

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

Polish Nursing



praktyka kliniczna



badania naukowe



*promocja zdrowia
w pielęgniarstwie*



zarządzanie w pielęgniarstwie



Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Nr 2 (48) 2013

Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Wydział Nauk o Zdrowiu

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

Nr 2 (48)

Poznań 2013

© Copyright by Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ISSN 0860-8466

Korekta:
Ewa Mojs
Alicja Strzelecka-Żyromska

Korekta tekstów w j. ang.:
Katarzyna Warchoń-Biedermann

Skład komputerowy:
Beata Łakomiał

Projekt okładki:
Rafał Staszewski

Zdjęcia na okładce:
Rafał Staszewski, Maciej Sobkowski

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

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

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

Ark. wyd. 8,0. Ark. druk. 10,5. Papier offset, kl. III 80 g/m², 61 x 86.
Format A4. Zam. nr 187/13.

SPIS TREŚCI

<i>Od Redaktora</i>	71	<i>Wojciech Strzelecki: Muzykoterapia systemowa jako forma wspierania rodziny</i>	121
PRACE ORYGINALNE			
<i>Natalia Czech, Monika Gętek, Agnieszka Bialek-Drątwą, Katarzyna Fizia, Małgorzata Muc-Wierzoń, Ewa Nowakowska-Zajdel: Wiedza pacjentów na temat interakcji leków z żywnością i alkoholem</i>	73	<i>Agnieszka Nowogrodzka: Kryteria kliniczne a stawianie diagnozy. Problemy nadmiernie częstego rozpoznawania ADHD u dzieci</i>	128
<i>Renata Rasińska, Iwona Nowakowska, Jan Nowomiejski: Diagnoza stanu zdrowia studentów i ich opinie o zagrożeniach zdrowotnych</i>	79	PRACE STUDENCKIE	
<i>Anita Machaj-Szczerek, Izabela Stankowska: Wybrane doświadczenia związane z macierzyństwem – badania własne</i>	85	<i>Izabela Lewandowska: Wyprysk, czyli egzema jako jedna z najczęstszych chorób alergicznych skóry</i>	132
<i>Danuta Zabielska, Józefa Czarnecka, Ewa Kobos, Andrzej Krupienicz: Profilaktyka zylaków kończyn dolnych u pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym</i>	95	CASE STUDY	
		<i>Magdalena Izydorczyk, Roma Bajzert: Pacjentka z rozpoznaniem zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, zaburzenia schizotypowego oraz problemowego używania substancji odurzających w kontekście nieprawidłowo funkcjonującego systemu rodzinnego. Studium przypadku</i>	137
PRACE POGLĄDOWE			
<i>Edyta Krzych-Falta, Bolesław Samoliński: Alergiczny nieżyt nosa – problem bio-psycho-społeczny w aspekcie funkcjonowania rodziny</i>	100	INFORMACJE	
<i>Katarzyna Fizia, Monika Gętek, Natalia Czech, Małgorzata Muc-Wierzoń, Ewa Nowakowska-Zajdel: Metody oceny stanu odżywienia u chorych na nowotwory</i>	105	<i>Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu. Deklaracja członkowska</i>	140
<i>Katarzyna Jadach, Piotr Stępiak: (Nie)systemowa ochrona zdrowia dziecka w wieku szkolnym – krytyczny zarys problematyki</i>	111	<i>Podyplomowe Studium Zarządzania w Opiece Zdrowotnej – informacje o naborze</i>	142
		<i>Komunikat o konferencji</i>	143
		<i>Informacje o nowym dziale prawnym „Prawo w pielęgniarstwie”</i>	149

CONTENTS

<i>Editor's note</i>	72	<i>Wojciech Strzelecki</i> : System music therapy as a form of family support	121
ORIGINAL PAPERS			
<i>Natalia Czech, Monika Gętek, Agnieszka Białek-Dratwa, Katarzyna Fizia, Małgorzata Muc-Wierzoń, Ewa Nowakowska-Zajdel</i> : Patients' knowledge about food/drug and alcohol/drug interactions	73	<i>Agnieszka Nowogrodzka</i> : Clinical criteria and diagnosis. The problem of over-frequent recognition of ADHD in children	128
<i>Renata Rasińska, Iwona Nowakowska, Jan Nowomiejski</i> : The indication of the students' state of health and their opinion on health threats	79	STUDENT'S PAPERS	
<i>Anita Machaj-Szczerek, Izabela Stankowska</i> : Selected experiences related to motherhood – own research	85	<i>Izabela Lewandowska</i> : The pimple, that is eczema as one of the most frequent allergoses of the skin	132
<i>Danuta Zabielska, Józefa Czarnecka, Ewa Kobos, Andrzej Krupienicz</i> : Prophylaxis of varicose veins by nurses working at the operating theatre	95	CASE STUDY	
REVIEW PAPERS		<i>Magdalena Izydorczyk, Roma Bajzert</i> : The patient diagnosed with obsessive-compulsive disorder, schizotypal disorder and problematic substance abuse in the context of the malfunctioning family system. Case study	137
<i>Edyta Krzych-Falta, Bolesław Samoliński</i> : Allergic rhinitis – biopsychosocial problem from the perspective of the functioning of the family	100	INFORMATION	
<i>Katarzyna Fizia, Monika Gętek, Natalia Czech, Małgorzata Muc-Wierzoń, Ewa Nowakowska-Zajdel</i> : Evaluation methods for nutritional status of patients with cancer	105	Polish Society of Health Sciences. Member's declaration	140
<i>Katarzyna Jadach, Piotr Stępnia</i> : Protection system of health in children and adolescents – in broad critical outline	111	Postgraduate Course "The management in Health Care" – information	142
		The information about the conference	143
		The information about the new chapter "The law in nursing"	149

Od Redaktora

Szanowni Czytelnicy,

W imieniu Komitetu Naukowego mamy przyjemność zarekomendować Państwu drugi w 2013 roku numer *Pielęgniarstwa Polskiego*. Numer ten kontynuuje zmiany zapoczątkowane w 2009 roku, które dotyczą zarówno formalnych aspektów edytorskich – większej ochrony praw autorskich, dbałości o strukturalne streszczenia, które łatwiej jest cytować, jak i regularności ukazywania się czasopisma w formie „papierowej” oraz online. Ponadto nieustannie reklamujemy dział porad prawnych, w którym Pani mgr Joanna Zdanowska, pracownik naukowy Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, udziela informacji i porad w zakresie rozwiązań i regulacji prawnych w ochronie zdrowia, w tym zatrudnienia, kontraktowania, praw pacjenta i innych. Serdecznie zapraszamy do kontaktowania się z Panią Joanną Zdanowską drogą elektroniczną, zwłaszcza w związku ze zmianami regulacji w ochronie zdrowia.

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

Bieżący numer otwierają prace: „Wiedza pacjentów na temat interakcji leków z żywnością i alkoholem” oraz „Profilaktyka żyłaków kończyn dolnych u pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym”. Mamy nadzieję, że prace te będą dla Państwa inspiracją w pracy zawodowej.

Rekomendujemy także artykuł szczególnie ważny i godny polecenia w kontekście ustawy o ochronie praw dziecka: „(Nie)systemowa ochrona zdrowia dziecka w wieku szkolnym – krytyczny zarys problematyki”.

W numerze znajdują się także artykuły z zakresu medycyny psychosomatycznej (problemy rodzin przewlekłe chorych dzieci z alergią oraz muzykoterapia jako metoda wspomagająca postępowanie lecznicze).

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

Życząc Państwu owocnej lektury, uchylimy rąbka tajemnicy, że w kolejnych numerach czekają nas dalsze zmiany, których celem jest przede wszystkim nieustanne podnoszenie jakości pisma oraz prezentacja materiałów odpowiadających na potrzeby edukacyjne i poznawcze Czytelników.

Dr hab. Maria Danuta Głowacka
Redaktor Naczelny
Dr hab. Ewa Mojs
Redaktor Naukowy

Editor's note

Dear Readers,

On behalf of the Scientific Committee we have the pleasure of recommending to you the second in the year 2013 issue of Polish Nursing. This number continues the changes initiated in 2009 which concern both the formal editorial aspects – a greater protection of the copyright, attention to structural summaries which are easier to quote as well as the regularity of publishing the journal in the ‘paper’ and online form. Furthermore, we continually promote the section of legal advice where Ms Joanna Zdanowska, MA, an academic of Karol Marcinkowski University of Medical Sciences in Poznań, gives information and advice within the scope of solutions and legal regulations in health care, including employment, contracts, patient’s rights and others. You are cordially invited to contact Ms Joanna Zdanowska by e-mail especially with regard to the changes in health care regulations.

The content of this number is of a much diversified character, it reflects, however, the areas of cognitive and clinical interests of the medical personnel as well as the science personnel of medical and other universities; we hope that it will be warmly welcomed by the Readers.

The current issue begins with the articles ‘Patients’ knowledge on the subject of the interaction of medications with food and alcohol’ and ‘The prophylaxis of varicose veins of lower limbs in nurses working in the operating block’. We hope that they will inspire you in your professional work.

We also recommend an especially important article which is recommendable in the context of the law of children’s rights protection ‘The (un)systemic health care of school-age children – a critical outline of the issues’.

In the issue there are also articles in the scope of psychosomatic medicine (the problems of families with chronically ill children with allergy and music therapy as a method supporting medicinal proceedings).

In the final part of the issue we present the information about postgraduate studies in the scope of management in health care and we invite the Readers to become members of Polish Society of Health Sciences – the application form is enclosed.

We wish you fruitful reading and we let you in on the secret that in the consecutive numbers there will be further changes whose aim is first of all a ceaseless improvement of the journal’s quality and a presentation of materials which suit the educational and cognitive needs of the Readers.

*Maria Danuta Głowacka, PhD
Editor in Chief
Ewa Mojs, PhD
Scientific Editor*

WIEDZA PACJENTÓW NA TEMAT INTERAKCJI LEKÓW Z ŻYWNOSCIĄ I ALKOHOLEM

PATIENTS' KNOWLEDGE ABOUT FOOD/DRUG AND ALCOHOL/DRUG INTERACTIONS

NATALIA CZECH¹, MONIKA GĘTEK¹, AGNIESZKA BIAŁEK-DRATWA², KATARZYNA FIZIA¹,
MAŁGORZATA MUC-WIERZGOŃ¹, EWA NOWAKOWSKA-ZAJDEL¹

¹Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Wydział Zdrowia Publicznego
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Zakład Polityki Zdrowotnej, Wydział Zdrowia Publicznego
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Małgorzata Muc-Wierzgoń

Streszczenie

Wstęp. Pod pojęciem interakcji należy rozumieć wzajemne oddziaływanie na siebie dwóch lub więcej substancji, w wyniku którego ulegają zmianie ich indywidualne właściwości lub łączny skutek. Nieświadomość nieumiejętnego przyjmowania leków niesie za sobą poważne konsekwencje.

Cel pracy. 1. Ocena wiedzy wybranej grupy pacjentów na temat interakcji między lekami a żywnością i alkoholem. 2. Określenie różnic w wiedzy na temat interakcji leków w grupie kobiet i mężczyzn. 3. Ocena przestrzegania zaleceń związanych z prawidłowym przyjmowaniem leków.

Materiał i metody. Badaniami objęto 100 pacjentów (51 kobiet i 49 mężczyzn) w przedziale wiekowym 40–80 lat, średnia wieku: 56 lat $\pm$ 10.

Wyniki. 65 badanych potwierdziło występowanie chorób wymagających stałego zażywania leków. Do najczęściej zgłaszanych zaliczono: nadciśnienie tętnicze i cukrzycę. 23 ankietowanych zapoznaje się z ulotką „zawsze”. 66 badanych nie wie z jakimi produktami nie powinno się łączyć zażywanych aktualnie leków. 75 ankietowanych nigdy nie zwróciło się do lekarza lub farmaceuty o poradę na temat właściwego przyjmowania leków.

Wnioski. 1. Wiedza badanych na temat interakcji leków z żywnością i alkoholem nie jest wysoka. 2. Kobiety częściej niż mężczyźni czytają ulotki, popijają leki wodą. 3. Pacjenci w badanej grupie nie zawsze stosują się do właściwego przyjmowania leków.

Słowa kluczowe: żywność, leki, alkohol, interakcje.

Abstract

Introduction. The concept of interaction is to be understood as the interaction of two or more substances, resulting in the change of their individual characteristics or the cumulative effect.

Aim of the study. 1 Assessment of knowledge of selected group of patients about the interactions between drugs and food and alcohol. 2 Determination of differences in knowledge about drug interactions in women and men. 3 Rating adherence to proper intake of medications.

Material and methods. The study included 100 patients (51 women and 49 men) aged 40–80 years, mean age 56 years $\pm$ 10.

Results. 65 respondents confirmed the occurrence of diseases requiring constant taking medication. The most commonly reported were included hypertension and diabetes. 66 respondents did not know about products which should not be combined with current medications they are taking. 75 respondents had never asked their doctor or pharmacist for information about food and drugs interactions.

Conclusions. 1 Knowledge of respondents about drug/food or drug/alcohol interactions is insufficient. 2 Women read leaflets more often than men, and took it with plenty of water. 3 In this sample, patients do not comply with the proper medication intake.

Key words: food, drugs, alcohol, interaction.

Wstęp

W ciągu ostatnich lat sprzedaż leków w Polsce utrzymuje tendencje wzrostowe. Ustawa refundacyjna, która weszła w życie w 2012 r. przyczyniła się szczególnie do wzrostu sprzedaży leków OTC (over the counter), sprzedawanych bez recepty. Nie bez znaczenia pozostaje fakt, że leków typu OTC nie dotyczy zakaz reklamy. Pacjenci przyjmują zatem coraz więcej leków, a zachęceni reklamą różnego rodzaju preparatów, coraz większą uwagę skupiają także na profilaktyce chorób. Sytuacja ta podkreśla narastające zjawisko polipragmatyzacji, co zmusza do zwrócenia uwagi na problem interakcji leków zarówno

z lekami, jak również żywnością i alkoholem. Pod pojęciem interakcji należy rozumieć wzajemne oddziaływanie na siebie dwóch lub więcej substancji, w wyniku którego ulegają zmianie ich indywidualne właściwości lub łączny skutek [1]. Po raz pierwszy temat interakcji leków z pożywieniem pojawił się w 1982 r., kiedy poświęcono mu cały rozdział w podręczniku „Zarys farmacji klinicznej” L. Królikowskiego i A. Danka [2].

Podstawowym celem terapeutycznym większości leków podawanych chorym jest osiągnięcie jego maksymalnego stężenia we krwi, co stanowi gwarancję

dobrego efektu leczniczego. Istnieje wiele czynników wpływających negatywnie na realizację tego działania, a jednym z nich jest wpływ pożywienia. Należy podkreślić, zgodnie z definicją interakcji jej dwukierunkowość, ponieważ składniki pokarmu mogą zarówno wpływać na wchłanianie, transport, metabolizm i wydalanie leku, ale również lek może wpływać na wchłanianie poszczególnych składników z pokarmu, co może przyczyniać się do ryzyka niedożywienia. Konsekwencją pierwszego przypadku może być zwiększone lub zmniejszone wchłanianie leku, co z kolei prowadzi do nasilenia skutków ubocznych przyjmowanych leków lub obniżonej właściwości terapeutycznej [2, 3].

Interakcja między lekiem a pożywieniem może przebiegać na różnych poziomach, zarówno na poziomie uwalniania leku z tabletek lub kapsułek, z jego transportem, wchłanianiem, dystrybucją oraz wydalaniem, a także przemian biochemicznych w wątrobie czy jelicie cienkim. Czasami może dochodzić do synergicznego działania leku i pożywienia, przykładem może być zawarta w kawie czy niektórych innych produktach kofeina, która zwiększa działanie przeciwbólowe aspiryny [4]. Większość poznanych interakcji wiąże się z wchłanianiem leku i najwięcej badań, i publikacji jest tego typu działaniom poświęconych. Przy pobraniu leku razem z posiłkiem pokarm może wywierać wielokierunkowe działanie na przyjmowany lek, bowiem już sam fakt spożycia posiłku przyczynia się do zmian zachodzących w przewodzie pokarmowym.

Ryzyko interakcji wzrasta wraz z ilością zażywanych leków: przy 2 jest ono prawdopodobne, ale przy 4 i więcej nieuniknione [3]. Najnowsze badania dowodzą także, że niebezpieczne interakcje mogą zachodzić nie tylko pomiędzy lekami, ale także pomiędzy lekami a składnikami pokarmu, zanieczyszczeniem żywności (czynniki chemiczne, hormony, antybiotyki) oraz alkoholem. Nieświadomość nieumiejętnego przyjmowania leków niesie za sobą poważne konsekwencje, takie jak: zmniejszenie, a nawet brak efektów terapeutycznych, niebezpieczne powikłania czy nasilenie i częstsze występowanie skutków ubocznych. Pacjenci zdają sobie sprawę z możliwych interakcji między lekami, jednak wciąż za mała jest ich wiedza na temat interakcji między lekami a pożywieniem [2]. Według badań, aż 30% interakcji między lekami a żywnością zaburza proces leczenia i naraża pacjentów na powikłania [4].

Zgodnie z prawem unijnym Dyrektywa UE 92/27/EEC stanowi, że: ulotka dołączona do leku powinna zawierać opis interakcji leku z żywnością, alkoholem [5]. Odpowiedzialność za stan wiedzy pacjentów na temat niebezpiecznych interakcji leży zarówno po stronie lekarzy, których obowiązkiem powinno być informowanie pacjentów o ewentualnych interakcjach, jak również, w dużej mierze, po stronie samych pacjentów. Ich zadaniem jest: informować lekarza o wszystkich lekach, jakie przyjmują (także tych wydawanych bez recepty),

jak również przed zażyciem leku zapoznać się z treścią ulotki dołączonej do opakowania.

Cel pracy

1. Ocena wiedzy wybranej grupy pacjentów na temat możliwych interakcji między lekami a żywnością i alkoholem.
2. Określenie różnic w wiedzy na temat interakcji leków z żywnością i alkoholem w grupie kobiet i mężczyzn.
3. Ocena przestrzegania zaleceń związanych z prawidłowym przyjmowaniem leków.

Material i metody

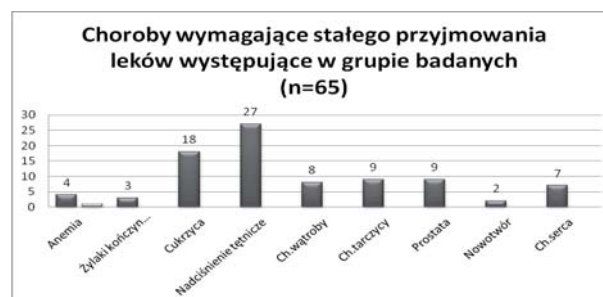
Badania przeprowadzono na podstawie autorskiego kwestionariusza ankiety składającego się z dwóch części: metryczki oraz 24 pytań typu otwartego i zamkniętego. Badania zostały przeprowadzone za zgodą dyrektora placówki wśród losowo wybranych 100 pacjentów Katedry i Oddziału Klinicznego Chorób Wewnętrznych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Szpitala Specjalistycznego Nr 1 w Bytomiu.

Badaniami objęto 100 pacjentów (51 kobiet i 49 mężczyzn) w przedziale wiekowym 40–80 lat, średnia wieku wynosiła 56 lat $\pm$ 10.

Badanie było anonimowe, a wszyscy ankietowani dobrowolnie wyrazili na nie zgodę.

Wyniki

Spśród wszystkich badanych 65 osób (32 kobiety i 33 mężczyzn) potwierdziło, że chorują na choroby wymagające stałego zażywania leków. Do najczęściej występujących chorób zaliczono: nadciśnienie tętnicze (27 badanych) i cukrzycę (18 badanych). Niemal wszyscy ankietowani, 63 osoby ($n = 65$), potwierdzili znajomość dawkowania zażywanych stale leków.



Rycina 1. Choroby przewlekłe w badanej grupie.
Figure 1. Chronic diseases in the study group.

Źródło: opracowanie własne
Source: author's concept



Rycina 2. Znajomość dawek przyjmowanych leków w badanej grupie.

Figure 2. Knowledge of medication doses in the study group.

Źródło: opracowanie własne

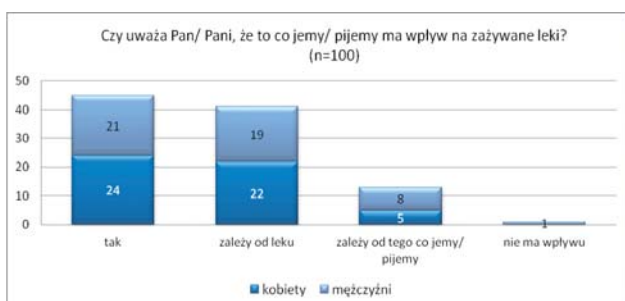
Source: author's concept

Kolejne pytanie dotyczyło zapoznawania się z treścią ulotki załączonej do opakowania leków. 23 ankietowanych zapoznaje się z ulotką „zawsze”, w tym: 16 kobiet oraz 7 mężczyzn. Najczęściej udzielaną odpowiedzią było „czasami”, zadeklarowało ją w sumie 42 ankietowanych, w tym 29 kobiet oraz 13 mężczyzn. Odpowiedź „rzadko” częściej wybierali mężczyźni (27 mężczyzn vs. 4 kobiety). Odpowiedź „nigdy” wybrało 4 badanych.

Ankietowanych zapytano również o rozumienie treści ulotki dotyczącej zażywanego leku. 66 osób (w tym 37 kobiet oraz 29 mężczyzn) zadeklarowało, że informacje zawarte w ulotkach są jasne i zrozumiałe „czasami”, 19 ankietowanych, że „zawsze”, a 15 badanych uznało, że „nigdy”.

Na pytanie, czy pacjenci informują w trakcie wizyty lekarza o przyjmowanych aktualnie lekach, nawet tych wydawanych bez recepty, 47 ankietowanych (47%) uważa, że jest to istotne jedynie w przypadku leków „na receptę”. 26 badanych (26%) udziela takiej informacji „zawsze” (w tym 19 kobiet i 7 mężczyzn). 19 mężczyzn (39%) „nie widzi takiej konieczności w przypadku leków bez recepty”.

Na pytanie czy według badanych to co spożywamy może mieć wpływ na działanie stosowanych w tym samym czasie leków, 45 osób potwierdziło taki wpływ. 41 osób (22 kobiety i 19 mężczyzn) twierdzi, że „zależy to od leku”, a 13 ankietowanych (13%), że zależy od sposobu odżywiania (Rycina 3).



Rycina 3. Świadomość interakcji żywności z lekami w badanej grupie.

Figure 3. Awareness of food interactions with drugs in the study group.

Źródło: opracowanie własne

Source: author's concept

66 badanych (24 kobiety i 42 mężczyzn) nie wie z jakimi produktami nie powinno się łączyć zażywanych aktualnie leków. Znajomość taką zadeklarowało 27 kobiet (53%) i 7 mężczyzn (14%) (Rycina 4).



Rycina 4. Znajomość ryzyka interakcji między zażywaniem lekami a składnikami diety.

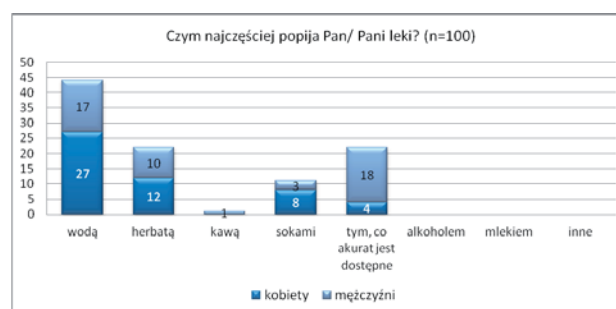
Figure 4. Knowledge of the risk of drug and components interactions in the diet.

Źródło: opracowanie własne

Source: author's concept

83 ankietowanych (44 kobiety i 39 mężczyzn) nie zna sytuacji, w której między lekiem a produktem spożywczym, może dojść do interakcji przy równoczesnym ich spożyciu. 17 ankietowanych zna taką sytuację. Wśród produktów spożywczych, z którymi nie powinno się łączyć leku najczęściej wymieniane były: alkohol i mleko.

Na pytanie o rodzaj napoju, którym ankietowani najczęściej popijają leki 44 osoby zadeklarowały, że stosuje w tym celu wodę (27 kobiet i 17 mężczyzn). 22 badanych popija leki „herbatą”, a kolejnych 22 ankietowanych „tym, co akurat jest dostępne”.



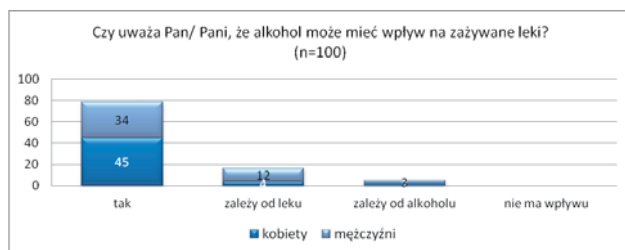
Rycina 5. Rodzaj napoju, którym ankietowani najczęściej popijają zażywane leki.

Figure 5. The type of drink which is the most often used to sip medications by respondents.

Źródło: opracowanie własne

Source: author's concept

79 badanych (45 kobiet i 34 mężczyzn) uważa, że alkohol może mieć wpływ na działanie zażywanych równocześnie z nim leków. 16 osób uważa, że „zależy to od leku” (Rycina 6).



Rycina 6. Wpływ alkoholu na żywywane leki w opinii ankietowanych.

Figure 6. The influence of alcohol on medication in the opinion of the respondents.

Źródło: opracowanie własne

Source: author's concept

39 ankietowanych (32 kobiety i 7 mężczyzn) spotkało się z informacją dotyczącą interakcji leków z alkoholem w ulotce dołączonej do leków, 23 osoby (7 kobiet i 16 mężczyzn) nie spotkało się z taką informacją, a 36 badanych „nie pamięta”.

72 ankietowanych (34 kobiety i 38 mężczyzn) nigdy nie szukało informacji na temat interakcji leków z żywnością i alkoholem, a 28 badanych zadeklarowało, że takich informacji szukało (Rycina 7). 75 ankietowanych (31 kobiety i 44 mężczyzn) nigdy nie zwróciło się do lekarza lub farmaceuty o poradę na temat właściwego przyjmowania leków. 25 badanych o taką poradę poprosiło. Wśród osób, które zwróciły się po poradę do lekarza lub farmaceuty 80% zadeklarowało, że uzyskało jasną i rzetelną informację na ten temat.



Rycina 7. Czy ankietowani kiedykolwiek szukali informacji na temat interakcji leków z żywnością i alkoholem?

Figure 7. Do respondents have ever looked for information about drug interactions with food and alcohol?

Źródło: opracowanie własne

Source: author's concept

Dyskusja

Interakcje pomiędzy lekami a żywnością i alkoholem stanowią aktualnie przedmiot wielu badań. Po raz pierwszy problem interakcji opisano w 1964 roku w artykule Cuthill, J.M., „Death Associated with Tranlycypromine and Cheese”, gdzie przedstawiono przypadek śmierci mężczyzny, do której doszło w wyniku interakcji między lekiem, który zażywał (tranylicypromine) a zjedzonym przez niego serem.

Obecnie, ze względu na bardzo łatwy dostęp do leków, zwłaszcza leków OTC (rynek pozaapteczny, którego wartość zwiększa się z roku na rok), ryzyko niebezpiecznych interakcji między tymi lekami a pożywieniem i alkoholem wzrasta [6]. To, że Polacy zażywają coraz więcej leków potwierdzają dane, że 10% hospitalizacji jest spowodowanych nadmiernym przyjmowaniem leków [7].

Wciąż jednak niewiele wyników badań nad różnego typu interakcjami można znaleźć w piśmiennictwie zarówno polskim, jak i światowym. Być może przyczyną jest nie stawianie wymogu przeprowadzania badań nad interakcjami leków z żywnością i alkoholem przy rejestrowaniu leków zarówno w Polsce, jak i w Unii Europejskiej. Istotny jest fakt, że samo przeprowadzenie takich badań jest trudne, głównie ze względów etycznych. W większości przypadków badania takie przeprowadzane są na zdrowych ochotnikach, co sprawia, że wyniki nie są odzwierciedleniem warunków jakie panują w organizmie chorego człowieka w trakcie terapii lekami. Ponadto na rynku wciąż przybywa nowych leków, o zmienionych właściwościach (przedłużony czas działania czy zmiany farmakokinetyczne), co również wpływa na to, że przeprowadzone badania szybko stają się nieaktualne [1].

Interakcje to problem, który w dużej mierze wpływa na skuteczną i bezpieczną farmakoterapię. Przede wszystkim, w pierwszej kolejności, pacjent narażony jest na wystąpienie interakcji między lekami, które zażywa. Jest ona prawdopodobna przy 2, częsta przy 3 i nieunikniona przy 4 i więcej przyjmowanych leków równocześnie [3]. Problem ten jest często nie do uniknięcia, nierzadko bowiem współwystępuje kilka chorób, a co za tym idzie, każde z nich wymagają stosowania innych leków. Wśród 65 chorych na 100, którzy z powodu przewlekłych chorób wymagali stałego przyjmowania leków u 26 (40%) występowało więcej niż jedno schorzenie, najczęściej równocześnie występowały cukrzyca i nadciśnienie tętnicze.

Prawidłowe zażywanie leku, przepisane przez lekarza, jak również leku dostępnego bez recepty, zależy w dużej mierze od zapoznania się pacjentów z treścią ulotki dołączonej do opakowania. Pierwszym jednak krokiem do uzyskania takiej wiedzy jest ustna informacja udzielona przez wykwalifikowanych pracowników sektora zdrowia publicznego, takich jak lekarze, pielęgniarki czy farmaceuci. Informacja taka jest szczególnie ważna, bowiem porusza kwestie indywidualną pacjenta. Niestety, duża liczba pacjentów, nadmiar pracy oraz długie kolejki sprawiają, że na udzielenie takiej informacji nie zawsze jest czas. Przeprowadzono badania, w których oszacowano, że realizująca 200 nowych recept dziennie apteka musiałaby poświęcić 8,5 godziny na udzielanie samych informacji o wydawanych lekach [10]. Dodatkowo, jakość ustnej informacji obniża fakt, że pacjenci dużą jej część zapominają w krótkim czasie

po opuszczeniu gabinetu czy apteki. Dlatego też w uzyskaniu wiedzy niezbędnej do prawidłowego zażywania leków ważne jest dostarczenie pacjentowi pisemnej instrukcji w postaci ulotki. Nie może ona w pełni zastąpić pełnej informacji udzielanej przez lekarza czy farmaceutę (indywidualnej dla każdego pacjenta) jednak w przypadku wielu preparatów kupionych bez recepty staje się jedyną wskazówką jak bezpiecznie zastosować lek. Od stycznia 1999 roku wszystkie opakowania leków powinny zawierać ulotki dla pacjentów [11].

W przeprowadzonych na Wydziale Farmaceutycznym Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w 2006 roku badaniach dotyczących ulotek dla pacjentów, 79% ankietowanych potwierdziło, że czyta ulotki. Jednak kolejne badania, na tej samej grupie wykazały, że większość pacjentów nie czyta ich do końca [12]. Jedną z przyczyn nie zapoznawania się z treścią ulotki może być fakt, że nierzadko są napisane w sposób naukowy, trudny do zrozumienia. W niniejszym badaniu 66 osób uważa, że informacje zawarte w ulotkach są jasne i zrozumiałe tylko czasami, a jedynie 19 rozumie ich treści zawsze.

Kolejnym istotnym faktem, który może uchronić przez niebezpieczeństwem interakcji jest stosowanie się pacjentów do zasady, że należy poinformować w trakcie wizyty lekarza o wszystkich przyjmowanych lekach, nawet tych kupowanych bez recepty. Na pytanie czy pacjenci informują o tym lekarza 47 ankietowanych w niniejszym badaniu uznało, że zależy to od leku. Przypuszczalnie dotyczy to leków OTC, które w opinii pacjentów, co już zostało wcześniej podkreślone, są lekami bezpiecznymi w stosowaniu, a potwierdza to fakt, że 23 badanych zadeklarowało, że nie widzi takiej konieczności, gdy chodzi o leki kupowane bez recepty. 45 badanych ma świadomość interakcji mogących zachodzić między lekami a alkoholem. 41 osób uważa, że zależy to od leku. Choć z jednej strony możemy uznać ten fakt za prawdziwy, to zakładając, że większość pacjentów nie czyta zawsze ulotki, możemy wnioskować o niewystarczającym poziomie wiedzy na temat interakcji z żywnością i alkoholem. 55 badanych zadeklarowało, że zawsze przestrzega sposobu przyjmowania leków (przed, w trakcie i po jedzeniu). Badania dowodzą, że aż połowa pacjentów nie przestrzega zaleceń lekarza [13]. Przyczyną może być słaba motywacja do leczenia, brak świadomości komplikacji czy zła sytuacja materialna. Istotny jest problem, że pacjenci nierzadko leków w ogóle nie biorą i choć nie jest on bezpośrednio powiązany z problemem interakcji to warto o nim wspomnieć. Zjawisku temu poświęca się badania i próbuje ustalić jego przyczynę i skutki. W terminologii medycznej istnieje nawet pojęcie, ang. compliance lub adherence, które określa stopień, w jakim pacjent przestrzega zaleceń lekarskich, głównie związanych z zażywaniem przepisanych leków. Konsekwencją mogą być brak działania terapeutycznego, ale także straty finansowe, które według przeprowa-

dzonych badań kosztują rocznie NFZ dokładnie tyle ile wydaje on na podstawową opiekę zdrowotną.

Na pytanie, czy pacjenci wiedzą, z jakimi produktami nie powinno się łączyć leku, który zażywają 66 badanych nie wie z jakimi produktami nie powinni łączyć zażywanych leków, chociaż informacje takie są zawarte w ulotkach. 83 ankietowanych nie zna sytuacji, w której dany lek nie powinien być zażyty łącznie z jakimś produktem. Pozostała część badanych, która zadeklarowała znajomość takiej sytuacji wiąże ją z równoczesnym spożyciem leku i alkoholu. Najłatwiej o niebezpieczną interakcję między lekiem a pożywieniem przez popicie go niewłaściwym napojem, ponieważ dochodzi do kontaktu leku i napoju w tym samym czasie. Przy większości leków zaleca się popijaniem wodą, za wyjątkiem leków, które wymagają szczególnego zażywania. 44 ankietowanych w niniejszym badaniu popija leki wodą, co stanowi najwłaściwsze rozwiązanie. Badania dowodzą, że w przypadku niektórych leków, istotna jest także ilość wody, którą popijany jest lek, ponieważ umożliwia to jego rozcieńczenie, a to z kolei zwiększa jego biodostępność. Do leków takich zaliczany jest, powszechnie stosowany kwas acetylosalicylowy, który rozpuszczalny jest w wodzie w stosunku 1: 300, dlatego podanie go wraz z 150 ml wody zamiast 75 ml może spowodować dwa razy szybsze wchłanianie. Część badanych popija tabletki herbatą. Nie jest to właściwy napój zalecany do popijania leków. Zawarte w herbacie garbniki zmniejszają wchłanianie alkaloidów, osłabiają też działanie niektórych neuroleptyków. Z kolei kawa, obniża działanie flufenazyny i haloperidolu o 10%, a mocna herbata aż o 90%. Natomiast popijanie leków sokami często stosuje się w celu zamaskowania nieprzyjemnego smaku, szczególnie często jest to stosowana praktyka u dzieci. Tymczasem, mieszając leki z sokami dochodzi do komplikacji absorpcji i stabilności substancji labilnych w środowisku kwaśnym, ponieważ wchłanianie leków może zostać wówczas obniżone. Większość soków ma odczyn pH kwaśny: pomarańczowy – 2,5-3,5, grapefruitowy – 2,9-3,4, a pomidorowy – 3,9-4,4. Także pH słodkich napojów gazowanych, jak cola czy tonik wynosi 2,4-2,5. Na środowisko kwaśne wrażliwe są takie grupy leków, jak antybiotyki. Kolejnym zagadnieniem jest wysoka zawartość w sokach flawonoidów. Oprócz pozytywnego ich działania przeciwutleniającego czy przeciwnowotworowego, niektóre z soków mogą wchodzić w interakcje z lekami [14]. Pytania w ankiecie dotyczyły także łączenia leków z alkoholem. Nie wszyscy badani uważają, że alkohol może mieć wpływ na zażywane leki. Część badanych uważa, że zależy to od leku, co w zasadzie można uznać za prawdę. Nasuwa się jednak pytanie: czy pacjenci znają leki wchodzące w interakcje z alkoholem? Problem alkoholu nie jest być może obecny wśród osób starszych zażywających leki, jednak wśród młodych osób może być on istotny. Nierzadko osoby młode zażywają równocześnie z al-

koholem powszechnie dostępne tabletki przeciwbólowe, a właśnie takie połączenie może mieć szkodliwe skutki. Paracetamol w połączeniu z alkoholem uszkadza wątrobę, a kwas acetylosalicylowy nasila krwawienia w żołądku. W badaniach przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii z 2009 roku wśród młodzieży ostatnich klas ponadgimnazjalnych uzyskane wyniki dotyczące łączenia leków (przeciwbólowych, uspokajających i przeciwnadciśnieniowych) równocześnie z alkoholem potwierdziły, że sytuacje takie dotyczą co dziesiątej osoby badanej [15]. W wielu artykułach dotyczących interakcji leków i alkoholu przytaczany jest przypadek pacjentki, która była leczona metronidazolem w postaci czopków dopochwowych z powodu zakażenia rzęsistkiem. Po wypiciu niewielkiej ilości alkoholu trafiła do szpitala z reakcją antykoagulacyjną (leki hamują spalanie alkoholu, a w tkankach gromadzi się toksyczny aldehyd octowy) [16]. Istnieje kilka źródeł informacji na temat interakcji leków z żywnością i alkoholem. Po pierwsze, informacje ustne udzielane przez lekarzy lub farmaceutów. Kolejnym źródłem są ulotki dołączone do leków oraz media: magazyny o zdrowiu, Internet, w których z łatwością można takie informacje znaleźć. 72 ankietowanych nigdy nie szukało informacji na temat interakcji leków z żywnością i alkoholem. Problemu nie stanowi ograniczony dostęp do tego typu informacji, a brak świadomości, że istnieje ryzyko niebezpiecznych powikłań z równoczesnym zażywaniem leków i wybranych produktów spożywczych czy alkoholem. Informacje na temat interakcji leków z żywnością i alkoholem powinny być stale rozpowszechniane wśród chorych w przychodniach czy na oddziałach szpitalnych. Taka wiedza mogłaby pozytywnie wpłynąć na prawidłowy przebieg leczenia a w dalszej perspektywie obniżyć jego koszty.

Wnioski

1. W badanej grupie pacjentów wiedza na temat interakcji leków z żywnością i alkoholem nie jest wysoka.
2. Kobiety częściej niż mężczyźni czytają ulotki, popijają leki wodą i szukają informacji na temat interakcji leków z żywnością i alkoholem.
3. Pacjenci w badanej grupie nie zawsze stosują się do właściwego przyjmowania leków.

PIŚMIENNICTWO

1. Gawęcki J., Mossor-Pietraszewska T., Kompendium wiedzy o żywności, żywieniu i zdrowiu, PWN, Warszawa 2004.
2. Zachwieja Z.: Leki i pożywienie – interakcje, Wyd. Med-Pharm Polska, Wrocław 2008.
3. Jarosz M., Dzieniszewski J., Interakcje leków z żywnością i alkoholem, Wyd. Borgis, Warszawa 2004.
4. Jarosz M., Dzieniszewski J., Uważaj, co jesz, gdy zażywasz leki, PZWL, Warszawa 2007.
5. Dyrektywa Rady 92/27/EEC z 31 marca 1992 o oznakowaniu i ulotce informującej o środkach medycznych przeznaczonych dla ludzi http://eulex.parp.gov.pl/eulexii/dokumenty/podglad.jsessionid=A58EE821C972C941D6B-F5AB209CFCD4B?kod=Inf_34339_12707
6. Rynek pozaapteczny OTC w Polsce, artykuł ze strony www.egospodarka.pl <http://www.egospodarka.pl/29969,Rynek-pozaapteczny-OTC-w-Polsce-2008,1,39,1.html>.
7. Nowelizacja tuż-tuż, Rynek Zdr. 2009, 1, 48.
8. Rolland P., Reading level of drug information printouts: a barrier to effective communication of patient medication information, Drug Inf. J. 2000, 34, 1329-38.
9. http://www.gif.gov.pl/rep/gif/pdf-y/ROZP/Ust_Prawo_Farmaceutyczne.pdf
10. Orzechowska-Juzwenko K., Farmakologia kliniczna – znaczenie w praktyce medycznej, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2006.
11. Olędzka R.: Współdziałanie żywności i leków, Bromat. Chem. Toksykol., 1985, 18, 299-309.
12. M. Sokal: Ulotka o leku dla pacjenta – zalecenia, oczekiwania, rzeczywistość, Wydział Farmaceutyczny Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006 <http://www.farmacja.cm-uj.krakow.pl/dyd/niol/ulotkimgr.pdf>
13. Jarosz M., Dzieniszewski J., Uwaga! Interakcje leki a żywność – ważny problem kliniczny, Służ. Zdr. 2000, 78-79.
14. Olędzka R., Czym popijać leki, Gazeta Farm., 2001, 4, 28-29.
15. „Opinie i Diagnozy” nr 13, CBOS, Warszawa 2009 <http://www.cbos.pl/PL/publikacje/diagnozy.php>
16. Wybrane fragmenty z kampanii „Lek bezpieczny” – Materiały z konferencji prasowej „Leki a alkohol i żywność Barometr harmonizacji: stan na 31.03.2008”.

Adres do korespondencji:

mgr Natalia Czech
Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych,
Wydział Zdrowia Publicznego, Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach
41-902 Bytom, ul. Żeromskiego 7
tel./fax. (032) 281 21 22; tel. (032) 39 63 286
e-mail: czech.n@gmail.com

DIAGNOZA STANU ZDROWIA STUDENTÓW I ICH OPINIE O ZAGROŻENIACH ZDROWOTNYCH

THE INDIFICATION OF THE STUDENTS' STATE OF HEALTH AND THEIR OPINION ON HEALTH THREATS

RENATA RASIŃSKA, IWONA NOWAKOWSKA, JAN NOWOMIEJSKI

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

Streszczenie

Zdrowie zgodnie z obecną definicją Światowej Organizacji Zdrowia to nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, czyli dobrego samopoczucia.

Celem badań była diagnoza stanu zdrowia studentek pierwszego roku Położnictwa. Oprócz pytań ankietowych własnego autorstwa przeprowadzono badania za pomocą kwestionariusza powszechnie stosowanego w badaniach psychologicznych z zakresu psychologii zdrowia tzw. Inwentarza Zachowań Zdrowotnych. Badana grupa wypełniła także ankietę dotyczącą zagrożeń zdrowotnych.

Porównując przeprowadzoną diagnozę stanu zdrowia badanej grupy studentek z przedstawionymi danymi z badań Centrum Badań Opinii Społecznych zauważyć można, że młode osoby są zadowolone ze swojego stanu zdrowia, jak również dbają o zdrowie. Jednak prezentują niskie i przeciętne zachowania zdrowotne, a tylko niewielka grupa osób przyznaje się do pożądanых wysokich zachowań zdrowotnych. Przyczyny zmniejszenia się ilości czasu wolnego są związane przede wszystkim ze zwiększeniem się ilości obowiązków, do których należy podjęcie nauki w czasie studiów.

Ponieważ zdrowie jest jednym z podstawowych czynników dobrostanu człowieka należy poznać jego zagrożenia, aby móc w odpowiedni sposób zapobiec i zwalczać ich wpływ na zdrowie. Badane młode kobiety nie są świadome wszystkich konsekwencji zagrożeń zdrowotnych.

W związku z powyższym należałoby zadbać o systematyczną edukację zdrowotną w zakresie działań zmniejszających negatywny wpływ zagrożeń na zdrowie. Młodzi ludzie powinni zrozumieć, że zdrowie to najważniejszy sprzymierzeniec człowieka, który zapewnia mu radość, sukces i szczęście.

Słowa kluczowe: zdrowie, zagrożenia zdrowotne.

Abstract

According to a definition of the World Health Organization health is not merely the absence of disease or infirmity, but a state of complete physical, mental and social well-being.

The aim of the research was to identify the Midwifery first year students' state of health. Except for author's own survey questions the research was conducted by means of the questionnaire commonly used in psychological research of health psychology as The List of Health Behaviours. The research group filled in the questionnaire about health threats. Comparing the analysis of the researched group's state of health with research data by the Public Opinion Research Center it may be noticed that young people are satisfied with their state of health and they care about their health. However, they presented low and average health behaviours, and only a small group of people admitted to the high health behaviours. The reasons for decreasing free time are connected primarily with a greater amount of duties, including taking up studies. Because health is one of the basic factors of human well-being one needs to understand threats, and be able to adequately prevent and control their effect on health. Young people are not aware of all the consequences of these threats.

In connection with above, one should take care of systematic health education in the scope of effects reducing the negative impact on health threats. Young people need to understand that health is the most important ally of the man and provides him/her with joy, success and happiness.

Key words: health, health treats.

Wstęp

Na sto lat przed sformułowaniem przez Światową Organizację Zdrowia definicji zdrowia jako dobrego samopoczucia nie tylko fizycznego, ale i psychicznego oraz społecznego, uczynili to adwentyści, zwracając uwagę na holistyczną definicję zdrowia zawartą w Biblii [1]. Według Pisma Świętego, na zdrowie człowieka przede

wszystkim mają wpływ m.in. odpowiednia dieta oraz zasady higieny. Wraz z rozwojem nauk biologicznych i medycyny pojęcie zdrowia ulegało zmianie. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) od lat 70 całkowicie zmieniła swój model rozumienia troski o zdrowie człowieka i funkcjonowania medycyny [2]. Od modelu socjomedycznego, który podkreślał podejście czysto medyczne i inżynierskie, w którym znawcą wszystkiego w tym

obszarze był lekarz (inżynier od spraw organizmu i zdrowia), przeszła do modelu socjoeologicznego, w którym liczy się współpraca z pacjentem w trosce o jego zdrowie, a lekarz (i personel medyczny) nie jest już tylko inżynierem leczącym maszynę ludzkiego organizmu, ale jednocześnie jest psychologiem, rozumiejącym, że ma do czynienia z żywym człowiekiem i jego osobowością. Zdrowie zgodnie z obecną definicją Światowej Organizacji Zdrowia to nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, czyli dobrego samopoczucia [2].

Diagnoza stanu zdrowia

Badania stanu zdrowia ludności Polski przeprowadzane są przez Główny Urząd Statystyczny na reprezentatywnej próbie losowej co kilka lat i mają na celu ocenę kondycji zdrowotnej Polaków. Innym ośrodkiem zbierającym informacje o stanie zdrowia i samoocenie jest Centrum Badań Opinii Publicznej. Kolejnym źródłem danych o sytuacji zdrowotnej w Polsce, w porównaniu z krajami Unii Europejskiej, są raporty Państwowego Zakładu Higieny. Na podstawie raportów z badań tych ośrodków została przeprowadzona analiza stanu zdrowia młodzieży akademickiej.

