ZESZYTY NAUKOWE
WSHE

Serie wydawnicze WSHE

Debiuty Naukowe WSHE (od 1998 r.)
Zeszyty Naukowe WSHE (od 1997 r.)

Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna
we Włocławku

ZESZYTY NAUKOWE WSHE

Tom XXXIII

Półrocznik

seria F:
Nauki o Zdrowiu

zeszyt 2
Biopsychiczny i społeczny wymiar zdrowia

Włocławek 2011

Kolegium redakcyjne
ks. Marian Włosiński (przewodniczący)
Zygmunt Babiński
Dorota Kochman
Czesław Sobków

Redaktorzy tomu
dr n. med. Maria Posłuszna-Owcarz
dr n. med. Wanda Stefańska

Recenzenci tomu
dr hab. n. med. Wojciech Beuth, prof. UMK
dr hab. n. med. Szymon Kubiak

Opracowanie redakcyjne
Dorota Wojciechowska

Wybrane tłumaczenia na język angielski
Milena Owcarz

Projekt okładki
Regina Magier

DTP
Dorota Magier

© Copyright by Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna
Włocławek 2011

ISSN 1507-7403

Wydawca
Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku
87-800 Włocławek, pl. Wolności 1
tel. 48 54 425 20 07, faks 660 64 14 07
http://www.wshe.pl, e-mail: biurorektora@wshe.pl

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie 9

I. Wybrane zagadnienia zdrowia fizycznego i psychicznego dzieci i młodzieży

Maria Posłuszna-Owcarz
„Moja szkoła dziś", „Szkoła moich marzeń" — psychologiczny wymiar twórczości dziecięcej 15

Dorota Kochman, Wanda Stefańska, Beata Haor, Maria Paczkowska
Uczeń szkoły współczesnej i szkoły w przyszłości w kontekście zdrowia psychicznego 35

Edyta Misiak, Maria Posłuszna-Owcarz, Leokadia Rezmerska
Problemy szkolne uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych w opinii pedagogów szkolnych 43

Maria Posłuszna-Owcarz
Przemoc w rodzinie a trudności szkolne dziecka 63

Joanna B. Borowiak
Rozwijanie dyspozycji twórczych dzieci i młodzieży poprzez zastosowanie metod inwentycznych w praktyce pedagogicznej 77

Tomasz Borowiak
Profilaktyka stresu w działaniach Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej 85

Dorota Kochman, Jadwiga Marciniak
Edukacja zdrowotna uczniów w aspekcie profilaktyki wad postawy 101

Eugeniusz Suwiński
Edukacja zdrowotna w walce z marginalizacją i wykluczeniem społecznym 117

II. Doniesienia kliniczne

Łukasz Bednarczyk, Adam Sukiennik, Jacek Kubica
Kardiologia w województwie kujawsko-pomorskim na tle Polski 129

Władysław Sinkiewicz, Magdalena Grochowska
Jak skutecznie zmniejszać śmiertelność w niewydolności serca 139

Kazimierz Wrzesiński
Ostra zatorowość płucna 153

Grzegorz Pulkowski
Choroby naczyń obwodowych jako determinanty zdrowia pacjentów z chorobami układu krążenia 169

Grzegorz Bojarski
Leczenie inwazyjne pacjentów z ostrym zawałem serca z utrzymującym się uniesieniem odcinka ST 179

Jacek Budzyński
„Przez żołądek do serca", czyli determinanty funkcjonowania układu krążenia zależne od stanu przewodu pokarmowego 185

Joanna Majczak
Statystyczne metody określania stanu zdrowia 199

Informacje o autorach 223

TABLE OF CONTENTS

Introduction 9

I. Selected issues concerning physical
and mental health of children and teenagers

Maria Posłuszna-Owcarz
"My school today", "My dream school" psychological dimension
of children's works 15

Dorota Kochman, Wanda Stefańska, Beata Haor, Maria Paczkowska
The pupil of the contemporary school and of the future school
in context of psychical health 35

Edyta Misiak, Maria Posłuszna-Owcarz, Leokadia Rezmerska
School problems of pupils attending to primary
and secondary schools in opinions of school guidance counsellors 43

Maria Posłuszna-Owcarz
Domestic violence and children's difficulties at school 63

Joanna B. Borowiak
Development of creative abilities among young children and youth
through applying inventive methods in educational practice 77

Tomasz Borowiak
Stress prevention in the activities of psychological
and pedagogical counselling 85

Dorota Kochman, Jadwiga Marciniak
Student's health education in faulty posture prevention 101

Eugeniusz Suwiński
Health education in a struggle with marginalization
and social exclusion 117

II. Clinical reports

Łukasz Bednarczyk, Adam Sukiennik, Jacek Kubica
Cardiology in the Kujawy-Pomerania province against a background of Poland 129

Władysław Sinkiewicz, Magdalena Grochowska
How to effectively diminish mortality rate in cardiac insufficiency 139

Kazimierz Wrzesiński
Pulmonary embolism 153

Grzegorz Pulkowski
Peripheral artery diseases as health's determinants in patients with cardiovascular diseases 169

Grzegorz Bojarski
Invasive treatment in ST elevation myocardial infarction patients 179

Jacek Budzyński
"Through the stomach into the heart" The determinants of circulatory system functioning related to the state of digestive tract . . . 185

Joanna Majczak
Statistic methods of definitions of states of health 199

Information about authors 223

WPROWADZENIE

Na szeroko rozumiane zdrowie wpływ mają różnorodne czynniki. Jednym z nich są warunki wychowania i nauczania, toteż problemom zdrowotnym, społecznym i psychicznym uczniów szkoły współczesnej poświęcona jest część pierwsza obecnego wydania.

Współczesna szkoła budzi różne, nawet krańcowe stanowiska. Jedni narzekają na zachowania nauczycieli, pedagogów, psychologów szkolnych, inni na uczniów, jeszcze inni na brak lub nadmierne wymagania, przeładowanie nauką i obowiązkami, zły klimat, przemoc szkolną, niechęć, niezrozumienie, złą organizację pracy szkoły. Inni akceptują i popierają dzisiejszą szkołę. Jednak stereotyp myślenia o zdrowej szkole jest negatywny i pełen sprzeczności. W dostępnych publikacjach nie dotarto do bezpośrednich danych przemawiających za tezą, że szkoła szkodzi zdrowiu uczniów, ale z niektórych badań może wynikać, że środowisko szkolne, w jakim przebywają uczniowie, ma mniejszy lub większy związek z występowaniem pewnych problemów i zaburzeń zdrowotnych (somatycznych i psychicznych) u dzieci i młodzieży.

Współczesna szkoła staje przed poważnym problemem, jakim są trudności wychowawcze i problemy z nauką. Oprócz uczniów mających trudności z nauką, wzrasta liczba nieakceptowanych zachowań uczniów oraz poszerza się katalog problemów wychowawczych. Wśród wielu negatywnych zachowań dzieci i młodzieży, jako szczególnie uciążliwe i najczęściej występujące, wymienia się przemoc szkolną, przybierającą niekiedy postać tzw. fali, wagarowanie, palenie papierosów, picie alkoholu i narkotyzowanie się, uzależnienia od nowoczesnych urządzeń technicznych, takich jak: Internet, komórka, telewizja, gry komputerowe; wiązanie się młodych ludzi z podejrzanymi grupami nieformalnymi i sektami, ciąże nastolatek. Coraz młodsze dzieci sięgają po używki oraz prezentują postawy aspołeczne. Jest to dla psychologów, pedagogów i nauczycieli, wychowawców sygnał o konieczności prowadzenia intensywnej pracy indywidualnej z tymi dziećmi i ich rodzicami. Daje się także zauważyć, że młodzież jest coraz słabsza psychicznie. Stąd liczne przypadki nerwic, zaburzeń psychosomatycznych, depresji młodzieńczej i związanych z nią prób samobójczych. Skutki przemocy w domach rodzinnych nasilają trudności szkolne dziecka krzywdzonego, co wymaga specjalnych oddziaływań i terapii. Nieodpowiednie do wieku i wzrostu wyposażenie klas, przeładowane plecaki, zbyt mało zajęć ruchowych, ogólnorozwojowych i korekcji wad postawy, hałas, pośpiech,

niewłaściwe nawyki żywieniowe, kształtowane przez otoczenie rodzinne, zaburzają rozwój fizyczno-somatyczny uczniów, przyczyniając się do pogłębiania wad postawy, zaburzeń słuchu, wzroku, otyłości. Coraz więcej jest dzieci wymagających indywidualnego traktowania, dostosowywania treści nauczania do ich zaburzeń. Wśród populacji tych dzieci coraz częściej diagnozuje się zespoły genetyczne, które implikują trudności szkolne. Toteż celem zamieszczonych w części pierwszej opracowań jest zaprezentowanie wyników badań dotyczących wizerunku współczesnej szkoły, które pozwoliły odpowiedzieć na pytanie, czy dzieci czują się w szkole bezpiecznie, na czyją pomoc mogą liczyć, o jakiej szkole marzą. Doniesienia te były prezentowane na konferencji naukowej pt. „Szkoła a zdrowie psychiczne ucznia", zorganizowanej przez Sekcję Zdrowia Publicznego Włocławskiego Towarzystwa Naukowego oraz Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej we Włocławku, która odbyła się we Włocławku 18 września 2009 r.

Artykuł «„Moja szkoła dziś", „Szkoła moich marzeń" — psychologiczny wymiar twórczości dziecięcej» dr Marii Posłusznej-Owcarz przedstawia wyniki konkursu rysunkowego przeprowadzonego wśród uczniów klas trzecich szkoły podstawowej na temat szkoły dzisiejszej i szkoły przyszłości. Wyniki analizy rysunków uczniów pokazują istotne różnice pomiędzy tym jak uczniowie widzą szkołę dzisiejszą a o jakiej szkole marzą. Obecną szkołę symbolizuje tradycyjny budynek i klasa szkolna ze starą, dobrą tablicą. Szkoła marzeń to szkoła nowoczesna, bogato wyposażona w sprzęt teleinformatyczny, w infrastrukturę sportową, umożliwiająca realizację zainteresowań.

Poznanie i zrozumienie sytuacji ucznia w szkole, jego problemów i oczekiwań a także różnych uwarunkowań, stanowi podstawę do programowania pracy wychowawczej oraz projektowania działań z zakresu promocji zdrowia, których celem jest kształtowanie stylu życia przeciwstawiającego się przemocy. Założenie to stało się punktem wyjścia badań ankietowych, skierowanych do grupy wiekowej dzieci uczących się w klasach podstawowych i gimnazjalnych. Uzyskane wyniki przedstawia opracowanie dr Doroty Kochman, dr Wandy Stefańskiej, dr Beaty Haor, mgr Marii Paczkowskiej pt. „Uczeń szkoły współczesnej i szkoły w przyszłości w kontekście zdrowia psychicznego".

„Problemy szkolne uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych w opinii pedagogów szkolnych" zostały przedstawione w artykule mgr Edyty Misiak, dr Marii Posłusznej-Owcarz i dr Leokadii Rezmerskiej pod tym samym tytułem. Autorki na podstawie wyników ankiety, przeprowadzonej wśród pedagogów szkolnych włocławskich szkół podstawowych i gimnazjów, opisują najczęściej zgłaszane przez nauczycieli, rodziców i same dzieci, problemy szkolne uczniów, związane z trudnościami w nauce oraz z zaburzeniami zachowania i emocji.

Wpływ skutków przemocy domowej na funkcjonowanie dziecka krzywdzonego w środowisku szkolnym przedstawia kolejny artykuł dr Marii Posłusznej-Owcarz pt. „Przemoc w rodzinie a trudności szkolne dziecka".

O tym, że praca nad kształtowaniem dyspozycji twórczych uczniów wymaga od nauczycieli specjalnych kompetencji w zakresie metod rozwijania kreatywności i umiejętności posługiwania się nimi oraz chcąc wykształcić w swoich wychowankach twórcze postawy, nauczyciel sam powinien posiadać osobowość twórczą, odznaczać się otwartością, determinacją w pokonywaniu własnych niedoskonałości, chęcią poznawania swoich wychowanków, eksponowania ich mocnych stron przy świadomości odpowiedzialności za ich rozwój pisze dr Joanna Borowiak w artykule „Rozwijanie dyspozycji twórczych dzieci i młodzieży poprzez zastosowanie metod inwentycznych w praktyce pedagogicznej".

Jaką rolę w systemie edukacji pełnią poradnie psychologiczno-pedagogiczne, na czym polega ich działalność profilaktyczna, diagnostyczna i terapeutyczna, skierowana do dzieci, młodzieży, rodziców i nauczycieli, ze szczególnym zwróceniem uwagi na psychoprofilaktykę stresu, to zagadnienia poruszane w artykule dr. Tomasza Borowiaka „Profilaktyka stresu w działaniach Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej".

Kolejny artykuł „Edukacja zdrowotna uczniów w aspekcie profilaktyki wad postawy" dr Doroty Kochman i Jadwigi Marciniak, skierowany do nauczycieli, rodziców, pielęgniarek pracujących w środowisku nauczania i wychowania, akcentuje konieczność kształtowania zachowań prozdrowotnych i zapobiegania powstawania wad postawy u dzieci i młodzieży.

Dr Eugeniusz Suwiński w opracowaniu na temat „Edukacja zdrowotna w walce z marginalizacją i wykluczeniem społecznym" szczególnie podkreślił konieczność rozwijania umiejętności życiowych u uczniów na wszystkich etapach edukacyjnych. Te umiejętności psychospołeczne mają bowiem istotne znaczenie dla aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym i radzenia sobie na rynku pracy.

Jeżeli szkoła dalej będzie skansenem z kredą i ścierką do wycierania tablicy, to niewiele się zmieni w obrazie naszej edukacji i będzie ona coraz bardziej nieatrakcyjna dla ucznia, a tradycyjne nauczanie coraz bardziej nieefektywne. Co można robić aby uczniowie lubili szkołę. Szkoła przyszłości, która jest wynikiem powstania społeczeństwa informacyjnego powinna być realizatorem nowoczesnej edukacji, z nowoczesnymi metodami nauczania, wyposażona w nowoczesne urządzenia techniczne, z bogatą infrastrukturą, umożliwiającą realizację różnorodnych zainteresowań, w tym sportowych, informatycznych.

Przede wszystkim, powinna umieć odpowiadać na potrzeby, zainteresowania i problemy dzieci. Jeżeli chcemy, aby uczniowie funkcjonowali na miarę swoich możliwości, dobrze czuli się w szkole, musimy sprawić, aby

było to miejsce, w którym mogą zaspokoić swoje potrzeby i zainteresowania. Także wiele omawianych zagadnień, takich jak stosunek do szkoły jako miejsca nauki i pracy, kompetencje zawodowe, umiejętność współpracy i współżycia uczniów i nauczycieli, wzajemna sympatia, zrozumienie, akceptacja mają i będą mieć wpływ na atmosferę szkoły.

Uczniowie chcąc się czuć bezpiecznie muszą być przekonani, że w szkole mogą otwarcie mówić o swoich problemach i kłopotach, także domowych, że w razie potrzeby otrzymają konieczne im wsparcie, że są obdarzani sympatią i zaufaniem, że mogą osiągać sukcesy na miarę swoich możliwości.

Znaczenie szkoły jako wiodącego czynnika, kształtującego osobowość każdego ucznia pozostaje niepodważalne. Istotna jest jednak wczesna identyfikacja zagrożeń i nieprawidłowości, zakłócających funkcjonowanie środowiska szkolnego w celu modyfikacji czynników, wpływających na jakość nauczania i wychowania. Natomiast jednym z wielu podejmowanych działań, zapobiegających występowaniu różnorodnych zaburzeń w rozwoju psychicznym i fizycznym dzieci i młodzieży jest edukacja zdrowotna.

Ponieważ w dorosłej populacji Polaków najczęstszą przyczynę zgonów stanowią choroby serca i układu krążenia, toteż część druga zeszytu przedstawia zagadnienia kliniczne współczesnej kardiologii, które zostały zaprezentowane 21 października 2010 r. we Włocławku na Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Perspektywy Zdrowia Publicznego w XXI wieku", zorganizowanej przez Wyższą Szkołę Humanistyczno-Ekonomiczną we Włocławku i Polskie Towarzystwo Kardiologiczne Oddział we Włocławku.

Przełom XX i XXI wieku przyniósł gwałtowne zmiany w polskiej kardiologii. Dotyczyły one zarówno wprowadzania nowych metod leczenia, jak i powstawania nowych ośrodków kardiologicznych. Gwałtowny rozwój kardiologii inwazyjnej związanej z postępem technologicznym pod względem techniki wykonywanych zabiegów, stworzył zupełnie nowe możliwości leczenia pacjentów z chorobą wieńcową, która była i jest jedną z głównych przyczyn umieralności w Polsce. W artykule „Kardiologia w województwie kujawsko-pomorskim na tle Polski" autorzy lek. Łukasz Bednarczyk, dr n. med. Adam Sukiennik i prof. dr hab. n. med. Jacek Kubica przedstawiają, jak na tle Polski wygląda rozwój kardiologii w województwie kujawsko-pomorskim.

Zagadnienie „Jak skutecznie zmniejszać śmiertelność w niewydolności serca" poruszyli w swoim wystąpieniu prof. dr hab. n. med. Władysław Sinkiewicz i lek. Magdalena Grochowska. Jest to istotny problem, gdyż niewydolność serca (HF) należy do chorób o wybitnie złym rokowaniu, a optymalne postępowanie w HF jest jednym z najtrudniejszych problemów w codziennej praktyce klinicznej.

Równie ważnym problemem klinicznym w kardiologii jest występowanie ostrej zatorowości płucnej. Schorzenie to przedstawił dr n. med. Kazi-

mierz Wrzesiński w opracowaniu pt. „Ostra zatorowość płucna", podkreślając że wczesne rozpoznanie pozwala często na skuteczne leczenie powikłań zagrażających życiu pacjenta, a zwłoka lub nierozpoznanie schorzenia wiąże się natomiast z dużą śmiertelnością.

Inni autorzy, w swoich doniesieniach, zwracają uwagę na różnorodne uwarunkowania chorób układu krążenia. Dr n. med. Grzegorz Pulkowski w artykule „Choroby naczyń obwodowych jako determinanty zdrowia pacjentów z chorobami układu krążenia" zwraca uwagę na fakt, że choroby naczyń obwodowych stanowią istotne zagadnienie zdrowia publicznego, angażującym coraz więcej środków, a skuteczna profilaktyka i wczesne leczenie stanowią wyzwanie i zadanie medycyny najbliższych lat.

Dr n. med. Grzegorz Bojarski w artykule „Leczenie inwazyjne pacjentów z ostrym zawałem serca z utrzymującym się uniesieniem odcinka ST" zaprezentował aktualne wytyczne dotyczące postępowania z chorymi na zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST oraz uwypuklił znaczenie szybkiej reperfuzji, szczególnie z zastosowaniem pierwotnej angioplastyki wieńcowej.

Dr n. med. Jacek Budzyński w opracowaniu «„Przez żołądek do serca" — czyli determinanty funkcjonowania układu krążenia zależne od stanu przewodu pokarmowego» podkreśla znaczenie przewodu pokarmowego dla patogenezy i prognozy chorób układu krążenia.

Doniesienia, zarówno pierwszej jak i drugiej konferencji, dotyczą szeroko rozumianego pojęcia zdrowia, tak w sensie jednostki jak i społeczeństwa. Dla jego oceny stosuje się różnorodne mierniki zdrowotności i to zagadnienie jest przedmiotem artykułu dr Joanny Majczak „Statystyczne metody określania stanu zdrowia".

Niniejszy zeszyt zawiera materiały, przedstawiające istotne problemy zdrowotne osób w różnym wieku. Ponieważ u większości ludzi w ogólnej hierarchii wartości zdrowie zajmuje kluczową pozycję toteż na zakończenie redaktorki tomu pragną przypomnieć fragment zawsze aktualnej fraszki Jana Kochanowskiego „Na zdrowie":

Szlachetne zdrowie,
Nikt się nie dowie,
Jako smakujesz,
Aż się zepsujesz.
Tam człowiek prawie
Widzi na jawie
I sam to powie,
Że nic nad zdrowie
Ani lepszego,
Ani droższego.

dr n. med. Maria Posłuszna-Owcarz
dr n. med. Wanda Stefańska

Maria Posłuszna-Owcarz
(Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku,
Ośrodek Adopcyjno-Opiekuńczy we Włocławku,
Poradnia Psychologiczna dla Dzieci i Młodzieży Samodzielnego
Publicznego Zespołu Przychodni Specjalistycznych we Włocławku)

„MOJA SZKOŁA DZIŚ", „SZKOŁA MOICH MARZEŃ" PSYCHOLOGICZNY WYMIAR TWÓRCZOŚCI DZIECIĘCEJ

Słowa kluczowe: psychologia; rysunek; szkoła.

„MY SCHOOL TODAY", „MY DREAM SCHOOL" PSYCHOLOGICAL DIMENSION OF CHILDREN'S WORKS

Key words: psychology; a drawing; a school.

Wstęp

Sztuka nie jest dla dziecka tym samym co dla człowieka dorosłego, jest przede wszystkim środkiem wyrazu i komunikacji. Zdaniem wielu psychologów rysunek dziecka ujawnia jego procesy poznawcze, emocjonalne, rozwój ruchowy. Prace plastyczne, w tym rysunek, pobudzają dziecko do swobodnego i pełnego wyrażania myśli i przeżyć za pomocą linii, barwnych plam, form przestrzennych. Należy jednak pamiętać, że treść i forma rysunku zależy nie tylko od przeżyć psychicznych dziecka, ale i od czynników zewnętrznych, np. środowiska rodzinnego i szerszego otoczenia, w którym dziecko żyje [1].

Rysowanie i malowanie jest przejawem indywidualizmu. Każdy obrazek ujawnia cechy osobowości jego twórcy. Natomiast interpretacja dzieła zależy zawsze od punktu widzenia, własnych przeżyć i doświadczeń obserwatora. Dlatego też dopuszczalne są różne interpretacje. Analiza treści obrazu nie może przebiegać według schematycznych interpretacji symboli.

Mało odpowiedzialne jest analizowanie gotowego rysunku, w którym nie uwzględniono tła oraz procesu tworzenia [2].

Wiemy, że pierwsze kreski pojawiają się między ósmym miesiącem a drugim rokiem życia — są one wyznaczone przez oś środkową ciała, wynikają z ruchów zginania i prostowania przedramienia. Rotacyjne ruchy dłoni, chwyt pęsetkowy i usprawnienie kciuka powodują możliwość rysowania kresek kolistych i przerywanych około trzeciego roku życia. Okres bazgroty trwa zwykle do czwartego roku życia. Stopniowo dziecko rysuje coraz więcej, ma poczucie sprawstwa w kreowaniu rzeczywistości, ćwiczy kontrolę wzrokowo-ruchową. Tworzy coraz bardziej skomplikowane formy z kół i kresek. Około czwartego–piatego roku życia pojawia się symetria między elementami, łączenie kresek pod kątem prostym, organizowanie przestrzeni. Dziecko wchodzi w okres przedschematyczny, w którym dokonuje pierwszych prób przedstawienia świata. Obserwuje się pierwsze łatwe do zidentyfikowania szkice postaci i domów, rysunek nabiera elementów anegdotycznych i malowniczych. Między szóstym a dziewiątym rokiem życia, w stadium schematu, rysunek staje się spektaklem — postacie są w ruchu, zwiększa się ilość szczegółów, dobór kolorów jest dyktowany troską o obiektywność. Rysunki stają się bardziej wypracowane, realistyczne, odzwierciedlają przeżycia, zaobserwowane zjawiska przyrody. Pojawia się linia horyzontu, efekt oddalenia, perspektywa. Po dziesiątym roku życia, w stadium realizmu, który trwa do dwunastego roku życia, dzieci nie wypowiadają się poprzez rysunek tak swobodnie. Chcą aby ich dzieła były komunikatywne i jednoznaczne. W późniejszym wieku dochodzi do coraz bardziej zindywidualizowanego stylu w rysunku [3].

Poczynając od około trzeciego roku życia, poprzez przedszkole i wstępne klasy szkoły podstawowej, dzieci rysują i malują w prosty, logiczny sposób, używając własnych form i kształtów. W rzeczywistości dzieci posiadają własny język w zakresie rysowania. Osiągając młodszy wiek szkolny, zaczynają jednak porzucać ten język i próbują coraz częściej rysować tak, jak czynią to dorośli [4].

Rysunek jako wytwór twórczości artystycznej dziecka jest formą porozumiewania się z otoczeniem. Często rysunek jest jedyną formą, w której dziecko może wypowiedzieć się najpełniej. Czynności rysowania umożliwiają często nawiązanie kontaktu między dzieckiem a otoczeniem. Wszelkie kontakty ze sztuką dają wiele korzyści w wychowaniu dziecka niepełnosprawnego. Należy podkreślić, że przy szeroko rozumianej niepełnosprawności, przy wszelkich upośledzeniach zmysłów, przy przewlekłych chorobach, przy ograniczeniach ruchowych, zajęcia plastyczne, w tym rysowanie, oprócz zadań kształcących dają możliwość wypowiedzenia siebie

przez ekspresję plastyczną, czasem jedną z niewielu, do których dziecko jest zdolne [5].

Rysunek jako metoda diagnostyczna

Od dawna interesowano się rysunkiem dziecka jako metodą diagnostyczną. Pierwsze prace na temat rysunków ukazały się już pod koniec XIX w. Na przestrzeni lat zmieniały się jednak koncepcje interpretacji dziecięcych rysunków. Najwcześniejsze z nich koncentrowały się przede wszystkim na dokładnych opisach rysunku w poszczególnych etapach rozwojowych oraz sytuacji, w których one powstawały, bez głębszej analizy samego procesu tworzenia. Posługiwano się metodami statystycznymi. Druga koncepcja wykorzystywała rysunki do pomiarów poziomu intelektualnego dziecka i różnorodnych zdolności psychicznych. Koncentrowano się na pomiarach psychometrycznych. Trzeci kierunek przyjmował, że rysunek jest metodą projekcyjną w badaniach osobowości [6].

Obecnie rysunek znajduje bardzo szerokie zastosowanie w diagnostyce psychologicznej dziecka.

1. Za pomocą wywiadu przez rysunek, może dostarczyć informacji o jego stanie rozwojowym i emocjonalnym, pozwolić na nawiązanie z nim lepszego kontaktu [7].

2. Rysunek może być wykorzystany jako metoda projekcyjna do badania potrzeb, zainteresowań, poglądów, przekonań i postaw wchodzących w skład struktury osobowości, przy czym szczególny nacisk należy położyć na rysunek jako technikę projekcyjną do badania postaw dzieci wobec rodziców i innych członków rodziny [8].

3. Rysunki mogą służyć do badania dojrzałości intelektualnej i kształtowania się pojęć [1].

4. W rysunku dziecko ujawnia nie tylko siebie, swoje cechy osobowości, poziom procesów poznawczych a także zaburzenia i anomalie rozwojowe:

a) uszkodzenia funkcji mózgu mają oczywisty wpływ na rysunek, bez względu na to, czy dotyczą one wszystkich funkcji (encefalopatie, zapalenia mózgu itp.), czy też jednej z nich, jak mowa, wzrok, słuch [6];

b) analiza rysunku pozwala na uchwycenie dysharmonii rozwojowych, w tym motoryki i grafomotoryki, obniżenia sprawności manualnej wskutek zaburzeń analizatora kinestetyczno-ruchowego oraz zaburzeń koordynacji wzrokowo-ruchowej [9];

c) rysunki ujawniają również: zaburzenia analizy i syntezy wzrokowej, zaburzenia orientacji przestrzennej oraz lateralizacji [10].

5. Obserwacja rysowania dostarcza informacji o cechach dziecka sprzyjających osiąganiu sukcesu szkolnego, takich jak: wytrwałość intelektualna, koncentracja uwagi, samokontrola, tempo pracy, pewność siebie [11].

6. Analiza wykonania rysunków pozwala na ujawnienie pewnych występujących patologicznych tendencji:

a) nieprzystosowania emocjonalnego — rysunek jako metoda projekcyjna ujawnia niepokoje i lęki dziecka [12];

b) w niektórych przypadkach można się spotkać z rzucającą się w oczy patologią rysunku dzieci:

— psychotycznych, zwłaszcza schizofrenicznych, z zaburzeniami charakterologicznymi lub zaburzeń, które je poprzedzają: pobudliwość, impulsywność, cechy paranoiczne lub obsesyjne, niezrównoważenie,

— dzieci neurotycznych z objawami lęku, mających poczucie winy, agresywnych [6],

— rysunek dziecka nadpobudliwego charakteryzuje duża postać o agresywnym wyglądzie, narysowana w sposób karykaturalny, rysunek ten jest wykonany byle jak, jest nabazgrany, groteskowy,

— rysunek dziecka w stanie depresji cechuje się rezygnacją z kolorów, pustymi przestrzeniami, większymi ograniczeniami, dezorganizacją, brakiem wykończenia [13],

— rysunek ujawnia zaburzenia reaktywne, powstające na skutek różnego rodzaju urazów psychicznych [6];

c) rysunek służył do testowania wpływu na dziecko niepełnosprawności oraz poważnych chorób, a w szczególności jego cierpień czy lęku przed śmiercią.

Interpretując dziecięce rysunki, należy brać pod uwagę indywidualny rozwój dziecka, poziom opanowania przez nie warsztatu plastycznego i sytuację rodzinną, ważne wydarzenia w życiu dziecka, zdarzenia mogące mieć wpływ na wybór tematu. O wyborze tematu często decyduje właśnie to, na jakim etapie rozwoju znajduje się dziecko.

G.M. Furth w książce *Leczyć malowaniem* przedstawił te czynniki, które należy uwzględniać w interpretacji.

— Jakie uczucia wywołuje u mnie ten obraz?

— Co nietypowego można w nim zauważyć?

— Co znajduje się w centrum?

— Czego nie ma?

— Jakie przeszkody można zaobserwować?

— Jaka jest wielkość i kształt przedstawionych obiektów i w jakim kierunku się one poruszają?

— Czy są widoczne różne perspektywy, pominięte elementy, cieniowanie, coś odciętego, zamkniętego, podkreślonego, przezroczystego, odwrotne kierunki rysunków, zniekształcone formy?

— Jaki element jest wciąż powtarzalny?

Przy analizowaniu rysunków należy także zwrócić uwagę na podział obrazu i przestrzeni, symbolikę kolorów, wykorzystany materiał oraz policzenie powtarzających się przedmiotów. Interpretacja kolorów może dotyczyć miejsca, ilości i intensywności danego koloru rozmieszczonego na kartce papieru. Zakłada on, że nie istnieją żadne jednoznaczne zasady dotyczące interpretacji kolorów. W zasadzie nie należy wyciągać przedwczesnych wniosków. Ważne jest pozostawienie dzieciom wystarczająco dużo czasu, aby pracowały we własnym tempie, wykorzystując własny język form [2].

Istnieją dwa sposoby analizy prac plastycznych: analiza treściowa i analiza formalna. Analiza treściowa, jak wskazuje sama nazwa, polega na uchwyceniu specyfiki treści interesującej prowadzącego, na przykład można zorientować się, jakie sytuacje powodują w dziecku lęk czy poczucie zagrożenia. Od strony formalnej można analizować kolorystykę, poziom staranności pracy, dynamikę kreski i rytm w ekspresji. Analiza ta uwzględniać może także umiejscowienie i wielkość postaci, emocje, jakie wyrażają w swoich gestach czy mimice, sposób przedstawienia osób i przedmiotów, ich wzajemny stosunek (proporcje, bliskość), ilość nagromadzonych szczegółów oraz całość kompozycji (prosta, zagmatwana), stopień zwięzłości, zajętą przestrzeń na kartce. W trakcie analizy, aby była ona pełna, należy wziąć pod uwagę pracę jako całość oraz rozważyć kombinacje poszczególnych czynników. Interpretacja powinna także uwzględniać wiek, dojrzałość, stan emocjonalny, tło społeczne, kulturowe i doświadczenia badanej jednostki. Nie wszystkie dzieci lubią malować lub rysować. Niektóre wolą wyrażać swoje uczucia, doświadczenia, pragnienia w innej formie, w zabawie, w muzyce, śpiewie, ruchu, w poezji. Nie każdy obrazek musi zawierać głęboki sens, nie wszystkie symbole należy rozszyfrowywać, nie każda tajemnica zamieszczona na rysunku musi być odkryta, zinterpretowana, ujawniona. Dzieci malują, ponieważ sprawia to im przyjemność [2].

