniem orzecznictwa Sądu Najwyższego. W świetle tego ostatniego za taką siłę można uznać zdarzenia trojakiego rodzaju.

Po pierwsze, zdarzenie zewnętrzne, mające swoje źródło poza urządzeniem, z którego funkcjonowaniem związana jest odpowiedzialność odszkodowawcza, bądź też w ogóle zaistniałe na zewnątrz szpitala, np. wskutek klęski żywiołowej, gwałtownej burzy, katastrofy komunikacyjnej itp.

Po wtóre, zdarzenie niemożliwe do przewidzenia. Nie chodzi tu jednak o całkowitą niemożność przewidzenia go, lecz o mały stopień prawdopodobieństwa jego pojawienia się w określonej sytuacji i to w świetle obiektywnej oceny wydarzeń. Jako przykład można by podać zawalenie się ściany budynku szpitala wskutek tzw. szkody górniczej albo wady konstrukcyjnej.

Wreszcie, niemożliwe do zapobieżenia (dotyczy to także jego szkodliwych następstw) przy zastosowaniu współczesnej techniki. Takim zdarzeniem może być np. trzęsienie ziemi, skażenie radioaktywne powietrza itp.

W świetle orzecznictwa Sądu Najwyższego odpowiedzialność *ex delicti* wyłączona jest z powodu siły wyższej m.in. wówczas, gdy między zdarzeniem mającym cechy siły wyższej a powstaniem szkody zachodzi bezpośredni związek przyczynowy, a także gdy szkoda powstała w momencie działania siły wyższej. Tym niemniej wskazać warto, że zgodnie z Wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 28 września 1971 r. (II CR 388/71; OSNCP 1972, nr 3, poz. 58) szpital w pewnych przypadkach na siłę wyższą powołać się nie może. Chodzi o sytuację, kiedy szkoda zaistniała w następstwie nieusunięcia zagrażających bezpieczeństwu skutków działania siły wyższej, jeżeli można im było zapobiec przez ich zlikwidowanie albo też przez skuteczne ostrzeżenie przed grożącym niebezpieczeństwem za pomocą powszechnie przyjętych środków. Przykładem takiej sytuacji może być nieusunięcie przewodów elektrycznych, które spadły na teren szpitala po zerwaniu ich ze słupów trakcyjnych przez gwałtowny wiatr.

Kolejną okolicznością egzoneracyjną, na którą może się powołać szpital w procesie o odszkodowanie za szkodę związaną z jego funkcjonowaniem, jest wina poszkodowanego. Obserwacja praktyki sądowej pozwala ocenić, że z takiej możliwości korzysta on często. Dokładne określenie pojęcia „wina poszkodowanego" jest jednak dość trudne. Najczęściej oznacza się nim możliwość postawienia pokrzywdzonemu zarzutu niewłaściwego postępowania [9]. Niekiedy będzie to postępowanie bezprawne, w innych sytuacjach zarzut będzie zbudowany na podstawie porównania jego zachowania się z ogólnymi zasadami postępowania w społeczeń-

stwie. Akademickim przykładem może tu być wprawienie się pacjenta w stan nietrzeźwości, niezachowanie należytej ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, np. przy wchodzeniu po świeżo umytych schodach pomimo stosownego ostrzeżenia.

Aby ułatwić stronom procesu odszkodowawczego oraz sądowi ocenę ewentualnej winy poszkodowanego, Sąd Najwyższy wskazał przesłanki, na podstawie których można to zrobić. Pierwsza z nich wiąże się z jego wiekiem. Oto bowiem w Wyroku z dnia 20 stycznia 1970 r. (II CR 624/69; OSNCP 1970, nr 9, poz. 163) stwierdził on, co następuje: „również pod rządem kodeksu cywilnego zachowała aktualność zasada prawna, uchwalona przez Sąd Najwyższy w składzie 7 sędziów z dnia 11 stycznia 1960 r. I CO 44/59 (OSN 1960, nr IV, poz. 92), według której okoliczność, że wyłączną przyczyną powstania szkody, o jakiej mowa w art. 152–153 k.z. (obecnie art. 435 i 436 k.c.) jest zachowanie się poszkodowanego, któremu ze względu na jego wiek winy przypisać nie można, nie zwalnia od odpowiedzialności przewidzianej w tych przepisach, uzasadnia jednak odpowiednie zmniejszenie wysokości odszkodowania na podstawie art. 158 § 2 kodeksu zobowiązań (obecnie art. 362 kodeksu cywilnego)".

Wina poszkodowanego musi być zatem wyłączną przyczyną szkody. Mówiąc inaczej, to na szpitalu spoczywa obowiązek udowodnienia, że w całości można ją przypisać poszkodowanemu. W praktyce procesowej okazuje się to bardzo trudne. Wystarczy bowiem jakakolwiek, nawet najdrobniejsza okoliczność wskazująca, że szpital dopuścił się zaniedbania, choćby niemającego większego znaczenia, aby dowód taki nie udał się. Jako przykład można by tu podać współzaistnienie stanu nietrzeźwości u osoby, która przyszła w odwiedziny do pacjenta, z brakiem ostrzeżenia o ruchomych bądź wystających płytkach podłogowych na korytarzu oddziałowym, o które osoba ta potknęła się.

Przeprowadzenie dowodu na wyłączną winę poszkodowanego dodatkowo utrudnia konieczność wykazania przez szpital tzw. normalnego, tj. adekwatnego, związku przyczynowego [10–12] pomiędzy funkcjonowaniem szpitala a winą poszkodowanego. Z drugiej jednak strony, jeśli to uda się, taka okoliczność wystarczy, aby wyłączyć odpowiedzialności na podstawie art. 435 § 1 Kodeksu cywilnego.

Sąd Najwyższy w Wyroku z dnia 7 maja 1996 r. (III CRN 60/95) stwierdził bowiem, że użyty w art. 435 § 1 Kodeksu cywilnego w związku z art. 436 § 1 Kodeksu cywilnego zwrot „wyłącznie z winy" odnosi się nie do winy, lecz do przyczyny. Budowa wskazanych przepisów wykorzystuje zatem konstrukcję tzw. adekwatnego związku przyczynowego. Z tego względu ocena winy poszkodowanego jako okoliczności egzoneracyjnej musi uwzględniać istnienie takiego związku, a także być dokonywana w jego płaszczyźnie.

Z związku z powyższym warto przypomnieć, że cywilnoprawna konstrukcja adekwatnego związku przyczynowego została ujęta w art. 361 Kodeksu cywilnego. Zgodnie z nim zobowiązany do odszkodowania, a więc podmiot leczniczy (szpital), ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Tak więc tytułem przykładu wskazać można by sytuację, w której pacjent, przewracając się na śliskiej podłodze w szpitalu, łamie sobie nogę. Jeśli jednak przewraca się, wybijając sobie źle wstawiony implant zęba o laskę, którą zostawił bez odpowiedniego zabezpieczenia inny pacjent, to o normalnym następstwie przewrócenia się na śliskiej podłodze, a więc adekwatności związku przyczynowego, mówić tu nie można. Zgodnie bowiem z linią orzecznictwa Sądu Najwyższego w sytuacji, gdy pewne zdarzenie (np. ucieczka samochodem) stworzyło warunki powstania innych zdarzeń (pościg za zbiegiem zakończony kolizją, w wyniku czego powstała szkoda), z których dopiero ostatnie stało się bezpośrednią przyczyną szkody, odpowiedzialność cywilną może determinować tylko taki związek wieloczłonowy, w którym pomiędzy poszczególnymi ogniwami zachodzi zależność przyczynowa. Tak więc każde ogniwo tego związku z osobna podlega ocenie w takiej właśnie perspektywie.

Reasumując, z powyższych wywodów wynika, że związek przyczynowy pomiędzy określonym zdarzeniem sprawczym a powstałą szkodą może istnieć lub nie w zależności od konkretnych okoliczności danego przypadku. Jeśli jest ich kilka bądź stanowią ciąg rozłożony w czasie, należy je analizować i oceniać łącznie.

W praktyce procesowej nie wystarczy jednak udowodnić istnienie takiego związku pomiędzy zachowaniem pokrzywdzonego a powstałą w wyniku tego szkodą. Należy także wykazać, że na powstanie szkody nie wpłynęły żadne inne okoliczności czy też czynniki poza tym związkiem. Mówiąc inaczej, wskazywany tu związek przyczynowy musi opierać się na sumie warunków koniecznych i jednoczenie wystarczających dla zaistnienia szkody. Jak zatem widać, procesowa sytuacja szpitala broniącego się przed zasądzeniem odszkodowania jest bardzo trudna. To na nim bowiem spoczywa ciężar przeprowadzenia dowodów w tym zakresie.

Analizując przesłanki egzoneracyjne odpowiedzialności szpitala, względnie innego podmiotu leczniczego, za wyrządzoną szkodę, należy jeszcze wskazać na winę osoby trzeciej. Wynika to wprost z treści art. 435 § 1 Kodeksu cywilnego. Warunkiem tego jednak jest, aby podmiot leczniczy za osobę taką nie ponosił odpowiedzialności. Jest nią np. dziecko, które przyszło

w odwiedziny do pacjenta. Z reguły dzieci są znacznie bardziej ruchliwe niż osoby dorosłe, lubią np. biegać. Biegnąc po szpitalnym korytarzu, dziecko może np. kogoś popchnąć, przewrócić albo też coś komuś stłuc bądź zniszczyć.

Z drugiej jednak strony wiek dziecka, określany w kategoriach małoletniości, sprawia, że nie można mu przypisać winy za ewentualną szkodę, którą wyrządzi. Zgodnie bowiem z art. 92 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego dziecko aż do pełnoletniości pozostaje pod władzą rodzicielską, która obejmuje m.in. pieczę nad nim, a więc nadzór nad tym, co ono robi (por. art. 95 § 1 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego). W takiej sytuacji odpowiedzialność ponosi jego rodzic, właśnie z tytułu takiego nad nim nadzoru.

Powstaje jednak istotne pytanie, czy odpowiedzialność rodzica za szkodę wyrządzoną przez dziecko na terenie podmiotu leczniczego różnicuje się ze względu na różne przedziały wiekowe w okresie małoletniości dziecka. Przypomnieć bowiem należy, że prawu cywilnemu znana jest tzw. zdolność do czynności prawnych (por. np. art. 11 Kodeksu cywilnego). Pełną zdolność tego rodzaju człowiek nabywa dopiero z chwilą uzyskania pełnoletniości, a więc ukończenia 18 lat. Z kolei osoby, które nie ukończyły lat 13, a więc najmłodsze dzieci, zdolności takiej nie mają w ogóle, zaś po ukończeniu 13 lat uzyskują jedynie zdolność częściową (art. 12 Kodeksu cywilnego).

Jako bezsporne można przyjąć, że jeśli sprawcą szkody na terenie szpitala jest małoletni do lat 13, to odpowiada za niego jego rodzic bądź – jeśli go nie ma – wyznaczony opiekun. Sprawa jednak dość mocno komplikuje się po ukończeniu przez dziecko lat 13. W takiej sytuacji bowiem decyduje możliwość wykazania, czy dziecko działało z rozeznaniem, a więc rozumiało znaczenie swoich czynów, czy też bez takiego rozeznania. Jeśli działało z rozeznaniem, stanowić to będzie przesłankę odpowiedzialności również samego dziecka. Jeśli jednak ani rozeznania, ani też winy wykazać mu nie można, odpowiadać będzie jego rodzic bądź opiekun. I to nawet wtedy, kiedy nie uda się wykazać, że małoletniemu sprawcy, będącemu w przedziale wiekowym 13–18 lat, winy przypisać nie można [7].

Ta dość skomplikowana konstrukcja prawna jest więc korzystna dla podmiotu leczniczego, bowiem ułatwia mu postępowanie dowodowe w ewentualnym procesie o odszkodowanie za szkodę powstałą w związku z jego działaniem. Warto to podkreślić, bowiem rzeczą oczywistą jest, że dziecko przychodzące w odwiedziny do pacjenta nie jest w żadnej formie objęte działalnością podmiotu leczniczego, na terenie którego pacjent ten przebywa. W takiej sytuacji pozostaje poza jego ruchem w tym sensie, że nie łączy go z tym podmiotem (np. szpitalem) żaden stosunek prawny.

Rozwijając powyższą myśl, warto więc zauważyć, że osobami trzecimi w rozumieniu art. 435 Kodeksu cywilnego nie będą te osoby, które ze szpitalem łączy taki stosunek. Tytułem przykładu można tu wskazać pracowników – podwładnych szpitala, a więc lekarzy, pielęgniarki, personel laboratoryjny itd. Dotyczy to również studentów odbywających na terenie szpitala praktyki, różnego rodzaju pomocników, zleceniobiorców, wykonawców i podwykonawców (np. pracownicy przedsiębiorstwa budowlano-remontowego, odnawiającego pomieszczenia szpitalne).

Z opisanych wyżej powodów nie można oceniać w kategoriach czynu osoby trzeciej wad urządzeń i sprzętu będącego na wyposażeniu szpitala. Ich ujawnienie się jest bowiem integralnie związane z ruchem szpitala jako całości. Nie oznacza to jednak definitywnego uwolnienia ich producenta bądź sprzedawcy od odpowiedzialności za szkodę powstałą wskutek ich używania. Tyle że na innej podstawie prawnej, której analizował tu nie będę [13].

W tym miejscu jednak należy przypomnieć pewne wnioski wynikające z linii orzeczniczej Sądu Najwyższego. Chodzi w szczególności o stanowisko, jakie zajął on w Wyroku z dnia 22 października 1973 r. (II CR 537/73). Cytuję w całości odpowiedni fragment jego uzasadnienia: „przy odpowiedzialności przedsiębiorstwa lub zakładu wprawianego w ruch za pomocą siły przyrody (art. 435 § 1 k.c.), wadliwość urządzeń, która w określonych warunkach sama przez się mogłaby stanowić zagrożenie dla życia i zdrowia ludzkiego, nie uzasadnia obowiązku odszkodowania po stronie tego przedsiębiorstwa lub zakładu, jeżeli szkoda jest następstwem wyłącznej winy poszkodowanego i pozostaje w normalnym i wyłącznym związku przyczynowym z winą tego poszkodowanego".

Z powyższego zapisu wynika zatem, że jeżeli poszkodowany np. wyskoczył z będącej jeszcze w ruchu karetki szpitalnej, która przywiozła go na badania, to szpital za powstałą wskutek tego szkodę odpowiadać nie będzie. Nie można wymagać od niego, aby był w stanie zapobiec wszelkim możliwym szkodom wywołanym przez sprzeczne z przepisami o bezpieczeństwie ruchu zachowania się jego pacjentów. Obowiązek przestrzegania przepisów, a także podstawowych zasad bezpieczeństwa ciąży bowiem na obu stronach. Dlatego też osoba zachowująca się w sposób opisany powyżej ponosi całkowite ryzyko swego nieprawidłowego zachowania, nawet jeżeli nastąpiło to w związku z ruchem, a więc funkcjonowaniem szpitala.

Omawiając niektóre zagadnienia związane ze szkodą spowodowaną przez ruch podmiotów leczniczych, w szczególności szpitali, warto zwrócić jeszcze uwagę na pewne problemy powstałe wskutek zmiany warunków ekonomicznych, w których one funkcjonują, po roku 1989.

W aktualnych warunkach ekonomiczno-gospodarczych, z uwagi zwłaszcza na przemiany stosunków własnościowych, odpowiedzialność publicznych podmiotów leczniczych zbliża się do zasad odpowiedzialności przedsiębiorstw. Oznacza to zrównanie ich pod wieloma względami z podmiotami leczniczymi, zorganizowanymi na zasadach prawa cywilnego i handlowego, a także w oparciu o regulacje Ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej [14]. I to niezależnie od tego, czy podmiot leczniczy jest podmiotem publicznym, czy też nie.

Obecnie odpowiedzialność deliktowa szpitali nie zależy od tego, czy jest to zakład publiczny, czy też niepubliczny. Podział taki został zniesiony, o czym wspominałem na wstępie. Zastąpił go podział na podmioty lecznicze będące i niebędące przedsiębiorcami. W tej pierwszej grupie Ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r. [3] wskazuje samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Zgodnie z postanowieniami tej Ustawy prowadzi on gospodarkę finansową na zasadach w niej określonych. W konsekwencji więc pokrywa on z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i reguluje zobowiązania (art. 52). Gospodaruje przecież samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub jednostek samorządu terytorialnego oraz majątkiem własnym (otrzymanym lub zakupionym; art. 54 ust. 1).

Kończąc analizę różnych aspektów odpowiedzialności cywilnej publicznych podmiotów leczniczych za szkody związane z ich funkcjonowaniem, warto jeszcze powiedzieć o szkodach spowodowanych czynami personelu medycznego, w szczególności zaś lekarzy [11].

Obecnie odpowiedzialność w tym zakresie zależy od rodzaju stosunku zatrudnienia, jaki łączy lekarza bądź inną osobę z personelu medycznego z podmiotem leczniczym. Tym samym nie ma dla niej większego znaczenia sam rodzaj albo, jak kto woli, status prawny podmiotu leczniczego. W obecnej rzeczywistości społecznej i gospodarczej lekarze zatrudniani są przecież na podstawie różnych umów, przede wszystkim kontraktów, umów zlecenia oraz umów o pracę.

Najkorzystniejsza sytuacja prawna co do zasady oraz zakresu odpowiedzialności cywilnej kształtuje się na podstawie umowy o pracę. Przesłanką odpowiedzialności podmiotu leczniczego jest w takim przypadku to, że pomiędzy osobą powierzającą wykonywanie świadczeń zdrowotnych a tym, komu czynności z tego zakresu powierzono, istnieje stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonywanie czynności osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek. Podwładnym zaś jest osoba podlegająca temu kierownictwu i mająca obowiązek stosowania się do poleceń danych przez zwierzchnika. Podwładny wykonuje zatem czynność powierzoną mu przez zwierzchnika na rachunek tego ostatniego.

W takiej sytuacji lekarz staje się podwładnym, bowiem nie jest on przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych samodzielny. Podlega nie tylko podporządkowaniu organizacyjnemu, lecz musi także stosować się do wskazówek przełożonego wydawanych przy wykonywaniu określonej czynności. W pierwszym przypadku można mówić o podporządkowaniu *sensu largo*, w drugim zaś *sensu stricte*. Podporządkowanie, o którym tu mowa, może jednak budzić pewne wątpliwości. Powstaje bowiem pytanie, do jakich wskazówek lekarz jako fachowiec ma stosować się, a także pytanie bardziej zasadnicze, czy w ogóle jest nimi związany.

Jak się wydaje, wskazówki te należy rozumieć szeroko. Tak więc dotyczą one nie tyle samych zasad prawidłowej terapii medycznej, ile zachowania podczas jej świadczenia związanego z ruchem szpitala, w ramach którego jest ona podejmowana. Nie bez znaczenia jest także i to, że świadczeń zdrowotnych udzielają w warunkach szpitalnych nie pojedynczy lekarze, lecz całe ich zespoły współpracujące z innym personelem medycznym w określonych warunkach organizacyjno-hierarchicznych.

Można zatem zgodzić się z autorami Komentarza do kodeksu cywilnego pod red. G. Bieńka, że w takiej sytuacji stosunkiem podporządkowania obejmuje się także czynności wykonywane przez zatrudnionych w zakładzie (szpitalu) fachowców, a więc lekarzy, i to w zakresie zarówno diagnozy, jak i terapii [7].

W konsekwencji tego odpowiedzialność wobec poszkodowanego pacjenta za szkodę związaną z udzielaniem świadczeń medycznych staje się solidarna. Oznacza to, że obok odpowiedzialności bezpośredniego sprawcy, a więc lekarza, który popełnia błąd w sztuce, za wyrządzoną przez niego szkodę odpowiada także zatrudniający go szpital.

Warto wszakże podkreślić, że od reguły tej istnieje bardzo ważny wyjątek. Koryguje on w sposób zasadniczy nie tylko zakres odpowiedzialności cywilnej na korzyść lekarza, lecz także zasady jego uczestnictwa w procesie o odszkodowanie. Wskazuje go Kodeks pracy. Zgodnie z przepisem art. 120 § 1 tegoż Kodeksu w razie wyrządzenia przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych szkody osobie trzeciej do naprawienia tej szkody zobowiązany jest wyłącznie pracodawca. Oceniając znaczenie tego przepisu dla ustalania odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego oraz zatrudnionych w nim lekarzy, warto powołać Uchwałę 7 sędziów Sądu Najwyższego

z dnia 12 czerwca 1976 r. w sprawie III CZP 5/76 [15]. Ma ona moc zasady prawnej, zgodnie z którą lekarz traci tzw. czynną legitymację materialnoprawną. Tak więc do naprawienia szkody zobowiązany będzie wyłącznie zakład pracy.

Podkreślić należy, że przepis ten dotyczy różnego rodzaju podmiotów, a więc także spółdzielni lekarskiej, a nawet kliniki prywatnej. Istotny bowiem nie jest rodzaj takiego podmiotu, lecz stosunek zatrudnienia, który łączy z nim jego personel medyczny.

Tak więc w każdym przypadku, kiedy lekarz zatrudniony będzie na podstawie umowy o pracę, za wszelkie popełnione przez niego błędy i uchybienia, w szczególności zaś za błędy w sztuce lekarskiej, odpowiada – i to na zasadzie wyłączności – zatrudniający go podmiot. Przepis art. 120 § 1 Kodeksu pracy uchyla zatem obecnie odpowiedzialność cywilną lekarza bądź innego członka personelu medycznego wobec poszkodowanego, chyba że szkoda została wyrządzona umyślnie, zakład pracy jest niewypłacalny lub też wadliwie ubezpieczony. Jeszcze inną przesłanką może tu być powstanie szkody nie przy wykonywaniu, lecz przy okazji wykonywania obowiązków pracowniczych.