Z deklaracji respondentów badań CBOS z 2012 r. wynika, że zdrowie to jedno z podstawowych dóbr cenionych w polskim społeczeństwie [3]. Na zachowanie dobrego stanu zdrowia jako jedną z podstawowych wartości codziennego życia wskazało w czerwcu 2010 roku trzy czwarte badanych [4]. Wyżej cenione jest jedynie szczęście rodzinne. W badaniach z 2012 roku [3] blisko trzy piąte dorosłych Polaków (57%) określa stan swojego zdrowia jako co najmniej dobry, w tym co szósty (16%) jest nim bardzo usatysfakcjonowany. Niezadowolone wyraża 13% ankietowanych, a prawie jedna trzecia (30%) ocenia swoje zdrowie jako średnie czyli ani dobre, ani złe. Ogólnie Polacy są zadowoleni z własnej kondycji zdrowotnej. Porównując badania z ostatnich pięciu lat warto podkreślić, iż zwiększył się odsetek badanych postrzegających stan swojego zdrowia jako co najmniej dobry (wzrost o 5 punktów), ubyło natomiast osób wyrażających niezadowolenie w tym względzie (spadek o 4 punkty). Ankietowani w wieku od 18 do 34 lat powszechnie deklarują zadowolenie ze swego zdrowia (84–91%), jedynie sporadycznie określają stan swojego zdrowia jako zły lub bardzo zły.

Zdaniem ankietowanych w czasie badań CBOS z 2012 r. [3], działaniem, które w największym stopniu przyczynia się do poprawy zdrowia jest właściwe odżywianie się, a więc m.in. częste spożywanie warzyw i owoców oraz ograniczanie tłuszczów zwierzęcych. Co trzeci respondent do działań prozdrowotnych zalicza przede wszystkim regularne wizyty u lekarza (34%), a mniej więcej co czwarty za takie działanie uznaje w pierwszej kolejności unikanie sytuacji stresowych

(29%), regularne uprawianie gimnastyki (25%) oraz inne formy aktywności fizycznej, w tym spacer, wycieczki rowerowe itp. (23%). Co piąty ankietowany (21%) jest przekonany, że na poprawę zdrowia może wpływać abstynencja nikotynowa, a co jedenasty (9%) wskazuje w tym kontekście na rezygnację z alkoholu. Zaledwie trzech na stu badanych (3%) za niezbędne dla zachowania dobrego zdrowia uznaje regularne zażywanie preparatów lub tabletek witaminowych. Systematycznie wzrasta przekonanie o istotnym znaczeniu regularnych wizyt lekarskich. Osoby oceniające stan swojego zdrowia jako dobry lub bardzo dobry są zdania, że w największym stopniu do jego poprawy przyczyniają się odpowiednie odżywianie (53% wskazań) oraz regularne uprawianie sportu (31%). Wizyty u lekarza znalazły się dopiero na trzeciej pozycji (28%). Osoby, które nie są zadowolone ze swojego zdrowia, wśród aktywności prozdrowotnych wymieniają przede wszystkim regularne kontrole medyczne (47% wskazań), a dopiero później zdrowe odżywianie się (43%). W tej grupie respondentów aktywność fizyczna schodzi na zdecydowanie dalszy plan.

Przyczyny zmniejszenia się ilości czasu wolnego związane są przede wszystkim ze zwiększeniem się ilości obowiązków, związanych z podjęciem nauki [5]. Im starsi respondenci, tym mają więcej czasu dla siebie. Wśród badanych w wieku 18–34 lat ponad połowa odczuwa zmniejszenie się ilości wolnego czasu, co związane jest z wchodzeniem w okres aktywności zawodowej. Wiek różnicuje także to, czym badani zajmują się w weekendy. Osoby od 18 do 24 roku życia częściej wybierają sen, słuchanie muzyki, bywanie w kawiarniach i dyskotekach, gry komputerowe oraz naukę.

Diagnoza stanu zdrowia studentek Położnictwa

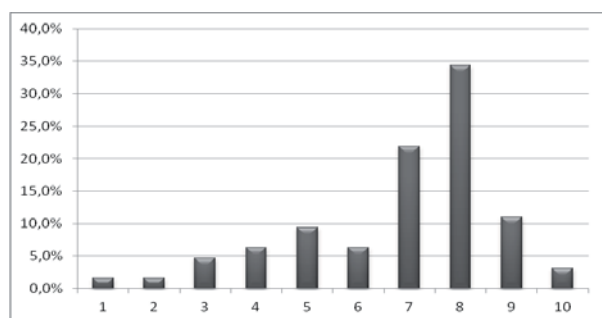
Celem pierwszej części badań była diagnoza stanu zdrowia studentek pierwszego roku Położnictwa. Przebadano 64 studentki, średnia wieku wynosiła $20,0 \pm 1,35$ lat. Oprócz pytań ankietowych własnego autorstwa przeprowadzono badania za pomocą kwestionariusza powszechnie stosowanego w badaniach psychologicznych z zakresu psychologii zdrowia tzw. Inwentarza Zachowań Zdrowotnych, który zawiera on 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem [6]. Biorąc pod uwagę wskazaną przez badanych częstotliwość poszczególnych zachowań ustala się ogólne nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego. Prawidłowe nawyki żywieniowe uwzględniają przede wszystkim rodzaj spożywanej żywności. Twierdzenia opisujące zachowania profilaktyczne dotyczą przestrzegania zaleceń zdrowotnych, uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby,

natomiast praktyki zdrowotne obejmują codzienne nawyki dotyczące snu i rekreacji czy aktywności fizycznej. Pozytywne nastawienie psychiczne włączają w zakres zachowań zdrowotnych takie czynniki psychologiczne, jak: unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć, czy sytuacji wpływających przygnębiająco.

Badane studentki deklarują, że są zadowolone ze swojego stanu zdrowia (71,9%). Średni stopień zadowolenia ze swojego stanu zdrowia wynosi $6,9 \pm 1,95$, a z rozkładu ocen (Rycina 1) wyraźnie widać niesymetryczność przesuniętą w stronę wysokich wartości, która oznacza, że większość badanych wysoko ocena swoje zdrowie. Najwięcej osób oceniła swoje zdrowie na 8 punktów, w skali od 0 do 10.

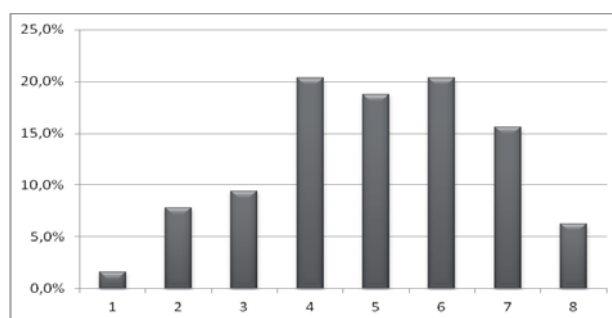
Oprócz zadowolenia ze swojego stanu zdrowia badana grupa w swojej opinii dba o prawidłowy stan zdrowia (78,1%), tylko 15,6% nie zwraca uwagi, a 6,3% chciałaby ale nie wie jak. Ogólnie można powiedzieć, że świadomość dbania o prawidłowy stan zdrowia jest zadowalająca.

Obliczając ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych otrzymany w badaniach za pomocą kwestionariusza Inwentarz Zachowań Zdrowotnych otrzymaną liczbą punktów przeliczono na skalę stenową i porównano ze średnimi tymczasowych norm polskich [6]. Wyniki w granicach 1–4 stena przyjęto traktować jako wyniki niskie, w granicach 7–10 stena jako wysokie, co powinno odpowiadać obszarowi 33% wyników najniższych i najwyższych w skali. Wyniki w granicach 5 i 6 stena traktuje się jako przeciętne. Aż 39,1% spośród badanych uzyskało wyniki w granicach 1–4 oraz pomiędzy 5–6. Tylko 21,9% uzyskało wynik w granicach 7–10. Podsumowując, młodzież prezentuje niskie i przeciętne zachowania zdrowotne, a tylko niewielka grupa osób przyznaje się do pożądanego wysokich zachowań zdrowotnych (Rycina 2).



Rycina 1. Rozkład stopni zadowolenia ze swojego stanu zdrowia.
Figure 1. Distribution of satisfaction with health degrees.

Źródło: opracowanie własne
Source: author's concept



Rycina 2. Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych.
Figure 2. General index of health behaviours.

Źródło: opracowanie własne
Source: author's concept

Kolejnym etapem było oddzielenie poszczególnych kategorii zachowań zdrowotnych dla badanej grupy i porównanie ich z wartościami średnimi (tab.1). Dla ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych nasilenie mierzy się średnią liczbą punktów z każdej kategorii, natomiast dla poszczególnych kategorii średnią liczbą punktów w każdej kategorii (czyli suma punktów podzielona przez 6). Analizując badany materiał we wszystkich przypadkach wskaźników zachowań zdrowotnych stwierdzono niższe wartości niż w grupie kontrolnej.

Tabela 1. Wskaźniki zachowań zdrowotnych badanych studentek
Table 1. Indexes of students' health behaviours

Kategorie zachowań zdrowotnych	Średnie wyniki badanych studentów wg Juczyńskiego		Średnie wyniki badanej grupy studentów	
	M	SD	M	SD
Ogólny wskaźnik zachowań	80,62	15,34	75,63	11,7
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,45	0,83	3,18	0,66
Zachowania profilaktyczne	3,22	0,91	3,1	0,71
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,36	0,68	3,22	0,68
Praktyki zdrowotne	3,4	0,74	3,11	0,62

M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe

Źródło: opracowanie własne
Source: author's concept

Zagrożenia zdrowotne

Zgodnie z danymi przedstawionymi przez Ministerstwo Zdrowia główne zagrożenia zdrowia lokują się w trzech obszarach: styl życia, środowisko społeczne

i środowisko fizyczne [7]. Styl życia i zachowania zdrowotne determinują w największym stopniu stan zdrowia ludności. W Polsce istnieje wiele poważnych nieprawidłowości w zakresie tej grupy czynników. Do zachowań zagrażających zdrowiu należą: mała aktywność fizyczna ogółu ludności, nieprawidłowości w sposobie odżywiania, palenie tytoniu, nadmierne spożycie alkoholu i używanie substancji psychoaktywnych. Według danych Ministerstwa Zdrowia zaledwie 30% dzieci i młodzieży oraz 10% dorosłych uprawia różne formy ruchu, którego rodzaj i intensywność zaspokajają potrzeby fizjologiczne organizmu. Można szacować [8], że zadowalający z punktu widzenia zdrowia poziom aktywności fizycznej cechuje: 70% dzieci 6–7-letnich, 20–30% młodzieży w wieku 11–15 lat i tylko 10% dorosłych. W czasie wolnym przeciętnego Polaka dominują zajęcia związane z brakiem aktywności fizycznej, głównie oglądanie telewizji (np. ok. 40% młodzieży 11–15-letniej poświęca na to 4 godz. i więcej dziennie). Nieprawidłowości w sposobie żywienia, w tym nadmiar energii pobieranej z pożywieniem, spożycie tłuszczów (zwłaszcza zwierzęcych) oraz soli kuchennej (ponad 15 g przy zalecanych 5–6 g dziennie), niedobór spożycia mleka i napojów mlecznych, warzyw i owoców, ciemnego pieczywa, zbyt mała liczba posiłków i ich nieregularność (np. wśród młodzieży 11–15-letniej 15% nie spożywa codziennie pierwszego śniadania a 24% nie je posiłku w szkole) oraz zbyt mała liczba niemowląt karmionych wyłącznie piersią w pierwszych 6 miesiącach życia, skutkują z jednej strony nadwagą (ok. 25% dorosłej ludności charakteryzuje się otyłością – BMI > 30 kg/m² a ok. 40% nadwagą – BMI > 25–30 kg/m²) a z drugiej niedożywieniem i niedoborami mineralno-witaminowymi. Dane dotyczące palenia papierosów wskazują na trend spadkowy w populacji dorosłych (ok. 40% mężczyzn i 20% kobiet pali codziennie papierosy) w odróżnieniu od populacji młodzieży (22% chłopców i 14% dziewcząt w wieku 15 lat pali papierosy codziennie) [7]. W 1995 r. paliło regularnie (codziennie) papierosy 47% mężczyzn i 23% kobiet. Pali także ok. 30% kobiet ciężarnych [8]. Wśród młodzieży w wieku 11–15 lat w 1994 r. paliło 18% chłopców i 8% dziewcząt, w tym codziennie odpowiednio 8% i 3%. Odsetki palącej młodzieży gwałtownie zwiększają się z wiekiem. W latach 1992–1995 odsetki palaczy wśród dorosłych nie uległy wyraźnym zmianom. Kolejne alarmujące dane dotyczą spożycia alkoholu. Szacuje się, że w skali kraju uzależnionych od alkoholu jest ok. 600–800 tysięcy osób, nadużywających – ok. 3 miliony, a wśród 15-latków ok. 50% miało kontakt z alkoholem [7]. Według danych szacunkowych rzeczywiste średnie roczne spożycie czystego alkoholu wynosiło w ostatnich latach 9–10 litrów [8]. Szacuje się, że uzależnionych od alkoholu jest ok. 600–800 tys. osób, pijących szkodliwie 2–3 mln, a znacznie większa, choć trudna do oszacowania, jest liczba pijących alkohol w sposób ryzykowny. W latach 1989–1993 spoży-

cie alkoholu gwałtownie wzrosło. Wśród młodzieży w wieku 11–15 lat 34% chłopców i 18% dziewcząt było w stanie upojenia alkoholowego co najmniej 2 razy w życiu i odsetek ten wzrasta gwałtownie z wiekiem. W latach 1990–1994 zwiększył się odsetek młodzieży pijącej piwo. Rozmiary używania substancji psychoaktywnych są trudne do określenia. Według danych szacunkowych liczba osób uzależnionych od opiatów wynosi ok. 25–30 tys. Wśród młodzieży w wieku 12–16 lat kontakt z narkotykami ma 3–8% osób, w tym 0,3–0,8% to osoby uzależnione. W ostatnich latach zwiększa się spożycie substancji psychoaktywnych wśród młodych ludzi.

Środowisko społeczne, relacje w rodzinie, miejscu nauki i pracy, w społeczności lokalnej oraz czynniki ekonomiczne wpływają w istotny sposób na kondycję psychofizyczną i stan zdrowia ludności [8]. Procesy transformacji polityczno-społeczno-ekonomicznej, rozpoczęte w 1989 r., stwarzają zarówno nowe szanse, jak i nowe zagrożenia zdrowia. Do zjawisk, które mogą odgrywać tu istotną rolę, należą: narastające ograniczenie dostępu do zasobów niezbędnych dla utrzymania i pomnażania zdrowia (pożywienie, mieszkanie, ubranie i praca), uzależnienie znacznej części społeczeństwa (obecnie ok. 8%) od pomocy społecznej, przy wycofywaniu się państwa z różnych form świadczeń społecznych w sferze ochrony zdrowia, niekorzystna sytuacja w dziedzinie edukacji, nauki i kultury, nasilające się patologie życia społecznego oraz narastanie występowania zjawiska określanego jako „syndrom opuszczonych rąk”.

Zagrożenia zdrowia człowieka i jego dobrego samopoczucia powstające w środowisku fizycznym, wiążą się z jednej strony z gwałtownym rozwojem przemysłu oraz postępującym procesem urbanizacji, a z drugiej strony z niewłaściwą w przeszłości polityką ekologiczną i brakiem troski o ochronę środowiska [8]. Brak świadomości skutków zdrowotnych związanych z zanieczyszczeniem środowiska spowodował znaczną degradację środowiska w Polsce. Dopiero w ostatnich latach zaznaczył się spadek zanieczyszczenia środowiska i zmniejszenie zagrożenia zdrowia ludności wynikającego z tych zanieczyszczeń. Do podstawowych zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego w Polsce należą: dwutlenek siarki (SO₂), pyły i dwutlenek azotu (NO₂). Mimo że od końca lat osiemdziesiątych obserwuje się korzystne tendencje zmniejszenia emisji tych zanieczyszczeń, to sytuacja w Polsce jest wciąż jeszcze niekorzystna na tle większości państw europejskich. Ponadto w wyniku transgranicznego przenoszenia niektórych zanieczyszczeń około 87% powstających w Polsce tlenków azotu, 75% tlenków siarki i 48% amoniaku jest przenoszonych poza granice kraju. Równocześnie około 60% siarki i około 80% azotu utlenionego osiadających na obszarze Polski pochodziło z zagranicy. Zmniejszeniu emisji zanieczyszczeń towarzyszy wyraźna tendencja spadkowa ich stężenia w powietrzu atmosferycznym. Od połowy lat osiemdziesiątych zmniejsza się ilość nie oczyszczonych ście-

ków przemysłowych i komunalnych, odprowadzanych do wód powierzchniowych. Jednak wciąż jeszcze około 1/4 ścieków wymaga oczyszczenia. Wody powierzchniowe są w dużym stopniu zanieczyszczone. Blisko połowa kontrolowanych odcinków rzek jest nadmiernie zanieczyszczona chemicznie, a według kryterium biologicznego aż 90% jest nadmiernie zanieczyszczonych. Jakość wody do picia z wodociągów jest w zdecydowanej większości przypadków (ok. 90% wodociągów publicznych i ponad 70% wodociągów lokalnych) klasyfikowana jako dobra. Jednak woda ze studni publicznych i przydomowych jest w przeważającym stopniu oceniana jako niepewna lub zła. Problemem w wielu miastach jest hałas drogowy, który często przekracza dopuszczalny poziom. Również wiele zakładów przemysłowych emituje hałas przekraczający dopuszczalne normy, często w nocy. Istotny problem stanowią zagrożenia środowiska pracy z powodu braku dostatecznego zabezpieczenia stanowisk pracy przed czynnikami szkodliwymi, jak hałas, wibracja, pyły, toksyczne substancje lotne.

Opinie studentek Położnictwa o zagrożeniach zdrowotnych

Badana grupa po zapoznaniu się z podstawowymi zagadnieniami dotyczącymi zagrożeń zdrowotnych wypełniała krótką ankietę na temat ich opinii o tych zagrożeniach. Według respondentek wszystkie rodzaje zagrożeń są bardzo ważne, choć najwyższą rangę w skali 1–5 nadały zagrożeniom związanym ze stylem życia, tłumacząc przede wszystkim tym, że te zagrożenia są im najbliższe. Zarówno zagrożenia w środowisku społecznym, jak i zagrożenia w środowisku fizycznym są im znane i w ich opiniach również ważne, pomimo nadania im mniejszej rangi. Ze względu na młody wiek badanych nadają one niewielkie znaczenie tych czynników jako zagrożenia zdrowia.

Tabela 2. Średnie wagi i rozkłady rang (w %) dla zagrożeń zdrowotnych
Table 2. The average weight and rang distributions (in %) for health treats

Zagrożenia		Średnia waga	Kolejność dla badanej grupy	Rangi (wybory w %)					
				1	2	3	4	5	
Styl życia	mała aktywność fizyczna ogółu ludności	4,2	3,9	2	1,56%	4,69%	12,50%	37,50%	43,75%
	nieprawidłowości w sposobie żywienia	4,6		1	0,00%	1,56%	4,69%	28,13%	65,63%
	palenie tytoniu	3,2		5	12,50%	15,63%	31,25%	21,88%	18,75%
	nadmierne spożycie alkoholu, zwłaszcza napojów wysokoprocentowych	4,0		3	3,13%	6,25%	15,63%	40,63%	34,38%
	używanie substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol i nikotyna)	3,6		4	4,69%	15,63%	18,75%	35,94%	25,00%
Zagrożenia w środowisku społecznym	narastające ograniczenie dostępu do podstawowych zasobów, niezbędnych dla utrzymania i pomnażania zdrowia, takich jak pożywienie, mieszkanie, ubranie i praca	3,9	2,7	1	3,13%	9,38%	18,75%	35,94%	32,81%
	uzależnienie znacznej części społeczeństwa od pomocy społecznej	2,8		4	20,31%	21,88%	23,44%	21,88%	12,50%
	zmniejszające się nakłady budżetowe na edukację, naukę i kulturę	2,6		5	25,00%	28,13%	18,75%	15,63%	12,50%
	niski poziom wykształcenia ludności	1,9		8	43,75%	32,81%	15,63%	4,69%	3,13%
	pogłębienie nierówności społecznych (miasto kontra wieś)	2,4		6	18,75%	43,75%	21,88%	12,50%	3,13%
	nasilające się patologie życia społecznego	3,1		3	9,38%	21,88%	32,81%	18,75%	17,19%
	spadek poczucia bezpieczeństwa osobistego	3,2		2	7,81%	18,75%	34,38%	21,88%	17,19%
	narastanie występowania zjawiska określanego jako „syndrom opuszczonych rąk”, polegającego na przekonaniu, że „nic się już nie może zmienić, chyba że na gorsze”	2,0		7	46,88%	23,44%	15,63%	10,94%	3,13%
Zagrożenia w środowisku fizycznym	zanieczyszczenia środowiska	3,5	3,1	2	7,81%	12,50%	25,00%	31,25%	23,44%
	ilość nieoczyszczonych ścieków przemysłowych i komunalnych, odprowadzanych do wód powierzchniowych	4,1		1	3,13%	6,25%	12,50%	37,50%	40,63%
	hałas drogowy	3,2		3	15,63%	18,75%	20,31%	25,00%	20,31%
	hałas z zakładów przemysłowych	1,6		5	50,00%	39,06%	7,81%	3,13%	0,00%
	zagrożenia środowiska pracy	2,9		4	15,63%	28,13%	20,31%	20,31%	15,63%

Podsumowanie

Porównując przeprowadzoną diagnozę stanu zdrowia badanej grupy studentek z przedstawionymi danymi badań Centrum Badań Opinii Społecznych zauważyć można wiele podobieństw. Młode osoby są zadowolone ze swojego stanu zdrowia, jak również dbają o zdrowie. Młodzież prezentuje niskie i przeciętne zachowania zdrowotne, a tylko niewielka grupa osób przyznaje się do pożądaných wysokich zachowań zdrowotnych. Poszczególne wskaźniki zachowań zdrowotnych dotyczące prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych przyjmują wartości niższe niż grupy normalizacyjnej. Przyczyny zmniejszenia się ilości czasu wolnego są związane przede wszystkim ze zwiększeniem się obowiązków, do których należą podjęcie nauki w czasie studiów. Wyniki badań pokrywają się z wynikami badań przeprowadzonych przez CBOS.

Ze względu na to, że zdrowie jest jednym z podstawowych czynników dobrostanu człowieka należy poznać zagrożenia, aby móc w odpowiedni sposób zapobiec i zwalczać ich wpływ na zdrowie. Dla młodych ludzi najbardziej zauważane są te, które związane są z nieprawidłowym stylem życia i zachowaniami zdrowotnymi. Kolejną grupą są zagrożenia w środowisku fizycznym. W tym przypadku młodzi respondenci zauważają zagrożenia, które niesie rozwój cywilizacji oraz gwałtowny rozwój przemysłu i postępujący proces urbanizacji. Najmniej zauważalną grupą zagrożeń są zagrożenia w środowisku społecznym. Młodzi ludzie nie są świadomi konsekwencji tych zagrożeń. Nie zdają sobie sprawy z tego, że na środowisko społeczne składają się warunki życia i pracy, wysokość zarobków, wykształcenie, a także przynależność do określonej grupy społecznej. Może być to spowodowane ich wiekiem, w którym te problemy są odsuwane na dalszy plan.

W związku z powyższym należałoby zadbać o systematyczną edukację zdrowotną w zakresie działań zmniejszających negatywny wpływ zagrożeń na zdrowie. Młodzi ludzie powinni zrozumieć, że zdrowie to najważniejszy sprzymierzeniec człowieka, który zapewnia mu radość, sukces i szczęście.

PIŚMIENNICTWO

1. Najzdrowszy Kościół świata! Znaki Czasu 5/2007. www.adwent.pl, data dostępu 29.04.2013.
2. Holizm i zdrowie. www.seremet.org/who_zdrowie.html, data dostępu 27.04.2013.
3. Boguszewski R.: Raport CBOS – komunikat z badań: Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach, sierpień 2012, www.cbos.pl, data dostępu 17.04.2013.
4. Boguszewski R.: Raport CBOS – komunikat z badań: Co jest ważne, co można, a czego nie wolno – normy i wartości w życiu Polaków, lipiec 2010, www.cbos.pl, data dostępu 17.04.2013.
5. Lewandowska J.: Raport CBOS – komunikat z badań: Co Polacy robią w czasie wolnym? – sierpień 2006, www.cbos.pl, data dostępu 17.04.2013.
6. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
7. Główne zagrożenia zdrowia i problemy zdrowotne ludności <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/slajd?mr=m4&ms=1&ml=pl&mi=5&mx=0&mt=&my=5&ma=0236>, data dostępu 29.04.2013.
8. Główne zagrożenia zdrowia i problemy zdrowotne ludności. http://www.medstat.waw.pl/nhp_p/4_p.html6, data dostępu 29.04.2013.

Adres do korespondencji:

dr inż. Renata Rasińska
rasinska@ump.edu.pl
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań

WYBRANE DOŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z MACIERZYŃSTWEM – BADANIA WŁASNE

SELECTED EXPERIENCES RELATED TO MOTHERHOOD – OWN RESEARCH

ANITA MACHAJ-SZCZEREK, IZABELA STANKOWSKA

Wyższa Szkoła Bezpieczeństwa w Poznaniu
Wydział Studiów Społecznych
Katedra Nauk Humanistycznych
Kierownik: dr Stanisław Mikołajczak

Streszczenie

Wstęp. Celem niniejszego artykułu jest opisanie kluczowych doświadczeń związanych z macierzyństwem kobiet posiadających małe dziecko oraz wskazanie obszarów, które mogą wymagać modyfikacji, edukacji.

Materiał i metody. Materiał empiryczny służący opracowaniu zagadnienia zebrano, obejmując badaniami 254 kobiety posiadające małe dziecko i będące w heteroseksualnym związku. Dobór do grupy badanej miał charakter celowy. Metodę badawczą stanowił Kwestionariusz do badania wybranych doświadczeń związanych z macierzyństwem.

Wyniki. 39% kobiet nie planowało swojego pierwszego dziecka, 30% kobiet deklaruje nieprzyjemne odczucia jako własną reakcję na informację o byciu w ciąży, 18% osób badanych doświadczyło utraty dziecka, 11% kobiet doświadczyło depresji poporodowej, dla 21% kobiet poród jest doświadczeniem traumatycznym, 25% kobiet zdecydowało się na posiadanie tylko jednego dziecka, dla 22% kobiet motywacją do macierzyństwa była ich własna potrzeba posiadania dziecka, 31% kierowało się chęcią pogłębienia więzi z partnerem, 82% kobiet, po urodzeniu pierwszego dziecka, powróciło do aktywności zawodowej.

Wnioski i dyskusja. Uzyskane wyniki uprawniają do wnioskowania o konieczności psychoedukacji psychologów, pedagogów, psychoterapeutów i pracowników służb medycznych w zakresie udzielania wsparcia i pomocy w sytuacjach trudnych związanych z macierzyństwem.

Słowa kluczowe: macierzyństwo, poronienie, depresja poporodowa.

Abstract

Introduction. The purpose of the present article is to describe the key experiences related to the motherhood of women with young children, and to point out the areas which may need modification, education and so forth. .

Material and methods. The empirical material for the analysis of the problem was collected on the basis of a study performed on 254 women with young children who lived in a heterosexual relationship. The research method consisted of a Questionnaire for investigating selected experiences related to motherhood.

Results. 39% of the women did not plan to have their first baby, 30% of them admitted to experiencing an unpleasant feeling upon finding out about being pregnant, 18% of subjects suffered a miscarriage, 11% of the women were affected by postpartum depression. Additionally, giving birth was a traumatic experience for 21% of the women, 25% of them decided to have one child only while 22% of them decided to become mothers as a result of their own desire to have a baby. Also, 31% of participants were motivated by a wish to deepen their relationship with their partner while 82% of them returned to work after having their first baby.

Conclusions and discussion. On the basis of the obtained results one may conclude that psychologists, counsellors, psychotherapists, and health care professionals should be trained in giving support and assistance in difficult situations related to motherhood.

Key words: motherhood, miscarriage, postpartum depression.

Wprowadzenie

„Macierzyństwo” i „dziecko” są postrzegane jako istotne wartości w kontekście społecznym. Wzorce społeczne realizowane są przez rolę, jakie jednostka może przyjmować. Najczęściej postrzegane są one jako spójny kulturowo zespół przepisów, które odzwierciedlają sumę oczekiwań kierowanych pod adresem osoby zajmującej pewne miejsce w strukturze społecznej [1,2]. Bycie matką w społecznym odbiorze jest taką właśnie rolą, jednak definicja socjologiczna pomija warstwę indywidualnych znaczeń, jakie przypisują tej roli same kobiety. Zwykle dochodzi do pewnego uzgodnienia sensów społecznych z osobistymi, by stworzyć spójny obraz siebie w nowej roli – matki [3].

Społeczne interpretacje kobiecych ról wskazują na dwa najczęściej pojawiające się systemy opisu: 1) trady-

cyjny, skoncentrowany na poświęceniu i oddaniu rodzinie przez kobietę, oraz 2) rewolucyjno-feministyczny, zapraszający do rozwoju zawodowego z pominięciem lub pomniejszeniem roli rodziny i macierzyństwa.

A. Titkow [4] przypomina tradycyjną genezę „ge-notypu społecznego wzoru kobiety”, która jest w stanie podolać każdemu wyzwaniu, zakorzenionemu w mentalności społecznej od okresu utraty niepodległości kraju. Motyw „matki Polki”, dla której poświęcenie jest najwyższą wartością, funkcjonuje do dziś pod postacią redukcji kobiety do jednej roli – matki, którą powinna wypełnić każda kobieta, bez względu na własne poglądy. Postrzeganie macierzyństwa jako obowiązku łączy się z przymusem małżeństwa, a potrzeba posiadania dziecka przysługuje tylko tym kobietom, które

wypełniają społeczną rolę żony. W myśl tego ujęcia, kobieta, która nie posiada dziecka jest niepełnowartościowa, a ta, która nie odczuwa potrzeby jego urodzenia cierpi na problemy osobowościowe, które zaburzyły jej instynkt macierzyński [5,6]. Urodzenie dziecka staje się możliwością awansu społecznego, podwyższenia swojej rangi w rodzinie, a także źródłem przywilejów. Bezpłodność natomiast związana jest z poczuciem winy i niską samooceną w aspekcie kobiecości [7]. Kobiety wypełniające rolę matki pod presją tego stanowiska, nie zawsze wykazują gotowość do macierzyństwa. Najczęściej spotykane wyrazy nieprzystosowania do macierzyństwa to fetyszyzacja roli, manipulacja rolą, negacja roli oraz jej kreacja [8].

Fetyszyzacja roli polega na zatracaniu się w macierzyństwie i budowaniu własnej tożsamości niemalże tylko w oparciu o ten jeden wymiar. Podporządkowanie dziecku całego życia osobistego i zawodowego owocuje nadopiekuńczością, nadmiernym emocjonalnym skoncentrowaniem na dziecku, relacją symbiotycznie wiążącą i najczęściej dystansującą partnera. Takie nastawienie do dziecka nazywa się czasem macierzyństwem zaborczym, ponieważ buduje w świadomości dziecka potrzebę nierozłączności z matką, deklaratywnie uczuciowych względem niej oraz tłumi autonomię dziecka.

Manipulacja rolą jest wyrazem instrumentalnego podejścia do macierzyństwa, dzięki któremu kobieta może realizować inne cele, jak np. zawarcie małżeństwa, wzmocnienie więzi partnerskiej lub zabezpieczenie starości. Negacja roli ma miejsce, kiedy kobieta staje się matką w wyniku presji społecznej, dziecko jest nieplanowane lub nieakceptowane przez partnera. Ta postawa pojawia się też u kobiet, które są intensywnie zorientowane na cele pozamacierzyńskie np. zawodowe, traktując urodzenie dziecka jak jedno z zadań do wykonania. Ten rodzaj macierzyństwa nazywa się czasem perfekcyjnym, ponieważ matka żywi nieadekwatne oczekiwania względem dziecka, wyznaczając nieosiągalne dla dziecka cele, planując bardzo dokładnie jego czas i obdarzając je nadmierną kontrolą. Dziecko jest odbierane jako jeden z „projektów”, który należy perfekcyjnie zrealizować. Kreacja roli polega na jej własnym definiowaniu w rozwojowym kontekście. Najczęściej pojawia się u matek dzieci niepełnosprawnych, które poszerzają swoje kompetencje rodzicielskie o umiejętności terapeutyczne, rehabilitacyjne i dydaktyczne.

Stanowisko tradycyjne spotykane jest coraz rzadziej, jednak jego echo odbija się w poglądach wyrażających potępienie kobiet, które poświęcają więcej czasu pracy zawodowej lub zrezygnowały dla niej z posiadania dziecka [9]. Oznacza to w praktyce, że sukcesy kobiety są oceniane negatywnie, ponieważ realizowane są kosztem rodziny (realnej lub potencjalnej). Inną konsekwencją tego poglądu, która ma znamieny wpływ na funkcjonowanie kobiet jest przekonanie, że matka jest odpowiedzialna za wychowanie dzieci oraz zadbanie o gospodarstwo domowe i nie potrzebuje wsparcia partnera w tym zakresie. Efektem takiego podejścia jest zmę-

czenie, brak wiary we własne możliwości, obniżona samoocena, brak snu i przyzwolenia na wypoczynek. Wypaleniem fizycznym i psychicznym dotknięte są przede wszystkim te kobiety, które same wyznaczają sobie bardzo wysokie standardy i nierealistyczne wymagania, przyjmując postawę perfekcjonistyczną. Kobieta-matka jest zobligowana systemem moralnym nakładającym jej przykładowe zachowanie, jak również nakładającym na nią szereg ograniczeń, szczególnie w zakresie swobody seksualnej, czyniąc kobietę w ciąży asekualną, a matkę – unikającą współżycia [7].

Macierzyństwo dla współczesnej Polki ma nadal ogromne znaczenie, jednak nie staje się już tak często jedyną treścią życia. Przeobrażenie dokonało się w sferze podejmowania decyzji prokreacyjnych. Kobiety chcą podejmować rolę matki i wypełniać ją we właściwy sposób, jednak zdają sobie sprawę, że aby było to możliwe, muszą dysponować koniecznymi środkami środowiskowymi, finansowymi oraz gotowością psychiczną. Odracanie decyzji o macierzyństwie jest zatem wyborem przemyślanym, zmierzającym do zapewnienia sobie poczucia komfortu w przyszłości [6]. Dokonywanie takich wyborów jest konsekwencją rozwoju kobiet, które są świadome własnej potrzeby wolności, samorealizacji, a dziecko traktują jako dobro, na którego przyjęcie muszą być gotowe – dojrzałe macierzyństwo. Taka postawa umożliwia świadome rezygnowanie z pewnych płaszczyzn funkcjonowania na rzecz posiadania dziecka oraz minimalizację konfliktu dziecko-praca. Podejście umiarkowane jest zatem wypadkową tradycyjnego i pseudonowoczesnego. Zakłada, że rolę matki i pracownika da się połączyć.

Innym aspektem aktualnej sytuacji społecznej kobiet są przemiany rodziny. Redukcja trwałości i stałości małżeństwa, doprowadza do spadku jego wartości. Bezrobocie odnoszące się do kobiet wpływa na postawy antyprokreacyjne i antymacierzyńskie, odraczając także plany matrymonialne współczesnych kobiet. Początek lat 90-tych to czas, kiedy kobiety wchodziły w związki małżeńskie w wieku 22 lat, rodząc pierwsze dziecko między 20. a 24. rokiem życia. Pod koniec lat 90-tych Polka składa przysięgę małżeńską w wieku 24 lat, decydując się na zostanie matką po raz pierwszy między 25. a 29. rokiem życia. Od 2000 roku coraz więcej kobiet decyduje się na macierzyństwo w wieku 35 lat, a około 20% z nich decyduje się pozostać w stanie wolnym, rezygnując zupełnie w swoich planach życiowych z formalnego zawarcia związku [10]. Rezultaty badań H. Cudaka pokazują, że posiadanie dziecka nie jest motywem głównym zawierania związków małżeńskich [11]. 13,5% kobiet kieruje się tą motywacją, natomiast mężczyźni w 11,8%, przy czym posiadanie dziecka zajmuje wyższą pozycję u osób w przedziale 25–30 lat. Posiadanie dziecka nie jest postrzegane jako gwarancja jedności i trwałości związku. Zdaniem 65,1% mężczyzn, kobiety powinny zajmować się tylko domem, nie podejmując aktywności zawo-

dowej, a tylko 31,8% zgadzało się na rozwój zawodowy swoich partnerek. 45,5% kobiet uznało, że rola matki i gospodyni powinna satysfakcjonować kobietę w pełni, natomiast 51,8% preferuje łączenie roli macierzyńskiej z zawodową jako optymalny model funkcjonowania [11]. Zgodność poglądów partnerów dotyczących wychowania dziecka oraz działań praktycznych w tym zakresie jest jednym z ważniejszych wyznaczników powodzenia związku. Analiza znaczeń przypisywanych dziecku w związku partnerskim dokonana przez A. Titkow [11] wskazuje na kilka możliwych wartości:

- motywacja stymulacyjna – pozytywne doznania płynące z faktu zostania rodzicem oraz możliwości rozwoju indywidualnego, a także rozwoju związku w zakresie ról rodzicielskich,
- motywacja pragmatyczna – posiadanie dziecka jako czynnik wyznaczający cele życiowe rodziców oraz cele związku jako systemu budującego rodzinę,
- motywacja egzystencjalna – potrzeba pozostawienia części siebie na świecie, poczucie przedłużenia własnej egzystencji poprzez posiadanie dzieci, a w szerszym kontekście przedłużenie egzystencji narodu.

Tendencję do łączenia faktu posiadania dziecka z satysfakcją płynącą ze związku potwierdzają wyniki badań z 2004 roku przeprowadzonych przez J. Guttmanna i A. Lazara [11]. Pary małżeńskie, które zdecydowały się na pierwsze dziecko deklarowały znacznie wyższy poziom zadowolenia z relacji w porównaniu z małżeństwami, które pozostawały bezdzietne. Jednocześnie kobiety i mężczyźni różnią się w zakresie subiektywnego poczucia szczęścia [7]. Najwyższe wskaźniki szczęścia w tym badaniu osiągnęły kobiety pracujące i zamężne, lecz nie posiadające dzieci. Trochę niżej plasowały się mężatki niepracujące, trzecią pozycję zajęły kobiety pracujące z dziećmi, a ostatnią niepracujące mężatki z dziećmi. Mężczyźni, którzy wykazali najwyższy wskaźnik poczucia szczęścia pracują i posiadają rodzinę. Można wnioskować, że dzieci są źródłem większego zadowolenia dla mężczyzn, jednak należy stwierdzić, że spędzają oni z nimi znacznie mniej czasu i prawdopodobnie z tego powodu jest im łatwiej czerpać radość z rodzicielstwa.

Wraz z procesem odraczania formalizowania związku lub kohabitacyjnymi decyzjami młodych par, spada wartość przypisywana posiadaniu dziecka, a nastawienie do rodzicielstwa staje się odbiciem ważniejszych tendencji kulturowych. Współcześnie obserwowana ambiwalencja wobec dziecka [10] jest związana z ogromnymi wymaganiami, jakie stawia zbudowanie związku partnerskiego. Posiadanie dziecka obniża swobodę, niezależność, wymaga długotrwałych zobowiązań, wymusza rezygnowanie z pewnych treści życia, w które dziecko nie może być wkomponowane.

Kobieta wychowująca samotnie dziecko może spotykać się z pośrednią lub bezpośrednią krytyką środowiska społecznego. Najczęściej spozstrzega się niepełność

rodziny jako nieprawidłowość w zakresie jej struktury, czego konsekwencje można znaleźć w rozwoju dziecka oraz w czynnościach opiekuńczo-wychowawczych. Do rozbicia struktury rodziny przyczynia się wiele czynników. Do ważniejszych można zaliczyć: zmniejszenie jej trwałości, zwiększenie jej dysfunkcyjności, nielegalizowanie związków partnerskich, wielokrotność związków małżeńskich, trudności materialne, problemy natury psychicznej i opiekuńczo-wychowawczej [8].

Społeczne oczekiwania kształtują indywidualne podstawy względem macierzyństwa, jednak indywidualne nadawanie wartości tej roli ma kluczowe znaczenie. Kobieta świadoma swojej siły, bogatsza o wiedzę o sobie samej, ucząca się na nowo własnego ciała po przebytej ciąży i porodzie, ma możliwość osiągnięcia wyższego poziomu dojrzałości. Proces ten intensywnie wpływa na decyzje, jakie podejmują kobiety w związku ze swoim funkcjonowaniem zawodowym, które często są oceniane i krytykowane przez zewnętrznych obserwatorów, będąc także źródłem konfliktów intrapersonalnych młodej matki.

Rola funkcjonowania zawodowego kobiet wzbudza wiele kontrowersji i dyskusji. Zwolennicy tradycyjnego podejścia opowiadają się za odebraniem wartości pracy wykonywanej przez kobiety, których zadaniem jest budowanie ogniska domowego, zaspokajanie potrzeb męża, urodzenie i wychowanie dzieci [12]. Ich funkcjonowanie zawodowe jest usprawiedliwione tylko motywacją finansową [13], konieczną dla prawidłowego funkcjonowania rodziny, ponieważ ich obowiązkiem jest wejście w rolę matki, jako źródła bardziej głębokich przeżyć. Ruchy feministyczne, które odegrały znaczącą rolę w budowaniu nowego wizerunku kobiety-matki, na przestrzeni czasu ewoluowały w swoich poglądach [12]. Obecnie koncentrują się na otwartości na potrzeby kobiet i mężczyzn oraz stwarzaniu równych szans rozwojowych w zakresie życia zawodowego i rodzinnego dla obu płci. Pomimo że Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej gwarantuje równouprawnienie kobietom i mężczyznom w życiu rodzinnym, politycznym, społecznym i gospodarczym, daje także równe prawo do kształcenia, zatrudnienia, awansów, wynagrodzenia za pracę, zabezpieczenia społecznego, obejmowania stanowisk, pełnienia funkcji, uzyskiwania godności publicznych i odznaczeń (art. 33) [14], kobiety mają zdecydowanie mniejsze szanse znalezienia satysfakcjonującej pracy, zrobienia kariery zawodowej, awansu kierowniczego, zyskania wyższych zarobków. I choć czas pokazuje, że społeczne rozumienie funkcjonowania zawodowego kobiet zmienia się, to nadal można mówić o segregacji seksistowskiej przejawiającej się w podziale na męskie i kobiece prace [15,16]. Te drugie charakteryzowane są jako wymagające mniejszych kwalifikacji, o większym współczynniku monotonii i powtarzalności oraz zdecydowanie gorzej opłacane w porównaniu z tymi pierwszymi. Zawody nadreprezentowane przez kobiety (opieka nad dziećmi, opieka socjalna, służba zdrowia, handel,

hotelarstwo, gastronomia, niekierownicze stanowiska urzędnicze w administracji) dają mniejsze szanse rozwoju i awansu, co H. Domański [15] nazywa zjawiskiem „szklanego sufitu” – czyli systemem ukrytych barier i przekonań uniemożliwiających kobietom osiągnięcie sukcesu zawodowego. Część z tych przekonań opisała M. Strykowska [17]:

- kobiety nie decydowałyby się podejmować aktywności zawodowej, o ile nie zmuszałaby ich do tego sytuacja ekonomiczna,
- kobiety bardziej niż mężczyźni, są zadowolone z pracy, która nie jest intelektualnie wymagająca,
- dla kobiet, w mniejszym stopniu niż dla mężczyzn, ważna jest samorealizacja w pracy,
- kobiety są mniej zainteresowane awansem zawodowym,
- kobiety są mniej kompetentne niż mężczyźni.

Przejawem dyskryminacji kobiet na rynku pracy jest także niechęć do zatrudniania kobiet w wieku rozrodczym (potencjalnych matek) oraz posiadających małe dzieci, jako pracowników niewygodnych i narażających na straty pracodawcę. To właśnie one zagrożone są bezrobociem lub zmuszane do przyjmowania niekomfortowych warunków pracy niezabezpieczających ich interesów [14]. Można zauważyć, że istnieje społeczna reprezentacja podwójnego standardu dotyczącego kobiet, które powinny zawierać związki małżeńskie i wychowywać dzieci jako źródło pozytywnej oceny społecznej, ale jednocześnie posiadanie rodziny nie pomaga na rynku pracy, czego nie doświadczają mężczyźni [18]. Badania pokazują [19], że satysfakcjonujące funkcjonowanie na płaszczyźnie osobistej i rodzinnej jest ważne dla 75% kobiet i 50% mężczyzn (badania z 2008 roku CBOS-u pokazują, że rodzinę jako wartość ceni 83% kobiet i 72% mężczyzn), jednak w zakresie potrzeby spełnienia zawodowego wyniki utrzymują się na tym samym poziomie dla kobiet i mężczyzn. Oznacza to, że kobiety przestały spozstrzegać własną aktywność zawodową jako konieczność wymuszoną sytuacją ekonomiczną, a zaczęły ją interpretować jako źródło autokreacji, samorealizacji, niezależności i satysfakcji.

Stereotyp kobiety pracującej także przywołuje podwójne związanie (podwójny standard), ponieważ z jednej strony kobiece cechy (wrażliwość, emocjonalność, miękkość, submisywność, gadatliwość, subtelność, mały poziom ambicji i inicjatywy, skoncentrowanie na poczuciu bezpieczeństwa, trudność w podejmowaniu decyzji) są devaluowane w miejscu pracy [20], lecz z drugiej strony kobiety wykazujące mały ich stopień są postrzegane jako egoistyczne, interesowne, przebiegłe, wyrachowane, zaniedbujące rodzinę i nie są szanowane na stanowisku szefa przez mężczyzn [21]. Badania nad funkcjonowaniem zawodowym kobiet [16] wskazują, że takie cechy, jak intuicja, syntonía, empatia, spolegliwość, jak też wyższa inteligencja emocjonalna znacznie częściej i w większym natężeniu przypisywane kobietom, są po-

żądane w takich miejscach pracy, w których ogromne znaczenie ma komunikacja, atmosfera pracy, budowanie klimatu kooperacji oraz kierowanie zespołami ludzkimi. Dążenie do identyfikacji z męską postawą oraz próby przejmowania męskich sposobów reagowania są zatem bezzasadne [8]. Jednak same kobiety, które odniosły sukces na płaszczyźnie aktywności zawodowej deklarują, że brak powodzenia w życiu osobistym jest efektem zrealizowania kariery zawodowej (co nie staje się doświadczeniem mężczyzn), interpretując ten stan jako osobistą porażkę i jednocześnie mówiąc o niemożności satysfakcjonującego połączenia życia osobistego/rodzinnego z zawodowym [22].

Obecnie można obserwować zjawisko odraczania decyzji o zawarciu związku małżeńskiego oraz decyzji prokreacyjnych przez kobiety, co potwierdzają badania opinii społecznej (CBOS, 2008). Obok odpowiedzi związanych z niemożnością znalezienia partnera odpowiadającego oczekiwaniom kobiet i z lękiem przed nieudanym małżeństwem, znajdują się odpowiedzi związane z życiem zawodowym kobiet. 40% z nich boi się, że założenie rodziny uniemożliwi im spełnienie na polu zawodowym.

Niechęć do wchodzenia w role małżeńskie i rodzicielskie może wiązać się z ucieczką od kobiecości definiowanej w ten sposób. Ucieczka od kobiecości może przybierać także formę przykładania dużej miary do funkcjonowania zawodowego. Sukces zawodowy jest przedkładany ponad plany rodzinne, co owocuje opóźnieniem podjęcia ról macierzyńskich oraz wymaga stosowania równouprawnienia, równego podziału obowiązków domowych [23]. Źródłem negatywnego stosunku kobiet do kobiecych ról społecznych można upatrywać w mechanizmach kontrolowanych przez myślenie stereotypowe – praca zawodowa (tradycyjnie zarezerwowana dla mężczyzn) wiąże się z większą liczbą gratyfikacji, ma unormowany charakter, oferuje wymierne sukcesy, bywa odpoczynkiem od obowiązków domowych.