Na zakończenie należy jeszcze raz podkreślić, że pełna interpretacja rysunku jako metody badawczo-diagnostycznej jest trudna i wymaga dużego doświadczenia, gdyż poszczególne cechy rysunku nabierają znaczenia dopiero w powiązaniu z sytuacjami i innymi cechami. Zasady interpretacji nie zawierają żadnych wskazówek metrycznych, badający posługuje się wyrażeniami opisowymi. Dopiero po porównaniu wielu rysunków można nauczyć się oceniać plastyczne wytwory dziecięce. Trafność oceny i interpretacji tego typu badań zależy w dużym stopniu od umiejętności i wiedzy osoby badającej.

Rysunek jako metoda wychowawczo-terapeutyczna

Rysunek dziecka i cała jego twórczość plastyczna znajdują zastosowanie nie tylko w diagnostyce, ale są również wykorzystywane jako metoda wychowawczo-terapeutyczna.

1. Zajęcia plastyczne (w tym rysunek) stosuje się w artoterapii — rysowanie i malowanie ułatwiają akceptację i przystosowanie dziecka do środowiska, rozładowują napięcie nerwowe, łagodzą reakcje emocjonalne [14].

2. Im dziecko jest młodsze, tym ważniejszą rolę w psychoterapii odgrywa rysunek. Rysunek w psychoterapii pełni podwójną rolę. Pierwsza to środek ekspresji dziecka, druga to funkcja interpretacyjna, dostarczana przez psychoterapeutę. Obydwie one mogą się ze sobą wiązać. Elementem determinującym jest relacja z psychoterapeutą.

3. W rysunkach i innych wytworach plastycznych uczestnicy socjoterapii, mając zapewnioną swobodę, mogą wyrazić siebie, swoje uczucia i przeżycia, rzutować swoje urazy i konflikty na tworzywo plastyczne, uwalniać się od napięć psychicznych. Wspólne rysowanie umożliwia także przeżycie sukcesu [15]. Rysując czy malując dziecko przekonuje się, że może coś samo stworzyć, przez co wzmacnia swoje poczucie pewności siebie [16].

4. Plastyka może również pełnić funkcję resocjalizacyjną wobec młodzieży niedostosowanej społecznie. Jest to często utorowanie uczestnikowi procesu resocjalizacji drogi do ujawnienia najtrudniejszej problematyki, stwarzające możliwość odreagowania tłumionych negatywnych emocji [17].

5. Twórczość plastyczna kształtuje wyobraźnię, pamięć, pozwala uporządkować i utrwalić wiedzę.

6. Działalność rysunkowa dziecka umożliwia ćwiczenie rąk, oczu, kształtowanie poczucia estetyki oraz rozwijanie takich cech, jak: cierpliwość, systematyczność, zamiłowanie do porządku [18].

7. Jednym z celów działań terapeutycznych nauczania i wychowania dzieci upośledzonych, zaburzonych, niepełnosprawnych jest m.in. kształtowanie wyobraźni, pamięci. Czynność rysowania pozwala uporządkować i utrwalić wiedzę, rozwija spostrzegawczość, usprawnia koordynację wzrokowo-ruchową i sprawność manualną, podnosi graficzny poziom pisma, usprawnia ruchowo. Dziecko, które nie umie w pełni wypowiedzieć się za pomocą słowa, wypowiada się za pomocą prac plastycznych [19].

8. W wieku szkolnym rysunek dziecka niepełnosprawnego staje się dla nauczycieli ważną wskazówką dostarczającą informacji nie tylko o życiu osobistym dziecka, ale również o przyswojonych przez nie treściach programu szkolnego [11].

Na zakończenie należy podkreślić, że czynność rysowania jest nieodłącznym elementem procesu wychowania każdego dziecka. Kształci, stymuluje, bawi, inspiruje, komunikuje i wychowuje.

„Moja szkoła dziś i jutro" — analiza rysunków dziecięcych

Cel badań

Celem przeprowadzonej analizy było poznanie:
— jak dzieci w młodszym wieku szkolnym widzą teraźniejszą szkołę,
— o jakiej szkole marzą,
— na czym, zdaniem dziecka, polega istotna różnica pomiędzy szkołą dzisiejszą a szkołą jutra.

Materiał i metoda

Analizie poddano 198 rysunków dzieci klas III ze Szkół Podstawowych nr 2, nr 7, nr 20 we Włocławku, jakie wpłynęły na konkurs ogłoszony przez Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Humanistyczn-Ekonomicznej we Włocławku. Każde z dzieci miało narysować po dwa rysunki: jeden na temat „Moja szkoła dziś", drugi na temat „Szkoła moich marzeń".

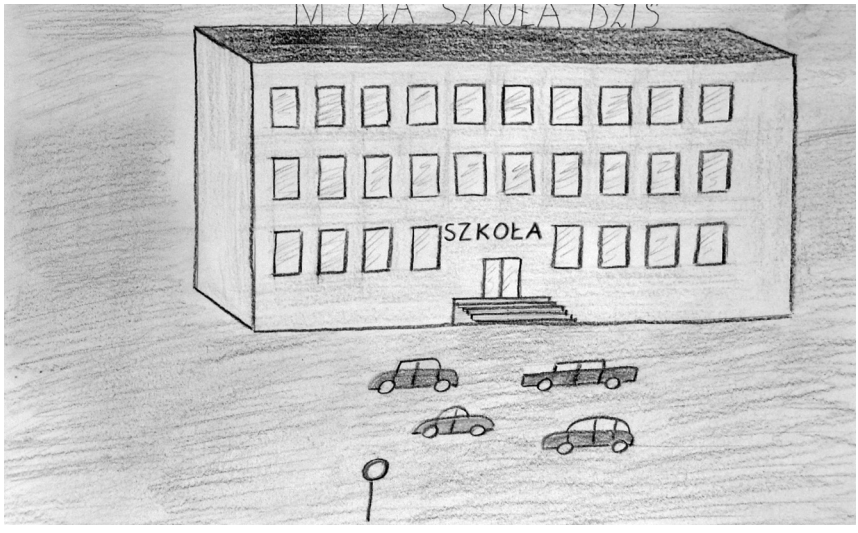
Przez szacunek dla małych twórców a także z powodu niemożności uzupełnienia rysunków rozmową z ich autorami oraz nieznajomości warunków rysowania, nie zastosowano typowej analizy psychologicznej.

Mając na uwadze powyższe, przy analizowaniu rysunków wzięto pod uwagę: symbolikę, ilość i intensywność kolorów, wykorzystaną technikę pracy plastycznej, wielkość i kształt przedstawionych obiektów, najczęściej powtarzające się przedmioty i nietypowe elementy rysunków. Do interpretacji wykorzystano analizę porównawczą.

Wyniki

Większa część dzieci, rysując „Moją szkołę dziś", przedstawiała szkołę bardzo realistycznie i formalnie jako typowy, monumentalny budynek szkolny. Zajmował on centralne miejsce na rysunku (rys. 1). Niektóre z rysunków,

przedstawiających „Szkołę moich marzeń", także ujmowały budynki szkolne, ale w większości przypadków nie były one tak standardowe, miały różne, nawet dziwne kształty i dodatkowe, niestandardowe, wesołe elementy" (rys. 2).

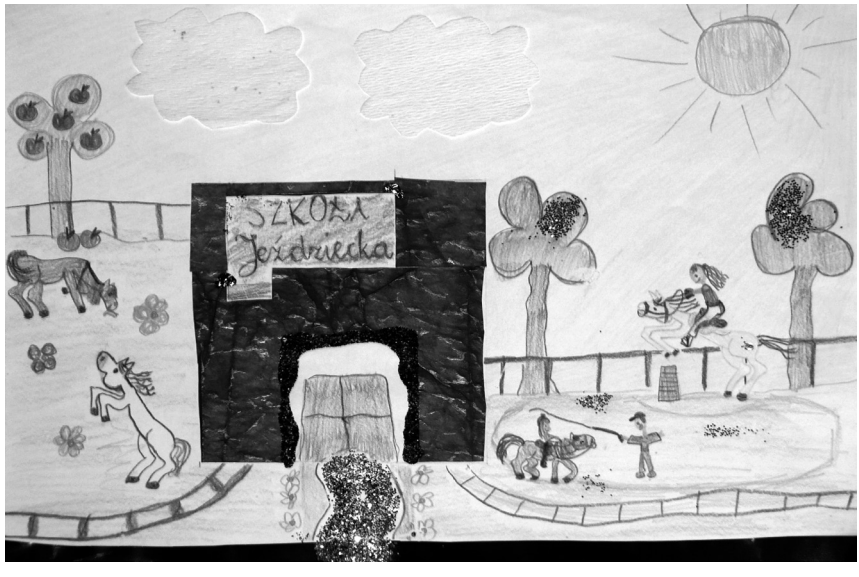


Rysunek 1. A.R., kl. III — „Moja szkoła dziś"

Rysunek 2. K.F., kl. III — „Szkoła moich marzeń"

Dzieci rysując „Moją szkołę dziś" przedstawiały tradycyjną salę szkolną (rys. 3). Natomiast rysując „Szkołę moich marzeń" uczniowie przedstawiali swoje potrzeby, marzenia i zainteresowania: postacie z filmów i bajek, aktorów, ulubione zwierzęta (rys. 4). Kto w tym wieku nie marzy, aby zostać „gwiazdą" (rys. 5).

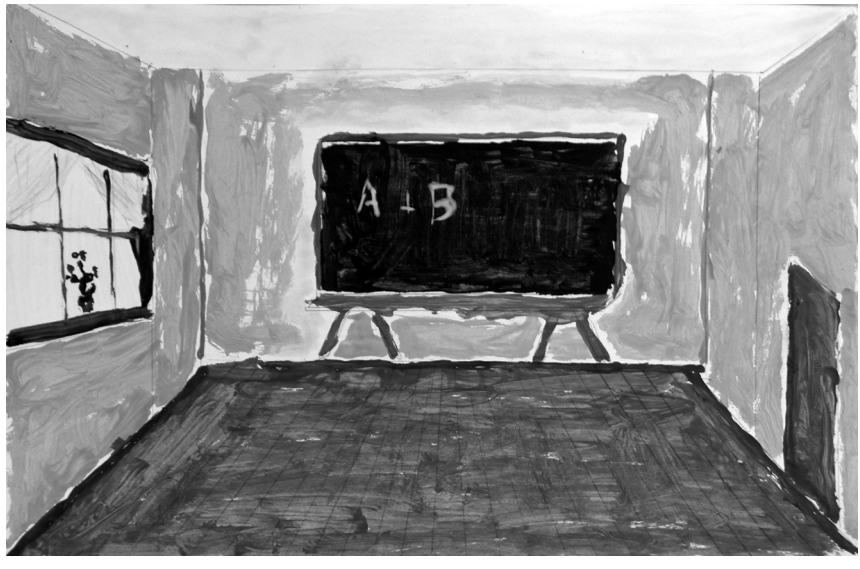
Rysunek 3. P.B., kl. III — „Moja szkoła dziś"



Rysunek 4. O.B., kl. III — „Szkoła moich marzeń"

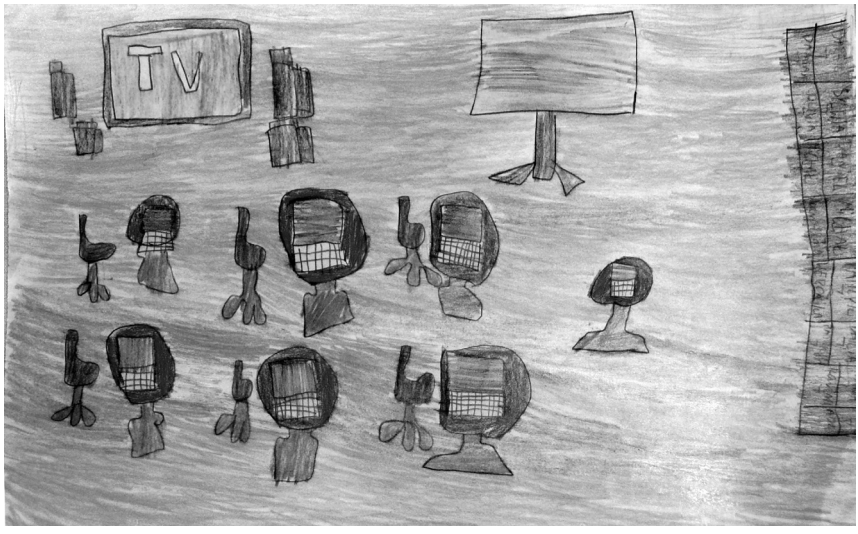
Rysunek 5. D.K., kl. III — „Szkoła moich marzeń"

Symbolem szkoły dzisiejszej pozostaje, zdaniem dzieci, nadal stara, dobra tablica szkolna, która widnieje na dużej liczbie rysunków „Mojej szkoły dziś", a w dużej części prac stanowi punk centralny, najbardziej rzucający się w oczy (rys. 6).

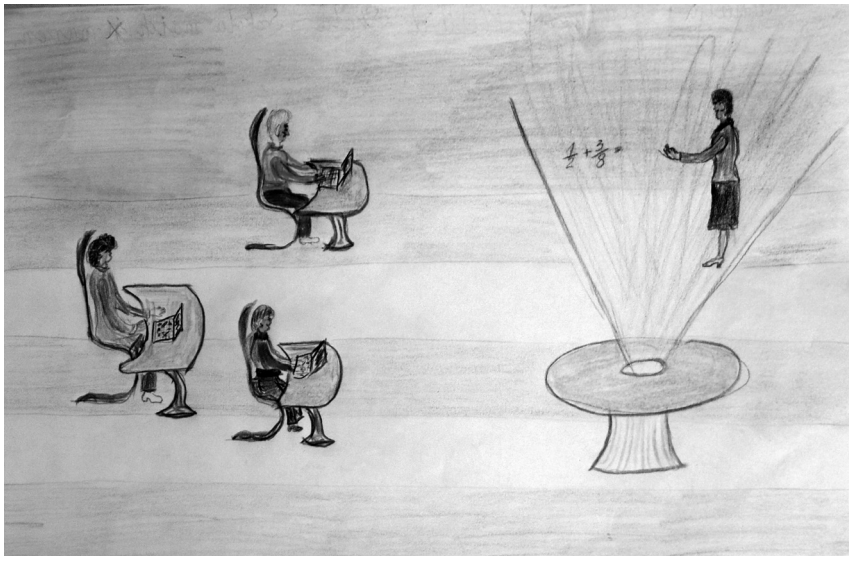


Rysunek 6. A.O., kl. III — „Moja szkoła dziś"

Natomiast symbolem „Szkoły moich marzeń" jest komputer, gdyż najczęściej przedstawianym elementem w tych pracach były właśnie komputery. Sale są tutaj w pełni wyposażone w nowoczesną technikę: komputery, telewizja (rys. 7). Dzieci myślą już o nowoczesnym nauczaniu z wykorzystaniem zjawiska teleportacji (rys. 8).

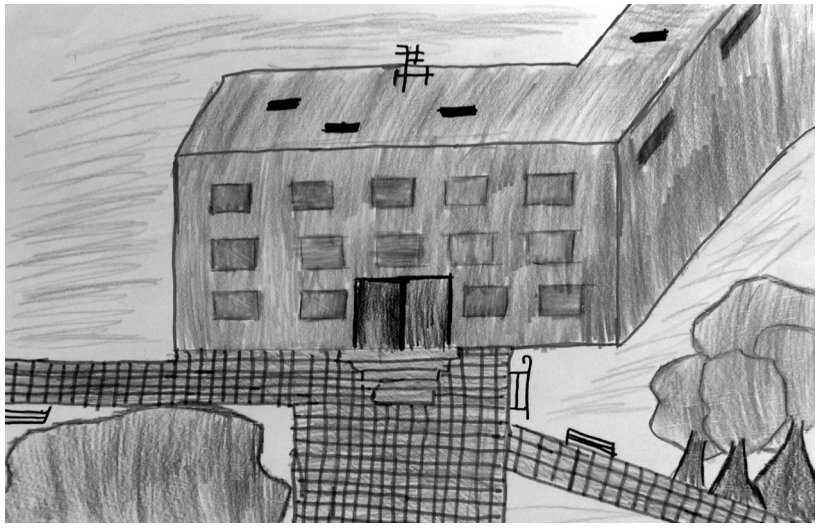


Rysunek 7. D.D., kl. III — „Szkoła moich marzeń"

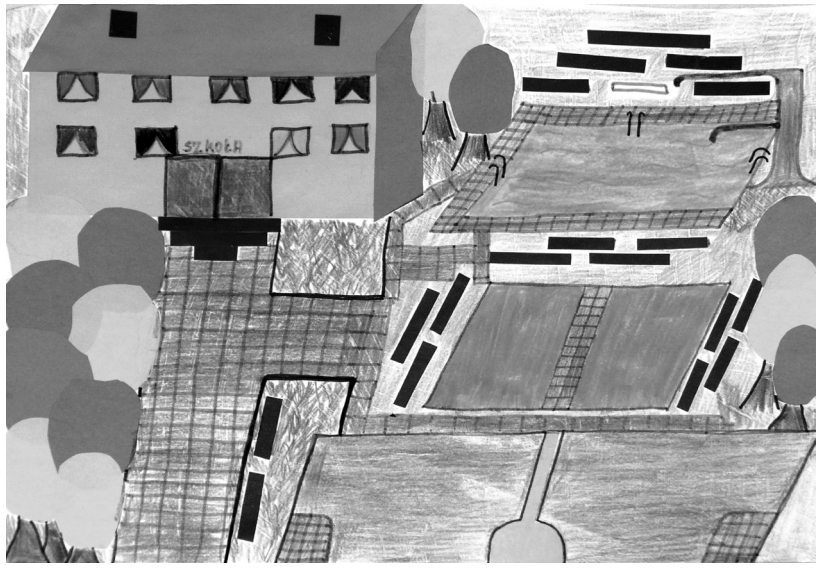


Rysunek 8. M.P., kl. III — „Szkoła moich marzeń"

Rysunki „Mojej szkoły dziś" przedstawiają bardzo ubogie wyposażenie szkół w przedmioty i urządzenia służące do zabaw, sportu, wypoczynku, a na wielu rysunkach nie ma ich w ogóle (rys. 9). Natomiast w „Szkole moich marzeń", powtarzającymi się elementami były różnorodne urządzenia i kompleksy sportowe (rys. 10). Równie częste były urządzenia służące do zabawy i wypoczynku (rys. 11).



Rysunek 9. A.K., kl. III — „Moja szkoła dziś"



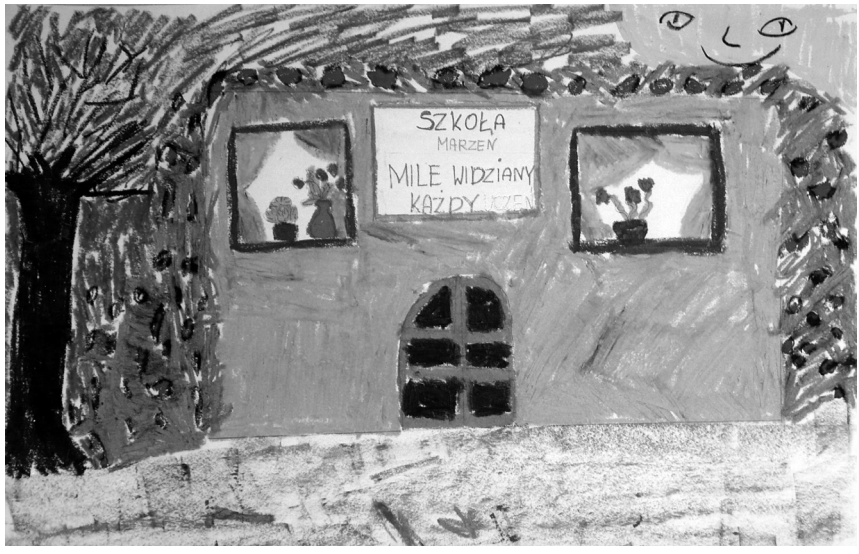
Rysunek 10. A.K., kl. III — „Szkoła moich marzeń"

Rysunek 11. S.K., kl. III — „Szkoła moich marzeń"

W „Mojej szkole dziś" uczniowie nie uwzględnili żadnych atrybutów niepełnosprawności, natomiast zawierają je niektóre rysunki „Szkoły moich marzeń" (rys. 12).

Rysunek 12. P.B., kl. III — „Szkoła moich marzeń"

W niektórych rysunkach „Szkoły moich marzeń" pojawiły się oznaki sugerujące, że dzieci pragną szkoły bardziej przyjaznej, na co wskazywał napis „Szkoła marzeń. Mile widziany każdy uczeń" (rys. 13). Inne oznaki, o podobnym wydźwięku mogły stanowić: otwarte szeroko na zewnątrz okna oraz uśmiechnięte, pogodne kolorowe usta (rys. 14).



Rysunek 13. S.Ch., kl. III — „Szkoła moich marzeń"

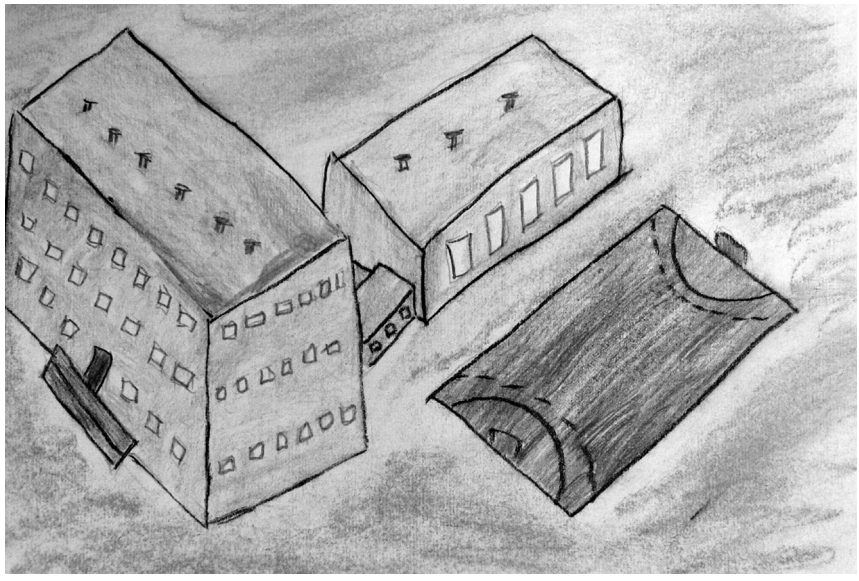
Rysunek 14. J.M., kl. III — „Szkoła moich marzeń"

Bywa jednak i tak, że z jakiś przyczyn dziecko może czuć się w obecnej szkole źle. Jest to sygnał dla rodziców, nauczycieli, pedagogów aby zainteresowali się problemem (rys. 15).

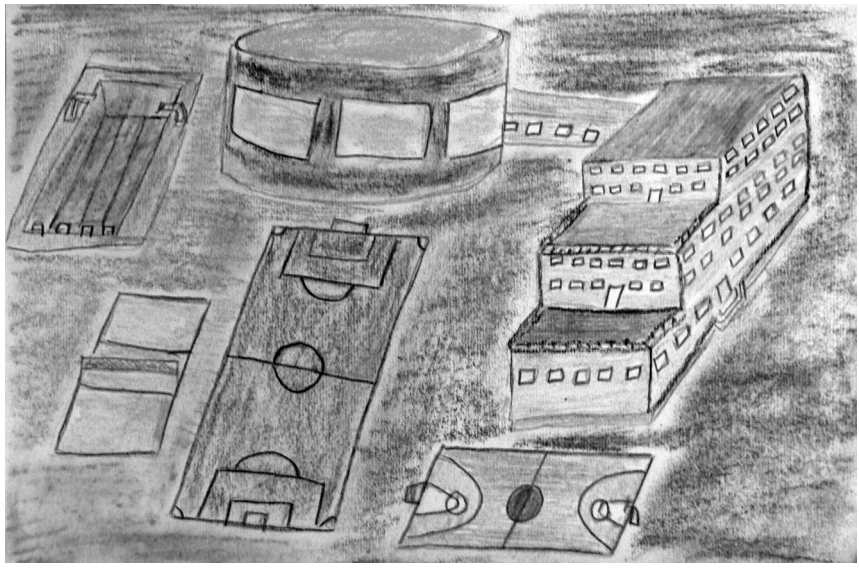
Rysunek 15. D.K., kl. III — „Moja szkoła dziś"

W rysunkach „Mojej szkoły dziś" dominowała kolorystyka stonowana, często jednorodna, monotonna, z odcieniami szarości (rys. 16). Natomiast „Szkoła moich marzeń" tych samych autorów, przedstawiała bogactwo kształtów i kolorystyki (rys. 17).

Rysunki różniły się nie tylko kolorystyką, ale także techniką wykonania. Większość rysunków „Mojej szkoły dziś" była wykonana tradycyjnymi kredkami bądź farbami. Natomiast przy realizacji „Szkoły moich marzeń" uczniowie wykorzystali inne techniki, takie jak: łączenie kredki i wycinanki, wydzieranki, wylepianki, a nawet grafikę komputerową (rys. 18).

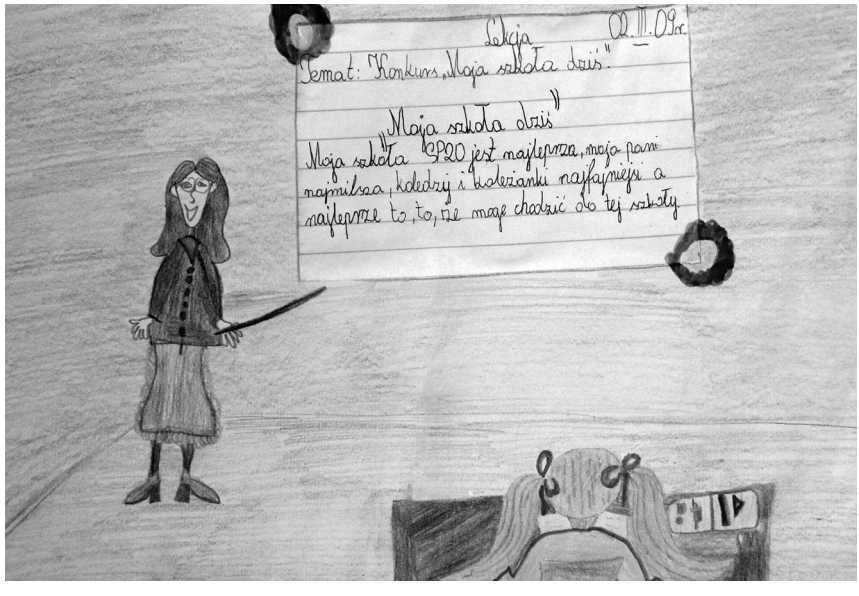


Rysunek 16. O.K., kl. III — „Moja szkoła dziś"



Rysunek 17. O.K., kl. III — „Szkoła moich marzeń"

Rysunek 18. M.P., kl. III — „Szkoła moich marzeń"



Rysunek 19. A.Ż., kl. III — „Moja szkoła dziś"

Wnioski

Każdy z rysunków jest jedyny w swoim rodzaju, gdyż są one wytworami twórczości dzieci o różnych temperamentach, doświadczeniu, wiedzy i umiejętnościach, uwarunkowaniach społecznych i rodzinnych. Trudno jest więc, nie dysponując szerszymi danymi oraz nie znając warunków powstawania dzieła, wyciągać wnioski ogólne z przeprowadzonych badań. Można to jednak uczynić, przyjmując pewne wnioski z analizy porównawczej jako punkt wyjścia do dalszej pracy nad nimi. Oto one.

1. W tradycyjnej szkole dziecko czuje się przytłoczone, mniej swobodne — symbolizuje to monumentalny, stateczny budynek i stonowana, uboga kolorystyka, gorsza jakość wykonania i mniej zróżnicowana technika. Natomiast szkoła przyszłości to szkoła swobodna, kolorowa, z otwartymi oknami, witająca uśmiechniętymi, kolorowymi, pogodnymi ustami i napisem „Szkoła marzeń. Mile widziany każdy uczeń".

2. Symbolem tradycyjnej szkoły nadal jest stara, dobra tablica i tradycyjna sala szkolna. Natomiast symbolem szkoły przyszłości są komputery oraz nowoczesne środki nauczania z wykorzystaniem np. zjawiska teleportacji, lekcje w plenerze, dużo sportu.

3. Dzieci dostrzegają słabe wyposażenie szkół w infrastrukturę sportową, taką jak: baseny, ścieżki rowerowe, nowoczesne boiska, korty, place zabaw. Wyobrażają sobie przyszłą szkołę jako wielofunkcyjny kompleks do nauki, sportu, zabawy i rekreacji.

4. Cieszy jednak, kiedy uczeń rysując swoją szkołę pisze „Moja szkoła SP 20 jest najlepsza, moja pani najmilsza, koledzy i koleżanki najfajniejsi, a najlepsze to, że mogę chodzić do tej szkoły" (rys. 19).

Podsumowanie

Na podstawie analizy rysunków dziecięcych o tematyce szkolnej można zauważyć, że dzieci w młodszym wieku szkolnym różnie przedstawiają szkołę obecną oraz szkołę przyszłości. Pragną szkoły bardziej swobodnej, wyposażonej w nowoczesne urządzenia do nauki i wykorzystującą nowe metody nauczania, zawierającą różnorodne obiekty służące nie tylko do nauki i realizacji zainteresowań np. sportowych, ale także urządzeń do zabawy i wypoczynku. Uzyskane wnioski mogą stanowić punkt wyjścia do dalszych szczegółowych badań, jednak pełna, psychologiczna interpretacja

byłaby możliwa dopiero po przeprowadzeniu uzupełniającego badania psychologicznego innymi metodami.

Streszczenie

Wielu psychologów zakłada, że rysunek dziecka ujawnia jego procesy poznawcze, emocjonalne, rozwój ruchowy, toteż celem niniejszej pracy było ukazanie możliwości wykorzystania rysunku w diagnostyce, wychowaniu i terapii dziecka. Należy tu jednak pamiętać, że treść i forma rysunku zależy nie tylko od przeżyć psychicznych i możliwości samego dziecka, ale także od wpływów środowiskowych, w jakich dziecko żyje i wychowuje się.

Na przykładzie psychologicznej analizy rysunków o tematyce szkolnej, wykonanych przez uczniów III klas Szkół Podstawowych nr 2, nr 7, nr 20 we Włocławku pokazano jak dzieci w młodszym wieku szkolnym widzą swoją szkołę dzisiaj oraz jak wyobrażają ją sobie w przyszłości. Szkoła przyszłości, zdaniem dzieci, powinna być bardziej nowoczesna, z zapleczem sportowym i rekreacyjnym, skomputeryzowana, swobodniejsza, umożliwiająca realizację różnorodnych zainteresowań.

Summary

Many psychologists assume that children's drawings show children's cognitive and emotional processes as well as motor development, hence the aim of this paper is to present how children's drawings can be used in diagnosis, upbringing and therapy. However, it needs to be remembered that the content and form of the drawings depend on both psychic experiences and abilities of children as well as environment children are brought up in.