Zupełnie inna sytuacja prawna powstaje przy zatrudnianiu lekarzy, a także innych osób personelu medycznego na podstawie umowy zlecenia. Umowa ta jest bowiem umową cywilnoprawną, której istotę określa art. 734 Kodeksu cywilnego. Aczkolwiek umowa ta jest zbliżona pod wieloma względami do umowy o pracę, to jednak istnieje pomiędzy nimi kilka różnic, i to o charakterze zasadniczym. Dwie najważniejsze polegają na tym, że zleceniobiorca nie wykonuje pracy pod kierunkiem zleceniodawcy, a więc zakładu opieki zdrowotnej, lecz całkowicie na własny rachunek, nadto iż nie musi wykonywać pracy w miejscu wskazanym przez zleceniodawcę. Z dwóch powyższych różnic dla bytu i zasad odpowiedzialności cywilnej lekarza ważniejsza jest pierwsza. Skoro bowiem nie świadczy on usług medycznych pod kierunkiem zwierzchnika wyznaczonego przez zleceniodawcę, to ten ostatni za wyrządzone szkody odpowiada wspólnie z lekarzem, na podstawie zasady solidarności. Oznacza to, że pacjent może pozwać o odszkodowania zarówno podmiot leczniczy (szpital), jak i konkretną osobę świadcząca usługi zdrowotne, która bezpośrednio spowodowała szkodę. W razie zgłoszenia takiego roszczenia będzie ona ponadto odpowiadała całym swoim majątkiem. Łatwo zauważyć, że sytuacja taka jest dla lekarza nieporównanie mniej korzystna.

Podsumowanie

Reasumując powyższe rozważania, warto sformułować na koniec kilka konkluzji ogólniejszych.

1. W obecnych warunkach ekonomicznych zasady odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych uległy zaostrzeniu. Co prawda i wcześniej, tj. pod rządami uchylonej już Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r., opierały się one na zasadzie ryzyka, to jednak w ostatecznym rozrachunku konsekwencje tego ryzyka ponosił Skarb Państwa. Większość zakładów opieki zdrowotnej miała bowiem charakter publiczny. Obecnie jednak podmiot lecznicze, w szczególności szpitale, zostały zrównane w zasadach działania z przedsiębiorstwami. Oznacza to zdecydowanie większą samodzielność finansową, a więc także zwiększenie odpowiedzialności cywilnej za szkody związane z ich funkcjonowaniem, ściślej zaś ruchem. Szpital ponosił i ponosić będzie ryzyko zaistnienia zdarzeń mogących powodować szkodę. Doświadczenie uczy, że tego nie można uniknąć.
2. Obecnie zmieniają się także zasady odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny. Ściślej rzecz biorąc, zmieniły się nie tyle same zasady, co praktyka zatrudniania tego personelu przez podmioty lecznicze, preferująca wykorzystywanie w tym celu tzw. umów cywilnoprawnych. Rodzaj umowy określa więc zakres tej odpowiedzialności, z czego nie wszyscy jeszcze zdają sobie sprawę. W niniejszym artykule starałem się wskazać na pewne aspekty tego problemu, a więc zasady redukowania jej do minimum.

Współczesny rynek usług medycznych staje się coraz bardziej elastyczny. Jest to jednocześnie jego zaletą i wadą. Z jednej strony umożliwia dostosowywanie różnych konstrukcji prawnych, w szczególności zaś umów o wykonywanie usług medycznych, do potrzeb indywidualnych przypadków. Z drugiej jednak strony rodzi to wiele pułapek prawnych. Umowa o pracę i umowa zlecenia dają różne korzyści, lecz jednocześnie rodzą różne ryzyka. Starałem się zasygnalizować je powyżej.

Piśmiennictwo

1. Czyny niedozwolone w prawie polskim i prawie porównawczym. Materiały IV Ogólnopolskiego Zjazdu Cywilistów, Toruń 24–25 czerwca 2011 r. Warszawa 2011.
2. Kuźmicka-Sulikowska J. Zasady odpowiedzialności deliktowej w świetle nowych tendencji w ustawodawstwie polskim. Warszawa: Wolters Kluwer; 2012.
3. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dz.U. 2011 Nr 112, poz. 654.
4. Ziembiński Z. Logika praktyczna, Warszawa: PWN; 2010.

5. Dercz M, Rek T. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz. Warszawa: Dom Wydawniczy ABC; 2007.
6. Czachórski W, Brzozowski A, Safjan M, Skowrońska E. Zobowiązania. Zarys wykładu. Warszawa 2002.
7. Bieniek G, Ciepła H, Dmowski S, Gudowski J, Kołakowski K, Sychowicz M, Wiśniewski T, Żuławska C. Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania. Warszawa 2005. 385.
8. Owczarek M. Siła wyższa jako przesłanka zwalniająca z odpowiedzialności deliktowej prowadzącego przedsiębiorstwo wprawiane w ruch za pomocą sił przyrody. Przegląd Sądowy. 2003; 1.
9. Szpunar A. Wina poszkodowanego w prawie cywilnym. Warszawa: PWN; 1971. 66.
10. Nesterowicz M. Adekwatny związek przyczynowy jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej w świetle orzecznictwa sądowego. W: Nowicka A (red.). Prawo prywatne czasu przemian. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Stanisławowi Sołtysińskiemu. Poznań 2005.
11. Nesterowicz M. Prawo medyczne. Wyd. IX. Toruń: Towarzystwo Naukowe Organizacji I; 2010.
12. Sośniak M. Zagadnienie związku przyczynowego a dowód prima facie w procesach lekarskich. Księga pamiątkowa ku czci prof. dra Kamila Stefki. Warszawa–Wrocław 1967.
13. Falkowska A. Odpowiedzialność sprzedawcy z tytułu rękojmi za wady fizyczne. Warszawa 2010.
14. Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej. Dz.U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447, z późn. zm.
15. Uchwała 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 12 czerwca 1976 r. w sprawie III CZP 5/76. OSNCP 1977, nr 4, poz. 61.

Artykuł przyjęty do redakcji: 25.04.2015
Artykuł przyjęty do publikacji: 15.05.2015

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Piotr Stępniak
ul. Rokietnicka 4
61-806 Poznań
tel.: 61 658 42 01
e-mail: pstepniak@ump.edu.pl
Zakład Prawa Medycznego
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ORGANIZACJA OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD DZIEĆMI – WYBRANE ASPEKTY PRAWNE

THE ORGANIZATION OF HEALTH CARE FOR CHILDREN – SELECTED LEGAL ASPECTS

Joanna Zdanowska[1], Jolanta Sielska[2], Ewa Wieja[3]

[1] Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Wyższa Szkoła Pedagogiki i Administracji im. Mieszka I w Poznaniu
[3] Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej gwarantuje każdemu obywatelowi prawo do ochrony zdrowia. Jednocześnie w odniesieniu do dzieci przewiduje wprowadzenie szczególnych regulacji prawnych i powzięcie działań, które zapewnią im możliwie najwyższy poziom świadczeń zdrowotnych. Wszystkie osoby poniżej 18. roku życia, które zamieszkują w Polsce i mają polskie obywatelstwo, mają zagwarantowane bezpłatne usługi służby zdrowia. Mogą też korzystać ze świadczeń zdrowotnych podczas pobytu w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ).

SŁOWA KLUCZOWE: opieka zdrowotna, dziecko, prawo.

ABSTRACT

The Constitution of the Republic of Poland guarantees every citizen the right to protect his/her health. Simultaneously, when it comes to children, the Constitution anticipates implementing special legal regulations which will provide the best heath care service available for them. Additionally, all persons below 18 years of age, living in Poland and having Polish citizenship have guaranteed medical services free of charge. They are also allowed to use medical services during their stay in another EU country based on the European Health Care Card.

KEYWORDS: health care, child, law.

Prawo do ochrony zdrowia

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej gwarantuje każdemu obywatelowi prawo do ochrony zdrowia. Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych jest równy, co oznacza, że nie może być uzależniony od sytuacji materialnej obywatela (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP) [1]. Zakres i warunki udzielania świadczeń zostały określone w odrębnej ustawie – obecnie jest to Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [2]. Odpowiedzialność za realizację prawa do ochrony zdrowia spoczywa na władzy publicznej. Jest ona zobowiązana do podejmowania wielokierunkowych działań mających na celu:

- zapewnienie świadczeń opieki zdrowotnej,
- promocję zdrowego trybu życia, głównie poprzez popieranie rozwoju kultury fizycznej wśród dzieci,
- eliminowanie zagrożeń zdrowotnych poprzez zwalczanie chorób epidemicznych oraz zapobieganie degradacji środowiska [3].

Władza publiczna jest zobligowana również do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym, osobom w wieku podeszłym i dzieciom. W odniesieniu do ostatniej grupy uprawnienie to przewiduje wprowadzenie szczególnych regulacji prawnych i powzięcie działań, które zapewnią dziecku wyższy poziom świadczeń zdrowotnych aniżeli pozostałym obywatelom i uwzględnią jego szczególne potrzeby [3].

O uprawnieniach dzieci w zakresie opieki zdrowotnej mówią również akty prawa międzynarodowego. Przykładowo Konwencja o prawach dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 20 listopada 1989 r. [4] zakłada, że państwa – strony tej Konwencji uznają prawo dziecka do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej. Tym samym państwa zadeklarowały, że będą dążyły do tego, aby żadne dziecko nie było pozbawione prawa dostępu do tego rodzaju opieki zdrowotnej (art. 24 Konwencji o prawach dziecka). Natomiast w art. 12 ust. 1 i 2 Międzynarodowego paktu praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych z dnia 19 grudnia 1966 r. państwa – strony uznały, że każdy człowiek ma prawo do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego

i psychicznego. Dla osiągnięcia całkowitego wykonania tego prawa konieczne jest podjęcie przez państwa kroków w celu zmniejszenia wskaźnika martwych urodzeń i śmiertelności niemowląt oraz zapewnienia zdrowego rozwoju dziecka; poprawy higieny środowiska i higieny przemysłowej we wszystkich aspektach; zapobiegania chorobom epidemicznym, endemicznym, zawodowym i innym oraz ich leczenia i zwalczania oraz stworzenia warunków, które zapewniłyby wszystkim pomoc i opiekę lekarską na wypadek choroby [5]. Podobnie w preambule Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia uznano, że korzystanie z najwyższego, osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej, a więc również dziecka [6].

W tym miejscu należy wyjaśnić pojęcia „dziecko" oraz „małoletni" , gdyż często są one używane zamiennie, a nie zawsze jest to prawidłowe. W myśl art. 2 ust. 1 Ustawy z dnia 6 stycznia 2000 roku o Rzeczniku Praw Dziecka dzieckiem jest każda istota ludzka od poczęcia do osiągnięcia pełnoletniości [7]. Natomiast małoletnim – zgodnie z art. 10 Kodeksu cywilnego – jest osoba, która nie ukończyła 18. roku życia, czyli nie uzyskała pełnoletniości i nie zawarła związku małżeńskiego [8]. Pojęcie „dziecko" jest więc szersze podmiotowo. Warto dodatkowo wskazać, że zgodnie z art. 72 ust. 1 Konstytucji RP dziecko uznawane jest za podmiot prawa i jego prawa podlegają ochronie. Przedstawiony wyżej termin „dziecko" na gruncie zapisów konstytucyjnych daje bezpośrednią podstawę do określenia statusu prawnego dziecka na etapie rozwoju embrionalno-płodowego. Wskazuje więc, że ochronie prawnej podlegają zarówno interesy dzieci narodzonych, jak i nienarodzonych [9].

Prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uprawnione są osoby objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Artykuł 2 ust. 1 pkt 3 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: u.ś.o.z.) prawo takie przyznaje również osobom mającym obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, które nie ukończyły 18. roku życia. Oznacza to, że dzieci, do osiągnięcia pełnoletniości, mają prawo do opieki zdrowotnej, z tym że powinny być do ubezpieczenia zgłoszone. Istnieje kilka tytułów do ubezpieczenia dziecka:

- jako członek rodziny – zgłoszenia dokonuje jedno z rodziców lub dziadków;
- jako podopieczny instytucji – zgłoszenia dokonuje instytucja, która się dzieckiem opiekuje lub w której dziecko przebywa;
- jako uczeń – zgłoszenia dokonuje szkoła, do której ono uczęszcza.

Świadczenia opieki zdrowotnej dla wyżej wymienionych osób są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia z budżetu państwa – zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2011 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej [10]. W przypadku gdy dziecko po ukończeniu 18. roku życia kontynuuje naukę, może korzystać z ubezpieczenia jako członek rodziny. Uprawnienie to przysługuje nie dłużej niż do ukończenia 26. roku życia.

Świadczeniobiorca ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić odpowiedni dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej (tj. kartę ubezpieczenia zdrowotnego lub decyzję wójta, burmistrza, prezydenta miasta). Wymóg ten jest jednak wyłączony w sytuacji, gdy łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- świadczeniobiorca potwierdzi swoją tożsamość poprzez okazanie dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy albo legitymacji szkolnej (może to uczynić jedynie osoba, która nie ukończyła 18. roku życia);
- świadczeniodawca uzyska potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

Powyższe rozwiązanie jest efektem wprowadzenia od dnia 1 stycznia 2013 roku systemu elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców (eWUŚ), w którym weryfikacji ubezpieczenia dokonuje się na podstawie numeru PESEL.

W przypadku dzieci do ukończenia 3. miesiąca życia, które nie mają numeru PESEL, potwierdzenie następuje na podstawie numeru PESEL osoby obowiązanej do zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia zdrowotnego.

Świadczeniobiorca może również przedstawić inny dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej aniżeli wymienione wyżej. Jeżeli takiego dokumentu nie posiada, może on złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (art. 50 ust. 2 i 6 u.ś.o.z.). W przypadku świadczeniobiorców małoletnich oświadczenie takie powinien złożyć przedstawiciel ustawowy albo opiekun prawny lub faktyczny. Warto dodać, że obowiązek złożenia wyżej wskazanego oświadczenia został wyłączony w stanach nagłych oraz w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe jego złożenie. Wówczas odpowiednia pomoc medyczna powinna zostać udzielona pomimo braku potwierdzenia statusu świadczeniobiorcy (art. 50 ust. 11 u.ś.o.z.). Obowiązek udzielenia pomocy w sytuacjach nagłego zagrożenia

życia i zdrowia wynika również z art. 15 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 Nr 112, poz. 654), zgodnie z którym żadna okoliczność nie może być podstawą do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, a w szczególności fakt, iż pacjent nie ma ubezpieczenia zdrowotnego lub nie potwierdził, że posiada to ubezpieczenie [11].

Zakres świadczeń zdrowotnych

Pacjenci, niezależnie od wieku, mają prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych mających na celu zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób oraz ich leczenie [3]. Koszyk świadczeń zdrowotnych, przysługujących ubezpieczonym w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego, omówiony jest szczegółowo we wspomnianej wyżej Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz aktach wykonawczych. Wśród najistotniejszych uprawnień przysługujących dzieciom jako pacjentom wskazać należy prawo do:

1) leczenia szpitalnego, gdy leczenie w trybie ambulatoryjnym nie przynosi pożądanych skutków. Pacjent przyjmowany jest do szpitala na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza;
2) świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza stomatologa – omówionych poniżej;
3) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielanej na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2011 Nr 111, poz. 653, z późn. zm.);
4) świadczeń rehabilitacji leczniczej udzielanych na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2009 Nr 140, poz. 1145, z późn. zm.);
5) szczepień ochronnych wykonywanych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. 2011 Nr 182, poz. 1086);
6) leczenia uzdrowiskowego, przy czym sposób kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U. 2012 poz. 14). Warto dodać, że w ostatnim przypadku dzieci i młodzież do ukończenia lat 18, a jeżeli kształcą się dalej – do ukończenia lat 26, dzieci niepełnosprawne w znacznym stopniu – bez ograniczenia wieku, a także dzieci uprawnione do renty rodzinnej nie ponoszą odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania w szpitalu uzdrowiskowym dla dzieci, sanatorium uzdrowiskowym dla dzieci i sanatorium uzdrowiskowym (art. 33 ust. 4 u.ś.o.z.).

Świadczenia stomatologiczne

Koszyk świadczeń zdrowotnych, przysługujących ubezpieczonym w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego, omówiony jest szczegółowo w Ustawie o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Osobne przepisy regulują świadczenia stomatologiczne, z jakich mogą korzystać osoby ubezpieczone.

Świadczenia w rodzaju leczenie stomatologiczne udzielane są zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, zmienionym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2010 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego [12, 13].

Procedury, jakie przysługują bezpłatnie pacjentom w ramach świadczeń gwarantowanych w odniesieniu do danego zakresu świadczeń, omawiają załączniki do niniejszego Rozporządzenia. Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia znajduje się w załączniku nr 2. Wśród świadczeń często wykonywanych, o których mowa w załączniku, wymienić należy:

– zabezpieczenie bruzd zębów szóstych lakiem szczelinowym (raz do ukończenia 7. roku życia),
– lakierowanie wszystkich zębów stałych (nie częściej niż raz na kwartał),
– całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba mlecznego,
– opatrunek leczniczy w zębie mlecznym [12].

W osobnym dokumencie wymienione zostały świadczenia z zakresu ortodoncji, z których, w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego, korzystać mogą dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia. W wykazie świadczeń gwarantowanych znajdują się m.in.:

– leczenie aparatem ortodontycznym, jednoszczękowym,
– leczenie aparatem ortodontycznym, dwuszczękowym [13].

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniem

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcącymi się w szkołach ponadgimanzjalnych profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniem może być sprawowana przez [14]:

1) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej sprawującego opiekę zdrowotną nad uczniem na podstawie deklaracji wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
2) lekarza dentystę,
3) pielęgniarkę lub położną spełniającą wymagania określone w Rozporządzeniu albo higienistkę szkolną.

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami sprawowana jest przez lekarza oraz lekarza dentystę w miejscu wskazanym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Natomiast pielęgniarka, higienistka szkolna albo położna sprawuje opiekę w gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, który powinien znajdować się na terenie szkoły. Liczba uczniów przypadających na jedną pielęgniarkę, higienistkę szkolną albo położną jest uzależniona od typu szkoły, a w przypadku szkół, do których uczęszczają niepełnosprawni – od ich liczby i stopnia niepełnosprawności (§ 8 Rozporządzenia). W przypadku braku na terenie szkoły wskazanego wyżej gabinetu opiekę zdrowotną sprawują lekarz i pielęgniarka w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Do obowiązków pielęgniarki, położnej i higienistki szkolnej należy powiadamianie opiekunów prawnych lub faktycznych ucznia o terminach i zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, możliwościach i sposobie kontaktowania się w związku ze sprawowaną opieką zdrowotną, a także prowadzenie dokumentacji medycznej. Warto podkreślić, że w przypadku zmiany szkoły przez ucznia jego dokumentację medyczną mają prawo otrzymać opiekunowie prawni lub faktyczni, którzy powinni następnie przekazać ją szkole przyjmującej ucznia. Natomiast po zakończeniu kształcenia przez ucznia pielęgniarka, higienistka szkolna albo położna zobowiązana jest do przekazania tej dokumentacji lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej sprawującemu opiekę zdrowotną nad uczniem.

Świadczenia zdrowotne udzielane podczas pobytu w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej

Do korzystania ze świadczeń zdrowotnych podczas pobytu w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej lub Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu EFTA (Szwajcaria, Norwegia, Islandia, Lichtenstein) uprawnia Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ).

Wśród osób uprawnionych do otrzymania EKUZ wymienione zostały osoby mające miejsce zamieszkania na terytorium RP, które nie ukończyły 18. roku życia. Każdy członek rodziny, także dziecko, otrzymuje własną kartę EKUZ [15].

Dzieci oraz młodzież do 18. roku życia mogą otrzymać kartę EKUZ ważną do 6 miesięcy.

Osoby ubezpieczone oraz członkowie ich rodzin mogą wystąpić o kartę EKUZ w oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, właściwym ze względu na miejsce zamieszkania. Wydanie karty w innym oddziale jest możliwe w sytuacjach wyjątkowych, wśród których wymienia się m.in. fakt podjęcia nauki.

Dzięki EKUZ osoby ubezpieczone mogą korzystać z niezbędnych świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim w zakresie, który umożliwia kontynuowanie zaplanowanego pobytu w tym państwie. Dotyczy to również obcokrajowców oraz członków ich rodzin, którzy nie ukończyli 18. roku życia, przebywających czasowo na terenie RP. Korzystają wówczas ze świadczeń zdrowotnych na takich samych zasadach, jak osoby ubezpieczone w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Warunki korzystania z ubezpieczenia zdrowotnego w stosunku do ubezpieczonych lub członków ich rodzin, którzy mają miejsce zamieszkania w innym państwie członkowskim niż państwo właściwe, reguluje Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Osoby te otrzymują w państwie członkowskim, w którym mają miejsce zamieszkania, świadczenia rzeczowe w imieniu właściwej instytucji, przez instytucję miejsca zamieszkania. Istotne jest, że świadczenia zdrowotne udzielane są zgodnie z przepisami instytucji miejsca zamieszkania tak, jak gdyby osoby te były ubezpieczone na mocy tego ustawodawstwa (art. 17 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego nr 883/2004) [16].

Powyższe Rozporządzenie wskazuje także rozwiązania w kwestii świadczeń rzeczowych o znacznej wartości, jak protezy czy sprzęt dużych rozmiarów (np. wózki inwalidzkie). W sytuacji gdy ubezpieczony lub członek jego rodziny ma prawo do protezy lub innych świadczeń rzeczowych o znacznej wartości, przyznane przez instytucję państwa członkowskiego zanim został objęty ubezpieczeniem w instytucji innego państwa członkowskiego, świadczenia takie przysługują mu na koszt pierwszej instytucji. Dzieje się tak nawet wtedy, jeśli do udzielenia tych świadczeń dochodzi w czasie, gdy osoba ta była już ubezpieczona na podstawie ustawodawstwa stosowanego przez drugą instytucję (art. 33 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego nr 883/2004) [16].

Należy zwrócić uwagę, że powyższy zapis nie dotyczy korzystania z EKUZ, ale sytuacji, gdy ubezpieczony rozpoczyna np. pracę w innym państwie członkowskim i zostaje ubezpieczony w instytucji tego państwa.