Wspomniane już zagrożenie bezrobociem jest jednym z podstawowych powodów podejmowania szybkiej decyzji związanej z powrotem do aktywności zawodowej młodej matki. Kobiety decydujące się na karmienie dziecka piersią, co jest wskazane ze względu na jego zdrowie, są zmuszone do pozostania w domu i poświęcenia pierwszych miesięcy na opiekę nad dzieckiem [24]. Zaznacza się, że podjęcie przez kobietę pracy zawodowej w pierwszym roku życia dziecka jest bardziej szkodliwe niż w późniejszym okresie, a także zakłócające dla budującej się więzi, co potwierdzają teorie przywiązania [25,26,27]. Chłopcy reagują większymi trudnościami w adoptowaniu się do nieobecności matki i są bardziej wrażliwi na brak odpowiedniej opieki, choć związek nieobecności matki i skutków rozwojowych dla dziecka nie jest liniowy [28]. Emocjonalny klimat wokół powrotu do pracy, wyznacza motywacja matki regulująca jej stan emocjonalny. Satysfakcjonująca intelektualnie

i społecznie praca może podwyższać samoocenę młodej matki, znosić poczucie izolacji społecznej i monotonii codzienności związanej z opieką nad dzieckiem. Inną sytuacją wyznaczoną jest przez przymus finansowy stojący za decyzją kobiety, która pozostaje w konflikcie z jej potrzebami. Powrót do aktywności zawodowej może być źródłem przeciążenia i napięcia, z którym matka radzi sobie w zależności od posiadanych kompetencji neutralizowania trudnych emocji. Najczęściej pojawiające się problemy, odnoszą się do zbyt dużej ilości pracy, jej tempa (presja czasowa) oraz przeciążenia w zakresie jakości (trudności) pracy [29]. Bez względu na motywację podjęcia ponownej aktywności zawodowej, większość kobiet doświadcza konfliktu roli matki i pracownika, pozostając w zakleszczeniu między chęcią wykonywania zadań profesjonalnie a sprawowaniem prawidłowej i subiektywnie ocenianej, jako wystarczającej opieki nad dzieckiem. Stan ten neutralizuje się wraz ze stopniowym dorastaniem dziecka, które w wieku 3 lat jest zdolne do korzystania z pozadomowych form opieki. Wraz z dorastaniem dziecka, matki czują mniej napięcia, które ma tendencję do nasilania się w okresach trudnych np. podczas choroby. Optymalne rozwiązania tej sytuacji są do wypracowania między pracodawcą i pracownikiem, choć nie każdy pracodawca wykazuje chęć dostosowania warunków pracy do możliwości młodych matek. Do rozwiązań takich należą dostosowanie ilości pracy, tak by kobieta mogła ją wykonać w terminie i dysponować czasem jej wykonania (unikanie presji czasowej), ruchomy czas pracy, praca wykonywana w domu.

Urodzenie dziecka łączy się z wyłączeniem z życia zawodowego i towarzyskiego. Przemieszczanie się z niemowlęciem ograniczone jest wymogami fizjologicznymi. Pory karmienia, spania i wydalania są bardzo często nieprzewidywalne i wymagają komfortu, spokoju oraz poczucia bezpieczeństwa. Okres niemowlęstwa jest doświadczany przez większą liczbę matek jako okres izolacji, monotonii i odsunięcia od kontaktów społecznych. Poczucie wykluczenia z grona przyjaciół zdarza się najczęściej kobietom, które jako pierwsze w danej grupie doświadczają macierzyństwa, spotykając się z niezrozumieniem potrzeb i ograniczeń lub lekceważeniem zmęczenia [7].

W szerszym kontekście kobieta doświadcza niemalże całościowego przeobrażenia stylu życia, związanego nie tylko z izolacją i zaburzeniem relacji partnerskiej, ale i ze zmniejszeniem zasobów finansowych.

Material i metody

Macierzyństwo jest pojęciem wieloaspektowym, którego rozpatrywanie może dotyczyć bardzo wielu obszarów psychospołecznego funkcjonowania kobiety. Z tego powodu, w badaniu, arbitralnie wybrano pewne doświadczenia związane z byciem matką i daniem życia.

Przeprowadzone badania mają charakter opisowy i stanowią wstęp do pełniejszego opracowania złożonej tematyki macierzyństwa. Wyniki badań pozwalają na dokonanie opisu zmiennych o różnorodnym charakterze, będąc jednocześnie podstawą do stawiania kolejnych pytań i hipotez badawczych. Badania takie, określane jako eksploracyjne [30], nie uprawniają do wyciągania wniosków na temat doświadczenia macierzyństwa kobiet w zakresie całej populacji.

W całym projekcie badawczym zastosowano następujące narzędzia badawcze:

1. Kwestionariusz do badania wybranych zmiennych socjodemograficznych i biograficznych – narzędzie to zostało skonstruowane na potrzeby badania w celu ustalenia ważnych informacji związanych z funkcjonowaniem osób badanych. Kwestionariusz składa się z 15 pytań, a celem jego zastosowania jest określenie charakterystyki socjodemograficznej i biograficznej badanej grupy w odniesieniu do wybranych obszarów.
2. Kwestionariusz wybranych doświadczeń związanych z macierzyństwem – narzędzie to zostało skonstruowane na potrzeby badania w oparciu o wiedzę teoretyczną, a także wiedzę na temat wcześniej prowadzonych w tym obszarze badań. Kwestionariusz, zawierający 14 pytań, został skonstruowany w celu ustalenia podstawowych informacji związanych z doświadczaniem własnego macierzyństwa kobiet wchodzących w skład grupy badanej.

Materiał empiryczny zebrano badając kobiety spełniające następujące kryteria (celowy dobór do grupy badanej):

- Posiadające małe dziecko, które jest ich pierwszym potomstwem – założono, że kobiety te włączyły już nową rolę związaną z macierzyństwem oraz konsekwencje z niej wynikające (co było doświadczeniem nowym) do struktury własnej tożsamości. Jednocześnie dziecko w okresie ponimowlęcym (2–3 lata) pozwala na powrót do wszystkich aspektów funkcjonowania osobistego i społecznego [31, 32].
- Żyjące w związkach małżeńskich lub kohabitacyjnych, trwających dłużej niż trzy lata – założenie o chęci badania kobiet o unormowanym życiu osobistym. W obliczu zmian społeczno-kulturowych przyjęto, że związek powinien opierać się na wspólnym prowadzeniu gospodarstwa domowego, przy czym nie jest wymagane jego formalne zalegalizowanie.

Warunkiem wzięcia udziału w badaniu była zgoda osoby badanej na wypełnienie kwestionariusza przy zapewnieniu o całkowitej anonimowości.

Ostatecznie, na 700 kompletów kwestionariuszy, które znalazły się w rękach osób spełniających kryteria badawcze i które wyraziły zgodę na badanie, udało się

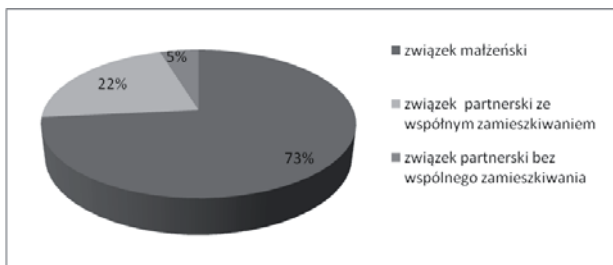
zebrać 411 z nich, z czego 254 nadawały się do analizy badawczej. Badane zmienne były danymi określonymi na trzech skalach pomiarowych: interwałowej (dane ilościowe), porządkowej (dane jakościowe) i nominalnej (dane jakościowe). Dla danych interwałowych statystyka opisowa zawierała liczebność cechy, średnią arytmetyczną, odchylenie standardowe, błąd standardowy średniej, medianę, modę i jej liczebność, wartość minimalną i maksymalną, kwartyle, rozstęp oraz 95% przedziały ufności dla średniej. Dla danych na skali porządkowej wyznaczono liczebność, medianę, wartość minimalną i maksymalną oraz kwartyle. Wyznaczono także tabele liczebności dla wszystkich zmiennych jakościowych i niektórych zmiennych ilościowych.

Zagadnienie istnienia zależności dla parametrów na skali interwałowej oraz na skali porządkowej badano przy pomocy współczynnika korelacji rangowej Spearmana. Otrzymując jego istotność analizowano rodzaj tej korelacji.

Analiza statystyczna materiału badawczego przeprowadzona została na poziomie istotności $\alpha = 0,05$ przy pomocy trzech pakietów statystycznych: STATISTICA 8.0 firmy StatSoft, StatXact firmy CytelStudio 8 oraz InStat firmy GraphPad 3.0.

Wyniki

W poniższych tabelach zamieszczono wyniki badań związanych z wybranymi aspektami poznawczymi, afektywnymi i behawioralnymi związanymi z macierzyństwem.



Wykres 1. Forma związku osób badanych.

Graph 1. Type of relationship of studied women.

Źródło: opracowanie własne

Source: author's concept

Powyższe dane wskazują na preferencję związków sformalizowanych (72,8%), w których dochodzi do procesu wychowawczego dziecka, jednak 21,6% osób badanych zdecydowało się na zakładanie rodziny oraz wspólnego gospodarstwa domowego bez sformalizowania relacji. Wynik ten koresponduje z obserwowaną tendencją do zwiększania się ilości związków kohabitacyjnych [33, 34, 35, 36], którą tłumaczy się przemianami społeczno-ekonomicznymi i liberalizacją obyczajów. Osoby funkcjonujące w związkach kohabitacyjnych stanowią łącznie 26,3% grupy badanej, której przedstawicielki

zamieszkują duże aglomeracje. W skupiskach miejskich obserwuje się większą homogeniczność środowiska, intensywniejszy kontakt z mediami, kształtującymi alternatywne wzorce życia, a także większą anonimowość redukującą poziom odczuwanej presji społecznej związanej z przymusem zawarcia związku małżeńskiego w obliczu pojawienia się dziecka. 4,7% osób badanych wybrało związki kohabitacyjne bez wspólnego zamieszkiwania, co może świadczyć o indywidualnych preferencjach lub budowaniu nowej relacji po rozstaniu z partnerem będącym ojcem dziecka. Sytuacja taka może mieć miejsce także wtedy, jeśli osoba badana uznaje za brak wspólnego zamieszkiwania nieobecność partnera zdobywającego środki finansowe poza miejscem zamieszkania (np. poza granicami kraju), co wydaje się bardzo aktualnym zjawiskiem społecznym.

Tabela 1. Pierwsze dziecko jako wynik decyzji prokreacyjnych kobiety

Table 1. The first child as a result of a woman's procreation decisions

Odpowiedź	Tabela liczebności: planowanie pierwszego dziecka			
	Liczba	Liczba skumulowana	Procent	Procent skumulowany
Dziecko planowane	153	153	60,2	60,6
Dziecko nieplanowane	100	253	39,3	99,6
Braki	1	254	0,3	100,0

Źródło: opracowanie własne

Source: author's concept

60% osób badanych zaszło w ciążę, która nie była wcześniej planowana, natomiast dla 39% kobiet decyzja o posiadaniu dziecka została podjęta świadomie.

Wynik ten jest dość interesujący, zważywszy na powszechny dostęp do środków antykoncepcyjnych. Biorąc pod uwagę, że zajście w nieplanowaną ciążę diametralnie zmienia życie kobiety oraz jej partnera, można przypuszczać, że zakres posiadanych informacji oraz wiedza praktyczna uchroni przed tego typu zdarzeniem. Uzyskane wyniki badań własnych dotyczące metod zapobiegania ciąży potwierdzają, że poziom świadomości w tym zakresie może nie być zadowalający, ponieważ stosunek przerywany jest drugą co do częstotliwości stosowaną metodą antykoncepcyjną. Taki stan rzeczy skłania do postawienia pytania, czy poziom edukacji zdrowotnej oraz seksualnej spełnia konieczne kryteria nie tylko w zakresie metod zapobiegania ciąży, ale także w zakresie wiedzy na temat chorób przenoszonych drogą płciową oraz świadomości ochrony własnego zdrowia (cykliczne wykonywanie kontrolnych badań ginekologicznych).

Inną kwestią jest pytanie o dojrzałość emocjonalną osób badanych, które poprzez zajście w ciążę regulują status relacji partnerskiej. Proces taki może mieć w dużej mierze charakter nieświadomiony, a decyzja o za-

warcu związku małżeńskiego staje się swego rodzaju koniecznością. Taką ewentualność mogą potwierdzać wyniki badań własnych, uzyskane w zakresie jakości związku partnerskiego, które wskazują na przeciętny poziom zadowolenia z relacji.

Tabela 2. Liczba planowanych dzieci
Table 2. The number of children planned

Liczba planowanych dzieci	Tabela licznosci: liczba planowanych dzieci			
	Liczba	Liczba skumulowana	Procent	Procent skumulowany
Jedno	66	66	25,9	25,9
Dwoje	145	211	57,0	83,0
Troje	31	242	12,2	95,2
Czworo	5	247	1,9	97,2
Brak	7	254	2,7	100,0

Źródło: opracowanie własne
Source: author's concept

25,9% osób badanych czuje się spełniona jako matka jednego dziecka i nie planuje posiadania większej ilości dzieci. 57% badanych, co stanowi wynik przyjmowany przez średnią oraz modę, planuje posiadanie dwojga dzieci. Chęć posiadania wielodzietnej rodziny zgłasza 14,1% badanych.

Tabela 3. Doświadczenie utraty ciąży
Table 3. The experience of pregnancy loss

Odpowiedź	Tabela licznosci: doświadczenie utraty ciąży			
	Liczba	Liczba skumulowana	Procent	Procent skumulowany
Nie	203	203	79,9	79,9
Tak, w wyniku poronienia	46	249	18,1	98,0
Tak, w wyniku aborcji	2	251	0,7	98,8
Brak	3	254	1,1	100,0

Źródło: opracowanie własne
Source: author's concept

Niemalże co piąta osoba badana doświadczyła utraty dziecka na skutek poronienia. Uzyskanie tak wysokiego wyniku uprawnia do sformułowania wniosku, że problem związany z utratą dziecka staje się coraz bardziej powszechny, co skłania do postawienia pytania, czy kobiety przeżywające utratę ciąży otrzymały odpowiednią pomoc medyczną oraz psychologiczną. Fakt ten uprawnia także do sformułowania wniosku, że działania psychoedukacyjne związane z płodnością, promowaniem zdrowia seksualnego, udzielaniem wsparcia psychologicznego powinny być elementem kształcenia i wychowania młodych ludzi, coraz bardziej narażonych na konieczność konfrontowania się z tego typu problemami. Kolejną grupą docelową, która powinna przejść szkolenie z zakresu psychoedukacji seksualnej, a zwłaszcza udzielania wsparcia psychologicznego są pracownicy służby zdrowia, będący pierwszymi osobami, z którymi spotyka się kobieta po otrzymaniu informacji o stracie dziecka.

Tabela 4. Rodzaj pierwszego porodu
Table 4. The type of the first childbirth

Rodzaj pierwszego porodu	Tabela licznosci: rodzaj pierwszego porodu			
	Liczba	Liczba skumulowana	Procent	Procent skumulowany
Naturalny	179	179	70,4	70,4
Cięcie cesarskie	70	249	27,5	98,0
Brak	5	257	1,9	100,0

Źródło: opracowanie własne
Source: author's concept

Tabela 5. Doświadczenie depresji poporodowej
Table 5. The experience of postpartum depression

Odpowiedź	Tabela licznosci: doświadczenie depresji poporodowej			
	Liczba	Liczba skumulowana	Procent	Procent skumulowany
Nie	165	165	64,9	64,9
Tak, trwającej do dwóch tygodni (smutek poporodowy)	59	224	23,2	88,1
Tak, trwającej od 2 tygodni do 6 miesięcy	29	253	11,4	99,6
Brak	1	254	0,3	100,0

Źródło: opracowanie własne
Source: author's concept

23,2% badanych przechodziło tzw. smutek poporodowy (*post-partum blues*). Uzyskanie takiego wyniku nie koresponduje z danymi podawanymi w literaturze, które wspominają, że problem ten dotyczy około 80–85% kobiet rodzących [11]. Można próbować tłumaczyć ten stan rzeczy poziomem wiedzy o zdrowiu psychicznym oraz poziomem wglądu we własne emocje, który może być zbyt niski. Inną kwestią jest ogólne złe samopoczucie fizyczne, wycieńczenie po porodzie oraz napięcie wywołane dużą ilością nowych obowiązków związanych z opieką nad dzieckiem. Wymienione czynniki mogą sprawiać, że kobiety nie oczekują dobrego samopoczucia i przyjmują obniżony nastrój jako element wpisany w ten okres, co sprawiło, że nie zauważyły jakiegokolwiek problemu. U 11,4% można podejrzewać stan obniżonego nastroju trwającego wystarczająco długo, by mówić o depresji poporodowej. Taki wynik koresponduje z danymi przedstawianymi w literaturze, które podają, że choroba ta dotyczy od 10 do 15% rodzących kobiet [11].

Żadna z osób badanych nie miała zdiagnozowanej psychozy poporodowej. Uzyskanie takiego wyniku koresponduje z danymi podawanymi przez literaturę, mówiącymi o tym, że choroba ta dotyka 0,1–0,2% kobiet [11].

Tabela 6. Poród jako doświadczenie traumatyczne
Table 6. Childbirth as an traumatic experience

Odpowiedź	Tabela licznosci: poród jako doświadczenie traumatyczne			
	Liczba	Liczba skumulowana	Procent	Procent skumulowany
Tak	54	54	21,2	21,2
Nie	198	252	77,9	99,2
Brak	2	254	0,7	100,0

Źródło: opracowanie własne
Source: author's concept

Dla 21,2% osób badanych poród okazał się doświadczeniem na tyle trudnym, że są skłonne przypisać mu znamiona traumy. Można powiedzieć, że dla co piątej kobiety poród był wydarzeniem bardzo obciążającym psychicznie i emocjonalnie, wpływając na jakość relacji z dzieckiem oraz z partnerem.

Tabela 7. Motywacja do macierzyństwa
Table 7. The motivation for motherhood

Motywacja do macierzyństwa	Tabela licznosci: motywacja do macierzyństwa			
	Liczba	Liczba skumulowana	Procent	Procent skumulowany
Przypadek	64	64	24,1	25,1
Rywalizacja z inną kobietą, która została matką	1	65	0,3	25,5
Satysfakcja partnera	11	76	4,3	29,9
Dostosowanie się do presji społecznej	6	82	2,3	32,2
Lęk przed samotnością	11	93	4,3	36,6
Lęk przed przekroczeniem biologicznej granicy	14	107	5,5	42,1
Zabezpieczenie przyszłości	8	115	3,1	45,2
Zaspokojenie własnej potrzeby macierzyństwa	56	171	22,0	67,3
Budowanie więzi z partnerem	78	249	30,7	98,0
Inne	5	254	1,9	100,0
Brak	0	254	0,0	100,0

Źródło: opracowanie własne
Source: author's concept

30,7% osób badanych kierowała się chęcią budowania więzi z partnerem zachodząc w ciążę, 24,1% uznaje ją za przypadek, a 22% zrealizowało w ten sposób własną potrzebę macierzyństwa. Zastanawiające jest, że 22% osób przyznaje, że ciąża była przypadkowa, podczas gdy aż 39,3% badanych uznaje swoje dziecko za nieplanowane. Może to potwierdzać przypuszczenie, że zdanie się na los jest formą zaspokojenia innych motywacji, być może uświadamianych wraz z upływem czasu.

Tabela 8. Reakcja emocjonalna na informację o byciu w ciąży
Table 8. The emotional response to finding out about being pregnant

Odpowiedź	Tabela licznosci: reakcja emocjonalna na wiadomość o byciu w ciąży			
	Liczba	Liczba skumulowana	Procent	Procent skumulowany
Strach, lęk	39	39	15,3	15,3
Niezadowolenie	3	42	1,1	16,5
Smutek, żal	2	44	0,7	17,3
Wstyd, zażenowanie, zakłopotanie	2	46	0,7	18,1
Wyrzuty sumienia	4	50	1,5	19,6
Złość, gniew	6	56	2,3	22,0
Zniechęcenie, rozczarowanie	2	58	0,7	22,8
Obojętność	5	63	1,9	24,8
Niepokój, napięcie	19	82	7,4	32,2
Zadowolenie	27	109	10,6	42,9
Radość, szczęście	134	243	52,7	95,6
Przyjemność	4	247	1,5	97,2
Spełnienie, spokój	6	253	2,3	99,6
Brak	1	254	0,3	100,0

Źródło: opracowanie własne
Source: author's concept

U ponad połowy badanych (52,7%) informacja o byciu w ciąży wywołała radość i szczęście, 15,3% poczuło strach lub lęk, natomiast dla 10,6% głównym odczuciem było zadowolenie. Łącznie, dla 29,7% informacja o ciąży związana była z odczuwaniem emocji, które można sklasyfikować jako nieprzyjemne.

Tabela 9. Przekonania kobiet wobec własnego funkcjonowania zawodowego
Table 9. The women's beliefs about their professional careers

Przekonania kobiet wobec własnego funkcjonowania zawodowego	Tabela licznosci: przekonania wobec funkcjonowania zawodowego kobiet			
	Liczba	Liczba skumulowana	Procent	Procent skumulowany
Rezygnacja z aktywności zawodowej w obliczu pojawienia się dziecka	9	9	3,5	3,5
Aktywność zawodowa tylko ze względów finansowych w obliczu pojawienia się dziecka	26	35	10,2	13,7
Aktywność zawodowa dopuszczalna, o ile nie wpływa na rozwój dziecka i sprawowanie nad nim opieki	57	92	22,4	36,2
Aktywność zawodowa i opieka nad dzieckiem powinny być łączone równolegle	114	206	44,8	81,1
Aktywność zawodowa nadrzędna względem planów rodzinnych	5	211	1,9	83,0
Brak	43	254	16,9	100,0

Źródło: opracowanie własne
Source: author's concept

81,8% osób badanych funkcjonuje aktywnie zawodowo, co oznacza, że tylko 17,7% zdecydowało się na zawieszenie aktywności zawodowej w okresie wychowywania małego dziecka. Część tych osób może aktualnie realizować dalsze plany prokreacyjne (8,2% badanych było w ciąży w trakcie wykonywania badania).

Dla 44,8% badanych osób łączenie ról macierzyńskich oraz zawodowych jest właściwym sposobem funkcjonowania, co koresponduje z wynikami ukazującymi preferowanie i w dużej mierze realizowanie egalitarnego podejścia do ról życiowych. Dla znacznej części kobiet posiadających małe dziecko (22,4%) funkcjonowanie zawodowe jest wtórne względem sprawowania opieki nad dzieckiem, którego dobro stawiane jest na pierwszym miejscu. Tylko 1,9% badanych uważa, że rozwój własny i funkcjonowanie zawodowe jest ważniejsze niż plany rodzinne.

Podsumowanie

- 39% kobiet interpretuje swoje macierzyństwo, jako nieplanowane, natomiast 30% kobiet deklaruje nieprzyjemne odczucia jako własną reakcję na informację o byciu w ciąży, co może wskazywać na konieczność poszerzenia edukacji seksualnej o:
 - informacje dotyczące metod planowania rodziny i antykoncepcji, które wydają się być niewystarczające lub antyzdrowotne;
 - wiedzę dotyczącą chorób przenoszonych drogą płciową oraz metod zapobiegania i leczenia;
 - wiedzę dotyczącą profilaktyki związanej z cyklicznymi badaniami ginekologicznymi;
 - element wiedzy psychologicznej związanej z budowaniem dojrzałości do podejmowania aktywności seksualnej i związanych z nią konsekwencji, a tym samym, także gotowości psychicznej do macierzyństwa.
- 18% osób badanych doświadczyło utraty dziecka, co wskazuje na konieczność edukacji psychologów, psychoterapeutów, lekarzy i innych pracowników służby zdrowia w zakresie udzielenia pomocy medycznej, a zwłaszcza psychologicznej kobiecie oraz jej rodzinie.
- 11% kobiet doświadczyło depresji poporodowej, co może wskazywać na konieczność edukacji społeczeństwa w zakresie wrażliwości na objawy okołodepresyjne u młodych matek.
- Dla 21% kobiet poród okazał się być doświadczeniem traumatycznym (można przypomnieć, że 25% kobiet zdecydowało się na posiadanie tylko jednego dziecka), uprawnionym jest zatem wskazanie kontynuowania programów społecznych oraz badań w tym zakresie, które minimalizowałyby to zjawisko.
- Dla 22% kobiet motywacją do macierzyństwa była ich własna potrzeba posiadania dziecka, 31% kierowało się chęcią pogłębienia więzi z partnerem. Dane te mogą korespondować z wynikami dotyczącymi planowania pojawienia się dziecka.
- 82% kobiet, po urodzeniu pierwszego dziecka, powróciło do aktywności zawodowej, dla 45% badanych praca i opieka nad dzieckiem są równorzędnymi celami/wartościami w życiu, tylko 3,5% uważa, że kobieta powinna zajmować się tylko domem i dziećmi. Jeszcze mniejsza liczba badanych kobiet (2%) uważa, że aktywność zawodowa jest dla nich wartością nadrzędną. Można zatem wnioskować, że umożliwienie kobietom realizacji jednocześnie roli matki i osoby aktywnej zawodowo jest ewidentną odpowiedzią na ich własne potrzeby.

PIŚMIENNICTWO

- Olechnicki K., Załęcki P., Słownik socjologiczny, Graffiti BC, Toruń 1997.
- Neumann E., Wielka matka, Wydawnictwo KR, Warszawa 2008.
- Matuszewska M., Przystosowanie do pełnienia ról rodzicielskich i zmiany rozwojowe młodych dorosłych, w: Społeczne konsekwencje integracji i dezintegracji rodziny, t. 2, Ziemska M. (red.), Towarzystwo Wolnej Wszelchnicy Polskiej, Warszawa 1986.
- Titkow A., Kobiety pod presją?, w: Co znaczy być kobietą w Polsce?, Titkow A., Domański H. (red.), PAN, Warszawa 2005.
- Poullot G., Bezgraniczny dar macierzyństwa, Wydawnictwo FWAM, Kraków 1998.
- Ostrouch J., Nieuchwytnie relacje matek i córek w codzienności, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2004.
- Budrowska B., Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety, Monografie FNP, Wrocław 2000.
- Maciarz A., Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2004.
- Tackett K.K., Wyzwania macierzyństwa, GWP, Gdańsk 2003.
- Bartosz B., Doświadczenie macierzyństwa. Analiza narracji autobiograficznych, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.
- Bielawska-Batorowicz E., Psychologiczne aspekty prokreacji, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2006.
- Ciechomska M., Od matriarchatu do feminizmu, Wydawnictwo Brama, Poznań 1996.
- Titkow A., On the Appreciated Role of Women, in: Women on the Polish Labor Market, Ingram M., Ingham H., Domański R. (eds.), Central European University Press, Budapest 2001.
- Dzwonkowska K., Problem równości kobiet i mężczyzn w społeczeństwie polskim na początku XXI wieku, w: Sex i gender. Płeć biologiczna i kulturowa, Malinowska E. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004.

15. Ingham H., Domański R., Women on the Polish Labor Market, in: Women on the Polish Labor Market, Ingram M., Ingham H., Domański R. (eds.), Central European University Press, Budapest 2001.
16. Strykowska M., Psychologiczne mechanizmy zawodowego funkcjonowania kobiet, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 1992.
17. Strykowska M., Psychologiczne przesłanki nierówności zawodowej kobiet, Polit. Społ. 1989, 5/6, 21-23.
18. Vinnicombe S., Colwill N.L., Kobieta w zarządzaniu, Astrum, Wrocław 1999.
19. Firkowska-Mankiewicz A., Gender and Success in Life, in: Women on the Polish Labor Market, Ingram M., Ingham H., Domański R. (eds.), Central European University Press, Budapest 2001.
20. Cewińska J., Eliminacja stereotypów w procesie zwiększania udziału kobiet w zarządzaniu, Humanizacja Pracy, 2000, 3-4.
21. Reszke I., Bezrobocie kobiet i kobiety-właścicielki firm. Stereotypy i realia, w: Kobiety wobec przemian okresu transformacji, Faliszek K., McLean E., Pertas K., (red.), Śląsk, Katowice 1997.
22. Tomala E., Analiza polskich portali internetowych dla kobiet, w: Sex i gender. Płeć biologiczna i kulturowa, Malinowska E. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004.
23. Janicka I., Niebrzydowski L., Psychologia małżeństwa, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1994.
24. Blum D., Mózg i płeć, Prószyński i S-ka, Warszawa 1997.
25. Schaffer H. R., Rozwój społeczny. Dzieciństwo i młodość, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
26. Bee H., Psychologia rozwoju człowieka, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2004.
27. Plopa M., Więzy w małżeństwie i rodzinie. Metody badań, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005.
28. Schaffer H.R., (ed.), Studies in Mother-Infant Interaction, Academic Press, London 1977.
29. Makowska Z., Makowiec-Dąbrowska T., Sobala W., i wsp., Optymalizacja psychospołecznych warunków pracy dla kobiet w ciąży. Monitorowanie i ocena, Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 2001.
30. Brzeziński J., Metodologia badań psychologicznych, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.
31. Spionek H., Rozwój i wychowanie małego dziecka, Nasza Księgarnia, Warszawa 1967.
32. Blaim A., Biomedyczne problemy rozwoju dziecka, w: Rodzina i dziecko, Ziemska M. (red.), PWN, Warszawa 1979.
33. Slany K., Charakterystyka demograficzno-społeczna związków kohabitacyjnych w Polsce w świetle danych Mikrospisu, Probl. Rodz. 2001, 1.
34. Kwak A., Konkubinat-kohabitacja w świadomości społecznej, Probl. Rodz. 1995, 35, 5, 11-13.
35. Kwak A., Niezamężna kohabitacja, jako zjawisko społeczne, Studia Socjol. 1995, 3/4, 41-156.
36. Slany K., Związki konsensualne-nowa forma małżeństwa, Probl. Rodz. 1990, 3, 28-32.

Adres do korespondencji:

dr n. hum. Anita Machaj-Szczerek, dr n. hum. Izabela Stankowska
Wyższa Szkoła Bezpieczeństwa w Poznaniu
Wydział Studiów Społecznych
Katedra Nauk Humanistycznych
ul. E. Orzeszkowej 1
60-778 Poznań
anitamachaj@interia.pl

PROFILAKTYKA ŻYŁAKÓW KOŃCZYN DOLNYCH U PIEŁĘGNIAREK PRACUJĄCYCH NA BLOKU OPERACYJNYM

PROPHYLAXIS OF VARICOSE VEINS BY NURSES WORKING AT THE OPERATING THEATRE

DANUTA ZABIELSKA¹, JÓZEFA CZARNECKA², EWA KOBOS¹, ANDRZEJ KRUPIENICZ²

¹ Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu WUM w Warszawie

² Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauki o Zdrowiu WUM w Warszawie
Kierownik: dr hab. Andrzej Krupienicz

Streszczenie

Wstęp. Żyłaki kończyn dolnych ze względu na częstość występowania uznano za chorobę społeczną. Dolegliwości związane z żyłakami zgłasza około 50% kobiet i 20% mężczyzn. Znaczny wpływ na występowanie powyższego schorzenia ma rodzaj wykonywanej pracy stojącej i siedzący tryb życia.

Cel pracy. Celem pracy była próba określenia działań podejmowanych przez instrumentariuszki/szy w zakresie profilaktyki żyłaków kończyn dolnych.

Materiał i metody badawcze. Badania przeprowadzono na grupie 50 pielęgniarek/rzy (47 instrumentariuszek i 3 instrumentariuszy) pracujących na bloku operacyjnym na terenie jednego ze szpitali w Warszawie. W badaniu zastosowano autorski kwestionariusz, składający się z 17 pytań. Liczba respondentów w poszczególnych grupach wiekowych przedstawiała się następująco: poniżej 25 lat – 6 osób, 25–35 lat – 13 osób, 36–46 lat – 19 osób, 46–56 lat – 12 osób.

Wyniki. Najwięcej respondentów (29 osób) sporadycznie wypoczywała w pozycji ułatwiającej odpływ krwi żyłnej z kończyn dolnych. 37 badanych nie uprawia żadnej dyscypliny sportu. Jedyną podejmowaną aktywnością fizyczną było codzienne wchodzenie po schodach (24 osób).

Wnioski. Wśród najczęściej podejmowanych działań profilaktycznych wymieniano dążenie do należytej masy ciała oraz unikanie gorących kąpielii.

Słowa kluczowe: żyłaki kończyn dolnych, profilaktyka, czynniki ryzyka.

Abstract

Introduction. The purpose of the research was to determine actions taken by circulating nurses to prevent varicose veins.

Aim. Due to frequency of occurrence varicose veins was deemed a social disease. Ailments associated with varicose veins are claimed by 50% of women and 20% of men. Standing jobs and sitting lifestyle have a big impact on occurrence of varicose veins.

Material and methods. 50 nurses working at the operating theatre in a hospital in Warsaw took part in the research. There were 47 female and 3 male circulating nurses. In order to obtain information author created questionnaire with 17 questions. Number of respondents in particular age groups was as follow: 6 under 25 years old; 13 between 25-35 years old; 19 between 36-46 years old; and 12 between 46-56 years old.

Results. The most respondents (29) rarely rested in position easing the blood flow from lower limbs. 37 of respondents do not take part in any sport activities. The only physical activity was climbing the stairs (24 respondents).

Conclusions. Respondents most often chose keeping normal weight and avoiding hot baths as preventive measures.

Key words: varicose veins, protective measures, risk factors.

Wstęp

Żyłaki kończyn dolnych ze względu na częstość występowania uznano za chorobę społeczną. W krajach uprzemysłowionych żyłaki kończyn dolnych występują u 20–50% osób dorosłych, a częstość ich występowania rośnie wraz z wiekiem. U ludzi w wieku powyżej sześćdziesięciu lat występują one sześciokrotnie częściej niż u osób trzydziestoletnich. Kobiety chorują dwa razy częściej niż mężczyźni. Dolegliwości związane z żyłakami zgłasza około 50% kobiet i 20% mężczyzn [1]. Ogranicza to wykonywanie podstawowych czynności dnia codziennego oraz pracy zawodowej. Żyłakom kończyn dolnych towarzyszą dolegliwości bólowe, a zaniedbania w leczeniu przyczyniają się do powstawania powikłań takich jak: stany zapalne żył powierzchownych, zapa-

lenie żył głębokich oraz najgroźniejsze – zator tętnicy płucnej. Nie leczone żyłaki powodują trudno gojące się rany, np. owrzodzenia goleni. Wiążą się one z poważnymi konsekwencjami, nie tylko dla samych chorych, ale i dla ogółu społeczeństwa, np. zmniejszona wydajność pracy osób dotkniętych schorzeniem. Leczenie chorób żylnych wymaga znacznych nakładów finansowych. Szacuje się, że roczny koszt leczenia żyłaków w krajach zachodnich może przekraczać nawet 2% całkowitego budżetu służby zdrowia [2].

Znaczny wpływ na występowanie powyższego schorzenia ma rodzaj wykonywanej pracy. Wykonywanie czynności w pozycji stojącej lub siedzącej wiąże się z ryzykiem rozwoju żyłaków (84% wśród kobiet pracujących na sali operacyjnej lub w pralni ma żyłaki), przy czym ryzyko wzrasta wraz z liczbą przepracowanych

w ten sposób lat [3]. Praca w pozycji stojącej zwiększa w istotny sposób ciśnienie w naczyniach żylnych kończyn dolnych, co w połączeniu z niewydolnością zastawek żylnych stanowi istotny czynnik rozwoju żylaków.

Wśród grup zawodowych narażonych na wystąpienie żylaków kończyn dolnych są pielęgniarki. Ma to związek z rodzajem wykonywanej pracy, szczególnie na sali operacyjnej, kiedy to w pozycji stojącej asystują przy wielogodzinnych zabiegach operacyjnych i tylko czasami mają czas na zmianę pozycji ciała [4, 5].

W rozwoju żylaków kończyn dolnych dużą rolę odgrywają następujące czynniki:

- Dziedziczne, które determinują słabszą budowę tkanki łącznej, niższą zawartość włókien sprężystych w ścianie naczynia, co upośledza prawidłową zdolność kurczenia się i rozkurczania naczyń żylnych [6].
- Ciąża, zmiany hormonalne występujące w trakcie trwania ciąży oraz ucisk na naczynia krwionośne powiększającej się macicy mogą inicjować powstawanie żylaków kończyn dolnych. Zagrożenie pojawieniem się żylaków wzrasta wraz z kolejną ciążą [7].
- Otyłość, oznacza zarówno dla ludzi zdrowych, jak i chorych nadmierne obciążenie układu żylnego. Wiąże się to z przeciążeniem podudzi i stóp podczas chodzenia i zwiększonym zaleganiem krwi w układzie żylnym kończyn dolnych.

Równie istotnym czynnikiem usposabiającym do występowania żylaków jest sposób odżywiania. Dieta bogata w substancje balastowe (składniki pożywienia, które nie ulegają rozkładowi w jelicie) wypełnia jelita, oczyszcza je oraz wzmacnia mięśnie jelitowe. Pożywienie z małą ilością tych substancji powoduje, że jelito grube nie jest dostatecznie mobilizowane do pracy, wiotczeje, co sprzyja zaparciom i opadnięciu jelita w kierunku miednicy małej i przebiegających tam wielkich żył. Obniżone jelito grube uciska na naczynia żyłne wywołując zastój krwi w kończynach dolnych, wysoka temperatura otoczenia sprzyja powstawaniu żylaków lub nasila istniejące objawy choroby, a zwłaszcza obrzęki, uczucie ciężkości nóg, występowanie skurczów mięśni i łydek [8].

Cel pracy

Celem pracy była próba określenia działań podejmowanych przez pielęgniarki/rzy instrumentariuszki/szy w zakresie profilaktyki żylaków kończyn dolnych.

Materiał i metody badawcze

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując technikę ankiety. Narzędziem badawczym był kwestionariusz własnego autorstwa. Dobór populacji do badań był nielosowy, okolicznościowy. Badaniem objęto 50 pielęgniarek/rzy instru-

mentariuszek/szy pracujących na blokach operacyjnych na terenie jednego ze szpitali w Warszawie. Udział w badaniach był anonimowy i dobrowolny. W analizie statystycznej zastosowano programy MS Excel i elementy statystyki opisowej. W ankiecie uwzględniono dwie grupy pytań. Pierwsza pozwoliła scharakteryzować badaną grupę pod względem wieku, stażu pracy, systemu pracy oraz czynników ryzyka mające wpływ na powstawanie żylaków kończyn dolnych. Druga – poznać działania zapobiegające powstawaniu żylaków.

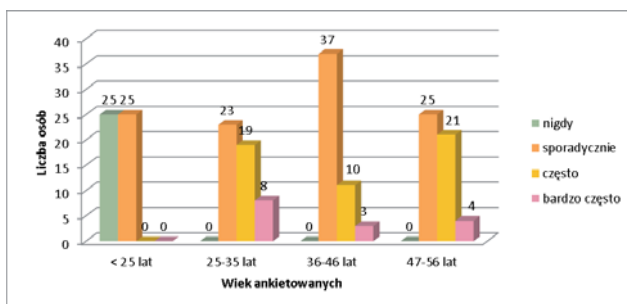
Wyniki

Wśród respondentów było 47 instrumentariuszek i 3 instrumentariuszy. Liczba respondentów w poszczególnych grupach wiekowych przedstawiała się następująco: poniżej 25 lat – 6 osób, 25–35 lat – 13 osób, 36–46 lat – 19 osób, 46–56 lat – 12 osób. Staż pracy respondentek był zróżnicowany. Najwięcej instrumentariuszek (14 osób) pracowało w zawodzie krócej niż 5 lat. Najmniejszy odsetek badanych (6 osób) stanowiły pielęgniarki pracujące ponad 25 lat. Wśród 50 ankietowanych w systemie pracy jednozmianowej pracowało 30 osób, dwuzmianowej 11 osób, a trzymianowej 9 osób.

Poza obciążeniem fizycznym związanym z wykonywaniem pracy w pozycji stojącej u badanych respondentów występowały także inne czynniki ryzyka powstawania żylaków kończyn dolnych, jak: praca w wysokiej temperaturze (20 osób), obciążenie genetyczne (19 osób), palenie papierosów (14 osób) i na podobnym poziomie nadmierna masa ciała oraz skłonność do zapań (12 osób).

Respondenci odczuwali różnego rodzaju dolegliwości w obrębie kończyn dolnych. Najczęściej występował ból (18 osób), ciężkość nóg (14 osób) oraz obrzęki (6 osób). Występowanie pieczenia i uczucia rozpierania deklarowały 4 osoby, skurcze mięśni – 3 osoby. Wszystkie wyżej wymienione dolegliwości odczuwało jednocześnie 2 respondentów. Częstotliwość odczuwanych dolegliwości w obrębie kończyn dolnych zwiększała się wraz z liczbą przepracowanych lat na stanowisku instrumentariuszki/sza. Aż 32 respondentów o stażu dłuższym niż 25 lat odczuwało dolegliwości w kończynach dolnych. Ankietowani ze stażem pracy krótszym niż 5 lat odczuwali je również często (17 osób).

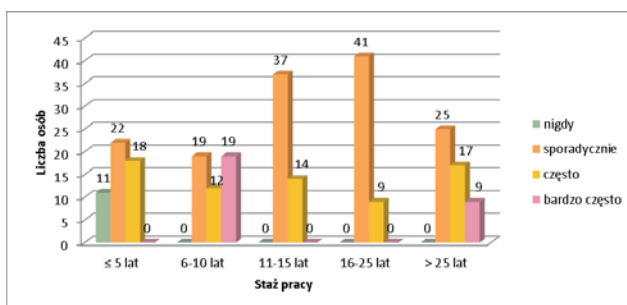
Z analizy danych wynika, że najwięcej respondentów (29 osób) sporadycznie wypoczywało w pozycji ułatwiającej odpływ krwi żyłnej z kończyn dolnych. Działanie takie często podejmowało 14 badanych, bardzo często tylko 4 respondentów, nigdy natomiast 3 ankietowanych. Rycina 1. pokazuje jaka jest częstotliwość podejmowania wypoczynku w pozycji z lekko uniesionymi nogami ponad tułów w zależności od wieku respondentów.



Rycina 1. Wiek a częstotliwość podejmowania wypoczynku w pozycji ułatwiającej odpływ krwi żylną z kończyn dolnych.
Figure 1. Age versus frequency of resting in a position easing blood flow from lower limbs.

Źródło: opracowanie własne
Source: author's concept

Najliczniejsze grupy pielęgniarek (37) w przedziale wiekowym 36–46 lat, 47–56 lat oraz mniej niż 25 lat (po 25 osób) sporadycznie przyjmowały pozycję zapobiegającą powstawaniu żylaków. Połowa respondentów w wieku < 25 lat nigdy nie odpoczywała w pozycji ułatwiającej odpływ krwi żylną z kończyn dolnych. Często i bardzo często taką pozycję przyjmowały pielęgniarki w przedziale wiekowym 25–35 lat (19, 8), 36–46 lat (10, 3) oraz 47–56 lat (21, 4). Częstotliwość podejmowania wypoczynku w pozycji ułatwiającej odpływ krwi żylną z kończyn dolnych zależała również od stażu pracy. Ilustruje to rycina 2.



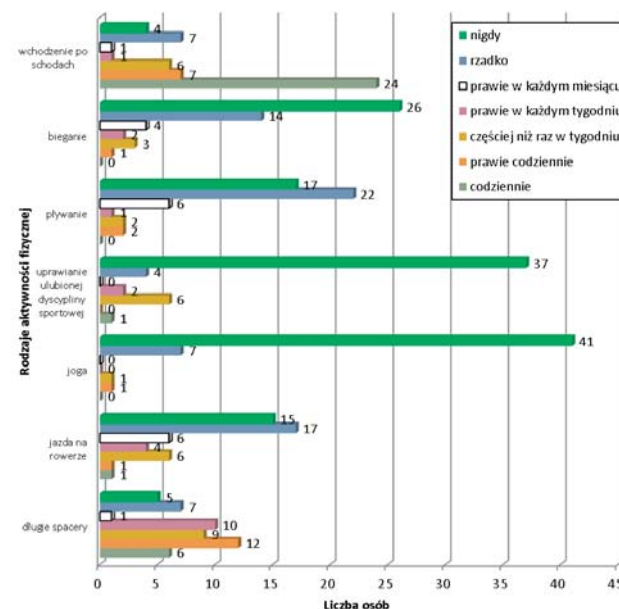
Rycina 2. Staż pracy na stanowisku instrumentariuszki a częstotliwość podejmowania wypoczynku w pozycji ułatwiającej odpływ krwi żylną z kończyn dolnych.
Figure 2. Length of employment as circulating nurse versus frequency of resting in position easing blood flow from lower limbs.

Źródło: opracowanie własne
Source: author's concept

Niezależnie od stażu pracy 9–18 osób przyjmowało często taką pozycję, natomiast sporadycznie stosowały ją najliczniejsze grupy badanych ze stażem pracy 5 lat (37), 10 lat (41) i więcej niż 25 lat (25 osób). Nigdy takiej pozycji nie stosują pielęgniarki ze stażem pracy poniżej 5 lat.

Systematyczny wysiłek fizyczny jest skuteczną metodą w profilaktyce przeciwżylakowej. Jednak wielu

respondentów nie podejmuje ćwiczeń mających na celu poprawę krążenia w kończynach dolnych. Dane przedstawiono na rycinie 3.



Rycina 3. Rodzaje podejmowanej aktywności fizycznej.
Figure 3. Types of physical activities undertaken.

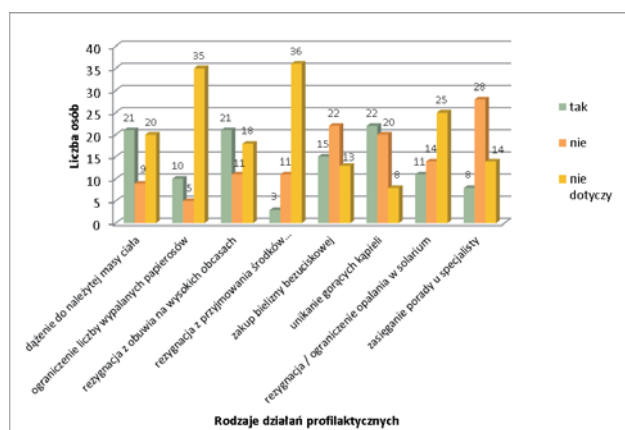
Źródło: opracowanie własne
Source: author's concept

Większość badanej grupy (41) nigdy nie uprawia jogi ani żadnej dyscypliny sportowej (37). Nigdy nie chodzi na dłuższe spacery (5), nie biega (17), nie pływa (17), nie jeździ na rowerze (15). Jedyną codziennie podejmowaną aktywnością fizyczną jest wchodzenie po schodach (24 osób). Prawie codziennie chodzi na długie spacery 12 osób. Rzadko pielęgniarki wykonują takie ćwiczenia fizyczne, jak: pływanie (22), jazda na rowerze (17), bieganie (14).

Osobom, których praca jest stojąca proponowane są proste ćwiczenia poprawiające krążenie w kończynach dolnych, takie jak: dreptanie – wykonywane kilka razy w ciągu dyżuru przez 21 respondentów, stawianie na palcach (17 osób), napinanie i rozluźnianie mięśni łydek (9 osób) oraz wyroby o stopniowanym ucisku (podkolanówki, pończochy, rajstopy na miarę). Większość (35 osób) nie korzysta z wyrobów o stopniowym ucisku.