Analysis of the drawings concerning school, made by the pupils of third grade of three elementary schools in Włocławek, shows how younger school children see their school today and how they imagine it in the future. In the opinion of children, school of the future should be more modern and computerized. The school of tomorrow should have more sports facilities.

Literatura

Gałkowski T., Stawowy-Wojnarowska I.: *Wychowanie dzieci głuchych w wieku przedszkolnym*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1990.

Czerwosz Z.: *Dzieci lubią rysować*, Nasza Księgarnia, Warszawa 1986.

Posłuszna-Owcarz M., Polańska-Fryś D., Bogucka G., Gałkowski T.: *Rysunek jako metoda diagnostyczno-terapeutyczna w pracy z dzieckiem niesłyszącym i niedosłyszącym*, [w:] *Rozwój poznawczy i rozwój językowy dzieci z trudnościami w komunikacji werbalnej*, H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkowa (red.), Wydawnictwo DiG, Warszawa 1997, 113–117.

Lee C.: *Wzrastanie i rozwój dziecka*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1997.

Braun-Gałkowska M., Stenden S.: *Projekcja niepokoju w rysunku*, [w:] *Rysunek projekcyjny jako metoda badań psychologicznych*, M. Łaguna, B. Lachowska (red.), Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2002, 13–31.

Wallon P., Combier A., Engelhart D.: *Rysunek dziecka*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1993.

Sturner R.A., Howard B.J.: *Rozwój w wieku przedszkolnym*, cz. 1: *Porozumiewanie się i rozwój motoryczny*, „Pediatria po Dyplomie" 1999, 3, 4.

Rembowski J.: *Metoda projekcyjna w psychologii dzieci i młodzieży*, PWN, Warszawa 1986.

Bogdanowicz M.: *Leworęczność u dzieci*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1992.

Sawa B.: *Jeżeli dziecko źle czyta i pisze*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1994.

Posłuszna-Owcarz M.: *Niepełnosprawność a rysunek*, [w:] *Człowiek wobec ograniczeń*, Z. Tarkowski, G. Jastrzębowska (red.), Wydawnictwo Fundacji „Orator", Lublin 2002, 267–280.

Hornowski B.: *Badania nad rozwojem psychicznym dzieci i młodzieży na podstawie rysunku postaci ludzkiej*, Wydawnictwo Ossolineum, Kraków 1970.

Oster G.D., Gould P.: *Rysunek w psychoterapii*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1999.

Maciarz A.: *Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekle chorych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 1998.

Sawicka K.: *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej*, [w:] *Socjoterapia*, K. Sawicka (red.), Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa 1998, 9–26.

Perleth Ch., Schatz T., Gast-Gampe M.: *Jak odkrywać i rozwijać zdolności dzieci*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.

Jaworska J.: *Test Bender-Koppitz — podręcznik*, Com men, Warszawa 1990.

Siemek D.: *Problemy wychowawcze wieku przedszkolnego*, Wydawnictwo IWZZ, Warszawa 1987.

Fleck-Bangert R.: *O czym mówią rysunki dzieci*, Wydawnictwo „Jedność", Kraków 2004.

Dorota Kochman, Wanda Stefańska, Beata Haor, Maria Paczkowska
(Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku)

UCZEŃ SZKOŁY WSPÓŁCZESNEJ I SZKOŁY W PRZYSZŁOŚCI W KONTEKŚCIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Słowa kluczowe: uczeń; szkoła; zdrowie psychiczne; współczesność; przyszłość.

THE PUPIL OF THE CONTEMPORARY SCHOOL AND OF THE FUTURE SCHOOL IN CONTEXT OF PSYCHICAL HEALTH

Key words: student; school; psychical health; contemporaneity; future.

Wstęp

Szkoła jest miejscem o szczególnym znaczeniu dla prawidłowego rozwoju ucznia. Pomimo niewątpliwych pozytywnych zmian jakie zachodzą we współczesnej szkole, część uczniów nie lubi jej bądź też nie czuje się w niej w pełni bezpiecznie. Wizerunek szkoły należy do ważnych zagadnień badawczych i wiąże się ściśle ze zdrowiem jej uczniów. Szkoła podobnie jak rodzina, jest znaczącym środowiskiem o wieloletnim oddziaływaniu na wszechstronny rozwój dziecka. Jej podstawowym zadaniem jest stymulowanie intelektualnego oraz fizycznego rozwoju ucznia a także wspieranie rozwoju jego osobowości. Liczne badania dowodzą, że uczniowie często przeżywają stany dużego napiecia psychicznego i zdenerwowania, a także bezpośrednio doświadczają zachowań agresywnych ze strony innych osób, co może w konsekwencji zaburzać ich zdrowie.

Omówienie badań

Cel badań

Wiodącym celem przeprowadzonych badań było poznanie opinii uczniów wybranych szkół na temat mocnych i słabych stron środowiska szkolnego w aspekcie ich zdrowia psychicznego. Opinie te pozwoliły na ustalenie diagnozy dotyczącej wizerunku szkoły.

Materiał i metody badań

Badania empiryczne przeprowadzono w okresie luty–marzec 2009 r. w dziesięciu szkołach Włocławka. Objęto nimi 300 uczniów, w tym 150 osób stanowili gimnazjaliści i 150 uczniowie szkół podstawowych.

W przeprowadzonych badaniach zastosowano metodę badawczą jaką jest sondaż diagnostyczny. Zastosowaną techniką badawczą była ankieta. W analizie statystycznej w celu zbadania związków między zmiennymi jakościowymi wykorzystano nieparametryczny test statystyczny chi-kwadrat (χ^2).

Wyniki badań i ich omówienie

Większość badanych uczniów (68 proc.) lubi szkołę, do której uczęszcza (ryc. 1). Na pytanie „Co najbardziej lubisz w swojej szkole?" ankietowani podawali argumety, które dotyczyły:

1. Osoby nauczyciela. Badani akcentowali takie cechy, jak: brak agresji, umiejętność doradzania w trudnych sytuacjach oraz przyjazny stosunek do uczniów.

2. Relacji międzyludzkich i atmosfery szkolnej. Za istotnie ważne w tym zakresie uznano: przyjazne grono pedagogiczne i wygląd szkoły, patriotyczny duch szkoły, przyjazną i ciepłą atmosferę, spotkania z kolegami i znajomymi.

3. Organizacji zajęć dydaktycznych i dodatkowych: udział w konkursach, zajęcia dodatkowe, wyjścia do kina i teatru, wycieczki szkolne a także lekcje, podczas których panuje miła atmosfera i spokój.

Zdecydowana większość badanych uczniów czuje się w swojej szkole bezpiecznie (87 proc.). Pozostali nie zawsze czują się bezpiecznie (7 proc.)

bądź nigdy nie mają takiego poczucia (6 proc.), (ryc. 2). Uczniowie nie czujący się bezpiecznie wskazali na czynniki, które im najbardziej zagrażają. Są to: bójki, wymuszenia, kradzieże, wyzwiska, poniżanie i wyśmiewanie. Uczniowie klas podstawowych podali, że zagrożeniem dla nich są głównie koledzy z klas gimnazjalnych, którzy „często przebywają na korytarzach podstawówki lub na terenie szatni oraz w sklepiku szkolnym". Badani będący w sytuacji zagrożenia mogą najbardziej liczyć na pomoc innych kolegów a w dalszej kolejności także na wychowawcę i pedagoga szkolnego. Niewielka grupa respondentów (3 proc.) twierdzi, że nie może liczyć na nikogo (ryc. 3).

Zaledwie 31 proc. badanych uczniów uważa, że są sprawiedliwie oceniani przez nauczycieli. Pozostali są innego zdania. Dość podobny wynik uzyskano w odpowiedzi na pytanie „Czy szkoła rozwija Twoje zainteresowania?". Twierdząco odpowiedziało 33 proc. badanych. Zajęcia dodatkowe w szkole dla 75 proc. respondentów mają wpływ na wspomaganie ich rozwoju.

Badania pozwoliły także określić, czy istnieją zależności statystyczne pomiędzy omawianymi zagadnieniami a zmiennymi jakościowymi — typem szkoły, płcią badanych, wykształceniem rodziców. Do badania zależności pomiędzy zmiennymi jakościowymi zastosowano test χ^2. Potwierdzono istnienie następujących zależności:

1. Istnieje związek między typem szkoły a tym, czy ankietowani lubią swoją szkołę.

Najczęściej wskazywanym typem szkoły, którą ankietowani lubią jest szkoła podstawowa (79,33 proc.).

2. Istnieje związek między typem szkoły a tym, czy ankietowani czują się bezpiecznie w szkole.

$$\chi^2 = 7{,}772 > \chi^2_{0{,}05:2} = 5{,}991$$

Najczęściej wskazywanym typem szkoły, gdzie ankietowani czują się bezpiecznie jest gimnazjum (92,67 proc.).

3. Istnieje związek między typem szkoły a tym, czy ankietowani czują się sprawiedliwie oceniani w szkole.

$$\chi^2 = 10{,}616 > \chi^2_{0{,}05:2} = 5{,}991$$

Najczęściej wskazywanym typem szkoły, gdzie ankietowani czują się sprawiedliwie oceniani była szkoła podstawowa (38,67 proc.).

4. Istnieje związek między typem szkoły a tym, czy szkoła rozwija zainteresowania ucznia.

$$\chi^2 = 22{,}508 > \chi^2_{0{,}05:2} = 5{,}991$$

Najczęściej wskazywanym typem szkoły rozwijającej zainteresowania ucznia była szkoła podstawowa (44 proc.).

5. Istnieje związek między płcią ankietowanych a wskazywanymi osobami (koleżanki i koledzy), na pomoc których mogą liczyć w szkole.

$$\chi^2 = 6{,}611 > \chi^2_{0{,}05:1} = 3{,}841$$

Najczęściej to dziewczęta wskazywały, że mogą liczyć na pomoc koleżanek i kolegów w szkole (78,98 proc.).

6. Istnieje związek między płcią ankietowanych a wskazywanymi przejawami agresji (bójki) w szkole.

$$\chi^2 = 8{,}728 > \chi^2_{0{,}05:1} = 3{,}841$$

Najczęściej bójki jako przejawy agresji wskazywane były przez chłopców (79,72 proc.).

7. Istnieje związek między wykształceniem matki a tym, czy ankietowani lubią swoją szkołę.

$$\chi^2 = 13{,}907 > \chi^2_{0{,}05:3} = 7{,}815$$

Najbardziej lubią swoją szkołę uczniowie (78,08 proc.), których ojciec posiada wykształcenie zawodowe.

8. Istnieje związek między wykształceniem ojca a tym, czy ankietowani lubią swoją szkołę.

$$\chi^2 = 9{,}010 > \chi^2_{0{,}05:3} = 7{,}815$$

Najbardziej lubią swoją szkołę uczniowie (93,75 proc.), których ojciec posiada wykształcenie podstawowe.

9. Istnieje związek między wykształceniem matki a tym, czy ankietowani czują się bezpiecznie w szkole.

$$\chi^2 = 13{,}708 > \chi^2_{0{,}05:6} = 12{,}59$$

Największe poczucie bezpieczeństwa odczuwają ci uczniowie (89,04 proc.), których matki posiadają wykształcenie zawodowe lub podstawowe.

Druga część ankiety dotyczyła określenia przez badanych uczniów cech szkoły w przyszłości. W świetle uzyskanych odpowiedzi, w takiej szkole

uczeń oceniany byłby za: pomysłowość i logiczne myślenie; zaangażowanie i kreatywność; indywidualne osiągnięcia a nie na „tle klasy". W szkole w przyszłości uczeń miałby nieograniczony dostęp do: pracowni komputerowej i Internetu; sali gimnastycznej, basenu pływackiego oraz sprzętu sportowego; zajęć artystycznych (kółko teatralne, zajęcia muzyczne, taniec, filmy). Zajęcia dodatkowe, które według badanych najbardziej rozwinęłyby ich zainteresowania to przede wszystkim: sport (różnorodne jego dyscypliny); informatyka; zajęcia artystyczne (taniec, muzyka, fotografia); języki obce. Nauczyciel zaś według respondentów, powinien być przede wszystkim: wyrozumiały, opanowany, szczery i przyjacielski; otwarty i rzetelny; inteligentny, doświadczony i elokwentny; sympatyczny, z poczuciem humoru; wymagający, wyrozumiały, sprawiedliwy i bezstronny.

W takiej szkole uczeń miałby prawo do: sprawiedliwej oceny oraz możliwości jej poprawienia; wyboru stroju i nauczycieli; wyboru przedmiotów, których chciałby się uczyć; bezpieczeństwa i prywatności; swojego zdania, wyrażania własnych opinii, wolności słowa; rozwijania swoich zainteresowań; opuszczania szkoły w każdym momencie; zwolnienia z lekcji bez zgody rodziców; rozmowy i dyskusji z pedagogiem na interesujący go temat bez wyciągania konsekwencji.

Uczeń, według badanych, miałby w szkole także liczne obowiązki. Do najważniejszych należałoby: dbanie o mienie szkoły; przejawianie szacunku wobec kolegów i nauczycieli; pomaganie słabszym w nauce; przestrzeganie zasad kultury osobistej; dbanie o schludny wygląd i porządek w miejscu pracy; pełnienie dyżurów.

Porównując powyższe wyniki badań z innymi, zrealizowanymi na terenie naszego kraju, ogólnie biorąc, należy je uznać za dość satysfakcjonujące. Niestety, istnieje wiele aspektów, które sprawiają, że uczniowie nie lubią swojej szkoły bądź nie czują się w niej bezpiecznie. Z wypowiedzi badanych wynika, że zdecydowana większość (68 proc.) lubi swoją szkołę oraz czuje się w niej bezpiecznie (87 proc.). Uzasadniony niepokój może budzić informacja, że pozostali (13 proc.) doświadczają w tym środowisku przemocy fizycznej bądź psychicznej. Przemoc ze strony rówieśników przejawia się głównie w formie bójek, wyzwisk a także wymuszeń. Przykrości doświadczane przez uczniów ze strony nauczycieli polegają głównie na niesprawiedliwym ocenianiu za wyniki w nauce. Zaledwie 31 proc. uznało, że jest oceniana w sposób obiektywny.

Badania Brańki na temat przyczyn zachowań agresywnych wśród dzieci i młodzieży wskazują, że są nimi przede wszystkim: obrona na atak (52,3 proc.), chęć wyładowania się (42,3 proc.), nuda, chęć zabawy (36,1 proc.), nudne zajęcia (31,3 proc.), udowodnienie siły (23,9 proc.), a także chęć zwrócenia uwagi (22,3 proc.). W badanej populacji agresja słowna była bardziej

nasilona niż agresja fizyczna. Większość badanych uczniów, podobnie jak w szkołach włocławskich, czuje się bezpiecznie [1].

Bezpieczna i przyjazna szkoła słusznie znalazła swoje miejsce w programie rządowym na lata 2008–2013, gdyż problemy wynikające z zapewnienia bezpieczeństwa uczniom dotyczą większości szkół w naszym kraju. W wyniku podjętych działań, w roku 2007 przyjęty został Rządowy program poprawy stanu bezpieczeństwa w szkołach i placówkach „Zero tolerancji dla przemocy w szkole". Równocześnie podjęto decyzję zmieniającą kierunek oddziaływań wprowadzając program „Bezpieczna i przyjazna szkoła". W programie tym położony został nacisk na budowanie szkoły wspierającej uczniów i jednocześnie wymagającej. Jego główną istotą jest kreowanie klimatu współpracy, porozumienia, wzajemnego szacunku i dialogu. Analizując cele rządowego programu łatwo zauważyć, że wiele z tych założeń jest podobnych do tych, które sformułowali w ankiecie badani uczniowie szkół podstawowych i gimnazjalnych we Włocławku określając kryteria szkoły w przyszłości.

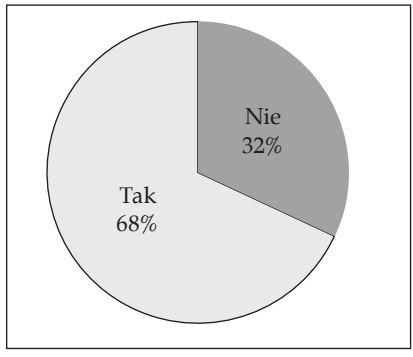
Wyniki badań przeprowadzonych w 2008 r. przez grupy wydawnicze Media Regionalne oraz Fundację Grupy TP w ramach programu „Szkoła bez przemocy" umożliwiły identyfikację aktualnego stanu bezpieczeństwa w szkole. Na dość wysokim poziomie utrzymuje się rówieśnicza przemoc psychiczna w gimnazjach (55 proc.). Odnotowano również wzrost, w ciągu jednego roku, przemocy ze strony nauczycieli z 30 proc. do 36 proc. W świetle tej diagnozy wzrósł bowiem odsetek uczniów skarżących się na agresję ze strony nauczycieli, którzy używają obraźliwych słów a także straszą podopiecznych [2].

Z wielu dotychczasowych badań wynika, że u podstawy agresywnych zachowań leżą często poważne problemy społeczne. Bezrobocie i bieda zwiększają falę przemocy. Doświadczenia wyniesione ze środowiska, w którym dziecko wzrasta staje się poniekąd inspiracją do przemocy przejawianej w późniejszym okresie życia. Potwierdzeniem tej tezy mogą być wyniki badań przeprowadzone w latach dziewięćdziesiątych wśród młodzieży na Białorusi. Trudna sytuacja społeczna i gospodarcza w tej republice znalazła swoje odbicie w dużej przestępczości wśród nieletnich. Uznano, że głównymi przyczynami przemocy wśród młodocianych są: upadek duchowy całego społeczeństwa (50 proc.), nieprawidłowe wychowanie w rodzinie (20 proc.), nierówność materialna (17,3 proc.), kryzys kulturalny (17,3 proc.) oraz niski poziom kultury prawnej (10,8 proc.) [3].

Szkoła w przyszłości to szkoła otwarta, w której nauczyciel optymalizuje uczenie się dzieci dzięki temu, że odkrywają one własne metody poznawania i doświadczania świata. We wzajemnych relacjach panuje szacunek i partnerstwo. Każdy bowiem wie, że uczenie się jest wartością samą w sobie i należy zadbać o jego właściwą jakość.

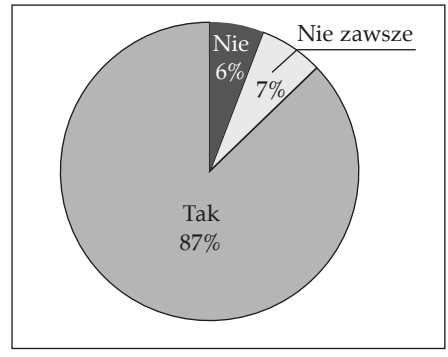
Wnioski

Działania mające na celu poprawę wizerunku szkoły w opinii uczniów, stanowią długotrwały i niezwykle złożony proces, w który zaangażowani winni być oprócz nauczycieli także rodzice i w pewnym sensie całe społeczeństwo. Dla nauczycieli zaś nie powinno być nic ważniejszego, niż tworzenie takiego modelu szkoły, do której chętnie przychodzą zarówno uczniowie jak i nauczyciele. Reasumując, należy dążyć do zapewnienia poczucia bezpieczeństwa i wzrostu poziomu akceptacji szkoły przez wszystkich uczniów.



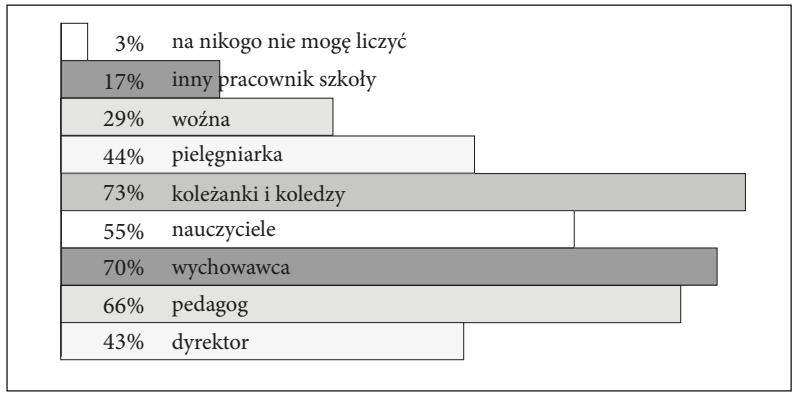
Rycina 1. Czy lubisz swoją szkołę?

Źródło: opracowanie własne.



Rycina 2. Czy w szkole czujesz się bezpiecznie?

Źródło: opracowanie własne.



Rycina 3. Osoby, na których pomoc ankietowany może liczyć w szkole

Źródło: opracowanie własne.

Streszczenie

Problemy współczesnej szkoły należą do ważnych zagadnień badawczych i wiążą się ściśle ze zdrowiem jej uczniów. Szkoła, podobnie jak rodzina, jest znaczącym środowiskiem o wieloletnim oddziaływaniu na wszechstronny rozwój dziecka, w tym także na zdrowie psychiczne. Wiodącym celem przeprowadzonych badań było poznanie opinii uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych na temat mocnych i słabych stron środowiska szkolnego w aspekcie ich zdrowia psychicznego. Badania empiryczne przeprowadzono w lutym–marcu 2009 r. w dziesięciu losowo wybranych szkołach miasta Włocławka — w pięciu gimnazjach oraz w pięciu szkołach podstawowych. Objęto nimi 300 uczniów, w tym 150 osób stanowili gimnazjaliści i 150 uczniowie szkół podstawowych. W przeprowadzonych badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Techniką badawczą była ankieta. Zdecydowana większość uczniów lubi swoją szkołę (68 proc.) oraz czuje się w niej bezpiecznie (87 proc.). W „szkole marzeń" nauczyciela cechuje przede wszystkim: życzliwość, tolerancja, otwartość, szczerość, rzetelność, bezstronność, poczucie humoru oraz inteligencja. Należy dążyć do zapewnienia poczucia bezpieczeństwa i wzrostu poziomu akceptacji szkoły przez wszystkich uczniów.

Summary

The problems of the contemporary school constitutes a critical research issue strictly associated with students' health. School, like the family, is a meaningful social centre heavily influencing the overall development of children, including that in the realm of their mental health, for a number of years. The leading aim of this research was to discover the opinion of primary and lower-secondary school students about the strengths and weaknesses of the school environment in relation to their mental health. Empirical research was conducted within February–March 2009, in 5 random schools in Włocławek — five lower-secondary and five primary schools. The research concerned a group of 300 students, including 150 lower-secondary and 150 primary school ones. The research employed the diagnostic poll method.

An overwhelming majority of students (68%) like their school and feel safe there (87%). The "dream school" teacher should be: benign, tolerant, open, sincere, diligent, unbiased, intelligent and should have a sense of humour. It should be the primary concern to provide the feeling of safety for all students, and to work towards increasing their general level of school acceptance.

Literatura

Brańka Z.: *Agresja wśród dzieci i młodzieży w opinii uczniów, nauczycieli i rodziców*, [w:] *Przemoc dzieci i młodzieży*, J. Papież, A. Płuskis (red.), Wydawnictwo Marszałek, Toruń 2001, 230–240.

http://www.szkolabezprzemocy.pl/-Diagnoza Szkolna — wyniki badań z 2008 roku [dostęp: 19 kwietnia 2009].

Jackiewicz S.: *Problem przemocy wśród dzieci i młodzieży na Białorusi*, [w:] *Przemoc dzieci i młodzieży*, J. Papież, A. Płuskis (red.), Wydawnictwo Marszałek, Toruń 2001, 173–175.

Edyta Misiak
(Zespół Szkół nr 9, Szkoła Podstawowa nr 22 we Włocławku)

Maria Posłuszna-Owcarz, Leokadia Rezmerska
(Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku)

PROBLEMY SZKOLNE UCZNIÓW SZKÓŁ PODSTAWOWYCH I GIMNAZJALNYCH W OPINII PEDAGOGÓW SZKOLNYCH

Słowa kluczowe: problemy szkolne; uczniowie.

SCHOOL PROBLEMS OF PUPILS ATTENDING TO PRIMARY AND SECONDARY SCHOOLS IN OPINIONS OF SCHOOL GUIDANCE COUNSELLORS

Key words: school problems; pupils.

Wstęp

Dzieci i młodzież w różny sposób i z różną intensywnością sygnalizują problemy związane z nauką szkolną. Trudności szkolne mogą wynikać z nieharmonijnego, opóźnionego bądź zaburzonego rozwoju intelektualnego dziecka. Mogą one także być wynikiem emocjonalnego bądź społecznego nieprzystosowania, współtowarzyszyć przewlekłym chorobom somatycznym, psychicznym i uzależnieniom. Do ich powstania przyczyniają się również czynniki związane ze środowiskiem rodzinnym, takie jak: zaburzenia relacji i więzi w rodzinie, rozpad rodziny, nieprawidłowe i sprzeczne postawy wychowawcze, przemoc w rodzinie. Dużą rolę w przystosowaniu dziecka do szkoły i funkcjonowaniu w roli ucznia mają także: postawy nauczycieli, umiejętności przekazywania uczniom wiedzy, cechy osobowościowe nauczycieli, prawidłowe bądź zaburzone relacje uczeń–nauczyciel, współpraca rodziców ze szkołą. Ponadto mogą to być też: formy i metody nauczania, pomoc udzielana uczniowi, możliwość realizacji zainteresowań

i uzdolnień uczniów. Uwarunkowania tych problemów są różnorodne. Aby pomóc w ich rozwiązywaniu, istotne jest umiejętne dotarcie do nich i ich właściwe zrozumienie.

Omówienie badań

Cel pracy

Celem niniejszego opracowania jest próba zidentyfikowania problemów szkolnych i ich uwarunkowań wśród uczniów szkół podstawowych i gimnazjów w opinii pedagogów szkolnych.

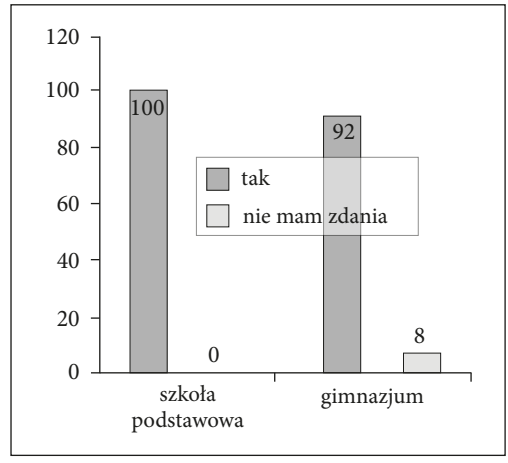
Materiał i metody badań

Dla oceny problemów szkolnych w środowisku dzieci i młodzieży szkół podstawowych i gimnazjów posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankietowej. W badaniach wykorzystano kwestionariusz ankiety opracowany przez autorów niniejszego opracowania (zob. załącznik). Kwestionariusz zawiera 21 pytań zarówno zamkniętych jak i otwartych. Badania zostały przeprowadzone w kwietniu 2009 r. na terenie szkół włocławskich. W badaniach uczestniczyło 14 pedagogów szkolnych szkół podstawowych i 13 pedagogów pracujących w gimnazjach. Dla wykonania badań wybrano pedagogów szkolnych, ponieważ są oni grupą najbardziej kompetentnych pracowników oświaty, którzy zajmują się rozpoznawaniem i podejmowaniem środków zaradczych oraz terapii w aspekcie problemów szkolnych dzieci i młodzieży.

Wyniki badań

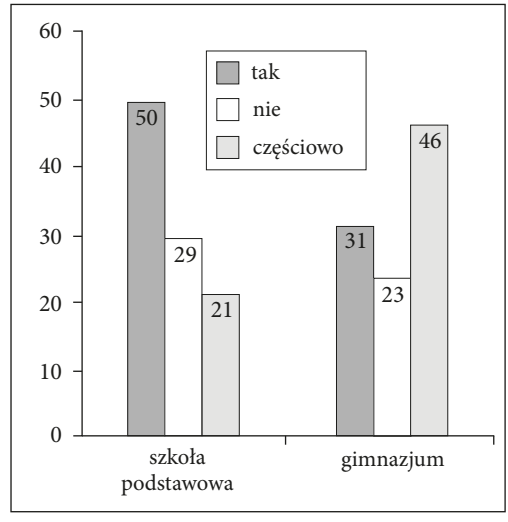
Pedagodzy szkolni zarówno ze szkół podstawowych (100 proc.) jak i z gimnazjów (92 proc.) zdecydowanie sygnalizują wzrost liczby uczniów wymagających różnorodnych oddziaływań psychologiczno-pedagogicznych (ryc. 1).

Zdaniem połowy ankietowanych pedagogów ze szkół podstawowych i 1/3 pedagogów badanych w gimnazjach, pomoc oferowana przez szkoły uczniom z różnymi problemami jest w pełni wystarczająca. Częściowo wystarczająca pomoc określana jest przez 21 proc. pedagogów szkół podstawowych i 46 proc. pedagogów z gimnazjum. Niewystarczająca pomoc oferowana uczniom, to opinia 29 proc. respondentów szkół podstawowych i 23 proc. respondentów w gimnazjum (ryc. 2).

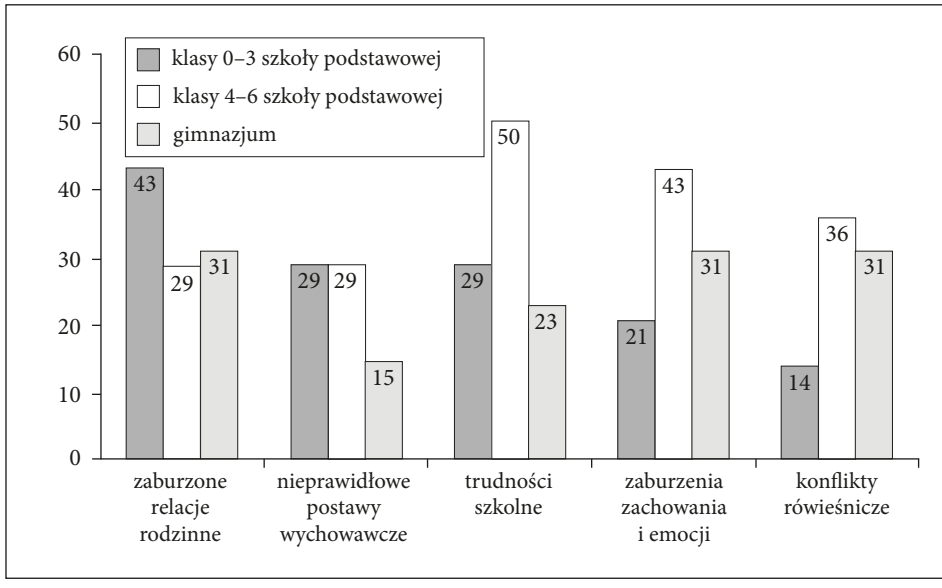


Rycina 1. Czy wzrasta liczba dzieci i młodzieży wymagających oddziaływań psychologiczno-pedagogicznych w opinii pedagogów szkolnych?

Do najczęściej występujących problemów szkolnych, pedagodzy zaliczają: szeroko rozumiane trudności szkolne, nieharmonijny rozwój dziecka, konflikty rówieśnicze, zaburzenia relacji rodzinnych, nieprawidłowe postawy wychowawcze, zaburzenia zachowania i emocji. Wyżej wymienione rodzaje problemów są zróżnicowane w zależności od kategorii wieku uczniów. Wśród uczniów szkół podstawowych klas 0–3, dominują problemy związane ze środowiskiem domowym jako zaburzone relacje rodzic–uczeń i rodzic–szkoła (43 proc.). W gronie uczniów szkół podstawowych klas 4–6, problemy szkolne występują na znacznie wyższym poziomie, niż w klasach 0–3 i są to: trudności szkolne (50 proc.), zaburzenia zachowania i emocji (43 proc.), konflikty rówieśnicze (36 proc.). Powyższe problemy szkolne w gimnazjum są mało zróżnicowane i występują odpowiednio u około 1/3 populacji gimnazjalistów (ryc. 3).