Zakończenie

Ustawodawca zagwarantował dzieciom prawo do opieki zdrowotnej. Jednak – jak podaje Rzecznik Praw Dziecka – nie zawsze jest ono należycie wykonywane. Zdaniem tego Rzecznika dzieci w Polsce nadal nie są w wystarczającym stopniu otoczone opieką zdrowotną. Chodzi tu m.in. o trudności z dostępem do lekarzy specjalistów z zakresu chorób dziecięcych. Brak jest również systemowych rozwiązań pozwalających na koordynowanie działań w zakresie dostępności dzieci do służby zdrowia. Dlatego też należy podejmować dalsze działania mające na celu osiągnięcie standardów zapewniających możliwie najwyższą ochronę prawa dziecka do opieki zdrowotnej [17].

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Dz.U. Nr 78, poz. 483, z późn. zm.
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2008 Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.
3. Dercz M, Rek T. Prawa dziecka jako pacjenta. Ochrona prawna dziecka. Tom II. Warszawa 2003. 13–32.
4. Konwencja o prawach dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 20 listopada 1989 r. Dz.U. 1991 Nr 120, poz. 526, z późn. zm.
5. Międzynarodowy pakt praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych. Dz.U. 1977 Nr 38, poz. 169.
6. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia. Nowy Jork, dnia 22 lipca 1946 r. Dz.U. 1948 Nr 61, poz. 477, z późn. zm.
7. Ustawa z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka. Dz.U. 2000 Nr 6, poz. 69, z późn. zm.
8. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny. Dz.U. 1964 Nr 16, poz. 93, z późn. zm.
9. Żelichowski M. Embrion też dziecko. Rzeczpospolita z 14.03.2000 r.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2011 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej. Dz.U. 2011 Nr 225, poz. 1355.
11. Dercz M, Rek T. Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz. Warszawa 2012. 92.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. Załącznik nr 2 – wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz warunki ich realizacji.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2010 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. Załącznik nr 6 – wykaz świadczeń ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz warunki ich realizacji.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Dz.U. 2009 Nr 139, poz. 1133.
15. Tyszka N (red.). Vademecum 2012. Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, www.nfz.gov.pl (data dostępu: 15.05.2014).
16. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Dz.U. L 200 z 7.06.2004.
17. Rzecznik praw dziecka: nie można odmawiać najmłodszym leczenia, www.prawapacjenta.eu/?pId=2291 (data dostępu: 15.05.2014).

Artykuł przyjęty do redakcji: 10.03.2015
Artykuł przyjęty do publikacji: 15.05.2015

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: jzdano@ump.edu.pl
Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Medycznej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ZIARNA CHIA JAKO WARTOŚCIOWY PRODUKT RACJONALNEJ DIETY – ZASTOSOWANIE W PROFILAKTYCE CHORÓB METABOLICZNYCH

CHIA SEEDS AS A VALUABLE FOOD PRODUCT OF A BALANCED DIET – ITS APPLICATION IN THE PREVENTION OF METABOLIC DISEASES

Angelika Kargulewicz, Ewelina Swora-Cwynar, Emilia Marcinkowska, Marian Grzymisławski

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Metabolicznych i Dietetyki
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Wstęp. Ziarna chia należą do rodzaju *Salvia*, który obejmuje 900 gatunków z rodziny *Lamiaceae*. Nasiona chia charakteryzują się wysoką zawartością wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (25–35%), stosunkowo wysoką zawartością białka (15–25%) oraz umiarkowaną zawartością węglowodanów (26–41%).
Cel. Celem pracy była charakterystyka odżywcza ziaren chia – wskazano ich rolę w profilaktyce chorób metabolicznych.
Skrócony opis stanu wiedzy. Nasiona chia stanowią wartościowy składnik diety, ponieważ dostarczają znacznych ilości kwasu omega-3 pochodzenia roślinnego. Ziarna chia zawierają również szereg składników o działaniu antyoksydacyjnym i przeciwzapalnym. Ziarna chia znajdują zastosowanie w diecie osób z nadmierną masą ciała, pacjentów z cukrzycą typu II oraz osób będących na diecie bezglutenowej. W badaniach u ludzi potwierdzono wpływ ziaren chia na obniżenie poposiłkowego stężenia glukozy w surowicy krwi, generowanie powstawania uczucia sytości oraz zmniejszenie ryzyka rozwoju insulinooporności. Ponadto nasiona chia wykazują działanie przeciwzakrzepowe, antynowotworowe i hipotensyjne.
Wnioski. Z uwagi na wysoką wartość odżywczą, znaczącą zwartość kwasu α-linolenowego (kwas omega-3) oraz właściwości antyoksydacyjne ziaren chia warto odkrywać i promować ich zastosowanie w codziennej diecie.

SŁOWA KLUCZOWE: chia, cukrzyca, nadmierna masa ciała, kwas α-linolenowy.

ABSTRACT

Introduction. Chia seeds belong to the genre of Salvia, which encompasses 900 species of *Lamiaceae* family. Chia seeds are characterized by a high content of polyunsaturated fatty acids (25–35%), a relatively high content of protein (15–25%) and a moderate carbohydrates content (26–41%).
Aim. Nutritional value characteristics of chia seeds and its role in the prevention of metabolic diseases development.
Abbreviated state of knowledge. Chia seeds are a valuable food product due to the plant omega-3 fatty acids content. Chia seeds contain many vital constituents which exhibit antioxidative and anti-inflammatory properties. Chia seeds find their application in a diet of patients with obesity, diabetes and subjects who follow a gluten free diet. Clinical trials conducted on humans confirm the antidiabetic effect of chia seeds. They also stimulate satiety and minimize the risk for insulin resistance development. Furthermore, chia seeds exhibit antithrombotic, antitumor and hypotensive properties.
Conclusion. Due to the high nutritional value of chia seeds, their high content of α-linolenic acid and antioxidative properties, it is worth discovering and promoting their application in a daily diet.

KEYWORDS: chia seeds, diabetes, incresed body weight, α-linolenic acid.

Wprowadzenie

Ziarna chia (szałwia hiszpańska, *Salvia hispanica L.*) należą do rodzaju *Salvia*, który obejmuje 900 gatunków z rodziny *Lamiaceae.* Nasiona chia (ang. *chia seeds*) stanowią wartościowy składnik diety z uwagi na wysoką zawartość kwasu omega-3 pochodzenia roślinnego [1–4]. Ziarna chia miały zastosowanie już w medycynie ludowej. Stanowiły wartościowy produkt spożywczy w diecie Majów oraz Azteków. Ludy indiańskie wykorzystywały nasiona chia jako składnik wspomagający leczenie chorób oczu, dróg oddechowych oraz infekcji. Nasiona chia są z powodzeniem wykorzystywane również w populacji hiszpańskiej, gdzie stanowią składnik popularnego, energetyzującego napoju *fresca*. Napój ten sporządzany jest między innymi z nasion chia, które uprzednio namacza się w wodzie lub soku owocowym.

Cel pracy

Celem pracy była charakterystyka odżywcza ziaren chia – wskazano ich rolę w profilaktyce chorób metabolicznych.

Wartość odżywcza ziaren chia

Nasiona chia charakteryzują się wysoką zawartością wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (25–35%), stosunkowo wysoką zawartością białka (15–25%) oraz umiarkowaną zawartością węglowodanów (26–41%) [1, 2]. Na szczególną uwagę zasługuje wysoka zawartość kwasu α-linolenowego (ok. 64 g w 100 g produktu) przy jednoczesnej niskiej zawartości kwasu linolowego (omega-6) (**Tabela 1**) [1].

Tabela 1. Porównanie zawartości kwasów tłuszczowych [g/100 g] w oleju kukurydzianym, orzechach włoskich i ziarnach chia
Table 1. The comparison of the fatty acids content [g/100 g] between maize oil, walnuts and Chia seeds

Kwas tłuszczowy/ *Fatty acid*	Olej kukurydziany/ *Maize oil*	Orzechy włoskie/ *Walnuts*	Ziarna chia/ *Chia seeds*
16:0	10,40	4,32	6,60
18:0	2,60	1,21	2,80
18:1 n-9	32,10	9,28	6,80
20:1 n-9	0,45	0	0,30
18:2 n-6	51,50	34,59	18,60
18:3 n-3	0,76	6,57	64,60
Nasycone kwasy tłuszczowe ogółem/ *Saturated fatty acids altogether*	13,40	6,56	12,04
Jednonienasycone kwasy tłuszczowe ogółem/ *Monounsaturated fatty acids altogether*	32,55	9,40	7,44
Wielonienasycone kwasy tłuszczowe/ *Polyunsaturated fatty acids altogethe:*			
omega-6	51,50	34,59	18,60
omega-3	0,76	6,57	64,60
Stosunek omega-6: omega-3/ *Omega-6:omega-3 ratio*	67,80	5,26	0,287

Źródło/*Source*: Rossi AS, Oliva ME, Ferreira MR et al. Dietary chia seed induced changes in hepatic transcription factors and their target lipogenic and oxidative enzyme acitvities in dyslipidaemic insulin-resistant rats. Br J Nutr. 2013; 109: 1617–1627

Kwas α-linolenowy (ALA) stanowi roślinne źródło kwasów omega-3, które w obecnej diecie przeciętnego Europejczyka są deficytowe. Warto wspomnieć, iż organizm ludzki jest w stanie syntetyzować z kwasu α-linolenowego aktywne biologicznie długołańcuchowe kwasy tłuszczowe, takie jak kwas eikozapentaenowy (EPA) oraz dokozaheksaenowy (DHA) z wykorzystaniem enzymów elongazy i destaurazy [5]. W celu uzyskania 1 g EPA + DHA potrzeba ok. 7 g ALA. W racjonalnej diecie istotny jest stosunek kwasów omega-3:omega-6; prehistorycznie wynosił on 1:1, w obecnych czasach zaleca się stosunek 1:4–1:5. Problemem jest fakt, że przeciętna dieta Europejczyka dostarcza kwasów omega-3/omega-6 w proporcji 1:20. Nadmierna podaż wraz z dietą kwasu linolowego (omega-6) nasila odpowiedź zapalną, wykazuje działanie protrombotyczne i podwyższa ciśnienie tętnicze krwi [2]. Dodatkowo nadmiar kwasów omega-6 promuje powstawanie eikozanoidów, które zwiększają ryzyko rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego oraz chorób nowotworowych [6]. Z kolei odpowiednia podaż kwasów omega-3, w które obfitują ziarna chia, przyczynia się do obniżenia stężenia trójglicerydów oraz cholesterolu całkowitego. Kwasy omega-3 wykazują działanie przeciwzapalne, kardio- oraz hepatoprotekcyjne w wyniku redystrybucji kwasów tłuszczowych oraz zapobiegania ich odkładania w postaci tłuszczu trzewnego [7, 8]. Ponadto kwasy omega-3 wykazują działanie hipoglikemizujące oraz wspomagają terapię artretyzmu, chorób autoimmunologicznych i nowotworów [9].

Ziarna chia zawierają również szereg składników o działaniu antyoksydacyjnym, przeciwzapalnym, antynowotworowym i przeciwzakrzepowym, takich jak kwas cynamonowy, chlorogenowy i kofeinowy oraz flawonoidy (mirycetyna, kwercetyna, kempferol) [2]. Nasiona chia cechują się też stosunkowo wysoką zawartością włókna pokarmowego (38–40 g/100 g produktu). Przewaga to włókno nierozpuszczalne, które występuje w stosunku 5:1 do błonnika rozpuszczalnego [2]. Główny składnik włókna nierozpuszczalnego w nasionach chia to lignina klason (39–41% całkowitej zawartości błonnika). W badaniach na zwierzętach wykazano, że lignina klason reguluje parametry profilu lipidowego poprzez wiązanie kwasów żółciowych i wykazywanie efektu hipolipemizującego [2].

Wpływ ziaren chia na parametry metaboliczne

Ziarna chia znajdują zastosowanie w diecie osób z nadmierną masą ciała. Spożycie nasion chia powoduje, że w przewodzie pokarmowym tworzy się żel. Powyższe zjawisko przyczynia się do powstawania uczucia sytości. Zdolność do pektynizacji powoduje, że nasiona chia są korzystnym produktem także dla osób z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej. Powstający z nasion chia żel opóźnia trawienie węglowodanów i przyczynia się do wyrównania glikemii [1, 2].

W badaniach u ludzi z powodzeniem potwierdzono skuteczność suplementacji diety nasionami chia. Vuksan i wsp. wykazali, że dodatek do pieczywa nasion chia w ilości 0,75 g, 15 g oraz 25 g przyczynił się do obniżenia poposiłkowego stężenia glukozy w surowicy krwi oraz stymulował powstawanie uczucia sytości [10]. Efekt hipoglikemizujący był niezależny od wielkości zastosowanej dawki. W innym badaniu wykazano, że

12-tygodniowa podaż nasion chia u osób z cukrzycą typu II przyczyniła się do obniżenia skurczowego ciśnienia tętniczego krwi, a ponadto wykazała efekt przeciwzakrzepowy i przeciwzapalny [11]. Na uwagę zasługuje również wysoka zawartość kwasu omega-3 α-linolenowego w ziarnach chia (64%). W badaniu przeprowadzonym na populacji japońskiej (kobiety i mężczyźni z prawidłową masą ciała, wiek reprodukcyjny) wykazano, że wysoka podaż kwasu α-linolenowego wpływa na zmniejszenie ryzyka rozwoju insulinooporności [12].

Zastosowanie ziaren chia

Z punktu widzenia dietetyki klinicznej na uwagę zasługuje fakt, iż ziarna chia są wolne od glutenu i mogą stanowić cenny produkt spożywczy w diecie osób cierpiących zarówno na chorobę trzewną, jak i inne schorzenia, w których leczeniu dietetycznym zalecana jest dieta bezglutenowa. Istotnym aspektem jednakże jest zwrócenie uwagi na etykietę produktu, ponieważ w wielu zakładach produkcyjnych ziarna chia są pakowane lub sortowane w miejscach, gdzie może dochodzić do kontaminacji glutenem występującym w tradycyjnych zbożach. Ziarna chia są również wolne od mykotoksyn, co czyni je atrakcyjnym surowcem eksportowym.

Ziarna chia z powodzeniem mogą znaleźć zastosowanie także w jadłospisie polskiej populacji. Nasiona chia są wykorzystywane jako składnik sałatek, jogurtów, deserów oraz koktajli. W **tabeli 2** został przedstawiony przepis na odżywczy mus z wykorzystaniem ziaren chia. Z uwagi na wysoką wartość odżywczą ze szczególnym uwzględnieniem znaczącej zawartości kwasu omega-3 α-linolenowego i właściwości antyoksydacyjne ziaren chia warto odkrywać i promować ich zastosowanie w codziennej diecie.

Tabela 2. Przepis na odżywczy mus z dodatkiem ziaren chia
Table 2. Nutritious cocktail with chia seeds – receipe

Odżywczy mus z dodatkiem ziaren chia/*Nutritious cocktail with chia seeds*	
Składniki/*Ingredients:*	
jogurt naturalny/*natural yoghurt*	200 g
płatki owsiane/*oat flakes*	40 g
banan/*banana*	120 g
ziarna chia/*chia seeds*	20 g
Przygotowanie/*Preparation:* wszystkie składniki zmiksować/*all ingredients should be mixed*	

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Podsumowanie

Z uwagi na wysoką zawartość kwasu α-linolenowego oraz zalecany stosunek kwasów omega-3:omega-6 ziarna chia stanowią korzystny, alternatywny produkt spożywczy, który warto stosować przy konstruowaniu racjonalnej diety. Nieodłącznym elementem profilaktyki chorób metabolicznych jest edukacja żywieniowa dotycząca racjonalnej i zbilansowanej diety. Na szczególną uwagę zasługuje rola kwasów omega-3 w prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego, nowotworów oraz schorzeń o podłożu zapalnym. Ziarna chia stanowią bogate źródło kwasu omega-3 (aż 64 g kwasu α-linolenowego/100 g produktu), a tym samym są istotnym produktem spożywczym zalecanym w profilaktyce chorób metabolicznych.

Piśmiennictwo

1. Rossi AS, Oliva ME, Ferreira MR et al. Dietary chia seed induced changes in hepatic transcription factors and their target lipogenic and oxidative enzyme acitvities in dyslipidaemic insulin-resistant rats. Br J Nutr. 2013; 109: 1617–1627.
2. Ali NM, Yeap SK, Ho WY. The promising future of Chia, Salvia hispanica L. J Biomed Biotech. 2012; 171956.
3. Peiretti PG, Gai F. Fatty acid and nutritive quality of chia (Salvia hispanica L.) seeds and plant during growth. Animal Feed Science and Technology. 2009; 148 (2–4): 267–275.
4. Bresson JL, Flynn A, Heinonen M et al. Opinion on the safety of Chia seeds (Salvia hispanica L.) and ground whole Chia seeds as a food ingredient. The European Food Safety Authority Journal. 2009; 996: 1–26.
5. Jenkins DJA, Chiavaroli L, Wong JMW et al. Adding monounsaturated fatty acids to a dietary portfolio of cholesterol-lowering foods in hypercholesterolemia. CMAJ. 2010; 182 (18): 1961–1967.
6. Betti M, Perez TI, Zuidhof MJ et al. Omega-3 enriched broiler meat: fatty acid distribution between triacyloglicerol and phospholipid classes. Poultry Science. 2009; 88 (8): 1740–1754.
7. Poudyal H, Panchal SK, Waanders J et al. Lipid redistribution by α-linolenic acid-rich chia seed inhibits stearoyl-CoA desaturase-1 and induces cardiac and hepatic protection in diet-induced obese rats. J Nutr Biochem. 2012; 23 (2): 153–162.
8. Simopoulos AP. The omega-6/omega-3 fatty acid ratio, genetic variation and cardiovascular disease. Asia Pac J Clin Nutr. 2008; 17 (1): 131–134.
9. Simopoulos AP. Omega-3 fatty acids in inflammation and autoimmune diseases. J Am Coll Nutr. 2002; 21 (6): 495–505.
10. Vuksan V, Jenkins AL, Dias AG et al. Reduction in postprandial glucose excursion and prolongation of satiety: possible explanation of the long-term effects of whole grain Salba (Salvia hispanica L.). Eur J Clin Nutr. 2010; 64: 436–438.
11. Vuksan V, Whitham D, Sievenpiper JL et al. Supplementation of conventional therapy with the novel grain Salba (Salvia hispanica L.) improves major and emerging cardiovascular risk factors in type 2 diabetes: results of a randomized controlled trial. Diabetes Care. 2007; 30: 2804–2810.
12. Muramatsu T, Yatsuya H, Toyoshima H et al. Higher dietary intake of alpha-linolenic acid is associated with lower insulin resistance in middle-aged Japanese. Prev Med. 2010; 50: 272–276.

Artykuł przyjęty do redakcji: 30.11.2014
Artykuł przyjęty do publikacji: 09.07.2015

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

Adres do korespondencji:
Angelika Kargulewicz
ul. Stanisława Przybyszewskiego 49
60-355 Poznań
tel.: 61 8691314
e-mail: angelikak610@gmail.com
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Metabolicznych i Dietetyki
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ROLA WITAMINY D W ROZWOJU I PRZEBIEGU OTYŁOŚCI

THE ROLE OF VITAMIN D IN THE DEVELOPMENT AND COURSE OF OBESITY

Marta Majorczyk[1], Magdalena Baran[1], Jolanta Jaworek[2]

[1] doktorantka Wydziału Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
[2] Zakład Fizjologii Medycznej Instytutu Fizjoterapii
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

STRESZCZENIE

Wstęp i cel. Otyłość jest chorobą zapalną. Niesie z sobą zwiększone ryzyko zachorowania na cukrzycę typu II, choroby układu krążenia oraz wywołuje poważne skutki psychospołeczne i ekonomiczne. Wiele badań sugeruje, że rozwój i przebieg otyłości związany jest m.in. z niskim stężeniem witaminy D we krwi, polimorfizmem jej receptora VDR oraz polimorfizmem pojedynczego nukleotydu (SNP) genu FTO. Celem pracy było przedstawienie aktualnej wiedzy na temat powyższego związku i zależności między witaminą D a rozwojem jednej z chorób cywilizacyjnych – otyłości.
Materiał i metody. Dokonano systematycznego przeglądu aktualnych doniesień literaturowych, krajowych i zagranicznych, dotyczących roli witaminy D w rozwoju i przebiegu otyłości.
Wyniki i podsumowanie. Witamina D hamuje aktywność czynnika transkrypcyjnego NF-κB, co ogranicza wytwarzanie cytokin prozapalnych i zmniejsza skutki otyłości. Efekt SNP rs9939609 genu FTO był znacząco silniejszy w grupie osób z niewystarczającym stężeniem witaminy D we krwi niż u osób z prawidłowym stężeniem. Wiele badań potwierdza związek między niedoborem witaminy D a otyłością, otyłością brzuszną, hipertriglicerydemią i zespołem metabolicznym, choć są również doniesienia wskazujące na brak związku.

SŁOWA KLUCZOWE: otyłość, witamina D, VDR.

ABSTRACT

Introduction and aim. Obesity is an inflammatory disease which is related to the increased risk of type II diabetes, cardiovascular diseases and serious psychosocial and economic consequences. Numerous studies suggest that development of obesity is associated with reduced blood concentration of vitamin D, with the VDR polymorphism and single nucleotide polymorphism (SNP) of the FTO gene. The aim of the study was to present the current knowledge concerning the association between vitamin D and developing one of the diseases of civilization – obesity.
Material and methods. Systematic review of the current Polish and foreign literature regarding the role vitamin D in the development of obesity.
Results and conclusion. Vitamin D inhibits the activity of the transcription factor NF-κB, reduces the production of proinflammatory cytokines, and alleviates the effects of obesity. The effect of FTO SNP rs9939609 gene was significantly stronger in patients with low blood level of vitamin D than in those with normal blood concentration of this vitamin. Many studies have confirmed the association between vitamin D deficiency and obesity, abdominal obesity, hypertriglyceridemia and the metabolic syndrome, although some publications present the adverse opinion.

KEYWORDS: obesity, vitamin D, VDR.