W zapobieganiu występowania żylaków kończyn dolnych duże znaczenie ma profilaktyczne przyjmowanie środków farmakologicznych uszczelniających naczynia krwionośne. Są to preparaty zawierające dużą ilość fluanoidów oraz witaminy C, wpływające korzystnie na przemianę materii w ścianach naczyń żylnych. Środki farmaceutyczne stosowane w celu zapobiegania chorobom żył mają również postacie maści, kremów i żeli. Z badań wynika, że 41 instrumentariuszek/szy w ogóle nie stosuje doustnych środków farmakologicznych, a 9 re-

spondentów zażywa je sporadycznie. Miejscowe środki farmakologiczne stosowane są sporadycznie przez ankietowanych w wieku między 25–35 lat (23 respondentów). Równie istotnym problemem jest dieta z odpowiednią ilością błonnika. Soczewicy nigdy nie spożywa 28 respondentów, a brązowego ryżu 22 badanych. Duża ilość osób nigdy nie je otrębów pszennych (16 osób). Najczęściej respondenci spożywają owoce i warzywa (21 osób), a także pieczywo pełnoziarniste (10 osób). Inne działania podejmowane przez pielęgniarki w celu zapobiegania żylakom przedstawiono na rycinie 4.



Rycina 4. Rodzaje działań profilaktycznych podejmowanych przez instrumentariuszki w związku z narażeniem na powstawanie żylaków.

Figure 4. Types of preventive measures undertaken by circulating nurses due to being at risk in developing varicose veins.

Źródło: opracowanie własne

Source: author's concept

Jednym z najczęściej podejmowanych przez instrumentariuszki/szy działań służących profilaktyce żylaków było dążenie do utrzymania należytej masy ciała (21 osób) oraz unikanie gorących kąpiel (22 osób). Spośród 15 palących respondentów 2/3 ograniczyło liczbę wypalonych papierosów, a w grupie 14 instrumentariuszek zażywających środki antykoncepcyjne 1/3 zaprzestała ich przyjmowania.

Dyskusja

Celem badania była próba określenia działań podejmowanych przez pielęgniarki/rza instrumentariuszki/sza w zakresie profilaktyki żylaków kończyn dolnych. Na podstawie analizy wyników można stwierdzić, iż pielęgniarki/rze instrumentariuszki/sze w związku z wykonywaną pracą w pozycji stojącej należą do grupy osób o zwiększonym ryzyku powstawania żylaków kończyn dolnych. Jak wskazuje Ramelet A.A. 84% kobiet pracujących na sali operacyjnej cierpi na żylaki kończyn dolnych, a ryzyko ich powstawania wzrasta wraz z liczbą przepracowanych lat [3]. W badanej grupie zaobserwowano zależność między stażem pracy a częstotliwością

odczuwanych dolegliwości w obrębie kończyn dolnych. U 42 respondentów z najdłuższym stażem pracy (> 25 lat) dolegliwości te występowały często.

Częstość występowania żylaków wzrasta wraz z wiekiem. Ryzyko ich wystąpienia wzrasta zwłaszcza po 50. roku życia. Częściej występują one w wieku aktywności zawodowej (20-60 r.ż), a choroba zaostępuje się w sprzyjających warunkach (stojący tryb życia, praca w wysokiej temperaturze) [9].

Poza stojącą pracą dodatkowym czynnikiem ryzyka występowania żylaków kończyn dolnych w badanej populacji była praca w wysokiej temperaturze (20 osób) oraz czynniki dziedziczne (19 osób). W profilaktyce żylaków kończyn dolnych istotna jest aktywność fizyczna. Aktywność ruchowa usprawnia odpływ krwi z kończyn. Gdy pielęgniarki/rze przebywają zbyt długo w pozycji stojącej warto zadbać o chwilę ruchu. Do najbardziej preferowanych ćwiczeń fizycznych wykonywanych w trakcie dyżuru przez grupę badanych instrumentariuszy zaliczono: dreptanie (21 osób), stawanie na palcach (17 osób) oraz napinanie i rozluźnianie mięśni łydek (9 osób). Ćwiczenia te wprowadzają w ruch „pompę mięśniową”, a kurczące się mięśnie wyciskają krew z żył i przesuwają ją w stronę serca. Dzięki temu objawy choroby żylakowej są znacznie łagodniejsze i zmniejsza się ryzyko zakrzepicy żyłnej [10]. Ponadto aktywność fizyczna zapobiega otyłości, która związana jest ze stałym przeciążeniem goleni i stóp w czasie chodzenia i stania, a także zwiększa objętość zalegającej w żyłach krwi. Otyłość zwiększa ryzyko powstawania żylaków o ok. 33% [11].

Należy nadmienić, że duży odsetek badanych rzadko lub nigdy nie wykonuje ćwiczeń poprawiających krążenie żyłne w kończynach dolnych. 37 respondentów nie uprawia żadnej dyscypliny sportowej, 17 respondentów nie korzysta z basenu, a tylko 5 badanych chodzi na długie spacer. Systematyczna aktywność ruchowa wspomaga działanie pompy mięśniowej, co zapobiega powstawaniu żylaków.

W zapobieganiu żylakom kończyn dolnych dużą rolę odgrywa również odżywianie. Spośród produktów bogatych w błonnik respondenci najczęściej spożywali owoce (28 osób) i pieczywo pełnoziarniste (10 osób). Produkty bogate w błonnik zmniejszają skłonność do zaparć. Według M. Jarosza na zaparcia uskarża się ok. 23% populacji ludzi dorosłych. W badanej grupie 11 osób uskarżało się na tę samą dolegliwość. Spożywanie produktów bogatych w błonnik jest bardzo istotne, gdyż kiedy defekacja jest utrudniona, ciśnienie śródbrzusze w trakcie wypróżniania przenoszony jest przez żyły biodrowe na żyły kończyn dolnych, powodując stopniowe uszkodzenie ich zastawek [12].

Kolejnym istotnym czynnikiem ryzyka powstawania żylaków jest ciąża i przyjmowanie hormonalnych środków antykoncepcyjnych. Jak podaje Załoga K. żylaki występują od 5 miesiąca ciąży u ponad 25%, a do

9 miesięcy u 30% kobiet. Stężone hormony zmniejszają elastyczność i napięcie ścian żył, które łatwo ulegają poszerzeniu pod wpływem parcia dużych ilości krwi. Dlatego ważne jest, aby kontrolować rozwój żylaków kończyn dolnych podczas ciąży i w czasie zażywania środków hormonalnych. Środki antykoncepcyjne zwiększają ryzyko powstania żylnej choroby zakrzepowej 4–5 krotnie. Jej prawdopodobieństwo wzrasta zwłaszcza u kobiet po 35. roku życia. Zalecane jest ograniczenie stojącego trybu życia, który w przypadku ankietowanych jest najczęstszym czynnikiem ryzyka. Przyjmowanie środków hormonalnych deklarowało 8 ankietowanych.

Wnioski

1. Wiek i staż pracy wpływają na częstość przyjmowania przez pielęgniarki pozycji ułatwiającej odpływ krwi żylnej z kończyn dolnych,
2. Większa część respondentów nigdy nie wykonuje żadnych ćwiczeń fizycznych. Pozostała część deklaruje, że prawie jedyną formą aktywności fizycznej jest w ich życiu wchodzenie po schodach.
3. Ankietowani preferują w swojej diecie owoce i warzywa. Bardzo rzadko lub w ogóle nie spożywają produktów zbożowych bogatych w błonnik.
4. W profilaktyce mającej na celu usprawnienie krążenia w kończynach dolnych sporadycznie stosowane są farmakologiczne i miejscowe środki usprawniające krążenie.
5. Wyroby o stopniowalnym ucisku preferuje więcej niż połowa badanych. Częstotliwość ich stosowania wzrasta wraz z liczbą przepracowanych lat.
6. Najczęściej podejmowanymi działaniami w celu zmniejszenia narażenia na wystąpienie żylaków kończyn dolnych było: dążenie do należytej masy ciała oraz unikanie gorących kąpiel.

PIMIENICTWO

1. Noszczyk W., Ciostek P.: Chirurgia tętnic i żył obwodowych, PZWL, Warszawa 2007, tom 1, 445-446.
2. Ramelet A.A., Monti M.: Flebologia Przewodnik, Gdańsk 2003, 53, 55-56.
3. Ramelet A.A., Kern P., Perrin M.: Żylaki i teleangiektazje, Via Medica, Gdańsk 2004, 21-22.
4. Sosnowska E.: Zagrożenia w pracy pielęgniarki operacyjnej, Mag. Piel. i Położ., 2009, 3, 24.
5. Cichońska-Marczak M.: Ocena ryzyka zawodowego, Mag. Piel. i Położ., 2009, 3, 22-23.
6. Korta K., Janczak D., Barć P., Szyber P.: Diagnostyka i leczenie żylaków dołu podkolanowego, Terapia 2000, 8 (8), 34-37.
7. Załoga K., Ciesielski L.: Żylaki kończyn dolnych a ciąża, Żylaki kończyn dolnych, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1991, 64-65.
8. Liweń M., Zieliński P.: Przewlekła choroba żylna, w: Choroby naczyń wybrane problemy, P. Chęciński (red.), Termedia, Poznań 2006, 49-50.
9. Błachowiak K., Kapała W.: Żylaki kończyn dolnych, Mag. Piel. i Położ. 2003, 6, 28-29.
10. Choroby żył, Poradnik dla pacjenta, Novartis (6), 2006, 10-13
11. Ciecierski M., Piotrowicz R., Jawień A.: Przewlekła niewydolność żylna- objawy, leczenie, Przew. Lek. 2000 (1), 70-71.
12. Jarosz M., Dzieniszewski J.: Zaparcia porady lekarzy i dietetyków, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, 7-8.

Adres do korespondencji:

dr Józefa Czarnicka
ul. Aluzyjna 23F/304
03-149 Warszawa
tel. 663647275
e-mail: j.czarnicka@wp.pl

ALERGICZNY NIEŻYT NOSA – PROBLEM BIO-PSYCHO-SPOŁECZNY W ASPEKcie FUNKCJONOWANIA RODZINY

ALLERGIC RHINITIS – BIOPSYCHOSOCIAL PROBLEM FROM THE PERSPECTIVE OF THE FUNCTIONING OF THE FAMILY

EDYTA KRZYCH-FALTA, BOLESŁAW SAMOLIŃSKI

Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii
Warszawski Uniwersytet Medyczny
Kierownik: prof. dr hab. Bolesław Samoliński

Streszczenie

Alergiczny nieżyt nosa stanowi poważny problem współczesnej medycyny i zdrowia publicznego. Współtowarzyszące objawy ze strony nosa; świąd, kichanie, blokada nosa o znacznym nasileniu w sezonie pylenia czy w przypadku alergii na roztocze kurzu domowego wyraźnie obniżają jakość życia pacjenta w życiu codziennym, jak i wydajność w pracy/szkole. Jako schorzenie przewlekłe wywiera znaczący wpływ na skutki ekonomiczne chorych i ich rodzin, społeczeństwo jak i system opieki zdrowotnej. Najnowsze badania ekonomiczne przeprowadzone w USA szacują, że roczne koszty dla leczenia alergicznego nieżytu nosa mieszczą się w przedziale 2–5 mld dolarów. Współistniejące schorzenia, tj. astma oskrzelowa zdecydowanie w większym wymiarze pochłaniają olbrzymie środki z budżetów państw.

Słowa kluczowe: alergiczny nieżyt nosa, problemy bio-psycho-społeczne.

Abstract

Allergic rhinitis is a serious problem in modern medicine and public health. Concomitant nasal symptoms, itching, sneezing, nasal congestion with significant intensity during the pollen season or in dust mite allergy significantly reduce patients' quality of everyday life and their performance at work/school. As a chronic disease, it significantly affects the economic status of patients, their families, the society as well as the healthcare system. According to recent economic studies conducted in the U.S. the annual costs of the treatment of allergic rhinitis are between 2–5 billion dollars. Coexisting diseases such as bronchial asthma consume by far enormous budget resources.

Key words: allergic rhinitis, biopsychosocial problem.

Problem alergicznego nieżytu nosa w świetle badań międzynarodowych

W dobie globalnego zagrożenia chorobami alergicznymi zalecane jest prowadzenie badań wyjaśniających ściśle związki przyczynowo-skutkowe pomiędzy środowiskiem zewnątrz i wewnątrz domowym a ww. problemem zdrowotnym. Eksperti raportu ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*) podkreślają istotny problem braku wystarczającej ilości badań o wysokiej jakości naukowej wyjaśniających mechanizmy warunkujące rozwój alergii. Człowiek coraz częściej poddawany jest szkodliwemu wpływowi „produktów” różnych gałęzi przemysłu, dłużej przebywa w pomieszczeniach zamkniętych, zbudowanych z hermetycznych, syntetycznych i energooszczędnych materiałów, o słabej wentylacji naturalnej i sztucznym mikroklimacie, który niewątpliwie stwarza dogodne warunki do rozwoju akaro-fauny roztoczy i innych alergenów środowiskowych. Dodatkowo czynniki zewnątrzpochodne, tj.: dym tytoniowy, spaliny silników Diesla, dwutlenek azotu i siarki mogą nasilać reakcje alergiczne [1, 2]. W przeciągu ostatnich lat zaobserwowano wzrost częstotliwości zachorowań na choroby alergiczne [2, 3, 4, 5]. Obecnie różne postacie

alergii przyjmują charakter epidemii i stają się chorobą XXI wieku [6, 7, 8]. Liczne badania jednośrodkowe dowodzą, że w krajach wysoko uprzemysłowionych, np.: Japonia na okresowy alergiczny nieżyt nosa cierpi około 32,7% populacji w przedziale wiekowym 18–22, w USA 42% dzieci w wieku 9 lat, a w Wielkiej Brytanii oszacowano, że u 29% badanych ogółu populacji w przedziale wiekowym 5–59 lat znacznie częściej obserwowane są symptomy alergii [2, 9, 10, 11]. Wzrost zachorowalności potwierdzają również liczne badania epidemiologiczne w krajach, takich jak: Belgia, Hiszpania, Niemcy czy Francja. Alergiczny nieżyt nosa jest rozpoznany u około 24,5–28,8% ogółu badanych [2, 12, 13]. Samoliński w wielośrodkowym badaniu ECAP (*Epidemiologia chorób alergicznych w Polsce*) przeprowadzonym na terenie Polski w latach 2006–2008 udowodnił, że 30–40% badanej populacji cierpi na okresowe lub przewlekłe objawy chorób alergicznych [7, 8]. W obserwacjach jednośrodkowych oszacowano, że średnio 1–40% alergicznego nieżytu nosa dotyczy alergii na pyłki roślin natomiast 1–13% przemawia za występowaniem przewlekłego alergicznego nieżytu nosa [2]. Jednocześnie w raporcie ARIA zwrócono szczególną uwagę na fakt częstszego występowania alergicznego nieżytu nosa wśród popula-

cji zamieszkującej tereny miejskie w stosunku do tych zamieszkujących małe wsie [2]. Najprawdopodobniej to zjawisko tłumaczy się obcowaniem od najmłodszych lat z drobnoustrojami, wytwarzanymi przez zwierzęta hodowlane czy piciem niepasteryzowanego mleka w okresie dzieciństwa [14, 15]. Nie bez znaczenia wydają się być również: „teoria higieniczna”, „zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego” czy „dietetyczna”, które to wyjaśniają związki przyczynowo-skutkowe większej zachorowalności w dużych aglomeracjach miejskich [2].

Symptomatologia alergicznego nieżytu nosa

Według definicji raportu ARIA alergiczny nieżyt nosa (nieinfekcyjna postać nieżytu nosa) to „stan zapalny błony śluzowej nosa, charakteryzujący się takimi objawami, jak: wyciek wydzieliny wodnistej z nosa, uczucie zatkania nosa, świąd, kichanie, spływanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła przy bardzo obfitej wydzielinie wodnistej z nosa [2, 16]. W zależności od stopnia nasilenia objawów, który w większym lub mniejszym stopniu wpływa na funkcjonowanie w społeczeństwie oraz z uwagi na rodzaj alergenu ekspozycji ww. dokumentu dokonali podziału (klasyfikacji) alergicznego nieżytu nosa [2, 17, 18]

Tabela 1. Podział alergicznego nieżytu nosa [2]
Table 1. Division of allergic rhinitis [2]

1. „Okresowy” nieżyt oznacza, że objawy utrzymują się: – przez mniej niż 4 dni w tygodniu – lub krócej niż 4 kolejne tygodnie
2. „Przewlekły” nieżyt oznacza, że objawy utrzymują się: – przez więcej niż 4 dni w tygodniu – i dłużej niż przez 4 kolejne tygodnie
3. „Łagodny” nieżyt oznacza, że nie występuje żadne z poniższych kryteriów: – zaburzenia snu – pogorszenie codziennej aktywności, wypoczynku i/lub aktywności sportowej – pogorszenie nauki lub pracy – objawy obecne, ale nie uciążliwe
4. „Umiarkowany/ciężki” nieżyt nosa oznacza, że występuje jedno lub więcej z poniższych kryteriów: – zaburzenia snu – pogorszenie codziennej aktywności, wypoczynku i/lub aktywności sportowej – pogorszenie nauki lub pracy

Źródło: opracowanie własne [2]
Source: author's concept [2]

Fizjologiczne związki między górnymi a dolnymi drogami oddechowymi wyjaśniają patomechanizm reakcji zapalnej, w tym przypadku nie bez znaczenia epidemiologicznego jest wpływ zapalenia błony śluzowej nosa [19]. Z opracowanego dokumentu ARIA wynika, że u chorych z objawami przewlekłego nieżytu nosa należy wykluczyć astmę oskrzelową, a chorych na astmę oskrzelową należy diagnozować w kierunku nieżytu

nosa [2]. Światowa Organizacja Alergii sformułowała pojęcie nieżytu nosa-astma (*CARS – combined allergic rhinitis and asthma syndrome*) [20, 21]. Badania epidemiologiczne przeprowadzone wielośrodkowo przez zespoły m.in. Blaira i Settupane udowodniły, że objawy alergicznego nieżytu nosa występują częściej u chorych z astmą oskrzelową (28–78%) niż wśród osób bez objawów astmy (5–20%) [22, 23, 24]. Przełomem w badaniach nad współistnieniem nieżytu nosa i astmy oskrzelowej miało być badanie Leynaert i wsp. z wykorzystaniem kwestionariusza ECRHS obejmujące 90 478 osób w 8 krajach: Hiszpanii, Wielkiej Brytanii, Australii, Francji i Stanach Zjednoczonych, Włoszech, Beneluksie. Stwierdzono astmę bez nieżytu nosa u 1–6%, współistniejącą z nieżytem nosa w 7,6–22,6%. Nieżyt nosa bez astmy oskrzelowej zanotowano w 10,5–36,2%, a wśród astmatyków 50,0–77,1% (OR = 8 ryzyko ośmiokrotnego ryzyka rozwoju astmy oskrzelowej w grupie pacjentów z alergicznym nieżytem nosa) [24, 25]. W związku z zaistniałą sytuacją *Biała Księga Alergii* uznając choroby alergiczne jako „ogólnoswiatowy problem zdrowia publicznego” zawiera zalecenia dotyczące między innymi wdrożenia zintegrowanego schematu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego [1].

Przyczyny alergicznego nieżytu nosa

Według raportu ARIA istnieje szereg czynników wpływających na rozwój alergicznego nieżytu nosa:

- „interakcje genotyp – środowisko,
- wziewne alergeny środowiskowe zewnętrzne,
- czynniki zawodowe,
- zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego i wewnątrzdomowego,
- wpływ różnic społeczno-ekonomicznych” [2].

Niewątpliwie jednym z czynników środowiskowych najbardziej determinujących występowanie chorób alergicznych są alergeny zewnątrz i wewnątrz domowe. Z uwagi na czynniki środowiskowe alergeny występujące zewnątrz domowo (pyłki traw, chwastów, drzew) stwarzają większe ryzyko rozwoju okresowego nieżytu nosa natomiast te wewnątrz mieszkania (roztocze kurzu domowego, pleśnie, sierści zwierząt) zwiększają ryzyko rozwoju przewlekłego nieżytu nosa i astmy oskrzelowej [2, 26]. Wspólne zależności współwystępowania okresowego i przewlekłego nieżytu nosa potwierdzają liczne badania epidemiologiczne; u około 50% ogółu uczulonych na pyłki traw diagnozuje się alergię na alergeny całoroczne [2, 27, 28]. Do grupy alergenów wziewnych najbardziej uczulających należą: trawy, chwasty, drzewa [29, 30], roztocze kurzu domowego oraz grzyby pleśniowe. Pyłki roślin (stanowiące męską komórkę rozrodczą) przenoszone są najczęściej przez wiatr a rodzaj, ilość różni się w zależności od między innymi warunków klimatycznych, położenia geograficznego

i temperatury [2, 28]. Zarówno w Polsce, jak i Europie pyłki są najczęstszą przyczyną okresowego nieżyty nosa [31]. Średnia wielkość ziarna pyłku wynosi 10–100 μm , co stwarza dogodne warunki lokalizacyjne osiadania na błonie śluzowej nosa oraz w worku spojówkowym (współtowarzyszące zapalenie spojówek) [2]. Aby wywołać typowy obraz objawowy w okresowym nieżycie nosa wystarczy uzyskać stężenie ziaren w powietrzu na poziomie 50 w 1 cm^3 [31]. Rapiejko i wsp. wykazali ściśle zależności objawów „nosowych” od średniego stężenia dobowego ziaren traw w powietrzu; w Warszawie (przy dużym zanieczyszczeniu) 53 ziaren pyłku traw na 1 cm^3 , na Mazurach (przy małym zanieczyszczeniu) 71 ziaren pyłku na 1 cm^3 , w Katowicach 36 ziaren na 1 cm^3 zwiększa ryzyko wystąpienia objawów alergicznych [31, 32].

Roztocze kurzu domowego stanowi grupa saprofitycznych pajęczaków o średniej długości 01–0,5 mm żywiąca się naskórkiem ludzkim. Alergeny roztoczy kurzu domowego (z rodziny *Pyroglyphidae*; *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae*) o średnicy 10–20 μm zawarte są głównie w grudkach kału (białka enzymatyczne występujące w ich przewodzie pokarmowym) [2]. Średnio 2 μg Der p 1 na gram kurzu wystarczy, aby wywołać objawy uczulenia u dzieci, co odpowiada 0,6 mg guaniny a 10 μg Der p 1 na gram kurzu zwiększa ryzyko rozwoju astmy u osoby uczulonej [2, 33].

Zarodniki pleśni (*Alternaria tenuis*, *Cladosporium herbarum*) są częstym źródłem hospitalizacji pacjentów z rozpoznaną astmą oskrzelową z uwagi na wielkość cząsteczki zarodników (3–10 μm), która sprawia, że dostają się z łatwością do dolnych dróg oddechowych [2, 34].

Wpływ alergicznego nieżyty nosa na funkcjonowanie jednostki-rodziny w społeczeństwie

Alergiczny nieżyt nosa to więcej niż typowo kliniczny obraz dolegliwości ze strony układu oddechowego. To również zaburzenia funkcjonowania w społeczeństwie, absencji w pracy czy szkole zaburzenie funkcji poznawczych będące efektem toczącego się stanu zapalnego o charakterze przewlekłym [2]. Ponadto w grupie pacjentów z alergicznym nieżyciem nosa obserwuje się zaburzenia snu we wszystkich jego fazach, a poczucie zmęczenia dodatkowo nasilają stosowane leki p/alericzne o właściwościach sedatywnych. Liczne badania wielośrodkowe przeprowadzone w USA dowodzą, że osoby z alergicznym nieżyciem nosa stanowią najczęstszą grupę spośród wyselekcjonowanych chorób, bo aż u 55% pracowników występowały objawy przez okres – czas 52,5 dni (średnio pracownicy byli nieobecni przez 3,6 dnia w sposób bezproduktywny przez 2,3 godziny w dniu roboczym) [35]. Dodatkowym zagrożeniem

zmniejszającym efektywność pracy są współtowarzyszące lub dominujące alergie na alergenzy zawodowe (piekarze, rolnicy). Będąc chorobą przewlekłą alergiczny nieżyt nosa przyczynia się do przesunięcia środków finansowych (z budżetu gospodarstwa domowego) koniecznych do wdrożenia profilaktyki (w przypadku alergii na kurz) czy farmakoterapii, immunoterapii, które w dużej mierze polepszają jakość życia pacjenta. Biorąc pod uwagę fakt, iż obecnie choroby alergiczne przyjmują charakter epidemii XXI wieku pociągają za sobą jednocześnie liczne konsekwencje funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. W latach 90. analizy ekonomiczne przeprowadzone w USA wykazały, że koszty związane z alergicznym nieżyciem nosa wyniosły 1,2 mld dolarów, w Niemczech 1089 Euro przeznaczono na dziecko, w przypadku osoby dorosłej 1543 Euro w skali roku [2, 35, 36]. Z kolei w Japonii średni roczny koszt na jednego pacjenta z rozpoznanym alergicznym nieżyciem nosa wyniósł 118 dolarów [37]. Nadal niszę stanowi grupa pacjentów „leczących się na własną rękę” poprzez stosowanie leków z grupy OTC, naparów ziołowych czy medycyny alternatywnej, które to na dzień dzisiejszy nie mają dokładnie poznanego i potwierdzonego właściwego wpływu na organizm człowieka. Potrzeba wprowadzania programów profilaktycznych, mających na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa w kwestii zasad profilaktyki wtórnej, poprzez edukację zdrowotną również personelu medycznego, wprowadzenia innowacyjnych rozwiązań w kwestii kontroli środowiska zewnątrz i wewnątrz domu, jak i również wdrożenie modelowych programów: *POLASTMA* realizowany przez Polskie Towarzystwo Alergologiczne czy projekt *Wczesnej profilaktyki i wykrywalności i wykrywalności chorób alergicznych w Polsce przez Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego* wydaje się mieć duże uzasadnienie. Również istotne znaczenie z perspektywy wczesnej wykrywalności ma diagnostyka, która warunkuje cały proces terapii farmakologicznej i w rezultacie przyczynia się do lepszej jakości życia pacjenta. Również z uwagi na potencjalne ryzyko rozwoju schorzeń współtowarzyszących czy będących następstwem alergicznego nieżyty nosa (zapalenie spojówek, zapalenie zatok, astma oskrzelowa) i charakterystyczny zespół objawowy: blokada nosa, katar, duszność, nie wydaje się bez znaczenia być ocena jakości życia pacjenta, przy pomocy kwestionariuszy SF-36 (*Sickness Impact Profile*, *Nottingham Health Profile* i *Medical Outcomes Survey Short Form 36*), RQLQ (*Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire* i *Rhinitis Quality of Life Questionnaire*) [2, 38, 39, 40, 41].

PIŚMIENNICTWO

1. Pawankar R., Canonica G.W., Holgate S.T. et al., WAO White Book on Allergy 2011-2012: Executive Summary. Copyright 2011 World Allergy Organization.
2. Bousquet J., Khalataev N., Alvaro A. et al., Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008, *Alergia Astma Immun. Klin.* 2008, 13 (supl. 1), 3-39.
3. Butland B.K., Strachan D.P., Lewis S. et al., Investigation into the increase in hay fever and eczema at age 16 observed between the 1958 and 1970 British cohorts, *BMJ* 1997, 315(7110), 717-721.
4. Wright A.L., Holberg C.J., Martinez F.D. et al., Epidemiology of physician-diagnosed allergic rhinitis in childhood, *Pediatrics* 1994, 94(6Pt 1), 895-901.
5. Lundback B., Epidemiology of rhinitis and asthma, *Clin. Exp. Allergy*, 1998, 2, 3-10.
6. European Allergy White Paper, The UCB Institute of Allergy 18.
7. Samoliński B., Raciborski F., Tomaszewska A. i wsp., Epidemiologia alergii i astmy w Polsce – doniesienie wstępne ECAP, *Terapia*, 2008, 10 (1), 41-45.
8. Samoliński B., Sybilski A., Raciborski F. i wsp., Występowanie astmy oskrzelowej u dzieci, młodzieży i młodych dorosłych w Polsce w świetle badania ECAP *Alergia Astma Immunol. Klin.*, 2009, 14(1), 27-34.
9. Ogino S., Irifune M., Harada T. et al., Nasal allergy in medical students, *Rhinology*, 1990, 28(3), 163-168.
10. Hagy G.W., Settipane G.A., Bronchial asthma, allergic rhinitis and allergy skin tests among college students, *J. Allergy*, 1996, 44(6), 323-332.
11. Richards S., Thornhill D., Roberts H. et al., How many people think they have hay fever, and what they do about it, *Br. J. Gen. Prac.*, 1992, 42(360), 284-286.
12. Bachau V., Durham S.R., Prevalence and rate of diagnosis of allergic rhinitis in Europe, *Eur. Respir. J.*, 2004, 24(5), 758-764.
13. Bachau V., Durham S.R., Epidemiological characterization of the intermittent and persistent types of allergic rhinitis, *Allergy*, 2005, 60(3), 350-353.
14. Shaheen S.O., Aaby P., Barker D.J. et al., Measles and atopy in Guinea-Bissau, *Lancet*, 1996, 347(9018), 1792-1796.
15. Perkin M.R., Strachan D.P., Witch aspects of the farming lifestyle explain the inverse association with childhood allergy?, *J. Allergy Clin. Immunol.*, 2006, 117(6), 1374-1781.
16. International Consensus Report on Diagnosis and Management of Rhinitis. International Rhinitis Management Working Group, *Allergy*, 1994, 49(19 suppl), 1-34.
17. Van Hoecke H., Vastesaegeer N., Dewulf L. et al., Classification and management of allergic rhinitis patients in general practice during pollen season, *Allergy*, 2006, 61(6), 705-711.
18. Valero A., Ferrer M., Sastre J. et al., A new criterion to discriminate between patients with moderate and severe allergic rhinitis based on the Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma severity items, *J. Allergy Clin. Immunol.*, 2006, 118(3), 758-759.
19. Samoliński B., Sybilski A., Znaczenie stanów zapalnych błony śluzowej nosa w astmie oskrzelowej, *Post. Dermat. Alergol.*, 2010, 27, 223-229.
20. World Allergy Organization: Combined allergic rhinitis and asthma syndrome <http://www.worldallergy.org>.
21. Jahnz-Różyk K., Astma i alergiczny nieżyt nosa – jedna choroba dróg oddechowych, *Alergol. Współ.* 2003, 1(12), 2-3.
22. Blair H., Natural history of childhood asthma: 20-year follow-up, *Arch. Dis. Child.*, 1997, 52, 613-619.
23. Settipane G.A., Allergic rhinitis-update, *Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 1986, 94, 470.
24. Samoliński B., Sybilski A., Znaczenie stanów zapalnych błony śluzowej nosa w astmie oskrzelowej. Współistnienie ANN i astmy oskrzelowej, *Alergia Astma Immunol.* 2007, 12(1), 7-24.
25. Leynaert B., Settipane G.A. Long-term risk factors for developing asthma and allergic rhinitis: a 23-year follow – up study of college students, *Allergy Proc.*, 1994, 15, 21-28.
26. Gergen P.J., Turkeltaub P.C., The association of individual allergen reactivity with respiratory diseases in a national sample: data from the second National Health and Nutrition Examination Survey, 1976-80 (NHANES II), *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1992, 90(4 Pt1), 579-588.
27. Bauchau V., Durham S.R., Prevalence and rate of diagnostic rhinitis in Europe, *Eur. Respir. J.*, 2004, 24(5), 758-64.
28. Bauchau V., Durham S.R., Epidemiological characterization of the intermittent and persistent types of allergic rhinitis., *Allergy*, 2005, 60(3), 350-353.
29. Davies J.M., Bright M.L., Rolland J.M. et al., Bahia grass pollen specific IgE is common in seasonal rhinitis patients but has limited cross-reactivity with Ryegrass, *Allergy*, 2005, 60(2), 251-255.
30. Strandhede S.O., Whil J.A., Eriksson N.E., Tree pollen allergy. I. Features of plant geography and pollen counts, *Allergy*, 1984, 39(8), 602-609.
31. Rapiejko P., Weryszko-Chmielewska E., Pyłek traw, *Alergia Astma Immunol.* 1998, 3(4), 187-192.
32. Rapiejko P., Pyłkowina W: Choroby alergiczne, Zawisza E., Samoliński B. (red.), Warszawa PZWL, 1998, 172-190.
33. Sporik R., Holgate S.P., Platts-Mills T.A., et al., Exposure to Mouse – dust mite allergen (Der Pt) and the development of asthma in childhood. A prospective study., *N. Eng. J. Med.*, 1990, 323(8), 502-507.
34. Atkinson R.W., Strachan D.P., Andreson H.R. et al., Temporal associations between daily counts of fungal spores and asthma exacerbations, *Occup. Environ. Med.*, 2006, 63(9), 580-590.
35. Malone HDC., Lawson K.A., Smith DHA, Arrighi HM., Battisa C., A cost of illness study of allergic rhinitis in the United States., *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1997, 99(1Pt1), 22-7.
36. Schramm B., Ehlken B., Smala A., Quednau K., Berger K., Nowak D., Cost of illness of atopic asthma and seasonal allergic rhinitis in Germany; 1-yr retrospective study, *Eur. Respir. J.*, 2003, 21(1), 116-22.
37. Okuda M., Cost implication of allergic rhinitis, *Allergy Immunol.*, 1998, 5, 86-91.
38. Stewart A.L., Hays R.D., Ware J., The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population, *Med. Care* 1988, 26(7), 724-735.
39. Juniper E.F., Guyatt G.H. Development and testing of a new measure of health status for clinical trials in rhinoconjunctivitis., *Clin. Exp. Allergy* 1991, 21(1), 77-83.

40. Juniper E.F., Guyatt G.H., Andresson B et al., Comparison of powder and aerosolized budesonide in perennial rhinitis: validation of rhinitis quality of life questionnaire, *Ann. Allergy*, 1993, 70(3), 225-230.
41. Braun-Fahrlander C., Wuthrich B., Gassner M. et al., Validation of a rhinitis symptom questionnaire (ISSAC core questions) in a population of Swiss school children visiting the school health services. SCARPOL-team. *Swiss*

Study on Childhood Allergy and Respiratory Symptom with respect to Air Pollution and Climate. *International Study of Asthma and allergies in Childhood, Pediatr. Allergy Immunol.*, 1997, 8(2), 75-82.

Adres do korespondencji:

dr Edyta Krzych-Fałta
Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii,
Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Banacha 1a, 02-091 Warszawa
e-mail e.krzych@gmail.com

METODY OCENY STANU ODŻYWIENIA U CHORYCH NA NOWOTWORY

EVALUATION METHODS FOR NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS WITH CANCER

KATARZYNA FIZIA, MONIKA GĘTEK, NATALIA CZECH, MAŁGORZATA MUC-WIERZGOŃ,
EWA NOWAKOWSKA-ZAJDEL

Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Wydział Zdrowia Publicznego
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Małgorzata Muc-Wierzoń

Streszczenie

Nowotwory złośliwe są drugą po chorobach układu krążenia przyczyną zgonów w Polsce. Zaburzenia odżywiania są częstym objawem występującym u chorych na raka. Niedożywienie występuje u pacjentów onkologicznych nawet w 80%. Patofizjologia niedożywienia u chorych na nowotwory jest złożona, najczęstszymi przyczynami występowania zaburzeń odżywiania u tych pacjentów jest niedostateczne odżywianie drogą doustną, spowodowane wieloma czynnikami. Pierwotne i wtórne następstwa niedożywienia są bardzo niebezpieczne dla pacjentów. Wyznaczenie metod pozwalających rozpoznać odpowiednio wcześniej zagrożenie wystąpienia niedożywienia, czy stopień jego nasilenia jest ważne zarówno w opiece nad pacjentem, leczeniu, jak i dietetyce onkologicznej. W celu rozpoznania stanu niedożywienia u pacjentów przeprowadza się przesiewową oraz pogłębioną ocenę stanu odżywiania. Przesiewowa ocena oparta jest na prostych metodach, dokonuje się jej za pomocą narzędzi, takich jak formularze do przesiewowej oceny stanu odżywiania. Pogłębionej analizy dokonuje się natomiast za pomocą obiektywnych metod opartych o analizę wyników badań antropometrycznych, dodatkowych badań biochemicznych i immunologicznych. W przypadku wystąpienia zagrożenia niedożywieniem placówki podejmują odpowiednie kroki poprzez opracowanie dalszego planu leczenia pacjenta.

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa, niedożywienie, ocena stanu odżywiania.

Abstract

Cancer is the second leading cause of death in Poland after cardiovascular disease. Disorders of nutritional status are very common in patients with cancer. 80% of cancer patients suffer from malnutrition. Pathophysiology of malnutrition in patients with cancer is complex. The most common cause of eating disorders in those patients is poor oral nutrition brought about by many factors. Primary and secondary consequences are very dangerous for patients. Determining methods which would allow to early identify the risk of malnutrition or the degree of its severity is very important for a patient care, treatment and nutrition in oncology. In order to identify state of malnutrition in patients, screening and comprehensive evaluation by nutritional status are carried out. Screening evaluation uses simple methods. It is performed by means of such tools as forms for screening evaluation of nutritional status. In-depth comprehensive analysis, on the other hand, is done by using objective methods based on the analysis of anthropometric results, additional biochemical and immunological tests. In the case of the risk of malnutrition, institutions take appropriate steps for further development of patient's treatment plan.

Key words: cancer, malnutrition, nutritional status evaluation.

Wstęp

Nowotwory złośliwe są drugą po chorobach układu krążenia przyczyną zgonów w Polsce. Ponad 26% mężczyzn i prawie 23% kobiet umiera z powodu nowotworów złośliwych, a liczba ta stale wzrasta. Najczęściej występującymi nowotworami złośliwymi w Polsce są u kobiet rak piersi, płuca i szyjki macicy, natomiast u mężczyzn rak płuca, żołądka, jelita grubego oraz stercza. Ostatnie polskie statystyki zachorowań na nowotwory złośliwe i zgonów spowodowanych tym schorzeniem pochodzą z 2004 roku [1].

Zaburzenia stanu odżywiania są częstym objawem u chorych na raka. Niedożywienie występuje nawet w 80% u pacjentów onkologicznych, wzrasta wraz z zaawansowaniem choroby i jest zależne od lokalizacji guza. Zapobieganie niedożywieniu, jak i jego leczenie

jest bardzo ważną częścią opieki nad pacjentem onkologicznym. Wyznaczenie metod pozwalających rozpoznać odpowiednio wcześniej zagrożenie wystąpienia niedożywienia, czy stopień jego nasilenia jest ważne zarówno w leczeniu, jak i dietetyce onkologicznej [2, 3].

Wśród pacjentów szczególnie narażonych na ryzyko wystąpienia niedożywienia znajdują się przede wszystkim pacjenci onkologiczni (5–80%), chorzy na intensywnej terapii (0–100%), chorzy z oddziałów neurologicznych (4–66%), z chorobami układu oddechowego (5–60%), z chorobami przewodu pokarmowego i wątroby (3–100%), chorobami nerek (10–72%), a także osoby starsze (0–85%) [4]. Ryzyko wzrasta, gdy u chorych na nowotwory złośliwe występują dodatkowo alergie lub nietolerancje pokarmowe, zespół złego wchłaniania, stan po resekcji żołądka lub jelita, przetoka przewodu pokarmowego, zespół nerczycowy, przewlekłe choro-

by zapalne, niewyrównana cukrzyca, stan po zabiegach operacyjnych, stan po urazach lub oparzeniach. Niedożywienie występuje najczęściej u chorych na raka przełyku (70–85%), raka żołądka (60–73%), raka trzustki (30–40%) oraz raka jelita grubego (10–15%) [5, 6].

W przypadku chorych na nowotwory do zwiększenia ryzyka wystąpienia niedożywienia przyczyniają się głównie rodzaj terapii (chemio- i radioterapia), podawane leki, interakcje leków z żywnością, problemy żywieniowe powstałe w wyniku dobranej metody leczenia, takie jak utrata apetytu, zmiana w odczuwaniu smaku i zapachu, szybki spadek masy ciała, ból w jamie ustnej, nudności, wymioty, biegunka, a także stan po niektórych zabiegach operacyjnych, choroby infekcyjne oraz zapalenia [3, 5, 7].

Dnia 8 listopada 2012 roku zmianie uległo Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 stycznia 2012 roku, informujące o obowiązkowym przeprowadzaniu w każdym oddziale szpitalnym oceny stanu odżywienia NRS 2002 (ang. *Nutritional Risk Screening 2002*) lub SGA (ang. *Subjective Global Assessment*), dołączanej do historii choroby pacjentów. Wszystkie placówki oprócz oddziałów okulistycznych, otolaryngologicznych, alergologicznych oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu, jeżeli hospitalizacja pacjenta trwa krócej niż 3 dni, przeprowadzają obowiązkową ocenę przesiewową za pomocą jednego z wybranych testów do oceny stanu odżywienia. W przypadku wystąpienia zagrożenia niedożywieniem podejmują odpowiednie kroki poprzez opracowanie dalszego planu leczenia pacjenta. Problem niedożywienia u pacjentów hospitalizowanych występuje szacunkowo nawet u 20–50%, u 30–90% leczonych w trakcie hospitalizacji stan odżywienia pogarsza się [5, 8].

Patofizjologia nieożywienia u chorych na nowotwory

Najczęstszymi przyczynami występowania zaburzeń odżywiania u chorych na nowotwory złośliwe jest niedostateczne odżywianie drogą doustną, spowodowane zarówno stanem psychicznym pacjenta, jak i odczuwanym bólem, brakiem łaknienia, anoreksją, zablokowaniem drogi przyjmowania pokarmu, niepożądanym działaniem leków oraz zwiększoną utratą substancji odżywczych związaną z zaburzeniami wchłaniania, trawienia, enteropatią wysiękową lub przetoką przewodu pokarmowego. Ze względu na zwiększone zapotrzebowanie na składniki odżywcze spowodowane rozwojem nowotworu oraz gorączką lub zakażeniem dochodzi do poważnych zaburzeń odżywiania [3, 6].

U pacjentów onkologicznych mimo zmniejszonej masy ciała oraz zmniejszonego spożycia pokarmów wzrasta podstawowa przemiana materii oraz glukoneogeneza [9]. Zaburzenia metaboliczne występujące w tej grupie chorych w dużej mierze upośledzają przemiany białek, tłuszczu, węglowodanów, witamin oraz składników mineralnych, w konsekwencji czego dochodzi do zmian

w gospodarce hormonalnej oraz w działaniu łuków neurohormonalnych przewodu pokarmowego [3, 9].

Ze względu na nasiloną glukoneogenezę oraz jednocześnie zaburzenia funkcjonowania komórek β -trzustki, zmniejsza się wrażliwość na insulinę oraz pogarsza tolerancja glukozy. Towarzyszy temu zwiększone wytwarzanie pirogronianu oraz kwasu mlekowego, wymagające dużego nakładu dodatkowej energii. Ujemny bilans energetyczny spowodowany zaburzonymi procesami w czasie glukoneogenezy, związany z niepełnym wykorzystaniem glukozy w porównaniu z energią uzyskaną w prawidłowym cyklu kwasów tricarboksylowych sprzyja pogłębieniu niedożywienia u pacjenta. Zwiększeniu ulegają także procesy lipolizy oraz oksydacji tłuszczu, syntezy białek w wątrobie i utraty masy mięśniowej. W procesach katabolicznych wyniszczenia nowotworowego uczestniczą czynniki krążące, w przypadku białek czynnik mobilizujący PMF (ang. *Protein Mobilizing Factor*) oraz w przypadku tłuszczu LMF (ang. *Lipid Mobilizing Factor*) [9, 10].

Proces rozwoju niedożywienia wiąże się także z uruchomieniem kaskady szeregu produktów guza nowotworowego i cytokin prozapalnych, takich jak: interleukina 1 (IL-1), interleukina 6 (IL-6), czynnik martwicy nowotworów (ang. *Tumour Necrosis Factor α* – TNF- α) i interferon γ (IFN- γ) [6, 10]. Ich synergistyczne działanie składa się na wspólny efekt metaboliczny w obrazie niedożywienia. Wpływają one również na nieprawidłową odpowiedź układu hormonalnego na stres metaboliczny wywołany nowotworem. Stopień zaawansowania niedożywienia zależy także od aktywności cytokin hamujących procesy zapalne, tj. interleukina 4 (IL-4), interleukina 10 (IL-10) i interleukina 12 (IL-12), oraz prawdopodobnie od interleukiny 15 (IL-15) – czynnika anabolicznego dla mięśni szkieletowych [9, 11, 12].

Przyczyną powstawania niedożywienia są również zaburzenia wydzielania peptydów stymulujących apetyt (neuropeptyd Y) oraz zaburzony metabolizm obwodowy tryptofanu jako prekursora serotoniny powodujący zmniejszone spożycie pokarmów. W konsekwencji upośledzenia łaknienia spowodowanego zwiększeniem wydzielania mleczanów oraz ketonów przez guz nowotworowy dochodzi do pogłębienia stanu kacheksji u chorego. Zaburzenia związane z odczuwaniem smaku, głównie słodkiego i gorzkiego wpływają na zmniejszenie wydzielania soków trawiennych, powodując upośledzenie trawienia. Pokarm nie jest prawidłowo trawiony również ze względu na zmniejszenie wydzielania soku trzustkowego oraz żółci, w konsekwencji czego dochodzi do niedoborów pokarmowych [7, 9, 11, 12].

Następstwa niedożywienia są bardzo niebezpieczne dla pacjentów onkologicznych, można je podzielić na pierwotne i wtórne. Do pierwotnych objawów zaliczamy zmniejszenie masy ciała, masy trzustki oraz ilości produkowanych białek w organizmie. Nielezione niedożywienie może prowadzić nawet do zgonu pacjenta, ubytek 40–50% masy ciała jest wartością graniczną dla

organizmu chorego. Osłabienie siły mięśniowej, zrzesztotnienie kości, obniżona sprawność psychomotoryczna oraz upośledzenie odporności komórkowej i humoralnej nasila stan niedożywienia pacjenta. Kolejnym najczęściej występującym objawem jest niedokrwistość, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej, zaburzenia układu sercowo-naczyniowego i oddechowego, postępujące stłuszczenie wątroby, zaburzenia wydzielania enzymów trawiennych. Do grupy wtórnych następstw niedożywienia zaliczamy zaburzenia gojenia się ran, wzrost częstości zakażeń, chorobowości oraz śmiertelności [3, 13].

Wybrane metody oceny stanu odżywienia

Głównym celem oceny stanu odżywienia jest identyfikacja grupy chorych zagrożonych niedożywieniem lub niedożywionych. W celu rozpoznania stanu niedożywienia u pacjentów przeprowadza się przesiewową oraz pogłębianą ocenę stanu odżywienia. Ocena pozwala określić stopień niedożywienia i monitorować postępy leczenia żywieniowego, a także pogłębianie się stanu niedożywienia u chorych z powodu nieprawidłowej diety, terapii lub innych przyczyn [2, 14, 15].

Przesiewowa ocena stanu odżywienia oparta jest na prostych metodach, pozwala zidentyfikować większość chorych z podwyższonym ryzykiem wystąpienia stanu niedożywienia. Jej celem jest także identyfikacja chorych, u których należy przeprowadzić pogłębianą ocenę stanu odżywienia oraz najprawdopodobniej rozpocząć leczenie żywieniowe. Wszyscy chorzy powinni zostać poddani przesiewowej ocenie stanu odżywienia przez osoby odpowiednio w tym celu wykwalifikowane za pomocą najlepszych dostępnych narzędzi, takich jak formularze do przesiewowej oceny stanu odżywienia [2, 14, 15]. Procedura oceny powinna być możliwie jak najprostsza oraz ograniczona pod względem konieczności częstości badania. Powinna także charakteryzować się wysoką czułością, swoistością, niezawodnością i użytecznością praktyczną. Każda metoda powinna posiadać protokół dalszego postępowania w zależności od uzyskanego wyniku [5].