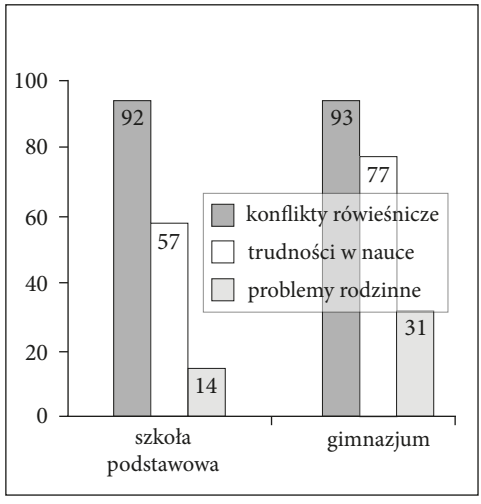
Rycina 2. Czy pomoc oferowana przez szkołę uczniom z różnymi problemami jest wystarczająca?



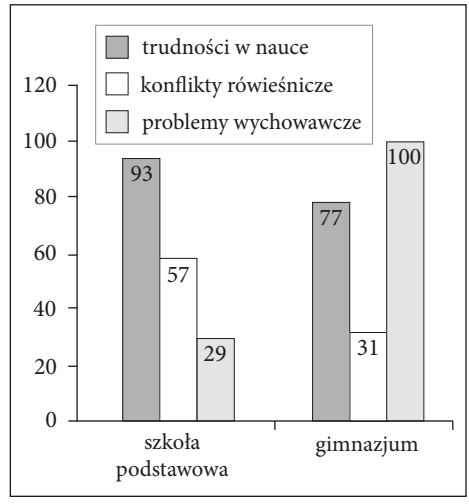
Rycina 3. Problemy najczęściej występujące wśród uczniów w opinii pedagogów szkolnych

Pedagodzy oceniają, że sami uczniowie, bez względu na typ szkoły, najczęściej sygnalizują: konflikty rówieśnicze (SP — 92 proc., G — 93 proc.), trudności w nauce (SP — 57 proc., G — 77 proc.), problemy rodzinne (SP — 14 proc., G — 31 proc.), (SP — szkoła podstawowa; G — gimnazjum), (ryc. 4).

W opinii pedagogów prawie wszyscy rodzice uczniów szkoły podstawowej zgłaszają najczęściej problemy związane z trudnościami szkolnymi i trudnościami w nauce, które są spowodowane zbyt dużym obciążeniem nauką i brakiem motywacji do nauki (93 proc.). Na drugim miejscu znalazły się konflikty rówieśnicze, którym towarzyszą przede wszystkim groźby (57 proc.). Trzecie miejsce zajmują problemy wychowawcze wynikające z niewłaściwych zachowań dziecka, emocji, buntu (29 proc.). Natomiast rodzice gimnazjalistów najczęściej zgłaszają problemy wychowawcze związane z nastolatkami, w tym: nieradzenie sobie z dzieckiem, brak porozumienia rodzice–dziecko, brak wpływu na dziecko (100 proc.). Na drugim miejscu są trudności w nauce związane z bardzo dużą ilością materiału do opanowania, brakiem motywacji do nauki, opuszczaniem lekcji (77 proc.). Trzeci rodzaj problemów to konflikty rówieśnicze, między innymi bójki, przemoc (31 proc.), (ryc. 5).



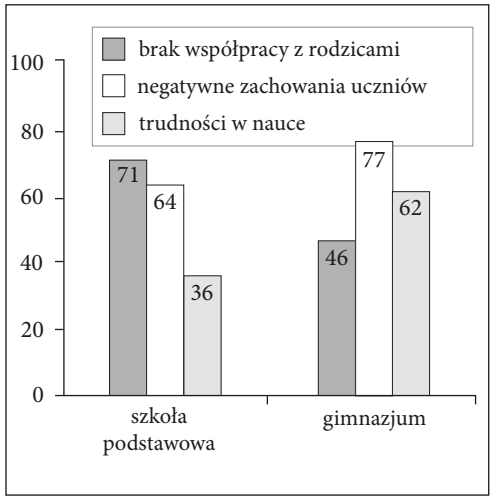
Rycina 4. Problemy najczęściej zgłaszane przez samych uczniów w opinii pedagogów szkolnych



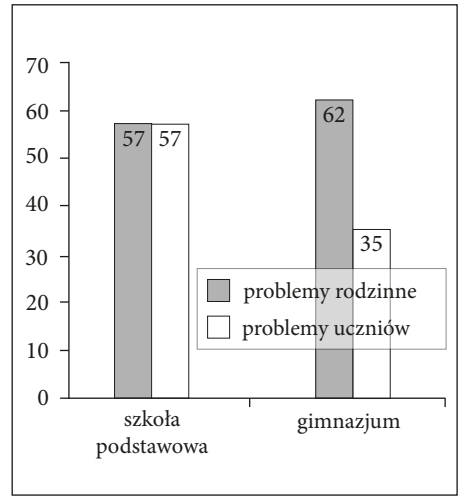
Rycina 5. Problemy najczęściej zgłaszane przez rodziców uczniów w opinii pedagogów szkolnych

Według pedagogów nauczyciele szkół podstawowych najczęściej sygnalizują brak współpracy rodziców ze szkołą, konfliktowość rodziców, nieprawidłowe postawy wychowawcze rodziców (71 proc.). Na drugim miejscu nauczyciele zgłaszają negatywne zachowania uczniów: bójki, zachowania agresywne, pobicia, konflikty, wulgaryzmy (64 proc.). Na trzecim miejscu zgłaszane są trudności w nauce: niechęć do nauki, niska frekwencja na lekcjach, brak wykonanych prac domowych (36 proc.). Nauczyciele w gimnazjum także podkreślają negatywne zachowania uczniów: zachowania agresywne, konflikty, wulgaryzmy (77 proc.). Na drugim miejscu stawiają trudności w nauce: niska motywacja do nauki, wagary, niska aktywność na lekcji, brak przygotowanych prac domowych (62 proc.). Na trzecim miejscu nauczyciele zgłaszają brak współpracy z rodzicami i problemy rodzinne uczniów (46 proc.), (ryc. 6).

Zdaniem pedagogów do najczęstszych przyczyn trudności szkolnych, zarówno w szkole podstawowej jak i w gimnazjum, należą problemy rodzinne: brak zainteresowania rodziców sprawami dziecka w domu i szkole, nieprawidłowe postawy rodziców, brak właściwych relacji w rodzinie i brak wzorców (SP — 57 proc., G — 62 proc.). Na drugim miejscu znajdują się problemy uczniów: niska motywacja do nauki, niesystematyczna nauka i niskie możliwości intelektualne przy bardzo obszernym programie nauczania (SP — 57 proc., G — 35 proc.), (ryc. 7).

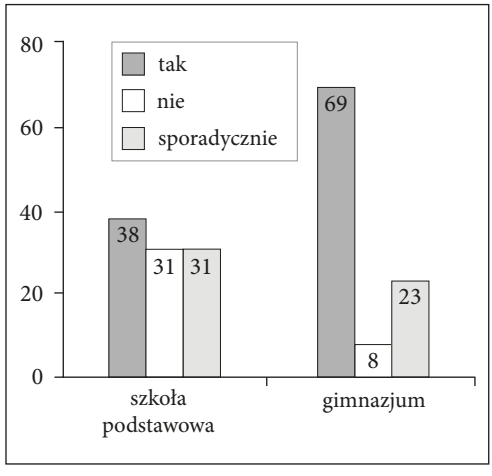


Rycina 6. Problemy najczęściej zgłaszane przez nauczycieli w opinii pedagogów szkolnych



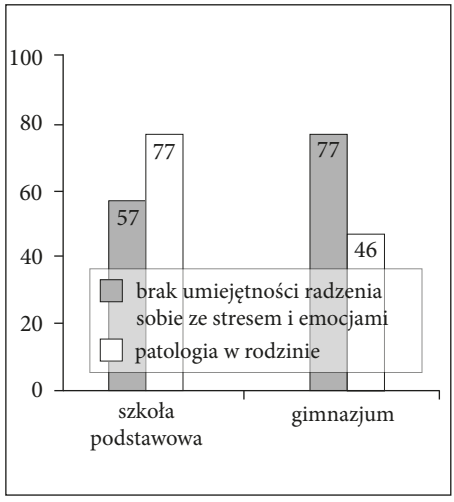
Rycina 7. Przyczyny trudności szkolnych w opinii pedagogów szkolnych

Zdaniem pedagogów obu typów szkół zjawisko przemocy szkolnej występuje często, jednak z porównania wyników badań wynika, że w gimnazjum jest ono prawie dwukrotnie wyższe (69 proc.), niż w szkole podstawowej (38 proc.). Ponadto można ocenić, że pedagodzy szkół podstawowych niejednoznacznie wypowiadają się o skali tego zjawiska. Około 1/3 ankietowanych podaje, że zjawisko przemocy szkolnej jest często spotykane, ale około 1/3 pedagogów stwierdza, że nie jest ono częste, a 1/3 badanych określa to zjawisko jako sporadycznie występujące (ryc. 8).

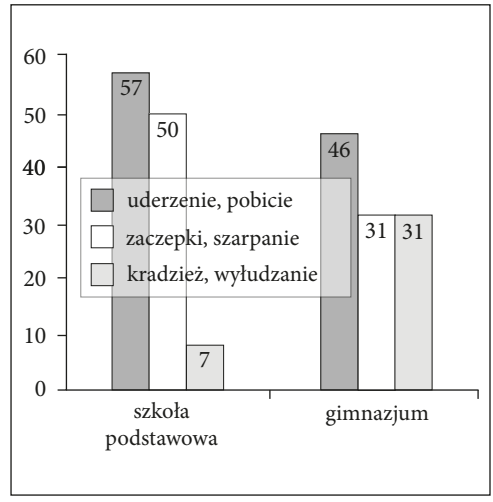


Rycina 8. Występowanie zjawiska przemocy szkolnej w opinii pedagogów

Pedagodzy szkolni główną przyczynę przemocy szkolnej dostrzegają w braku umiejętności radzenia sobie dzieci i młodzieży z emocjami, stresem, sytuacjami trudnymi (SP — 57 proc., G — 77 proc.). Drugim czynnikiem jest według nich rodzina patologiczna, dysfunkcyjna, charakteryzująca się następującymi cechami: niewłaściwe postawy wychowawcze, niewłaściwe wzorce, złe rela-



Rycina 9. Przyczyny przemocy szkolnej w opinii pedagogów szkolnych

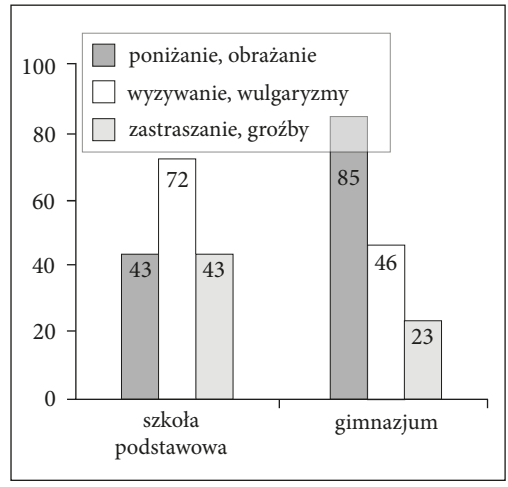


Rycina 10. Rodzaje przemocy fizycznej wśród uczniów w opinii pedagogów szkolnych

cje międzyosobowe, alkoholizm, kryminogenność, bieda (SP — 77 proc., G — 46 proc.), (ryc. 9).

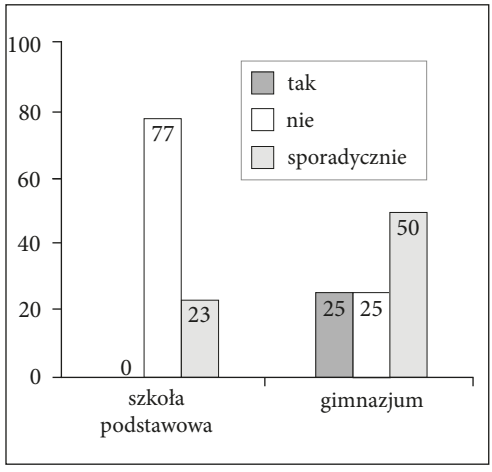
Przemoc w szkole, według pedagogów, może mieć formę przemocy fizycznej jak i psychicznej. Przemoc fizyczna wśród uczniów to najczęściej: potyczki, bójki, pobicia, kopanie, uderzenie (SP — 57 proc., G — 46 proc.); popychanie, szarpanie, zaczepki (SP — 50 proc., G — 31 proc.), a także kradzież i wyłudzanie (SP — 7 proc., G — 31 proc.), (ryc. 10).

Przemoc psychiczna w społeczności uczniów to głównie: poniżanie, obrażanie, ośmieszanie (SP — 43 proc., G — 85 proc.); wyzywanie, wulgaryzmy (SP — 72 proc., G — 46 proc.); zastraszanie, groźby (SP — 43 proc., G — 23 proc.), (ryc. 11).



Rycina 11. Rodzaje przemocy psychicznej wśród uczniów w opinii pedagogów szkolnych

Pedagodzy w gimnazjum dostrzegają także przemoc stosowaną za pośrednictwem Internetu,

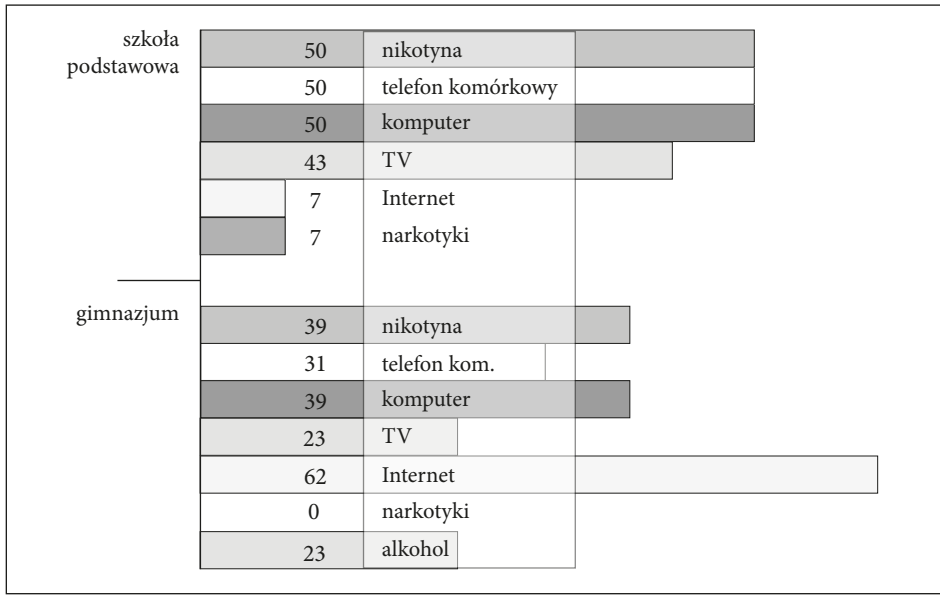


Rycina 12. Występowanie zjawiska uzależnień wśród uczniów w opinii pedagogów szkolnych

w takich formach jak: notatki, komentarze, zdjęcia o charakterze złośliwym, ośmieszającym (8 proc.).

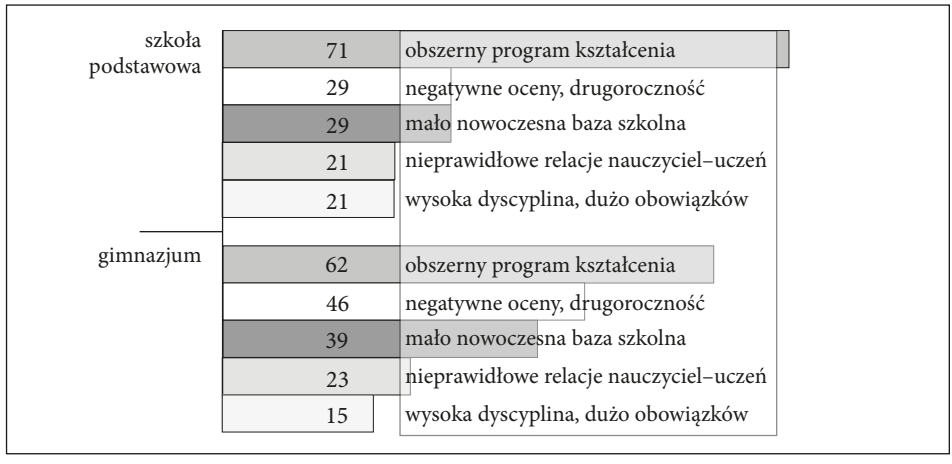
Zdaniem pedagogów w szkole podstawowej zjawisko uzależnień jeszcze nie występuje często (77 proc.). W gimnazjum pedagodzy określają uzależnienia, przede wszystkim jako sporadyczne (50 proc. respondentów), (ryc. 12).

Uzależnienia występujące wśród uczniów szkół podstawowych dotyczą najczęściej uzależnienia od nikotyny (50 proc.), telefonu komórkowego (50 proc.), komputera (50 proc.), telewizji (43 proc.). W przypadku gimnazjów, zdania pedagogów są podzielone. Większość z nich podaje uzależnienia uczniów od Internetu (62 proc.), komputera (39 proc.), nikotyny (39 proc.), telefonu komórkowego (31 proc.), (ryc. 13).



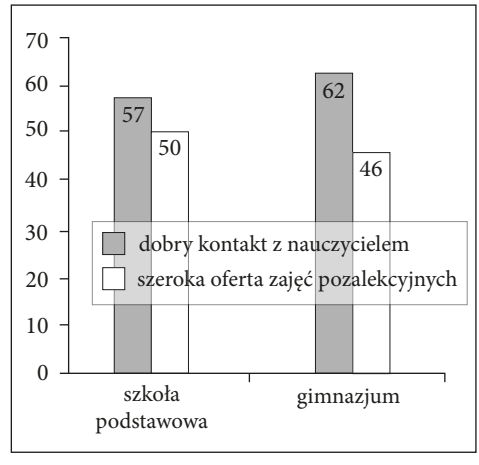
Rycina 13. Rodzaje uzależnień wśród uczniów w opinii pedagogów szkolnych

Według pedagogów istnieją w środowisku szkolnym czynniki, które zniechęcają uczniów do szkoły i nauki. Czynnikami tymi są głównie: bardzo obszerne programy nauczania, wysokie wymagania, ogromny materiał do opanowania, bardzo dużo prac domowych, brak czasu na utrwalanie zdobytej wiedzy (SP — 71 proc., G — 62 proc.). Na drugim miejscu znajdują się: złe relacje nauczyciel–uczeń, brak zrozumienia ze strony nauczycieli, niecierpliwość nauczycieli, obojętność nauczycieli na problemy ucznia



Rycina 14. Czynniki związane ze szkołą i edukacją zniechęcające dziecko do szkoły w opinii pedagogów szkolnych

(SP — 29 proc., G — 46 proc.). Kolejne miejsce zajmują: negatywne oceny i drugoroczność (SP — 29 proc., G — 39 proc.). Dalsze miejsce stanowią: zbyt wysoka dyscyplina, dużo obowiązków, nakazy, regulaminy (SP — 21 proc., G — 23 proc.). Ponadto pedagodzy wymieniają jeszcze inne, jak: mało nowoczesna baza szkolna, mało nowoczesne formy i metody nauczania (SP — 21 proc., G — 15 proc.), (ryc. 14).

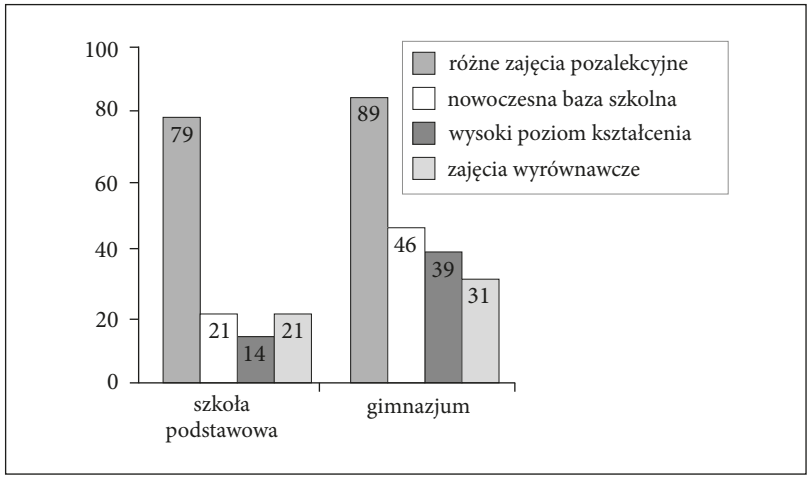


Rycina 15. Czynniki związane ze szkołą i edukacją zachęcające dziecko do szkoły w opinii pedagogów szkolnych

Dla zminimalizowania występujących problemów i trudności szkolnych należy wziąć pod uwagę czynniki, które pozytywnie

nastawiają dziecko do szkoły. Zdaniem pedagogów są to głównie: dobry kontakt z nauczycielem, otwartość i wrażliwość nauczyciela, przyjazna atmosfera (SP — 57 proc., G — 62 proc.); szeroka i różnorodna oferta zajęć pozalekcyjnych (SP — 50 proc., G — 46 proc.); możliwość rozwoju własnych zainteresowań (SP — 39 proc., G — 21 proc.). Ponadto, pedagodzy szkół podstawowych podają, że czynnikami tymi są także: ciekawe, atrakcyjne formy i metody zajęć, wysokie kompetencje nauczyciela (64 proc.); dostęp do nowoczesnej bazy szkolnej (50 proc.); działania opiekuńcze, zapewnienie bezpieczeństwa, udzielanie wsparcia (43 proc.), (ryc. 15).

W aspekcie obniżania poziomu problemów i trudności szkolnych, współczesna szkoła może zaoferować uczniom różnorodne inicjatywy i działania. Według pedagogów mogą to być: różnorodne zajęcia pozalekcyjne (SP — 79 proc., G — 85 proc.); nowoczesna baza szkolna (SP — 21 proc., G — 46 proc.); wysoki poziom kształcenia (SP — 14 proc., G — 39 proc.); zajęcia wyrównawcze, pomoc uczniom z dysfunkcjami (SP — 21 proc., G — 31 proc.), (ryc. 16).



Rycina 16. Oferta współczesnej szkoły w opinii pedagogów szkolnych

Przeprowadzone badania dowodzą, że w środowisku dzieci i młodzieży szkół podstawowych i gimnazjów występują liczne, złożone trudności i problemy szkolne. Przyczyny tych zjawisk występują zarówno w środowisku szkolnym jak i domowym. W związku z tym, należy podejmować na bieżąco działania usuwające te problemy jak i skutecznie im zapobiegać.

Dyskusja

Współczesne pokolenie dzieci i młodzieży wyróżnia się wzrostem zaburzeń zachowania i nieprzystosowania do szkoły. Opinia ta została potwierdzona zarówno w badaniach własnych jak i w opracowaniach innych autorów.

Według J. Dąbrowskiej nauczyciele skarżą się na brak koncentracji, niegrzeczne zachowanie, brak zainteresowania tematyką lekcji. Dzieci oceniają, że nauka rzadko bywa przyjemna, a w szkole dominuje stres i nuda. Powodem trudności dziecka w nauce są też kłopoty domowe, rodzinne, np. rozwód rodziców, kłótnie, przewlekła choroba, alkoholizm, surowa dyscyplina, wysokie oczekiwania wobec dziecka [1]. Zdaniem innych autorów należy także zwrócić uwagę na zjawisko opuszczania lekcji, wagarowanie, odmowę chodzenia do szkoły. Fakty te dotyczą średnio 1 proc. populacji uczniowskiej. Zjawisko to nasila się szczególnie w okresie dojrzewania. Należy zauważyć, że podobnie jak w przypadku innych problemów wagarowanie nie jest wyłącznie sprawą samych dzieci. Przyczyny są również po stronie rodziców, nauczycieli, grupy rówieśniczej [2, 3].

Wyniki badań własnych prezentują także podobne stanowisko nauczycieli. Najczęściej zgłaszanymi problemami szkolnymi przez nauczycieli szkół podstawowych są przyczyny związane ze środowiskiem domowym: brak współpracy rodziców ze szkołą, konfliktowość rodziców, nieprawidłowe postawy wychowawcze rodziców. Natomiast nauczyciele gimnazjów najczęściej sygnalizują: negatywne zachowania uczniów, takie jak: bójki, zachowania agresywne, pobicia, konflikty, wulgaryzmy. Dalsze miejsce wśród zgłaszanych przez nauczycieli problemów, zarówno w szkole podstawowej jak i w gimnazjum zajmują trudności w nauce, między innymi: niechęć do nauki, niska frekwencja na lekcjach, brak wykonanych prac domowych.

W badaniach J. Elliota i J. Morrisa dotyczących przyczyn złego zachowania dziecka, nauczyciele wskazują na określone czynniki w otoczeniu dziecka, jego doświadczenia osobiste, cechy charakteru, osobowość, postawy. Ponadto, w badaniach tych nauczyciele wymieniają także wpływy środowiskowe działające destrukcyjnie na zachowanie dziecka, takie jak: zakłócenia w życiu rodzinnym, zła opieka rodzicielska, trudności społeczno-ekonomiczne rodziny oraz nadużycia fizyczne rodziców [4]. Opinię tę potwierdzają także inni autorzy, którzy stwierdzają, że problemy szkolne mają swoje źródło również w środowisku rodzinnym. Praktyki dyscyplinujące stosowane w rodzinie wpływają na poziom agresji przejawianej przez dziecko. Gdy w rodzinie panują ciepłe, serdeczne stosunki bez środków

przymusu oraz poczucie bezpieczeństwa i zaufanie wzajemne, wówczas dzieci są mniej skłonne do wykazywania zachowań agresywnych [5, 6]. Wyniki badań zawarte w raporcie „Diagnoza szkolna 2008", dowodzą również, że jednym z najważniejszych problemów polskiej szkoły jest brak zainteresowania rodziców tym, co ich dzieci robią w szkole i poza domem. Wśród tzw. uczniów problemowych około 50 proc. stanowią ci, których rodzice nie interesują się nimi w ogóle [7].

W badaniach własnych pedagodzy szkolni, jako najczęstsze przyczyny trudności szkolnych, zarówno w szkole podstawowej jak i w gimnazjum, podają problemy rodzinne: brak zainteresowania rodziców wobec dziecka w domu i szkole, nieprawidłowe postawy rodziców, brak właściwych relacji w rodzinie i brak wzorców. Na drugim miejscu znajdują się problemy uczniów: niska motywacja do nauki, niesystematyczna nauka i niskie możliwości intelektualne przy bardzo obszernym programie nauczania.

Przemoc wśród dzieci i młodzieży szkolnej jest problemem znanym od dawna. Obecnie istnieją wyraźne sygnały o wciąż rosnącym zjawisku agresji w środowisku szkolnym. O przemocy mówimy wtedy, gdy osoba mająca przewagę fizyczną lub psychiczną używa jej przeciw słabszemu. Inną sytuacją przemocy jest znęcanie się grupy osób nad jedną osobą, nie mającą szans wybronienia się. Przemoc może mieć charakter fizyczny lub psychiczny. Z badań przeprowadzonych w 2006 r., w 150 szkołach w ramach kampanii „Szkoła bez przemocy" wynika, że 29 proc. uczniów doświadczyło przemocy fizycznej ze strony rówieśników. Natomiast 44 proc. uczniów doświadczyło przemocy psychicznej, tj. obrażano ich lub zwymyślano, a 31 proc. było przedmiotem plotek i obmawiania. Według opinii uczniów przyczyną konfliktów w szkole są najczęściej: plotki, wywyższanie się kolegów i koleżanek, chęć dominowania w grupie. Badani uczniowie uważają także, że konflikty mają swoje źródło w zazdrości o wyniki w nauce, w drwinach z gorzej ubranych i gorzej uczących się, a także w faworyzowaniu przez nauczycieli wybranych uczniów. Zdaniem autorów tych badań, agresja wobec rówieśników wynika głównie z budowania pozycji w grupie. Powyższe badania wskazują również, że 52 proc. gimnazjalistów i 33 proc. uczniów w szkołach podstawowych, co najmniej raz w ciągu roku szkolnego weszło w konflikt z nauczycielami. Według uczniów najczęstsze przyczyny konfliktu z nauczycielami są niegrzeczne zachowanie ucznia i niesprawiedliwa ocena. Konflikt prowokują także między innymi sytuacje, gdy nauczyciel nie potrafi zapanować nad klasą lub nie chce przyznać się do błędu. Według psychologa społecznego J. Czapińskiego niepokojące jest tempo wzrostu różnego rodzaju zjawisk patologicznych w szkole [8]. Z długoterminowych badań wykonanych przez amerykańskie i norweskie zespoły naukowe wynika, że przyczynami predysponującymi do przemocy

są: czynniki genetyczne, wpływ środowiska rodzinnego, grupy rówieśniczej, szkoła, środki masowego przekazu. Czynnikami sprzyjającymi agresji w szkole jest także brak komunikacji między nauczycielami, uczniami i rodzicami. Autorzy wielu badań wskazują także na podobieństwa między sposobem odnoszenia się nauczyciela do uczniów a zachowaniami wśród uczniów. Nauczyciele otwarci na kontakt, ceniący dobre relacje z uczniami i umiejący je budować wyzwalają podobne zachowania u uczniów. Szacunek i podmiotowe traktowanie uczniów sprzyjają przyjaznym kontaktom i spokojnemu uczeniu się. Natomiast nauczyciel zirytowany, bezsilny, sfrustrowany przenosi w pewnym stopniu własne emocje na zachowania i niewłaściwe reakcje uczniów [9].

W badaniach własnych pedagodzy szkolni określają, że zjawisko przemocy szkolnej występuje dwukrotnie częściej w gimnazjum niż w szkole podstawowej. Zjawisko przemocy przybiera formę fizyczną lub psychiczną. Przemoc fizyczna wśród uczniów obydwu typów szkół, to najczęściej: potyczki, bójki, pobicie, kopanie, uderzenie, popychanie, szarpanie, zaczepki a także kradzież i wyłudzanie. Przemoc psychiczna w społeczności uczniów, to głównie: poniżanie, obrażanie, ośmieszanie, wyzywanie, wulgaryzmy, zastraszanie, groźby. Ponadto, pedagodzy w gimnazjum dostrzegają także przemoc stosowaną za pośrednictwem Internetu, w formach mających postać złośliwych, ośmieszających notatek, komentarzy, zdjęć. Pedagodzy szkolni główną przyczynę przemocy szkolnej dostrzegają w braku umiejętności radzenia sobie dzieci i młodzieży z emocjami, stresem, sytuacjami trudnymi. Drugim czynnikiem jest według nich rodzina patologiczna, dysfunkcyjna, charakteryzująca się następującymi cechami: niewłaściwe postawy wychowawcze, niewłaściwe wzorce, złe relacje międzyosobowe, alkoholizm, kryminogenność, bieda.

Pomimo występujących licznych i złożonych problemów szkolnych należy stwierdzić, że bogata i atrakcyjna oferta współczesnej szkoły może być formą profilaktyki i obniżania poziomu trudności i problemów szkolnych uczniów.

Wnioski

1. Pedagodzy szkolni zarówno ze szkół podstawowych jak i gimnazjów zdecydowanie sygnalizują wzrost liczby uczniów wymagających różnorodnych oddziaływań psychologiczno-pedagogicznych.

2. Pedagodzy szkolni oceniają, że najczęściej zgłaszane problemy przez uczniów, rodziców i nauczycieli to: konflikty rówieśnicze, trudności w nauce, problemy rodzinne.