Wstęp

Mimo usilnych działań zmierzających do zahamowania progresji otyłości dane Światowej Organizacji Zdrowia są niepokojące i wskazują na zwiększanie się populacji ludzi otyłych. Na całym świecie częstość występowania nadwagi i otyłości w dzieciństwie wzrosła w 2010 roku z 4,2% w 1990 roku do 6,7% i szacuje się, że osiągnie 9,1% w 2020 roku [1]. Doniesienia te są alarmujące, ponieważ wysoki wskaźnik BMI w dzieciństwie jest związany z rozwojem cukrzycy typu II, nadciśnienia tętniczego i choroby wieńcowej w wieku dorosłym [2]. Jak wskazują badania, epidemia otyłości dotyczy nie tylko krajów rozwiniętych, ale również krajów rozwijających się. Szacuje się, że około 30 mln dzieci ma nadwagę w krajach rozwijających się, a 10 mln – w rozwiniętych [3]. Badania jednoznacznie wskazują na związek między otyłością a zwiększonym prawdopodobieństwem zachorowania na cukrzycę typu II, hiperlipidemię, nadciśnienie tętnicze i choroby układu krążenia, co prowadzi do znacznego zwiększenia śmiertelności populacji [3–8]. Najbardziej niekorzystna dla zdrowia jest tzw. otyłość androidalna (brzuszna), która prowadzi do wystąpienia licznych problemów metabolicznych, takich jak: insulinooporność, dyslipidemia, hiperinsulinemia oraz nadciśnienie tętnicze [9].

Na rozwój otyłości wpływa wiele znanych czynników. Niekorzystne zmiany środowiska, bardzo niska aktywność fizyczna oraz brak prawidłowo ukształtowanych postaw zdrowotnych to jedne z przyczyn rozwoju nadwagi i otyłości [10–12]. Jak wynika z ostatnich ba-

dań, na rozwój otyłości mają wpływ również czynniki genetyczne. Gen FTO (ang. *fat mass and obesity associated gene*) przyczynia się do zwiększonej podatności na rozwój otyłości. Interakcja pomiędzy czynnikami behawioralnymi i genetycznymi może przyczyniać się do rozwoju otyłości [13–15]. Powszechnie znany peptyd leptyna (LEP), receptor leptyny (ang. *leptin receptor* – LEPR) [16–19] oraz gen receptora endokannabinoidowego (ang. *cannabinoid receptor* – CNR1) — receptory CB1 [20, 21] biorą udział w regulacji sytości i głodu na poziomie podwzgórza. Innym przykładem jest gen receptora aktywowanego proliferatorami peroksysomów typu γ (ang. *peroxisomal proliferator activated receptor gamma* – PPARγ), który bierze udział w różnicowaniu preadipocytów do adipocytów, co udowodniono w badaniach eksperymentalnych. W badaniu doświadczalnym na myszach wykazano, iż brak genu PPAR γ powoduje brak przyrostu tkanki tłuszczowej u myszy [22]. ADRβ3 (ang. *beta-3 adrenergic receptor*) to receptory wpływające zarówno na proces termogenezy, jak i lipolizy w tkance tłuszczowej [23]. Szacuje się, że u myszy mniej więcej 244 geny wpływają na regulację masy ciała i powstanie otyłości [24].

Przyczyną światowego kryzysu zdrowia publicznego jest m.in. niedobór witaminy D, który stwarza poważne konsekwencje zdrowotne [25]. Szacuje się, że 30–80% dzieci i dorosłych na całym świecie cierpi na poważny niedobór witaminy D [26].

Znaczenie fizjologiczne witaminy D

Jest ona czynnikiem odpowiedzialnym za wchłanianie jelitowe wapnia – pobudza produkcję nośników wiążących jony wapnia w jelicie i w ten sposób ułatwia jego wchłanianie. Wapń jest niezbędny dla pracy serca i skurczów mięśni szkieletowych i gładkich. Ca2+ jest jednym z najważniejszych elementów wzbudzających serce do skurczu. Ten mechanizm jest oparty na regulacji wewnątrzkomórkowego stężenia Ca2+ przez pompy siateczki sarkoplazmatycznej komórek mięśnia sercowego [27, 28] Związki wapnia stanowią podstawowy składnik kości. Parathormon (PTH) należy do głównych hormonów regulujących gospodarkę wapniowo-fosforanową. Stymuluje syntezę $1,25(OH)_2D$ w nerkach [29]. Związki wapnia warunkują uwalnianie neuroprzekaźników z zakończeń nerwowych, a więc są konieczne dla przesyłania sygnałów w szlakach nerwowych i dla komunikacji między neuronami oraz neuronami i komórkami mięśniowymi. Są również elementem wewnątrzkomórkowych szlaków sygnalizacyjnych [30]. Jony wapnia kontrolują poziom cyklicznych nukleotydów, wydzielanie hormonów, aktywują wewnątrzkomórkowe enzymy (np. kinazy zależne od wapnia, fosfodiesteraza cAMP, almoduliny CaM-PK) oraz wpływają na procesy wzrostu, podziału i różnicowania komórek [31, 32]. Jony wapnia są niezbędne dla procesu krzepnięcia krwi i fibrynolizy [30, 33]. Pobudzają również wydzielanie enzymów i są niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania układu immunologicznego [29]. Jony wapnia w zwiększonej ilości są szczególnie potrzebne kobietom po menopauzie, czyli w okresie największego zagrożenia osteoporozą [34].

Z gospodarką wapniową ściśle związany jest metabolizm fosforu, który również odgrywa kluczową rolę w procesie budowania kości i zębów. Jony fosforu występują wewnątrzkomórkowo (ok. 1 mmol/l) i zewnątrzkomórkowo (w osoczu). Fosfor bierze udział w budowie kwasów nukleinowych, w procesach glikolizy i glikoneogenezy oraz przenoszenia tlenu przez hemoglobinę [35]. Wewnątrzkomórkowo jest elementem fosfoprotein i fosfolipidów błon komórkowych. Jego stężenie zmienia się w ciągu doby. Fosfor również bierze udział w procesach przewodnictwa nerwowego, prawidłowej regulacji serca i nerek. Wpływa na utrzymanie prawidłowego pH. Badania wykazały, że podawanie fosforu powoduje wzrost PTH [36–38].

Niedobór witaminy D jest związany z zaburzeniami mięśniowo-szkieletowymi, występowaniem nowotworów, chorobami autoimmunologicznymi, dermatologicznymi, zaburzeniami sercowo-naczyniowymi i chorobami nerek [25, 39–41]. Ustalono również odwrotną zależność pomiędzy poziomem witaminy D w surowicy a intensywnością odczuwanego bólu [27, 42–44]. Wiele badań wykazało, że poziom witaminy D w surowicy jest związany z otyłością u zdrowej i chorej populacji [45–50]. Jednakże w niektórych badaniach związek ten nie został potwierdzony [24, 51].

Źródła i metabolizm witaminy D

Witamina D, jako steroidowy hormon rozpuszczalny w tłuszczach, wytwarzana jest w naskórku pod wpływem promieniowania UVB, a także dzięki odpowiedniej diecie bogatej w witaminę D [52]. Energia promieniowania UVB o długości fali 290–315 nm jest niezbędnym ogniwem w reakcji przekształcenia 7-dehydrocholesterolu – znajdującego się w keratynocytach – w cholekalcyferol (prowitamina D3), który w takiej postaci trafia do krwioobiegu. Prawie 90% całkowitej zawartości witaminy D w organizmie jest pochodzenia endogennego i wytwarzane jest w skórze pod wpływem promieniowania UVB [53–55].

Prowitamina D_3 zostaje przekształcona do postaci 25-hydroksywitaminy D [25(OH)D] na drodze hydroksylacji w wątrobie, a następnie w mitochondriach kanalików proksymalnych nerek, pod wpływem izoformy CYP27B1 (1α-hydroksylazy) do kalcytriolu [1α,25--dihydroksycholekalcyferolu ($1,25(OH)_2D_3$)], który jest

aktywną postacią witaminy D [56–59]. Ta ważna reakcja chemiczna jest kontrolowana przez parathormon (PTH), kalcytoninę, wapń, (hormon wzrostu) GH oraz IGF-1 [60]. Przełomowe odkrycie aktywności mitochondrialnej 1α-hydroksylazy w wielu różnych tkankach ludzkiego organizmu, m.in. makrofagach, keratynocytach, łożysku, przytarczycach, komórkach nowotworowych i komórkach mięśni gładkich naczyń, pozwoliło określić nowe miejsca produkcji aktywnej postaci $1,25(OH)_2D_3$ [59, 61, 62]. Cząsteczki witaminy D w formie kompleksów z cząsteczką transportującą – białkiem wiążącym witaminę D (DBP) – są przesyłane do różnych tkanek docelowych [63]. Źródłem egzogennej witaminy D jest odpowiednio dobrana dieta. Tran, żółtko jaja, wątroba i ryby, takie jak: łosoś, sardynki, śledź oraz makrela, to produkty zawierające znaczące ilości witaminy D [64].

Jak powszechnie wiadomo, witamina D wpływa na gospodarkę wapniowo-fosforanową. Poza klasyczną funkcją witamina D wpływa na proliferację, różnicowanie i apoptozę komórek [65, 66]. Ten wielokierunkowy, biologiczny wpływ na organizm jest realizowany za pośrednictwem receptora jądrowego witaminy D (VDR), znajdującego się m.in. w: tkance kostnej, skórze, sercu, jelicie, nerkach, mózgu, oczach, wyspach trzustkowych (komórki β), przytarczycach, nadnerczach, mięśniach, tkance tłuszczowej i prawie we wszystkich komórkach układu immunologicznego [66, 67]. W ciągu ostatnich 20 lat udało się odkryć receptory witaminy D w mniej więcej 40 różnych rodzajach tkanek [62]. Dzięki receptorowi jądrowemu VDR witamina D wpływa na ekspresję genów kodujących określone białka [66, 67].

Związek między witaminą D a otyłością

Większość danych z piśmiennictwa donosi o dwóch mechanizmach leżących u podstaw związku między witaminą D a otyłością. Jest to mechanizm genetyczny i sygnalizacji pozagenetycznej.

Badanie brytyjskie z udziałem prawie 3800 pacjentów z cukrzycą typu II (prawie 5,5 tys. osób w grupie kontrolnej) potwierdziło związek między polimorfizmem pojedynczego nukleotydu (SNP) genu FTO, znajdującego się na chromosomie 16, z występowaniem cukrzycy typu II. Jednocześnie stwierdzono, iż ten związek jest ściśle zależny od wskaźnika BMI [68].

Oprócz badań na temat związku genu FTO z wyższą masą ciała dorosłego człowieka podjęto również rozważania na temat korelacji między polimorfizmem genu FTO a masą urodzeniową. Polimorfizm SNP rs9939609 w FTO nie jest związany z masą urodzeniową, natomiast stwierdzono jego związek z wyższym o 37% stężeniem wisfatyny u noworodków [69]. Nosicielstwo allelu A genu FTO u noworodków (2 tygodnie po urodzeniu) wiązało się również z wyższą brzuszną masą tłuszczową (prawie o 17%) [70]. Związek allelu A ze znacznie wyższym BMI i masą tkanki tłuszczowej został potwierdzony również w badaniu szkockim z udziałem 2700 dzieci w wieku 4–10 lat, gdzie grupa badana charakteryzowała się wyższą o 1,78 kg zawartością tkanki tłuszczowej niż w grupie kontrolnej [70].

Co ciekawe, korelacja między występowaniem SNP rs9939609 a otyłością ulega zmianom w toku procesu starzenia się organizmu. W wyniku długotrwałych badań stwierdzono, że u mężczyzn w wieku powyżej 65 lat zależność między występowaniem SNP rs9939609 a wielkością BMI jest mniejsza, natomiast u kobiet badane zjawisko nie zachodzi. Autorzy sugerują, że utrata tkanki tłuszczowej wraz z wiekiem może przyczyniać się do zmniejszenia tegoż związku w wieku podeszłym [71].

W innym badaniu oceniono wpływ polimorfizmu pojedynczego nukleotydu SNP rs9939609 na zmiany wskaźnika BMI w dzieciństwie oraz badano, czy witamina D wpływa na regulację tych zmian. Wykazano, że allel A genu FTO rs9939609 SNP wiązał się ze znacznym przyrostem BMI w dzieciństwie. Według HapMap Project częstotliwość występowania allelu A w populacji europejskiej wynosi 0,45. Okazało się, że efekt allelu A był znacząco silniejszy w grupie osób z niewystarczającym stężeniem witaminy D we krwi (tj. 75 nmol/l), natomiast w grupie, w której było prawidłowe stężenie witaminy D, ekspresja genu FTO była zahamowana [68, 72].

Ekspresja genu FTO może być modyfikowana u dzieci poprzez stopień aktywności fizycznej [73] i podaż tłuszczów, co wykazały przeprowadzone badania [74].

Z badań epidemiologicznych wynika, że osoby z ekstremalną, wręcz śmiertelną postacią otyłości mają znacząco niskie stężenie 25(OH)D w surowicy [75, 76]. Badanie z udziałem 50 pacjentów z otyłością o BMI: $43,5 \pm 9,2$ kg/m^2 potwierdziło odwrotną zależność między wskaźnikami antropometrycznymi, takimi jak: BMI (ang. *body mass index*), objętość tkanki tłuszczowej (ang. *fat mass*) i obwód w pasie, a stężeniem witaminy D w surowicy u badanych [77].

Badanie koreańskie z udziałem 1660 dzieci potwierdziło związek między niedoborem witaminy D a otyłością, otyłością brzuszną, hipertriglicerydemią i zespołem metabolicznym [51]. Badania wykazały, że u osób otyłych występuje znacznie niższe stężenie 25(OH)D niż u osób o prawidłowej wadze, a po zastosowaniu odpowiedniej suplementacji witaminy D wartość stężenia 25(OH)D znacząco się podniosła [78]. Co ciekawe, wzbogacenie diety w witaminę D prowadzi do wzrostu stężenia 25(OH)D w osoczu i zmniejszenia otyłości brzusznej [79].

Zależność pomiędzy otyłością a aktywną formą witaminy D ($1,25(OH)_2D$) nie jest do końca jasna.

Badania Uniwersytetu w Maastricht wykazały, że 7-dniowa suplementacja cholekalcyferolu 2000 IU/dzień, połączona ze spadkiem spożycia wapnia, nie wpływa ani na wydatkowanie energetyczne (EE), ani na ekspresję genów białek związanych z metabolizmem tłuszczu, pomimo znacznego wzrostu stężenia $1,25(OH)_2D$ w surowicy [80]. Nieco starsze badania donoszą, że zwiększone stężenie 1,25(OH)2D jest czynnikiem predysponującym do nadwagi u dorosłych i do zwiększonej oporności na insulinę. Według badaczy u podłoża tego zjawiska leży zdolność 1,25(OH)2D do zwiększania wewnątrzkomórkowego stężenia jonów Ca2+ w adipocytach [81].

Należy mieć nadzieję, że przyszłe badania nad określeniem czynników genetycznych, na których opiera się dziedziczenie ryzyka otyłości, przyczynią się do poszerzenia wiedzy i wyznaczą nowe kierunki skutecznych interwencji terapeutycznych u ludzi.

Wpływ mechanizmu sygnalizacji wewnątrzkomórkowej witaminy D na rozwój otyłości polega na regulowaniu procesu zapalnego, ekspresji określonych genów i oddziaływaniu na gospodarkę wapniowo-fosforanową.

Obecnie wiadomo, że nadmiar tkanki tłuszczowej trzewnej prowadzi do rozwoju przewlekłego, ogólnoustrojowego stanu zapalnego, który związany jest z nieprawidłową produkcją cytokin i aktywacją sygnałów prozapalnych. Tkanka tłuszczowa odgrywa rolę w regulacji homeostazy organizmu, włączając w to mechanizmy odpornościowe [82–84].

Witamina D_3 głównie w postaci kompleksu z białkiem nośnikowym (ang. *vitamin D binding protein* – VDBP) – rzadziej z albuminą – jest transportowana do komórek docelowych. Kompleks VDBP wpływa na proces zapalny poprzez nasilenie chemotaksji monocytów i neutrofilów oraz pobudzenie makrofagów. Jak donoszą badania, polimorfizmy genu tego białka mogą wpływać na stężenia kalcydiolu i kalcytriolu w surowicy krwi. Kalcytriol zmniejsza ekspresję cytokin prozapalnych, takich jak: IL-1, IL-6, IL-23, TNF, GM-CSF [85]. Witamina D_3 wzmacnia mechanizmy obronne organizmu poprzez pobudzenie chemotaksji i fagocytozy oraz zwiększenie aktywności indukowanej syntezy tlenku azotu (iNOS) [59]. Przeważa pogląd, że witamina D_3 ma hamujący wpływ na odpowiedź zapalną przebiegającą z udziałem limfocytów Th2 [86].

Gen kodujący białko receptora witaminy D – VDR – zlokalizowany jest w chromosomie 12q12-14. Aktywacja wiązania witaminy D_3 z VDR możliwa jest dzięki utworzeniu heterodimeru z receptorem retinoidowym X (ang. *retinoid X receptor* – RXR). Dzięki określonym sekwencjom DNA obecnym w regionach promotorowych poszczególnych genów (VDRE) kompleks VDR-RXR-$1,25(OH)_2D_3$ (aktywny czynnik transkrypcyjny) jest zdolny do połączeń z określonymi genami i wpływania na transkrypcję i syntezę białek uczestniczących w licznych procesach biologicznych [87, 88]. Pobudzenie receptora VDR przez witaminę D_3 wpływa bardzo istotnie na zahamowanie aktywności jądrowego czynnika tranksrypcyjnego (ang. *nuclear factor kappa B* – NF-κB), co stanowi ważny mechanizm przeciwnowotworowy [89].

Badania molekularne ostatniej dekady pozwoliły określić kilka polimorfizmów genu receptorowego VDR. Są to polimorfizmy: FokI, ApaI, BsmI, TaqI, EcoRV, Tru91, Cdx2. Część doniesień literaturowych sugeruje, że te odmiany w genie VDR i niedobór witaminy D mogą przyczynić się do rozwoju nadwagi i otyłości [90–92]. W badaniu z udziałem 152 pacjentów z otyłością olbrzymią (BMI ⩾ 40 kg/m^2) nie wykazano istotnych różnic w częstości występowania genotypów i alleli FokI i BsmI w grupie chorych z otyłością olbrzymią i nie stwierdzono zależności polimorfizmu FokI, BsmI i BMI, CRP, OB oraz częstości występowania nadciśnienia, dyslipidemii i hiperglikemii [93].

Zalecenia dotyczące stężenia witaminy D w surowicy i jej suplementacja

Panuje pogląd, że ciężki niedobór witaminy D obserwuje się przy stężeniu 25(OH)D (kalcydiolu) poniżej 10 ng/ml (25 nmol/l), a niedobór lekki przy 20–32 ng/ml (50–80 nmol/l) [11, 41, 94]. Jak wynika z badań, zapewnienie optymalnego efektu immunomodulującego i przeciwzapalnego, co może wpływać na otyłość, zależy od utrzymania odpowiedniego stężenia witaminy D w organizmie. Ostatnie badania donoszą, że stężenie 25(OH)D w przedziale między 21 a 29 ng/mL może wiązać się ze zwiększonym ryzykiem wielu chorób związanych z zaburzeniami w obrębie układu odpornościowego, np. cukrzycy typu I i reumatoidalnego zapalenia stawów. Badania przeprowadzone w Holandii wykazały znaczący wpływ podawania witaminy D_3 w dawce ok. 105 mmol/L na obniżenie zachorowalności na choroby przewlekłe. Uzyskano obniżenie umieralności w: nowotworach o 25%, chorobach sercowo-naczyniowych o 25%, cukrzycy o 15%, stwardnieniu rozsianym o 50%, a częstość złamań kości zmniejszyła się o 20% [95].

Według najnowszych badań dzienne zapotrzebowanie nad witaminę D w Polsce zależy od wieku i dla osób zarówno przed 65. rokiem życia, jak i po 65. roku życia wynosi 800–1000 IU dziennie. Pojawiają się jednak i takie doniesienia, które sugerują, że dawka ok. 1000–4000 jm/dzień powinna być dawką terapeutyczną dla populacji europejskiej. W przypadku ciężkich niedoborów witaminy D dawka lecznicza zwiększa się do 5000 IU/d÷10 000 IU/d (około 50 000 IU/tydzień). Natomiast w przypadku postaci lekkiego i średniego niedoboru: 2000÷3000 IU/d. Leczenie doustne powinno trwać

1–3 miesiące (w zależności od stopnia niedoboru). W trakcie leczenia konieczne jest monitorowanie 25(OH)D w surowicy [96].

Podsumowanie

Rozważając powyższe aspekty związane z wpływem witaminy D na rozwój i przebieg otyłości, można zauważyć, że zdania na ten temat są podzielone, jednak przeważają opinie, że związek ten występuje i niedobór witaminy D przyczynia się do rozwoju otyłości, a prawidłowe stężenie hamuje jej skutki i rozwój.

Obecnie uważa się, że optymalna dla zdrowia dawka 25-hydroxyvitamin D [25(OH)D] to 100–150 nmol/L. Jednocześnie należy zwrócić uwagę, iż prace nad odpowiednim doborem suplementacji witaminy D ciągle jeszcze trwają [95]. Brak jest bowiem dalszych dobrze zaplanowanych prospektywnych badań, które pozwoliłyby ustalić, jaki poziom witaminy D w organizmie w poszczególnych okresach jego rozwoju zapewni optymalne funkcjonowanie układu immunologicznego i przyczyni się do ograniczenia rozwoju otyłości u dzieci i dorosłych. Niewątpliwie poznanie nieklasycznych mechanizmów działania witaminy D ma nie tylko znaczenie poznawcze, ale również może przyczynić się do poszerzenia metod terapeutycznych, jakie stwarza suplementacja, a także lecznicze zastosowanie kalcytriolu lub jego syntetycznych analogów.