W sytuacji, gdy chory zagrożony jest stanem niedożywienia lub stan ten został potwierdzony, należy dokonać pogłębionej analizy za pomocą obiektywnych metod opartych o analizę wyników badań antropometrycznych, dodatkowych badań biochemicznych i immunologicznych. U pacjentów chorych na nowotwory pogłębionej oceny stanu odżywienia dokonuje się najczęściej na podstawie odpowiednich formularzy, wywiadu żywieniowego, badań antropometrycznych, składających się z oceny aktualnej masy ciała i niezamierzonego ubytku masy ciała, a także na podstawie badań biochemicznych. Badania polegają na ocenie czterech podstawowych czynników, tj. zmniejszenie masy ciała, zaburzenia w przyjmowaniu pokarmów, aktualny wskaźnik BMI oraz stopień zaawansowania choroby [2, 3, 15].

Po dokonaniu subiektywnej oraz obiektywnej analizy, wyniki zostają podsumowane wnioskiem określającym ryzyko żywieniowe, rodzaj niedożywienia, jego przyczynę i stopień zaawansowania. Na jego podstawie wprowadzana jest odpowiednia interwencja żywieniowa oparta o leczenie żywieniowe o określonej intensywności, a także ustalona zostaje częstotliwość i dokładność monitorowania stanu odżywienia pacjenta oraz ewentualna terapia farmakologiczna. Edukacji żywieniowej podlega pacjent i jego rodzina [5].

Formularze

Do przesiewowej oceny stanu odżywienia u chorych na nowotwory złośliwe używać należy formularzy. Najbardziej popularnym jest formularz przesiewowej oceny ryzyka związanego z niedożywieniem NRS 2002 I i II cz. opracowany przez ESPEN (ang. *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*), formularz SGA (subiektywna globalna ocena stanu odżywienia) opracowany przez zespół lekarzy z Toronto, a także mniej popularne formularze jak MNA (ang. *Mini Nutritional Assessment*), NST (ang. *Nutrition Screening Tool*), MUST dla dorosłych (ang. *Malnutrition Universal Screening Tool*), SNAQ (ang. *Short Nutritional Assessment Questionnaire*) oraz NRI (ang. *Nutritional Risk Index*) [2, 15, 16].

W przypadku skali NRS 2002 oceny dokonuje się w kilku etapach obejmując ryzyko niedożywienia, skalę ciężkości choroby oraz przesiew wstępny i końcowy. Skala SGA zawiera pytania dotyczące zmian masy ciała, w przyjmowaniu pokarmu, objawów ze strony układu pokarmowego, wydolności fizycznej, występujących schorzeń, badania fizykalnego oraz subiektywnej oceny stanu odżywienia. Stworzona została w 1982 r. i nadal jest jedną z najbardziej użytecznych i wystarczających metod oceny stanu odżywienia chorych na nowotwory złośliwe [7, 16, 17].

W celu oceny ryzyka związanego z niedożywieniem ESPEN wprowadziło dodatkowo pojęcie SNR – duże ryzyko żywieniowe (ang. *severe nutritional risk* – SNR), które określa prawdopodobieństwo gorszego wyniku leczenia choroby lub zabiegu chirurgicznego, w zależności od aktualnego lub przewidywanego stanu odżywienia i stanu metabolicznego pacjenta. Duże ryzyko żywieniowe występuje u pacjenta, gdy stwierdzone zostanie choć jedno z kryteriów [7]:

- utrata masy ciała > 10–15% w ciągu 6 miesięcy
- wskaźnik masy ciała (BMI) < 18,5 kg/m²
- stopień C w skali SGA lub wynik > 3 pkt w skali NRS 2002
- stężenie albuminy w osoczu < 3 g/dl (po wykluczeniu upośledzenia czynności wątroby lub nerek).

Wywiad żywieniowy

Wywiad żywieniowy przeprowadzany z pacjentem onkologicznym powinien przede wszystkim zawierać

szczegółowe pytania dotyczące utraty masy ciała w przebiegu ostatnich 6 miesięcy, czasu od kiedy pacjent nie przyjmuje pokarmów, zwyczajów żywieniowych chorego, stosowanych leków, zaburzeń łaknienia, dysfagii/odynofagii, występowania biegunk, bólów kostnych oraz mięśniowych, osłabienia, obniżonych funkcji emocjonalnych oraz występowania zaburzeń snu. Przeprowadza się go w celu określenia wszystkich możliwych czynników prowadzących do niedożywienia oraz ogólnego stanu chorego. Wywiad powinien określić także jakościowe i ilościowe aspekty diety w ocenie zawartości głównie energii, białka oraz mikroskładników odżywczych [6, 7, 15, 18].

Badanie przedmiotowe

U pacjentów onkologicznych niedożywionych lub zagrożonych stanem niedożywienia mogą wystąpić następujące objawy: wychudzenie, rogowacenie naskórka, łojotok, wypadanie włosów, łamliwość paznokci, zmniejszenie lub zanik tkanki podskórnej, zapalenie dziąseł, zapalenie kącików ust, zapalenie języka, próchnica, a także powiększenie mięśnia sercowego, częstoskurcz spoczynkowy, wysięki w jamach opłucnowych, duszność. Zauważalna jest także puchlina brzuszna, bóle, zaniki mięśniowe oraz obrzęki stawów [6, 7, 18].

Badanie antropometryczne

Oceny masy ciała dokonujemy za pomocą wskaźnika Queteleta – wskaźnika masy ciała BMI (ang. *Body Mass Index*), interpretując wyniki wg zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO – ang. *World Health Organization*) – tabela 1. Obliczeń dokonujemy za pomocą wzoru: $BMI = Wt [kg] / Ht^2$, gdzie stosunek masy (ang. *weight* – Wt) do wzrostu (ang. *height* – Ht) wyrażany jest w takiej postaci, pozwalając porównać kobiety oraz mężczyzn w większości grup wiekowych w odniesieniu do wąskiego zakresu wartości prawidłowych [15].

Po dokonaniu oceny ubytku masy ciała z ostatnich 3–6 miesięcy, w przypadku oceny ubytku na poziomie > 5–10% (lub > 3–6 kg) stwierdza się stan niedożywienia ciężkiego. W przypadku badań antropometrycznych ubytek masy ciała powyżej 5% wymaga interwencji. Przyjmuje się, że BMI [3, 18]:

- powyżej 30 kg/m² oznacza dużą nadwagę
- w zakresie 25–29,5 kg/m² oznacza nadwagę
- w zakresie 24–24,5 kg/m² oznacza dobre odżywienie
- w zakresie 17–23,5 kg/m² oznacza ryzyko niedożywienia
- poniżej 17 kg/m² oznacza niedożywienie.

U chorych w wieku powyżej 65 lat niedożywienie wymagające interwencji oznacza się już przy BMI poniżej 24 kg/m² i utracie masy ciała równej lub większej 5% w ciągu ostatnich 1–6 miesięcy [3].

Tabela 1. Interpretacja wskaźnika BMI wg WHO
Table 1. BMI interpretation according to WHO

BMI	Interpretacja
< 20	u niektórych osób może wystąpić niedożywienie
20–25	najmniejsze ryzyko zwiększonej umieralności
25–30	mogą wystąpić problemy zdrowotne związane z nadwagą
30–40	otyłość umiarkowana z konsekwencjami zdrowotnym
> 40	otyłość dużego stopnia – zagrożenie życia

Źródło: opracowanie własne [3]

Source: author's concept [3]

Należy także obliczyć należną masę ciała (nmc.) za pomocą zmodyfikowanego wzoru Broca uwzględniającego różnice w składzie ciała mężczyzn i kobiet [18]:

M (mężczyźni): $nmc. = H - 100 \pm 2 \text{ kg}$

K (kobiety): $nmc. = H - 110 \pm 2 \text{ kg}$

lub z wzoru Lorentza [18]:

M: $nmc. = H - 100 - (H - 150)/4$

K: $nmc. = H - 100 - (H - 150)/2$,

gdzie H = wzrost w centymetrach.

Do badań antropometrycznych zaliczamy także ocenę zasobów tkanki tłuszczowej za pomocą pomiaru fałdomierzem grubości fałdu nad mięśniem trójgłowym niedominującego ramienia (ang. *Triceps Skin Fold Thickness* – TSF). Norma w przypadku kobiet wynosi 10–16,5 mm, w przypadku mężczyzn 7,5–12,5 mm. Ciężkie niedożywienie diagnozowane jest, gdy wynik wynosi w przypadku kobiet < 9,9 mm, a w przypadku mężczyzn < 7,5 mm [15, 18].

Kolejnym wskaźnikiem jest obwód ramienia mierzony taśmą w połowie odległości między wyrostkiem kruczym a łokciowym (ang. *Midarm Circumference* – MAC). Norma w przypadku kobiet wynosi 16–23 cm, w przypadku mężczyzn 18–25 cm. Stan niedożywienia występuje w obu przypadkach, gdy wartość obwodu jest poniżej podanej normy [15, 18].

Ze wzoru: obwód ramienia (cm) – 3,14 x grubość fałdu skórno-tłuszczowego nad mięśniem trójgłowym ramienia (mm) wyliczany jest wskaźnik obwodu mięśnia ramienia (OMR). Służy ona do oceny stanu odżywienia białkowego organizmu. Normy wskaźnika obwodu mięśnia ramienia znajdują się w tabeli 2 [15].

Tabela 2. Normy wskaźnika obwodu mięśnia ramienia
Table 2. The norms of arm muscle circumference indicator

Stan odżywienia	Kobiety	Mężczyźni
Dobry	23,2–20,9	25,3–22,8
Lekkie niedożywienie	20,8–18,6	22,7–20,2
Umiarkowane niedożywienie	18,5–16,2	20,1–17,7
Ciężkie niedożywienie	< 16,2	< 17,7

Źródło: opracowanie własne [19]

Source: author's concept [19]

Wykonywane są obecnie także testy czynnościowe do których zaliczyć możemy bezpośrednią stymulację mięśni – stymulacja elektryczna mięśni przywodziciela kciuka, pomiar oporu dróg oddechowych oraz siły uścisku [15, 18].

Badania biochemiczne

Badania biochemiczne przeprowadzane u chorych na nowotwory przydatne w rozpoznaniu niedożywienia białkowo-kalorycznego obejmują stężenie albumin, transferyny i prealbuminy. Interpretację stężenia białek w odniesieniu do stanu odżywienia przedstawia tabela 3 [20].

Tabela 3. Interpretacja stężenia albumin, transferyny i prealbuminy w odniesieniu do stanu odżywienia
Table 3. Total lymphocyte results in 1 mm³ of peripheral blood

Stan odżywienia	Albuminy (g/dl)	Transferyna (mg/dl)	Prealbumina (mg/dl)
Prawidłowy	3,5–5,0	176–315	18–45
Niedożywienie lekkie	3,0–3,4	134–175	10–17
Niedożywienie średnie	2,1–2,9	117–133	5–9
Niedożywienie ciężkie	< 2,1	< 117	< 5
Okres półtrwania	21 dni	8 dni	2 dni

Źródło: opracowanie własne [20]
Source: author's concept [20]

Kolejnym badaniem biochemicznym wykorzystywanym do oceny ilości masy mięśniowej jest poziom wydalanania kreatyniny (CHI). Deficyt w wysokości 5–15% może być sklasyfikowany jako łagodny, umiarkowany 15–30% i > 30% ciężki niedobór masy mięśniowej [18].

Badania immunologiczne

Niedożywienie osłabia odporność ustroju, czego powodem jest spadek całkowitej liczby limfocytów oraz odpowiedzi skórnej na antygeny. W codziennej praktyce najczęściej ocenia się poziom odporności na podstawie całkowitej liczby limfocytów (CLL) w 1mm³ krwi obwodowej. Interpretację wskaźników stanu odżywienia i odporności podano w tabeli 4. CLL obliczamy za pomocą wzoru [5]:

$$CLL = \frac{\% \text{ limfocytów} \times L}{(\text{całkowita liczba leukocytów})}$$

100

Źródło: opracowanie własne [5]
Source: author's concept [5]

Tabela 4. Wyniki całkowitej liczby limfocytów w 1 mm³ krwi obwodowej

Table 4. Interpretation of albumins, transferrin, and prealbumin concentration in relation to nutritional status

Stan odżywienia	CLL w 1 mm ³ krwi
Prawidłowy	> 1500
Niedożywienie lekkie	1200–1499
Niedożywienie umiarkowane	800–1199
Niedożywienie ciężkie	< 800

Źródło: opracowanie własne [20]
Source: author's concept [20]

Podsumowanie

Niedożywienie jest jedyną z najczęściej nierozpoznawalnych chorób towarzyszących, nie leczonych, mimo iż występuje u ponad połowy przewlekłych chorych. Wprowadzenie nowych przepisów prawnych mających na celu intensyfikację działań związanych z pacjentami zagrożonymi lub będącymi w stanie niedożywienia z pewnością przyczyni się do poprawy obecnej sytuacji zdrowotnej pacjentów onkologicznych.

Ocena stanu odżywienia wraz z poradą dietetyczną powinna być dostępna dla pacjentów od momentu rozpoznania choroby nowotworowej oraz na każdym etapie jej leczenia zarówno dla chorych hospitalizowanych, jak i pozostających w opiece ambulatoryjnej. Każdy ośrodek onkologiczny i ośrodek medycyny paliatywnej powinien dysponować odpowiednim sprzętem ułatwiającym dokonanie pogłębionej analizy oceny stanu odżywienia, a także zespołem składającym się z lekarza, dietetyka i pielęgniarki. W trakcie pogłębionej oceny stanu odżywienia powinny zostać wykorzystane różne dostępne metody, dostosowane odpowiednio do stanu pacjenta.

Dzięki optymalizacji postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w onkologii poprawie ulega stan odżywienia pacjentów chorych na nowotwory złośliwe, co jest ważne w związku z wpływem stanu odżywienia na wyniki terapii przeciwnowotworowej (radikalnej i paliatywnej) oraz jakość życia chorych. Odpowiednio często powtarzana ocena stanu odżywienia oraz wczesne wdrożenie spersonalizowanego wsparcia żywieniowego są nieodłącznymi elementami kompleksowej opieki nad pacjentami z chorobą nowotworową. Poprzez poprawę stanu odżywienia pacjent onkologiczny ma lepsze możliwości leczenia chirurgicznego oraz radio- i chemioterapeutycznego. Głodzenie nie sprzyja poprawie wyników leczenia choroby nowotworowej.

Pacjenci niedożywieni odbywają przedłużony pobyt w szpitalu, przez co w następstwie dochodzi do zwiększenia kosztów leczenia. Poprawa sytuacji chorych niedożywionych pozwoli ograniczyć koszty dłuższej hospitalizacji pacjentów, w stosunku do hospitalizacji pacjentów odżywionych prawidłowo. Dzięki zastosowaniu odpowiednich procedur związanych z oceną stanu odżywienia oraz wdrożeniu odpowiedniego leczenia

żywnościowego i farmakologicznego u pacjentów onkologicznych zagrożonych niedożywieniem lub niedożywionych, zmniejsza się częstość występowania zakażeń, skłonności do powikłań oraz skraca się okres rekonwalescencji.

PIŚMIENNICTWO

1. Pawłęga J., Częstość występowania nowotworów złośliwych, w: Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy, Kordka R. (red.), Via Medica, Gdańsk, 2007, 35-41.
2. Pertkiewicz M. (red.), Korta T. (red.), Książek J. i wsp., Standardy żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego, PZWL, Warszawa, 2005, 32-34, 36-37.
3. Kłęk S., Leczenie żywieniowe w onkologii, Onkol. Prakt. Klin., 2011, 7, 5, 269-273
4. Meier R., Stratton J. R., Skowrońska U., Epidemiologia zaburzeń odżywiania, w: Podstawy Żywienia Klinicznego, Sobotka L. (red.), Korta T. (red.), Łyszkowska M. (red.), PZWL, Warszawa, 2004, 34.
5. Rogulska A., Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu, PZWL, Warszawa, 2010, 10-20.
6. Szczygieł B., Leczenie żywieniowe chorych na nowotwory, Nowotwory J. Oncol., 2007, 57, 1, 1-8.
7. Krawczyk J., Świeboda-Sadlej A., Interwencje żywieniowe u chorych na nowotwory złośliwe, Wsp. Onkol., 2010, 14, 6, 397-402.
8. <http://polspen.pl/jak-ocenic-stan-odzywienia-pacjentow-w-szpitalu>
9. Lange E., Bawa S., Żywnienie w chorobach nowotworowych, w: Dietoterapia 1, Bawa S., Gajewska D., Kozłowska L. i wsp., SGGW, Warszawa, 2009, 190-214.
10. Bozzetti F., Mayenfeldt F. M., Orawczyk T., Leczenie żywieniowe w chorobach nowotworowych, w: Podstawy Żywienia Klinicznego, Sobotka L. (red.), Korta T. (red.), Łyszkowska M. (red.), PZWL, Warszawa, 2004, 395-397.
11. Modlińska A., Wyszadko A., Zespół wyniszczenia w przebiegu choroby nowotworowej z uwzględnieniem leczenia octanem magnezu, Med. Paliat., 2012, 2, 67-74.
12. Ramos E. J., Suzuki S., Marks D. et al., Cancer anorexia-cachexia syndrome: cytokines and neuropeptides, Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care, 2004, 7, 427-434.
13. Barendregt K., Soeters B. P., Allison P. S. i wsp., Wpływ niedożywienia na funkcje fizjologiczne, w: Podstawy Żywienia Klinicznego, Sobotka L. (red.), Korta T. (red.), Łyszkowska M. (red.), PZWL, Warszawa, 2004, 19-21.
14. Jarosz J., Kapała A., Kłęk S. i wsp., Konferencja uzgodnieniowa: problemy żywieniowe w polskiej onkologii, Onkol. Prakt. Klin., 2012, 8, 3, 91-99.
15. Barendregt K., Soeters B. P., Allison P. S. i wsp., Rozpoznanie niedożywienia – badania przesiewowe i ocena pogłębiona, w: Podstawy Żywienia Klinicznego, Sobotka L. (red.), Korta T. (red.), Łyszkowska M. (red.), PZWL, Warszawa, 2004, 11-19.
16. Szczygieł B., Rozpoznanie niedożywienia, w: Niedożywienie związane z chorobą 1, Szczygieł B. (red.), PZWL, Warszawa, 2011, 29-38.
17. Makhija S., Baker J., The Subjective Global Assessment: a review of its use in clinical practice, Nutr. Clin. Pract., 2008, 23, 405-409.
18. Szczygieł B., Pogłębiona ocena stanu odżywienia. Badania antropometryczne, w: Niedożywienie związane z chorobą 1, Szczygieł B. (red.), PZWL, Warszawa, 2011, 29-38.
19. Charzewska J., Ocena stanu odżywienia, w: Żywnienie człowieka. Podstawy nauki o żywieniu. Tom 1, Gawędzki J., Hryniewiecki L. (red.), PWN, Warszawa, 2010, 529-543.
20. De Chicco R. S., Matarase L. E., Seidner D. et al., Biochemical assessment and monitoring of nutritional support, Landes Bioscience, Georgetown, Teksas 2003.

Adres do korespondencji:

mgr Katarzyna Fizia

e-mail: katarzyna.fizia@gmail.com

(NIE)SYSTEMOWA OCHRONA ZDROWIA DZIECKA W WIEKU SZKOLNYM – KRYTYCZNY ZARYS PROBLEMATYKI

PROTECTION SYSTEM OF HEALTH IN CHILDREN AND ADOLESCENTS – IN BROAD CRITICAL OUTLINE

KATARZYNA JADACH¹, PIOTR STĘPNIAK²

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

Kierownik: prof. dr hab. Piotr Stępnia

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

Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

Wstęp. Ochrona zdrowia dziecka w wieku szkolnym jest obowiązkiem państwa, wynikającym z szeregu regulacji prawnych o wymiarze międzynarodowym i krajowym. W działalność tę, w szczególności w obszarze promocji zdrowia, zaangażowane są również jednostki samorządu terytorialnego, przedstawiciele zawodów medycznych, cała społeczność szkolna (nauczyciele, rodzice, uczniowie). Ta wielość podmiotów odpowiedzialnych za stan zdrowia populacji wieku rozwojowego stanowi konsekwencję realizacji w naszym systemie wielosektorowej teorii zdrowia oraz koncepcji społeczeństwa aktywnego. Przyjmując jednak konstytucyjną formułę welfare state, państwo nie może zwolnić się z pewnych podstawowych dla kondycji młodego pokolenia zadań.

Cel pracy. Przybliżenie niektórych prawnych aspektów ochrony zdrowia ucznia w polskiej szkole oraz roli państwa w tym obszarze.

Material. Przegląd regulacji prawnych oraz piśmiennictwa w aspekcie obowiązków państwa i innych podmiotów w obszarze ochrony zdrowia dzieci w wieku szkolnym i ich bezpieczeństwa.

Wnioski. Istnieje konieczność, wynikająca również z unormowań prawnych, wsparcia przez polskie państwo szkoły w jej działalności promocyjnej w obszarze ochrony zdrowia uczniów.

Słowa kluczowe: zdrowie ucznia, system oświaty, prawo oświatowe, polityka zdrowotna, promocja zdrowia.

Abstract

Introduction. Health protection of school age children a legal duty of state, which results from A series of international and domestic law regulations. In this activity, especially in health promotion field, local government units, representatives of medical professions, the entire community of school (teachers, parents, students) are also engaged. This multiplicity of subjects responsible for health condition of the young population is a consequence of multisection theory of health and the concept of active society, which is developing in our system. However, assuming constitutional canon of welfare state, country is not allowed to relieve from some duties which are basic for the condition of the young generation.

Aim. Presentation of certain legal aspects of health protection aimed at school age children and the role of the state in this field.

Materials. Review of regulations and literature in the context of the duties of the state and other agendas regarding children's health and safety protection.

Results. According to legal regulations, the Polish state should support schools in their efforts to protect children's health and safety.

Key words: student's health, education system, education law, health policy, health promotion.

Zawarta w Karcie Ottawskiej Promocji Zdrowia z 1986 r. [1] koncepcja zdrowia jako wartości doświadczanej przez ludzi w siedliskach (warunkach) ich codziennego życia, wszędzie tam, gdzie przebywają, ucząc się i pracując, odpoczywając i bawiąc się, prowokuje do pewnych refleksji na temat ochrony zdrowia dziecka w polskiej szkole. Czy ma ono zagwarantowane w tym siedlisku takie warunki, które pozwalają mu w pełni zdrowo i bezpiecznie funkcjonować?

W podstawowych aktach prawnych społeczności międzynarodowej traktujących o prawach i wolnościach jednostki problematyka jej kondycji zdrowotnej zajmuje naczelne miejsce. Z pewnością na obecnym eta-

pie cywilizacyjnego rozwoju trudno jest polemizować z zasadniczymi tezami Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka [2] czy Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych [3], potwierdzających, iż podstawowym prawem każdego człowieka jest korzystanie z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Z poczynionych na światowym poziomie deklaracji wynikają dla poszczególnych państw konkretne obowiązki w dziedzinie zabezpieczenia społecznego, sprowadzające się do podejmowania systematycznych działań ukierunkowanych na zapewnienie swoim obywatelom stopy życiowej gwarantującej zdrowie i dobrobyt. Ich

ugruntowaniu służy zainaugurowana w maju 1998 roku formuła polityczna „Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku” [4]. Składają się na nią akceptowane przez społeczność światową priorytety, których realizację przewidziano na pierwsze dwie dekady dwudziestego pierwszego wieku. Proponowane działania w zakresie osiągnięcia i utrzymania możliwie najlepszego poziomu zdrowia w ciągu całego życia [5] powinny być podejmowane na trzech zasadniczych płaszczyznach: profilaktyki, promocji oraz leczenia, tworząc docelowo zbilansowaną politykę zdrowotną każdego państwa. Przyjęcie, iż taka polityka realizuje podstawowy cel – przybliżanie społeczeństwa do zdrowotnego dobrostanu – stanowi zasadniczy argument na rzecz realizacji we współczesnej Europie podważanej przez wielu formuły państwa opiekuńczego [6]. Charakterystyczną cechą *welfare state* jest zaangażowanie państwa w sektor zdrowotny poprzez jego kompleksowe zagospodarowywanie świadczeniami ukierunkowanymi na rodzinę i poszczególne jednostki. Koncepcja historycznie usankcjonowanej aktywnej roli państwa w zaspokajaniu potrzeb socjalnych społeczeństwa wzbogacona jest forsowanym aktualnie przez WHO pierwiastkiem wielosektorowości, co oznacza, że zadaniem władzy jest nie tyle „opiekowanie się wszystkimi mieszkańcami, ile organizowanie dla nich wspólnotowych systemów zaspokajania podstawowych potrzeb” [7]. Kształtujący się w ten sposób model polityki społecznej ma docelowo zastępować opiekuńczość na rzecz aktywnego zarządzania rozwojem socjalnym, którego dynamika zależeć będzie od stopnia zaangażowania w ów proces społeczeństw i systemów wspólnotowych [6]. Istotną wartością tego modelu jest przyjęcie holistycznej koncepcji człowieka oraz koncentracja na wzajemnych powiązaniach między zdrowiem, czynnikami społecznymi i ekonomicznymi [8]. W konsekwencji oznacza to, iż w budowę złożonej struktury, jaką jest system ochrony zdrowia, włączyć się powinny rozmaite podmioty (państwo, samorząd, osoby fizyczne, organizacje pozarządowe), tworząc w codziennych siedliskach życia jednostek optymalne warunki do utrzymania i rozwoju zdrowia na wysokim poziomie.

Jednym z tego typu podmiotów jest placówka oświatowa, której kompetencje w systemie ochrony zdrowia zarysowane zostały w przywołanym wyżej programie WHO „Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku”. Szkoła jawi się w nim jako „ważne miejsce świadczenia usług podstawowej opieki zdrowotnej (...). Szkolne świadczenia zdrowotne odgrywają ważną promującą zdrowie, zapobiegawczą, diagnostyczną i terapeutyczną, rolę dla zdrowia uczniów i ich wyników nauczania” [5]. Zadaniem edukacyjnym tej instytucji jest więc nie tylko przekazywanie wiedzy, ale również promowanie zdrowego stylu życia, zapobieganie wypadkom i kształtowanie podstawowych umiejętności życiowych (w tym z zakresu higieny). W stosunku do dzieci młodszych (etap przedszkolny i pierwsze klasy szkoły podstawowej) pla-

cówka oświatowa powinna podjąć starania „promowania zdrowia poprzez kształtowanie etycznych podstaw i postaw wspierających zdrowie, a także poprzez ugruntowanie zwyczajów zdrowego odżywiania się, higieny osobistej, podstawowych umiejętności życiowych oraz odpowiedzialności społecznej”; natomiast programy adresowane do starszych dzieci i dorosłych uczniów powinny promować zdrowie poprzez „aktywne szkolenia i edukację rówieśniczą, na temat takich zagadnień, jak: picie alkoholu, palenie papierosów i zażywanie narkotyków, higieny płciowej, sposobów radzenia sobie ze stresem oraz nauk zachowań społecznych i rodzicielskich” [5].

Mając powyższy katalog na uwadze, należy zaangażowanie środowiska szkolnego w skuteczną ochronę zdrowia swoich uczniów analizować w kontekście uwarunkowań prawnych, politycznych i społecznych danego kraju. Na specyfikę polskiej szkoły składają się dwa aspekty: podmiotowy, wiążący się z koniecznością uwzględnienia zakresów kompetencyjnych nie tylko państwa, samorządu terytorialnego, przedstawicieli służby zdrowia, lecz również rodziców, którzy w ramach ciążącego na ich dzieciach obowiązku szkolnego (obowiązki nauki) zobligowani są z jednej strony do posyłania swoich pociech do szkoły; z drugiej – z racji dzierzzonej władzy rodzicielskiej, mają prawo ingerowania w sposób wykonywania przez placówkę jej zadań opiekuńczych, w tym również w zakres ochrony zdrowia i bezpieczeństwa uczniów. Aspekt polityczny to trwający od kilkunastu lat proces reformowania polskiego systemu oświaty oraz służby zdrowia, który skutkuje niestety brakiem synchronizacji we wprowadzaniu zasadniczych zmian w każdym z tych sektorów, a w dalszej konsekwencji przeoczeniem kwestii istotnych dla bezpiecznego funkcjonowania dziecka w szkole. W tym kontekście warto więc zastanowić się, jakie zadania w obszarze ochrony zdrowia dziecka w wieku szkolnym spoczywają na naszym państwie.

Polska, będąc krajem poruszającym się w pewnej normatywnie zdeterminowanej przestrzeni, zobligowana jest strzec zdrowia jako wartości podstawowej – dobra ogólnego, gwarantując wszystkim swoim obywatelom dostęp do jego ochrony na zasadzie równości i społecznej sprawiedliwości. Wiążący walor tego zobowiązania stanowi prostą konsekwencję ratyfikacji przez RP szeregu dokumentów rangi międzynarodowej oraz członkostwa w rozmaitych ponadpaństwowych gremiach. Stosowne zobowiązania w dziedzinie ochrony zdrowia nałożone zostały na przedstawicieli poszczególnych władz państwowych w ustawie zasadniczej (art. 68 ust. 1. „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”, ust. 2. „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”) [9]. Ciążące na państwie zadania stymulować powinny wypracowywanie określonych rozwiązań systemowych, gwarantujących zabezpieczenie podstawowego, tak w aspekcie

indywidualnym, jak i społecznym, dobra prawnego (zdrowia).

W obszarze ochrony zdrowia szczególnym obowiązkiem państwa, jego agend i podmiotów dzierżących władzę publiczną jest troska o dziecko (art. 68 ust. 3 Konstytucji RP, „Władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom ...”). Dobro dziecka stanowi konstytucyjną klauzulę generalną [10], rekonstruowaną poprzez odwołanie do aksjologii konstytucyjnej i ogólnych założeń systemowych (art. 72 ust. 1 zd. 1 Konstytucji RP, „Rzeczpospolita Polska zapewnia ochronę praw dziecka”). Jest ono również eksponowane jako wartość szczególna w przepisach ratyfikowanej przez Polskę Konwencji o prawach dziecka (art. 3, „... we wszystkich działaniach dotyczących dzieci, podejmowanych przez publiczne lub prywatne instytucje opieki społecznej, sądy, władze administracyjne lub ciała ustawodawcze, sprawą nadrzędną będzie najlepsze zabezpieczenie interesów dziecka”) [11]. W tej pojemnej klauzuli (zasada kierowania się dobrem dziecka) ustrojodawca zawarł oczekiwanie podejmowania takich decyzji i działań, których ostatecznym celem będzie interes najmłodszego, jego bezpieczeństwo i rozwój. Rezygnując z głębszej analizy tej fundamentalnej dla społecznego bytu gwarancji, warto jednak zaznaczyć, iż forsowana jest ona konsekwentnie w wielu aktach prawnych niższego rzędu (w szczególności w Ustawie z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy), determinując kształt wielu rozwiązań instytucjonalnych.

„Dobro dziecka” stanowi m.in. instrument wykładni przepisów prawa oświatowego, stając się niejako „duchem” fundamentalnej dla tej gałęzi prawa ustawy (art. 4 Ustawy o systemie oświaty, „Nauczyciel w swoich działaniach dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych ma obowiązek kierowania się dobrem uczniów, troską o ich zdrowie, postawę moralną i obywatelską z poszanowaniem godności osobistej ucznia”) [12]. Już preambuła do Ustawy o systemie oświaty mobilizuje podmioty wykonawcze do stosownego – prozdrowotnego – ukierunkowania swoich działań („...Szkoła winna zapewnić każdemu uczniowi warunki niezbędne do jego rozwoju...”). Celową wykładnię wszelkich zawartych w szeroko rozumianym prawie oświatowym rozwiązań ugruntowuje art. 1 wspomnianej wyżej Ustawy, który podkreśla, iż do podstawowych zadań systemu oświaty należy m.in. utrzymywanie bezpiecznych i higienicznych warunków nauki, wychowania i opieki w szkołach i placówkach. Dalsze przepisy prawa oświatowego (np. art. 6 Ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku Karta Nauczyciela, Dz.U. 2006 nr 97, poz. 674 ze zm.) potwierdzają tezę o przyjęciu przez ustawodawcę założenia, iż w aktywności państwa, jaką stanowi oświata, podstawową wartością, którą należy realizować w codziennej edukacyjnej pracy jest dobro ucznia, a dokonuje się to również poprzez przemyślaną systemową politykę zdrowotną. Fakt, że na skuteczną implikację

konstytucyjnej formuły wpływa stopień zagwarantowania dziecku optymalnych warunków dla zdrowia i bezpieczeństwa, determinuje szeroką rozpiętość regulacji prawnych o tej tematyce. Tytułem przykładu warto przywołać zwłaszcza: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach, Dz.U. 2003 nr 6, poz. 69 ze zm. – poświęcone stosowaniu przez dyrektora przepisów bhp, dbaniu o higienę uczniów oraz postępowaniu w sytuacji zdarzenia zdrowotnego, jakim jest wypadek w szkole; Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 stycznia 1997 r. w sprawie warunków, jakie muszą spełniać organizatorzy wypoczynku dla dzieci i młodzieży szkolnej, a także zasad jego organizowania i nadzorowania, Dz.U. nr 12, poz. 67 ze zm. – nakładające na organizatorów wypoczynku obowiązek zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków wypoczynku i właściwej opieki wychowawczej; Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, Dz.U. nr 228, poz. 1487 – zobowiązujące dyrektora placówki do zorganizowania uczniom pomocy psychologiczno-pedagogicznej; Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 stycznia 2003 r. w sprawie szczegółowych form działalności wychowawczej i zapobiegawczej wśród dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem, Dz.U. nr 26, poz. 226 – stawiające przed placówkami oświatowymi zadania w zakresie rozpoznawania i diagnozy zagrożeń związanych z uzależnieniem, informowania o skutkach zagrożeń, współpracy i poradnictwa w tym obszarze; Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 08 listopada 2001 r. w sprawie warunków i sposobu organizowania przez publiczne przedszkola, szkoły i placówki krajoznawstwa i turystyki, Dz.U. nr 135, poz. 1516 – określające warunki, jakich należy dochować w związku z organizacją różnych form rekreacyjnych z udziałem uczniów; Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 06 września 2007 r. w sprawie form i zakresu finansowego wspierania organów prowadzących w zapewnieniu bezpiecznych warunków nauki, wychowania i opieki w publicznych szkołach i placówkach, Dz.U. nr 163, poz. 1155 – poświęcone wsparciu finansowemu ze środków budżetu państwa w zapewnieniu bezpiecznych warunków nauki, wychowania i opieki; Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, Dz.U. nr 180, poz. 1860 ze zm. – nakładające na pracodawcę obowiązek zorganizowania pracownikom szkoleń, odpowiednich do rodzaju wykonywanej przez nich pracy. Rozpiętość zadań w zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa dzieci w placówce oświatowej powiększają akty prawne wyższej rangi, m. in. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r.

Kodeks pracy, tekst jedn. Dz.U. 1998 nr 21, poz. 94 ze zm., Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym, Dz.U. 2012, poz. 1137 ze zm., Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia, Dz.U. 2010 nr 136, poz. 914, Ustawa z dnia 09 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, Dz.U. 1996 nr 10, poz. 55 ze zm., Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. nr 179, poz. 1485 ze zm., Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, Dz.U. nr 180, poz. 1493, Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich, tekst jedn. Dz.U. 2002 nr 11, poz. 109 i Nr 58 ze zm.

Zainteresowanie zdrowiem i bezpieczeństwem dzieci w wieku szkolnym ma również swoje pozanormatywne uwarunkowania. Państwo polskie stoi obecnie w obliczu dużej rozpiętości wachlarza problemów zdrowotnych uczniów. Prezentowane u progu XXI wieku diagnozy stanu zdrowia przedstawicieli populacji szkolnej wykazywały następujące deficyty [13]: zaburzenia w rozwoju somatycznym (przede wszystkim otyłość), zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego (nerwice, tiki, jękanie, zaburzenia osobowości, uzależnienia od środków odurzających), choroby układu oddechowego (astma, infekcje dróg oddechowych), zaburzenia statyki ciała. Po przeszło 10 latach od momentu zainicjowania międzynarodowego programu „Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku”, obraz stanu zdrowia dzieci w Polsce nadal nie napawa optymizmem. Opierając się na różnych źródła [14], wymienić należy przede wszystkim: próchnicę zębów (ponad 90%) i choroby przyzębia (ok. 50% w starszych klasach), urazowość (w ok. 25% przypadków ma ona związek z realizacją obowiązku szkolnego), przewlekłe choroby układu oddechowego (20–25%), w tym o podłożu alergicznym, zaburzenia emocjonalne i stany nerwicowe (10–20%), wady refrakcji (15–20%), zaburzenia układu ruchu i statyki ciała (10–15%), zaburzenia w rozwoju somatycznym, w tym nadwaga i otyłość (7–15% w wieku 7–17 lat) i niskorosłość oraz opóźniające się dojrzewanie (5–7%), nadciśnienie tętnicze (5–7%), wole proste u dziewcząt (ok. 5%) [15]. Dodatkowo ta populacja szczególnie narażona jest na podejmowanie tzw. zachowań ryzykownych, w postaci palenia papierosów, picia alkoholu i zażywania innego rodzaju środków psychotropowych (w tym niestety również narkotyków). Tego typu doświadczenia związane są bowiem często z funkcjonowaniem w grupie społecznej (ryzykownym dla zdrowia inicjatom sprzyjają spotkania w grupach rówieśniczych).

Jak w kontekście tej pesymistycznej diagnozy wygląda polityka zdrowotna Polski? Dokonana wcześniej analiza stanu prawnego daje podstawy do przyjęcia następującej tezy: normatywna aktywność państwa polskiego w obszarze polityki oświatowej (tworzenie przepisów prawa oświatowego) odpowiada w sposób satysfakcjonujący postulatowi przyjętemu przez międzynarodową społeczność w Karcie Ottawskiej Promocji Zdrowia

z 1986 r. – tworzenia szkolnego siedliska zdrowia. Polski ustawodawca dostrzega konieczność roztoczenia nad beneficjentami usług edukacyjnych wzmoczonej opieki. Legislacyjną przezorność determinuje specyfika placówki oświatowej, jako miejsca publicznego gromadzącego w swoich murach szeregi młodych, niedojrzałych, przepełnionych energią jednostek, często nie do końca świadomych czekających nań zagrożeń. W takich warunkach mądrość dorosłego opiekuna (nauczyciela) wyposażonego w stosowne atrybuty zapobiec może wypadkowi z udziałem poddanego jego pieczy ucznia. Kwestią otwartą pozostają jednak: po pierwsze, kompetencje opiekunów (posiadana przez nich wiedza i umiejętności oraz narzędzia) w zakresie skutecznej realizacji zadań opiekuńczych; po drugie, ich stosowne wsparcie fachową pomocą medyczną w sytuacjach, gdy zaistniałe zdarzenie zdrowotne przekracza te kompetencje.

Podjętą próbę rozstrzygnięcia powyższych zagadnień, warto oprzeć się na obserwacjach praktyki szkolnej. Wynika z nich, że tzw. osoby zobowiązane do nadzoru nad inną osobą (jak definiuje nauczyciela Kodeks cywilny), ewentualnie osoby, na których ciąży szczególnie obowiązek opieki nad inną osobą (takiego sformułowania używa z kolei ustawodawca w Kodeksie karnym) nie zawsze wiedzą, jak w konkretnych sytuacjach szkolnych mogą/bądź powinny postąpić. Dotyczy to m.in. zachowań prewencyjnych, prawidłowości postępowania w związku z wypadkiem zaistniałym w trakcie zajęć organizowanych przez szkołę, stopnia zaangażowania w procedurę udzielania pierwszej pomocy czy sporządzania podstawowej dokumentacji w konsekwencji zaistnienia zdarzenia zdrowotnego. Pomimo obowiązkowych szkoleń, jakie każdy adept pedagogicznego kierunku odbywa, istnieje duża dezorientacja w zakresie przestrzegania przepisów prawa, które w sposób nie budzący wątpliwości nakładają na opiekunów wiele obowiązków w obszarze ochrony zdrowia uczniów i zapewnienia im bezpieczeństwa. Na marginesie warto podkreślić, że niejednokrotnie zadania nałożone na opiekunów wykraczają poza fizyczne możliwości człowieka i minimalizowanie ryzyka wypadku wymaga doskonałej wręcz organizacji pracy, co przy specyfice funkcjonowania placówki oświatowej nie zawsze jest osiągalne (np. problem przerw, udawania się przez nauczyciela po klucze czy dziennik klasowy). Stosunkowo niebotyczne oczekiwania kierowane są również pod adresem osób organizujących wśród dzieci i młodzieży różne formy wypoczynku i rekreacji. Regulując tę problematykę Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 stycznia 1997 r. w sprawie warunków, jakie muszą spełniać organizatorzy wypoczynku dla dzieci i młodzieży szkolnej, a także zasad jego organizowania i nadzorowania nakłada na opiekunów bardzo ogólne obowiązki (§ 1. „Organizatorzy wypoczynku obowiązani są do zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków wypoczynku i właściwej opieki wychowawczej”). Mają

one jednak konkretne zastosowanie w trudnych przypadkach, np. zajęcia nieletniej podopiecznej w ciąży. Wiedza nauczycieli na temat zadań niedydaktycznych (należałoby je rozpatrywać w kategorii działań opiekuńczych) jest albo mocno zafałszowana, albo bardzo zawężona. Taki stan inicjuje z kolei niedopuszczalne z punktu widzenia zasady dobra dziecka praktyki, np. umieszczanie w programie szkolnych wycieczek (których uczestnikami są uczniowie szkoły podstawowej lub gimnazjalnej) punktu przewidującego tzw. czas wolny (zgodnie z kwalifikacją karą udzielenie uczniowi w tej kategorii wiekowej „czasu wolnego” wypełnia znamiona przestępstwa z art. 207 Kodeksu karnego, czyli porzucenia osoby poddanej pieczy), rotacyjne dyżury na przerwach, na których zgodnie z grafikiem dyżurów dyżurować powinna określona liczba nauczycieli, czy pozostawianie grupy z niedoświadczonym i niekompetentnym praktykantem. W tym kontekście należałoby postawić postulat zorganizowania dla poszczególnych typów placówek oświatowych obowiązkowych kursów doszkalających nauczycieli w tematyce prawnej z uwzględnieniem specyfiki pracy determinowanej wiekiem (i innymi właściwościami) podopiecznych. Kursy mogłyby przyjąć charakter cyklicznych spotkań, np. odbywać się corocznie i odpowiadać na bieżące potrzeby i problemy szkoły. Miałyby one z pewnością konstruktywne znaczenie przy spełnieniu podstawowego warunku: wprowadzaniu transparentnej procedury wyłaniania podmiotów odpowiedzialnych za organizację takiej oferty edukacyjnej i jej realizację na stosownym poziomie merytorycznym.

Obciążaniu szkoły i jej pracowników zadaniami o charakterze opiekuńczym nie towarzyszy wyposażanie jej wykonawców w stosowne instrumenty prawne, które skutecznymi by realizację zakładanego nadrzędnego celu (ochrony zdrowia i bezpieczeństwa dziecka). Formułowanie ambitnych postulatów (do czego zmierzamy) oraz pożądanych efektów (co pragniemy osiągnąć) w rozmaitych aktach prawnych (szczególnie rangi resortowej) i dokumentach inicjujących programy prozdrowotne odbywa się bez uwzględnienia zmian na dalszym wykonawczym etapie (czyli na równie istotnym poziomie sprawstwa). Jeżeli powinnością nauczyciela jest „rzetelne realizowanie zadań związanych z (...) opieką nad funkcją szkoły, w tym (...) zapewnienie bezpieczeństwa uczniów w czasie zajęć organizowanych przez szkołę” (art. 6 Karty Nauczyciela), co odbywa się np. poprzez systematyczne rozpoznawanie i diagnozowanie zagrożeń, to w repertuarze działań, do których jako opiekun i osoba odpowiedzialna za dziecko powierzone jego pieczy jest legitymowany, należałoby umieścić m.in. konkretne czynności kontrolne (np. kontrola plecaków). Podejmowanie stosownych działań prewencyjnych (przeszukanie, zarekwirowanie) w sytuacjach powzięcia przez nauczyciela uzasadnionego podejrzenia posiadania przez ucznia niebezpiecznego przedmiotu lub środka (np. narkotyku), uczyniłoby postulat prowadzenia przez

szkołę działań ochronnych bardziej realnym. W obecnym stanie prawnym nauczyciel w relacji z uczniem i jego prawnymi opiekunami jest petentem wychodzącym z określoną prośbą, która na zasadzie dobrej woli może, lecz nie musi być uwzględniona. Dotyczy to np. podawania wychowawcy numeru telefonu celem kontaktowania się z rodzicami ucznia, zgody rodzica na przebadanie ucznia przez pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznej, uczestnictwa w różnych zajęciach i programach. Brakuje przepisów prawnych regulujących zasady postępowania w sytuacjach trudnych, konfliktowych, stwarzających potencjalnie niebezpieczne warunki dla bezpieczeństwa dzieci. Należy przy tym wziąć pod uwagę, że bezpieczeństwo i zdrowie uczniów jest pojęciem bardzo pojemnym, obejmującym nie tylko problematykę zapewnienia warunków korzystnych dla zdrowia (w ujęciu somatycznym) oraz przestrzegania zasad bhp. Ten obszar w sposób precyzyjny regulują przepisy Kodeksu Pracy oraz Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach. Bezpieczeństwo zdrowotne ucznia wiąże się także z okolicznościami, jakie towarzyszą przemieszczaniu się dziecka z domu do placówki (i z powrotem), rodzajem spożywanych na terenie placówki napojów i pokarmów (dieta żywieniowa), racjonalnym rozkładem zajęć lekcyjnych w tygodniu nauki (ilościowy i jakościowy wymiar planów zajęć), badaniami przesiewowymi czy wreszcie repertuarem środków, jakie ma do dyspozycji dyrektor i nauczyciel w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa uczniów. Ten ostatni element omawianego zagadnienia ma złożony wymiar z uwagi na konieczność uwzględnienia rozmaitych źródeł zagrożeń. Na ochronę zdrowia dziecka mogą bowiem składać się działania zapobiegające wypadkom lub używaniu przez ucznia szkodliwych środków (sytuacje, gdy dziecko swoim zachowaniem stwarza dla siebie zagrożenie), zapobiegające wypadkom z udziałem innych uczniów lub podejmowanym przez nich aktom przemocy (sytuacje, gdy dzieci będące pod opieką wzajemnie stanowią dla siebie zagrożenie). Wreszcie nie można niestety wykluczyć trzeciego rodzaju źródła zagrożenia, inicjowanego przez osoby trzecie, spoza układu szkoła/uczeń/nauczyciel. Podmioty niebędące uczestnikami społeczności szkolnej mogą w różnych intencjach (np. porachunkowych, rozprowadzania na terenie szkoły narkotyków) przybywać do placówki, co dodatkowo obciąża pracowników szkoły (przede wszystkim dyrekcję) obowiązkiem wypracowania skutecznego mechanizmu kontroli. Polskie szkoły podejmując działania ochronne, wykorzystują możliwości, jakie stwarza im technika (instalowanie kamer). Są jednak bezbronne w obliczu zarzutów stawianych przez coraz bardziej świadomych swoich praw uczniów – naruszenia przez szkołę/nauczyciela ich dóbr osobistych. W obszarze tak ważkim, jak polityka bezpie-

czeństwa w placówce oświatowej, warto podpatrywać inne kraje, wzorując się na sprawdzonych, skutecznych rozwiązaniach. Polem wnikliwej penetracji może być Wielka Brytania. Brytyjski Wydział Edukacyjny zainicjował w 2012 r. kierunek health and safety policy. Program ten opiera się na dokumencie Health & Safety Advice on legal duties and powers for local authorities, school leaders, school staff and governing bodies [16], stanowiącym swoisty poradnik dla władz lokalnych, dyrektorów i nauczycieli, jakie działania podejmować w zakresie ochrony bezpieczeństwa uczniów. W rezultacie – jak pisze Wioletta Różycka-Śpionek – „zweryfikowano obowiązujące prawo oraz ponownie wyjaśniono nauczycielom błędnie pojmowane lub sporne regulacje, wskazano także skuteczne instrumenty działania, co pozwoliło odciążyć grono pedagogiczne od przygotowywania zbędnej dokumentacji uzasadniającej wszelkie podejmowane kroki dotyczące sprawowania opieki nad młodzieżą” [17]. Na kanwie tego dokumentu każda szkoła, w której uczą się osoby między 16. a 19. rokiem życia (odpowiednik polskiej szkoły ponadgimnazjalnej), zobligowana jest do opracowania własnej wewnętrznej polityki bezpieczeństwa odpowiadającej potrzebom i zagrożeniom, jakie w danej placówce występują (mogą wystąpić). Pod tym właśnie kątem dyrektor, po postawieniu całościowej diagnozy, organizuje dla swoich pracowników szkolenia, które mają ich wyposażyć w stosowne umiejętności reagowania na sytuacje trudne. Na szczeblu ponadgimnazjalnym, dzięki regulacjom opracowanym w Departament for Business Education & Skills – Screening, searching and confiscation, nauczyciele posiadli uprawnienia monitorowania i przeszukiwania uczniów oraz konfiskaty niedozwolonych przedmiotów. Przy spełnieniu obostrzonych warunków takie czynności mogą być podejmowane również bez zgody osoby przeszukiwanej. Celem poprawy bezpieczeństwa szkoły mogą ponadto instalować bramki i wykrywacze metalu, przy czym skanowanie przenośnym detektorem odbywa się również bez zgody osoby „podejrzanej”. Osobami uprawnionymi do tego typu działań kontrolnych są wyznaczeni przez dyrektora pracownicy szkoły (wyjątkowo każdy nauczyciel może podjąć się przeszukiwania w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia).