3. Głównymi przyczynami trudności szkolnych w opinii pedagogów szkolnych są: brak współpracy rodziców ze szkołą, niska motywacja uczniów do nauki, niskie możliwości intelektualne uczniów.

4. Głównymi przyczynami przemocy szkolnej zdaniem pedagogów szkolnych są: brak umiejętności radzenia sobie dziecka ze stresem, z emocjami i patologia w rodzinie.

5. Pomoc skierowana do uczniów z różnymi problemami w środowisku szkolnym jest wystarczająca w opinii tylko 50 proc. pedagogów szkół podstawowych i 30 proc. pedagogów gimnazjów.

6. Pomimo występujących licznych i złożonych problemów szkolnych pedagodzy stwierdzają, że bogata i atrakcyjna oferta współczesnej szkoły może być formą profilaktyki i obniżania poziomu trudności i problemów szkolnych uczniów.

Streszczenie

Dzieci i młodzież w różny sposób i z różną intensywnością sygnalizują problemy związane z nauką szkolną. Uwarunkowania tych problemów są różnorodne, aby pomóc w ich rozwiązywaniu istotne jest umiejętne dotarcie do nich i ich właściwe zrozumienie.

Celem niniejszego opracowania była próba zidentyfikowania problemów szkolnych i ich uwarunkowań wśród uczniów szkół podstawowych i gimnazjów w opinii pedagogów szkolnych. Dla oceny problemów szkolnych w środowisku dzieci i młodzieży szkół podstawowych i gimnazjów posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankietowej. Badania zostały przeprowadzone w kwietniu 2009 r. na terenie szkół włocławskich. W badaniach uczestniczyło 14 pedagogów szkolnych szkół podstawowych i 13 pedagogów pracujących w gimnazjach.

Badania dowiodły, że wśród uczniów szkół podstawowych i gimnazjów występują różnorodne, złożone problemy i trudności w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej. Na podstawie przeprowadzonych badań ustalono następujące wnioski.

1. Pedagodzy szkolni, zarówno ze szkół podstawowych jak i gimnazjów, zdecydowanie sygnalizują wzrost liczby uczniów wymagających różnorodnych oddziaływań psychologiczno-pedagogicznych.

2. Pomoc skierowana do uczniów z różnymi problemami w środowisku szkolnym jest wystarczająca w opinii tylko 50 proc. pedagogów szkół podstawowych i 30 proc. pedagogów gimnazjów.

3. Pedagodzy szkolni oceniają, że najczęściej zgłaszane problemy przez uczniów, rodziców i nauczycieli to: konflikty rówieśnicze, trudności w nauce, problemy rodzinne.

4. Głównymi przyczynami trudności szkolnych w opinii pedagogów szkolnych są: brak współpracy rodziców ze szkołą, niska motywacja uczniów do nauki, niskie możliwości intelektualne uczniów.

5. Głównymi przyczynami przemocy szkolnej zdaniem pedagogów szkolnych są: brak umiejętności radzenia sobie dziecka ze stresem, z emocjami i patologia w rodzinie.

6. Pomimo występujących licznych i złożonych problemów szkolnych pedagodzy stwierdzają, że bogata i atrakcyjna oferta współczesnej szkoły może być formą profilaktyki i obniżania poziomu trudności i problemów szkolnych uczniów.

Summary

Children and youth show problems connected with school education in various ways and with different intensity. Determinants of these problems are different, too. To help solving them, it is important to know how to address them and understand them correctly. The goal of this study is an attempt to identify school problems and their determinants amongst pupils attending to Primary and Secondary Schools in opinion of school guiding counsellors. Diagnostic poll method with use of survey technique was applied to evaluate the school problems in the environment of children and youth from primary and secondary schools. The surveys were performed in April 2009 on area of schools in Włocławek. 14 guiding counsellors took part in the research from primary schools and 13 guiding counsellors working in secondary schools.

The researches proved that there are various, complicated problems amongst the pupils of primary and secondary schools as well as many difficulties in physical, mental and social area. Based on performed researches, the following conclusions have been drawn:

1. School guiding counsellors both from primary and secondary schools clearly show increasing number of pupils who require various psychological-pedagogical actions.
2. Assistance directed to pupils with different problems in school environment is sufficient in opinion of only 50% of guiding counsellors in primary schools and 30% of guiding counsellors in secondary schools.
3. School counsellors estimate that the most often problems reported by pupils, parents and teachers are: conflicts between peers, difficulties in learning, family problems.
4. The main reasons for school difficulties and problems, in opinion of guiding counsellors, are: lack of cooperation of the parents with the school, low motivation for pupils towards education, low intellectual abilities of pupils.
5. The main reasons for school violence are in opinion of school guiding counsellors the following: lack of child abilities to cope with stress, emotions and pathology in the family.
6. Despite of numerous and complex school problems, the guiding counsellors state that rich and attractive offer of contemporary school can be a form of prevention and decreasing the level of school difficulties and problems of pupils.

Literatura

1. Dąbrowska J.: *Zrozumieć dziecko*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPA, Warszawa 2005, 41.
2. Fontana D.: *Psychologia dla nauczycieli*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1998, 400.
3. Heyne D., Rollngs S.: *Niechęć do szkoły*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004, 12.
4. Elliott J., Place M.: *Dzieci i młodzież w kłopocie*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2000, 141.
5. Beliveau M.C.: *Jak pomóc dziecku w problemach szkolnych*, Wydawnictwo Bauer-Weltbild Media, Warszawa 2005, 61.
6. Guerin S., Hennesy E.: *Przemoc i prześladowanie w szkole*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004, 25.
7. *Brak zainteresowania rodziców problemem polskiej szkoły*, PAP — Nauka w Polsce. www.erodzina.pl
8. *Przemoc w szkole — problem uczniów i nauczycieli*, PAP. www.erodzina.com.pl
9. Rylke H.: *Pokolenie zmian*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1999, 39.

Załącznik

Kwestionariusz ankiety dla pedagogów szkolnych na temat problemów szkolnych wśród uczniów szkół podstawowych i gimnazjów

1. Czy zdaniem Pani/a wzrasta liczba dzieci i młodzieży wymagających różnorodnych oddziaływań psychologiczno-pedagogicznych?

☐ tak ☐ nie ☐ nie mam zdania

2. Jakie problemy, zdaniem Pani/a, najczęściej dominują wśród uczniów klas 0–3 szkoły podstawowej? Proszę wybrać pięć odpowiedzi i każdej z nich przypisać liczbę od 1 do 5, gdzie liczba 1 oznacza problemy występujące najczęściej.

☐ zaburzenia relacji rodzinnych
☐ nieprawidłowe postawy wychow.
☐ przemoc w rodzinie
☐ trudności szkolne
☐ zaburzenia zachowania i emocji
☐ rozwój nieharmonijny
☐ zaburzenia rozwoju
☐ uzależnienia
☐ konflikty rówieśnicze
☐ fobia szkolna
☐ choroby psychiczne
☐ choroby somatyczne
☐ niedojrzałość szkolna
☐ inne (jakie) .....

3. Jakie problemy, zdaniem Pani/a, najczęściej dominują wśród uczniów klas 4–6 szkoły podstawowej? Proszę wybrać pięć odpowiedzi i każdej z nich przypisać liczbę od 1 do 5, gdzie liczba 1 oznacza problemy występujące najczęściej.

☐ zaburzenia relacji rodzinnych
☐ nieprawidłowe postawy wychow.
☐ przemoc w rodzinie
☐ trudności szkolne
☐ zaburzenia zachowania i emocji
☐ rozwój nieharmonijny
☐ zaburzenia rozwoju
☐ uzależnienia
☐ konflikty rówieśnicze
☐ fobia szkolna
☐ choroby psychiczne
☐ choroby somatyczne

☐ niedojrzałość szkolna
☐ inne (jakie) .....

4. Jakie problemy, zdaniem Pani/a, najczęściej dominują wśród uczniów gimnazjum? Proszę wybrać pięć odpowiedzi i każdej z nich przypisać liczbę od 1 do 5, gdzie liczba 1 oznacza problemy występujące najczęściej.

☐ zaburzenia relacji rodzinnych
☐ nieprawidłowe postawy wychow.
☐ przemoc w rodzinie
☐ trudności szkolne
☐ zaburzenia zachowania i emocji
☐ rozwój nieharmonijny
☐ zaburzenia rozwoju
☐ uzależnienia
☐ konflikty rówieśnicze
☐ fobia szkolna
☐ choroby psychiczne
☐ choroby somatyczne
☐ niedojrzałość szkolna
☐ inne (jakie) .....

5. Jakie, zdaniem Pani/a, zgłaszane są najczęściej problemy przez samych uczniów?
a. .....
b. .....
c. .....
d. .....

6. Jakie, zdaniem Pani/a, zgłaszane są najczęściej problemy przez rodziców?
a. .....
b. .....
c. .....
d. .....

7. Jakie, zdaniem Pani/a, zgłaszane są najczęściej problemy przez nauczycieli?
a. .....
b. .....
c. .....
d. .....

8. Jakie, zdaniem Pani/a, są najczęstsze przyczyny trudności szkolnych?
a. .....
b. .....

c. .....
d. .....

9. Jakie, zdaniem Pani/a, są najczęstsze przyczyny trudności w nauce?
a. .....
b. .....
c. .....
d. .....

10. Czy zdaniem Pani/a przemoc w szkole jest częstym zjawiskiem?

☐ tak ☐ nie ☐ sporadycznie

11. Jakie, zdaniem Pani/a, są główne uwarunkowania przemocy szkolnej?
a. .....
b. .....
c. .....
d. .....

12. W jakich formach, zdaniem Pani/a, przejawia się najczęściej przemoc szkolna?
a. .....
b. .....
c. .....
d. .....

14. Czy zdaniem Pani/a częste jest zjawisko uzależnień wśród uczniów?

☐ tak ☐ nie ☐ sporadycznie

15. W jakim przedziale wiekowym, zdaniem Pani/a, jest najczęstsze zjawisko uzależnień?

☐ kl. 0–3 szk. podst.
☐ kl. 4–6 szk. podst.
☐ kl. 1–3 gimnazjum

16. Jakie występują najczęściej, zdaniem Pani/a, uzależnienia wśród dzieci i młodzieży szkolnej? Proszę wybrać pięć odpowiedzi i każdej z nich przypisać liczbę od 1 do 5, gdzie liczba 1 oznacza problemy występujące najczęściej.

☐ od nikotyny
☐ od alkoholu
☐ od narkotyków
☐ od komputera
☐ od Internetu
☐ od telewizji

☐ od komórki
☐ inne (jakie?) .....

17. Czy Pani/a zdaniem uczniowie lubią szkołę?

☐ tak ☐ nie ☐ częściowo

18. Co zdaniem Pani/a może zaoferować dzisiejsza szkoła uczniowi?

a. .....
b. .....
c. .....
d. .....

19. Jakie czynniki związane ze szkołą i edukacją, Pani/a zdaniem, pozytywnie nastawiają dziecko do szkoły?

a. .....
b. .....
c. .....
d. .....

20. Jakie czynniki związane ze szkołą i edukacją, Pani/a zdaniem, zniechęcają dziecko do szkoły?

a. .....
b. .....
c. .....
d. .....

21. Czy zdaniem Pani/a pomoc oferowana przez szkoły uczniom z różnymi problemami jest wystarczająca?

☐ tak ☐ nie ☐ częściowo

Maria Posłuszna-Owcarz
(Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku)

PRZEMOC W RODZINIE A TRUDNOŚCI SZKOLNE DZIECKA

Słowa kluczowe: przemoc; dziecko; trudności szkolne.

DOMESTIC VIOLENCE AND CHILDREN'S DIFFICULTIES AT SCHOOL

Key words: violence; a child; difficulties at school.

Wstęp

Przeobrażeniom rodziny współczesnej towarzyszą pogłębiające się zjawiska patologiczne lub dewiacyjne. Rodzina już w samej swojej naturze zawiera duży ładunek konfliktogenny, który tkwi w jej strukturze i jest związany z życiem rodzinnym, układem ról i funkcjonowaniem rodziny. W rodzinie na przemoc najczęściej narażone są dzieci, dlatego przemoc wobec nich jest jedną z najczęściej spotykanych form przemocy. Szkody fizyczne i psychiczne jakich doznaje dziecko krzywdzone ujawniają się w różnorodnej formie i obejmują różne sfery jego życia. Ponieważ główną formą działalności dzieci w wieku szkolnym jest nauka, toteż nietrudno zauważyć, że pod wpływem niekorzystnych uwarunkowań rodzinnych, występują zakłócenia funkcjonowania w szkole określane szerokim pojęciem „trudności szkolnych". Rozpoznanie objawów przemocy i powiązanie ich z aktualnym funkcjonowaniem dziecka w szkole nie jest rzeczą łatwą, gdyż same dzieci często starają się ukryć wyrządzoną im krzywdę. Czują się często winne zaistniałej sytuacji, odpowiedzialne za swoją rodzinę, uzależnione od sprawców.

Przemoc w rodzinie

We współczesnym świecie przemoc w rodzinie jest zjawiskiem powszechnym. Istnieje wiele definicji przemocy. Jedna z nich podaje, że „przemocą jest każde zachowanie, którego intencją jest wyrządzenie fizycznej krzywdy drugiemu człowiekowi, lub też czyn, który jest postrzegany jako mający taką intencję" [1].

I. Pospiszyl określa przemoc jako „akt godzący w osobistą wolność jednostki, zmuszanie jednostki do zachowań niezgodnych z jej własną wolą lub zachowania przyczyniające się do fizycznej, a także psychicznej szkody osoby, wykraczające poza społeczne zasady wzajemnych relacji" [2].

W podręczniku akademickim *Psychologia* pod red. J. Strelaua przemoc domowa opisana jest jako „działanie lub rażące zaniedbania dokonywane przez jednego z członków rodziny przeciwko pozostałym, wykorzystujące istniejącą lub stworzoną przez okoliczności przewagę sił lub władzy i powodujące u ich ofiar szkody lub cierpienie, godzące w ich prawa lub dobra osobiste, a w szczególności w ich życie lub zdrowie (fizyczne bądź psychiczne) [3].

Pojęcie przemocy w rodzinie obejmuje wszelkie odmiany złego traktowania tych członków rodziny, którzy nie są w stanie skutecznie się bronić. Najczęściej ofiarami przemocy padają dzieci, osoby okresowo lub trwale niedołężne ze względu na starość czy chorobę, lecz także i kobiety, mimo że ich zależność od innych ludzi nie jest tak oczywista jak w przypadku dziecka czy osoby niedołężnej [4].

Przemoc najczęściej dzieli się na:

— przemoc fizyczną, czyli każde nawet intencjonalne zachowania niosące ryzyko uszkodzenia ciała. Obejmuje całą gamę zachowań, które mogą występować w formie czynnej czy biernej. Czynne formy przemocy fizycznej to przede wszystkim bicie, od klapsów począwszy, bicie pięścią, przedmiotami, bicie na oślep, kopanie, zmuszanie do uwłaczających usług, oparzenia, zadawanie ran, duszenie, usiłowanie lub dokonanie zabójstwa. Przemoc bierna przeważnie przejawia się w postaci różnego rodzaju zakazów, np.: chodzenia, załatwiania potrzeb fizjologicznych, jedzenia a także pod postacią aresztu domowego [2];

— przemoc psychiczną polegającą na poniżaniu, upokarzaniu, odrzuceniu, krzyczeniu, grożeniu, nieodpowiedniej opiece i braku uczuć, straszeniu, szantażowaniu, nadmiernej opiekuńczości, nieposzanowaniu prywatności, wywieraniu presji psychicznej [5];

— nadużycie seksualne, określane przez WHO jako przemoc seksualną „uznaje się każde zachowanie osoby dorosłej, silniejszej (lub) starszej, która prowadzi do seksualnego zaspokojenia kosztem dziecka. W tym rozumieniu wykorzystanie seksualne obejmuje zachowania ekshibicjonistyczne, uwodzenie, świadome czynienie z dziecka świadka aktów płciowych, zachęcanie do rozbierania się czy oglądania pornografii [6];

— zaniedbywanie — niezapewnienie lub uniemożliwienie zaspokojenia potrzeb jednostce zależnej. Można tutaj zaliczyć: nieodpowiednie odżywianie, ubiór, brak higieny, nadzoru i opieki, brak opieki medycznej, wyrzucanie dziecka z domu, zaniedbywanie realizacji obowiązku szkolnego, pozwalanie na wagarowanie, brak zaspokojenia potrzeb uczuciowych, wsparcia emocjonalnego, niezwracanie na dziecko uwagi, częste akty przemocy pomiędzy rodzicami dziecka, pozwalanie na nadużywanie przez dziecko alkoholu, narkotyków, przyzwolenie na zachowania antyspołeczne. Powyższe może dotyczyć zarówno działań nieświadomych jak i świadomej niemożności działania, może być skutkiem niekompetencji, jak i po prostu braku zainteresowania [5].

Dzieci wzrastające wśród przemocy w domu rodzinnym cierpią nie tylko w powodu doznanej bezpośrednio krzywdy fizycznej bądź psychicznej, ale także wtedy, kiedy są tylko świadkami przemocy dorosłych [3]. U ofiar przemocy w rodzinie wyraźne są liczne następstwa, które mogą mieć swoje bliższe lub dalsze konsekwencje.

Skutki fizycznego krzywdzenia dziecka są widoczne nie tylko w określonym czasie, ale mogą rzutować na dalsze życie. Obok licznych urazów fizycznych, siniaków, blizn, oparzeń, krwiaków, złamań obserwuje się objawy niespecyficzne. Bite dziecko boi się bólu, odczuwa strach i lęk, który utrudnia naukę w szkole, dezorganizuje procesy pamięci, utrudnia koncentrację uwagi. W dziecku rodzi się chęć zemsty, nienawiść, pojawiają się zaburzenia snu, koszmary, lęki nocne, zamykanie się w sobie, niska samoocena, zobojętnienie na krzywdę innych, objawy psychosomatyczne, brak reakcji na ból. U tych dzieci może rozwinąć się agresja, która często skierowana jest na rówieśników, dzieci młodsze, słabsze i zwierzęta. Dzieci te w 70 proc. pochodzą z rodzin, gdzie pije się alkohol [7].

Przemoc psychiczna nie pozostawia na ciele ofiary żadnych znaków, natomiast pozostawia na długie lata urazy w psychice ofiary. Dziecko nie potrafi akceptować siebie, ma znacznie zaniżoną samoocenę, boi się podejmowania trudniejszych zadań, boi się niepowodzenia, krytyki, żyje w ciągłym lęku i strachu, cierpi na nerwice, brak poczucia bezpieczeństwa, u dzieci starszych mogą występować stany depresyjne oraz myśli i próby samobójcze [8].

Dzieci wykorzystywane seksualnie mają poczucie odrębności swoich doświadczeń, czują się gorsze i inne, mają poczucie głębokiego wstydu. Osoby maltretowane seksualnie w dzieciństwie, także w życiu dorosłym odczuwają konsekwencje przemocy seksualnej. Do odległych konsekwencji można zliczyć:

— objawy somatyczne: anoreksja, bulimia, zaburzenia miesiączkowania, bezsenność,

— objawy emocjonalne i behawioralne: lęki, nerwice, utrata zaufania do ludzi, obniżona samoocena, poczucie winy, bezradności, labilność emocjonalna, zespoły depresyjne, tendencje samobójcze, uzależnienia od środków toksycznych, zaburzenia seksualne, stosowanie przemocy, w tym seksualnej wobec własnych dzieci [9].

U dzieci zaniedbywanych często występuje niedożywienie, które może doprowadzić do niekorzystnych zmian w narządach i układach, w tym niedoboru wagi i wzrostu, wyniszczenia organizmu, zaburzeń układu nerwowego, zwiększonej podatności na choroby. Nierzadko wchodzą one w konflikt z prawem. Z chwilą pójścia do szkoły sytuacja ta pogarsza się, ponieważ nie potrafią nawiązać kontaktu z rówieśnikami, zamykają się w sobie i izolują od otoczenia, mają poczucie wstydu, poniżenia, braku akceptacji dla własnej osoby, niską samoocenę, czują się niepotrzebne, często są wyśmiewane. Niezaspokojenie potrzeb emocjonalnych może doprowadzić do wystąpienia stanów depresyjnych i prób samobójczych, nadużywania różnych substancji toksycznych i pojawienia się innych uzależnień. U dzieci występują trudności z zasypianiem a nadmierna senność i stałe zmęczenie powoduje, że zasypiają na lekcjach i mają kłopoty z nauką [10].

Wiadomo, że krzywdzenie może mieć miejsce niezależnie od wieku, płci i grupy społecznej zarówno sprawcy jak i ofiary. Istnieje zespół czynników, zwany „czynnikami ryzyka", które odnoszą się do wszystkich osób uwikłanych w sytuacje przemocy oraz do otaczających je okoliczności. Do najważniejszych czynników ryzyka zalicza się:

— indywidualne cechy agresora,

— indywidualne cechy osoby będącej życiowym partnerem agresora (która sama nie jest agresorem),

— cechy dziecka, które staje się ofiarą,

— czynniki rodzinne, czynniki otoczenia: społeczne, zawodowe, kulturowe [11].

Dzieci, którym towarzyszy przemoc i są często jej ofiarami, cierpią także wtedy, kiedy są świadkami tej przemocy wobec innych członków rodziny. Krzywdzenie dzieci przez dorosłych sprawców przemocy domowej można podzielić na cztery kategorie:

— celowe wyrządzanie im krzywdy fizycznej, traktowane jako sposób grożenia ofierze (np. żonie, partnerce, rodzicowi) i jej kontrolowanie,

— mimowolne wyrządzanie im krzywdy fizycznej w czasie ataku na ofiarę, kiedy dziecko przypadkowo podejdzie pod rękę lub kiedy próbuje interweniować,

— stwarzanie środowiska, w którym dzieci są świadkami przemocy lub jej skutków. Z badań wynika, że oglądanie przemocy domowej ma taki sam wpływ na dzieci jak bezpośrednie ich krzywdzenie,

— wykorzystywanie dzieci, by w wymuszony sposób kontrolować maltretowaną ofiarę albo podczas trwania związku, albo po separacji — wyłącznie z chęci utrzymania kontroli, bez względu na krzywdę wyrządzaną dzieciom [3].

Przemoc domowa może wyrządzić dziecku bardzo poważne szkody fizyczne, emocjonalne, poznawcze i społeczne. Skutki mogą być krótkoterminowe lub długotrwałe i zależą od wieku i stadium rozwojowego dziecka. W okresie niemowlęcym przemoc zaburza tworzenie się prawidłowej więzi z jednym lub obojgiem rodziców, skutkiem czego będą trudności w nawiązywaniu późniejszych związków, zablokowanie rozwoju właściwych dla wieku zdolności i umiejętności. W wieku przedszkolnym i młodszym wieku szkolnym przemoc zakłóca rozwój rozumienia ról społecznych i rodzinnych oraz rozwój poznawczy, dziecko może mieć kłopoty z opanowaniem podstawowych wiadomości w szkole z powodu lęków o to, co dzieje się w domu. Nastolatki w kontaktach z rówieśnikami odtwarzają to, czego nauczyły się ze związków rodzinnych. Nie mając pozytywnego wzorca rozwiązywania konfliktów, powielają zachowania sprawcy, a nawet utożsamiają się z nim [3]. Często na terenie szkoły, a także poza nią, występują w roli sprawców przemocy, wchodząc w konflikt z prawem. Odległym skutkiem przemocy jest brak nabytych umiejętności kształtowania stosunków międzyludzkich, podtrzymywania związków, zaległości w nauce, trudności w odpowiedzialnym wykonywaniu obowiązków, utrzymaniu pracy.

Psychologowie uważają, że u ofiary przeżywającej często głębokie uczucie poniżenia i upokorzenia, strachu, wstydu oraz dezorientacji dochodzi po pewnym czasie do obniżenia poczucia własnej wartości oraz samooceny, do izolacji społecznej, a nawet do tendencji autodestrukcyjnych. Utrwala się u niej syndrom ofiary [12].

Problemy szkolne dzieci wynikające z przemocy domowej

Na ogół przyjmuje się, że każda rodzina, na różnym poziomie i w różnym zakresie, pełni gorzej lub lepiej cztery podstawowe funkcje:

— biologiczno-opiekuńczą,
— kulturalno-towarzyską,
— ekonomiczną,
— wychowawczą [13].

Poważniejsze, notoryczne czy też trwałe zaburzenia jednej z podstawowych funkcji powodują zapoczątkowanie procesu dysfunkcji. Zatem rodzina dysfunkcjonalna to taka, która nie potrafi dostatecznie dobrze wypełniać swoich funkcji, a więc taka, która nie może sprostać swoim obowiązkom względem dzieci i innych członków oraz pomyślnie rozwiązywać swoje problemy i sytuacje kryzysowe. Dysfunkcjonalność rodziny może dotyczyć realizacji różnych zadań oraz różnego ich zakresu. Jeżeli mamy do czynienia z kompletnym brakiem realizacji zadań rodziny, wówczas mówimy o dysfunkcji całkowitej, a jeżeli nie potrafi ona realizować pewnych zadań i wymaga pomocy, wówczas jest dotknięta dysfunkcją częściową. Dysfunkcjonalność w obu jej postaciach może dotyczyć różnych sfer życia rodzinnego, np. niepowodzeń w sferze zdrowia, wychowaniu, edukacji. Dysfunkcjonalny dom rodzinny staje się źródłem przykrości, napięć i frustracji, zarówno dla jej dorosłych członków jak i dzieci, które szczególnie narażone są na skutki braku realizacji podstawowych funkcji rodziny. Zwykle bowiem rodzice nie dbają o zaspokojenie potrzeb dziecka, a sposób traktowania dziecka przez rodziców jest źródłem cierpień i często prowadzi do deformacji jego rozwoju, negatywnych skutków emocjonalnych, zaniżonych osiągnięć edukacyjnych, aspiracji, kariery zawodowej i osobistej [4].

Najbardziej istotna dla rozwoju osobowości i umiejętności dziecka jest funkcja wychowawcza. Według S. Kawuli wychowanie w najszerszym tego słowa znaczeniu jest procesem wdrażania młodych pokoleń do życia w społeczeństwie. Działalność wychowawcza rodziny zapoczątkowuje ten proces, który w dalszym ciągu jest przejmowany przez szkołę i inne instytucje wychowawcze, wzmacniany przez wpływy środowiska oraz aktywność własną jednostki [13]. Na pewnym etapie życia dziecka dochodzi do ścisłych wzajemnych powiązań oddziaływań edukacyjno-wychowawczych szkoły i środowiska rodzinnego.

Kiedy kończy się wiek przedszkolny, dziecko stopniowo osiąga pewien określony poziom rozwoju psychofizycznego, który określany jest mianem

„dojrzałości szkolnej". Proces dochodzenia do pełnej dojrzałości szkolnej jest bardzo złożony, a dynamika i poziom różnych sfer rozwojowych dziecka w wieku przedszkolnym zależy od:

— wrodzonych uzdolnień dziecka, charakteru i wpływu środowiska, w którym ono żyje i rozwija się,

— rodzajów i sposobów opieki i wychowania,

— własnej aktywności w zdobywaniu wiedzy o świecie oraz w kształtowaniu umiejętności, które mu będą potrzebne w szkole i w życiu [14].

Na osiągnięcie pełnej dojrzałości szkolnej dziecka składa się ogół jego doświadczeń życiowych, zasób zdobytej wiedzy, umiejętności, pewne mechanizmy postępowania i postawy ukształtowane w ciągu kilku lat jego życia. W osiągnięciu dojrzałości szkolnej największą rolę odgrywa środowisko społeczne dziecka, a przede wszystkim rodzinne, w którym dziecko przebywa i wychowuje się. Należy tu podkreślić wpływ takich czynników środowiska rodzinnego, jak: wykształcenie rodziców, kultura osobista i pedagogiczna rodziców, poziom aspiracji edukacyjnych rodziców, postawy rodzicielskie, struktura rodziny, warunki socjalno-bytowe i materialne rodziny, dostęp do środków kultury. Chcąc zapewnić dobry start szkolny rodzice powinni dbać o wszechstronny, prawidłowy rozwój dziecka, aby wykorzystać jego potencjalne możliwości rozwojowe. Uspołecznienie, wychowanie i edukacja dziecka jest bardzo ważna, gdyż właściwie przygotowuje do nauki szkolnej [14].

Jednym z istotnych zadań rodziny jest kształtowanie osobowości dziecka. Dzieci uczą się od swoich rodziców lub opiekunów myśleć, mówić, czuć, kontrolować i opanowywać swoje reakcje. Bardzo często na terenie szkoły odwzorowują zachowania i relacje wyniesione z domu rodzinnego.

Wzajemne ścisłe powiązania wpływu różnych środowisk wychowawczych na dziecko są szczególnie widoczne w relacjach rodziny i szkoły. Wszelkie zaburzenia relacji rodzinnych, struktury rodziny, konflikty w rodzinie, przemoc w rodzinie w większym lub mniejszym stopniu zaburzają funkcjonowanie dziecka na terenie szkoły, przyczyniając się do wystąpienia bądź nasilenia trudności szkolnych i odwrotnie, trudności szkolne dziecka mogą nasilać nieporozumienia i konflikty domowe. W pedagogicznym działaniu nie można pomijać doświadczeń wyniesionych z domu rodzinnego [15].

Pojęcie niepowodzeń szkolnych ma wiele definicji, gdyż jest to problem złożony i wieloaspektowy. W szerokim ujęciu za niepowodzenia szkolne uznaje się te sytuacje, które cechuje brak harmonii między wymaganiami szkoły a postępowaniem ucznia i dotyczą one zarówno niepowodzeń natury wychowawczej, jak i dydaktycznej. Warto jednak podkreślić, że te dwie postacie niepowodzenia występują najczęściej razem. Inaczej mówiąc, trud-

ności w nauce to stan, w którym odbija się sytuacja zewnętrzna i wewnętrzne uwarunkowania dziecka, co zatrzymuje ucznia w realizacji pewnych dążeń i zadań, w wyniku czego nie potrafi on, w czasie przewidzianym programem nauczania, przyswoić sobie określoną wiedzę i umiejętności. Wieloletnie badania nad przyczynami niepowodzeń szkolnych wskazują na trzy podstawowe ich źródła:

— zaburzenia w psychofizycznym i społecznym rozwoju dziecka,

— nieprzyjazne środowisko szkolne,

— niesprzyjające środowisko wychowawcze, szczególnie rodzinne.

Na całokształt biopsychicznych uwarunkowań braku postępów w nauce składają się:

— stan zdrowia dziecka,

— przewlekłe choroby somatyczne, wady fizyczne, deficyty rozwojowe, zaburzenia mowy itd.,

— poziom rozwoju umysłowego,

— zaburzenia układu nerwowego, np. niestabilność emocjonalna, apatia, agresja,

— zaburzenia funkcjonowania procesów poznawczych, np. wolne tempo myślenia, niezdolność koncentracji,

— cechy charakteru i temperament ucznia.

Drugą grupą czynników wpływających na pojawienie się trudności wynikających z nieradzenia sobie z materiałem szkolnym oraz występowanie zaburzeń emocji i zachowania mogą być: nieprawidłowa metodologia nauczania niedostosowana do potrzeb indywidualnych dziecka, nieumiejętność przekazania wiedzy przez nauczyciela, osobowość nauczyciela, relacje pomiędzy rodzicem–uczniem–nauczycielem, system wychowawczy danej szkoły itd.

Zdaniem H. Rylke istnieją dwa filary wspierające tworzenie warunków do rozwoju ucznia w szkole. Pierwszy z nich to jakość osobistych kontaktów między nauczycielem a uczniem, a drugi to system wychowawczy danej szkoły [16].