Piśmiennictwo

1. de Onis M, Blössner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. Am J Clin Nutr. 2010; 92: 125–1264.
2. Park MH, Falconer C, Viner RM et al. The impact of childhood obesity on morbidity and mortality in adulthood: a systematic review. Obes Rev. 2012; 13: 985–1000.
3. World Health Organization. Obesity and Overweight Fact Sheet. Geneva 2013.
4. Katzmarzyk P, Janssen I, Ardern C. Physical inactivity, excess adiposity and premature mortality. Obes Rev. 2003; 4: 257–290.
5. Du T, Sun X, Yin P et al. Secular trends in the prevalence of low risk factor burden for cardiovascular disease according to obesity status among Chinese adults, 1993–2009. BMC Public Health. 2014; 14 (1): 961.
6. Sarvottam K, Yadav RK. Obesity-related inflammation & cardiovascular disease: Efficacy of a yoga-based lifestyle intervention. Indian J Med Res. 2014; 139 (6): 822–834.
7. Surani SR. Diabetes, sleep apnea, obesity and cardiovascular disease: Why not address them together? World J Diabetes. 2014; 5 (3): 381–384.
8. Janghorbani M, Amini M, Willett WC et al. First nationwide survey of prevalence of overweight, underweight, and abdominal obesity in Iranian adults. Obesity (Silver Spring). 2007; 15: 2797–808.
9. Pacholczyk M, Ferenc T, Kowalski J. Zespół metaboliczny. Część II: patogeneza zespołu metabolicznego i jego powikłań. Post Hig Med Dośw. 2008; 62: 543–558.
10. Church TS, Thomas DM, Tudor-Locke C et al. Trends over 5 Decades in U.S. occupation-related physical activity and their association with obesity. Plos One. 2011; 6: 319657.
11. Kraus H, Raab W. Hipokinetic Diseases – Diseases produced by the lack of Exercise. Sprinfield Ill. Philadelphia: Thomas; 1961.
12. van Uffelen JGZ, Wong J, Chau JY et al. Occupational sitting and health risks: A systematic review. Am J Prev Med. 2010; 39 (4): 379–388.
13. Loos R, Bouchard C. FTO: the first gene contributing to common forms of human obesity. Obes Rev. 2008; 9: 246–250.
14. Scuteri A, Sanna S, Chen W et al. Genome-Wide Association scan shows genetic variants in the FTOgene are associated with obesity-re-lated traits. PLoS Genet. 2007; 3: 1200–1210.
15. Frayling T, Timpson N, Weedon M et al. A common variant in the FTO gene is associated with body mass index and predisposes to childhood and adult obesity. Science. 2007; 316: 889–894.
16. Męczekalski B, Czyżyk A, Warenik-Szymankiewicz A. Rola genów w powstawaniu otyłości. Współczesne poglądy, patogeneza, aspekty kliniczne. Endokrynol Otył Zab Przem Mat. 2008; 5: 27–37.
17. Fan SH, Say YH. Leptin and leptin receptor gene polymorphisms and their association with plasma leptin levels and obesity in a multi-ethnic Malaysian suburban population. J Physiol Anthropol. 2014; 33: 15.
18. Association of leptin/receptor and TNF-α gene variants with adolescent obesity in Malaysia. Pediatr Int. 2014. Available in PubMed.
19. Boumaiza I, Omezzine A, Rejeb J et al. Relationship between leptin G2548A and leptin receptor Q223R gene polymorphisms and obesity and metabolic syndrome risk in Tunisian volunteers. Genet Test Mol Biomarkers. 2012; 16 (7): 726–733.
20. Schleinitz D, Carmienke S, Böttcher Y et al. Role of genetic variation in the cannabinoid type 1 receptor gene (CNR1) in the pathophysiology of human obesity. Pharmacogenomics. 2010; 11 (5): 693–702.
21. Milewicz A, Tworowska-Bardzińska U, Jędrzejuk D et al. Are endocannabinoid type 1 receptor gene (CNR1) polymorphisms associated with obesity and metabolic syndrome in postmenopausal Polish women? Int J Obes (Lond). 2011; 35 (3): 373–377.
22. Koutnikova H, Cock TA, Watanabe M et al. Compensation by the muscle limits the metabolic consequences of lipodystrophy in PPAR gamma hypomorphic mice. Proc Natl Acad Sci USA. 2003; 100: 14457–14462.
23. Mutch D, Clément K. Genetics of human obesity. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2006; 20: 647–664.
24. Rankinen T, Zuberi A, Chagnon YC et al. The human obesity gene map: the 2005 update. Obesity (Silver Spring). 2006; 14 (4): 529–644. Review.
25. Prakash S, Mehta NC, Dabhi AS, Lakhani O, Khilari M, Shah ND. The prevalence of headache may be related with the latitude: A possible role of Vitamin D insufficiency? J Headache Pain. 2010; 11: 301–307.
26. Andıran N, Çelik N, Akça H, Doğan G. Vitamin D deficiency in children and adolescents. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2012; 4: 25–9 [PMCID: PMC3316459].
27. Thastrup O, Culler PJ, Drobak BK, Hanley MR, Dawson AP. Thapsigargin, a tumor promoter, discharges intracellular Ca^{2+}stores by specific inhibition of the endoplasmic reticulum Ca^{2+}-ATPase. Proc Natl Acad Sci USA. 1990; 87: 2466–2470.

28. Yamaguchi M. Regulatory role of regucalcin in heart calcium signaling: Insight into cardiac failure. Biomed Rep. 2014; 2 (3): 303–308.
29. Massfelder T, Helwig JJ. The parathyroid hormone – related protein system: more data but more unsolved questions. Curr Opin Nephrol Hypertens. 2003; 12: 35–42.
30. Jaworek J. Podstawy fizjologii medycznej. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2012. 251–254.
31. Hu F, Pan L, Zhang K et al. Elevation of Extracellular Ca2+ Induces Store-Operated Calcium Entry via Calcium-Sensing Receptors: A Pathway Contributes to the Proliferation of Osteoblasts. PLoS One. 2014; 9 (9): e107217.
32. Kuźnicki J, Filipek A et al. Calcium-binding protein from mouse Ehrlich ascites-tumour cells is homologous to human calcyclin. Biochem J. 1989; 263(3); 951–956.
33. Helle I. Fibrinolysis and coagulation. Effect of calcium and of coagulation on the lysis of fibrin clots. Scand J Haematol Suppl. 1968; 4: 1–46.
34. Aung K. Review: In postmenopausal women and older men, vitamin D plus calcium reduces some fractures. Ann Intern Med. 2014; 161 (6): JC5.
35. Griffin JB, Penniall R. Studies of phosphorus metabolism by isolated nuclei. VI. Labeled components of the acid-insoluble fraction. Arch Biochem Biophys. 1966; 114 (1): 67–75.
36. Masuyama R, Kajita Y, Odachi J, Uehara M, Shigematsu T, Suzuki K. Chronic phosphorus supplementation decreases the expression of renal PTH/PTHrp receptor mRNA in rats. Am J Nephrol. 2000; 20: 491–495.
37. Anghileri LJ. The metabolism of calcium and phosphorus and the cellular lipoproteins of the Ehrlich's ascites tumor cell. Int J Clin Pharmacol. 1974; 10 (1): 23–29.
38. Oster O, Dahm M, Oelert H. Element concentrations (selenium, copper, zinc, iron, magnesium, potassium, phosphorous) in heart tissue of patients with coronary heart disease correlated with physiological parameters of the heart. Eur Heart J. 1993; 14 (6): 770–774.
39. Prakash S, Shah ND. Chronic tension-type headache with vitamin D deficiency: Casual or causal association? Headache. 2009; 49: 1214–1222.
40. Dorsch MP, Nemerovski CW, Ellingrod VL et al. Vitamin D receptor genetics on extracellular matrix biomarkers and hemodynamics in systolic heart failure. J Cardiovasc Pharmacol Ther. 2014; 19 (5): 439–445.
41. Hossein-Nezhad A, Eshaghi SM, Maghbooli Z. The role of vitamin D deficiency and vitamin d receptor genotypes on the degree of collateralization in patients with suspected coronary artery disease. Biomed Res Int. 2014; 304250.
42. Turner MK, Hooten WM, Schmidt JE, Kerkvliet JL, Townsend CO, Bruce BK. Prevalence and clinical correlates of vitamin D inadequacy among patients with chronic pain. Pain Med. 2008; 9: 979–984.
43. Kjaergaard M, Eggen AE, Mathiesen EB, Jorde R. Association between headache and serum 25-Hydroxyvitamin D; the Tromsø study: Tromsø 6. Headache. 2012; 52: 1499–1505.
44. Knutsen KV, Brekke M, Gjelstad S, Lagerløv P. Vitamin D status in patients with musculoskeletal pain, fatigue and headache: A cross-sectional descriptive study in a multi-ethnic general practice in Norway. Scand J Prim Health Care. 2010; 28: 166–171.
45. Lagunova Z, Porojnicu AC, Vieth R et al. Serum 25--hydroxyvitamin D is a predictor of serum 1,25-dihydroxyvitamin D in overweight and obese patients. J Nutr. 2011; 141: 112–117.
46. Lagunova Z, Porojnicu AC, Lindberg F et al. The dependency of vitamin D status on body mass index, gender, age and season. Anticancer Res. 2009; 29: 3713–3720.
47. Konradsen S, Ag H, Lindberg F, Hexeberg S, Jorde R. Serum 1,25-dihydroxy vitamin D is inversely associated with body mass index. Eur J Nutr. 2008; 47: 87–91.
48. Garanty-Bogacka B, Syrenicz M, Goral J et al. Serum 25--hydroxyvitamin D (25-OH-D) in obese adolescents. Endokrynol Pol. 2011; 62: 506–511.
49. Tamer G, Mesci B, Tamer I, Kilic D, Arik S. Is vitamin D deficiency an independent risk factor for obesity and abdominal obesity in women? Endokrynol Pol. 2012; 63: 196–201.
50. Lee SH, Kim SM, Park HS et al. Serum 25-hydroxyvitamin D levels, obesity and the metabolic syndrome among Korean children. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2012; 22: 1–7.
51. Lee SH, Kim SM, Park HS et al. Serum 25-hydroxyvitamin D levels, obesity and the metabolic syndrome among Korean children. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2013; 23 (8): 785–791.
52. Holick MF. Vitamin D deficiency. N Engl J Med. 2007; 357: 266–281.
53. Bikle DD. The vitamin D receptor: a tumor suppressor in skin. Adv Exp Med Biol. 2014; 810: 282–302. Review.
54. Reichrath J. Solar ultraviolet radiation, vitamin D and skin cancer surveillance in organ transplant recipients (OTRs): an update. Adv Exp Med Biol. 2014; 810: 253–271.
55. Holick MF. Sunlight, ultraviolet radiation, vitamin D and skin cancer: how much sunlight do we need? Adv Exp Med Biol. 2014; 810: 1–16.
56. Schuster I. Cytochromes P450 are essential players in the vitamin D signaling system. Biochim Biophys Acta. 2011; 1814: 186–199.
57. Jones KS, Schoenmakers I, Bluck LJ, Ding S, Prentice A. Plasma appearance and disappearance of an oral dose of 25-hydroxyvitamin D2 in healthy adults. Br J Nutr. 2012; 107: 1128–1137.
58. Dusso AS, Brown AJ, Slatopolsky E. Vitamin D. Am J Physiol Renal Physiol. 2005; 289: 8–28.
59. Di Rosa M, Malaguarnera M, Nicoletti F et al. Vitamin D3: a helpful immuno modulator. Immunology. 2011; 134: 123–139.
60. Bouillon R. Vitamin D: from photosynthesis, metabolism, and action to clinical applications. Endocrinology. 2005; 2: 1435–1463.
61. Ishikawa LL, Shoenfeld Y, Sartori A. Immunomodulation in human and experimental arthritis: including vitamin D, helminths and heat-shock proteins. Lupus. 2014; 23 (6): 577–587.
62. Harishankar M, Afsal K, Banurekha VV et al. 1,25--Dihydroxyvitamin D(3) downregulates pro-inflammatory cytokine response in pulmonary tuberculosis. Int Immunopharmacol. 2014; 4, 23 (1): 148–152.
63. Norman AW. From vitamin D to hormone D: fundamentals of the vitamin D endocrine system essential for good health. Am J Clin Nutr. 2008; 88: 491–499.
64. Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, Murad MH, Weaver CM. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2011; 96: 1911–1930.
65. Chiang KC et al. MART-10, a New Generation of Vitamin D Analog, Is More Potent than 1α,25-Dihydroxyvitamin D(3) in Inhibiting Cell Proliferation and Inducing Apoptosis in ER+ MCF-7 Breast Cancer Cells. Evid Based Complement Alternat Med. 2012; 310872.
66. Kovalenko PL et al. Dietary vitamin D and vitamin D receptor level modulate epithelial cell proliferation and apoptosis in the prostate. Cancer Prev Res (Phila). 2011; 4 (10): 1617–1625.

67. Goeman F, De Nicola F, D'Onorio De Meo P et al. VDR primary targets by genome-wide transcriptional profiling. J Steroid Biochem Mol Biol. 2014; 143: 348–356.
68. Frayling T, Timpson N, Weedon M et al. A common variant in the FTO gene is associated with body mass in- dex and predisposes to childhood and adult obesity. Science. 2007; 316: 889–894.
69. López-Bermejo A, Petry C, Díaz M et al. The association between the FTO gene and fat mass in humans develops by the postnatal age of two weeks. J Clin Endocrinol Metab. 2008; 93: 1501–1505.
70. Cecil J, Tavendale R, Watt P et al. An obesity-associated FTO gene variant and increased energy intake in children. N Engl J Med. 2008; 359: 2558–2566.
71. Qi L, Kang K, Zhang C et al. Fat mass- and obesity-associated (FTO) gene variant is associated with obesity. Longitudinal analyses in two cohort studies and functional test. Diabetes. 2008; 57: 3145–3151.
72. Lourenço BH, Qi L, Willett WC, Cardoso MA; ACTION Study Team. FTO genotype, vitamin D status, and weight gain during childhood. Diabetes. 2014; 63: 808–814.
73. Kilpeläinen TO, Qi L, Brage S et al. Physical activity attenuates the influence of FTO variants on obesity risk: a meta-analysis of 218,166 adults and 19,268 children. PLoS Med. 2011; 8.
74. Zhang X, Qi Q, Zhang C et al. FTO genotype and 2-year change in body composition and fat distribution in response to weight-loss diets: the POUNDS LOST Trial. Diabetes. 2012; 61: 3005–3011.
75. Goldner WS, Stoner JA, Thompson J et al. Prevalence of vitamin D insufficiency and deficiency in morbidly obese patients: a comparison with non-obese controls. Obes Surg. 2008; 18: 145–150.
76. Fish E, Beverstein G, Olson D, Reinhardt S, Garren M, Gould J. Vitamin D status of morbidly obese bariatric surgery patients. J Surg Res. 2010; 164 (2): 198–202.
77. Stokić E, Kupusinac A, Tomić-Naglić D et al. Obesity and Vitamin D Deficiency: Trends to Promote a More Proatherogenic Cardiometabolic Risk Profile. Angiology. 2014; 21. [Epub ahead of print].
78. Saliba W, Barnett-Griness O, Rennert G. The relationship between obesity and the increase in serum 25(OH)D levels in response to vitamin D supplementation. Osteoporos Int. 2013; 24 (4): 1447–1454.
79. Caron-Jobin M, Morisset AS, Tremblay A et al. Elevated serum 25(OH)D concentrations, vitamin D, and calcium intakes are associated with reduced adipocyte size in women. Obesity (Silver Spring). 2011; 19: 1335–1341.
80. Boon N et al. The effects of increasing serum calcitriol on energy and fat metabolism and gene expression. Obesity (Silver Spring). 2006; 14 (10): 1739–1746.
81. Zemel MB. Regulation of adiposity and obesity risk by dietary calcium: mechanisms and implications. J Am Coll Nutr. 2002; 21: 146–151.
82. Kaminski DA, Randall TD. Adaptive immunity and adipose tissue biology. Trends Immunol. 2010; 31: 384–390.
83. Niedźwiedzka-Rystwej P, Deptuła W. Tkanka tłuszczowa a układ odpornościowy. Alergia Astma Immunologia. 2009; 15: 101–105.
84. Schäffler A, Schölmerich J. Innate immunity and adipose tissue biology. Trends Immunol. 2010; 31: 228–235.
85. Chishimba L, Thickett DR, Stockley RA et al. The vitamin D axis in the lung: a key role for vitamin D-binding protein. Thorax. 2010; 65: 456–462.
86. Baroni E, Biffi M, Benigni F et al. VDR-dependent regulation of mast cell maturation mediated by 1,25-dihydroxyvitamin D3. J Leukoc Biol. 2007; 81: 250–262.
87. Di Rosa M, Malaguarnera M, Nicoletti F, Malaguarnera L. Vitamin D3: a helpful immuno-modulator. Immunology. 2011; 134: 123–139.
88. Kamen DL, Tangpricha V. Vitamin D and molecular actions on the immune system: modulation of innate and autoimmunity. J Mol Med. 2010; 88: 441–450.
89. Geldmeyer-Hilt K, Heine G, Hartmann B et al. 1,25-dihydroxyvitamin D3 impairs NF-κB activation in human naïve B cells. Biochem Biophys Res Commun. 2011; 407: 699–702.
90. Binh TQ, Nakahori Y, Hien VT et al. Correlations between genetic variance and adiposity in postmenopausal Vietnamese women. J Genet. 2011; 90: 1–9.
91. Ochs-Balcom HM, Chennamaneni R, Millen AE et al. Vitamin D receptor gene polymorphisms are associated with adiposity phenotypes. Am J Clin Nutr. 2011; 93: 5–10.
92. Schuch NJ, Garcia VC, Vívolo SR, Martini LA. Relationship between Vitamin D Receptor gene polymorphisms and the components of metabolic syndrome. Nutr J. 2013; 15: 96.
93. Kaleta B, Walicka M, Sawicka A et al. Polimorfizm genu receptora witaminy D u polskich pacjentów z otyłością olbrzymią. Postępy Nauk Medycznych. 2014; 1: 65–69.
94. Leyssens C, Verlinden L, Verstuyf A. The future of vitamin D analogs. Front Physiol. 2014; 3, 5: 122.
95. Grant WB, Schuitemaker GE. Health benefits of higher serum 25-hydroxyvitamin D levels in the Netherlands. J Steroid Biochem Mol Biol. 2010; 121 (1–2): 456–458.
96. Marcinowska-Suchowierska E, Walicka M, Tałałaj M, Horst-Sikorska W, Ignaszak-Szczepaniak M, Sewerynek E. Suplementacja witaminy D u ludzi dorosłych – wytyczne. Postępy Nauk Medycznych. 2010; 2: 160–166.

Artykuł przyjęty do redakcji: 30.11.2014
Artykuł przyjęty do publikacji: 09.07.2015

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

Adres do korespondencji:
Marta Majorczyk
ul. Piotra Michałowskiego 12
31-126 Kraków
tel.: 513048656
e-mail: marta.majorczyk@uj.edu.pl
Zakład Fizjologii Medycznej
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

PSYCHOSPOŁECZNE ASPEKTY FUNKCJONOWANIA DZIECKA W RODZINIE ALKOHOLOWEJ ORAZ MOŻLIWOŚCI TERAPII ODWYKOWEJ OSÓB UZALEŻNIONYCH

PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD FUNCTIONING IN THE ALCOHOLIC FAMILY AND POSSIBILITIES OF ALCOHOL TREATMENT FOR ALCOHOL ADDICTS

Grzegorz Konieczny[1], Renata Rasińska[2]

[1] Zakład Pedagogiki
Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu
[2] Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Problem choroby alkoholowej coraz silniej dotyka współczesnej rodziny, która doświadcza kryzysu. Jest on wynikiem niezwykle dynamicznych zmian nie zawsze pożądanych i korzystnie wpływających na strukturę rodziny. Alkoholizm był i jest zjawiskiem niepożądanym, stanowi przejaw i formę niedostosowania społecznego. Negatywne skutki tego zjawiska przede wszystkim odczuwają dzieci, dla których środowisko rodzinne stanowić powinno początek egzystencji społecznej, poprzez którą styka się z rzeczywistością społeczną i wchodzi w nią właśnie przez wspólnotę rodzinną.
Podsumowując rozważania dotyczące problemu alkoholowego w rodzinie, należy stwierdzić, że choroba alkoholowa destrukcyjnie oddziałuje na rodzinę. Odciska ona wyraźne piętno nie tylko na uzależnionej od alkoholu osobie, ale też jej bliskich oraz wszystkich obszarach życia i funkcjonowania rodziny dotkniętej tym problemem.

SŁOWA KLUCZOWE: choroba alkoholowa, rodzina, terapia odwykowa.

ABSTRACT

The problem of alcoholism stronger and stronger afflicts the contemporary family that experiences the crisis. It is the result of unusually dynamic changes, not always desired and influencing the family structure in a negative way. Alcoholism has always been an undesirable phenomenon, expressing the social maladjustment. Adverse effects of this disease are, first of all, experienced by children for whom home should be the beginning of social existence, through which they encounter the social reality and which they enter by means of the family.
Summarizing reflections on the alcoholic problem in the family, a destructive influence of alcoholism on the family should be stated. It leaves a clear imprint on not only the alcohol addict and his/her relatives, but all walks of life affected by this problem.

KEYWORDS: alcoholism, family, alcohol treatment.

Wprowadzenie

Środki chemiczne – używki – stały się w ostatnich latach dla wielu ludzi nieomal sposobem na życie. Za ich pomocą człowiek walczy ze stresem, próbuje podnosić poczucie własnej wartości i sprawstwa, często sięga po nie, aby poprawić sobie nastrój. Szczególną rolę odgrywa tu alkohol, który poprzez swoje właściwości „iluzyjne" dostarcza złudzenia siły, mocy czy kontroli nad innymi. Pomimo wielu podejmowanych prób nie znaleziono dotychczas odpowiedzi na pytanie, dlaczego jedni ludzie piją mniej, inni więcej, dlaczego jedni stają się alkoholikami, a inni nie, chociaż piją w podobny sposób. Jednak wszyscy badacze zgodni są co do tego, że rozwój choroby alkoholowej, jako zjawisko niepożądane, stanowi przejaw i formę niedostosowania społecznego i zależne jest od splotu wielu czynników natury bio-psycho-społecznej.