W przywołanym brytyjskim nurcie health & safety policy obowiązują dwie godne uwagi zasady: ochrony prawnej nauczyciela (wyposażeni oni zostali w narzędzia, z których mogą korzystać bez obawy posądzenia o nadużycie kompetencji w sytuacji, gdy podstawa do interwencji upadnie) oraz działania w granicach zdrowego rozsądku (szkoła reaguje i informuje policję dopiero wtedy, gdy sprawa jest poważna). Wprowadzone w brytyjskich placówkach rozwiązania wymagają czytelnych, precyzyjnych, znanych wszystkim członkom społeczności procedur, a ich prawidłowe stosowanie w dalszej perspektywie może przyczynić się do wzmocnienia nadzarpniętego wizerunku nauczyciela. Dotkliwie odczu-

wana w polskiej oświacie niemoc nauczycieli prowokuje do refleksji nad opracowaniem podobnych rozwiązań. W tym kontekście należałoby postawić postulat zredagowania przez MEN stosownych wytycznych dla dyrektorów szkół, których administracyjny status pozwala na wprowadzenie na terenie podległego im zakładu wiążących pracowników i uczniów aktów wewnętrznych. Mogłyby one przyjąć formę Regulaminu bezpieczeństwa szkoły, koncentrującego się na stworzeniu mechanizmów spójnej i adekwatnej polityki prewencji. Takie rozwiązanie wymagałoby oczywiście wstępnej akceptacji rodziców (Rady rodziców, Rady szkoły) oraz przeprowadzenia w środowiskach lokalnych kampanii informacyjnej na rzecz zyskania społecznej akceptacji dla inicjatywy. W dalszej perspektywie konieczne wydaje się podjęcie wysiłku na rzecz zdefiniowania katalogu podstawowych praw człowieka i obywatela – wykładnia przepisów powinna mieć wymiar celowościowy i systemowy. Nadrzędne wartości, których państwo strzeże, w tym dobro dziecka (a zatem również jego zdrowie i bezpieczeństwo), należy chronić, wykorzystując mechanizmy kontrolne, których rodzaj i zakres oraz zasadność zastosowania ściśle określają przepisy niższego rzędu. Przyjmując optykę „szukania dziury w całym” i piętnując wszelkie działania urealnijające deklaracyjny poziom legislacji, pozbawiamy egzekutywę skuteczności. Dodatkowo należy zaapelować do środowiska sędziowskiego i organów nadzoru pedagogicznego oraz tych wszystkich, którzy monitorują i rozliczają placówki oświatowe z ich osiągnięć o racjonalizm w posługiwaniu się kryterium legalności przy ocenie konkretnych działań i przedsięwzięć.

Rozliczając państwo z jego normatywnej aktywności w obszarze zdrowia i bezpieczeństwa dzieci, nie sposób pominąć kwestii pomocy medycznej. Zgodzić się należy ze współczesnymi założeniami promocji zdrowia wyrażonymi w strategii WHO „Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku” – „zdrowie ucznia zależy od wielu czynników pozamedycznych, takich jak: status ekonomiczno-społeczny rodziny, wsparcie społeczne, środowisko fizyczne i społeczne w szkole i miejsce zamieszkania (...)” [4]. W ochronę zdrowia dziecka włączyć się więc powinni rodzice, sami uczniowie oraz szkoła. To słuszne założenie, obalające niejako stereotyp, że za zdrowie populacji odpowiedzialna jest wyłącznie służba zdrowia, nie deprecjonuje jednak, a z pewnością nie zwalnia z obowiązków pracowników medycznych. Obowiązujące przepisy prawne (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, Dz.U. nr 282, poz. 2814; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2007 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, Dz.U. nr 56, poz. 379) profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami powierzają dwóm profesjonalnym pod-

miotom: pielęgniarkie (lub higienistce szkolnej) w gabinecie profilaktycznym szkoły oraz lekarzowi POZ (lekarzowi rodzinnemu lub pediatrze) w zakładzie opieki zdrowotnej lub innym miejscu profilaktyki zawodowej lekarza. Już pobieżny wgląd w problematykę tego układu (trudno bowiem zdrowotną obsługę dzieci nazwać systemem) wskazuje na rozmiar jego niedoskonałości. Na poziomie funkcjonowania pielęgniarek szkolnych zauważyć można zasadnicze braki personalne, a w konsekwencji przekroczenie norm dotyczących liczby uczniów na etat pielęgniarki. W realiach szkolnych taki stan rzeczy przyjmuje paradoksalny obraz zamkniętego gabinetu profilaktycznego, co skutkuje w częstych przecież przypadkach zaistnienia wypadku w szkole (według szacunkowych danych z ubiegłego roku – ok. 100 tys. wypadków) brakiem dostępu poszkodowanego dziecka do szybkiej fachowej pomocy medycznej. Efektem takiej polityki oszczędzania przez państwo na usługach zdrowotnych świadczonych najmłodszym jest konsternacja całego grona pedagogicznego i nieuzasadnione liczenie na szczęście – aby na prowadzonych przez nauczyciela lekcjach i dyżurowanych przezeń przerwach nie doszło do tzw. zdarzenia medycznego, które wiązałoby się z koniecznością udzielenia podopiecznemu pierwszej pomocy. Warto przy okazji wspomnieć, iż w ramach pomocy udzielanej uczniowi nie mieści się aplikowanie środków farmakologicznych (np. wykupywanych bez recepty środków przeciwbólowych) – każda tego typu ingerencja wymaga nie tylko kompetencji medycznych, ale również zgody rodzica (który nie musi akurat w danej chwili odebrać telefonu, ewentualnie przyjechać do szkoły po swoje dziecko). W ostateczności pozostaje wezwanie karetki pogotowia, ale taka alternatywa natychmiast rodzi pytanie, czy w każdym przypadku jest to zasadne i racjonalne z ekonomicznego punktu widzenia? Na drugim poziomie układu zdrowotnego, którego adresatem jest dziecko w wieku szkolnym funkcjonuje przede wszystkim lekarz pediatra. W środowiskowych dyskusjach zwraca się często uwagę na współczesną marginalizację tej ważnej z punktu widzenia zabezpieczenia zdrowia dziecka specjalizacji. Wypowiedzi pediatrów nie napawają optymizmem. Oto wypowiedź przedstawiciela tego środowiska: „Faktem jest, że meandry reformy ochrony zdrowia najboleśniej odczuwa pediatria i medycyna szkolna, a najwięcej straciły dzieci. Przede wszystkim dotyczy to świadczeń profilaktycznych” [15]. W poszukiwaniu przyczyn niewydolności tego obszaru świadczeń zdrowotnych wskazuje się m.in. na: obniżenie roli i prestiżu pediatrii, czego konsekwencją stało się malejące zainteresowanie absolwentów studiów medycznych tą specjalnością; niewystarczająca i ciągle zmniejszająca się liczba pediatrów (wielu z nich osiąga obecnie wiek emerytalny, a brakuje wymiany pokoleniowej w tym zawodzie); niski społeczny prestiż pielęgniarek (również zauważalny proces starzenia się przedstawicieli tej profesji), permanentne niedoszacowanie

wanie wysokości ich płac oraz związany z tym spadek zainteresowania studentów studiami z zakresu pielęgniarstwa, ewentualnie migracja osób wykształconych w tym kierunku za granicę; finansowe ograniczenia w realizacji pediatrycznych świadczeń profilaktycznych i rehabilitacyjnych; brak państwowych programów pediatrycznych; brak rozwiązań dotyczących terapii uzależnień młodzieży; brak czynnego poradnictwa w zakresie problemów zdrowotnych [15, 18, 19, 20, 21].

Odczuwam od kilku lat efektem nieodpowiedzialnej polityki państwa jest dezorganizacja medycyny szkolnej (zamknięcie w szkołach gabinetów lekarskich i poradni medycyny szkolnej, pozbawienie całej populacji uczniów świadczeń lekarskich i stomatologicznych w ich podstawowym środowisku życia), co z kolei skutkuje brakiem aktualnej wiedzy na temat stanu zdrowia uczniów i przypadkowością wszelkich kampanii promocyjnych (problem promocji zdrowia bez uprzedniego rzetelnego rozpoznania stanu wyjściowego). Stawiana przez doświadczonych pediatrów diagnoza kondycji służby zdrowia w obszarze świadczeń kierowanych do najmłodszych pacjentów zamyka się w słowach - „totalna degradacja systemu ochrony zdrowia nad populacją wieku rozwojowego” [15] – i nie sposób nad taką rzeczywistością przejść do porządku, spokojnie wsłuchując się w hasła rządowych kampanii na rzecz promocji zdrowia.

Z drugiej strony należy zauważyć, iż ta sfera działalności państwa, czyli promowanie w społeczeństwie zdrowia, stanowi kolejny etap historycznej ewolucji związku pomiędzy szkołą a zdrowiem uczniów (od higieny szkolnej przez medycynę szkolną po aktualny etap – promocji zdrowia) i pewne jej obszary (w szczególności edukowanie na rzecz zdrowia i bezpieczeństwa) zagospodarowywane są interesującymi inicjatywami rządu. Tytułem konstruktywnego przykładu można wskazać:

– Rządowy Program poprawy bezpieczeństwa obywateli „Bezpieczna Polska”. Na jego kanwie rozwija się współpraca instytucji państwowych odpowiedzialnych za bezpieczeństwo na szczeblu regionalnym i lokalnym. W sektorze edukacji podmiotem inicjującym i pilotującym działania jest MEN [22, 23], do którego najważniejszych zadań należy: opracowanie projektu zmian regulacji prawnych dotyczących finansowania programów profilaktycznych, promowania aktywności sportowej, kulturalnej i społecznej oraz rozwijania uzdolnień młodzieży w zorganizowanych formach; opracowanie wspólnie z organizacjami pozarządowymi koncepcji wspomagania działań wychowawczych w zakresie edukacji młodzieży na rzecz bezpieczeństwa; opracowanie podstaw programowych w zakresie wiedzy prawnej oraz edukacji na rzecz bezpieczeństwa i porządku publicznego; systematyczne prowadzenie stron internetowych do projektu „Bezpieczna szkoła”; upowszechnianie materiałów wspierających nauczycieli

w zakresie edukacji prawnej oraz kształtowania postaw społecznych jednoznacznie negujących przestępstwo, a także dotyczących tworzenia bezpiecznego środowiska nauki, zamieszkania oraz zabawy i wypoczynku dzieci i młodzieży; wspieranie organizacji pozarządowych realizujących programy w zakresie edukacji dla bezpieczeństwa; tworzenie warunków do międzynarodowej wymiany i współpracy młodzieży w zakresie bezpieczeństwa; stworzenie forum wymiany doświadczeń dla nauczycieli i koordynatorów ośrodków kształcenia nauczycieli i doradców metodycznych.

– Wprowadzenie w ramach reformy programowej do szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych nowego przedmiotu: Edukacja dla bezpieczeństwa (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 marca 2009 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych, Dz.U. nr 54, poz. 442; Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie sposobu realizacji edukacji dla bezpieczeństwa, Dz.U. nr 139, poz. 1131). Treści programowe tego przedmiotu składają się na kompleksowe ujęcie bezpieczeństwa z przeniesieniem punktu ciężkości działań edukacyjnych na problematykę zagrożeń pokojowych i sposobów zachowania się w sytuacjach zdarzeń o charakterze kryzysowym, możliwych w każdym miejscu i czasie [23, 24, 25]. W szkole gimnazjalnej celem nauczania stało się, obok znajomości powszechnej samoobrony i ochrony cywilnej, przygotowanie uczniów do działania ratowniczego oraz nabycie umiejętności udzielania pierwszej pomocy. Osiągany jest on poprzez przekazywanie w ramach 30 godzin następujących treści: znaczenia udzielania pierwszej pomocy, zasad postępowania aseptycznego i bezpiecznego dla ratownika, wzywania odpowiedniej pomocy, stopnia zagrożenia osoby poszkodowanej i zasad bezpiecznego postępowania w rejonie wypadku, zasad zabezpieczenia miejsca wypadku, udzielania pomocy w wypadku drogowym, podczas kąpieli, załamania łodu lub porażenia prądem, sposobów wynoszenia poszkodowanego ze strefy zagrożenia dla osoby nieprzytomnej, układania osoby nieprzytomnej w pozycji bezpiecznej, wykonywania samodzielnej resuscytacji krążeniowo-oddechowej, tamowania krwotoku za pomocą opatrunku, pomocy przy złamaniach i zwichnięciach, pomocy przy zatruciach, skutków działania niskiej i wysokiej temperatury na organizm człowieka, pomocy osobie poszkodowanej przy oparzeniu termicznym i chemicznym. Na zasadzie kształcenia powracającego zakres zagadnień z tego przedmiotu na etapie ponadgimnazjalnym (również wymiar 30-godzinny) powtarza się, a tematyka jest pogłębianą.

– Nałożenie na każdą szkołę obowiązku opracowania szkolnego programu profilaktycznego (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszcze-

gólnych typach szkół, Dz.U. nr 51, poz. 458), który jest jednym z elementów określających działalność edukacyjną szkoły i razem z programem nauczania oraz programem wychowawczym stanowić powinien spójną całość [26]. Prawidłowo zredagowany program stanowi projekt systemowych rozwiązań inicjowanych w środowisku szkolnym, a ukierunkowanych na wspomaganie ucznia w radzeniu sobie z trudnościami zagrażającymi prawidłowemu rozwojowi i zdrowemu życiu, ograniczenie i likwidowanie czynników ryzyka oraz inicjowanie i wzmacnianie czynników chroniących [27].

Godne podkreślenia są inicjowane na szczeblu centralnym przedsięwzięcia w zakresie promocji zdrowia. Dotyczą one m.in.:

– dbałości o zdrową dietę młodych ludzi i kształtowania u nich prawidłowych nawyków żywieniowych w ramach programu „Szklanka mleka” oraz „Owoce w szkole” (programy te realizowane są w szkołach różnego typu na terenie całego kraju)

– dbałości o bezpieczeństwo uczniów w ramach projektu „Profilaktyka a Ty/Edukacja”, czyli „Pat/E” (stanowi on element programu „Bezpieczna i Przyjazna Szkoła” i obejmuje szkolenie animatorów – pedagogów szkolnych, nauczycieli przedmiotu, psychologów, pracowników placówek wychowania pozaszkolnego – podejmowania działań ukierunkowanych na poprawę stanu bezpieczeństwa na terenie konkretnych placówek edukacyjnych oraz ograniczenia skali występowania zjawisk patologicznych)

– wyróżniania szkół podejmujących systemowe działania w zakresie edukacji zdrowotnej (kreowanie warunków sprzyjających dobremu samopoczuciu całej społeczności szkolnej, samodzielne diagnozowanie problemów, podejmowanie inicjatyw na rzecz rozwiązywania tych problemów i dokonywanie ewaluacji tychże działań) poprzez tworzenie na szczeblach wojewódzkim i krajowym sieci „Szkół promujących zdrowie”.

Tytułem podsumowania powyższych rozważań podkreślić wypada wagę powszechnie uznanej wieloczynnikowej teorii zdrowia, zgodnie z duchem której, zdrowie nie stanowi wartości danej raz na zawsze, przeciwnie – charakteryzuje się ono zmiennością, a na jej stan wpływ ma wiele czynników. Nie ulega w związku z tym wątpliwości, iż zdrowie społeczeństwa oraz odpowiedzialność za nie wykracza poza obszar nauk medycznych [28]. Rodzi to konieczność podejmowania wielosektorowych działań, w które angażować się powinny rozmaite podmioty. Oprócz instytucji państwa i jego agend, są to z pewnością jednostki samorządu terytorialnego, w szczególności gminy, w których katalogu zadań własnych ustawodawca umieścił obowiązek zaspokajania zbiorowych potrzeb wspólnoty, w tym ochronę zdrowia jej mieszkańców (art. 7 Ustawy z dnia 08 marca 1990 r. o samorządzie lokalnym, Dz.U. nr 16, poz. 95 ze zm.). System opieki zdrowotnej nad populacją szkolną [15] uzupełniają rodzice ucznia (którzy ponoszą, wynikają-

cą z przysługującej im władzy rodzicielskiej, prawną, a przede wszystkim moralną odpowiedzialność za zdrowie swoich dzieci), sam uczeń (który aktualnie uczestniczy w trosce o swoje zdrowie), szkoła (która zapewnić powinna uczniowi środowisko sprzyjające zdrowiu, bezpieczeństwu i edukacji zdrowotnej). Synchronizacja działań tych podmiotów na etapie wykonawstwa decyduje dopiero o sukcesie – przybliżaniu się do wspólnego, długodystansowego celu, jakim jest lepszy stan zdrowia młodego pokolenia Polaków. Praktyka przynosi w tym obszarze godne naśladownictwa rozwiązania [29], oparte o społeczny dialog szkoły (dyrekcji, grona pedagogicznego – które inicjuje, organizuje, koordynuje dane przedsięwzięcie zdrowotne), rodziców (Rady Rodziców, Rady Szkoły – która akceptuje, wspiera, również finansowo, dane przedsięwzięcie), pielęgniarki (która angażuje się jako podmiot profesjonalny w określone działania profilaktyczne), gminy (która wspiera szkołę finansowo i organizacyjnie). Rosnąca aktywność tych podmiotów w skali całego kraju stanowi konsekwencję rosnącej społecznej świadomości, na co wpływ ma rozwijanie rozmaitych kampanii informacyjno-promocyjnych na poziomie centralnym i lokalnym. Aby jednak mówić o systemie, nie wystarczy włączać siły społeczne, bowiem pewnego ciężaru pracy nie jest ono w stanie udźwignąć. Konieczne jest zaangażowanie podstawowego podmiotu, czyli państwa. Przy czym owa aktywność nie może sprowadzać się wyłącznie do produkcji aktów normatywnych (a i w tym fragmencie odczuwane są pewne braki, np. w zakresie kompetencji nauczycieli, czy opracowania kompleksowej ustawy o medycynie szkolnej). Szkoła potrzebuje konkretnego wsparcia finansowego (partycypacja państwa w dystrybuowaniu środków na realizację programów profilaktycznych), medycznego (opracowanie racjonalnych przeliczników stanowiących podstawę zatrudniania pielęgniarek w środowisku nauczania i wychowania przez oddziały wojewódzkie NFZ) oraz prawnego (zaktywizowanie oraz wsparcie środowisk prawnych w rozwijaniu usług prawnych o charakterze poradnictwa i edukacji prawnej na rzecz szkół). Trudno oprzeć się wrażeniu, że pod współcześnie forsowanym hasłem „aktywnego społeczeństwa”, następuje stopniowe wycofywanie się państwa z jego zadań socjalnych wobec obywateli, niestety również najmłodszych. Ten trwający od momentu zainaugurowania reform w sektorze oświaty i służby zdrowia proces dotkliwie odczuwają członkowie społeczności szkolnej – dzieci, ich rodzice i nauczyciele. Jeśli opieka zdrowotna adresowana do populacji uczniów miała by zatrzymywać się na szczeblu lokalnym, to należałyby również przewartościować ustrojowe założenia zawarte w Konstytucji RP i aktywność państwa ograniczyć do funkcji informacyjnej i promocyjnej. Póki co, model rekonstruowany w oparciu o obowiązujący w Polsce porządek prawny (welfare state) ma wymiar teoretyczny.

PISMIENNICTWO

1. Karta Ottawska uchwalona podczas Konferencji Międzynarodowej nt. Promocji Zdrowia w Kanadzie, Ottawa, 17 – 21 listopada 1986 r.
2. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka przyjęta i proklamowana rezolucją Zgromadzenia Ogólnego ONZ 217A (III) w dniu 10 grudnia 1948 r.
3. Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w dniu 16 grudnia 1966 r.
4. Światowa Deklaracja Zdrowia Zdrowie 21. Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku przyjęta na 31. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w maju 1998 r.
5. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku, Warszawa-Kraków 2001, 43.
6. Gabryszak R., Magierka D. (red.), Europejska polityka gospodarcza, Difin, Warszawa 2011, 38-39.
7. Książkowski M., Czas na państwo opiekuńcze, w: Człowiek w pracy i polityce społecznej Szambelańczyk J., Żukowski M. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego, Poznań 2010, 271.
8. Ryć K., Skrzypczak Z. (red.), Ochrona zdrowia na świecie, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2011, 167.
9. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 02 kwietnia 1997 roku, Dz. U. 78, poz. 483.
10. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 kwietnia 2003 r., sygn. akt K 18/02.
11. Konwencja Organizacji Narodów Zjednoczonych z dnia 20 listopada 1989 r. o prawach dziecka, Dz. U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526 ze zm.
12. Ustawa z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty, Dz.U. nr 95, poz. 425 ze zm.
13. Reiter-Pawłowska B., Ocena stanu zdrowia dzieci szkolnych na terenie ZOZ-u nr 2 w Gdańsku, w: Zdrowie i choroba. Promocja zdrowia dla gmin i instytucji edukacyjnych, Latoszek M. (red.), Akademia Medyczna, Gdańsk 1999, 56-58.
14. Raport GUS z 2009 r., Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r., <http://www.stat.gov.pl>, data wejścia: 02.04.2013.
15. Krawczyński M., Zdrowie ucznia a pediatria i medycyna rodzinna, Prz. Pediatr. 2008, 38, 2, 134-140.
16. Department for Education 2012, Health & Safety Advice on legal duties and powers for local authorities, school leaders, school staff and governing bodies, www.education.gov.uk/aboutdfe/advice/f00191759/departamental-advice-on-health-and-safety-for-schools, data wejścia: 02.04.2013.
17. Różycka-Śpionek W., Wewnętrzna polityka bezpieczeństwa. Akty prawne orężem w walce z falą wykroczeń, przestępczości i wypadków w szkołach na przykładzie Wielkiej Brytanii, Trendy 2013, 1, www.ore.edu.pl/images/flash/trendy/Trendy_nr-1_2013.swf, data wejścia: 02.04.2013.
18. Bodalski J., Stanowisko pediatrów wobec opieki pediatrycznej w Polsce, Prz. Pediatr. 2008, 38, 2, 142-144.
19. Mazur A., Problemy opieki medycznej nad dzieckiem, prawne aspekty opieki pediatrycznej, Prz. Pediatr. 2008, 38, 2, 147-148.

20. Kawalec W., Problemy opieki lekarskiej nad dzieckiem w Polsce, *Prz. Pediatr.* 2008, 38, 2, 145-146.
21. Borowiak E., Manes A., Kostka T., Sytuacja demograficzna pielęgniarek i położnych na podstawie analizy danych zawartych w rejestrze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, *Probl. Piel.* 2011, 19 (4), 417-423.
22. www.men.gov.pl, witryna Bezpieczna Polska – Szkoła, data wejścia: 02.04.2013.
23. Pieczywok A., Edukacja dla bezpieczeństwa wobec zagrożeń i wyzwań współczesności, Wydawnictwo Akademii Obrony Narodowej, Warszawa 2012, 118.
24. Kolińska M., Ewolucja organizacji edukacji z zakresu bezpieczeństwa w polskim systemie szkolnictwa, w: *Wybrane zagadnienia edukacji dla bezpieczeństwa*, Kaczmarek W., Socha R., Grzyb J. (red.), Mazurski Ośrodek Kształcenia Nauczycieli, Elk, 2010, 63 i n.
25. Grzyb J., Edukacja dla bezpieczeństwa – cele i treści kształcenia, programy nauczania w: *Wybrane zagadnienia edukacji dla bezpieczeństwa*, Kaczmarek W., Socha R., Grzyb J. (red.), Mazurski Ośrodek Kształcenia Nauczycieli, Elk 2010, 71 i n.
26. Łopacka-Sęczyk E., Machaj A.K., Realizacja działań profilaktycznych w edukacji – ujęcie systemowe, w: *Edukacja dla bezpieczeństwa. Bezpieczeństwo regionalne. Wyzwania edukacyjne*, Czajkowska-Ziobrowska D., Zduniak A., Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, Poznań 2008, 187.
27. Gaś Z., Szkolny program profilaktyki: istota, konstruowanie, ewaluacja, Pracownia Wydawnicza Fundacji „Masz Szansę”, Lublin 2004.
28. Juszcak K., Wokół problematyki edukacji zdrowotnej, w: *Edukacja w społeczeństwie „ryzyka”*. Bezpieczeństwo jako wartość, Gwoździcka-Piotrowska M., Zduniak A., Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, Poznań 2007, 115.
29. www.rynekzdrowia.pl, data wejścia: 02.04.2013.

Adres do korespondencji:

dr Katarzyna Jadach
Zakład Penitencjarystyki
Wydział Studiów Edukacyjnych UAM
w Poznaniu
ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań,
e-mail: kjuam@amu.edu.pl

MUZYKOTERAPIA SYSTEMOWA JAKO FORMA WSPIERANIA RODZINY

SYSTEM MUSIC THERAPY AS A FORM OF FAMILY SUPPORT

WOJCIECH STRZELECKI

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

Streszczenie

Rodzina jest pierwszym środowiskiem wychowawczym i społecznym człowieka. To właśnie rodzina jest podstawowym systemem, w którym zachodzi pierwotna socjalizacja oraz modelowane są zachowania jednostki. Dlatego też, że jej rola w kształtowaniu osobowości człowieka jest niezwykle istotna, również i wszelkie nieprawidłowości, w ramach systemu rodzinnego, szczególnie silnie wpływają na człowieka, będącego elementem tego systemu. Skutki egzystowania w rodzinie dysfunkcyjnej mają też charakter długotrwały i zakłócają funkcjonowanie człowieka również w życiu dorosłym.

Psychoterapia systemowa zakłada konieczność oddziaływania na cały system rodzinny w celu poprawy funkcjonowania poszczególnych jej członków. Celem może być albo zmiana struktury rodzinnej, albo poprawa relacji komunikacyjnych pomiędzy poszczególnymi podmiotami.

Założenia muzykoterapii systemowej opierają się na zasadach psychoterapii systemowej, jednak muzykoterapia jako forma terapii przez sztukę posługuje się metodami niewerbalnymi, co może znacząco poprawić jakość oddziaływań terapeutycznych, jako że w rodzinach dysfunkcyjnych system komunikacyjny jest nierzadko silnie zaburzony.

Słowa kluczowe: rodzina, terapia systemowa, muzykoterapia, zdrowie, komunikacja.

Rodzina jako system

Rodzina jest pierwszym środowiskiem wychowawczym i społecznym, jak również pierwszym nośnikiem wzorców zachowań i wzorców moralno-etycznych oraz „kolebką” osobowości człowieka. To właśnie w kontakcie z członkami rodziny człowiek rozwija swoje podstawowe funkcje psychiczne. Według Macvera i Page’a „(...) obejmuje ona uznany społecznie typ trwałego obcowania płciowego [dwojga ludzi]; obejmuje też określoną instytucjonalną formę małżeństwa; zawiera pewien system nomenklatury wyrażającej stosunki pokrewieństwa i dziedziczenia, jest jednostką gospodarującą, to znaczy zapewniającą swym członkom utrzymanie i opiekę, zaspokajającą ich potrzeby materialne i przygotowującą ich do samodzielnego życia; jest grupą mieszkającą wspólnie, tworzącą jedno gospodarstwo domowe, które może obejmować dwa a nawet trzy pokolenia” [1]. Rola rodziców to rola nie tylko żywicieli, ale także opiekunów i wychowawców.

Abstract

The family is the first educational and social environment for all human beings. Family is the primary system in which initial socialization occurs and where behaviours of individuals are modeled. Therefore, due to the fact that its role in shaping the personality of a human being is extremely important, any irregularities in the family system have a particularly strong effect on the human being, who is an element of this system. The effects of living in a dysfunctional family also long – term character and disturb human functioning also in adulthood.

System psychotherapy involves the necessity to impact the entire family system in order to improve the functioning of its particular members. The aim may be either to change the family structure, or to improve communication relationships between specific individuals.

The aims of system music therapy are based on the rules of system psychotherapy, however, music therapy as a form of art therapy uses non-verbal methods, which may significantly improve the quality of therapeutic effects, as in dysfunctional families the system of communication is often strongly affected.

Key words: family, system therapy, music therapy, health, communication.

Czasy współczesne niosą ze sobą liczne zagrożenia dla funkcjonowania rodziny. Z punktu widzenia niniejszego artykułu na szczególną uwagę zasługują zagrożenia natury społecznej. Patrząc z perspektywy czasów współczesnych zagrożeń tych jest więcej niż było np. 20 czy 50 lat temu. Przyniósł je ze sobą przede wszystkim postęp i rozwój cywilizacji, a także szybszy obieg informacji. Biologiczne i psychologiczne zagrożenia, z jakimi spotkał się człowiek końca XX i początku XXI wieku, nigdy dotychczas nie występowały tak powszechnie, z taką dynamiką i z tak ujemnymi skutkami. Cywilizację współczesną charakteryzuje gwałtowny rozwój techniki, urbanizacja, komputeryzacja, biurokratyzacja, spadek poziomu kultury, wzrost agresji, prymitywizm obyczajów i kontaktów interpersonalnych. W życiu codziennym obserwuje się lęki i obawy przed grozącymi zewsząd niebezpieczeństwami [2].

Rodzina jako podstawowy system społeczny, pełniący jednocześnie rolę środowiska modelującego zach-

wania jak również i środowisko pierwotne socjalizacji jednostki jest systemem podstawowym dla kształtowania wszelkich postaci rozwoju jednostki. Zaburzenie tego systemu powodować może trudności w funkcjonowaniu poznawczym, emocjonalnym i społecznym człowieka. Przeprowadzone na gruncie teorii więzi emocjonalnej J. Bowlby'ego badania poszukują znaczenia więzi pierwotnej dla budowania doświadczeń emocjonalnych u dzieci. Wewnętrzne, stabilne poczucie bezpieczeństwa ma zasadniczy wpływ na to, jak dziecko będzie w przyszłości regulować swoje stany emocjonalne [3, 4]. Rodzina dysfunkcyjna naraża dziecko na zaburzenie poczucia bezpieczeństwa oraz sprzyja sytuacjom traumatycznym, silnie nasyconym emocjonalnie. Chaos, brak poczucia stałości i pozawerbalne, często aleksytymiczne zakazy ekspresji i odczuwania emocji prowadzić mogą w konsekwencji do wytworzenia się stałego, uogólnionego wzorca, symbolicznego manifestowania zalegających emocji w postaci objawu chorobowego. Rodzina dysfunkcyjna może zatem przyczyniać się do ukształtowania się zaburzeń psychosomatycznych [5]. W ujęciu systemowym choroba jednego z członków rodziny wskazuje na dysfunkcję całego systemu. Jednostkową odporność na stres i choroby można w tym ujęciu rozumieć jako wynik interakcji procesów psychicznych, rodzinnych i społecznych [4, 6].

Rodzina a zdrowie

Patrząc kategoriami rodziny jako systemu oraz rozpatrując zaburzenie tego systemu w kategoriach szeroko rozumianego pojęcia zdrowia można przyjąć, że rodzina dysfunkcyjna przynosi zagrożenia dla różnych poziomów zdrowia jednostki. Rozpatrywanie zdrowia jednostki na poziomie fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu odnosi się do Modelu Socjoekologicznego zdrowia. Model ten powstał na gruncie promocji zdrowia. Jest zbudowany w oparciu o metaforę mandali, symbolizującej wszechświat. W myśl założeń WHO „zdrowie to nie tylko brak choroby, ale pełnia dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego” [7]. Definicja ta oddaje założenia socjoekologicznego modelu zdrowia. Mandala zdrowia, która symbolizuje wszechświat i miejsce człowieka w tym wszechświecie, pokazuje, że zdrowie człowieka zależy od wzajemnie powiązanych kręgów: biosfery i kultury, naturalnych i materialnych środowisk człowieka (w tym systemu rodzinnego), zasobów biologicznych, psychicznych i społecznych człowieka oraz różnych form jego aktywności w ciągu całego życia [8]. Model socjoekologiczny ma swoje korzenie w Starożytności, a na jego obecny kształt miały wpływ doświadczenia praktyczne i teoretyczne osiągnięcia w epidemiologii biomedycznej, społecznej, medycynie społecznej i psychosomatycznej oraz socjologii medycyny.

W kontekście mandali, zdrowie człowieka podlega wielorakim wpływom. Duży wpływ przypisuje się tutaj czynnikom związanym z ludzkim dążeniem do samo-

realizacji, zaspokajania potrzeb i aspiracji, poczuciem odpowiedzialności za siebie i swoje zdrowie, a zatem świadomej aktywności podmiotu oraz czynnikom związanym z funkcjonowaniem człowieka w społeczeństwie, dotyczącym w głównej mierze pełnienia przez niego określonych ról społecznych. Role społeczne w dużej mierze wyznaczane są natomiast w systemach rodzinnych. Chcąc zachować zdrowie, samoregulujący się organizm musi utrzymać swą indywidualną autonomię i jednocześnie podjąć wysiłek harmonijnej współpracy z otoczeniem. W tym kontekście znaczenie szczególne odgrywa środowisko rodzinne, jako system pierwotny. Zdrowie oznacza, bowiem taki stan, w którym panuje synchronizacja fizyczna i umysłowa ze sobą samym i systemami w jakich jednostka funkcjonuje [9].

Rodzina dysfunkcyjna

Zaburzenia w funkcjonowaniu rodziny niosą ze sobą negatywne skutki nie tylko we wszystkich formach rozwoju jednostki, ale przynoszą również negatywne konsekwencje dla zdrowia na wszystkich jego wymiarach. Dodatkowo konsekwencje te mają niekiedy bardzo odległy charakter. Przykładem rodzin dysfunkcyjnych mogą być rodziny, w których istnieje problem alkoholowy. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych podaje, że w Polsce żyje około 1,5–2 mln dzieci alkoholików, z czego 500–600 tysięcy znajduje się w dramatycznej sytuacji zagrażającej ich zdrowiu i życiu. Dane szacunkowe wskazują na liczbę około 800 tysięcy osób uzależnionych od alkoholu oraz około 2–2,5 mln osób pijących szkodliwie. Dwie trzecie dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym doświadczą przemocy w domu [4]. Funkcjonowanie dzieci w rodzinach alkoholowych opiera się na kilku podstawowych zasadach: „nie ufaj”, „nie mów”, „nie czuj”. Pierwsza z nich wyrasta z niekonsekwencji i nieprzewidywalności dorosłych opiekunów, rozczarowania i stałego niezaspokajania potrzeb rozwojowych dziecka. Druga wynika z chęci chronienia opinii uzależnionego rodzica oraz wyidealizowanego wizerunku rodziny, z drugiej strony dziecko obarczone jest wstydem i poczuciem odpowiedzialności za dorosłych, co umacnia mechanizm zaprzeczania prawdziwemu obrazowi rodziny. Ostatnia wiąże się z wadliwie funkcjonującym systemem rodzinnym na etapie dorastania i polega na założeniu, że bezpieczniej dla własnego ustroju jest odciąć się od własnych uczuć, zminimalizować odczuwanie w sytuacjach traumatycznych, których jest zbyt dużo, i zbyt ciężko jest je unieść [10]. Te wadliwe założenia dotyczące funkcjonowania człowieka, kształtujące się jeszcze w okresie dzieciństwa skutkują wadliwym funkcjonowaniem również w życiu dorosłym i są niczym innym jak wspomnianymi odległymi skutkami dorastania w rodzinie zaburzonej. Niezależnie od rodzaju dysfunkcji obecnej w rodzinie dziecko wzrasta w niej ze

zniekształconym obrazem siebie i otaczającego świata, zaznacza się brak prawidłowych wzorców do kształtowania własnej tożsamości [4, 11].

Typowy przykład odległych konsekwencji dorastania w rodzinie dysfunkcyjnej zaobserwować można w odniesieniu do rodzin, gdzie pojawia się zjawisko przemocy. Istnieją różne formy przemocy. Rzecz jasna najbardziej jednoznaczna jest przemoc fizyczna. Jej konsekwencje bezpośrednie i to zarówno somatyczne jak i emocjonalne, poznawcze i behawioralne są raczej oczywiste. Do skutków somatycznych zaliczyć można: zgon jako rezultat pobicia, obrażenia narządów wewnętrznych (np. wątroby, śledziony), wylewy krwawe do siatkówki bez złamania lub objawów stłuczenia głowy, mnogie złamania stwierdzone w obrazie rentgenowskim, kalectwo, wybite zęby, wyrwane włosy, ślady uderzeń, oparzeń, ugryzień, rany w różnych fazach gojenia, organiczne uszkodzenie mózgu; brak reakcji na ból (w rezultacie długotrwałej przemocy fizycznej), nietrzymanie kału i moczu, wymioty, uporczywe bóle i zawroty głowy, bóle żołądka, potliwość. Bezpośrednie skutki poznawcze, emocjonalne i behawioralne to przede wszystkim: zachowanie agresywne w stosunku do innych lub siebie, ucieczka w świat fantazji, brak reakcji na płacz innych, zaniżona samoocena, brak poczucia bezpieczeństwa, odrzucanie siebie – brak akceptacji własnej osoby, brak przynależności do osób bliskich, poczucie krzywdy i winy, koszmary nocne, zaburzenia koncentracji uwagi, pamięci, lęki, depresje, całkowita uległość – podporządkowanie się, gwałtowny unik (kulenie się) w odpowiedzi na próbę dotknięcia lub pogłaskania, słaby kontakt z otoczeniem [12, 13].

Mniej oczywiste są odległe skutki przemocy, nawet tej która zdaje się być najbardziej jednoznaczna – tj. przemocy fizycznej. Skutki somatyczne to: choroby somatyczne, trwałe uszkodzenia narządów wewnętrznych, organiczne uszkodzenia mózgu, trwałe kalectwo fizyczne, stałe napięcie mięśni ciała (drżenia, tiki); natomiast odległe skutki poznawcze, emocjonalne, behawioralne to: poczucie winy jako cecha osobowości, niska samoocena, duża potrzeba kontrolowania wszystkiego, stosowanie przemocy wobec innych, nerwice, uzależnienia – alkoholizm i narkomania [12, 13].

Zdecydowanie mniej jednoznaczną formą przemocy rodzinnej jest przemoc psychiczna. W tym przypadku szkody wyrządzone tą metodą są niewymieralne. Znęcanie psychiczne jest nieuchwytną formą złego traktowania. Nie pozostawia widocznych śladów, trudno jest cokolwiek udowodnić w trakcie postępowania przygotowawczego. Nie można też precyzyjnie określić rozmiarów psychicznego krzywdzenia czy nawet wszystkich wymienić, nie da się również w sposób jednoznaczny sklasyfikować intensywności oraz stopnia dolegliwości. Pozostawia urazy w psychice na długie lata, a jednocześnie może być niezauważona przez wnikliwego obserwatora [14]. W przypadku przemocy psychicznej jej

następstwa bezpośrednio somatyczne to: nietrzymanie kału i moczu, wymioty, bóle w okolicy serca, bóle mięśni, bóle żołądkowe, nadmierna potliwość, nawracające bóle głowy, stałe zawroty głowy, biegunka. Bezpośrednie skutki poznawcze, emocjonalne i behawioralne to: kłopoty z kontrolą emocji, poczucie alienacji, bezsensu, bezzadności, wyobcowania, fobie, zaburzenia snu, poczucie winy i krzywdy, ucieczki, problemy szkolne, nerwice, lęki, zachowania agresywne w stosunku do innych i do siebie, nieufność wobec innych. Natomiast somatyczne odległe konsekwencje domowej przemocy psychicznej to: arytmia serca, stałe napięcie mięśniowe, choroby psychosomatyczne (choroba wieńcowa, zawał serca, wrzody żołądka, wrzody dwunastnicy, astma, choroby dermatologiczne, zaburzenia ciśnienia). Do skutków poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych zaliczyć można: niską samoocenę, tendencję do uzależniania się od innych, poczucie alienacji, dążenie do perfekcjonizmu, stosowanie przemocy emocjonalnej wobec innych, dążenie do kontroli innych, izolację, depresję, poczucie winy, przestępczość [12, 13].

Kolejne typy przemocy – seksualna, zaniedbanie oraz przemoc ekonomiczna również przynoszą ze sobą zarówno bezpośrednie, jak i odległe skutki [15]. Szczególnie w odniesieniu do zjawiska przemocy seksualnej można mówić o poważnym niedoszacowaniu tego zjawiska, czyli o tzw. zjawisku „ciemnej liczby”. Jest to liczba przestępstw, o których nie są powiadamiane organa ścigania. W przypadku przestępstw seksualnych może ona oscylować nawet w granicach 80%. Zjawisko to wiąże się z występowaniem u ofiar wstydu, strachu oraz braku wiary w skuteczność swojego działania. Szczególnie rzadko ujawniany jest fakt stosowania przemocy seksualnej wobec dzieci. Bezpośrednią przyczyną tego stanu rzeczy jest to, że dzieci rzadko informują o zjawisku molestowania [16, 17, 18, 19].

Terapia systemowa

Rozpatrywanie rodziny jako systemu, będącego źródłem pierwotnej socjalizacji, w którym kształtuje się w dużej mierze tożsamość jednostki, pozwala postawić tezę, że dla poprawy funkcjonowania systemów rodzinnych nierzadko niezbędne jest oddziaływanie na cały system, a nie jedynie na jego elementy. System rodzinny jak wykazano powyżej odgrywa również znaczącą rolę w kształtowaniu wzorców nieprawidłowych i prowadzić może do zaburzeń natury somatycznej, emocjonalnej, poznawczej i behawioralnej. Zaburzona równowaga systemu rodzinnego wpływa bezpośrednio na zdrowie jednostki w rodzinie oraz szeroko rozumiane zdrowie całej rodziny.

Początki systemowego nurtu w psychoterapii (zwanego również interakcyjnym) sięgają lat czterdziestych i pięćdziesiątych. Nurt ten zaczął rozwijać się w Stanach Zjednoczonych, a najistotniejszą przemianą jaką przy-

niósł było przesunięcie zainteresowania klinicystów z zaburzonej jednostki na jej interakcje społeczne, w które jest ona uwikłana (mażeńskie, rodzicielskie, towarzyskie, zawodowe itp.). Traktując rodzinę jako grupę społeczną o decydującym wpływie na rozwój jednostki, od samego początku objęto ją szczególną uwagą [20].

W psychopatologii jednostka traktowana jest jako element różnych systemów (rodziny, kręgu towarzyskiego, zawodowego itp.). Przykładowo nawiązując w relacjach rodzinnych interakcje ze współmałżonkiem, tworzy podsystem „para małżeńska”, z kolei w kontaktach z dziećmi wchodzi w zakres podsystemu „rodzice”, w relacjach z własnymi rodzicami stanowi element podsystemu „dzieci”, itd. Wzajemne oddziaływania wewnątrz każdego z podsystemów odbywają się za pośrednictwem zachowań komunikacyjnych i mają cyrkularny charakter, co oznacza, że zachowanie podmiotu jest reakcją na uprzednie zachowanie partnera interakcji wewnątrz danego podsystemu i stanowi jednocześnie jego wzmocnienie i bodziec dla kolejnych reakcji. W celu zrozumienia zachowania jednostki konieczne jest więc rozpatrywanie ich w kontekście społecznym. W podejściu systemowym zasadnicza jest więc koncentracja na procesie komunikacji przebiegającej między ludźmi. Celem terapii systemowej jest zmiana systemu, a nie zmiana „zaburzonej” jednostki – człowieka określonego mianem „zaburzonego”. Istnieją dwie podstawowe szkoły w ramach podejścia systemowego: szkoła komunikacyjna (tutaj nacisk kładziony jest przede wszystkim na sposób komunikowania się osób wchodzących w interakcję) oraz szkoła strukturalna (której celem jest zmiana struktury systemu, a dokładnie — zasad określających jego równowagę) [20].

Muzykoterapia – definicja i podział

Muzykoterapia zajmuje się wpływem muzyki na zdrowie człowieka. Istnieje szereg definicji muzykoterapii, jednak za obecnie obowiązującą przyjmuje się definicję Światowej Federacji Muzykoterapii. Według niej „jest [ona] wykorzystaniem muzyki i/lub jej elementów (dźwięk, rytm, melodia i harmonia) przez muzykoterapeutę i pacjenta/klienta lub grupę w procesie zaprojektowanym dla i/lub ułatwienia komunikacji, uczenia się, mobilizacji, ekspresji, koncentracji fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej i poznawczej w celu rozwoju wewnętrznego potencjału oraz rozwoju lub odbudowy funkcji jednostki tak, aby mogła ona osiągnąć lepszą integrację intra- i interpersonalną, a w konsekwencji lepszą jakość życia” [21]. W zależności od nastawienia na określone choroby bądź trudności funkcjonalne wyodrębniono w muzykoterapii światowej podstawowe nurty, które różnią się od siebie przede wszystkim wyznaczonym celem oraz pojmowaniem muzyki [22]. Wyróżnić można: nurt psychologiczny, psychofizjologiczny, analityczny, behawioralny, komunikacyjny i poznawczy [23, 24, 25].

Muzyka nie wymaga tłumaczenia, komentarza, jest najbardziej komunikatywna i działa bezpośrednio. W związku z tym szczególnie użyteczna jest tam, gdzie często trudno zastosować werbalne techniki psychoterapeutyczne. Ma tu miejsce prewerbalny sposób komunikowania się z wczesnego dzieciństwa. Bezpośrednio oddziaływania muzyki pozwala na wyobrażeniowe przenoszenie się w sferę przeżyć drugiego człowieka, przejmowanie ról innych ludzi, co pozwala na lepsze ich rozumienie. Ponadto muzyka dzięki swej „bezznaczeniowości” redukuje znacznie udział czynnika racjonalnego „omija” bowiem *ego*, unikając kontroli intelektualnej przez co dociera w głąb ukrytych konfliktów oraz aktywizuje emocje [26]. Tym, co wyróżnia muzykoterapię jest również specyficzny język, którym posługuje się muzyka. Według Natansona język muzyki posługuje się kodem swobodnym, który zakłada z góry brak uzgodnień między nadawcą a odbiorcą co do „dosłowności” znaczenia zawartego w komunikacie. Tak więc miast mówić o specyficznym charakterze znaczenia muzycznego, można mówić raczej o „wieloznaczeniu” [26, 27].