Trzecia grupa przyczyn trudności, jakie dziecko doznaje na gruncie edukacyjnym spowodowana jest czynnikami zewnętrznymi, nie wynikającymi z uwarunkowań i winy dziecka, takimi jak np. czynniki ekonomiczne i społeczne rodziny. Sytuację dziecka w rodzinie, w największym stopniu, pogarszają występujące w niej zjawiska patologiczne, do których można zaliczyć między innymi: alkoholizm, narkomanię, przestępczość rodziców, przemoc w rodzinie. Często te zjawiska występują łącznie, w różnym nasileniu. Dzieci, które wychowują się w rodzinach patologicznych, gdzie występuje nagminne zaniedbywanie pod względem emocjonalnym a dziecko pozostawione jest same sobie, gdzie nie ujawniane są w sposób jawny pozy-

tywne emocje, brak jest akceptacji przez osoby znaczące, np. rodziców, opiekunów, gdzie istnieje przemoc emocjonalna, fizyczna, wykorzystywanie seksualne, mogą przejawiać problemy związane z trudnościami w nauce, zachowaniem czy emocjami. Dziecko obciążone powyżej wymienionymi czynnikami nie ma możliwości ani motywacji do nabywania prawidłowych nawyków edukacyjnych.

Wiele problemów, dotyczących postępów w nauce lub ich braku, związanych jest z pijącymi rodzicami. Przemoc i awantury domowe, typowe dla tych rodzin, przeszkadzają w koncentracji zarówno w szkole jak i poza nią. Zaburzeniom psychosomatycznym towarzyszą często zachowania odbiegające od normy. Bezsenne noce, stres, depresja przynoszą takie rezultaty, jak śnienie na jawie i zasypianie na lekcjach. Takie dzieci mają trudności z dotrzymaniem kroku innym. Niska frekwencja, częste zmiany szkoły i zaabsorbowanie domowymi problemami przyczyniają się do słabych wyników w standardowych testach, złych ocen i wreszcie powtarzania klasy. B.E. Robinson i J.L. Rhoden do szkolnych problemów dzieci alkoholików zaliczyli:

— niższe zdolności intelektualne u chłopców,

— gorsze umiejętności werbalne i niższy stopień rozumienia czytanego tekstu, gorsze wyniki w nauce,

— gorsze wyniki testów na inteligencję,

— gorszą koordynację percepcyjno-ruchową, pamięć i opanowanie słownictwa,

— dzieci alkoholików częściej zmieniają szkołę,

— częstsze powtarzanie klasy,

— gorszą frekwencję w szkole,

— niezdolność do koncentracji uwagi; dzieci te są w stanie skupić uwagę na danej sprawie tylko przez krótki czas,

— niespokojne zachowanie, impulsywność,

— dzieci te częściej kierowane są do psychologa szkolnego lub do poradni,

— dzieci alkoholików o niskich dochodach częściej bywają usuwane ze szkoły i rzadziej kończą szkołę średnią [17].

Dysfunkcje i zjawiska patologiczne w rodzinie są najczęstszą przyczyną niedostosowania społecznego dzieci. Według szacunku MEN w Polsce około 140–150 tys. (2 proc.) dzieci i młodzieży w wieku szkolnym jest nieprzystosowanych społecznie, około 1 mln jest zagrożonych nieprzystosowaniem.

Do zasadniczych przejawów niedostosowania społecznego należą przede wszystkim: problemy szkolne — trudności w nauce, kłopoty wychowawcze w szkole i w domu, agresja [4].

Szczególną rolę w rozwoju intelektualnym dziecka i w nabywaniu przez nie umiejętności uczenia się odgrywa sfera uczuciowa. Zaburzenia tej sfery,

wynikające z doznawanej przemocy i braku poczucia bezpieczeństwa są źródłem trudności w nauce. Dzieci zaniedbane emocjonalnie, którym zabrakło miłości w pierwszych latach życia mają często trudności w szkole. Czasami te trudności tłumaczy się brakiem stymulacji, powodującym braki w wiadomościach i podstawowych umiejętnościach, które są konieczne w procesie uczenia się. Natomiast czynnikami pozytywnie wpływającymi na umiejętności dziecka są: przywiązanie, poczucie bezpieczeństwa, zaufanie do siebie i innych [18]. Rozpatrując możliwości szkolne dziecka z przemocy domowej, nietrudno jest zauważyć, że powyżej wymienione czynniki są w różnym stopniu zaburzone, co nie sprzyja osiąganiu sukcesu szkolnego.

Z trudnościami szkolnymi często współwystępuje agresja. Terminu zachowania agresywne używa się do opisu bardzo różnorodnych zachowań. Za agresywne uważa się dziecko, które wywołuje konflikty, bije inne dzieci czy skarży na nie, przezywa, przedrzeźnia lub wyśmiewa, niszczy lub uszkadza przedmioty, męczy zwierzęta, jest aroganckie w stosunku do dorosłych lub rówieśników, brutalnie narzuca swoim kolegom i koleżankom swoje zdanie lub formy aktywności, w zachowaniu prezentuje wrogość, nienawiść do ludzi, zjawisk i przedmiotów, dokonuje samookaleczeń lub prób samobójczych [19]. Szczególną rolę w powstawaniu agresji u dzieci odgrywa lęk, poczucie porzucenia, niezaspokojona potrzeba bezpieczeństwa — przeżywane w nieprawidłowych, niestałych relacjach z rodzicami. Apodyktyczność rodziców, bicie, brutalne traktowanie, wybuchy gniewu (chodzi tu o prawidłowość określoną słowami „przemoc rodzi przemoc") są jedną z czterech grup czynników środowiska rodzinnego wpływających na rozwój tendencji agresywnych [16]. Zauważono, że zachowania agresywne mogą być efektem obserwowania takich zachowań u innych, nawet wtedy, gdy dziecko występuje jedynie w roli widza. Zachowania rodziców w domu, wychowawców w przedszkolu i szkole mają istotne znaczenie dla kształtowania się postępowania dziecka [19]. Istnieją różne koncepcje psychologiczne dotyczące przyczyn i mechanizmów powstawania agresji, ale niezależnie od tego, jaką teorię przyjmiemy, faktem oczywistym jest, że zachowanie człowieka jest przynajmniej w pewnym stopniu efektem uczenia się [12].

Skutki przemocy odbijają się więc negatywnie na wszystkich członkach rodziny, a zwłaszcza na dzieciach. Jest wysoce prawdopodobne, że ich negatywny wpływ będzie także odczuwany w okresie ich dorastania i w każdym środowisku, w którym będą przebywać. Co prawda nie wszystkie osoby doznające przemocy w domu rodzinnym same ją stosują, ale proporcja agresywnych jest istotnie wyższa w porównaniu z tymi, które w rodzinie nie doznawały przemocy. Dorastająca młodzież, doznająca przemocy

w domu, nie nauczy się prawidłowo funkcjonować ani zachowywać się w sposób powszechnie akceptowany społecznie, ani też konstruktywnie rozwiązywać swoje problemy. Będzie powielać przyswojony sobie model relacji międzyludzkich wraz z przejętymi z rodziny macierzystej agresywnymi wzorami zachowania. Gdy będzie dorastać i sama stawać się silną, wówczas będzie mocno przekonana, że jedynym skutecznym sposobem wpływania na ludzi jest występowanie z pozycji silniejszego i nie pozwalanie sobie na okazywanie słabości. Młodzież w wieku szkolnym, będąca ofiarą bądź świadkiem przemocy domowej, może ulegać tylko wobec osób o silnej osobowości i takich, których się boi, i które stanowią dla niej zagrożenie. Często dziecko przenosi obraz rodzica agresywnego na swojego nauczyciela i reaguje na niego jak na rodzica. Może zachowywać się agresywnie w sytuacjach, które kojarzą mu się z domem, w którym funkcjonuje przemoc, czyli z sytuacją kontroli i oceny oraz wynikającym z tego poczuciem zagrożenia oceną, naganą czy karą. Dla ucznia doświadczającego przemocy domowej, sam proces dydaktyczny jest źródłem zagrożenia. Utożsamia go z sytuacją kontroli i oceny, czyli z sytuacją zbliżoną do braku bezpieczeństwa w domu rodzinnym. Obawia się niepowodzeń, złośliwych uwag pod swoim adresem, zbyt dużych wymagań, braku swobody wypowiadania swojego zdania. Także uczeń doświadczający przemocy, przenosząc model funkcjonowania z domu do szkoły, może wywoływać w nauczycielu szereg emocji negatywnych. Znajomość problematyki przemocy pozwala zrozumieć mechanizm takich zachowań i nie dopuszczać do ich nasilenia. Niezbędna jest stanowczość i nie pozwalanie na manipulowanie sobą. Często konieczne jest skierowanie takiego ucznia, a w konsekwencji całej rodziny, po pomoc specjalistyczną.

Nauczyciele pytani o przyczyny złego zachowania dziecka wskazują na określone aspekty otoczenia dziecka, jego doświadczenie osobiste i cechy charakteru. Do często wymienianych czynników środowiskowych należą wszelkie zakłócenia w życiu rodzinnym, zła opieka rodzicielska, trudności społeczno-ekonomiczne, przemoc wobec dziecka. Dla przykładu należy wspomnieć, że z przeprowadzonych badań wynika, że dzieci pochodzące z rodzin alkoholowych są narażone na liczne zaburzenia emocjonalne oraz mają dwukrotnie częściej kłopoty z powodu złego zachowania niż dzieci z rodzin niepijących. Do takich zachowań można zaliczyć: agresywne zachowanie się w grupie, odizolowanie od rówieśników, bójki z rówieśnikami, kłótliwość i niechęć do współpracy, wchodzenie w konflikt z prawem, destruktywne, nieposłuszne, buntownicze zachowania, kradzieże, kłamstwa, wagarowanie, nadużywanie substancji psychoaktywnych, wybuchy złości, nadaktywność [17].

Rodzina i szkoła to dwa środowiska, które w szczególny sposób oddziałują na dziecko. Od jakości tej współpracy zależą efekty rozwojowe dziecka i skuteczność pracy dydaktyczno-wychowawczej szkoły. Stąd też każdej szkole i każdej rodzinie powinno zależeć na dobrym współdziałaniu. Większość rodziców opowiada się za kontaktami ze szkołą, ale są i tacy, którzy nie widzą takiej potrzeby. W praktyce psychologiczno-pedagogicznej daje się wyróżnić kilka najczęstszych negatywnych postaw rodziców:

— unikanie współpracy, brak zainteresowania współpracą ze szkołą, czasami jawna niechęć,

— brak zaangażowania i zaniedbywanie spraw dziecka,

— nadopiekuńczość rodziców prowadząca do niesamodzielności wychowanków,

— perfekcjonizm rodziców, stawianie dziecku i szkole zbyt wysokich wymagań,

— bezradność rodziców i zdawanie się na nauczyciela — rodzice tacy chcą, by nauczyciel podejmował za nich decyzje dotyczące dziecka i brał za nie odpowiedzialność.

Niechęć do kontaktów, brak zaangażowania oraz zaniedbywanie spraw dziecka wykazują głównie rodzice uczniów osiągających niskie wyniki w nauce oraz rodzice z rodzin dysfunkcyjnych, w tym rodzin przemocowych. Aby więc zrozumieć trudności i zachowanie dziecka niezbędna jest znajomość środowiska dziecka przez wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych oraz nauczycieli. W wielu przypadkach konieczne jest podejmowanie mniej lub bardziej skutecznych interwencji, skierowanie takiego ucznia, a w konsekwencji całej rodziny, po pomoc specjalistyczną, a nawet czasami wnioskowanie o ingerencję sądu.

Podsumowanie

Powyższe rozważania pozwoliły na wysunięcie następujących wniosków:

1. Ślady przemocy domowej odciskają swoje piętno na każdej dziedzinie życia dziecka. Psychiczne, fizyczne i społeczne skutki przemocy wpływają na funkcjonowanie dzieci w środowisku szkolnym, w którym dziecko z przemocy doznaje często niepowodzeń w nauce oraz prezentuje różnorodne zaburzenia zachowania i emocji.

2. Przemoc w środowisku rodzinnym i szkolnym występuje niepokojąco często, nierzadko sprawcami przemocy szkolnej są dzieci krzywdzone w domu, które nie znając innego wzorca zachowania w sytuacjach trud-

nych, przenoszą zachowania swoich katów i w ten sposób rozładowują napięcia i frustracje.

3. Formy przemocy zarówno rodzinnej jak i szkolnej są bardzo szeroko rozwinięte i świadczą o dużej częstotliwości występowania. Pomimo stosunkowo szerokiej wiedzy na temat przemocy, ciągle jest to temat na czasie. Rodzina, szkoła oraz media powinny w większym stopniu i ze szczególną uwagą zająć się uświadamianiem społeczeństwa na temat form przemocy i konsekwencji z niej płynących.

4. W pracy nauczyciela i pedagoga szkolnego powinno znaleźć się więcej miejsca na sprawy dotyczące przemocy, jej występowania, form i nasilenia.

Streszczenie

W pracy przedstawiono negatywny wpływ przemocy w rodzinie na osiągnięcia szkolne dzieci i młodzieży. We współczesnej szkole spotyka się coraz więcej dzieci z trudnościami w nauce oraz zaburzeniami zachowania i emocji. Funkcjonowanie dziecka w szkole jest uwarunkowane różnorodnymi czynnikami, najważniejszymi z nich są doświadczenia wyniesione ze środowiska rodzinnego. Nauczyciele pytani o przyczyny złego zachowania dziecka wskazują na określone aspekty otoczenia dziecka, jego doświadczenie osobiste i cechy charakteru. Ponieważ przemoc w rodzinie, w różnej formie, występuje stosunkowo często, toteż należy podkreślić, że jej skutki ujawniają się także w każdej innej dziedzinie życia dziecka, w tym także na terenie szkoły.

Rodzina i szkoła to dwa środowiska, które w szczególny sposób oddziałują na dziecko. Od jakości tej współpracy zależą osiągnięcia rozwojowe dziecka i skuteczność pracy dydaktyczno-wychowawczej szkoły. Niestety, w rodzinach dysfunkcyjnych, z różnych względów, współpraca ta pozostawia wiele do życzenia. Istotna jest więc znajomość środowiska dziecka przez wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych, nauczycieli oraz podejmowanie mniej lub bardziej skutecznych interwencji. Często konieczne jest skierowanie takiego ucznia, a w konsekwencji całej rodziny, po pomoc specjalistyczną, a nawet czasami wnioskowanie o ingerencję sądu.

Summary

The paper presents negative influence of violence in the family on children's school achievements. In the contemporary school one can notice more and more children with difficulties in learning as well as behaviour disturbances disorders and emotional disturbances. The way a child functions at school depends on many factors. The most important of these factors are experiences from family environment. When asked about the reasons of a child's misbehaviour, teachers point out specific aspects of a child's surroundings, his personal experiences and features of character. Because domestic violence, in various ways, is quite frequent, hence, its results appear in every area of a child's life, including school.

Family and school are the two environments that influence a child in a very particular manner. Developmental effects of a child and effectiveness of school's didactic-educational work are dependent on the quality of cooperation of the two environments. Unfortunately, such a cooperation leaves a lot to be desired in dysfunctional families, for many reasons. It is crucial for pedagogues, school psychologists and teachers to know a child's environment and to undertake more or less effective interventions. It is often necessary to send such a pupil, and as a consequence the whole family, to get specialist assistance or even to ask for court intervention.

Literatura

1. Badura-Madej W., Dobrzyńska-Mesterhazy A.: *Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
2. Pospiszyl I.: *Przemoc w rodzinie*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1998.
3. Gierowski J.K., Lew-Starowicz Z., Mellibruda J.: *Psychopatologia zjawisk społecznych*, [w:] *Psychologia*, J. Strelau (red.), t. 3, Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne, Gdańsk 2005, 691–765.
4. Badora S., Czeredrecka B., Marzec D.: *Rodzina i formy jej wspomagania*, Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 2001.
5. Lisowska E.: *Przemoc wobec dzieci. Rozpoznanie i przeciwdziałanie*, Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej, Kielce 2005.
6. Browne K., Herbert M.: *Zapobieganie przemocy w rodzinie*, Wydawnictwo PARPA, Warszawa 1999.
7. Grochocińska R.: *Przemoc wobec dziecka w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2000.
8. Soriano A.: *Przemoc wobec dzieci*, Wydawnictwo „eSPe", Kraków 2002.
9. Marzec-Holka K.: *Nie będziesz bił dziecka swego*, Wydawnictwo Uczelniane WSP, Bydgoszcz 1996.
10. Dobrzyńska-Mesterhazy A.: *Przemoc w rodzinie, diagnoza i interwencja kryzysowa*, [w:] *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*, W. Badura-Madej (red.), Wydawnictwo Naukowe „Śląsk", Katowice 1999, 132–135.
11. Mazur J.: *Przemoc w rodzinie, teoria i rzeczywistość*, Wydawnictwo Akademickie „Żak", Warszawa 2002.
12. Danilewska J.: *Agresja u dzieci — szkoła porozumienia*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2002.
13. Kawula S., Brągiel J., Janke A.W.: *Pedagogika rodziny*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1998.
14. Cudak H.: *Znaczenie rodziny w rozwoju i wychowaniu małego dziecka*, Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej, Warszawa 1999.
15. Rogge J.U.: *Agresja a wychowanie*, Wydawnictwo „Jedność", Kielce 2007.
16. Rylke H.: *Pokolenie zmian. Czego boją się dorośli*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne SA, Warszawa 1999.
17. Robinson B.E., Rhoden J.L.: *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2000.
18. Beliveau M.C.: *Jak pomóc dziecku w problemach szkolnych*, KDC, Warszawa 2005.
19. Kozłowska A.: *Zaburzenia życia uczuciowego dziecka problemem rodziny*, Wydawnictwo Akademickie „Żak", Warszawa 2005.

Joanna Beata Borowiak
(Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku)

ROZWIJANIE DYSPOZYCJI TWÓRCZYCH DZIECI I MŁODZIEŻY POPRZEZ ZASTOSOWANIE METOD INWENTYCZNYCH W PRAKTYCE PEDAGOGICZNEJ

Słowa kluczowe: zdolności; myślenie twórcze; synektyka.

DEVELOPMENT OF CREATIVE ABILITIES AMONG YOUNG CHILDREN AND YOUTH THROUGH APPLYING INVENTIVE METHODS IN EDUCATIONAL PRACTICE

Key words: ability; creative thinking; synectics.

System oświaty w Rzeczypospolitej Polskiej zapewnia każdemu obywatelowi prawo do kształcenia się, warunki do rozwoju indywidualnych zainteresowań i uzdolnień uczniów, a także opiekę nad uczniami szczególnie uzdolnionymi na drodze realizacji indywidualnych programów nauczania [1]. W trosce o pełny rozwój osobowości uczniów nauczanie powinno być organizowane z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz predyspozycji dzieci i młodzieży. Poszukując miejsca we współczesnej szkole dla zastosowania metod inwentycznych w systemie nauczania-uczenia się należałoby w pierwszym rzędzie dokonać stosownych rozróżnień w odniesieniu do pojęcia ucznia zdolnego.

W rozumieniu potocznym dziecko zdolne to takie, które „dobrze się uczy" — uzyskuje wysokie wyniki z określonych przedmiotów nauczania realizowanych na poszczególnych szczeblach kształcenia. Takie rozumienie pojęcia zdolności stanowi jednak jego zawężenie i odnosi się do jednego

z rodzajów uzdolnień — zdolności akademickich, utożsamianych ze zdolnościami ogólnymi rozumianymi jako inteligencja [2].

W literaturze psychologicznej i pedagogicznej znajdujemy wieloznaczeniowe ujęcie terminu zdolności — od różnic indywidualnych między jednostkami, decydujących o poziomie rezultatów w uczeniu się i działaniu po indywidualne właściwości, dyspozycje jednostki. Podziału zdolności dokonuje się także na drodze zróżnicowania ich rodzaju, stąd obok wspomnianych już zdolności ogólnych wyróżnia się zdolności kierunkowe (uzdolnienia kierunkowe) nazywane także mianem specjalnych (np. matematyczne, językowe, artystyczne itp.) oraz zdolności twórcze związane z umiejętnością generowania różnych, oryginalnych i trafnych rozwiązań problemów [3, 4].

Definiując zdolności należy również zwrócić uwagę na ich podział pod względem stopnia, poziomu rozwoju, stąd obok zdolności ogólnych i specjalnych wyróżnia się zdolności wysokie, czyli talent oraz wybitne, określane mianem geniuszu [4].

Uzdolnienia twórcze, stanowiące osobny rodzaj zdolności jednostki, wpisują się w pojęcie twórczości. Ta zaś rozumiana jest jako proces psychiczny przynoszący cenny wynik, aktywność twórcza jednostki uwieńczona społecznie wartościowym a nieznanym dotąd wynikiem działania, ale także umiejętność dokonywania spostrzeżeń, znajdowania nowych związków. Z pojęciem twórczości wiąże się postawa twórcza rozumiana jako specyficzne zachowanie jednostki odznaczające się otwartością, wrażliwością, chłonnością wydarzeń i poglądów, inicjatywą, gotowością angażowania się w sprawy publiczne jako przeciwieństwo postawy konformistycznej, sztywnej, czy obronnej [4, 5]. Powyższe dyspozycje jednostki jawią się jako niezwykle pożądane we współczesnym świecie cechy sprzyjające dynamicznemu rozwojowi, chroniące społeczeństwo przed skostniałością i brakiem aktywności.

Myślenie twórcze podlega stymulacji poprzez zastosowanie heurystyk określanych także mianem inwentyk odnoszących się do pomysłowości, wynalazczości, twórczego działania [6]. Termin „heurystyka" pochodzi od greckiego słowa *heureka* — 'znalazłem!', stanowiącego wyraz radości z rozwiązania trudnego problemu, przypisywanego Archimedesowi [4, 16].

W filozofii pojęcie heurystyka oznacza umiejętność odkrywania nowych prawd na drodze stawiania hipotez [7]. W pedagogice jest sposobem „organizowania nauki szkolnej, który polega na naprowadzaniu uczących się na drogę poszukiwań i mniej lub bardziej samodzielnego rozwiązywania zagadnień, wymagającego aktywnej postawy, rozwijającego myślenie ucznia" [4]. Metody heurystyczne odznaczają się najwyższą uniwersalnością i efektywnością w stosunku do innych metod, takich jak: algorytmicz-

na — wykorzystująca do rozwiązań algorytm, czy konatywna — czynienia poszukiwań na zasadzie prób i błędów [8]. Heurystyki określane mianem „twórczości stosowanej" dzielone są na dwie grupy technik w zależności od celu:

— techniki twórczego rozwiązywania problemów z zastosowaniem określonych metod,

— techniki rozwijania twórczych zdolności [9].

Wspierając rozwój uzdolnień twórczych dzieci i młodzieży inwentyki odblokowują ich naturalne dyspozycje w tym zakresie powołując do życia nowe byty materialne oraz idee, rozbudzają zalążki twórczych postaw. Aby doprowadzić do wykształcenia trwałych zachowań twórczych w rozumieniu postaw, zajęcia rozwijające komponenty twórczości powinny mieć formę systematycznie realizowanego procesu, najlepiej w oparciu o konkretny program działań [10].

Jedną z efektywnych, oryginalnych heurystyk jest metoda synektyczna opracowana przez W.J.J. Gordona, polegająca na dwufazowym rozwiązaniu problemu: oswojeniu dziwności oraz zamiany znanego na dziwne. Procesowi rozwiązywania problemu towarzyszą tu strategie zwane analogiami:

— personalna (identyfikowanie się z problemem),

— prosta (przeniesienie funkcjonującego rozwiązania, modelu, ze świata przyrody lub sztuki),

— symboliczna (przekształcanie niezwykłego w zwyczajne),

— fantastyczna (łączenie odległych, sprzecznych zjawisk w celu utworzenia nowego rozwiązania) [4].

Synektyka, kontrolując nieświadome procesy twórcze poprzez zastosowanie myślenia metaforycznego, sprzyja skutecznemu poszukiwaniu rozwiązań problemów. Metoda ta pozwala na wykorzystanie dyspozycji twórczych jednostki znajdując także szerokie zastosowanie w pracy grupowej, co czyni ją szczególnie przydatną w realiach szkolnych. Jako metoda pracy twórczej z dziećmi na lekcjach plastyki znalazła swoje zastosowanie w postaci eksperymentu pedagogicznego przeprowadzonego w latach 1986–1988 przez W. Limont. Eksperyment realizowany był w grupie 326 dzieci z wykorzystaniem ćwiczeń opartych o wizualizację, na drodze zastosowania analogii personalnej, symbolicznej i fantastycznej, a podstawowy środek ekspresji stanowiły prace plastyczne dzieci uzupełnione o ekspresję werbalną, co stanowiło dodatkowy, nieprzewidziany efekt. Pozyskany materiał plastyczny i werbalny potwierdził:

— bogactwo uczuć i wyobrażeń dzieci,

— ważną cechą prac plastycznych było ich bogactwo formalne oraz wysokie zróżnicowanie indywidualne wytworów,

— dzieciom łatwiej przychodziło plastyczne przedstawienie świata nieznanego — wyobrażonego niż konkretnego i znanego,

— zastosowanie ekspresji plastycznej w rozwiązywaniu problemów na drodze poszczególnych analogii miało związek z bogactwem doznań i przeżyć uczestników eksperymentu,

— uczestnicy eksperymentu przenosili nabyte umiejętności na inne przedmioty szkolne, np. fizykę, biologię, chemię,

— uczniowie wykazywali dużą oryginalność w rozwiązywaniu zadań z różnych dziedzin aktywności [4].

Metoda synektyki w połączeniu z wizualizacją i aktywnością plastyczną na lekcjach znalazła swoje praktyczne zastosowanie jako element autorskiego programu nauczania przedmiotu sztuka (w zakresie edukacji plastycznej i twórczej) w Gimnazjum nr 4 im. ONZ we Włocławku. Program ten realizowany jest w klasach I–III od września 2000 r. do chwili obecnej, zgodnie z obowiązującą podstawą programową nauczania muzyki i plastyki w wymiarze pół godziny na każdy z przedmiotów tygodniowo, co łącznie składa się na godzinę.

Na przestrzeni trzech lat nauki gimnazjaliści w ramach tzw. „lekcji twórczości" systematycznie, choć z uwagi na małą ilość godzin niezbyt często, mieli możliwość poznania metody myślenia przez analogie, posługując się analogią personalną, prostą i fantastyczną. Pierwsze zajęcia łączące wizualizację z ekspresją plastyczną każdorazowo spotykały się z ogromnym zaciekawieniem i zdziwieniem uczniów. Szybko okazywało się, że metoda pracy stawała się bliska młodym ludziom odkrywając tkwiące w nich, a nieznane im samym możliwości twórcze dając niekłamaną radość i satysfakcję. Mimo trudnego wieku rozwojowego uczniowie z łatwością prezentowali na forum klasy wykonane przez siebie prace plastyczne i przedstawiali towarzyszące im opisy — opowiadania lub wiersze. Nie zdarzały się przypadki naruszania obowiązującego uczniów, zawiązanego wzajemnie kontraktu dotyczącego etycznego zachowania.

Warto wspomnieć, że na okres nauki w gimnazjum przypada kryzys twórczości plastycznej. Pomiędzy 13. a 14. rokiem życia (pierwsza klasa gimnazjum) przypada przełom tak zwanego realizmu wrażeniowego — wstępnego kryzysu twórczości, który na przestrzeni 14. i 16. roku życia (druga i trzecia klasa) przechodzi w realizm wizualny, związany z bezpośrednimi doznaniami wzrokowymi, co skutkuje u części młodzieży całkowitą rezygnacją z wypowiedzi plastycznych opartych na wyobraźni [11]. Tymczasem, na skutek poczynionych obserwacji, można było wywnioskować, że zaproponowane do realizacji tematy lekcji plastyki z zastosowaniem analogii przyniosły następujące rezultaty:

— z uwagi na możliwość swobodnej wypowiedzi, niewymagającej wysokich umiejętności plastycznych, u gimnazjalistów nie występowały przypadki rezygnacji z wykonania pracy plastycznej,

— uczniowie, którzy twierdzili, że nie potrafią rysować zyskiwali wiarę we własne możliwości plastyczne,

— dzięki dokonywaniu prezentacji wytworów plastycznych następowała integracja grupy, a młodzież pracowała nad samodyscypliną w myśl zasady „słuchamy się wzajemnie",

— uczniowie wyrabiali umiejętność prezentowania swoich prac i opowiadania o własnych wyobrażeniach i odczuciach,

— ekspresja werbalna w sposób spontaniczny przyjmowała czasem formę poetycką nacechowaną dowcipem, co jest jednym z komponentów twórczości,

— uczniowie często bywali zdziwieni możliwością generowania odległych, a zarazem nader trafnych połączeń pomiędzy dalekim i bliskim (oswajanie dziwności),

— łatwiej przychodziło im pokonać swoje „artystyczne słabości" spowodowane związanym z rozwojem kryzysem twórczości plastycznej.

Z opisanych powyżej praktycznych działań wysuwa się wniosek, że zastosowanie w pracy z młodzieżą inwentyk (np. metody synektyki) w celu rozwijania dyspozycji twórczych może i powinno stanowić dla wychowawców, pedagogów szkolnych, czy nauczycieli przedmiotów cenną alternatywę. Metody te bowiem nie tylko przynoszą wymierne korzyści powodując powstawanie pożądanych zmian w uczniach, ale także wpływają na podniesienie atrakcyjności zajęć i zwiększenie stopnia ich przystępności.

Współcześnie pojmowana edukacja jest celowym i zaplanowanym działaniem zamierzonym na wywołanie pożądanych, korzystnych zmian w uczniach nabywających nowych umiejętności. Zmiany te mają być przy tym trwałe, głębokie, a nie przelotne i powierzchowne [12]. Nauczanie we współczesnej szkole nie może zatem polegać na stosowaniu przez nauczyciela jednego, uniwersalnego sposobu pracy z uczniem stanowiącego sprawdzoną receptę na wszelkie trudności natury dydaktycznej. Wprost przeciwnie — wymaga od niego szerokiej i pogłębionej wiedzy, znajomości pełnego wachlarza metod i umiejętności zastosowania wielu rozwiązań metodycznych w oparciu o zasadę zmienności i elastyczności. Skuteczne nauczanie to kompetentne kierowanie procesami poznawczymi i umysłowymi, w obszarze których uczeń jawi się jako podmiot. W efekcie realizacji procesu nauczania-uczenia się powinien on samodzielnie podejmować aktywność celem opanowania wiedzy i wykształcenia umiejętności. Aktywność ta będzie dodatkowo bardziej skuteczna, jeśli wspomniany uczeń zostanie przez swojego nauczyciela wyposażony w wiedzę i umiejętności

dotyczące strategii uczenia się, co jest wszakże kluczem do sukcesu, a więc własnego rozwoju [13].

Powyższe umiejętności budują model kompetentnego nauczyciela, osiągającego zamierzony cel przy różnorodnym, zmiennym stosowaniu metod nauczania szkolnego z uwzględnieniem celów lekcji, wieku uczniów, ich indywidualnych możliwości oraz potrzeb rozwojowych, a wreszcie specyficznych właściwości i charakteru nauczanego przedmiotu [14]. O kompetencjach nauczyciela stanowi także jego wiedza na temat własnej osoby, szczególnie na niwie budowania relacji z uczniami: umiejętności rozpoznawania ich potrzeb, emocji, motywów zachowań i działania nieadekwatne, a tym samym nieskuteczne zachowania pedagogów względem uczniów są przyczyną zakłóceń procesu edukacyjnego i wychowawczego [15].