Należy zauważyć, że problem choroby alkoholowej coraz silniej dotyka współczesnej rodziny, która doświadcza kryzysu. Jest on wynikiem niezwykle dynamicznych zmian nie zawsze pożądanych i korzystnie wpływających na strukturę rodziny. Siłą napędową tych konwersji są procesy społeczno-ekonomiczne oraz kulturowe zachodzące w wymiarze tak lokalnym, jak i globalnym (np. zanik więzi rodzinnych i sąsiedzkich, powszechny konsumpcjonizm, akceleracja życia czy anonimowość). Dotyczą one przede wszystkim struktury rodziny, hierarchii, porządku aksjologicznego, roli i znaczenia poszczególnych jej członków, a szczególnie funkcji, jakie spełni rodzina w obecnym stadium ewolucji. Niektóre jej funkcje ulegają przeobrażeniu, inne zostają ograniczone do minimum, a wręcz zanikają. Jednym z niepokojących wymiarów przemian w rodzinie jest wzrost filozofii antypedagogicznej, która

otwiera przestrzeń do samostanowienia oraz znaczącej autonomii jej członków, jak też indywidualności, która często przeradza się w egoizm i interes osobisty. Socjologiczne analizy wskazują, iż powyższe zmiany prowadzą do osłabienia wzajemnych relacji rodzinnych, więzi uczuciowych i emocjonalnych. Taki stan rzeczy, jak wykazują badania literaturowe, m.in. pogłębia już istniejący kryzys rodziny. Wszystko to sprzyja m.in. rozwojowi choroby alkoholowej, niszcząc nie tylko uzależnionego, ale też jego bliskich oraz wszystkie obszary ich życia i funkcjonowania.

Alkoholizm był i jest zjawiskiem niepożądanym, stanowi przejaw i formę niedostosowania społecznego. Zjawisko to w szczególności w sposób niezmiernie destrukcyjny wpływa na rodzinę, odciskając piętno na wszystkich jej członkach oraz każdej z rudymentarnych funkcji rodziny. Negatywne skutki tego zjawiska przede wszystkim odczuwają dzieci, dla których środowisko rodzinne stanowić powinno początek egzystencji społecznej, poprzez którą styka się z rzeczywistością społeczną i wchodzi w nią właśnie przez wspólnotę rodzinną.

W rodzinie młody człowiek kształtuje swoje potrzeby, prospołeczne postawy i zachowania oraz wyrabia pożądane umiejętności i nawyki [1]. Ponadto dziecko potrzebuje dowodów uczucia miłości ze strony odpowiedzialnych rodziców, przejawów doceniania go i uznania. Bez tego nie ma ono żadnej pewności, że jest dobre, potrzebne, kochane i chciane. Dziecko musi mieć poczucie, że jest akceptowane jako jednostka, której cały indeks cech jest uznawany, która ma możność działania i prawo do osobistych doświadczeń.

Analiza literatury

Jak wynika z analizy literaturowej, stosunkowo duży odsetek dzieci i młodzieży wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym nie ma zaspokojonych podstawowych potrzeb rozwojowych i społecznych. Ciężar doświadczeń dziecka w rodzinie dotkniętej problemem alkoholowym to eksperiencja wielu traumatyzujących przeżyć, totalnego lęku i samotności oraz zagubienia i chaosu. Dzieci w takich rodzinach stają się również ofiarami nadużyć seksualnych ze strony rodzica. Nieodpowiedzialni, toksyczni rodzice nie wpływają hamująco na nieprawidłowy rozwój dzieci, tym samym przyczyniają się do niedostosowania społecznego swojego potomstwa. Nierzadko rodzice dotknięci tą chorobą nakłaniają swoje dzieci do popełniania przestępstw, co prowadzi do wykolejenia młodych ludzi.

Konstatację tę potwierdza psycholog J. Mellibruda specjalizujący się w problematyce uzależnień, w tym szczególnie alkoholowych. Analizując zagrożenia wynikające z problemu alkoholowego przynajmniej jednego z członków rodziny, autor podkreśla, że: ,,…Alkohol niszczy życie uczuciowe rodziny. Członkowie rodziny przeżywają ciągły lęk i poczucie zagrożenia. Towarzyszy im także złość, gniew i wstyd, a także poczucie krzywdy i poczucie winy. W rodzinie z problemem alkoholowym brak jest źródeł oparcia i wzajemnej pomocy. Życie rodzinne jest źródłem największych problemów, także w zewnętrznym środowisku społecznym i największym obciążeniem dla poszczególnych jednostek. W rodzinie alkoholowej obserwuje się ciągłe udawanie, pojawia się wiele kłamstw i manipulacji, co prowadzi do zubożenia kontaktów i braku wzajemnego zrozumienia członków rodziny. Rodzina z problemem alkoholowym zamyka się w swojej tragedii i cierpieniu, odizolowuje się od zewnętrznego świata i innych ludzi. Wynika to z uczucia wstydu, poczucia winy i społecznych stereotypów dotyczących postaw wobec alkoholika i jego rodziny. W rodzinach alkoholowych często występują trudności finansowe o różnym wymiarze'' [2].

Z kolei C. Czapów i S. Matuszewski w pracy „Niebezpieczne ulice: u źródeł chuligaństwa" przedstawili liczne wypowiedzi dzieci w tej kwestii [3]. Z opinii tych wynika smutna prawda o sytuacji rodzinnej młodych ludzi. W ich ogniskach domowych brakuje klimatu spokoju i bezpieczeństwa przeważnie z powodu alkoholizmu.

Chociaż uzależnienie od alkoholu nie jest zjawiskiem nowym, ponieważ znane jest ludziom od zarania dziejów, uznanie go za chorobę nastąpiło dopiero w XX wieku i wciąż fakt ten w niektórych kręgach społecznych budzi wiele kontrowersji. Jednak, zdaniem B. Woronowicza, za stanowiskiem takim przemawiają trzy podstawowe kryteria: alkoholizm narusza stan równowagi pomiędzy zdrowiem i patologią, charakteryzuje się swoistą etiologią, a wśród przyczyn zmian obecny jest czynnik fizyczny [4].

Nadużywanie alkoholu znane było od najdawniejszych czasów. Picie wina w Egipcie miało charakter ceremonialny i rytualny. Pili je kapłani i osoby z kast wyższych. Do nich też należały winnice. Podstawowym napojem plebsu było piwo. Wśród Żydów z czasów biblijnych spożywanie alkoholu było rozpowszechnione szczególnie w okresie niewoli egipskiej. Stary Testament zawiera opisy nadużywania wina (Noe, Samson, Holofernest) [5]. Alkoholizm jako choroba został opisany w Polsce w 1882 roku przez A. Rothego. Zwrócił on uwagę, że jest to choroba umysłowa (chorobowe zwichnięcie woli, zaburzenie bio-psycho-społeczne), a nie przestępstwo obyczajowe, i że bezcelowe jest stosowanie represji wobec alkoholików – powinno się ich leczyć w szpitalach psychiatrycznych [6].

Psycholog i terapeuta A. Margasiński w pracy zatytułowanej „Rodzina alkoholowa z uzależnionym w leczeniu" [7] podkreśla występującą wciąż, zarówno w literaturze krajowej, jak i zagranicznej, niejednorod-

ność terminologii dotyczącej zaburzeń towarzyszących alkoholizmowi, takich jak współuzależnienie i DDA. Ma to zapewne związek z faktem, iż w obowiązujących klasyfikacjach chorób ICD-10 oraz DSM-IV żadne z tych zaburzeń nie występuje jako jednostka chorobowa. Próbując zrozumieć problem współuzależnienia, można powołać się na definicję Z. Sobolewskiej, która uważa, że jest to „(…) utrwalona forma uczestnictwa w długotrwałej niszczącej sytuacji życiowej, związanej z patologicznymi zachowaniami partnera, ograniczająca w istotny sposób wybór postępowania, prowadząca do pogorszenia własnego stanu i utrudniająca zmianę na lepsze" [8]. Jednak, jak twierdzi A. Margasiński, większość badaczy zajmujących się problemem współuzależnienia podkreśla nieprecyzyjność i wieloznaczność tego pojęcia. Jedni postrzegają je jako zaburzenie osobowości, inni – zwolennicy modelu adaptacyjnego – jako reakcję na stres, a jeszcze inni jako chorobę [7]. Autor jest przeciwny zawężaniu rozumienia tego pojęcia do opisu trudności adaptacyjnych przeżywanych przez jednostkę w sytuacjach podwyższonego stresu, a więc do pozostania na poziomie diagnozy problemowo-klinicznej. Uważa, że współuzależnienie powinno być potraktowane jako jednostka chorobowa, a co za tym idzie – umieszczone w obowiązujących klasyfikacjach chorób. Efektem wzrastania w rodzinie alkoholowej jest również rozpoznany dopiero około 30 lat temu syndrom „dorosłych dzieci alkoholików" (DDA). Pierwszym monograficznym opisem tego syndromu była praca Janet Woititz „Dorosłe dzieci alkoholików" wydana w 1983 roku [9] (wydanie polskie 1992). Książka okazała się bestsellerem, który poruszył falę podobnych publikacji i na lata wyznaczył w tym obszarze profil ruchu samopomocowego. Opisanie syndromu DDA spotkało się z olbrzymim oddźwiękiem zarówno wśród samych zainteresowanych, jak też w ruchu samopomocowym Anonimowych Alkoholików i wśród terapeutów niosących pomoc osobom zagubionym i potrzebującym. W świetle liczb szacujących dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholowych trudno dziwić się szerokiej popularności syndromu DDA, który – podobnie jak współuzależnienie – zdominował życie wielu ludzi. Rozważania autora przedstawione w rozdziałach poświęconych współuzależnieniu i DDA konfrontują rozpowszechnione i często stosowane do celów edukacyjnych charakterystyki tych zjawisk z wynikami badań empirycznych. Podkreślona została zasadność traktowania współuzależnienia jako specyficznej adaptacji do patologicznych relacji w rodzinach oraz rozpoznawania różnic indywidualnych wśród osób współuzależnionych.

W opinii B. Woronowicza alkoholizm narusza stan równowagi pomiędzy zdrowiem i patologią, charakteryzuje się swoistą etiologią, a wśród przyczyn zmian obecny jest czynnik fizyczny [4].

Według Plauta alkoholizm to „stan, w którym jednostka traci kontrolę nad wchłoniętą przez siebie dawką alkoholu, jest wyraźnie niezdolna do powstrzymania się od picia i zatrzymania się w piciu, zanim ulegnie zatruciu" [10].

C. Cekiera ujmuje alkoholizm w trzech aspektach:

- socjologicznym – alkoholizm jest zjawiskiem społecznym, stanowi przejaw i fazę niedostosowania społecznego, jest to zjawisko społecznie niepożądane;
- medycznym – uzależnienie alkoholowe jest odrębną jednostką nozologiczną, objawem i zespołem chorobowym, patologicznym, wymagającym leczenia;
- psychologicznym – alkoholizm jest zaburzeniem w rozwoju osobistym jednostki, charakteryzuje się uszkodzeniem sprawności psychofizycznych, zmianą dotychczasowych postaw, hierarchii wartości, występują tendencje do agresji, autoagresji i przestępczości [5].

Zdaniem W. Sztandera rodzina z problemem alkoholowym to „rodzina, w której ktoś pije w sposób nadmierny, destrukcyjny lub niekontrolowany" [11].

W literaturze przedmiotu znaleźć możemy głównie opracowania z zakresu etiologii, faz i terapii alkoholizmu, a badania w większości skoncentrowane są bezpośrednio na chorym, dotyczą jednostki. Pomimo dużego zapotrzebowania społecznego brak jest, tak w Polsce, jak i na świecie, szerszych empirycznych opracowań w tym zakresie, obejmujących całe systemy rodzinne, dominują obserwacje wywodzące się z psychoterapii [7].

Wspomniane prace C. Czapówa i S. Manturzewskiego „Niebezpieczne ulice: u źródeł chuligaństwa" (1960) [3], J. Woititza „Dorosłe dzieci alkoholików" (1992) [9], W. Sztandera (1995) [11], J. Mellibrudy „Psychologiczna analiza funkcjonowania alkoholików i członków ich rodzin" (1999) [2], opracowania B.E. Robinsona, J.L. Rhodena (2008) [12], B. Woronowicza (2009) [4], L. Cierpiałkowskiej i M. Ziarki (2010) [13] czy też opracowania A. Margasińskiego zatytułowane „Analiza psychologiczna systemów rodzinnych z chorobą alkoholową" (1996) [14], „Rodzina w Modelu Kołowym i FACES IV Davida H. Olsona" (2006) [15], „Współuzależnienie po 30 latach" (2009) [16], „Koncept DDA – efekt Barnuma" (2009) [17] czy też „Rodzina alkoholowa z uzależnionym w leczeniu" [7] są nielicznymi przykładami podejmującymi tę istotną kwestię dla funkcjonowania rodziny.

A. Margasiński w pracy „Rodzina alkoholowa z uzależnionym w leczeniu" [7] podjął próbę zbadania roli i znaczenia choroby alkoholowej ojca dla funkcjonowa-

nia rodziny, czyli otoczenia społecznego najbliższego i najważniejszego dla osoby uzależnionej. Analizy zawarte w ww. pozycji odnoszą się także do wpływu choroby alkoholowej na otoczenie społeczne oraz wpływu podejmowanych terapii przez uzależnionych ojców na system rodzinny. Autor także przybliża czytelnikowi istotę choroby alkoholowej oraz współuzależnienia, omawia szeroko modele ról rodzinnych oraz przedstawia model rodziny alkoholowej w ujęciu P. Steinglassa i założenia teorii systemów. W części empirycznej omawia wnikliwie wyniki przeprowadzonych przez siebie badań, które w polskim piśmiennictwie są pierwszą próbą analizy funkcjonowania rodzin alkoholowych w odniesieniu do współczesnych koncepcji systemowych.

Rodziny mające wśród swoich członków osobę uzależnioną określane są pojęciem „system alkoholowy". Uzależnienie alkoholowe jednego z członków rodziny rzutuje na nią całą i przez to rodzina staje się rodziną z problemem alkoholowym. Termin ten sugeruje, że rodzina „ma problem", lecz nie oznacza, że każdy z jej członków pije. Gdy w rodzinie pojawia się alkoholizm, jedną z najważniejszych decyzji, jakie musi ona podjąć, jest wybór pomiędzy sprzeciwem wobec tego zachowania a dostosowaniem się do niego. Podjęcie takiej decyzji najczęściej nie następuje świadomie, lecz jeśli rodzina wybierze drogę dostosowania się, jest wysokie prawdopodobieństwo, że alkoholizm stanie się w końcu centralną zasadą organizacji życia rodzinnego. Oznacza to, że alkohol zostanie włączony do tworzącej się tożsamości rodzinnej. Zdrowa rodzina staje się rodziną dysfunkcjonalną, w której nie jest możliwy stały i indywidualny rozwój jej członków, która zamknięta jest na kontakty z otoczeniem, a relacje pomiędzy członkami nie opierają się na zasadach wzajemnej szczerości. Dzieci wychowujące się w takich rodzinach uczą się ukrywania swoich problemów i emocji, nie potrafią bawić się tak jak ich rówieśnicy.

Szacunkowe dane statystyczne opublikowane w raporcie Ministerstwa Zdrowia ukazują niepokojącą skalę zjawiska. Przyjmując, że w Europie 2–3% dorosłych uzależnia się od alkoholu (w tym ok. 5% mężczyzn i 1% kobiet), liczbę osób uzależnionych w Polsce można oszacować na ok. 700–900 tys. [18].

Problem alkoholowy jest także uważany za podstawowy implikator rozpadu pożycia małżeńskiego. Z danych GUS (**Tabela 1**) wynika, że w 2012 roku jedną z głównych przyczyn rozwodów było nadużywanie alkoholu przez współmałżonka (20,1% wskazań)

Tabela 1. Przyczyny rozpadu pożycia małżeńskiego
Table 1. Reasons for marital breakdown

Przyczyny rozkładu pożycia małżeńskiego/ *Reasons for marital breakdown*	Lata/*Years*				
	2001	2005	2010	2011	2012
Liczby absolutne/*Absolute numbers*					
Ogółem/*Total*	45 308	97 578	61 300	64 594	64 432
Niedochowanie wierności/*Being unfaithful*	11 584	15 327	15 546	15 727	15 653
Nadużywanie alkoholu/ *Alcohol abuse*	10 905	17 441	12 151	13 044	12 972
Niezgodność charakterów/*Personality clash*	14 031	21 838	21 327	22 732	22 769
Pozostałe przyczyny/ *Other reasons*	8 788	12 972	12 276	13 091	13 038
Odsetki ogółu przyczyn/*Percentage of reasons in total*					
Ogółem/*Total*	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Niedochowanie wierności/*Being unfaithful*	25,6	22,7	25,4	24,3	24,3
Nadużywanie alkoholu/ *Alcohol abuse*	24,1	25,8	19,8	20,2	20,1
Niezgodność charakterów/*Personality clash*	31,0	32,3	34,8	35,2	35,3
Pozostałe przyczyny/ *Other reasons*	19,3	19,2	20,0	20,3	20,3

Źródło: Roczniki demograficzne z lat 2002–2013. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2014 [19]

Source: Demographic year-books from the years 2002–2013. Warsaw: Central Statistical Office; 2014 [19]

Przez wiele lat poszukiwano skutecznych sposobów leczenia osób uzależnionych od alkoholu. Lecznictwo odwykowe w Polsce do lat 80. XX wieku opierało się na modelu działań odstraszająco-prewencyjnych. Wiedza na temat uzależnień była znikoma, podobnie jak liczba osób profesjonalnie przygotowanych do niesienia pomocy w tej dziedzinie. Znaczna zmiana nastąpiła wraz z zaadaptowaniem do warunków polskich amerykańskiego modelu terapii opartego na podejściu poznawczo-behawioralnym pod nazwą Model Minnesota. Model ten stał się podstawą opracowanego przez J. Mellibrudę i jego zespół strukturalno-strategicznego programu psychoterapeutycznego dla osób uzależnionych i członków ich rodzin. Obecnie program ten jest wciąż modyfikowany i funkcjonuje pod nazwą „integracyjna psychoterapia uzależnień", a stosuje go wiele placówek zajmujących się leczeniem odwykowym w naszym kraju [13].

Tabela 2. Dane PARPA i NFZ w zakresie liczby placówek leczenia uzależnienia od alkoholu w latach 2012–2013
Table 2. PARPA and NFZ data concerning the number of alcoholism treatment institutions in the years 2012–2013

Typ placówki/*Type of the institution*	Dane PARPA/*PARPA data*		Dane NFZ/*NFZ data*	
	2012	2013	2012	2013
Ambulatoryjne zakłady lecznictwa odwykowego/*Outpatient rehab institutions*	513	524	543	552
Dzienne oddziały terapii uzależnienia od alkoholu/*Daily alcoholism treatment wards*	106	112	103	106
Całodobowe oddziały terapii uzależnienia od alkoholu i oddziały leczenia uzależnień/*All day alcoholism treatment wards and rehab wards*	90	88	86	90
Oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacyjne)/*Detoxification wards*	61	60	71	69

Źródło: Dane z listy adresowej placówek leczenia uzależnienia od alkoholu, prowadzonej przez PARPA we współpracy z Wojewódzkimi Ośrodkami Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia, dane NFZ [20]
Source: Data from the list of alcoholism treatment institutions by PARPA in cooperation with Provincial Rehab Centres, NFZ data [20]

Badając wpływ terapii odwykowej nie tylko na samego uzależnionego, ale również jego najbliższych, autor podkreśla znaczenie orientacji systemowej, która pozwala postrzegać rodzinę nie jako luźny zbiór jednostek, ale jako całościowy system charakteryzujący się specyficznymi relacjami, granicami, podsystemami, określoną dynamiką. Na bazie teorii systemowej współuzależnienie rozpatrywane jest przez pryzmat analizy ról psychologicznych i ich związku z mechanizmami homeostatycznymi. W systemowy nurt myślenia o rodzinie wkomponowują się modele ról rodzinnych. Autor przedstawia ich charakterystykę według Sharon Wegsheider-Cruse, Claudii Black oraz koncepcję Ursuli Lambrou, będącą próbą badawczej weryfikacji tych ról. Orientacja systemowa proponuje szerszy sposób ujmowania jednostki, pytając nie tylko o to, w jaki sposób inni wpływają na osobę, ale też jak jej zachowania wpływają na innych w danej rodzinie, grupie rówieśniczej, środowisku pracy itd.

Dotychczas powstało wiele prac empirycznych dotyczących skuteczności leczenia odwykowego, lecz badań opisujących potencjalne zmiany jest stosunkowo niewiele. A. Margasiński stara się wypełnić tę lukę i podejmuje próbę pomiaru zmian, jakie zachodzą w rodzinach alkoholowych (zwanych za Steinglassem systemami alkoholowymi) na skutek rozpoczęcia leczenia przez uzależnionego ojca. W tym kontekście bada poziomy różnych zmiennych (tj. spójności, elastyczności czy komunikacji w rodzinie) oraz poszukuje odpowiedzi na pytanie o kierunek opieki postterapeutycznej. Jego praca zarówno w części teoretycznej, jak i metodologicznej jest pierwszą polską adaptacją najnowszej wersji z 2004 roku Modelu Kołowego Systemów Małżeńskich i Rodzinnych opracowanej przez D.H. Olsona i współpracowników. Stanowi również pierwszą próbę zastosowania współczesnych koncepcji systemowych do analizy funkcjonowania rodzin z problemem alkoholowym. Autor dokonał również adaptacji kwestionariusza FACES IV służącego do operacjonalizacji Modelu Kołowego, a polska wersja tego narzędzia pod nazwą SOR (Skale Oceny Rodziny) ma zastosowanie w wielu badaniach dotyczących systemów rodzinnych nie tylko w odniesieniu do rodzin z problemem alkoholowym.