Podział muzykoterapii związany jest z założonymi celami terapeutycznymi oraz z organizacją działań leczniczych. W muzykoterapii indywidualnej zasadnicze jest stworzenie właściwej relacji pomiędzy terapeutą a klientem i od tej właśnie relacji zależy postępowanie lecznicze [28]. Natomiast muzykoterapia grupowa opiera się na zasadach psychoterapii grupowej, która wykorzystuje właściwości grup społecznych do oddziaływania na ich członków. Interakcje zachodzące między członkami mają wartość stosunków społecznych, a czynniki oddziałujące leczniczo to: uczestnictwo w grupie, emocjonalne podtrzymanie, pomaganie innym, informacja zwrotna czy uzyskiwanie nowych umiejętności społecznych [26].

Inny podział muzykoterapii odnosi się do zastosowanych form oddziaływania terapeutycznego. W tym przypadku dzielimy muzykoterapię na receptywną i aktywną. Muzykoterapia receptywna polega na wysłuchiwaniu celowo i odpowiednio zestawionych programów muzycznych w sposób swobodny lub zadaniowy, to znaczy taki, który określa temat wyobrażeń i ukierunkowuje je. Obejmuje też ona dyskusję psychoterapeutyczną związaną z zaistniałymi odczuciami [26, 28]. Muzykoterapia aktywna polega natomiast na wykonywaniu muzyki przez klienta bądź klientów. Stosuje się tu m.in. grę na instrumentach. Najczęściej stosowane jest instrumentarium Orffa, w którym różnorodność elementów pozwala na możliwość wyboru w zależności od preferencji i stanu psychicznego pacjenta [29].

W stronę muzykoterapii systemowej

Wartość komunikacyjną muzykoterapii nawiązuje do potrzeb terapeutycznych naświetlonych przez psychoterapię systemową, szczególnie przez szkołę komuni-

kacyjną, w której, jak wspomniano nacisk kładzie się przede wszystkim na sposób komunikowania się osób wchodzących w interakcję. Przy pomocy muzykoterapii grupowej, głównie opierającej się o techniki aktywne (np. przy wykorzystaniu instrumentarium Orffa) możliwe jest stworzenie relacji komunikacyjnej, opierającej się na zasadach języka muzycznego. Relacja ta może być o tyle unikatowa, że omija zablokowane formy werbalne. Jeżeli kontakt werbalny w grupie społecznej jest zaburzony, możliwe staje się porozumiewanie poprzez środki artystyczne – jak np. muzyka. Szczegółne znaczenie odgrywa tu podejście odwołujące się do nurtu komunikacyjnego, gdzie muzyka jest traktowana jako środek komunikacji niewerbalnej z drugim człowiekiem, szczególnie w sferze emocjonalnej. Muzyka jest w tym ujęciu systemem znaków i sygnałów, zbudowanym według praw muzycznych, przekazującym określone informacje semantyczne i estetyczne [30].

W przypadku rodzin dysfunkcyjnych, w których zasada „nie ufaj” obniża wartość komunikatu werbalnego, zasada „nie mów” wręcz go zakazuje, a zasada „nie czuj” uczy blokowania emocji na znane i wielokrotnie analizowane werbalne środki wyrazu, posługiwanie się językiem muzyki, oddziałującym bezpośrednio na emocje człowieka może okazać się niezwykle skuteczną formą terapeutyczną.

To właśnie z uwagi na posługiwanie się metodami niewerbalnymi muzykoterapia, pomimo coraz szerszego zastosowania w kompleksowym leczeniu chorób różnych specjalności, wciąż najczęściej jest stosowana w leczeniu psychiatrycznym. Przyczyn takiego stanu rzeczy szukać należy w specyfice zaburzeń psychicznych, ich etiopatogenezy, obszaru klinicznego, przebiegu oraz następstw społecznych [31]. Z uwagi na to, że muzykoterapia wyrosła w zasadzie na gruncie leczenia psychiatrycznego, to właśnie w tej dziedzinie jej metodyka, mając najdłuższą tradycję jest najbardziej różnorodna, rozwinięta i dopracowana [32].

Właśnie z uwagi na trudności posługiwania się językiem werbalnym w przypadku wielu zaburzeń psychicznych, to właśnie w psychiatrii muzykoterapia, niosąc ze sobą bezpieczne postaci komunikacji zyskała największą popularność. Np. możliwość komunikowania się za pośrednictwem dźwięku jest niezwykle istotnym elementem muzykoterapii w schizofrenii. Na szczególną uwagę zasługuje tu technika dialogu instrumentalnego, w której stosuje się dźwięk instrumentów perkusyjnych w miejsce słów, których wypowiedzianie może stanowić dla chorego trudność, jako że nierzadko jego język werbalny jest bardzo osobisty, a poczucie niezrozumienia zniechęca do otwartego wypowiedziania się za pomocą słów. Technika ta nawiązuje do wspomnianego już nurtu komunikacyjnego w muzykoterapii. Dźwięk instrumentu jest abstrakcyjny, zatem nie niesie ze sobą znaczeń jakie niosą słowa. Zwiększa to poczucie bezpieczeństwa pacjenta. Za pomocą dźwięku instrumentu w bezpieczny

i niezagrożący dla klienta sposób można swobodnie wyrazić emocje. Można zatem posłużyć się dźwiękiem w budowaniu dialogów z osobą, z którą kontakt werbalny jest z różnych powodów utrudniony [32, 33, 34].

To samo dotyczy funkcjonowania grup rodzinnych, w których relacje są zaburzone, a zatem kontakt werbalny obłożony jest ryzykiem braku szczerości i wzajemnego niezrozumienia. W grupie rodzinnej, poddanej terapii muzycznej w ujęciu systemowym dialog instrumentalny ma najczęściej charakter kierowany. Następuje przenoszenie zachowań z życia codziennego na płaszczyznę zachowań muzycznych. Odbywa się to poprzez odgrywanie ról oraz wyrażanie uczuć poprzez grę na instrumentach. W grupie każdy klient ma okazję zobaczyć siebie w relacji z pozostałymi członkami rodziny [34]. Mogą też „powiedzieć” sobie rzeczy, których przy zastosowaniu komunikatu werbalnego być może nie powiedzieliby nigdy.

W kontekście muzykoterapii systemowej na uwagę zasługuje również nurt analityczny. Opiera się on głównie na założeniach psychoanalitycznych, mimo że początki współpracy pomiędzy psychoanalizą a muzykoterapią nie były najlepsze, co wynikało głównie z postawy Freuda wobec muzyki, którą on sam określał jako obojętną, a siebie samego jako całkowicie niemuzycznego [35]. Podobno twórca psychoanalizy nigdy nie słuchał muzyki dobrowolnie i nic o niej nie pisał, pomimo że mieszkał w Wiedniu – ówczesnej stolicy świata muzycznego [36]. Sam Freud pisał, że przy muzyce rzadko odczuwał jakąkolwiek przyjemność. Twierdził, że jakaś racjonalna część jego osoby wzdryga się przed wzruszaniem się z powodu czegoś czego nie rozumie i nie zna znaczenia tego czegoś [37]. Jednak pomimo trudnych początków, to właśnie opierając się na założeniach psychoanalitycznych stworzony został jeden z najistotniejszych nurtów w światowej muzykoterapii. Według jego założeń istnieje podobieństwo między popędowo-dynamiczną strukturą życia uczuciowego człowieka i muzyki. Stąd wysunięto przypuszczenie, że poprzez muzykę można oddziaływać na emocje i docierać do nieświadomej warstwy psychiki [23, 24, 25].

Słuchanie muzyki to również słuchanie komunikatu – niejednoznacznego komunikatu. Muzyka to niemal jedyny środek niewerbalnej komunikacji międzyludzkiej, a jej specyficzny język uruchamia wrażliwość na sygnały symboliczne i pobudza do czynności wyobraźniowych i ekspresyjnych. Dzięki temu możliwy dla członków zaburzonego systemu rodzinnego staje się wgląd w ich wzajemny wewnętrzny stan. Tak więc bezpośrednio oddziaływanie muzyki jest istotnym warunkiem dla procesów rozumienia, albowiem pozwala na wyobraźniowe przejmowanie różnych ról, co również ułatwia ich rozumienie [27]. Muzyka przez brak znaczenia redukuje istotnie udział czynnika racjonalnego. Według Taylora i Papertsa: „Muzyka z powodu swej abstrakcyjnej natury omija *ego*, unika kontroli intelektualnej, dociera

w głąb do ukrytych konfliktów oraz wydobywa i aktywizuje emocje (...). Muzyka przenika jakoś przez samokontrolę człowieka i przyspiesza proces wyobrażenia, pobudza łatwo fantazjowanie” [38]. Te niewerbalne elementy komunikatu, a przecież i muzyka jest taką właśnie formą, przybierają postać komunikatywną bardzo wcześnie. Krzyk dziecka przykładowo wzywa do uwagi i kontaktu. Stąd też kołysanki z ich powolnym rytmem, mogą przyczyniać się do poczucia jedności z matką i służyć tworzeniu trwałego poczucia bezpieczeństwa. Oznacza to, że zdolność odczytywania sygnałów opierających się na wieloznaczeniowym kodzie muzycznym uzyskujemy bardzo wcześnie na drodze rozwoju. Według Steina muzyka nie jest jedynie dźwiękiem, ale *staje się* czymś więcej. Zadaniem terapeuty jest usłyszenie nie tego co jest dane, ale właśnie tego, co jest ukryte. Istotą jest więc dekodowanie prezentacji dźwiękowej, mogącej opowiadać archaiczne doświadczenia, a co za tym idzie usłyszenie uczuć a nie dźwięków [39].

Podsumowanie

Przyjmując więc założenie, że rodzina jest najistotniejszą z punktu widzenia rozwoju jednostki grupą społeczną, a ewentualne trudności w funkcjonowaniu rodziny jako systemu mogą znacząco zaburzać funkcjonowanie jednostki, będącej tego systemu częścią należy przyjąć, że oddziaływanie o charakterze systemowym jest jak najbardziej uzasadnione. Rodzina dysfunkcyjna zaburza bowiem rozwój emocjonalny i społeczny osoby, będącej jej częścią, a skutki owego zaburzenia mogą mieć charakter długotrwały bądź trwały. Oznacza to, że dla ochrony systemu zdrowia rodziny, we wszystkich tego zdrowia wymiarach należy poświęcić jak najwięcej uwagi, choćby z racji roli jaką pełni ona dla socjalizacji jednostki.

Rodziny dysfunkcyjne, gdzie z różnych powodów zaburzony zostaje kontakt pomiędzy członkami niejednokrotnie mają duże trudności z wyrażaniem emocji w sposób werbalny. To właśnie werbalny sposób komunikowania jest obłożony największymi blokadami w zaburzonym systemie. Dla poprawy funkcjonowania jednostki w rodzinie, jak również i rodziny jako całości konieczne jest niekiedy wprowadzenie pracy o charakterze systemowym.

Zastosowanie muzykoterapii systemowej, w której to formie terapeutycznej posługujemy się głównie metodami niewerbalnymi, omija się wadliwy system zaburzonej komunikacji i doprowadza się do wzrostu szczerości pomiędzy członkami rodziny, będącymi elementami systemu.

Stosuje się tu formę muzykoterapii grupowej, najczęściej opierającej się na technikach aktywnych, w których przy pomocy prostych środków, takich jak instrumentarium Orffa możliwe jest uzyskanie wzajemnego porozumienia oraz wyrażenie nierzadko zablokowanych

emocji. Działania te koncentrują się wokół muzykoterapeutycznego nurtu komunikacyjnego, którego głównym celem jest w tym przypadku poprawienie relacji komunikacyjnej i nawiązanie on do komunikacyjnej szkoły psychoterapii systemowej, opierając się na tych samych zasadach. Drugi istotny nurt muzykoterapeutyczny – nurt analityczny, opierający się na założeniach psychoanalitycznych koncentruje się na aspektach emocjonalnych, co w odniesieniu do rodziny dysfunkcyjnej, w której zazwyczaj zaburzone są relacje emocjonalne – choćby w myśl wspomnianej zasady „nie czuj” – może mieć kluczowe znaczenie dla poprawy funkcjonowania całego systemu rodzinnego oraz poszczególnych jej członków.

Innymi słowy muzykoterapia systemowa pozwala na wyrażenie emocji oraz wypowiedzenie treści, które przy pomocy środków werbalnych niezwykle trudno jest wypowiedzieć zwłaszcza w ramach systemu, który właśnie tę komunikację werbalną zaburzył.

Forma muzykoterapii systemowej jest póki co formą mało rozpowszechnioną, i odbywa się raczej na zasadzie warsztatów dla par lub rodzin, których celem jest poprawa wzajemnych relacji. Jednak wzrost popularności muzykoterapii jako dziedziny terapeutycznej pozwala mieć nadzieję, że również i w odniesieniu do pracy nad systemami stanie się ona metodą bardziej docenianą, i częściej stosowaną.

PIŚMIENNICTWO

1. Świtacz V., Niektóre współczesne zagrożenia dla rozwoju życia rodzinnego, Biblioteka Zespołu Szkół Medycznych, Grudziądz 2001.
2. Cekiera C., Człowiek wobec biologicznych i psychologicznych zagrożeń końca XX wieku, [w:] Dzieci i młodzież wobec zagrożeń dzisiejszego świata, M. Dudzikowa, T. Borowska (red.), Eruditus, Poznań 1999.
3. Schier K., Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową, GWP, Gdańsk 2005, 9-17.
4. Strzelecka M., Strzelecki W., Zaburzenia regulacji emocjonalnej u osób pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych, [w:] Psychologia w naukach medycznych. Część II, Strzelecki W., Czarnecka-Iwańczuk M., Cybulski M. (red.), Wydaw. Nauk. Uniw. Med. im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2012, 21-33.
5. Schier K., Zalewska, M. Krewni i znajomi Edypa. Kliniczne studia dzieci i ich rodziców, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2002, 24.
6. Namysłowska I., System rodzinny a zaburzenia psychosomatyczne, [w:] Zaburzenia psychosomatyczne i dzieci i młodzieży, Szewczyk L., Skowrońska M. (red.), EMU, Warszawa 2003, 35-49.
7. Sokołowska M., Granice Medycyny, Wydawnictwo Wiedza Powszechna, Warszawa 1980.
8. Czabała Cz. J., Sęk H., Pomoc psychologiczna, [w:] Psychologia-podręcznik akademicki t. III, J. Strelau (red.), GWP, Gdańsk 2000, 605-621.

9. Kasperek E., Zachowania prozdrowotne nauczycieli, Oficyna Wydawnicza G&P, Poznań 1999, 13-49,
10. Filipiak M., Waszyńska K., Aktywność seksualna osób z rodzin alkoholowych www.seksuologia.med.pl 10.09.2012r.
11. McDougall J., Theatres of the body, Free Association Books, Londyn 1989.
12. Kmiecik-Baran K., Młódzież i przemoc, Mechanizmy socjologiczno-psychologiczne, PWN, Warszawa 1999.
13. Papież J., Plukis A., Przemoc dzieci i młodzieży, Adam Marszałek, Gdańsk 2007.
14. Gierowski J.K., Lew-Starowicz Z., Melibruda J., Psychopatologia zjawisk społecznych, [w:] Psychologia-podręcznik akademicki t. III, Strelau J. (red.), GWP, Gdańsk 2000.
15. Mojs E., Przemoc wobec dzieci i jej konsekwencje dla zdrowia, [w:] Zagrożenia zdrowotne dzieci i młodzieży, Głowacka M.D., Mojs E. (red.), Urząd Miasta Poznań, Poznań 2008.
16. Beisert M., Kaziroduktwo. Rodzice w roli sprawców, SCHOLAR, Warszawa 2009.
17. Russel D.E.H., Sexual exploitation: rape, child sexual abuse, and sexual harassment, Sage, Beverly Hills, Ca 1984.
18. Dąbkowska M., Psychiatryczne następstwa przemocy domowej, Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej 2005; 3 (5), 103-108.
19. Polanowski J., Przemoc seksualna, Niebieska Linia, nr 1 / 2002.
20. Grzesiuk L., Psychoterapia, PWN, Warszawa 2002, 41-47.
21. Szulc W., Muzykoterapia jako przedmiot badań i edukacji, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2005.
22. Galińska E., Z zagadnień muzykoterapii, [w:] Wybrane zagadnienia z psychologii muzyki, Manturzevska M. (red.), WSiP, Warszawa 1991, 215-237.
23. Galińska E., Podstawowe kierunki teoretyczne muzykoterapii, Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu, 1990, (52), 32-44.
24. Stachyra K., Muzykoterapia i wizualizacja w rozwijaniu kompetencji emocjonalnych studentów pedagogiki, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2009.
25. Strzelecki W., Cybulski M., Opieka muzykoterapeutyczna, [w:] Wybrane obszary opieki. Konteksty historyczne i współczesne, Skrzypczak J., Żołędz-Strzelczyk D., Cylikowska-Nowak M. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2009, s. 199-210.
26. Strzelecki W.: Terapeutyczne zastosowanie muzyki, [w:] Psychologia w naukach medycznych, Cybulski M., Strzelecki W., (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2010, 105-124.
27. Natanson T., Wstęp do nauki o muzykoterapii, Ossolineum, Wrocław 1979.
28. Lewandowska K., Muzykoterapia dziecięca, OPTIMA, Gdańsk 2001.
29. Olszewska I., Ewolucja w muzykoterapii ze szczególnym uwzględnieniem metody Karla Orffa, Post. Rehab., 1992, (3), 61-68.
30. Galińska E., Poglądy na lecznicze działanie muzyki, Albo, Albo – Inspiracje jungowskie, 1992, (1), 41-57.
31. Janicki A., Muzykoterapia w leczeniu psychiatrycznym, Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu, 1983, (34), 7-27.
32. Strzelecki W., Zastosowanie muzykoterapii w psychiatrii [w:] Psychologia w naukach medycznych Część 2, Strzelecki W., Czamecka-Iwańczuk M., Cybulski M. (red.), Wydaw. Nauk. Uniw. Med. im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2012, 140-155.
33. Cesarz H., Dialog w muzykoterapii chorych psychicznie, Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu, 1998, Moc muzyki – pro memoria Tadeusz Natanson (73), 39-49.
34. Cesarz H., Muzykoterapeuta dźwiękiem mówiący, czyli kilka refleksji na temat komunikacji za pomocą instrumentu, Muzykoterapia Polska, 2003, 2 (6), 7-12.
35. Freud S., Letter to M. Bonaparte, 06.12.1936, [w:] Letters of Sigmund Freud, 1873-1939.
36. Sacks O., Muzykofilia. Opowieści o muzyce i mózgu, Zysk i S-ka, Poznań 2008.
37. Strzelecki W., Muzykoterapia a psychoanaliza, [w:] Podmiot. Sztuka - terapia - edukacja. Rozwijanie potencjału twórczego, Cylikowska-Nowak M., Imielskiej J., Kasperek-Golimowskiej E. (red.), Wydaw. Nauk. Uniw. Med. im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2012, 11-31.
38. Galińska E., Podstawy teoretyczne muzykoterapii, Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu, 1978, (17), 81-98.
39. Stein A., Well-Tempered bagatelles – a meditation on listening in psychoanalysis and music."Amer.Imago", 1999, nr 56 (4), 389-416.

Adres do korespondencji:

dr Wojciech Strzelecki
Zakład Psychologii Klinicznej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

KRYTERIA KLINICZNE A STAWIANIE DIAGNOZY. PROBLEMY NADMIERNIE CZĘSTEGO ROZPOZNAWANIA ADHD U DZIECI

CLINICAL CRITERIA AND DIAGNOSIS. THE PROBLEM OF OVER-FREQUENT RECOGNITION OF ADHD IN CHILDREN

AGNIESZKA NOWOGRODZKA

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Instytut Psychologii
Dyrektor: prof. dr hab. Jerzy Brzeziński

Streszczenie

ADHD uważane jest za poważny problem społeczny. Dane liczbowe uzyskane z przeprowadzonych badań wskazują, że zaburzenie to pojawia się aż u 2 do 7% populacji, w części badań szacunki wskazują nawet na występowanie objawów u 9% dzieci w wieku szkolnym. Do tej pory nie udało się stworzyć jednolitych, specyficznych czynników neurologicznych, metabolicznych, czy też medycznych testów pozwalających na jednoznaczne rozpoznanie objawów zespołu ADHD. Z tego względu cały czas pojawiają się wątpliwości odnoszące się do sposobu stawiania rozpoznań. Artykuł jest próbą zastanowienia się nad problematyką rozpoznawania nadpobudliwości psychoruchowej i ryzykiem przeszacowania poziomu występowania tego zaburzenia.

Słowa kluczowe: ADHD, diagnoza, systemy klasyfikacji.

Abstract

ADHD is considered as important social problem. Epidemiological data shows that it affects about 2 to 7% of population and even 9% of school-aged children. There still aren't any consistent, specific neurological and metabolic factors, nor medical tests that would allow unambiguous diagnosis of ADHD, therefore one encounters many doubts surrounding recognition and treatment of this disorder. The article contemplates on the issue of over-frequent diagnosis of ADHD in children and its probable negative consequences.

Key words: ADHD, diagnosis, diagnostic classifications.

Choroby wieku dziecięcego skupiają uwagę zarówno naukowców, jak i praktyków. Dzieje się tak, ponieważ ten okres życia jest kluczowy dla naszego rozwoju, a pojawienie się w czasie jego trwania zaburzeń może powodować poważne konsekwencje w dalszym rozwoju jednostki ich doświadczającej. Jednym z najlepiej poznanych i zbadanych trudności, które pojawiają się w okresie wieku dziecięcego jest nadpobudliwość psychoruchowa z deficytami uwagi, zaburzenie częściej znane jako ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*). Jest to zaburzenie o wczesnym początku, bowiem jego objawy, takie jak: nadpobudliwość, impulsywność i deficyty w zakresie uwagi pojawiają się już przed 7. rokiem życia. Natężenie prezentowanych symptomów nie jest typowe dla wieku, w którym znajduje się dziecko, a także dla jego ogólnego poziomu rozwoju. Skutki zespołu powodują pogorszenie jakości relacji interpersonalnych nawiązywanych przez dzieci. Ze względu na swoją impulsywność, nie potrafią one czekać na zachowania otoczenia, czym często powodują jego zniechęcenie. Trudności doświadczają również pozostali członkowie rodziny. Zaburzenia prezentowane przez dziecko są często podstawą częstych kłótni, stosowane leczenie obni-

ża status materialny rodziny. Wreszcie długoterminowe konsekwencje powodują nieadekwatne funkcjonowanie w społeczeństwie dzieci prezentujących symptomy. Ze względu na konsekwencje trwają wytężone wysiłki badaczy i praktyków mające wpłynąć na ulepszenie technik diagnostycznych pozwalających na szybkie wykrycie zespołu. Artykuł jest próbą zastanowienia się nad częstotliwością rozpoznawania nadpobudliwości psychoruchowej i wskazania czy nie mamy obecnie do czynienia z przeszacowaniem zjawiska. Chciałabym się zastanowić czy nieprawidłowo rozpoznane zaburzenie i zastosowane względem zdrowego dziecka oddziaływanie mogą przynosić negatywne skutki.

ADHD uważane jest za poważny problem społeczny. Dane liczbowe uzyskane z przeprowadzonych badań wskazują, że zaburzenie to pojawia się aż u 2 do 7% populacji, w części badań szacunki wskazują nawet na występowanie objawów u 9% dzieci w wieku szkolnym [1, 2, 3, 4]. Z tego też powodu szuka się odpowiednich sposobów oddziaływania na prezentowane przez dzieci deficyty, tak by ich skutki nie utrzymywały się długoterminowo i żeby dzięki nim nie pojawiały się negatywne społeczne konsekwencje zaburzenia. Dostępne obecnie

oddziaływania mają zarówno charakter terapii psychologicznych opartych głównie na technikach behawioralnych. Na objawy oddziałuje się również poprzez stosowanie farmakoterapii opartej przede wszystkim na podawaniu leków zawierających metylofenidat [5]. Dostępne metody mają być bezpieczne dla zdrowia dziecka, jedynie w pozytywny sposób modyfikując jego zachowania i zdolności poznawcze. Czy jednak stosowane oddziaływania ukierunkowane na zmianę wrodzonych postaw i dążeń faktycznie może nie mieć znaczenia dla funkcjonowania jednostki? Jeżeli istnieje jakiekolwiek zagrożenie w związku ze stosowanymi oddziaływaniami bardzo istotne wydaje się skupienie na prawidłowej diagnostyce, która wyeliminuje przypadki bezzasadnego stosowania metod leczniczych niedopasowanych do potrzeb dziecka.

Początków badań nad zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytami uwagi upatruje się w doniesieniach Stilla z 1902 r. Autor ten pisał o specyficznych zachowaniach dzieci, które według niego przejawiały deficyty w zakresie moralności [6]. W późniejszym okresie pojawiały się różne doniesienia, nazewnictwo i odkrycia na temat zespołu. Jednak pierwszy oficjalny, oparty na empirycznych podstawach opis zaburzenia została stworzona przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w 1980 r. i umieszczony w klasyfikacji DSM-III [7]. Opisywane objawy skupiały się przede wszystkim wokół nadpobudliwości pomijając istotność deficytów uwagowych i impulsywności [8]. Z czasem opisy podstawowych objawów rozwijały się, stanowiąc coraz dokładniejszą analizę prezentowanych symptomów. Jednak od razu należy wyjaśnić, że mimo rozszerzenia opisów zaburzeń, nie udało się do tej pory stworzyć jednolitych, specyficznych w zakresie badania funkcji poznawczych, czynników neurologicznych, metabolicznych, czy też medycznych testów pozwalających na jednoznaczne rozpoznanie objawów zespołu [5]. Obecnie dostępna wersja amerykańskiej klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych (DSM-IV) również wprowadza subtelne wątpliwości, które powinny być rozważane przy prowadzeniu badań przez epidemiologów [9]. I tak klasyfikacja ta nie określa w jaki sposób używane zwykle do diagnozy wywiady od rodziców lub nauczycieli powinny być łączone. Ponadto znaczne rozbieżności pojawiają się w związku z rozpoznawaniem poszczególnych podtypów zespołu. Z tego względu cały czas pojawiają się wątpliwości odnoszące się do sposobu stawiania rozpoznań.

Jednym z pierwszych badaczy, który zajął się poruszonym problemem był Wolraich wraz ze współpracownikami [10]. Zgodnie z uzyskanymi przez niego wynikami badań, nawet ponad połowa dzieci ze zdiagnozowanym ADHD nie spełnia w wystarczającym stopniu kryteriów pozwalających na rozpoznanie zaburzenia. Następnie Cotuono, który do swoich analiz dobrał grupę 92 dzieci z postawionym wcześniej w specjalistycznej klinice rozpoznaniem ADHD, na podstawie przeprowa-

dzonych przez siebie analiz wykazał, że jedynie 22–37% spośród grupy badawczej wykazuje wystarczające nasycenie objawów, aby rozpoznać zespół [11]. Kolejne badania przeprowadzone przez Desgranges i wsp. wykazały, że nawet u 62% dzieci, których zachowanie miało wskazywać na objawy ADHD, po dokładniejszych klinicznych analizach nie potwierdzono istnienia zespołu [12]. Wyniki tych badań sugerują, że być może diagnoza opisywanego zespołu jest stawiana u dzieci zbyt często, a w związku z tym możemy mieć do czynienia ze zjawiskiem nadmiernego diagnozowania zaburzeń. Wnioski takie jest jednak trudno jednoznacznie potwierdzić, gdyż brak jest wystarczających danych na temat warunków przeprowadzanych badań, w tym wyraźnego wskazania, czy grupa badawcza przed przystąpieniem do procedur miała wcześniej postawioną jednoznacznie diagnozę ADHD [13].

Drugim ważnym kontekstem wiążącym się z diagnozowaniem ADHD u dzieci jest zależność ilości stawianych diagnoz z ich odniesieniem do płci. Zgodnie z obecnie przedstawianymi szacunkami objawy ADHD rozpoznaje się trzy razy częściej u chłopców niż u dziewczynek [14]. Te dane zmieniają się w zależności od badanych grup i według niektórych wskaźnik ten zwiększa się nawet do pięciokrotnie częstszego występowania zaburzenia u chłopców [15, 16]. Czym może być spowodowana tak duża rozbieżność pomiędzy częstotliwością występowania zaburzenia? Przyczyn tych różnic poszukuje się przede wszystkim w charakterze zewnętrznej ekspresji symptomów zespołu u chłopców niż u dziewczynek [13]. Przeprowadzone analizy sugerują, że dziewczynki ujawniają mniej objawów związanych ze sferą behawioralną, a także rzadziej obserwuje się u nich zaburzenia zachowania [17]. Ponadto przeprowadzone badania wskazują na mniej impulsywne i o mniejszym nasileniu agresji zachowania dziewcząt [14]. Takie rezultaty nie zostały potwierdzone w późniejszych badaniach. Jeśli dzieci do grupy badawczej były dobierane z ogólnej populacji, a nie z ośrodków skierowanych na poprawę ich funkcjonowania, grupa dziewcząt z rozpoznaniem ADHD nie różniła się istotnie od grupy chłopców [18, 19]. Z analiz tych wynika, że różnice w poziomie i częstotliwości rozpoznawania zaburzenia wynikają również najczęściej z nieprawidłowo postawionej diagnozy. Dziewczynki bowiem przejawiają mniej nasilone objawy, a w związku z tym są zdecydowanie mniej inwazyjne i zakłócające tok prowadzonych zajęć podczas pobytu w środowisku szkolnym [13]. W związku z tym, że ich zachowania są mniej uciążliwe są rzadziej kierowane do diagnostyki. Ponadto poszukując innego wyjaśnienia opisywanej dysproporcji badacze wskazują, że również sami terapeuci dziecięcy są mniej skłonni do rozpoznawania nadpobudliwości psychoruchowej u dziewczynek. Według części badań praktycy dość rzadko przy stawianiu rozpoznania wspomagają się wypisanymi, obiektywnie opisanymi kryteriami diagnostycznymi wyróżnionymi

w systemach klasyfikacyjnych [20]. Według autorów często dochodzi do sytuacji, kiedy osoba diagnozująca stawiając rozpoznanie odwołuje się do swojego przeżycia i doświadczenia. Jak wiadomo z innych prac i badań w zakresie psychologii, człowiek ma skłonność do realizowania pewnych zadań, w sposób przynoszący mu możliwie najmniejsze obciążenie. Z tego względu przy dokonywaniu codziennych ocen stosujemy często skrócone sposoby osiągnięcia celu. Z takiego sposobu działania nie są również zwolnieni profesjonaliści. Istnieje możliwość, że diagności, korzystając z utartych, dobrze poznanych sposobów funkcjonowania dzieci, przy diagnozie kolejnego przypadku korzystają z heurystyk, czyli najbardziej typowego, dostępnego opisu przypadku, a tym samym powielają podobne diagnozy do przypadków różniących się między sobą [21].

Ciekawe wyjaśnienie nadmiernie częstego stawiania rozpoznania ADHD sformułował Dave wraz ze współpracownikami [22]. Według nich nasilenie objawów i percepcja zaburzeń prezentowanych przez dziecko jest ściśle związana z charakterem systemu poznawczego rodziców, a przede wszystkim z tym czy matka przejawia jakieś zaburzenia psychiczne i jakie one mają charakter. I tak wykazano, że matki depresyjne mają skłonność do nadmiernie negatywnego spostrzegania swoich dzieci z objawami nadpobudliwości i wyolbrzymiania przejawianych przez nie problemów [23]. Być może również dziecko niedopasowane pod względem temperamentu i w zakresie codziennego funkcjonowania do rodziców też może być źle diagnostycznie rozpoznawane.

Ze względu na częstotliwość występowania ADHD w populacji ogólnej, a także bogactwo doświadczanych przez dzieci objawów omawianym zaburzeniem naukowcy zajmują się na różnych poziomach. Badania prowadzone nad zespołem wykazują, że nadpobudliwość często wiąże się z doświadczaniem przez dzieci innych zaburzeń. Biederman i Faraone stwierdzili, że nawet ponad 50% omawianej grupy może doświadczać objawów innych chorób [24]. Wśród najczęściej stawianych współistniejących zaburzeń wymienia się zaburzenia lękowe, depresyjne a także zaburzenia zachowania. Prowadzone w późniejszym okresie badania na grupie niemieckich dzieci wskazały, że u 40–60% osób z ADHD można zdiagnozować również zaburzenia opozycyjno-buntownicze, około 25% tych dzieci ma również objawy zaburzeń lękowych, 10–40% ma zaburzenia opozycyjno-buntownicze i wreszcie 30% dzieci doświadcza również objawów w postaci tików [25]. Tak niejednoznaczny obraz choroby wymaga dodatkowo diagnozy różnicowej w zakresie dopasowania objawów do jednego lub drugiego zaburzenia i wreszcie postawienia rozpoznania w oderwaniu od ogólnego sposobu funkcjonowania dziecka.

Stawianie rozpoznania zaburzeń o podłożu psychicznym jest trudne. Zaburzenia psychiczne stanowią dziedzinę, która powoduje, że w stosunku do osób ujawniających problemy stosuje się odpowiednie działania

zarówno terapeutyczne, jak i farmakologiczne mające za zadanie wyregulować stan osoby wykazującej problemy. W podobny sposób podchodzi się do ADHD – jego rozpoznanie stanowi podstawę do zastosowania właściwych działań. Biorąc pod uwagę wyżej postawione kwestie należy się teraz zastanowić co można by było zrobić, aby dane diagnostyczne jak najlepiej oddawały faktyczny rozkład populacji przejawiającej trudności. Wydaje się, że podstawową kwestią umożliwiającą ograniczenia stawiania nieprawdziwych diagnoz w tej dziedzinie jest kształcenie praktyków, diagnostów w zakresie zasadności stosowania wypisanych w obu systemach klasyfikacji objawów. Stworzenie metod kwestionariuszowych wymuszających rozpoznawanie poszczególnych objawów pozwoliłoby na bezpośrednie odnoszenie się do obiektywnie wyznaczonych objawów. Być może zasadne byłoby również mniejsze angażowanie w diagnostykę osób bezpośrednio zaangażowanych w wychowanie dziecka. Nauczyciele bowiem przy wskazywaniu na objawy mają tendencję do skupiania się na formach zachowania, które są dla nich niekorzystne z punktu widzenia prowadzonego procesu lekcyjnego. Tym sposobem dziecko ujawniające problemy wychowawcze może być postrzegane jako zaburzone. Również rodzice nie są obiektywni w stawianych przez siebie ocenach. Jeśli dziecko wykazuje bowiem różne zainteresowania, czy sposoby funkcjonowania – może być spostrzegane jako niedostosowane z przyczyn chorobowych. Tym samym wydaje się, że szczególnie ważne dla ulepszenia sposobów rozpoznawania zaburzeń nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami uwagi jest zwiększenie roli obiektywnego diagnosty wyposażonego w narzędzia zmniejszające znacząco wpływ jego osobistych doświadczeń i wykorzystywanych schematów.

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association.: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
2. August, G. J., Realmuto, G. M., MacDonald, A. W., Nugent, S. M., Crosby, R.: Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior. *J. Abnormal Child Psychology*, 1996, 24, 571-595.
3. Biederman J.: Advancing the neuroscience of ADHD. *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Selective Overview. Biol. Psychiatry* 2005; 57, 1215-1220.
4. Rybakowski F., Rajewski A.: Farmakologiczne leczenie zespołu deficytu uwagi z nadpobudliwością. *Terapia* 2004; 12: 49-53.
5. Timimi S, Taylor E.: ADHD is best understood as a cultural construct. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184, 8-9.
6. Barkley RA.: Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. Second Edition. New York: Guilford, 1998.

7. American Psychiatric Association.: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). American Psychiatric Association, Washington DC, 1980.
8. Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanets PJ. Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *JAMA*, 1998, 14, 1100-1108.
9. Rowland AS, Lesesne CA, Abramowitz AJ: The epidemiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Public Health View. *Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev.*, 2002, 8, 162-170.
10. Wolraich ML, Lindgren S, Stromquist A, Milich R, Davis C, Watson, D.: Stimulant medication use by primary care physicians in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 1990, 86, 95-101.
11. Coutuono, A. J.: The diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in community mental health centers: Where and when. *Psychology in the Schools*, 1993, 30, 338-344.
12. Desgranges K, Desgranges L, Karsky K. Attention deficit disorder: Problems with preconceived diagnosis. *Child Adolesc. Social Work J.*, 1995, 12, 3-17.
13. Bruchmüller K, Margraf JM, Schneider S.: Is ADHD Diagnosed in Accord With Diagnostic Criteria? Overdiagnosis and Influence of Client Gender on Diagnosis. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 2012, 80, 128-138.
14. Gaub, M, Carlson, CL. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1997, 36, 1036-1045.
15. Orwid, M., Pietruszewski, K.: *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo Collegium Medicum, 1993.
16. Sandberg, S.: *Hyperactivity and attention disorders of childhood* (2nd ed.). Cambridge, England: Cambridge University Press, 2002.
17. Hartung, CM., Milich, R, Lynam, DR., Martin, CA.: Understanding the relations among gender, disinhibition, and disruptive behavior in adolescents. *J. Abnorm. Psychol.*, 2002, 111, 659-664.
18. Biederman J, Kwon A, Aleardi M, Chouinard, VA, Marino T, Cole H.: Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: Findings in nonreferred subjects. *Am. J. Psychiatry*, 2005, 162, 1083-1089.
19. Graetz BW, Sawyer MG, Baghurst, P.: Gender differences among children with DSM-IV ADHD in Australia. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2005, 44, 159-168.
20. Morey LC, Ochoa ES.: An investigation of adherence to diagnostic criteria: Clinical diagnosis of the DSM-III personality disorders. *J. Pers. Disord.*, 1989, 3, 180-192.
21. Tversky A, Kahneman D.: Judgement under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 1974, 185, 1124-1131.
22. Dave S, Nazareth I, Sherr L, Senior R.: The association of paternal mood and infant temperament: A pilot study. *Br. J. Dev. Psychol.*, 2005, 23, 609- 621.
23. Najman JM, Williams GM, Nikles J, Spence S, Bor W, O'Callaghan M, LeBroekue R, Andersen MJ.: Mothers' mental illness and child behavior problems: Cause-effect association or observation bias? *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2000, 39, 592-602.
24. Biederman J., Faraone S.: Harvard Mahoney Neuroscience Institute Letter, Winter 1996.
25. Herpertz-Dahlmann B.: *Komorbide Störungen der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Kindes- und Jugendalter*. *Kinder-und Jugendmedizin*, 2003, 3, 148.

Adres do korespondencji:

Wydział Nauk Społecznych UAM
ul. Szamarzewskiego 89
60-568 Poznań
anowogrodzka@tlen.pl

WYPRYSK, CZYLI EGZEMA JAKO JEDNA Z NAJCZĘSTSZYCH CHOROÓB ALERGICZNYCH SKÓRY

THE PIMPLE, THAT IS ECZEMA AS ONE OF THE MOST FREQUENT ALLERGOSES OF THE SKIN

IZABELA LEWANDOWSKA

Lic. kosmetologii

studentka II roku SUM Zdrowie Publiczne kierunek: Promocja Zdrowia
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

W społeczeństwie wielu ludzi boryka się z alergią lub nadwrażliwością na różnego rodzaju przedmioty i substancje, znajdujące się w otaczającym nas świecie. Pojęcie alergii zostało wprowadzone w 1906 roku przez Clemensa Petera von Pierqueta. Oznacza ono powtarzające się objawy ze strony narządów organizmu, powstające na skutek kontaktu z alergenem w takiej dawce, która jest tolerowana przez osoby zdrowe. Wyróżniamy różne drogi przedostania się alergenu do organizmu: kontaktowa, wziewna i pokarmowa.

Celem pracy jest przybliżenie pojęcia wyprysku, jego objawów, przebiegu oraz leczenia.

Słowa kluczowe: wyprysk, egzema, uczulenie, wysypka, alergja.

Abstract

In the society many people are contending with allergy or oversensitivity to objects of different kind and substances, being in world surrounding us. Comprehending allergy was implemented in 1906 by Clemens of Peter von Pierquet. It is indicating manifestations repeating itself on the part of organs of the organism, coming into existence as a result of the contact with allergen in such a dose which is being tolerated by healthy persons. We distinguish different means of getting of allergen to the organism: contact and nutritional. Moving closer comprehending pimple, his manifestations, course and curing is a purpose of the work.

Key words: pimple, eczema, allergy, rash, allergy.

Wyprysk, czyli egzema

Wyprysk, inaczej egzema (z łac. *eczema*) jest powierzchownym stanem zapalnym skóry wywołanym różnymi czynnikami zewnątrz- i wewnątrzpochodnymi. Główną przyczyną powstania egzemy jest alergja, lecz istnieją także przypadki, w których sprawcami wystąpienia omawianej choroby skórnej są grzyby, mikroby lub łojotok. Zazwyczaj przebiega w czterech etapach: rumień, pęcherzyki, wysięk, strupy. Objawom towarzyszy świąd o różnym nasileniu [1,4].

Wyróżnia się 3 fazy wyprysku, które zależą od nasilenia zmian chorobowych:

- Faza ostra – charakteryzuje się silnym rumieniem pojawiającym się już po kilku godzinach od momentu kontaktu z alergenem. Pojawiają się drobne, ropiejące pęcherzyki, a zatem dochodzi do powstania wysiękowego ogniska, niewyraźnie odgraniczonego od otoczenia.
- Faza podostra – jest to faza pośrednia, charakteryzująca się lekkim złuszczeniem oraz pojawieniem się strupków na rumieniu.
- Faza przewlekła – do tej fazy wyprysku dochodzi po dłuższej utrzymującym się stanie zapalnym,

który doprowadza do przerostu naskórka oraz bardzo silnego złuszczenia. Tej fazie towarzyszy także nadmierny świąd, który doprowadza do drapania ogniska zapalnego i powstawania wykwitów wtórnych [6].

Istnieją różne odmiany wyprysku różniące się obrazem klinicznym. Do najczęstszych należą: wyprysk kontaktowy alergiczny, wyprysk kontaktowy niealergiczny, wyprysk zawodowy, wyprysk łojotokowy, wyprysk podudzi, wyprysk pieniążkowy oraz wyprysk potnicowy. Oprócz wymienionych wyróżnia się także: wyprysk rogowiejący, wyprysk dziecięcy, wyprysk modzelowaty, wyprysk fotoalergiczny i fototoksyczny.

Wyprysk kontaktowy (z łac. *contact eczema*)

Wyprysk kontaktowy jest najczęściej spotykaną odmianą wyprysku. Powstaje na skutek działania na skórę substancji drażniących lub uczulających. Z tego względu został on podzielony na dwa rodzaje: alergiczny lub niealergiczny (z podrażnienia).

Wyprysk alergiczny powstaje na skutek zetknięcia się skóry z alergenem, znajdującym się w kosmetykach,

odzieży, lekach, biżuterii, roślinach. Po kilku godzinach pojawia się stan zapalny.

Stan chorobowy pojawia się przeważnie w miejscu kontaktu skóry z alergenem, ale może także obejmować większe obszary skóry. Wykwitem pierwotnym jest rumień wraz z grudką wysiękową, która po pewnym czasie przekształca się w pęcherzyk. Po pęknięciu pęcherzyka powstaje sącząca nadżerka, pokrywająca się strupem, po czym dochodzi do lichenifikacji naskórka. Ognisko to jest niewyraźnie odgraniczone od otoczenia. Zmiany ustępują bez pozostawienia blizn [2].

Wyprysk kontaktowy alergiczny związany jest z IV mechanizmem immunologicznym. Z powodu wcześniej uczulonych limfocytów występuje nadwrażliwość na alergeny kontaktowe, czyli związki drobnocząsteczkowe działające na skórę. Mogą także wystąpić reakcje na antygeny bakteryjne z ognisk zakażenia [12].

Wyprysk niealergiczny, zwany inaczej podrażnieniem, wywołany jest poprzez działanie na skórę związków drażniących w wysokim stężeniu. Najczęściej są to środki piorące, konserwujące, mydła, roztwory kwasów i zasad oraz detergenty. Powtarzający się kontakt z czynnikami toksycznymi powoduje uszkodzenie bariery ochronnej skóry i rozwinięcie stanu zapalnego, który klinicznie przejawia się wypryskiem [2].

Reakcja alergiczna objawia się zmianami zbliżonymi do zmian w wyprysku alergicznym. Wyprysk ten może ułatwiać przenikanie w głąb naskórka różnych alergenów kontaktowych. Dlatego też w przypadkach wyprysku z podrażnienia może dojść do wystąpienia kontaktowego wyprysku alergicznego [8].

W tym przypadku substancje drażniące niszczą barierę ochronną skóry (pH i lipidy). Następuje stymulacja keratynocytów i zostają uwolnione cytokiny prozapalne, które nasilają ekspresję cząsteczek adhezyjnych na keratynocytach i komórkach śródbłona naczyń, prowadząc do rozwoju procesu zapalnego [12].

Wyprysk zawodowy (z łac. *eczema professionale*)

Związany jest on zarówno z wypryskiem kontaktowym alergicznym, jak i z podrażnieniem, gdyż wywołany może być poprzez liczne substancje alergizujące lub drażniące, z którymi pacjent ma kontakt w pracy zawodowej.

Egzema zawodowa objawia się zmianami podobnymi do zmian występujących w egzemie kontaktowej, lecz pojawiają się one głównie na kończynach górnych (w miejscach kontaktu skóry z alergenem). Istnieje także możliwość wystąpienia reakcji zapalnej na innych okolicach ciała, np. twarzy, gdy pacjent ma do czynienia ze związkami w stanie lotnym.

Wyprysk łojotokowy (z łac. *eczema seborrhoicum*)

Wyprysk łojotokowy jest chorobą przewlekłą. Związany jest z nadmiernym wydzielaniem łoju przez gru-

czoły łojowe, grzybem z grupy drożdżaków (z łac. *Phityrosporum ovale*), czynnikami zakaźnymi, z układem nerwowym, porą roku oraz różnymi chorobami, jak na przykład AIDS. Najczęściej zlokalizowany jest na owłosionej skórze głowy, w linii środkowej twarzy, za uszami, w okolicy międzyłopatkowej, mostkowej oraz przeważnie u osób otyłych w fałdach skórnych i zagięciach stawowych. Istnieje także wyprysk łojotokowy noworodków, występujący głównie w pierwszych tygodniach życia noworodka, pojawiający się na skórze owłosionej głowy i w fałdach skórnych [1, 8].

W wyprysku łojotokowym występują wysiękowe, rumieniowe, przymieszkowe ogniska, bardzo często pokryte żółtymi strupami oraz towarzyszący im świąd, a w fałdach skórnych i zagięciach zmiany mają charakter wyprzeniowy. Może także pojawić się zanikanie włosów w obrębie owłosionej skóry głowy. Choroba ma przebieg nawrotowy i przewlekły.

U noworodków występują podobne zmiany, lecz objawy mogą być rozsiane na całym tułowie. W tym przypadku choroba trwa kilka tygodni i sama zanika bez powrotów [8].