Praca nad kształtowaniem dyspozycji twórczych uczniów wymaga od nauczycieli specjalnych kompetencji w zakresie metod rozwijania kreatywności oraz umiejętności posługiwania się nimi, a na tym polu jawią się znaczące niedobory systemu kształcenia nauczycieli. Chcąc wykształcić w swoich wychowankach twórcze postawy, nauczyciel sam powinien posiadać osobowość twórczą, odznaczać się otwartością, determinacją w pokonywaniu własnych niedoskonałości, chęcią poznawania swoich wychowanków, eksponowania ich mocnych stron przy świadomości odpowiedzialności za ich rozwój. Jedynie kreatywny nauczyciel będzie w stanie wykształcić prawdziwie twórczych uczniów.

Streszczenie

Współczesna edukacja to celowe, dobrze zaplanowane działanie mające na celu wyposażenie uczniów w nową wiedzę i umiejętności, rozwijanie ich indywidualnych dyspozycji i zdolności, w tym zdolności twórczych. Myślenie twórcze, kreatywność, podlega stymulacji i daje się rozwijać poprzez zastosowanie metod bazujących na pomysłowości jednostki i zastosowaniu myślenia metaforycznego. Do metod tego rodzaju należy synektyka pozwalająca na posługiwanie się analogiami — metaforami łączącymi to, co odległe z tym, co uczniowi bliskie.

Kontrolując nieświadome procesy twórcze synektyka sprzyja skutecznemu poszukiwaniu rozwiązań problemów. Wykorzystując dyspozycje twórcze jednostki, znajduje zastosowanie w pracy grupowej z dziećmi i młodzieżą w warunkach szkolnych. Stymulując wyobraźnię uczniów pozwala na osiągnięcie pozytywnych rezultatów w zakresie twórczej aktywności artystycznej, pozwala uwierzyć we własne możliwości, rozwija wrażliwość. Jest doskonałym narzędziem pracy w rękach nowoczesnego nauczyciela, otwartego na nowe metody pracy, dostrzegającego potrzebę rozwijania myślenia uczniów w ogóle, a myślenia twórczego w szczególności.

Summary

Current education acts through intentional, well planned action the aim of which is supplying students with new knowledge and skills. It also develops their individual abilities

including creative ones. We can stimulate and develop creative thinking and creativity itself by applying methods based on an inventiveness of an individual and applying metaphoric thinking.

One if these methods is synectics. It lets a student use analogies- metaphors connecting distant notions with the ones that are familiar to a learner. Controlling subconscious creative processes synectics supports effective solving problems. It bases on creative abilities of an individual and can be applied to young children and youth during group working at school.

It also stimulates learners which lets them achieve positive results in artistic active creativity. It gives them self-confidence and develops sensitivity. It is a perfect tool of a modern teacher who is opened for new methods and whose ambition is to develop students' thinking especially creative one.

Literatura

1. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, http: //prawo.vulcan.pl
2. Nosal Cz.: *Psychologiczne modele umysłu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999, 22.
3. Partyka M.: *Dzieci zdolne*, CMPPP, Warszawa 2000, 4–5.
4. Limont W.: *Synektyka a zdolności twórcze*, Wydawnictwo UMK, Toruń 1994, 10–11, 11–13, 57, 62–64, 117, 127.
5. Eby J., Smutny J.: *Jak kształcić uzdolnienia dzieci i młodzieży*, WSiP, Warszawa 1998, 50–51.
6. *Słownik Języka Polskiego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1978, 805.
7. Kopaliński W.: *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Wydawnictwo „Wiedza Powszechna", Warszawa 1991, 209.
8. Rudniański J.: *Sprawność umysłowa*, Wydawnictwo „Wiedza Powszechna", Warszawa 1984, 105.
9. Nęcka E.: *Trening twórczości*, Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 1998, 14.
10. Borowiak J.: *Synektyka i techniki twórczego myślenia jako wyzwanie dla współczesnej szkoły*, „Zeszyty Naukowe WSHE", t. 24, Wydawnictwo WSHE, Włocławek 2007, 73–74.
11. Popek S.: *Analiza psychologiczna twórczości plastycznej dzieci i młodzieży*, WSiP, Warszawa 1985, 89.
12. Kruszewski K. (red.): *Sztuka nauczania. Czynności nauczyciela*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005, 18.
13. Fisher R.: *Uczymy jak się uczyć*, WSiP, Warszawa 1999, 10.
14. Nalaskowski S.: *Metody nauczania*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1997, 142–144.
15. Sękowski A. (red.): *Psychologia zdolności. Współczesne kierunki badań*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, 60.
16. Okoń W.: *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Akademickie „Żak", Warszawa 2007, 134.

Tomasz Borowiak
(Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna we Włocławku)

PROFILAKTYKA STRESU W DZIAŁANIACH PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ

Słowa kluczowe: profilaktyka; stres; pracownicy poradni psychologiczno-pedagogicznej; szkoła; uczniowie; nauczyciele.

STRESS PREVENTION IN THE ACTIVITIES OF PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL COUNSELLING

Key words: prevention; stress; staff of psychological and educational counselling; school; students; teachers.

Wstęp

Szkoła jest środowiskiem szczególnym, w którym stres występuje w różnych sytuacjach i może dotyczyć wszystkich podmiotów edukacji — uczniów i nauczycieli.

Poszukując jego źródeł wśród uczniów można wskazać na takie negatywne zjawiska występujące w szkole, jak: tłok, poczucie ograniczenia prywatności, brak akceptacji ze strony rówieśników, niepowodzenia szkolne, niewłaściwa komunikacja interpersonalna nauczycieli z uczniami i uczniów z nauczycielami, często w atmosferze pośpiechu i niestety negatywnych emocji. Dodatkowo nieodpowiednia atmosfera w domu rodzinnym, związana z trudnościami ekonomicznymi, problemami we właściwych relacjach rodzice–dzieci, a także dzieci–rodzice, jak również różnego rodzaju inne patologie mające miejsce w rodzinie, to wszystko powoduje, że we współczesnej szkole warto a nawet trzeba rozmawiać o stresie, a także wprowadzać konkretne rozwiązania profilaktyczne. W tych zadaniach szkole i rodzinie potrzebne jest specjalistyczne wsparcie ze strony pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych.

W ostatnich latach zaobserwować możemy ogromne zainteresowanie ofertami profilaktycznymi, które związane jest z niepokojem w nieprawidłowościach w zachowaniu się uczniów, jak również z bezradnością wychowawczą. Wynika to również z faktu niskiej efektywności programów kierowanych do dzieci i młodzieży. Specjaliści alarmują ponieważ można zaobserwować negatywne zjawisko polegające na tym, że wszelkiego rodzaju programy profilaktyczne miały stać się lekiem na narastające problemy wychowawcze szkoły.

Pojawił się bardzo poważny problem polegający na tym, że w praktyce oświatowej profilaktyka zaczęła zajmować miejsce wychowania. W rzeczywistości szkoły musimy mieć na uwadze to, że żaden program profilaktyczny, nawet profesjonalnie przygotowany, adresowany tylko do uczniów nie ma możliwości dokonania zmian w klimacie szkoły, nie zmieni również pozytywnych wzorców osobowych, którymi mogą stać się sami nauczyciele wychowawcy.

Niniejszy artykuł podejmuje zagadnienie ważkie dla współczesnej edukacji, znaczenia działalności poradni psychologiczno-pedagogicznych w problematyce profilaktyki stresu. W pierwszej części pracy omawia się podstawowe pojęcia w niej występujące, a mianowicie profilaktykę i stres, a następnie przedstawia się zadania poradni psychologiczno-pedagogicznych w zakresie profilaktyki stresu.

Programy profilaktyczne i konkretne działania pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych (psychologów, pedagogów, socjologów, logopedów, doradców zawodowych i innych) zmierzają do tego aby nauczyć uczniów i nauczycieli ważnych umiejętności psychologicznych i społecznych, jak również pomóc w tworzeniu programów wychowawczych szkoły, a także właściwego środowiska wychowawczego. Należy pamiętać jednak o tym, że nie mogą stać się celem samym w sobie, nie rozwiążą wszystkich problemów występujących w szkole.

Ważne jest jednak to, że współczesna szkoła potrzebuje specjalistycznego wsparcia m.in. ze strony pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych, osób stale kształcących się, diagnozujących rzeczywistość edukacyjną, prowadzących działania terapeutyczne indywidualne i grupowe. Wszystko w celu budowania właściwego klimatu szkoły, poprawnych relacji interpersonalnych, a także abyśmy potrafili radzić sobie w sytuacjach stresu.

Omówienie terminologii

Współczesna szkoła to ciągła gonitwa za realizacją programu, za przygotowywaniem ucznia do egzaminów zewnętrznych. Stąd też można pokusić się o stwierdzenie, że osoby uczące się znajdują się pod ciągłą presją, cały czas coś muszą przyswoić, żyją w ciągłym pośpiechu i stresie, stawia się przed nimi zbyt wysokie wymagania.

W związku z tym osiągają słabsze wyniki. Stąd konieczność prowadzenia w szkole działań mających na celu naukę radzenia sobie ze stresem. Z tymi wymaganiami stawianymi uczniom przez szkołę próbują zmierzyć się pracownicy poradni psychologiczno-pedagogicznych. Pierwszym podstawowym elementem tych działań jest profilaktyka.

Pojęcie 'profilaktyka' w literaturze

Pojęcie profilaktyka w literaturze określane jest w odniesieniu do „procesu, który wspiera człowieka w prawidłowym rozwoju i zdrowym życiu" [1]. Jest także jednym ze sposobów reagowania na rozmaite zjawiska społeczne, które oceniane są jako szkodliwe i niepożądane. Ocena skłania do traktowania takich zjawisk w kategoriach zagrożeń i podejmowania wysiłków w celu ich eliminacji lub choćby ograniczania.

Profilaktyka to także ogół działań zapobiegających niepożądanym zjawiskom w rozwoju i zachowaniu się ludzi. W medycynie sprowadza się do zapobiegania chorobom, propagowania zasad racjonalnego żywienia, hartowania organizmu, prawidłowego łączenia pracy z wypoczynkiem oraz stwarzania innych warunków sprzyjających rozwojowi organizmu. W pedagogice profilaktyka związana jest z zapobieganiem powstawania u dzieci i młodzieży niepożądanych przyzwyczajeń i postaw, błędów w uczeniu się lub wad postawy ciała. W pewnym znaczeniu każde pożądane oddziaływanie pedagogiczne jest jednocześnie działaniem profilaktycznym [2].

Powszechnie uważa się, że skuteczna profilaktyka jest optymalnym sposobem hamowania rozwoju lub ograniczania skali zjawisk uznanych za dolegliwe społecznie.

Pojęcie ‘stres’ w literaturze

Szkoła jest środowiskiem, w którym stres może występować w różnych sytuacjach i w odniesieniu zarówno do uczniów jak i do nauczycieli. Wskazując na jego źródła wśród uczniów na pierwszym miejscu jest tłok, następnie poczucie ograniczenia prywatności, brak akceptacji ze strony rówieśników, niepowodzenia szkolne, niewłaściwe relacje ucznia z nauczycielem itp. Wynika stąd, że szkoła może stać się źródłem różnego rodzaju zaburzeń zachowania, chorób psychosomatycznych, agresji i przemocy, niedorozwoju uczuć wyższych i lęku stanowiącego przyczynę trudności w przystosowaniu się uczniów do jej warunków [3].

Pojęcie stresu jest ujmowane w bardzo różny sposób. Potocznie stres utożsamiany jest z nieprzyjemnymi reakcjami emocjonalnymi (zdenerwowaniem, niepokojem) oraz z trudną sytuacją, która wywołuje te uczucia, a także ze skutkami tych sytuacji, polegającymi na pogorszeniu funkcjonowania w warunkach stresu.

Stres w języku angielskim *stress* to stan organizmu wywołany przez pobudzenie go nieobojętnymi bodźcami (stresorami); bodźcem takim może być zarówno zaatakowanie organizmu przez bakterie, jak i silne przeżycie psychiczne. Stres to stan obciążenia psychicznego, gdy wykonanie ważnego zadania staje się zbyt trudne do wykonania. Gdy bodziec stresowy działa z umiarkowaną siłą i krótko, wzmaga emocje człowieka. W takich sytuacjach podkreśla się zalety stresu. Bez stresu nie ma życia, gdyby nie te emocje nie byłoby motywacji, człowiek miałby problem z mobilizacją. W związku z powyższym o stresie nie można mówić tylko w sposób negatywny. Stres umiarkowany jest warunkiem naszego wysiłku związanego z rozwiązywaniem naszych życiowych celów. Stres długotrwały i silny może spowodować rozstrojenie organizmu.

Termin stres do nauk społecznych i zdrowotnych wprowadził w 1926 r. H. Selye. Definiuje on pojęcie ‘stres’ jako zespół specyficznych i niespecyficznych reakcji organizmu na jakiekolwiek stawiane mu żądanie, jest to więc stan, w jakim znajduje się organizm, a nie czynnik, który ten stan wywołuje. W pierwszej fazie stresu zwykle występuje reakcja obronna, polegająca na mobilizacji sił organizmu, w dalszej fazie lub przy silnym stresie w organizmie pojawiają się zaburzenia. Powtarzanie się stresu może spowodować ciężkie stany chorobowe [4].

W literaturze możemy spotkać różne ujmowanie istoty stresu. Dla jednych jest on abstrakcyjną relacją podmiot–otoczenie w określonym momencie, dla innych trudnym do określenia stanem psychicznym albo reakcją

emocjonalną [5]. Warto wskazać, że tak ujętą definicję stresu potraktowano w sposób „domyślny", nie wymagający jednoznacznego określenia.

W odniesieniu do literatury psychologicznej wyróżnić można trzy nurty ujmowania stresu, różniące się lokalizacją jego źródła.

W pierwszym nurcie stres porównywany jest do sytuacji, wydarzenia zewnętrznego bądź bodźca o określonych właściwościach. W potocznym rozumieniu stres podobny jest do sytuacji trudnej. Pierwsze ujęcie to odpowiednik w mowie potocznej, którym jest określenie 'sytuacja trudna' [6]. Na podstawie tego pojęcia wystarczyłoby określić sytuację trudną osoby, aby na tej podstawie można było stwierdzić, czy wystąpiło zjawisko stresu. Trudność przyjęcia takiego założenia polega na tym, że to samo wydarzenie może być stresujące dla jednej osoby, a dla innej nie stanowić o jego występowaniu. Według T. Tomaszewskiego stres to sytuacja trudna, w której naruszona została równowaga podstawowych elementów ją konstytuujących, czyli zadań, czynności, warunków i cech podmiotu [7]. W tym ujęciu najważniejszy jest moment zakłócenia równowagi. Natomiast elementy, między którymi dochodzi do tego zakłócenia, ulokowane są zarówno w człowieku, jak i w jego otoczeniu.

W drugim nurcie stres jest utożsamiany z reakcjami wewnętrznymi człowieka, zwłaszcza z reakcjami emocjonalnymi doświadczanymi w postaci określonego przeżycia.

To podejście wywodzi się z nauk medycznych. Najbardziej znanym badaczem tego nurtu jest prekursor badań nad stresem H. Seyle [8]. Definiuje on stres w kategoriach reakcji organizmu. Według niego stres jest niespecyficzną reakcją organizmu na wszelkie niedomagania i działanie bodźców szkodliwych — stresorów. Reakcja ta nazywana jest przez niego Ogólnym Zespołem Adaptacyjnym (General Adaption Syndrom — GAS). Przebiega ona w trzech etapach: stadium reakcji alarmowej (mobilizacja sił obronnych organizmu); stadium odporności (pełne przystosowanie się do stresora) oraz stadium wyczerpania (wyczerpanie zasobów organizmu wywołane długotrwałym i silnym stresorem).

Z uwagi na orientację naukową (fizjolog) H. Seyle kładł nacisk w interpretacji swojej teorii przede wszystkim na biologiczny wymiar stresu. Przez współczesnych badaczy składniki reakcji stresowej wyodrębnione przez Seyle'a nazywane są stresem biologicznym.

W trzecim nurcie stres kojarzy się z określonymi relacjami czynników zewnętrznych z właściwościami człowieka [6].

Na uwagę zasługuje ostatni z przytoczonych nurtów, przy czym dwa pierwsze są nadal obecne w literaturze, jak również funkcjonują w potocznym rozumieniu pojęcia 'stres'.

Termin ‘stres’ od dawna przestał być pojęciem czysto naukowym, stając się pojęciem używanym potocznie. Na przykład posługujemy się nim wtedy, gdy chcemy określić nasze doświadczenia, przeżycia czy sytuacje życiowe. Stres to również przybierająca różne formy presja z zewnątrz, która wywołuje w nas uczucie wewnętrznego napięcia.

Równie obszernie problematykę stresu potraktował J. Strelau [9]. Według niego stres odnosi się do stanu charakteryzującego się silnymi emocjami negatywnymi, takimi jak np.: strach, lęk, złość, a także innymi stanami emocjonalnymi wywołującymi distres i sprzężonymi z nimi zmianami fizjologicznymi. Powodem tego stanu, podobnie jak w koncepcji T. Tomaszewskiego, jest brak równowagi pomiędzy wymaganiami a możliwościami ich realizacji przez jednostkę. Zwraca on również uwagę na rolę oceny poznawczej.

Najszerzej pojęcie stresu zostało ujęte w koncepcji R.S. Lazarusa. Według niego stres to „określona relacja między osobą i otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi” [6].

Podstawowym wątkiem w teorii Lazarusa jest znaczenie kontekstu sytuacyjnego oraz relacji jednostka–otoczenie. Dla autora istotne są wzajemne oddziaływania w tym układzie, dlatego wprowadza termin ‘transakcja’. Tym samym podkreśla, że wymiana wpływów pomiędzy podmiotem a otoczeniem jest obustronna. Zgodnie z tą teorią jednostka wraz z aktualnym kontekstem sytuacyjnym stanowi jedną całość, nie jest to jednak suma składających się na nią części. Teoria Lazarusa najczęściej występuje pod nazwą: „transakcyjnej teorii stresu”. Według niego w stresie transakcja przebiega dwuetapowo: początkowo ma miejsce ocena pierwotna (związana ze zidentyfikowaniem sytuacji jako stresowej), a następnie ocena wtórna (czyli podjęcie działania obliczonego na łagodzenie stresu lub usuwanie jego przyczyn). W ocenie pierwotnej relacja z otoczeniem jest oceniana ze względu na potencjalną możliwość przekroczenia zdolności adaptacyjnej jednostki. Z tej perspektywy relacja może być oceniana jako obojętna — bez znaczenia, o charakterze pozytywnym albo negatywnym — stresującym. Transakcja stresowa może być ujmowana w ocenie pierwotnej jako: krzywda (strata), zagrożenie lub wyzwanie. Krzywda (strata) odnosi się do już powstałej szkody w postaci utraty wartościowych obiektów (np. samooceny, bliskiej osoby). Zagrożenie odnosi się do tych samych szkód, które jednak dopiero mogą zaistnieć, a aktualnie są tylko antycypowane. Wyzwanie wskazuje na ocenę własnych możliwości opanowania sytuacji stresowej. Z każdą z tych ocen związane są charakterystyczne emocje. Krzywda (strata) wywołuje złość, żal i smutek. Zagrożeniu towarzyszą strach, lęk, martwienie się. Obraz emocjonalny wyzwania jest najbardziej złożony,

obejmuje zarówno emocje negatywne (np. strach, martwienie się), jak i pozytywne (np. nadzieję, zapał). Jeżeli w wyniku oceny pierwotnej relacja zostanie uznana za stresową (oceniana jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby), zapoczątkowuje to następny proces poznawczy — ocenę wtórną.

Podczas oceny wtórnej człowiek szacuje, co może być zrobione, aby przezwyciężyć zagrożenie. Oceniane są zatem możliwości radzenia sobie w zaistniałej sytuacji. Zostaje uruchomiony podstawowy proces adaptacyjny — radzenie sobie ze stresem, definiowany jako stale zmieniające się (dynamiczne) poznawcze i behawioralne wysiłki mające na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań. W tym ujęciu radzenie sobie jest serią celowych wysiłków, jakie osoba podejmuje w wyniku oceny sytuacji jako stresowej, a nie zachowaniem adaptacyjnym pojawiającym się automatycznie.

Proces radzenia sobie ze stresem pełni dwie funkcje: instrumentalną (zadaniową), zorientowaną na rozwiązanie problemu, który był źródłem stresu (poprzez zmianę własnego działania albo zmianę zagrażającego otoczenia) oraz funkcję samoregulacji emocji. Istotą drugiej funkcji jest obniżanie przykrego napięcia i innych stanów emocjonalnych oraz stymulowanie emocji w celu mobilizacji do działania. Obie funkcje mogą wchodzić w konflikt. Istnieje wówczas niebezpieczeństwo nieprzystosowania. Dzieje się tak np. w sytuacji, gdy funkcja samouspokojenia uniemożliwia podjęcie działań koniecznych do przystosowania.

Definiowanie stresu jako odwołanie się do jednej klasy czynników zewnętrznych — w otoczeniu lub wewnętrznych, mających miejsce w jednostce spowodowały, że w psychologii powstało relacyjne ujęcie stresu, które to uwzględnia obie klasy czynników.

W literaturze psychologicznej występuje pojęcie określane mianem stresu psychologicznego. Pojęcie to odnosi się do sytuacji trudnej, w której znajduje się jednostka, doprowadzona wskutek przeciążenia systemu nerwowego do zaburzeń procesów regulacji [10].

Na stres składają się zmiany niespecyficzne (to znaczy niezależne od rodzaju stresora), występujące w sposób specyficzny. W stresie można wyszczególnić trzy fazy:

1) fazę alarmową, która jest porównywana do ogólnej mobilizacji organizmu, stanowiącą sygnał zadziałania czynnika szkodliwego,

2) fazę odporności, w której zostają zaktywizowane mechanizmy przystosowawcze mające na celu przeciwdziałanie w sytuacji stresowej,

3) fazę wyczerpania, związaną ze spadkiem odporności w sytuacji, gdy stresor jest zbyt silny, albo też długotrwały.

Stres fizjologiczny jest zbiorem reakcji zmierzających do przezwyciężenia czynnika szkodliwego dla organizmu. Pojęcie stresu psychologicznego

związane jest z koncepcją stresu fizjologicznego. Czasami stres fizjologiczny wywoływany jest przez stresory psychologiczne. Może się także zdarzyć, że stres psychologiczny wywołuje zmiany charakterystyczne dla stresu fizjologicznego. Sytuacje wywołujące stres psychologiczny mogą być różnorodne. Można tu zaliczyć te rodzaje sytuacji trudnych, które wiążą się z zagrożeniem bezpieczeństwa jednostki. Sytuacje frustracyjne, to jest utrudnienia i udaremnienia, mogą wywoływać stan stresu, podobnie jak sytuacje trudne, związane z przeciążeniem organizmu.

Stres psychologiczny może zostać wywołany przez różne bodźce. Mogą to być bodźce silne, jak również bodźce słabe, jednostajne trwające długo. W stanie stresu psychologicznego występuje wzrost poziomu aktywacji, wzrost pobudzenia emocjonalnego o charakterze negatywnym. Jednostka jest silnie motywowana w kierunku przezwyciężenia sytuacji stresowej. Działanie jej jest mniej sprawne niż normalnie, zakłócona jest także ocena sytuacji. Mogą występować również takie sytuacje, gdy w stanie stresu jednostka mobilizuje się do działania, a samo działanie wypada lepiej niż normalnie. Najczęściej sytuacje takie mają miejsce gdy jednostka jest nastawiona na osiągnięcie sukcesu.

Procesy motywacyjne mogą ukierunkować jednostkę na próby przezwyciężenia stresu. W sytuacjach skrajnych obserwuje się całkowity zanik tendencji motywacyjnych. Zjawisko to występuje wtedy, gdy sytuacja stresowa jest dla człowieka sytuacją ekstremalną trudną do przezwyciężenia.

J. Reykowski wyodrębnił trzy fazy stresu psychologicznego [11]:

1) faza mobilizacji, w której pod wpływem stresora następuje ogólna mobilizacja procesów psychicznych, charakteryzująca się poprawą sprawności procesów myślowych i pamięci,

2) faza rozstrojenia, w której na skutek przedłużającego się stanu stresu dochodzi do osłabienia poziomu czynności umysłowych, zahamowań i schematyczności działania,

3) fazę destrukcyjną, w której człowiek nie potrafi dokonać właściwej oceny sytuacji, faza ta związana jest z obniżeniem procesów motywacyjnych.

Zmiany specyficzne dla stresu występują w dwóch formach. Są to działania służące do zwalczania stresu oraz działania o charakterze obronnym. Zwalczanie stresu w fazie mobilizacji, obrona przed stresem w fazach rozstrojenia i destrukcji. Obrona przed stresem wiąże się z rezygnacją z celów, które człowiek stawiał przed zaistnieniem sytuacji stresowej. Zmianie ulegają procesy motywacyjne, do głosu dochodzą mechanizmy obronne, pozwalające na nadanie sytuacji zagrażającej innego znaczenia.

Prawidłowe reakcje na stres psychologiczny to te, które zmierzają do przezwyciężenia sytuacji stresowej. Podobnie jak w sytuacji frustracyjnej,

wszystkie reakcje obronne są z punktu widzenia przystosowawczego szkodliwe dla jednostki. Podobnie także, jak przy przeciwdziałaniu frustracji, można, a nawet trzeba w toku procesu wychowania wpływać na zwiększenie odporności na stres i na nauczenie się takiego działania, które pozwoli na przezwyciężenie stanu stresu.

Współcześnie pojęcie stresu kojarzone jest z relacjami zasobów bądź też możliwości jednostki z adresowanymi do niej wymaganiami. Relacja ta polega na zakłóceniu lub zapowiedzi zakłócenia równowagi między wymaganiami a możliwością ich spełnienia. Sytuacjami trudnymi do spełnienia mogą być nie tylko sytuacje zewnętrzne, ale także wewnętrzne standardy jednostki. Brak równowagi może polegać na tym, że możliwości są zbyt małe i utrudniają one spełnić wymagania, jak również mogą to być zbyt małe wymagania w odniesieniu do możliwości jednostki.

Z przytoczonych rozważań wynika, że stres przez psychologów definiowany jest na różne sposoby. Łatwiejsze do określenia jest wskazanie kiedy mamy do czynienia ze stresem.

Stres szkolny jest rodzajem stresu pojawiającego się u młodzieży szkolnej pod wpływem typowych dla współczesnego systemu szkolnego stresorów, mających związek z sytuacjami, które mogą wywołać stres.

Poziomy profilaktyki

W literaturze przedmiotu wskazuje się na trzy poziomy profilaktyki w zależności od stopnia zagrożenia.

Profilaktyka pierwszorzędowa adresowana jest do grupy niskiego ryzyka. Działaniami prewencyjnymi obejmuje się szerokie niezdiagnozowane populacje. Głównym terenem działania jest szkoła. Profilaktyka pierwszorzędowa ma dwa cele — promocję zdrowego stylu życia oraz opóźnienie wieku inicjacji, a przez to zmniejszenie zasięgu zachowań ryzykownych. Poprzez różne działania przekazuje się młodzieży komunikat: „Poczekaj do dorosłości!"

Profilaktyka drugorzędowa adresowana jest do grupy podwyższonego ryzyka. Celem działań jest ograniczenie głębokości i czasu trwania dysfunkcji, umożliwienie wycofania się z zachowań ryzykownych (na przykład poradnictwo rodzinne i indywidualne, socjoterapia). Poprzez różne działania przekazuje się młodzieży komunikat: „Wycofaj się!" (dopóki jeszcze możesz).

Profilaktyka trzeciorzędowa adresowana jest do grupy wysokiego ryzyka. Ma ona na celu przeciwdziałanie pogłębianiu się procesu chorobowego i degradacji społecznej oraz umożliwienie powrotu do normalnego życia w społeczeństwie. Głównie jest to leczenie, rehabilitacja i resocjalizacja.

Im głębszy poziom profilaktyki, tym większe są koszty (konieczność zatrudniania wysoko kwalifikowanych specjalistów, dłuższy czas trwania) i tym mniejsza skuteczność [12]. W profilaktyce ważne jest zachowanie kolejności działań. Działania profilaktyczne (zwłaszcza drugo- i trzeciorzędowe) powinny zostać poprzedzone właściwą diagnozą. W psychoprofilaktyce działania pierwszorzędowe są istotne, porównać je można do szczepionki skierowanej do zdrowych dzieci i młodzieży w celu zwiększenia ich odporności na rozmaite zagrożenia. Dobre programy profilaktyczne realizowane w szkole mogą przyczynić się do poprawy w zachowaniu się całych grup, a także pojedynczych uczniów. Podkreślić jednak należy, że w grupie zawsze mogą znaleźć się uczniowie, dla których takie działanie będzie niewystarczające lub realizowane za późno. Dlatego istotne jest szczegółowe monitorowanie poszczególnych programów, jak również prowadzenie indywidualnej diagnozy i podejmowanie działań interwencyjnych, które należą do profilaktyki drugorzędowej. Programy drugorzędowe adresowane są do małych grup dzieci i młodzieży przeżywającej liczne trudności. Profilaktyka trzeciorzędowa adresowana jest do grup wysokiego ryzyka, które posiadają duże problemy w wyniku długotrwałych zachowań ryzykownych. Działania na tym poziomie są skierowane na indywidualne problemy ucznia, jak również na specyficzne trudności związane z tym zaburzeniem.

Działania Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej we Włocławku

Do podstawowych zadań poradni psychologiczno-pedagogicznej należy:

1. Wspomaganie wszechstronnego rozwoju dzieci i młodzieży, efektywności uczenia się, nabywania i rozwijania umiejętności negocjacyjnego rozwiązywania konfliktów i problemów oraz innych umiejętności z zakresu komunikacji społecznej.
2. Profilaktyka uzależnień i innych problemów dzieci i młodzieży, udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom i młodzieży z grup ryzyka.
3. Terapia zaburzeń rozwojowych i zachowań dysfunkcyjnych.
4. Pomoc uczniom w dokonywaniu wyboru kierunku kształcenia, zawodu i planowaniu kariery zawodowej.

5. Prowadzenie edukacji prozdrowotnej wśród uczniów, rodziców i nauczycieli.
6. Pomoc rodzicom i nauczycielom w diagnozowaniu i rozwijaniu potencjalnych możliwości oraz mocnych stron uczniów.
7. Wspomaganie wychowawczej i edukacyjnej funkcji rodziny.
8. Wspomaganie wychowawczej i edukacyjnej funkcji szkoły.
9. Realizacja poszczególnych zadań oparta jest o działanie zespołów:
— ds. pomocy rodzinie,
— ds. diagnozy i wczesnego wspomagania rozwoju,
— ds. terapii pedagogicznej,
— ds. orientacji i poradnictwa zawodowego,
— ds. profilaktyki,
— ds. terapii logopedycznej,
— ds. pracy z dzieckiem zdolnym [13].

Działania Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej we Włocławku w zakresie profilaktyki stresu

W zakresie profilaktyki pierwszorzędowej Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna we Włocławku podejmuje działania skierowane na pomoc uczniom, rodzicom i nauczycielom. W odniesieniu do ucznia warto wspomnieć o działaniach prowadzonych w szkołach, domach dziecka, ośrodkach adopcyjno-opiekuńczych, bibliotekach, a także w innych instytucjach wspomagających dzieci. Należą do nich:

— warsztaty profilaktyczne dotyczące radzenia sobie ze stresem, w trudnych sytuacjach i z nieprawidłowymi emocjami,
— warsztaty profilaktyczne: „Jak radzić sobie z agresją".
— programy profilaktyczne,
— zajęcia dla młodzieży według autorskich scenariuszy (prowadzone w szkołach podstawowych, w gimnazjach, w szkołach ponadgimnazjalnych).

W powyżej wymienionych działaniach Poradnia inicjuje działania, proponuje realizację konkretnych programów. Bierzemy pod uwagę zapotrzebowanie szkół i innych instytucji w tym zakresie.