Uzyskane przez autora wyniki badań świadczą o tym, że następują duże zmiany w funkcjonowaniu rodzin alkoholowych po rozpoczęciu leczenia przez uzależnionego ojca. Pomimo że tylko on był objęty psychoterapią, zmiany obejmują cały system rodzinny, dotyczą wszystkich jego członków. A. Margasiński udowadnia, że konsekwencje podjętego leczenia przez uzależnioną osobę przenoszą się na cały system rodzinny, a wnioski wysunięte z badań wskazują na konieczność zarówno profesjonalnej diagnozy, jak i większej uwagi, którą należy poświęcić bliskim alkoholika. Autor pokazuje poza tym wyraźne różnice w relacjach społecznych na poziomie rodziny przede wszystkim na linii mąż–żona, ale również rodzic–dziecko.

Podsumowanie

Podsumowując rozważania dotyczące problemu alkoholowego w rodzinie, należy stwierdzić, że choroba alkoholowa destrukcyjnie oddziałuje na rodzinę. Odciska ona wyraźne piętno nie tylko na uzależnionej od alkoholu osobie, ale też jej bliskich oraz wszystkich obszarach życia i funkcjonowania rodziny dotkniętej tym problemem.

Rodzina pomimo zachodzących głęboko w jej strukturze zmian pozostaje w dalszym ciągu znaczącą siłą oddziaływania na proces wychowania dziecka. Dziecko jest tą osobą, która najdotkliwiej odczuwa skutki obecnej w jego rodzinie choroby alkoholowej. Doświadczenia wyniesione z dzieciństwa w takich rodzinach są na tyle traumatyzującym przeżyciem dla młodego człowieka, że bezskuteczne okazują się wysiłki psychologów czy psychiatrów usiłujących dopomóc swoim pacjentom. Jak konstatuje M. Łopatkowa [21]: „…potrzeby dzieciństwa nie da się zaspokoić w dorosłości…”. Ponieważ, jak stwierdza dalej autorka pracy „Pedagogika serca”: „…Każdy etap w życiu człowieka ma swój czas,

który posiada tylko jemu należne właściwości. Jeżeli w tym czasie nie zostanie spełniony podstawowy warunek niezbędny dla rozwoju i zdrowia psychicznego, powstanie brak, niemożliwy do usunięcia w późniejszych latach".

Piśmiennictwo

1. Konieczny G. Rodzina jako spiritus movens inicjacji turystycznej. W: Siwiński W (red.). Polskie Stowarzyszenie Naukowe Animacji Rekreacji i Turystyki 2000–2015. Jego dorobek naukowy i popularyzatorski. Poznań: Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu; 2015. 121–128.
2. Mellibruda J. Psychologiczna analiza funkcjonowania alkoholików i członków ich rodzin. Warszawa: Wydawnictwo IPZ; 1999. 56–57.
3. Czapów C, Manturzewski S. Niebezpieczne ulice: u źródeł chuligaństwa. Warszawa: Iskry; 1960.
4. Woronowicz B. Uzależnienia: geneza, terapia, powrót do zdrowia. Warszawa: Parpamedia; 2009. 153.
5. Cekiera C. Ryzyko uzależnień. Lublin: TN KUL; 2001. 79–81.
6. Ochmański M. Losy młodzieży z rodzin alkoholicznych i jej charakterystyka psychospołeczna. Ciechanów: ODN; 1987. 23.
7. Margasiński A. Rodzina alkoholowa z uzależnionym w leczeniu. Kraków: Impuls; 2010. 101–102,167.
8. Sobolewska Z. W poszukiwaniu koncepcji współuzależnienia. Świat Problemów. 1999; 1–2: 9.
9. Woititz JG. Dorosłe dzieci alkoholików. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii Zdrowia i Trzeźwości; 1992.
10. Ochmański M. Wpływ alkoholizmu rodziców na poziom inteligencji i przystosowanie ich dzieci do nauki szkolnej. Warszawa: PZWL; 1981. 13.
11. Sztander W. Co to jest rodzina alkoholowa? Świat Problemów. 1995; 12: 4–7.
12. Robinson BE, Rhoden JL. Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików. Warszawa: PARPA; 2008.
13. Cierpiałkowska L, Ziarko M. Psychologia uzależnień – alkoholizm. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne; 2010. 312.
14. Margasiński A. Analiza psychologiczna systemów rodzinnych z chorobą alkoholową. Częstochowa: Wydawnictwo WSP; 1996.
15. Margasiński A. Rodzina w Modelu Kołowym i FACES IV Davida H. Olsona. Nowiny Psychologiczne. 2006; 4.
16. Margasiński A. Współuzależnienie po 30 latach. Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia. 2009; 1.
17. Margasiński A. Koncept DDA – efekt Barnuma. Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia. 2009; 3.
18. Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia; 2011.15.
19. Roczniki demograficzne z lat 2002–2013, Warszawa: GUS; 2014.
20. Sprawozdanie z wykonania Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie od dnia 1 stycznia 2013 r. do dnia 31 grudnia 2013 r. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia; 2014. 83.
21. Łopatkowa M. Pedagogika serca. Warszawa: WSiP; 1992. 48.

Artykuł przyjęty do redakcji: 30.04.2015
Artykuł przyjęty do publikacji: 09.07.2015

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

Adres do korespondencji:
Grzegorz Konieczny
ul. Królowej Jadwigi 27/39
61-871 Poznań
tel.: 61 835 54 18
e-mail: gkonieczny@awf.poznan.pl
Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

WPŁYW CECH DZIEDZICZNYCH NA ZDOLNOŚCI INTELEKTUALNE CZŁOWIEKA

THE INFLUENCE OF HEREDITARY TRAITS ON HUMAN INTELLECTUAL CAPACITY

Grzegorz Konieczny[1], Renata Rasińska[2]

[1] Zakład Pedagogiki
Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu
[2] Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Zagadnienie struktury zdolności intelektualnych stanowi przedmiot zainteresowań wielu teoretyków i praktyków. Problematyka związana z intelektem znana jest od najdawniejszych czasów. Już w starożytności doceniano znaczenie rozumu w osiąganiu sukcesu jednostki w różnych wymiarach ludzkiej działalności, takich jak np. zdobycie wykształcenia, osiągnięcie i utrzymanie znaczącej roli społeczno-zawodowej, a co za tym idzie – wysokiej pozycji oraz statusu społecznego. Zdolności intelektualne stanowią także bazę w konstytuowaniu określonych zasad aksjologicznych, które powinny być rudymentarnym źródłem postępowania jednostki, nacechowanego pierwiastkiem humanizmu i humanitaryzmu.
Współczesna psychologia stale prowadzi badania nad czynnikami wpływającymi na nasze zachowanie i zdolności intelektualne. Z analizy literaturowej wynika, że zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe wywierają ogromny wpływ na analizowane zdolności. Scalenie należytych składników obu środowisk może spowodować efekt synergii, tj. umożliwić pełne uzewnętrznienie potencjału intelektualnego tkwiącego w człowieku.

SŁOWA KLUCZOWE: inteligencja, Wielka Piątka, czynniki genetyczne, czynniki środowiskowe.

ABSTRACT

The problem of the intellectual abilities structure is the subject of interest to many theoreticians and practitioners. Issues connected with the intellect have been known since ancient times. Then, the importance of the intellect was appreciated in achieving success by the individual in various types of human activity, such as gaining education, achieving and maintaining a significant socio-professional role, and hence a high position and a social status. Intellectual abilities are basic when it comes to the formation of certain axiological principles which should be a rudimentary source of human behaviour, full of humanism and humanitarianism.
Contemporary psychology has continually conducted research on factors affecting our behaviour and intellectual abilities. Literature analysis shows that both genetic and environmental factors have a huge impact on the analysed capabilities. Combining appropriate components of both environments can result in a synergy, i.e. enable the full manifestation of the intellectual potential in a man.

KEYWORDS: intelligence, Great Five, genetic factors, environmental factors.

Inteligencja jest tą przyprawą,
która z najpospolitszych rzeczy robi cuda.
Maria Dąbrowska

Wstęp

Zagadnienie struktury zdolności intelektualnych stanowi przedmiot zainteresowań wielu teoretyków i praktyków. Problematyka związana z intelektem znana jest od najdawniejszych czasów. Już w starożytności doceniano znaczenie rozumu w osiąganiu sukcesu jednostki w różnych wymiarach ludzkiej działalności, takich jak np. zdobycie wykształcenia, osiągnięcie i utrzymanie znaczącej roli społeczno-zawodowej, a co za tym idzie – wysokiej pozycji oraz statusu społecznego. Zdolności intelektualne stanowią także bazę w konstytuowaniu określonych zasad aksjologicznych, które powinny być rudymentarnym źródłem postępowania jednostki, nacechowanego pierwiastkiem humanizmu i humanitaryzmu.

Z literatury przedmiotu wynika, że stworzenie pojęcia inteligencji (łac. *intelligentia*) przypisuje się jednemu z najwybitniejszych mówców starożytnego Rzymu oraz popularyzatorowi filozofii Cyceronowi. Według starożytnych filozofów inteligencja to zdolności intelektualne człowieka, w odróżnieniu od jego woli i emocji. W czasach nowożytnych badania nad dziedzicznością inteligencji opublikował w 1869 roku angielski uczony F. Galton w pracy pod tytułem „Hereditary genius" („Odziedziczony geniusz"). W czasach nam współczesnych termin „inteligencja" został wprowadzony dopiero w XIX wieku przez H. Spencera i F. Galtona. Obaj uczeni byli przekonani, że istnieje zdolność ogólna, nazywana inteligencją, jako coś przeciwnego do zdolności specjalnych. Ich poglądy zostały przyjęte i spopularyzowa-

ne przez wielu innych współczesnych im psychologów i neurologów [1].

Z kolei XIX-wieczny brytyjski autor teorii czynnikowej inteligencji Ch. Spearman na podstawie analizy korelacji wyników wykonywania różnorodnych zadań wyodrębnił czynnik ogólny *g (general factor*) – obiektywizujący się we wszystkich zachowaniach człowieka; podstawę jego stanowi proces rozumowania i wnioskowania – jako wartość statystyczna najsilniej korelująca z wykonaniem zadań intelektualnych – czyli właściwą inteligencją – oraz czynnik odpowiedzialny za specyficzne zdolności człowieka (*s*) [1].

Wprowadzając czytelnika w arkana niniejszej problematyki, autorzy dokonają ustaleń terminologicznych związanych z tą problematyką, posługując się typowym zakresem pojęciowym występującym w literaturze przedmiotu.

Inteligencja – podstawowe pojęcia

Intelligo (łac.) – „rozumieć", „rozróżniać", „pojmować", „być znawcą", „sądzić", „myśleć", „wyobrażać sobie". *Intellegens* (łac.) – „ten, który zna się na rzeczy", „znawca", „rozumny człowiek" [2].

Jak zauważa D. Czelakowska – pedagog twórczości – poglądy na temat istoty inteligencji i struktury zdolności były przedmiotem wielu dociekań i licznych publikacji psychologicznych od czasów F. Galtona, późniejszych dokonań Ch. Spearmana, A. Bineta, R.B. Cattella, J.P. Guilforda, aż po współczesne koncepcje J. Piageta, R. Sternberga i H. Gardnera [1].

Jedną z bardziej popularnych definicji opartą na teorii A. Bineta przedstawił w latach 30. XX wieku uczony niemiecki W. Stern (1921, za: J. Strelau [3]). Uważał on, że inteligencja to ogólna, wrodzona zdolność przystosowania się do nowych zadań i nowych warunków życia [1].

Inny znakomity amerykański psycholog D. Goleman stwierdza, że istnieją dwa typy inteligencji: intelektualna, mierzona ilorazem inteligencji, oraz emocjonalna, która według autora odnosi się do zdolności rozpoznawania przez nas naszych własnych uczuć i uczuć innych osób, do zdolności motywowania się i kierowania emocjami zarówno naszymi własnymi, jak i osób, z którymi łączą nas jakieś więzi [4].

Z kolei S.I. Greenspan w jednej ze swych prac konstatuje, że inteligencja człowieka rozwija się za przyczyną procesów tworzenia i opracowywania emocjonalnych doświadczeń. Jego zdaniem: „Inteligencja w najbardziej ogólnym sensie opiera się na naszej zdolności do wiązania uczucia czy zamiaru z naszą rosnącą zdolnością do sekwencjonowania zachowania i symboli zarówno werbalnych, jak i przestrzennych. [...] Obserwujemy jej postęp poprzez globalne wzorce i reakcje w interakcyjnych wymianach zawierających afektywne sygnały. Kiedy nasze uczucia wiążą się z bardziej złożonymi zdolnościami, aby w sytuacjach rozwiązywania problemów sekwencjonować symbole, obserwujemy inteligencję w jej wyższych formach" [5].

Pionier badań nad inteligencją, L. Terman, określił ją jako „zdolność do myślenia abstrakcyjnego". Z kolei D. Weshler uważa, że są to „zdolności rozumienia świata i zasoby pozwalające stawić czoła jego wyzwaniom". W 1982 roku R. Sternber razem z W. Salterem zdefiniowali inteligencję jako „zdolność jednostki do zachowania adaptacyjnego, skierowanego na cel" [6].

Jedną z sensowniejszych definicji inteligencji stanowi obecnie propozycja socjolog L. Gottfredson; pod tą propozycją podpisało się niemało badaczy: „Inteligencja to bardzo ogólna zdolność umysłowa, która obejmuje m.in. umiejętność rozumowania, planowania, rozwiązywania problemów, myślenia abstrakcyjnego, rozumienia złożonych kwestii, szybkiego uczenia się oraz uczenia się na podstawie osobistego doświadczenia" (Gottfredson, 1997, za: Nęcka, 2003) [7].

Analiza literaturowa wskazuje na fakt, że nie istnieje zgoda co do jednakowej naukowej definicji inteligencji. Struktura ta jest pojęciem wieloznacznym i złożonym. Dlatego też trudno jest podać jedną, uniwersalną definicję tego pojęcia. Mimo tylu prób stworzenia poprawnego określenia inteligencji żadne nie jest na tyle rozległe, by móc objąć całą jej złożoność i rozmaitość.

Prekursorem naukowych badań nad inteligencją był F. Galton (1883), bliski krewny K. Darwina. Jak można się domyślić, podlegał silnym wpływom ewolucjonizmu, od którego zapożyczył pojęcia indywidualnej zmienności cech i przystosowania do wymagań środowiska. Był przekonany, że „geniusz" jest nabywany w drodze dziedziczenia, i próbował ten pogląd udowodnić w szeroko zakrojonych badaniach statystycznych (Galton, 1892). Badając zjawisko dziedziczności uzdolnień, F. Galton zauważył przy tym i opisał zjawisko tzw. regresji do średniej. Polega ono na tym, że potomstwo osobników wysoce uzdolnionych jest przeciętnie mniej uzdolnione od swoich rodziców. Cecha jak gdyby „cofa się" w wyniku dziedziczenia, co uznano za przejaw degeneracji geniuszu w wyniku przekazywania go z pokolenia na pokolenie. F. Galton nie zauważył jednak zjawiska odwrotnego, czyli wzrostu przeciętnego poziomu uzdolnień potomstwa osób mniej zdolnych w stosunku do pokolenia rodzicielskiego.

W celu określenia ilorazu inteligencji (ang. *intelligence quotient* – IQ) – formułę obliczeń zaproponował W. Stern – stosowane są liczne testy. Wykorzystuje się np. Stanfordzką Skalę Bineta, Skale Inteligencji Wechslera, Grupowe Testy Inteligencji, Psychometryczne Teorie Inteligencji oraz Guilforda Strukturę Intelektu.

Samo pojęcie inteligencji istniejące w literaturze przedmiotu od początku XIX wieku zostało zdeterminowane faktem istnienia różnic indywidualnych w zakresie poziomu wykonywania czynności poznawczych dotyczących głównie poprawnej realizacji zadań szczególnie wysoko cenionych w naszej kulturze.

W psychologii oraz innych dziedzinach nauki od lat toczy się także dyskusja na temat czynników (np. genów czy środowiska społecznego) wpływających na naszą osobowość i sposób zachowania. Z analizy literaturowej wynika, że nasze zachowanie z jednej strony determinowane jest różnorodnymi sytuacjami czy też bodźcami, z drugiej jest ono także rezultatem specyficznych, wrodzonych czy też nabytych właściwości jednostki.

Powstałe obecnie teorie kształtujące się przede wszystkim pod wpływem dwóch podejść badawczych: leksykalnego i psychometrycznego, odnoszące się do problematyki związanej z inteligencją, strukturą zdolności człowieka i jej determinantami, umożliwiają wyprowadzenie ogólnych twierdzeń i praw, które stanowią bazę do eksplikacji różnorodnych zachowań sytuacyjnych jednostki.

Istnieje jednak nadal cały szereg spornych zagadnień, które w przeróżny sposób tłumaczą proweniencję oraz istotę właściwości biologicznych oraz uzdolnienia, umiejętności czy też predyspozycje człowieka. Dlatego też stale uwidacznia się potrzeba interdyscyplinarnego dyskursu, holistycznego spojrzenia oraz podejmowania systematycznych analiz ewaluacyjnych.

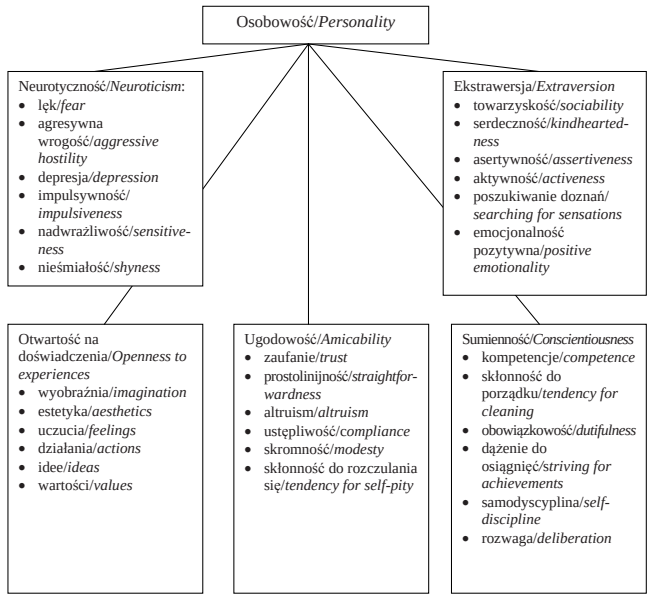
Czynniki wpływające na osobowość

Jedną z najbardziej znanych współczesnych koncepcji, która definiuje osobowość w kategoriach cech, jest tzw. Wielka Piątka, tzn. pięcioczynnikowy model osobowości (PMO) stworzony przez P.T. Costę Jr i R.R. McCrae (1992). Koncepcja ta w ostatnich trzech dziesięcioleciach znalazła uznanie wśród badaczy analizowanej problematyki.

Jak zauważa I. Pilch, jej trafność została potwierdzona zarówno w badaniach leksykalnych (w wielu językach) (Goldberg 1992), jak i psychometrycznych (McCrae, Costa 2008). Na gruncie tego podejścia podejmowane są próby stworzenia ogólnej teorii zachowania [8].

Rudymentarnymi składnikami w tym modelu jest pięć cech (wymiarów): neurotyczność, otwartość na doświadczenie, ugodowość, ekstrawersja oraz sumienność [9].

Coraz częściej ostatnio model Wielkiej Piątki zostaje zastąpiony sześcioczynnikowym modelem osobowości (HEXACO) (Ashton, Lee 2007). Model ten daje większe możliwości analizy dzięki uwzględnieniu szóstego czynnika uczciwość-skromność (*honesty-humidity*) i był już używany w badaniach postaw i zachowań społecznych (Zetter, Hilbig, Haubrich 2011; Chirumbolo, Leone 2010) [8].



Rycina1. Struktura osobowości wg P.T. Costy i R. McCrae
Figure 1. Personality structure according to P.T. Costa and R. McCrae
Źródło/*Source*: J. Strelau ...[3]

Jednym z prekursorów w obszarze badań nad czynnikami wpływającymi na osobowość człowieka i sposób jego zachowania był wspomniany F. Galton. W jednym ze swych opracowań naukowych stawia pytanie: „Co kształtuje człowieka, geny czy wychowanie?" – *Nature versus nurture*. Był przekonany, że inteligencję nabywa się w drodze dziedziczenia. Ten pogląd próbował udowodnić w swoich szeroko rozwiniętych badaniach.

A. Binet, francuski przedstawiciel psychologii eksperymentalnej, autor pierwszego testu do mierzenia inteligencji, także dowodzi w swoich pracach wpływu czynników genetycznych na zdolności intelektualne.

Dzięki przeprowadzeniu trzech rozbieżnych struktur badawczych naukowcy doszli do identycznego wniosku, a mianowicie takiego, że wynik testu inteligencji jest w istotnym stopniu dziedziczony.

Przykładem czynnika genetycznego jest choroba zwana fenyloketonurią, z której może wyniknąć upośledzenie umysłowe. Podłożem tejże choroby jest mutacja genu umiejscowionego w 12 chromosomie. U chorej osoby dochodzi do nadmiernego gromadzenia się fenyloalaniny, aminokwasu, który wydziela szkodliwe toksyny.

Z kolei badania nad ingerującym w inteligencję człowieka czynnikiem środowiskowym (społecznym) przeprowadził m.in. H.M. Skeels w latach 30. XX wieku w sierocińcu w stanie Iowa. Wynika z nich, że interakcje społeczne mają ogromny wpływ na zdolności umysłowe.