Etiopatogeneza w tym przypadku jest nieznana i choroba nie musi występować u pacjentów z łojotokiem. Nie została udowodniona w tym schorzeniu reakcja alergiczna, dlatego też wielu autorów nie zalicza wyprysku łojotokowego do egzemy. U noworodków przyczyną mogą być zakażenia drożdżakowe oraz zwiększona produkcja łoju poprzez działanie androgenów matki [8].

Wyprysk podudzi (z łac. *eczema cruris*)

Odmiana ta występuje głównie u osób starszych. Ogniska chorobowe pojawiają się najczęściej w okolicach podudzi oraz mogą towarzyszyć owrzodzeniom [11].

Objawy dotyczyć mogą jednej lub obu kończyn dolnych, gdzie występuje zespół żylakowatości. Na zmienionej troficznie skórze powstają ogniska chorobowe, które są wyraźnie odgraniczone od okolicy skóry i mogą im towarzyszyć owrzodzenia [8, 11].

Podstawą wyprysku podudzi jest przewlekła niewydolność krążeniowa i powstałe w układzie żylnym nadciśnienie (zespół żylakowy), które doprowadzają do ścięnczałej, przebarwionej i podatnej na urazy skóry podudzi. Czynnikiem wywołującym wyprysk mogą być mikrourazy, drażniące związki chemiczne oraz zakażenia bakteryjne. Przy długo trwającej chorobie możliwe jest wystąpienie alergii kontaktowej na skutek przenikania alergenów do krążenia i wystąpienie uogólnionego odczynu alergicznego objawiającego się drobnymi grudkami pojawiającymi się na ciele, a zwłaszcza na twarzy [8, 11].

Wyprysk pieniążkowy inaczej mikrobowy (z łac. *eczema nummulare*)

Wyprysk pieniążkowy jest odmianą wyprysku kontaktowego. Często trudno go odróżnić od atopowego zapalenia skóry.

Objawy to rumieniowe, okrągłe lub owalne ogniska z wyraźną granicą od skóry zdrowej, pokryte grudkami i pęcherzami. Występuje także ścienienie oraz o różnym nasileniu świąd. Ich wielkość waha się od 0,5 cm – 2 cm, a rozmieszczone są na tułowie, kończynach dolnych oraz dłoniach. Przebieg jest nawrotowy i przewlekły. W fazie przewlekłej zaobserwowano wzmożone złuszczenie się wykwitów rumieniowych [2].

Powodem powstania tej jednostki chorobowej jest nadwrażliwość komórkowa typu opóźnionego na alergeny bakteryjne, głównie paciorkowce, pochodzące z wewnątrzustrojowych ognisk zakaźnych. Etiologia nie jest do końca poznana. W wielu przypadkach nie udaje się ustalić przyczyn choroby. Zaobserwowano, że częściej dotyczy osób w starszym wieku. Warunkami sprzyjającymi rozwojowi tej choroby są: niska temperatura otoczenia oraz jego zmniejszona wilgotność, gorące kąpiele, odzież z wełny naturalnej, wysuszające mydła [2, 9].

Wyprysk potnicowy (z łac. *eczema dyshidroticum*)

Ta odmiana egzemy występuje głównie na dłoniach i stopach. Charakteryzuje się powstawaniem pęcherzy.

Wykwitami są pęcherzyki o mocno napiętej pokrywie, na dłoniach i stopach. Przy wtórnym zakażeniu bakteryjnym zawartość pęcherzyków jest ropna. Dochodzi do powstania bólowych nadżerek, a przebieg choroby jest ostry lub przewlekły [11].

Przyczyn powstawania tej odmiany jest kilka. Alergeny mogą być pochodzenia wewnątrz- lub zewnątrzustrojowego. Zaobserwowano związek antygenów gronkowca i innych bakterii ropnych z zakażeniem oraz w przypadku grzybicy stóp zmiany na dłoniach mają charakter alergicznego odczynu krwiopochodnego na antygen grzyba, tak zwane idy. Duże znaczenie w tym przypadku ma także alergologia kontaktowa na różne metale (takie jak nikiel, kobalt) [11].

Wyprysk fotoalergiczny (z łac. *eczema photoallergicum*)

Alergię skórą może wywołać promieniowanie ultrafioletowe zarówno to naturalne, jak i sztuczne. Lecz nie we wszystkich przypadkach światło bezpośrednio powoduje odczyn alergiczny, lecz także działa pośrednio poprzez przemianę w alergeny substancji nieszkodliwych. Autorzy wielu publikacji wyróżniają także (poza wypryskiem fotoalergicznym) wyprysk fototoksyczny. Objawy kliniczne tych odmian są często zbliżone, lecz

te dwa wypryski różnią się od siebie mechanizmem reakcji [9].

Wyprysk kontaktowy fotoalergiczny pojawia się zazwyczaj na odsłoniętych częściach ciała (na przykład twarz, ręce), ale może także pojawić się w każdym innym miejscu na ciele człowieka, który ma kontakt z promieniami świetlnymi i fotouczulającym związkiem chemicznym. Gdy skóra jest uczulona bezpośrednio na promienie UV, po naświetleniu tymi promieniami pojawia się na skórze swędzący wyprysk lub wysypka, pęcherzyki, rumień. W przypadku, gdy nie ma bezpośredniej alergii na światło uczulają skórę promienie UV, które powodują wyzwolenie się haptenu z związków chemicznych, te natomiast łączą się z białkami organizmu, działają alergizująco i powodują powstawanie wykwitów. Pojawia się wtedy ścienienie i zaczerwienienie, któremu towarzyszy świąd i złuszczenie naskórka. Wyprysk fotoalergiczny przebiega głównie ostro lub przewlekłe [5, 10].

Reakcja fototoksyczna oparta jest na mechanizmie nieimmunologicznym, a często pojawia się pod postacią nadmiernego oparzenia słonecznego. Dopiero w obecności związków roślinnych lub chemicznych skóra staje się nadwrażliwa na światło. Związki fotouczulające i fototoksyczne aktywują się przy promieniowaniu UVA (320–400 nm) [5].

Wyprysk modzelowaty (z łac. *eczema tyloiticum*)

Wykwity tej odmiany egzemy, podobnie jak w egzemie potnicowej, umiejscowione są zazwyczaj na dłoniach i stopach. Występują nieostro ograniczone, swędzące ogniska o nadmiernym rogowaceniu oraz linijne pęknięcia i rozpadliny [3].

Z powstaniem tej odmiany mogą mieć związek zaburzenia hormonalne (częściej kobiety w okresie menopauzy), notoryczne urazy mechaniczne oraz alergologia kontaktowa [11].

Wyprysk dziecięcy (z łac. *eczema infantum*)

Występuje w okolicy głowy, często jest to jednak atopowe zapalenie skóry o strukturze wyprysku.

Objawy to rumieniowe, złuszczone ogniska z objawami wysiękowymi i łojotokowymi.

Powodem powstawania są głównie czynniki pokarmowe, sprzyjającym czynnikiem jest istniejący łojotok [7].

Postępowanie i leczenie egzemy

Podstawowym etapem leczenia wyprysku jest ustalenie alergenu przyczynowego i jego wyeliminowanie. Następnie wprowadza się leczenie ogólne i miejscowe opisane poniżej. Jeżeli mówimy o wyprysku zawodowym ważne jest zapobieganie występowaniu tej choro-

by poprzez stosowanie odpowiedniej odzieży ochronnej, maksymalne ograniczanie kontaktu z substancjami szkodliwymi lub ich zastępowanie innymi, mniej szkodliwymi.

Testy płatkowe naskórkowe są badaniem, które potwierdza nadwrażliwość kontaktową na dane substancje. Podstawowy zestaw alergenów wykorzystywany do testów naskórkowych zawiera siedem grup alergenów:

- metale: dwuchromian potasu, siarczan niklu, chlorek kobaltu
- składniki gumy: merkaptobenzotiazol, mercapto mix, N-fezyleno-N-izopropyl-p-fenylenodwuamina, thiuram mix
- paragrupa: p-fenylenodiamina
- żywice: Żywica epoksydowa, Żywica p-tertiarobutyloowo-formaldehydowa (PBT)
- leki zewnętrzne i zaróbki: siarczan neomycyny, alkohole wężny owczej, benzokaina
- konserwanty: formalina, wioform, paraben mix, quaternim
- substancje zapachowe: balsam peruwiański, mieszanina zapachowa, kalafonia [9].

Istnieją także zestawy o poszerzonych grupach alergenów dla poszczególnych grup zawodowych, które wykorzystuje się przy podejrzeniu alergii związanej z pracą zawodową. [12] Z kolei substancje fotouczulające nakłada się na dwa symetryczne miejsca, z których jedno jest naświetlane promieniami UV, a drugie stanowi jedynie kontrolę [5].

Na zdrową skórę pleców nanosi się niewielkie ilości substancji w odpowiednich stężeniach, przymocowuje się plastrzem i pozostawia na 2 dni. Po tym okresie odczytuje się wyniki, które wskazują na ile i jakie substancje pacjent jest uczulony [6].

Wyróżnia się:

- monowalentną alergię kontaktową – alergia na jedną substancję
- poliwalentną alergię kontaktową – alergia na wiele substancji
- reakcję alergiczną krzyżową – pozytywna reakcja na różne związki o podobnej budowie chemicznej
- reakcję alergiczną sprzężoną – pozytywna reakcja na różne substancje w materiale [6].

Leczenie miejscowe polega na stosowaniu steroidów (kortykosteroidy). Postać leku uzależniona jest od występujących zmian chorobowych. Aerozole i kremy (oraz mleczka) stosuje się przy zmianach śączących, tłuste kremy przy ogniskach wzmożonego rogowacenia i złuszczenia się skóry, natomiast płynne leki na skórę owłosioną. Jeżeli występują bardzo silne stany zapalne, wówczas stosuje się silniejsze steroidy, a wraz z ustępowaniem nasilenia zmian zmienia się steroidy na słabiej działające. Zaleca się miejscowe stosowanie leków antyseptycznych, jeżeli wraz z wypryskiem występuje także zakażenie bakteriami [12].

W ostrej fazie wyprysku można na początku na 30 minut (ok. 5 razy dziennie) przykładac okłady nasączone wodą, fizjologicznym roztworem NaCl, 3% roztworem kwasu borowego, a po polepszeniu zmian zastosować kortykosteroidy. W fazie przewlekłej obok maści kortykosteroidowych można stosować środki redukujące (np. dziegieć). Preparaty zawierające silniejsze kortykosteroidy to Laticort, Lorinden, Diprosan, Dermovate. Preparaty zawierające dodatkowo dziegieć to: Mecortolon T, Lorinden T. Natomiast preparaty zawierające obok steroidów środki przeciwważne lub antybiotyki to Betnovate N i Betnovate C. Podczas dłuższego stosowania kortykosteroidów ze względu na ich skutki uboczne zaleca się robienie kilkudniowych przerw w stosowaniu leku i zastępowanie go środkami natłuszczającymi. Zapobiegnie to także tachyfilaksji. W fazie podostrej stosuje się steroidy o średniej mocy, na przykład preparat Cutivate [2, 8].

W wyprysku łojotokowym dorosłych stosuje się ketokonazol (preparat Nizoral) w 2% preparacie. W nasilonych przypadkach można także zastosować izotretyninę (stosowaną w leczeniu trądziku) lub kortykosteroidy o średniej mocy. W wyprysku potnicowym przecina się pęcherze i odkaża nadżerki antybiotykami i steroidami [8].

W przypadku wyprysku fotoalergicznego leczenia podejmuje się tylko specjalista. Do momentu wyzdrowienia najlepiej jest unikać promieni UV. Przed opalaniem należy zmywać wszelkie perfumy i kosmetyki, a stosować dobrane indywidualnie preparaty z filtrami przeciwsłonecznymi. Należy także czytać ulotki informacyjne dołączane do perfum i kosmetyków, gdyż jest tam napisane, czy dany preparat może sprzyjać reakcjom fotoalergicznym [9].

Leczenie ogólne wprowadza się jako wspomagające leczenie miejscowe lub w przypadku zmian nie poddających się leczeniu miejscowemu. Jeżeli istnieje także zakażenie bakteriami powinno się stosować dodatkowo leczenie antybiotykami [12].

Leki antyhistaminowe II generacji blokują receptory H_1 , a także blokują uwalnianie innych mediatorów reakcji alergicznych, na przykład prostaglandyn [2].

Leki immunosupresyjne (na przykład azatiopryna) stosuje się w wyprysku przewlekłym, który jest oporny na leczenie miejscowe, przeciwhistaminowe i fototerapię [2]. Kortykosteroidy (przykładem jest prednizon) stosowane ogólnie zarezerwowane są tylko do bardzo ciężkich i rozległych stanów w wyprysku kontaktowym. Ze względu na niepożądane działanie należy stosować nie dłużej jak 3–4 tygodnie. W przypadku zajęcia 30% powierzchni skóry przez ogniska wyprysku podaje się prednizon w dawce 30 mg (lub więcej) na dobę [2].

Dodatkowo korzystne jest podawanie wapna i kwasu askorbinowego (witamina C).

W wyprysku podudzi stosuje się leki poprawiające krążenie i leki przeciwalergiczne. W fazie, w której występuje obrzęk zaleca się stosowanie preparatu Detralex, w następnych fazach Venoruton i Venescin [8].

Fotokemioterapia (PUVA) i fototerapia (UVA, UVB) są bardzo korzystne w leczeniu wyprysku. Promienie UV zmniejszają liczbę komórek Langerhansa i wpływają na cząsteczki adhezyjne hamując odczynowość typu komórkowego. Włączenie fotokemioterapii zaleca się podczas leczenia wyprysku przewlekłego rozsianego [9].

W leczeniu opornych przypadków w ostatnich latach zaczęto wprowadzać cyklosporynę A (hamuje obie fazy wyprysku), azatioprynę lub takrolimus. Pochodne witaminy A (a w szczególności alitretinoina) także wykazują dobre działania [9].

Podsumowanie: wyprysk oraz inne choroby alergiczne są dużym problemem społecznym, zdrowotnym i epidemiologicznym. Zdecydowanie utrudniają i ograniczają życie oraz sprawiają, że komfort życia osób mających nadwrażliwość na różne substancje zdecydowanie się obniża. Wiele firm przemysłowych wychodzi z pomocą do tych ludzi produkując coraz więcej produktów nieposiadających w swym składzie substancji zawierających alergeny. Przykładem jest produkcja biżuterii antyalergicznego niezawierającej niklu lub kosmetyków hipoalergicznego niepodrażniających skóry.

PIŚMIENNICTWO

1. Adamski Z., Kaszuba A., Dermatologia dla kosmetologów, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2008, 76-79.
2. Baran W., Szepietowski J., Reich A., Leczenie chorób skóry i chorób przenoszonych drogą płciową. Wyd. 2 uaktualnione i rozsz., Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa cop. 2008, 165-171.
3. Baran E., Szepietowski J., Wąsik F., Atlas chorób skóry. Wydawnictwo Volumes, Warszawa 1993, 163-177.
4. Bousquet J., Michel F.-B., Alergie. Wydawnictwo „Książnica”, Katowice 1999, 71-75.
5. Chuch M. K., Holgate S.T., Lichtenstein L. M., Alergia. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003, 105-125.
6. Enno C., Ständer M., Zarys dermatologii i wenerologii. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1999, 74-79, 94-100.
7. Jabłońska St., Chorzelski T., Choroby skóry. Podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa 1988, 100-108.
8. Jabłońska St., Majewski S., Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 2005, 160-179.
9. Leibold G., Choroby skóry : przyczyny, objawy, zapobieganie, skuteczne leczenie metodami naturalnymi. Warszawa 2006, 101-109.
10. Miedziński Fr., Choroby skóry i weneryczne. Wyd. 4, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1985, 94-111.
11. Opalińska M., Prystupa K., Stąpór W., Dermatologia praktyczna. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa cop. 1997, 183-203.
12. Wolska H., Błaszczuk-Kostanecka M., Dermatologia w praktyce. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 2005, 2006, 72-75.

Adres do korespondencji:
izabela.lewa@gmail.com

**PACJENTKA Z ROZPOZNANIEM ZABURZEŃ OBSESYJNO-KOMPULSYWNYCH,
ZABURZENIA SCHIZOTYPOWEGO ORAZ PROBLEMOWEGO UŻYWKI
ODURZAJĄCYCH W KONTEKŚCIE NIEPRAWIDŁOWO FUNKCJONUJĄCEGO SYSTEMU
RODZINNEGO. STUDIUM PRZYPADKU**

*THE PATIENT DIAGNOSED WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER, SCHIZOTYPICAL
DISORDER AND PROBLEMATIC SUBSTANCE ABUSE IN THE CONTEXT
OF THE MALFUNCTIONING FAMILY SYSTEM. CASE STUDY*

MAGDALENA IZYDORCZYK¹, ROMA BAJZERT²

¹Katedra Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Aleksander Araszkiewicz

²Klinika Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Aleksander Araszkiewicz

Streszczenie

Cel. Celem artykułu jest pokazanie wpływu systemu rodzinnego na przebieg zaburzeń psychicznych u dzieci.

Metoda. Analiza przypadku w rozumieniu podejścia systemowego. Analiza dokumentacji medycznej.

Wnioski. System rodzinny jest podstawową grupą odniesienia. Zaburzenia rodziców mają wpływ na rozwój zaburzeń u dzieci. Nieprawidłowe funkcjonowanie systemu rodzinnego wpływa na wyostrenie objawów chorobowych uwarunkowanych biologicznie. Poziom funkcjonowania rodziców warunkuje przyjęcie diagnozy.

Słowa kluczowe: zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, system rodzinny, młodzież, zaburzenie schizotypowe.

Abstract

Aim. The aim of the study is to show the influence of family system on the course of psychiatric disorders in children.

Method. Family system approach analysis. Medical documentation analysis.

Conclusions. Family system is a basic reference group. Psychiatric disorders in parents influence the development of disorders in children. Malfunction of the family system intensifies symptoms, which are biologically determined. Level of parents' functioning determines the acceptance of children psychiatric diagnosis.

Key words: obsessive-compulsive disorder, family system, youth, schizotypal disorder.

Rodzina jest podstawową grupą, w jakiej funkcjonuje człowiek od początku swego istnienia. Stanowi miejsce nabywania podstawowych umiejętności społecznych, interpersonalnych, komunikacyjnych, emocjonalnych. Rodzice poprzez sposób wychowania dostarczają podstawowej wiedzy o świecie, dają również fundamenty do budowania własnej tożsamości i tego, w jaki sposób człowiek myśli o sobie [1]. Psychologowie rozwojowi uważają, że do 6. roku życia, we wczesnych etapach rozwoju dokonują się najważniejsze dla naszego istnienia wybory. Między innymi człowiek odpowiada sobie na pytanie czy świat jest bezpieczny, czy niebezpieczny. Innym pytaniem jest czy człowiek może mieć własną inicjatywę i własne zdanie, czy inni wiedzą lepiej. Kolejnym konfliktem jest to czy świat jest przewidywalny i czy można go kontrolować. Następnie dziecko odkrywa własną seksualność i w podstawowy sposób uczy się z tym radzić [2]. Rodzic, który z powodu własnych zaburzeń i ograniczeń nie radzi sobie z własnymi konfliktami, nie będzie w stanie w prawidłowy sposób odpowiedzieć na konflikty rozwojowe dziecka [3]. Podstawowym mechanizmem uczenia się w dzieciństwie jest naśladowanie i habituacja [4]. Oznacza to, że rodzice

kształtują dzieci na swój obraz i podobieństwo, a wyposażenie biologiczne predestynuje nas do wykształcenia określonych struktur [3].

W podejściu systemowym uważa się, że rodzina jest strukturą hierarchiczną, w której są dwa podsystemy: podsystem rodzice i podsystem dzieci. Podsystemy te oddzielone są granicą, którą wyznaczają rodzice, ponieważ para małżeńska stanowi podstawę do prawidłowo funkcjonującej rodziny. Granica między podsystemami nie jest jedyną granicą, jaka jest w strukturze rodziny. Bowiem każda rodzina posiada granicę zewnętrzną, która oddziela ją od świata, a którą również kształtują rodzice, w zależności od własnych przekonań. Zaburzenia w funkcjonowaniu pary małżeńskiej powodują zatarcie granicy pomiędzy podsystemami i zapraszanie dzieci do różnych koalicji. Koalicja jest zawierana w jakiejś sprawie, przeciwko innym członkom systemu. Koalicja w tym rozumieniu nie jest zawierana jako umowa, tylko jest to niefunkcjonalny sposób radzenia sobie w systemach z trudnymi sytuacjami. Systemy rodzinne nie wywołują objawów, ale z jakiś powodów mogą je podtrzymywać. W cyklu życia rodziny pojawiają się kolejne fazy. Z naturalnych powodów pojawiają się rów-

niez kryzysy, takie jak np. choroba jednego z członków rodziny. Sytuacje takie wymagają od systemu rodzinnego elastycznych strategii, zmiany dotychczasowych działań, co łatwiej osiągnąć, jeśli między członkami rodziny jest prawidłowa komunikacja. Ponadto sytuacja kryzysu wymaga uruchomienia potencjału rodziny jako całości oraz potencjału poszczególnych jej członków [1].

Opis przypadku

Pacjentka lat 17 (rocznik 1995), leczona psychiatrycznie od 2007 roku z powodu zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. Była pod opieką Poradni Zdrowia Psychicznego, gdzie objęto ją psychoterapią oraz farmakoterapią. Leczenie nie przynosiło większego skutku. W szkole pozostawała na tzw. nauczaniu indywidualnym, ponieważ kompulsje i natręctwa uniemożliwiały jej realizowanie obowiązku szkolnego w normalnym trybie. Jednak objawy choroby nasilały się i pacjentka również nie była w stanie brać udziału w zajęciach indywidualnych z nauczycielem w domu. Zaproponowano dzienny oddział psychiatryczny dla młodzieży. Podczas pobytu na oddziale w okresie od stycznia 2012 do czerwca 2012, pacjentka ujawniała zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, które polegały na tzw. odczynianiu. Odczyniała przede wszystkim formy nakazowe czasowników, najczęściej w trybie rozkazującym. Jeśli ktoś, najczęściej nauczyciel, powiedział do pacjentki: „spróbuj”, „zrób”, „policz”, „napisz”, „wejdź” itp., pacjentka opuszczała salę lekcyjną i na korytarzu wykonywała swój rytuał polegający na tym, że machała ręką podczas energicznego marszu i mówiła do siebie np.: „nie musisz nic robić, nie musisz nic pisać, nie musisz wchodzić, nie nie musisz!”. Pacjentka uważała, że kiedy ktoś jej coś każe „jest krzywo”. Niestety z powodu bardzo małego wglądu nie potrafiła powiedzieć, co jest krzywo, ale mówiła, że rytuał to prostował. Motywacja do leczenia była u niej zmienna, najczęściej zewnątrz sterowana. Podczas pobytu na oddziale ujawniły się u pacjentki również zaburzenia schizotypowe w postaci omamów słuchowych: podczas rozmowy z psychologiem pacjentka nagle zastygała i mówiła, że Mimiko (postać z japońskiego horroru), mówi do niej z dworu, że ma przestać słuchać terapeuty i iść odczyniać. Pacjentka codziennie słyszała postać, ale zdarzało się, że również ją widziała, jak była sama w domu. Przejawiała również urojenia dysmorfofobiczne. Głos mówił: „jesteś szczerbata, nie masz zębów, oczy są nie na miejscu” i pacjentka mimo spojrzenia w lustro, uważała, że faktycznie tak jest, jak mówił głos. Wierzyła również w to, że intensywne myślenie może zmieniać rzeczywistość, np. biała ściana zmieni się w różową jak wystarczająco mocno się o tym pomyśli. Podczas pobytu na oddziale ujawniło się również uzależnienie pacjentki od wdychania dezodorantów. Pacjentka przykładła chusteczkę do nosa, pod chusteczką umieszczała dezodorant w sprayu i odurzała się nim. Mówiła, że to ją uspokaja oraz słyszy śmiech

mężczyzny w stanie upojenia. Rodzice również postrzegali wyżej wymienione zachowania pacjentki jako problemowe.

Zainteresowanie budziła również rodzina pacjentki. Ojciec miał doktorat w zakresie biologii i wykładał na uczelni wyższej, natomiast matka była nauczycielką języka angielskiego w liceum. Pacjentka miała również 12-letnią siostrę. Ojciec był wegetarianinem od 20 lat, interesował się parapsychologią i mistycyzmem. Rodzice pacjentki nie byli leczeni psychiatrycznie, jednak ojciec w kontakcie przypominał osobę o schizotypowym typie osobowości. W domu zajmował się kontrolą kupowanej żywności. Rodzice pacjentki kupowali jedzenie u wybranego rolnika ze względu na zdrowe odżywianie. Mimo wszystko ojciec cierpiał na chorobę wrzodową, był wychudzony i wyglądał na 20 lat starszego. Matka reprezentowała prawdopodobnie osobowość schizotypową z tendencją do podporządkowania. Siostra pacjentki, która kilka razy pojawiła się na oddziale wraz z rodzicami, na podstawie obserwacji personelu również przejawiała nieprawidłowo kształtującą się osobowość w kierunku schizotypowym. Rodzice pacjentki nie funkcjonowali jako para małżeńska, nie tworzyli podsystemu rodzice i nie posiadali relacji intymnej. Z wywiadu wynika, że tworzyli jedynie koalicje ze sobą i swoimi córkami w zależności od sytuacji. Np. pacjentka z ojcem tworzyła koalicję w zakresie parapsychologii, w którą również wierzyła (ojciec wspierał ją w poglądzie, że myśleniem można zmieniać rzeczywistość), a z matką w dziedzinie jedzenia słodczy – czemu ojciec się sprzeciwiał. Młodsza siostra pacjentki tworzyła koalicję z rodzicami, którzy kazali jej z powodu wstydu pilnować siostrę, żeby nie opuszczała swojego pokoju, podczas bardzo rzadkich odwiedzin innych osób. Rodzice również razem tworzyli koalicję w zamykaniu na klucz drzwi do domu, tak, żeby pacjentka nie mogła wyjść do ogrodu, bo bali się, że zobaczą ją sąsiedzi. Wypracowali również sposób na radzenie sobie z odczynianiem pacjentki. Rzucali ją na podłogę i tak długo trzymali, aż się uspokoiła. Z wywiadu wynika, że rodzice nie mieli żadnych kontaktów społecznych, nie spotykali się z rodziną. W czasie pobytu na oddziale dziennym, pacjentka była wypisywana i przenoszona na krótkie pobyty na oddziały stacjonarne. Jednak za każdym razem po kilku dniach była wypisywana na żądanie rodziców, którzy zgłaszali znaczną poprawę w jej funkcjonowaniu. Obiektywnie poprawy nie było. Z oddziału była wypisana w czerwcu 2012 z diagnozą OCD, zaburzenia schizotypowego oraz problemowego używania substancji psychoaktywnych, trafiła do innego ośrodka w Polsce, gdzie po trzech miesiącach pobytu zdiagnozowano u niej autyzm wysokofunkcjonujący (HFA), mimo że z wywiadu wynikało, że pacjentka dobrze funkcjonowała społecznie i rozwojowo – zdaniem rodziców, aż do momentu pójścia do szkoły, co wyklucza autyzm. Do przedszkola nigdy nie chodziła, zajmowała się nią babcia od strony mamy.

Po uzyskaniu diagnozy HFA ponownie trafiła do poradni zdrowia psychicznego w miejscu zamieszkania. Psycholog tam pracujący, po zebraniu wywiadu i krótkiej obserwacji, nie zgodził się z diagnozą autyzmu, ale rodzice powiedzieli, że wierzą w tę diagnozę i od tamtego czasu nie pojawili się w żadnej publicznej placówce służby zdrowia na terenie miejsca zamieszkania. Rodzice pacjentki dodatkowo wzmacniali jej objawy – matka nie rozumiała, że musi pozbyć się dezodorantów z domu. Uzasadniała to tym, że z powodu choroby pacjentki nie będzie się ograniczała. Ponadto rodzice dalej kupowali jej japońskie horrory, które rozwijały jej halucynacje. Podczas wszystkich etapów leczenia, pacjentka poddana była również farmakoterapii.

Wnioski

Często za dzieckiem z rozpoznaniem psychiatrycznym stoi nieprawidłowo funkcjonujący system rodzinny [5]. U omawianej pacjentki, nieprawidłowości systemowe dotyczyły różnych wymiarów funkcjonowania rodziny, m.in. struktury. Z powodu nieprawidłowo funkcjonującej pary rodzicielskiej system rodzinny pacjentki nie miał granic pomiędzy podsystemami. Natomiast granica zewnętrzna, z powodu schizotypowej struktury osobowości rodziców była bardzo mocno zarysowana, sztywna i nieprzepuszczalna, co owocowało brakiem kontaktów społecznych. W systemie rodzinnym pacjentki matka, ojciec oraz siostra funkcjonowali bardzo podobnie pod względem osobowościowym, natomiast sama pacjentka znacząco odbiegała ze swoimi zaburzeniami od reszty rodziny. Gdyby również przejawiała jedynie osobowość nieprawidłowo kształtującą się, prawdopodobnie rodzina nie widziałaby problemu w jej zachowaniu. Jednak nasilenie i różnorodność objawów pacjentki spowodowały, że rodzice postanowili zapewnić dziewczynce leczenie. Bezpośrednim impulsem szukania pomocy były naciski ze strony szkoły, która nie potrafiła poradzić sobie z trudnymi zachowaniami dziewczynki. Z powodu własnych uwarunkowań i ograniczeń, nie potrafili sobie również poradzić rodzice, ponieważ dziwaczność pacjentki była skrajnie różna od ich dziwaczności. Zauważenie niefunkcjonalnych uwarunkowań rodzinnych jako istotnego elementu diagnozy i terapii pacjentki spowodowało, że również rodzice zostali zaproszeni do kontaktu terapeutycznego z psychologiem. Jego celem miało być przede wszystkim poszerzanie wglądu na temat funkcjonowania ich rodziny. Niestety opisani wyżej rodzice bardzo niechętnie brali udział w spotkaniach, uważając, że to nie oni mają problem, tylko pacjentka. Diagnoza autyzmu, którą otrzymali w innym ośrodku w Polsce zwolniła ich z odpowiedzialności, na co bardzo chętnie przystali, mówiąc, że się z tym zgadzają. Jak wiadomo, autyzm jest jednostką chorobową, która uwzględnia przede wszystkim pracę behawioralną z pacjentem, często z pominięciem jej ro-

dziny w sensie terapeutycznym [6]. Z wywiadu wynika, że pacjentka dobrze funkcjonowała do 7. roku życia, a pogorszenie nastąpiło w momencie pójścia do szkoły. Szkoła jest instytucją wychowawczą, o bardzo nakazowym charakterze [7], w związku z czym, zaburzenia u pacjentki mogły się w pełni ujawnić dopiero w takim środowisku. Ponadto rodzice podtrzymywali objawy pacjentki z powodu własnych zaburzeń, ponieważ nie rozumieli istoty problemu. Rodzinie prawdopodobnie nie przeszkadzał sposób myślenia córki, ale jej kompulsje. Problem rozpoczął się, kiedy pacjentka zaczęła przejawiać dziwaczne zachowania. Dla rodziców nie było problemem, że pacjentka jest jaka jest, ale jak się zachowuje. Podłożem zachowań obsesyjno-kompulsywnych są uwarunkowania biologiczne [8]. Prawdopodobnie u pacjentki uruchomiłyby się zachowania kompulsywne, nawet gdyby była w prawidłowej rodzinie. Jednak ich rozmiar, natężenie i zakres byłby wówczas zdecydowanie inny, ponieważ to jej osobowość wzmocniła ich wyraz. Jak wiadomo osobowość w dużo większym stopniu jest uwarunkowana wychowaniem [3].

PIŚMIENNICTWO

1. Namysłowska I., *Terapia rodzin*, PWN, Warszawa 1997, 28-41.
2. Lindzey G., Hall C., *Teorie osobowości*, PWN, Warszawa 2001, 56-87.
3. Pasikowski T., *Schizotypowe zaburzenie osobowości*, w: *Psychologia zaburzeń osobowości*, Cierpiałkowska L. (red.), Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2004, 33-49.
4. Paszkiewicz E., *Rodzina jako system. Wpływ systemu rodzinnego na funkcjonowanie dziecka*, w: *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, Wolańczyk T. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 39-46.
5. Bijl R., Cuijpers P. Smit F., *Psychiatric disorder* *Psychiatric disorders in adult children of Barents with a history of psychopathology*, Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2002, 37, 7-12.
6. Koziół B., Jagielska G., *Całościowe zaburzenia rozwoju*, w: *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, Wolańczyk T. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 68-76.
7. Szczecińska D., *Kultura organizacyjna efektywnej szkoły*, w: *Jakość życia i jakość szkoły*, Nowosad I. i in. (red.), Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2010, 143-166.
8. Pilaczyńska-Jodkiewicz E., *Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne a płęć pacjenta*, Probl. Nauk Biol., 2003, 1, 105-112.

Adres do korespondencji:

mgr Magdalena Izydorczyk
Katedra i Klinika Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1
im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy
e-mail: magdalena.izydorczyk@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. Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań
tel. (0-61) 655-92-50, fax. (0-61) 655-92-51, e-mail: ptnoz@poczta.onet.pl
NIP: 781-16-48-520, REGON: 639578796, KRS: 0000074710
BZ WBK 60 1090 1346 0000 0001 1347 1664



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Miejsce pracy, stanowisko

Ukończona uczelnia/szkoła, kierunek, specjalność

Uzyskany tytuł/stopień/zawód

Data urodzenia

Telefon kontaktowy

E-mail

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

Data

Podpis

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

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

zaprasza do udziału w XXXVII edycji

PODYPLOMOWEGO STUDIUM ZARZĄDZANIA W OPIECE ZDROWOTNEJ

– jednego z najlepszych w rankingach szkół menedżerów zdrowia

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

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

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

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

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

**Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu
oraz
Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**



serdecznie zapraszają
na Konferencję Naukową

**pod Patronatem Honorowym
Marszałka Województwa Wielkopolskiego
Marka Woźniaka**

**pt. „Człowiek w systemie ochrony zdrowia
w kontekście szans i zagrożeń”**

Sala Sesyjna Urzędu Wojewódzkiego, Al. Niepodległości 18, Poznań

Poznań, 6 grudnia 2013 r.

I KOMUNIKAT

Uczestnicy za udział w konferencji otrzymają 12 pkt. edukacyjnych

Człowiek w systemie ochrony zdrowia w kontekście szans i zagrożeń

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu, Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej, pragną zaprosić Państwa do udziału w konferencji naukowej poświęconej człowiekowi w systemie ochrony zdrowia.

Zobligowani do nieprzekraczania stawiających wysokie wymagania norm prawnych, nieustannie motywowani do podnoszenia standardów pomieszczeń, sprzętu medycznego, jak również podnoszenia kwalifikacji – własnych i naszych współpracowników – staramy się pamiętać, że wszystkie te nakłady i zabiegi służyć mają człowiekowi.

Właśnie odnalezienie pacjenta w systemie ochrony zdrowia, pacjenta z jego potrzebami, tymi zdrowotnymi i tymi ludzkimi – wynikającymi z niekomfortowej sytuacji odcięcia od najbliższych i oddania się w ręce nieznanych profesjonalistów – postaviliśmy sobie za cel naszych rozważań. Zdaję sobie sprawę, że jest to wyzwanie niełatwe, jednak przy założeniu, że swoją wiedzę i doświadczeniami podzielią się specjaliści z zakresu: organizacji ochrony zdrowia, ekonomii, prawa czy psychologii, cel ten jesteśmy w stanie osiągnąć.

Zapraszam Państwa do udziału w obradach.

W imieniu Organizatorów

dr hab. Maria Danuta Głowacka

Problematyka:

1. Choroba w różnych okresach rozwoju człowieka.
2. Choroby cywilizacyjne: otyłość, nadciśnienie, cukrzyca, uzależnienia.
3. Rola jednostek samorządu terytorialnego w kształtowaniu zdrowia społeczeństwa (tutaj miejsce na omówienie programów zdrowotnych, działań edukacyjnych).
4. Ekonomiczne i prawne uwarunkowania realizacji obowiązków nałożonych na podmioty lecznicze i ich organy założycielskie.
5. Varia.

Informacje dla uczestników:

1. Obrady odbędą się w sali Sesyjnej Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu, Al. Niepodległości 18.
2. Nadesłane artykuły zostaną zrecenzowane i opublikowane (po uzyskaniu pozytywnych recenzji) w czasopiśmie naukowym „Pielęgniarstwo Polskie” (2 punkty MNiSW) lub monografii (4 punkty MNiSW).
3. Przestrzeganie wymogów edytorskich jest koniecznym warunkiem dopuszczenia artykułu do recenzji. Teksty, w których wymogi edytorskie nie zostaną uwzględnione, nie będą przekazane do recenzji i druku.
4. Artykuły w wersji elektronicznej należy przesłać na adres: knoz@ump.edu.pl lub orgzarz@ump.edu.pl
5. Opłata za udział w konferencji wynosi 300 zł (dla członków PTNoZ koszt wynosi 200 zł) i obejmuje udział w sesjach naukowych oraz materiały konferencyjne.
6. Istnieje możliwość opublikowania artykułu bez udziału w konferencji (po uzyskaniu pozytywnych recenzji). Opłata za publikację bez uczestnictwa wynosi 150 zł.

Wniesienie opłaty konferencyjnej jest warunkiem udziału w konferencji. Opłata na konto:
BZ WBK 60 1090 1346 0000 0001 1347 1664, z dopiskiem PTNoZ.

Kalendarium

1. Nadsyłanie wypełnionych kart zgłoszeniowych do 31 sierpnia 2013 r.
2. Ostateczny termin nadsyłania artykułów do 31 września 2013 r.
3. Ostateczny termin uiszczenia opłaty konferencyjnej do 31 września 2013 r.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Nazwisko:.....

Imię:.....

Tytuł naukowy:.....

ADRES DO KORESPONDENCJI

Ulica i nr domu:.....

Kod pocztowy:.....Miasto:.....

Telefon:.....

Adres e-mail:

Miejsce zatrudnienia:.....

.....

Forma uczestnictwa:☐ aktywna – prezentacja ustna☐ bierna☐ publikacja artykułu bez uczestnictwa w konferencji

Tytuł referatu:.....

.....

Podpis

Wymogi edytorskie

Redakcja przyjmuje prace oryginalne i poglądowe w języku **polskim i angielskim**.

Prace należy przysyłać na adres Redakcji w formie elektronicznej, zapis w edytorze tekstu programu Word. Czcionka Times New Roman

12. Tekst nie powinien być adiustowany.

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

Pierwsza strona pracy powinna zawierać:

- tytuł pracy w języku polskim i angielskim
- imię i nazwisko Autora (Autorów)
- afiliację Autora
- nazwisko kierownika jednostki

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

- słowa kluczowe – nie więcej niż pięć.

Prace podlegają dwóm recenzjom, przy czym Recenzenci nie znają nazwisk Autorów, ani też nazwy ośrodka, z którego praca pochodzi. Recenzenci decydują o dopuszczeniu pracy do druku oraz wskazują na konieczność dokonania poprawek jako warunek dopuszczenia do druku. Niedotrzymanie terminu nadesłania pracy wiąże się z niedopuszczeniem pracy do druku.

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

Artykuły należy zredagować poprawnie pod względem stylistycznym, zgodnie z obowiązującą pisownią i mianownictwem. Skróty muszą być wyjaśnione w tekście.

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

Tytuły w języku polskim i angielskim nad tabelami.

Tabele powinny być oznaczone numerami rzymskimi bądź arabskimi. Szerokość tabeli nie powinna przekraczać 8 cm lub 16 cm.

Piśmiennictwo powinno być napisane na oddzielnej stronie – wg kolejności cytowania na stronach. Należy podać: kolejny numer pozycji; nazwiska autorów i pierwsze litery imion (w przypadku, gdy jest więcej niż trzech autorów, należy podać trzech pierwszych i dodać: „i wsp.”, tytuł pracy. Następnie:

a. tytuł czasopisma z zastosowaniem obowiązujących skrótów (wg Index Medicus), rok, tom, numer strony pierwszej i ostatniej, np.: Kowalski J., Nowak J., Nozologiczne aspekty bólów głowy, J. Med., 2007, 1, 12–27.

b. tytuł książki, nazwę i siedzibę wydawnictwa, rok wydania, numer strony pierwszej i ostatniej, np.: Pawlak P., Życie i umieranie, w: Gerontologia, Malinowski A. (red.), PWN, Warszawa 2007, 12–32.

c. tytuł rozdziału cytowanej książki, nazwisko/nazwiska i pierwsze litery imion Autora/Autorów tegoż rozdziału, tytuł książki, nazwisko i imię autora (redaktora) książki, nazwę i siedzibę wydawnictwa, rok wydania, numer pierwszej i ostatniej strony cytowanego rozdziału.

Kolejność piśmiennictwa w tekście należy wpisać w nawiasie kwadratowym

Wymagania co do objętości prac

Prace oryginalne: objętość prac nie może przekraczać 12–15 stron, wliczając w to stronę tytułową, streszczenie, tekst właściwy oraz piśmiennictwo.

Prace kazuistyczne: objętość prac kazuistycznych nie powinna przekraczać 3–4 stron, wliczając w to stronę tytułową, słowa kluczowe, streszczenie oraz piśmiennictwo.

Prace poglądowe: objętość prac poglądowych nie powinna przekraczać 15–20 stron. Sprawozdania ze zjazdów i recenzje – 2 strony.

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

Uwaga. Wszelkie przejawy nierzetelności naukowej będą przez Redakcję demaskowane, włącznie z powiadamianiem odpowiednich podmiotów.

Przestrzeganie wymogów edytorskich jest warunkiem koniecznym do kolejnych etapów kwalifikacji pracy.

Prace należy wysyłać na adres: knoz@ump.edu.pl lub orgzarz@ump.edu.pl

KOMITET NAUKOWY

dr hab. Maria Danuta Głowacka
 prof. dr hab. Włodzimierz Samborski
 prof. dr hab. med. Paweł Chęciński
 prof. dr hab. Henryk Mruk
 prof. dr hab. Ryszard Barczyk
 dr hab. Ewa Mojs
 dr hab. Piotr Stępniaś
 dr inż. Iwona Nowakowska
 dr inż. Renata Rasińska

KOMITET ORGANIZACYJNY

dr hab. Maria Danuta Głowacka
 dr Eliza Dąbrowska
 dr Monika Matecka
 dr Jan Nowomiejski
 dr Piotr Pagórski
 dr Piotr Stawny
 dr Ewa Jakubek
 dr Monika Urbaniak
 dr Katarzyna Warchoń-Biedermann
 dr inż. Renata Rasińska
 mgr Anna Frankowska
 mgr Jolanta Sielska
 mgr Joanna Zdanowska

SEKRETARIAT KONFERENCJI

Ewa Aleksandrak
 mgr Ewelina Bielik
 60-179 Poznań, ul. Smoluchowskiego 11
 tel. (61) 861 22 50 fax (61) 861 22 51
 e-mail: knoz@ump.edu.pl lub orgzarz@ump.edu.pl

Konferencję wspiera:



**SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO**

Informacja o nowym dziale „Prawo w Pielęgniarstwie”

The information about the new chapter „The law in nursing”



Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom Czytelników oraz w trosce o ich pełną satysfakcję Redakcja Pielęgniarstwa Polskiego informuje, iż na łamach czasopisma został powołany nowy dział „Prawo w Pielęgniarstwie”. Będzie on poświęcony w całości problemom prawnym, z jakimi spotykają się zarówno pielęgniarki, jak i inne osoby związane zawodowo z ochroną zdrowia. Pragniemy przybliżyć naszym Czytelnikom podstawowe regulacje prawne mające zastosowanie w pielęgniarstwie, pomóc w odpowiedniej interpretacji przepisów oraz wyjaśnić ewentualne wątpliwości. Dlatego też gorąco zachęcamy wszystkich zainteresowanych do zapoznawania się z omawianymi kwestiami, a także zadawania pytań oraz dzielenia się swoimi przemyśleniami i spostrzeżeniami.

Współpracujący z nami prawnik oraz specjaliści w dziedzinie ochrony zdrowia dołożą wszelkich starań, aby przedstawiane zagadnienia i odpowiedzi na Państwa pytania były rzetelne i w pełni zadowalające.

Wierzymy, że poruszane tematy pomogą lepiej zrozumieć obowiązujące ustawodawstwo, pozwolą działać w granicach prawa oraz uchronią Państwa przed skutkami obowiązującej łacińskiej paremii *ignorantia iuris nocet* (nieznajomość prawa szkodzi).

Wszelkie pytania i sugestie prosimy kierować na adres Redakcji Pielęgniarstwa Polskiego lub jzdano@ump.edu.pl. Odpowiedzi na Państwa pytania udzielać będzie prawnik – Joanna Zdanowska (pracownik naukowy Zakładu Organizacji i Zarządzania Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu).

ZASADY RECENZJI NADSYŁANYCH PRAC DO PIELĘGNIARSTWA POLSKIEGO

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

REVIEW SYSTEM OF THE POLISH NURSING

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

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE EDITOR'S REQUIREMENTS
GUIDANCE FOR POTENTIAL CONTRIBUTORS

Papers should be submitted to the Editor's Office in two hard copies and one soft copy on CD or 3.5" floppy disk in the Word format. **The text must not be edited.** Each submission should be accompanied by a written Author's statement that the work has not been published in any other journal and a publishing agreement by the head of the research unit.

The Author's address for correspondence and phone number should be provided on a separate sheet.

The first page of a paper should include:

- paper title in Polish and in English
- author's (Authors') name(s)
- author's affiliations
- structured abstract of up to 200 words in Polish and in English (including study objectives, material, methods, results and summary)
- up to five key words.

Submitted papers are reviewed by two reviewers, who do not know Authors' names or the name of Authors' institution. The reviewers decide whether or not a manuscript should be published and suggest corrections that must be made prior to publication. Authors are then required to express their opinion on the recommended corrections in writing and to meet the revision deadline set by the Editor's Office. As a result of a failure to meet the deadline, a paper is not considered for publication.

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. Articles must be edited in line with the adopted style, spelling and terminology requirements. Abbreviations must be defined in full in the text.

Figures should be provided with Polish and English captions and numbered using Arabic numerals. Table titles in both Polish and English should be placed above tables. All tables should be numbered using either Roman or Arabic numerals. Table width should not exceed 8 cm or 16 cm.

References should appear in the order in which they are first cited in the text and listed in numerical order at the end of the article. The sequence for a journal article should be: author(s), title of paper, journal name abbreviated as in Index Medicus (written in full if no abbreviation quoted), year of publication, volume number, first and last numbers of pages. If there are 4 or more authors, include first three and then *et al.*, for example:

Nowak P., The analysis of epileptic seizures in children aged 7–12 years, *Seizure*, 2007, 5, 12–32.

Sequence for the book is: chapter author(s), chapter title, editor, book title, edition and place of publication, first and last pages, for example:

Malinowski A., Life and death, in: *Investigation*, Kowalski B. (eds.), Oxford Univ. Press, London 1994, 12–32.

Length requirements

Original research: paper length must not exceed 12–15 pages, including title page, abstract, body and references. Case studies: paper length should not exceed 3–4 pages, including title page, key words, abstract and references. Opinion articles: paper length should not exceed 15–20 pages. Conference reports and reviews: 2 pages.

The phenomena of „ghostwriting” or „ghost authorship” are considered dishonest and unacceptable. To counteract their occurrence 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.

Caution: Any and all cases of scientific dishonesty will be revealed by the Editorial Board and may be reported to the author's professional regulatory body.

Editor's Address: *Polish Nursing*, The Faculty of Health Sciences, Poznan University of Medical Sciences,
11 Smoluchowskiego Str., Poznań, Poland, e-mail: pielegniarstwo.polskie@ump.edu.pl