H.M. Skeels, prowadząc badania na genetycznie niespokrewnionych ze sobą adoptowanych rodzeństwach, dowodził, że osoby niespokrewnione, tj. genetycznie zróżnicowane, partycypując w tym samym środowisku wychowawczym, wykazują się podobnym potencjałem intelektualnym w sferze zdolności intelektualnych. Środowisko, w jakim dorastały badane osoby, było jedynym elementem je łączącym i wszelkie podobieństwa, które zaistniały – w tym iloraz inteligencji – wynikały z działań wychowawczych. Dzieci przed przeprowadzeniem jego badań wcześniej zostały już zdiagnozowane. Wybrał te, które okazały się być opóźnione umysłowo i pozostawione całkiem samym sobie, było ich 25. Trzynaścioro z nich trafiło do rodziny zastępczych matek, które spędzały z dziećmi stosunkowo dużo czasu. Po upływie 4 lat przeprowadzono testy IQ, które wykazały, że inteligencja dzieci wzrosła średnio o 30 punktów. To daje nam bardzo dobry wynik. U pozostałych 12 dzieci, które niestety zostały w sierocińcu, po przeprowadzeniu tego samego testu okazało się, że ich IQ spadło o średnio 20 punktów. Po 20 latach sprawdzono, że różnica IQ u dzieci wychowujących się z matkami zastępczymi i tych, które dorastały w sierocińcu, dalej utrzymywała się na tym samym poziomie. Dzieci mające indywidualną opiekę i zainteresowanie ukończyły szkoły średnie, poprzez co stały się samodzielne. Większość z reszty dzieci, które nie opuściły sierocińca, pozostała w innych instytucjach opiekuńczych lub też nie umiały one sobie same radzić. Trzeba zwrócić jednak uwagę na to, że matki zastępcze, do których trafiły dzieci, były również w pewnym stopniu opóźnione umysłowo. Z tego wynika, że nawet jeśli rodzic nie jest w stanie wytłumaczyć trudnego zadania z matematyki czy po prostu nie jest jakimś geniuszem, ale daje dziecku to, co najważniejsze dla niego, a mianowicie miłość, troskę, opiekę i zainteresowanie, co wiąże się z kontaktem z ludźmi, to w zupełności wystarczy, żeby dopomóc dziecku w rozwoju jego inteligencji.

Ciekawym doświadczeniem, jeśli chodzi o zdobywanie wiedzy z zakresu rozwoju zdolności umysłowych, jest Project Head Start. Program powstał w Stanach Zjednoczonych w 1965 roku. Przeprowadzali go dr Robert Cooke i dr Edward Zigler. Celem tego przedsięwzięcia jest przede wszystkim wspomożenie dzieci, które pochodzą z upośledzonych rodzin, w poprawie ich predyspozycji intelektualnych i społecznych. Takie dzieci wymagające pomocy rozpoczynały udział w programie w wieku 4 lat. Wykonano analizę umiejętności dzieci i stwierdzono, że ich wyniki w testach IQ wzrastają, jednak jest to krótkotrwałe. A także zanotowano długoterminową poprawę wynikającą z osiągnięcia sukcesów szkolnych, nawiązywania kontaktów międzyludzkich i lepszego postrzegania swojej osoby. Jednakże zauważono również, że zwiększenie pewnych zdolności u dzieci zanika z wiekiem, dlatego niektórzy eksperci doszli do wniosku, że do programu Project Head Start powinno się przyjmować dzieci będące w znacznie młodszym wieku. Craig Ramey, odnosząc się do tych wniosków, opracował kolejny program dla dzieci z problemami upośledzenia, w którym zakładał roczną pracę z nimi już od 6. tygodnia po narodzinach. Dzieci uczestniczące w nim w ciągu 5 dni w tygodniu miały indywidualny kontakt ze specjalnie przeszkolonym edukatorem. Zadaniem takiej osoby było stworzenie serdecznej, przyjacielskiej więzi z podopiecznym oraz przeprowadzanie wielu rozmów i reagowanie na zachowanie. W ten sposób Ramey dzięki swojemu programowi zredukował upośledzenie umysłowe dzieci, osiągając nawet 50-procentową skuteczność w wielu przypadkach. Zwracał jednak uwagę rodzicom na to, że nie powinni przesadnie podchodzić do rozwoju ich dziecka, ponieważ niepożądane działania mogłyby doprowadzić umysł potomka do wyczerpania.

Literatura przedmiotu wskazuje jeszcze na inne czynniki środowiskowe będące swoistym implikatorem ilorazu inteligencji człowieka. Przykładem może być prawidłowe odżywianie się matek w ciąży oraz małych dzieci. Mózg potrzebuje odpowiedniego pożywienia, by właściwie funkcjonować i móc się rozwijać (badania prowadzone przez Josepha i Sandrę Jacobson). Kolejnym komponentem w omawianej grupie czynników może być niedotlenienie spowodowane komplikacjami przy porodzie czy też przebyte choroby, jak np. wirusowe zapalenie mózgu. Poza takimi objawami, jak: gorączka, nudności, wymioty, zaburzenia świadomości, bóle mięśni oraz ataki padaczkowe, choroba ta może spowodować trwałe uszkodzenia mózgu.

Podsumowanie

Współczesna psychologia stale prowadzi badania nad czynnikami wpływającymi na nasze zachowanie i zdolności intelektualne. Literatura przedmiotu nie daje jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, jakie czynniki determinują strukturę zdolności intelektualnych. Nawet gdy czynniki genetyczne mają przeważający wpływ na dziedziczenie inteligencji, to czynniki środowiskowe potrafią skutecznie zakłócić ich poprawne funkcjonowanie. Z analizy literaturowej wynika, że zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe wywierają ogromny wpływ na analizowane zdolności. Scalenie należytych składników obu środowisk może spowodować efekt synergii, tj. umożliwić pełne uzewnętrznienie potencjału intelektualnego tkwiącego w człowieku.

Piśmiennictwo

1. Czelakowska D. Inteligencja i zdolności twórcze dzieci w początkowym okresie edukacji – rozpoznawanie i kształcenie. Kraków: Impuls; 2007.
2. Korpanty J (red.). Mały słownik łacińsko-polski. Warszawa: Wyd. Szkolne PWN; 2001.
3. Strelau J. Psychologia różnic indywidualnych. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2008.
4. Goleman D. Inteligencja emocjonalna. Poznań: Media Rodzina; 1999.
5. Greenspan SI, Benderly BL. Rozwój umysłu. Emocjonalne podstawy inteligencji. Poznań: Rebis; 2000.
6. Hamer D, Copeland P. Geny a charakter. Jak sobie radzić z genetycznym dziedzictwem. Warszawa: CiS; 1998.
7. http://www.dlamozgu.pl/inteligencja-teorie-klasyczne (data dostępu: 12.12.2015).
8. Pilch I. Sześcioczynnikowy model osobowości jako narzędzie analizy osobowościowych różnic pomiędzy grupami wyborców. Political Preferences. 2013; 5.
9. Zawadzki B, Strelau J, Szczepaniak P, Śliwińska M. Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Adaptacja polska. Podręcznik. Warszawa: PTP; 1998.

Artykuł przyjęty do redakcji: 30.04.2015
Artykuł przyjęty do publikacji: 09.07.2015

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

Adres do korespondencji:
Grzegorz Konieczny
ul. Królowej Jadwigi 27/39
61-871 Poznań
tel.: 61 835 54 18
e-mail: gkonieczny@awf.poznan.pl
Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI NAUKOWEJ „ZDROWIE – WARTOŚĆ SPOŁECZNA”

“HEALTH AS A SOCIAL VALUE” – CONFERENCE REPORT

Renata Rasińska

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

W dniu 27 listopada 2015 roku odbyła się Konferencja Naukowa „Zdrowie – wartość społeczna”. Celami Konferencji były: przegląd najnowszych wyników badań naukowych, dyskusja, wymiana doświadczeń oraz nawiązanie współpracy w badaniach koncentrujących się wokół problemów związanych ze zdrowiem, zachowaniami zdrowotnymi, zdrowym stylem życia oraz architekturą służby zdrowia. W dobie licznych zagrożeń zdrowotnych nowego znaczenia nabierają aspekty dotyczące problematyki zdrowia i choroby oraz jakości życia w wymiarze indywidualnym, społecznym, kulturowym, politycznym i gospodarczym.

Jednostkami organizacyjnymi były: Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu, Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Program Konferencji przewidywał trzy sesje: „Styl życia w społeczeństwie”, „Zachowania zdrowotne człowieka” oraz „Varia” i sesja studencka, które zawierały 38 prelekcji. Poruszane tematy dotyczyły szeroko pojętego zdrowia rodziny przez pryzmat zagadnień medycznych, psychologicznych, społecznych oraz organizacyjnych i prawnych.

Konferencja zgromadziła liczne grono uczestników, którymi byli pracownicy Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz goście reprezentujący inne jednostki naukowo-badawcze, m.in. Warszawski Uniwersytet Medyczny, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Uniwersytet Zielonogórski, Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Specjalistyczne Centrum Medyczne „Pro Femina”, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy.

Swoją obecność, aktywnym uczestnictwem podczas III sesji, zaznaczyli także doktoranci oraz studenci naszego Uniwersytetu, reprezentujący m.in. Studenckie Koło Naukowe *Menadżer Jakości,* działające przy Zakładzie Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej.

Na zakończenie głos zabrała dr inż. Renata Rasińska, która podsumowała Konferencję, gratulując jednocześnie prezentacji wielu referatów opracowanych na podstawie przeprowadzonych badań empirycznych, co stało się zdecydowanym walorem niniejszej Konferencji.

W imieniu organizatorów za tak liczny i aktywny udział w Konferencji podziękowała dr hab. Maria Danuta Głowacka – Prezes Polskiego Towarzystwa Nauk o Zdrowiu oraz kierownik Katedry i Zakładu Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej. Z uwagi na naukowy wymiar satysfakcjonującej współpracy międzyuczelnianej przy organizacji Konferencji Naukowej „Zdrowie – wartość społeczna” mamy nadzieję, że stanie się ona przyczynkiem do realizacji kolejnych, wspólnych i interdyscyplinarnych projektów naukowo-badawczych.

Zdjęcia 1. Powitanie uczestników

Zdjęcie 2. Uczestnicy Konferencji

Zdjęcie 3. Rozmowy w kuluarach

SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI NAUKOWEJ „BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA W PODMIOTACH SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA”

“PATIENT’S SAFETY IN HEALTHCARE INSTITUTIONS” – CONFERENCE REPORT

Renata Rasińska

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

W dniu 20 stycznia 2016 roku odbyła się Ogólnopolska Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa pt. „Bezpieczeństwo pacjenta w podmiotach systemu ochrony zdrowia”.

Jednostką organizacyjną był Zakład Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Wydarzenie zostało objęte honorowym patronatem JM Rektora WUM prof. Marka Krawczyka.

Wśród tematów poruszanych przez prelegentów znalazły się między innymi: bezpieczeństwo opieki i zdarzenia niepożądane w polskich szpitalach, bezpieczeństwo pacjenta z perspektywy Rzecznika Praw Pacjenta, komunikacja w zespole interdyscyplinarnym w aspekcie bezpieczeństwa, bezpieczeństwo pacjenta a etyka w pracy pielęgniarki czy bezpieczeństwo pacjenta w podmiotach leczniczych.

Podsumowując Konferencję, dr Grażyna Dykowska podkreśliła, iż „brak pracy zespołowej, negatywna kultura szpitala oraz słaba komunikacja są najczęstszymi obszarami zagrażającymi bezpieczeństwu pacjenta w podmiotach systemu ochrony zdrowia”*.

W drugiej części spotkania zorganizowano sesję plakatową mającą charakter konkursu, w ramach którego przedstawiono 20 prac.

Konferencja zakończyła się dyskusją i rozdaniem certyfikatów.

Źródło: Jarosław Oktaba, Dział Fotomedyczny WUM

Źródło: Jarosław Oktaba, Dział Fotomedyczny WUM

* A. Lisiecka, Konferencja „Bezpieczeństwo pacjenta w podmiotach systemu ochrony zdrowia”, https://www.wum.edu.pl/2016-01-22-konferencja-bezpieczenstwo-pacjenta-w-podmiotach-systemu-ochrony-zdrowia (data dostępu: 02.02.2016)

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu

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

Szpital w Puszczykowie SA
im.prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego

SZPITAL
W PUSZCZYKOWIE

Starostwo Powiatowe w Poznaniu

POWIAT
POZNAŃSKI

serdecznie zapraszają na Konferencję Naukową

„Zdrowie w nauce i praktyce.

Czterdziestolecie Szpitala w Puszczykowie – doświadczenia i rozwój”

Poznań, 3 czerwca 2016 r.

I KOMUNIKAT

Uczestnicy za udział w Konferencji otrzymają 12 pkt. edukacyjnych.

„Zdrowie w nauce i praktyce.

Czterdziestolecie Szpitala w Puszczykowie – doświadczenia i rozwój”

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu, Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej, Szpital w Puszczykowie im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego wraz ze Starostwem Powiatowym pragną zaprosić Państwa do udziału w Konferencji Naukowej dotyczącej zdrowia w nauce i praktyce. Celem spotkania jest wsparta o teoretyczną refleksję prezentacja badań sprzyjających promocji zdrowia.

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. Doświadczenia i rozwój w lecznictwie szpitalnym.
2. Zdrowie a styl życia w społeczeństwie.
3. Zdrowie w kontekście przemian globalizacyjnych.
4. Odżywianie się jako warunek zdrowia człowieka.
5. Aktywność fizyczna – determinant zdrowia.
6. Czas wolny a zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne współczesnego człowieka.
7. Zachowania zdrowotne i antyzdrowotne społeczeństwa.
8. Zadania organizacji samorządowych w zachowaniu wizerunku zdrowia.
9. Zdrowie w różnych etapach życia.
10. Znaczenie profilaktyki dla zachowania zdrowia.
11. Potrzeby pacjentów w zakresie zachowania zdrowia.
12. Stan, potrzeby i perspektywy edukacji prozdrowotnej.
13. Media społecznościowe i ich rola w zachowaniu zdrowia.
14. Ekonomia zdrowia.
15. Prawne aspekty świadczeń zdrowotnych.
16. Varia.

Kalendarium

Nadsyłanie wypełnionych kart zgłoszeniowych do 30 kwietnia 2016 r.
Ostateczny termin nadsyłania artykułów do 30 kwietnia 2016 r.
Ostateczny termin uiszczenia opłaty konferencyjnej do 30 kwietnia 2016 r.

Wniesienie opłaty konferencyjnej jest warunkiem udziału w Konferencji.
Opłata na konto:
BZ WBK 60 1090 1346 0000 0001 1347 1664, z dopiskiem
Zdrowie – w nauce i praktyce oraz nazwisko i imię uczestnika Konferencji

Informacje dla uczestników:

1. Obrady odbędą się w Sali Konferencyjnej Szpitala w Puszczykowie przy ul. Kraszewskiego 11.
2. Nadesłane artykuły zostaną zrecenzowane i po uzyskaniu pozytywnej recenzji opublikowane w czasopiśmie naukowym z listy B „Pielęgniarstwo Polskie" (6 punktów MNiSW, IC 68,75) lub w monografii (4 punkty MNiSW).
3. Wymagania edytorskie: http://www.pielegniarstwo.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 udziela:

SEKRETARIAT KONFERENCJI
60-179 Poznań, ul. Mariana Smoluchowskiego 11
tel.: 61 861 22 50, fax: 61 861 22 51
e-mail: konferencjanaukowa@ump.edu.pl

Szpital w Puszczykowie SA im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego
Źródło: www.szpitalwpuszczykowie.com.pl

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu, Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej, Szpital w Puszczykowie im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego wraz ze Starostwem Powiatowym organizuje w dniu 3 czerwca 2016 r. Ogólnokrajową Konferencję Naukową poświęconą problematyce zdrowia. Gospodarzem Konferencji jest Szpital w Puszczykowie SA im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego.

Przypadający w roku bieżącym jubileusz 40-lecia Szpitala w Puszczykowie skłania do podjęcia rozważań na temat szeroko pojętego zdrowia. Bogate doświadczenia szpitala powiatowego stanowią kanwę do dyskusji specjalistów praktyków, teoretyków, kadry zarządzającej oraz studentów i absolwentów Wydziału Nauk o Zdrowiu w zakresie zdrowia w nauce i praktyce. Wieloprofilowa jednostka z placówki zadłużonej przekształciła się w spółkę prawa handlowego ze 100-procentowym udziałem powiatu poznańskiego, która z powodzeniem konkuruje na rynku usług medycznych. Organ założycielski – Starosta Poznański – w roku 2006 spłacił 30-milionowe zadłużenie i od tej pory systematycznie inwestuje w przestarzałą infrastrukturę.

Zwłaszcza ostatnią dekadę, kiedy funkcję Prezesa Zarządu Szpitala w Puszczykowie pełni Pani Ewa Wieja, zaliczyć należy do szczególnie intensywnych pod względem przeprowadzonych modernizacji oraz rozwoju Szpitala.

Prezes Zarządu Szpitala
Ewa Wieja
Źródło: www.szpitalwpuszczykowie.com.pl

Starosta Poznański
Jan Grabkowski
Źródło: www.szpitalwpuszczykowie.com.pl

W latach 2009–2012 przeprowadzono inwestycje za kwotę 39 milionów zł, którą przeznaczono na uruchomienie szpitalnego oddziału ratunkowego, lądowiska dla śmigłowców, oddziału leczenia alkoholowych zespołów abstynenckich, oddziału kardiologicznego z pododdziałem wszczepiania rozruszników serca i intensywnego nadzoru kardiologicznego z pracownią EKG, przebudowę oddziału intensywnej opieki medycznej, budowę nowego oddziału opieki paliatywno-hospicyjnej oraz na termomodernizację wielokondygnacyjnego budynku Szpitala. Placówkę doposażono w nowoczesną aparaturę, taką jak: tomograf komputerowy, dwa cyfrowe aparaty RTG, dwa mikroskopy operacyjne, ultrasonografy, stoły i lampy operacyjne, kardiomonitory, aparaty do znieczuleń, zainstalowano również rezonans magnetyczny. W planach na najbliższe lata pozostaje budowa nowoczesnego bloku operacyjnego stanowiącego zaplecze dla oddziałów zabiegowych Szpitala.

Obecnie Szpital może pochwalić się nie tylko dokonaniami modernizacyjnymi, pionierskim zabiegami prowadzonymi przez zatrudnioną kadrę specjalistów, ale także fachową opieką kardiologów, okulistów, neurologów, ortopedów, chirurgów, urologów, specjalistów: chorób wewnętrznych, opieki paliatywno-hospicyjnej, uzależnień alkoholowych, rehabilitacji, anestezjologii, medycyny ratunkowej.

Katedra Żywienia Klinicznego GUMed
Zakład Propedeutyki Onkologii GUMed
Oddział Chirurgii Onkologicznej Gdyńskiego Centrum Onkologii
Szpital Morski w Gdyni

zapraszają na

VIII Konferencję Naukowo-Szkoleniową „Żywienie w onkologii”

oraz

kurs dla zespołów żywieniowych „Leczenie żywieniowe” pod patronatem Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu (POLSPEN).

Konferencja odbędzie się 9 kwietnia 2016 r.
w Pomorskim Parku Naukowo-Technologicznym w Gdyni,

poprzedzona będzie 8 kwietnia 2016 r. kursem dla zespołów żywieniowych.

Rejestracja i szczegółowy program na stronie:
http://konferencja.szpital-morski.pl.

Po raz ósmy serdecznie zapraszamy wszystkich zainteresowanych problemami współczesnej terapii żywieniowej do Gdyni.
W 2016 roku spotkanie będzie dotyczyć roli żywienia w profilaktyce i leczeniu chorych onkologicznych.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie
i
Wydział Nauki o Zdrowiu
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

zapraszają
do uczestnictwa w ***XIII Kongresie Pielęgniarek Polskich,***

który odbędzie się
w dniach ***15–17 września 2016 r. w Warszawie***

„PRZYSZŁOŚĆ PIELĘGNIARSTWA ZACZYNA SIĘ DZISIAJ”.

Miejsce Kongresu:

Centrum Dydaktyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. Trojdena 2a, 02-091 Warszawa.

Tematy sesji Kongresu:

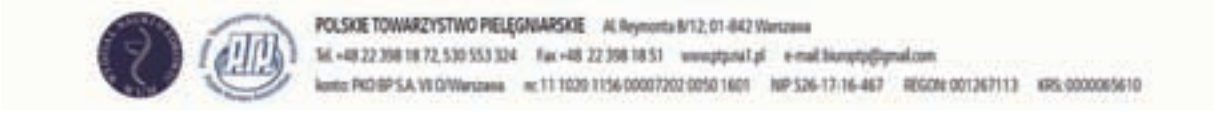
- Pielęgniarskie zasoby ludzkie i środowisko pracy (*Nursing workforce and workplace*).
- Pielęgniarstwo w perspektywie globalnej (*Nursing – a global perspective*).
- Etyka i prawa człowieka (*Ethics and human rights*).
- Opieka kliniczna i bezpieczeństwo pacjenta (*Clinical care and patient safety*).
- Edukacja pielęgniarska i środowisko nauczania (*Nursing education and learning environment*).
- Rzecznictwo, lobbing i przepisy prawne (*Advocacy, lobbying and legislation*).
- Systemy opieki zdrowotnej (*Health care systems*).
- Opieka koordynowana (*Coordinated care services*).
- Technologie, innowacje i telemedycyna (*Technology, innovations and telemedicine*).
- Rozwój kompetencji i roli zawodowej pielęgniarek (*Nurses: development of competences*
- *and professional role*).
- Przywództwo – zarządzanie (*Leadership – management*).
- Historia pielęgniarstwa a dylematy współczesności (*Nursing history and current dilemma*).
- Sesja studencka (*Student session*).
- Sesja plakatowa (*Poster session*).

Terminy przesyłania i akceptacji prac:

- Streszczenia prac do 30 kwietnia 2016 r.
- Akceptacja prac do 30 maja 2016 r.
- Teksty do publikacji do 30 czerwca 2016 r.

Kontakt:

- tel.: +48 22 398 18 72, fax: 22 398 18 51
- e-mail: biuroptp@gmail.com



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. Mariana Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań
tel.: 61 655 92 50, fax: 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. Mariana Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań
tel.: 61 655 92 50, fax: 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 akademiccy 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. Mariana 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 przesyłać na adres redakcji drogą elektroniczną, jako załącznik do wiadomości e-mail na adres: pielegniarstwopolskie@ump.edu.pl. Redakcja nie wymaga przesyłania 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 wyjustowany (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: pielegniarswopolskie@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 nursery 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, założeń, metod, protokołu itp. Autorzy są także proszeni o podanie źródeł finansowania badań, których wyniki są prezentowane w nadsyłanej pracy. Załączone do pracy oświadczenia powinny być podpisane przez poszczególnych autorów zgłaszanej pracy.

SKRÓTY

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

PROCEDURA RECENZOWANIA

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

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

PRAWA AUTORSKIE

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

TABLES

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

FIGURES

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