W odniesieniu do rodziców poradnie podejmują działania związane z prowadzeniem pogadanek dla rodziców na temat przyczyn zachowań i zapobiegania zachowaniom agresywnym. W odniesieniu do nauczycieli podejmowane są:

— szkolenia rad pedagogicznych na temat: „Jak zrozumieć i pomóc dziecku agresywnemu (w szkołach podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych),

— grupy wsparcia dla pedagogów „Superwizje" (są to spotkania specjalistów z pedagogami na terenie Poradni),

— „Szkoła dla rodziców i wychowawców",

— publikowanie artykułów w mediach, na stronach portali internetowych, na stronie Poradni dotyczących profilaktyki stresu.

W zakresie profilaktyki drugorzędowej Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna we Włocławku realizuje następujące zadania:

— warsztaty o tematyce stresu,

— poradnictwo rodzinne (dyżury dla rodziców, konsultacje),

— porady indywidualne (dla młodzieży, dzieci),

— grupy socjoterapeutyczne dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych.

W zakresie profilaktyki trzeciorzędowej Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna we Włocławku realizuje następujące zadania:

— konsultacje z sądem, kuratorami sądowymi, prokuraturą, policją w sprawie umieszczania dzieci w różnych ośrodkach,

— wydaje orzeczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami zachowania,

— współpraca w tym zakresie z lekarzem psychiatrą.

Strategie interwencyjne stosowane w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej

Celem tego typu działań jest pomoc osobom mającym trudności w identyfikowaniu i rozwiązywaniu swoich problemów oraz wspieranie w sytuacjach kryzysowych. Strategie interwencyjne, jako działania głębsze i bardziej zindywidualizowane, w zasadzie zastrzeżone są dla poziomu drugiego i trzeciego. Wśród takich działań podejmowanych przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną we Włocławku należy wymienić wizyty w szkołach, a także stałą współpracę z pedagogami, wychowawcami klas, dyrektorami przedszkoli, szkół oraz placówek opiekuńczo-wychowawczych. Na uwagę w realizacji tych działań zasługuje poradnictwo.

Podsumowanie

Problematyka stresu i radzenia sobie z nim ma w psychologii zdrowia podstawowe znaczenie z uwagi na wzajemne powiązanie doświadczeń stresowych ze zdrowiem człowieka. Wszystko wskazuje na to, że stresu nie tylko nie da się uniknąć, ponieważ jest on podstawowym elementem naszego doświadczenia, staje się on także coraz bardziej dominującym składnikiem naszego życia. Patrząc na to zagadnienie z perspektywy profilaktyki można stwierdzić, że możemy skutecznie ograniczać liczbę doświadczeń stresu, a co ważniejsze możemy nauczyć się skutecznie radzić sobie ze stresem. Temu celowi służą programy profilaktyczne, szkoleniowe oraz różne formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Warte podkreślenia jest jednak to, że same programy profilaktyczne skierowane tylko do uczniów na niewiele się zdadzą. Okazuje się, że w działania te powinni zostać zaangażowani wszyscy. Powinny być one jednym z elementów spójnego systemu, w którym na pierwszym miejscu stoją specjaliści w zakresie pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Ich zadanie mogłoby polegać na diagnozowaniu rzeczywistości szkolnej, na pomocy w tworzeniu szkolnych programów profilaktycznych, na diagnozowaniu ich przydatności, a także na wsparciu w zakresie ich realizowania. Patrząc na przydatność programów profilaktycznych realizowanych w szkołach można stwierdzić, że nie chodzi tutaj o zastępowanie procesu wychowawczego działaniami profilaktycznymi. W dalszym ciągu brakuje nam spójnego programu wychowawczego szkoły. Pamiętać należy o tym, że w zmianach jakie dokonują się we współczesnej szkole uczeń usytuowany jest na pierwszym miejscu, a nauczyciel i rodzic powinni mieć wsparcie ze strony specjalistów z poradni w zakresie działań mających na celu m.in. umiejętność radzenia sobie ze stresem. Stąd potrzeba docenienia i umiejętnego wykorzystania wiedzy i umiejętności pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych. Szeroka oferta działań specjalistów z poradni z zakresu profilaktyki została tylko w niewielkim stopniu zasygnalizowana w niniejszym artykule.

Pracownicy Poradni realizują na co dzień programy profilaktyczne w opracowaniu własnym, a także innych specjalistów tworzących takie programy.

Skuteczne realizowanie działań profilaktycznych, w tym również związanych z profilaktyką stresu, wymaga tworzenia właściwego klimatu środowiska szkolnego. Pozwoli on wszystkim podmiotom edukacji uczestniczyć w życiu szkoły, rozwijać wzajemne kontakty, współpracować, a także wspierać się w pokonywaniu trudności.

Przyszłość działań profilaktycznych skierowana powinna być na „patrzenie w tym samym kierunku", na wspólne pokonywanie przeszkód, a nie ich unikanie, na braniu odpowiedzialności za teraźniejszość i przyszłość młodych ludzi. Warte podkreślenia jest to, że poznanie zjawiska stresu i zrozumienie jego funkcji jest ważne do wyjaśnienia wielu aspektów współczesnego człowieka. Stres stanowi element doświadczenia każdego z nas we wszystkich obszarach życia — od rodziny, poprzez edukację, pracę i zdrowie.

Streszczenie

Szkoła jest środowiskiem szczególnym, w którym stres występuje w różnych sytuacjach i może dotyczyć wszystkich podmiotów edukacji — uczniów i nauczycieli. Poszukując jego źródeł wśród uczniów można wskazać na takie negatywne zjawiska występujące w szkole, jak: tłok, poczucie ograniczenia prywatności, brak akceptacji ze strony rówieśników, niepowodzenia szkolne, niewłaściwa komunikacja interpersonalna nauczycieli z uczniami i uczniów z nauczycielami, często w atmosferze pośpiechu i niestety negatywnych emocji. Dodatkowo nieodpowiednia atmosfera w domu rodzinnym, związana z trudnościami ekonomicznymi, nieprawidłowe relacje rodzice–dzieci, a także dzieci–rodzice, jak również różnego rodzaju inne problemy mające miejsce w rodzinie to wszystko powoduje, że we współczesnej szkole warto a nawet trzeba rozmawiać o stresie, a także wprowadzać konkretne rozwiązania profilaktyczne. W tych zadaniach szkole i rodzinie potrzebne jest specjalistyczne wsparcie z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Niniejszy artykuł podejmuje zagadnienie działań poradni psychologiczno-pedagogicznych w profilaktyce stresu.

Summary

The school is a special environment in which stress occurs in different situations and can cover all educational entities: students and teachers. Seeking its source among the students can point to such negative phenomena occurring in school as a piston, a sense of privacy constraints, lack of acceptance from peers, school failure, poor interpersonal communication with students and teachers and teachers with students, often in an atmosphere of haste and, unfortunately, negative emotions. In addition, inappropriate atmosphere in the family home, associated with economic difficulties, abnormal relationships parents–children, and children–parents, as well as various other problems occurring in the family makes it all worth discussing in today's school and moreover, such a need is a must as to introduce specific prophylactic solutions. In these tasks, schools and families need specialist support, which is provided by the employees of the psychological-pedagogical counselling. This article takes up the idea of psychological operations in the prevention of stress.

Literatura

1. Gaś Z.B.: *Szkolny program profilaktyki: istota, konstruowanie, ewaluacja*, MENiS, Warszawa 2003.
2. Okoń W.: *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Akademickie „Żak", Warszawa 2007.

3. Aouil B.: *Szkolne programy radzenia sobie ze stresem przez uczniów szkół gimnazjalnych województwa kujawsko-pomorskiego — założenia i wdrażanie*, Wydawnictwo Fundacji dla Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2008.
4. Okoń W.: *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa 2007.
5. Łosiak W.: *Psychologia stresu*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.
6. Heszen I., Sęk H.: *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa 2007.
7. Strelau J. (red.): *Psychologia*, t. 3, GWP, Gdańsk 2000.
8. Selye H.: *Stres okiełznany*, PIW, Warszawa 1977.
9. Strelau J. (red.): *Psychologia*, t. 3, GPW, Gdańsk 2000.
10. Łosiak W.: *Psychologia stresu*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.
11. Reykowski J.: *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego*, PWN, Warszawa 1966.
12. Szymańska J.: *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, CMPPP, Warszawa 2002.
13. *Statut Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej we Włocławku*, //ppp.edukacja.wloclawek.pl/.

Dorota Kochman
(Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku)

Jadwiga Marciniak
(Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej,
Szpital Specjalistyczny „Barska" we Włocławku)

EDUKACJA ZDROWOTNA UCZNIÓW W ASPEKCIE PROFILAKTYKI WAD POSTAWY

Słowa kluczowe: wady postawy; uczniowie; profilaktyka.

STUDENTS' HEALTH EDUCATION IN FAULTY POSTURE PREVENTION

Key words: faulty posture; students; prevention.

„Pionowa postawa tworzy człowieka, bez niej nie ma kultury,
bez kultury świat nie jest wart, by na nim żyć…"

Phelps

Wstęp

Wszyscy chcielibyśmy, aby nasze dzieci były zdrowe, mądre i piękne. Owo zdrowie i piękno zależy także od postawy ciała. Wszelkiego rodzaju zaniedbania i niedopatrzenia w rozwoju, mogą spowodować utrwalenie się złych nawyków i doprowadzić do trwałych zniekształceń w budowie i postawie ciała. Istotnym i ważnym problemem jest w tym przypadku prawidłowa i skuteczna profilaktyka w zakresie wad postawy.

Przedstawiony w pracy program profilaktyczno-edukacyjny w zakresie wad postawy jest przykładową formą profilaktyki w tym zagadnieniu. Wykorzystać go mogą wszystkie osoby biorące udział w działaniach kompleksowych na rzecz zapobiegania wadom postawy. Podniesienie poziomu

wiedzy na temat korekcji nieprawidłowej sylwetki, powinno wpływać na kształtowanie zachowań zdrowotnych i poprawę stylu życia dzieci i młodzieży.

Omówienie problematyki

Profilaktyka wad postawy uczniów

Wiadomo, że niemały wpływ na postawę ma tryb życia, a więc przede wszystkim praca siedząca i umysłowa. Dzieci i młodzież mają przez dużą część dnia wymuszoną, często nieprawidłową i niefizjologiczną postawę ciała. Jest ona wyczerpująca, powoduje przeciążenia i ogólne zmęczenie, które uwidacznia się w całej sylwetce człowieka. Nowa filozofia zdrowia określa, że każdy człowiek ponosi sam odpowiedzialność za własne zdrowie. Odnosząc ten termin do dzieci, odpowiedzialność ta spoczywa na rodzicach [1]. Aby kształtować ją, jak najwcześniej powinno się wdrożyć proces edukacji, który jest częścią składową profilaktyki. Zachowania zdrowotne kształtują się przede wszystkim w okresie rozwoju i wzrastania dziecka.

W pierwszym okresie życia dziecka warunkiem sprzyjającym prawidłowej postawie ciała i rozwojowi układu ruchu jest odpowiednie postępowanie rodziców. Aby prawidłowo ukształtować przyszłą postawę dziecka profilaktyka w tym kierunku powinna mieć już wtedy swoje źródło w zależności od osiągniętej siły i sprawności [2]. Odpowiednie układanie dziecka, noszenie, sadzanie, a w końcu nauka chodzenia dają początek prawidłowym nawykom i zachowaniom.

Dzieciństwo jest niewątpliwie najlepszym okresem do profilaktyki wad postawy. Profilaktyka to najskuteczniejsza forma zwalczająca dolegliwości powstające podczas zaburzeń czynności narządu ruchu. Niekorygowane wady postawy prowadzą do nieodwracalnych i stale pogarszających się deformacji. Są one początkiem bolesnych zmian zwyrodnieniowych stawów, kręgów i niewydolności, które mają poważne konsekwencje w życiu dorosłym, a nierzadko już w okresie dojrzewania. Istotną rzeczą w profilaktyce wad postawy jest kontrola wzroku dziecka już od najmłodszych lat. Niewyrównane wady wzroku zmuszają dziecko do niepotrzebnego zbliżania głowy do ławki szkolnej, co może utrwalić wysunięcie głowy i barków do przodu i wadę postawy. W okresie przedszkolnym i szkolnym należy za-

pewnić dzieciom dużą dawkę ruchu i ćwiczeń ruchowych. Charakter ćwiczeń powinien kształtować i rozwijać dobrą postawę ciała.

Wady postawy nasilają się w okresie szkolnym. Okres „szkolny" charakteryzuje się z biologicznego punktu widzenia względną harmonią rozwojową. Źródła niekorzystnych zmian upatruje się w nowych dla dziecka warunkach. Jednym z największych niebezpieczeństw jest siedzący tryb życia i jednostajność pozycji, na które organizm dziecka będący w okresie intensywnego wzrostu nie jest dostatecznie uodporniony. Środowisko szkolne jako całość ma ogromny wpływ na rozwój dzieci i młodzieży. Konieczne jest więc stałe i konsekwentne eliminowanie ze środowiska tych czynników, z którymi wiąże się powstawanie lub pogłębianie istniejących już wad i zaburzeń rozwojowych oraz stwarzanie jak najlepszych warunków pracy dla uczniów. Podobne działania profilaktyczne powinny mieć miejsce również w każdym domu, pod czujnym okiem rodziców. Pozwoli to uniknąć przykrych dolegliwości w życiu dorosłym. W likwidacji wad postawy największe znaczenie ma podniesienie świadomości prozdrowotnej oraz podjęcie rehabilitacji ruchowej. Szkoła, rodzice i ochrona zdrowia muszą kłaść nacisk na modyfikacje postaw i zachowań jednostki, jaką jest dziecko.

Podstawowe działania w zakresie profilaktyki wad postawy przedstawiła Kutner-Kozińska [3, 4].

Po pierwsze jest to graniczenie siedzącego trybu życia, zwiększenie ogólnej sprawności ruchowej człowieka, ze szczególnym uwzględnieniem tych form, dzięki którym są wzmacniane mięśnie grzbietu i brzucha, dobór ćwiczeń mających na celu kształtowanie prawidłowych krzywizn kręgosłupa, a nie ich niwelowanie. Po drugie należy nauczyć już we wczesnym dzieciństwie, a następnie wyrabiać nawyk utrzymania prawidłowej postawy ciała we wszystkich czynnościach życia, zwłaszcza tych, w których kręgosłup mógłby być przeciążony, przestrzeganie prawidłowej postawy ciała podczas odpoczynku. Ponadto trzeba dostosować sprzęt domowy i środowisko, w których przebywamy do potrzeb i możliwości fizjologicznych naszego kręgosłupa.

Z każdym rokiem wzrasta procent dzieci z wadami postawy. Zmusza to rodziców i nauczycieli do szerszego zainteresowania się problematyką profilaktyki wad postawy. Konieczna jest więc stała eliminacja tych czynników, z którymi wiąże się powstawanie wad postawy, a także stwarzanie jak najlepszych warunków pracy dla uczniów. Podobnie powinno być w każdym domu dziecka, gdzie czuwają rodzice. Profilaktyka wad postawy powinna opierać się na czterech filarach [5]:

— ścisła współpraca z pielęgniarką szkolną,

— aktywne zaangażowanie dzieci w proces rehabilitacji,

— aktywne zaangażowanie rodziców w proces rehabilitacji,
— współpraca z wychowawcami dzieci z wadami postawy.

Z programu profilaktyki wad postawy wynikają także wnioski praktyczne, które należy stosować w życiu codziennym, aby zminimalizować ryzyko wystąpienia wad postawy. Przemyślana organizacja warunków życia dziecka w systemie 24-godzinnym stwarza dopiero sytuacje, w których gimnastyka korekcyjna, jako jeden z elementów tego systemu, może dać oczekiwane rezultaty [3, 4].

Sen i odpoczynek — powinien trwać od 10 do 11 godzin na dobę, dziecko powinno mieć własne łóżko z twardym, nieuginającym się materacem, małą poduszkę, o takiej grubości, aby wypełniała przestrzeń zawartą między barkiem a uchem (w pozycji leżenia na boku). Najwszechstronniejszą pozycją do spania dla wszystkich wad jest leżenie na plecach.

Rozruch poranny — powinien trwać 15 minut. Charakter ćwiczeń: obszerne, luźne ruchy kończyn górnych i dolnych oraz tułowia, trochę biegów, podskoków.

Dojście do szkoły — tornister powinien być zapakowany tak, aby jego zawartość była równomiernie rozłożona i nie mogła się przesuwać.

Praca w szkole — powinna odbywać się w warunkach kilkugodzinnego siedzenia w ławkach czy przy stolikach, dlatego też odpowiednie ich rozmiary mają znaczny wpływ na postawę. Należy dążyć by (w ramach istniejących możliwości) zapewnić dzieciom właściwe warunki pracy.

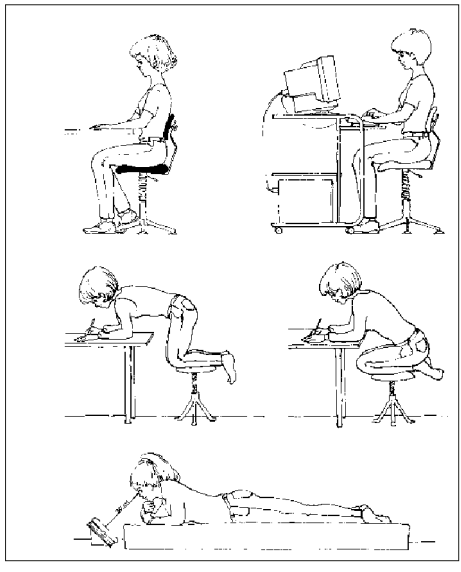
Ćwiczenia śródlekcyjne oraz swobodny ruch w czasie przerw międzylekcyjnych mogą stać się częściowo antidotum przeciw tym negatywnym wpływom. Działanie ćwiczeń śródlekcyjnych skierowane jest na napięcie grup mięśniowych rozciągniętych na skutek siedzenia w ławkach, z jednoczesnym rozciągnięciem i rozluźnieniem mięśni nadmiernie napiętych, wciągnięcie do pracy większych zespołów mięśniowych, a także układów krążenia i oddychania. Wszystkie te ćwiczenia połączone są ze swobodnym oddychaniem. Mają one stanowić przeciwwagę dla monotypii pozycji pracy, odprężając dziecko fizycznie i psychicznie.

Lekcje wychowania fizycznego w szkole powinny obejmować większość dzieci z wadami postawy. Nauczyciel prowadzący lekcje wf w szkole musi być powiadomiony przez lekarza lub pielęgniarkę szkolną o wskazaniach i przeciwwskazaniach specyficznych dla dziecka w związku z jego wadą, by w czasie lekcji mógł je uwzględnić. Jednocześnie powinien, znając występujące w zespole klasowym odchylenia, uwzględnić potrzeby rozwojowe i korekcyjne.

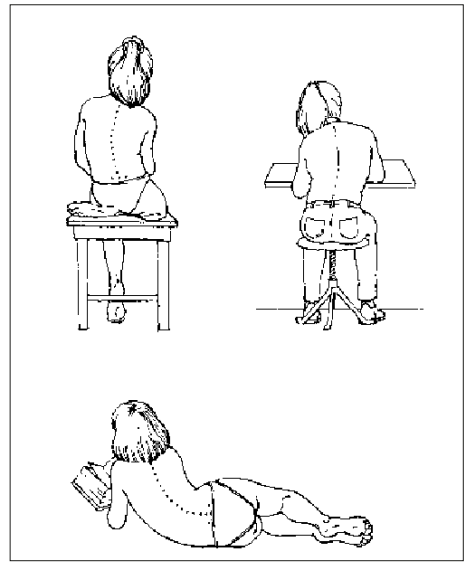
Zajęcia pozalekcyjne — należy dbać o rozwój ruchowy dziecka, szczególnie o przebywanie na świeżym powietrzu. Odpoczynek, dowolnie przez

dziecko dobierany, ma mieć charakter czynny i zawierać w wystarczającym wymiarze różne elementy ruchu.

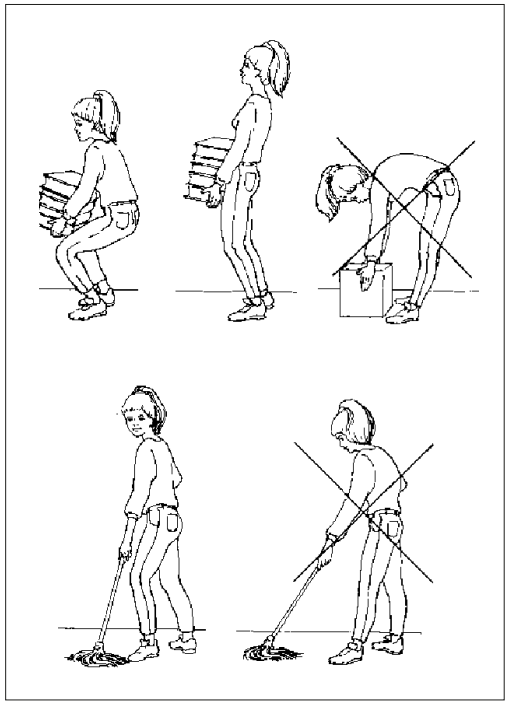
Odrabianie lekcji jest bardzo ważnym elementem 24-godzinnego systemu korekcji wad postawy ze względu na postawę przy pracy. W reedukacji posturalnej ważne jest opanowanie prawidłowej pozycji roboczej. Do tego potrzebne są następujące warunki: biurko lub stół prostokątny lub kwadratowy z oświetleniem z lewej strony i nierażącym oczu, o wysokości takiej, by przy siedzeniu dziecko, opierając się przedramionami o blat stołu, miało kręgosłup wyprostowany i barki ustawione poziomo. Wysokość krzesła powinna odpowiadać długości podudzia (stopy oparte o podłogę), wymodelowane oparcie podpierające odcinek lędźwiowy kręgosłupa (lekcje pisane). Zasadą obowiązującą przy odrabianiu lekcji jest zmienność pozycji. Częściowe odciążenie kręgosłupa uzyskuje się w pozycji klęcznej na taborecie, z podparciem na przedramionach, w której można odrabiać część lekcji ustnych, w niewielkim stopniu wymagających notowania. Lekcje wyłącznie ustne można przygotowywać w pozycji leżąc na brzuchu, stosując, zależnie od wady, podparcie głowy (brody) na dłoniach, łokcie ugięte, oparte o podłoże — jest to tzw. „sfinks" (zastosowanie: kifoza lędźwiowa albo totalna) lub na płasko położonych dłoniach, przedramiona o podłoże, z książką umieszczoną niżej, poza tapczanem. Prawidłowa odległość od książki wynosi około 30 cm. Pozycje prawidłowe i wadliwe przedstawione są na rycinach 1 i 2.



Rycina 1. Pozycje prawidłowe



Rycina 2. Pozycje wadliwe



Rycina 3. Prawidłowe i wadliwe pozycje ciała przy czynnościach dnia codziennego

Zapewnienie odpowiedniej odzieży i obuwia — lekka, przewiewna i niekrępująca ruchów, obuwie elastyczne, miękkie i szerokie noski, u małych dzieci twarde pięty butów (przeciwdziałanie koślawości).

Siadanie na krześle — jak najczęściej zwłaszcza w klasach młodszych, stosować siedzenie okrakiem, klęk w siedzeniu oraz siedzenie na piętach z palcami stóp zwróconymi do środka.

Codzienne czynności — przy podnoszeniu ciężkich rzeczy należy zachować prosty kręgosłup, przestrzegać zasady higieny oszczędzania kręgosłupa i stóp (zasada — tak często jak to możliwe należy usiąść, oprzeć się lub podeprzeć). Prawidłowe i wadliwe pozycje przedstawiono na ryc. 3.

Odżywianie — powinno być pełnowartościowe. W przypadku nadwagi należy stosować dietę odchudzającą oraz zintensyfikować ogólną aktywność ruchową, zgodnie z zaleceniami lekarza.

Podsumowując, należy stwierdzić, że zapewnienie dziecku w domu i w szkole odpowiednich higienicznych warunków, racjonalnego rozkładu pracy i wypoczynku z uwzględnieniem zabawy i ruchu na powietrzu oraz prawidłowego odżywiania, może w znacznym stopniu ograniczyć powstawanie wad postawy.

Rola ćwiczeń w profilaktyce wad postawy

Postępowanie w wadach postawy rozpoczyna się od usunięcia przyczyn ich powstawania. Gimnastyka wyrównawczo-korekcyjna zmierza do likwidacji powstałej wady lub hamuje jej rozwój, a więc stara się przywrócić prawidłową postawę ciała. Dzieci i młodzież mają przez dużą część dnia złą pozycję ciała, a co za tym idzie nieprawidłową postawę. Mała ilość ruchu,

rezygnacja z aktywnego wypoczynku nie sprzyja dobrej postawie i utrwala złe nawyki. Istotną sprawą jest, aby nieustannie w ciągu dnia nadawać kręgosłupowi prawidłowy kształt. Jeśli jest to tylko możliwe, powinno się organizować przerwy na krótką gimnastykę. Ćwiczenia mają na celu poprawę ogólnej sprawności fizycznej, sprawności narządu ruchu oraz wyrobienia „poczucia dobrej postawy", tj. zdolności samodzielnego utrzymania i zachowania w ciągu dnia dobrej postawy [6]. Będą one jednocześnie rozwijały i poprawiały czynność narządów wewnętrznych, przede wszystkim narządu oddechowego i krążenia.

Po dokładnej analizie mechanizmu postawy wybiera się odpowiedni program usprawniania. Po badaniu wstępnym określa się, czy wada postawy ma charakter czynnościowy i do niej dobiera się ćwiczenia wyrównawcze. Ustala się, czy zmiany są już utrwalone (przykurcze mięśni i stawów) i potrzebne jest działanie gimnastyki korekcyjno-wyrównawczej.

Korekcja wad postawy opiera się głównie na kształtowaniu nawyku prawidłowej postawy ciała, które powinno przebiegać w czterech omówionych poniżej fazach.

Faza pierwsza — polega na uświadomieniu dziecku jego wady. Chodzi nie tylko o wyszczególnienie przyczyn, ale również o uświadomienie konsekwencji zaniechania ćwiczeń. Faza druga — polega na korygowaniu wady poprzez przyswojenie i opanowanie korekcji lokalnych, a później globalnych. Po wygaszeniu istniejących, nieprawidłowych nawyków można przejść do wytworzenia nawyków prawidłowych. Faza trzecia — polega na wykształceniu wytrzymałości posturalnej, tzn. zdolności do długotrwałego utrzymywania postawy skorygowanej. Dziecko należy uczyć kontroli ustawiania kończyn, miednicy, brzucha, klatki piersiowej w różnych pozycjach wyjściowych, od łatwych do trudnych. Faza czwarta — polega na utrwalaniu postawy prawidłowej w warunkach zbliżonych do życia codziennego.

W przypadku stwierdzenia u dziecka wady postawy niezbędne jest odpowiednie postępowanie korekcyjne w domu i w szkole. Dziecko powinno być skierowane do szkolnego zespołu gimnastyki korekcyjnej. Wszelkie oddziaływania zapobiegawcze, wyrównujące i kompensujące są częścią programów profilaktycznych. Do działań w tym zakresie należy gimnastyka korekcyjna, której celem jest przeciwdziałanie stwierdzonym wadom i wyrównywanie odchyleń fizjologicznych. Bardzo ważny jest czynny udział rodziców w instruktażu w zakresie ćwiczeń domowych, gdyż podstawową formę oddziaływania korekcyjnego powinny stanowić, prócz zajęć gimnastyki korekcyjnej w szkole, ćwiczenia domowe. Aby proces korygowania wad mógł być w pełni efektywny, rodzice powinni opanować ogólne zasady doboru ćwiczeń korekcyjnych, ponieważ tylko na podstawie znajomości tego zagadnienia będą mogli w sposób świadomy i celowy pomóc swojemu dziecku w ćwiczeniach domowych.

Główne cele gimnastyki korekcyjnej to:

— skorygowanie istniejących zaburzeń statyki ciała i doprowadzenie jej, o ile jest to możliwe, do stanu prawidłowego,

— niedopuszczenie do powstania wad postawy ciała, gdy zaistnieją warunki sprzyjające ich powstawaniu,

— doprowadzenie sprawności fizycznej dziecka do stanu uznanego za prawidłowy.

Cel ten zostanie osiągnięty poprzez realizację następujących zadań:

— wyrobienie u dziecka nawyku prawidłowej postawy ciała we wszystkich sytuacjach i czynnościach dnia codziennego,

— wytworzenie silnej i wytrzymałej stabilizacji mięśniowo-więzadłowej kręgosłupa po uprzednim usunięciu dystonii mięśniowej,

— wdrożenie podopiecznego do rekreacji ruchowej uwzględniającej elementy profilaktyki i korekcji zaburzeń zagrażających lub istniejących u dziecka,

— opanowanie przez dziecko i jego środowisko opiekuńcze wiedzy i umiejętności dotyczących spraw jego zdrowia związanych z wadą.

Uczniowie klas I–III, u których stwierdzono wady postawy ciała, mają możliwość uczęszczania przez cały rok szkolny na zajęcia gimnastyki korekcyjnej. Pozwala to w znacznym procencie wyselekcjonować dzieci z wadami postawy, zarówno tymi niewielkimi, które poddane zabiegom czynnościowym można szybko i skutecznie skorygować, jak i znacznymi, których proces korekcji przebiega dłużej i wymaga systematycznej i żmudnej pracy dziecka, rodzica i nauczyciela. Na zajęcia gimnastyki korekcyjnej kwalifikuje lekarz (pediatra lub ortopeda), wypisując stosowne skierowanie.

Po uświadomieniu dziecku i rodzicom obecności wady postawy i wynikających z tego zagrożeń należy przekonać i zachęcić dziecko do podjęcia trudu pracy korekcyjnej. Rodzice powinni również włączyć się do walki o poprawę postawy ciała swojego dziecka, zapewniając mu optymalne warunki życia, które sprzyjają korekcji wady. Sprawa prawidłowej postawy powinna być wspólną troską rodziców, wychowawców i ochrony zdrowia. Istotną rolę w profilaktyce wad postawy pełni pielęgniarka.

Rola pielęgniarki w profilaktyce wad postawy

Praca pielęgniarki skierowana jest na podmiot opieki. Podmiotem opieki w profilaktyce wad postawy jest cała populacja dzieci i młodzieży. Wiek rozwojowy, w którym kształtuje się postawa ciała jest najbardziej narażony na szkodliwe procesy zmian i odchyleń od normy. Obszarem zainteresowania pielęgniarki w zagadnieniach związanych z profilaktyką wad posta-

wy są dzieci i młodzież, ich rodziny oraz środowisko społeczne, a przede wszystkim przedszkola i szkoły. W czasach współczesnych rola opieki pielęgniarki nad zdrowiem dzieci i młodzieży ulega ciągłym przemianom rozwojowym. Wprowadzane są coraz to nowe zmiany jak również pojawiają się nowe problemy opieki pielęgniarskiej. Praca staje się bardziej odpowiedzialna, a oczekiwania w zakresie kompetencji coraz większe. Konieczny jest proces, który warunkuje skuteczność zapewniania świadczeń profilaktycznych i zdrowotnych. Na początku pielęgniarka powinna zidentyfikować potrzeby dzieci i młodzieży w zakresie zapobiegania i leczenia wad postawy i określić, jaką rolę i funkcję zapewni ona, a jaką inni profesjonaliści.

Jedną z funkcji realizowanych przez pielęgniarkę jest funkcja promowania zdrowia. Od 6 do 18 roku życia tempo rozwoju fizycznego i psychicznego ulega zwiększaniu. W okresie wzrastania pojawia się dużo problemów zdrowotnych i rozwojowych, które są charakterystyczne dla tego okresu. Postawy życiowe i zachowanie zdrowotne kształtujące się w tym okresie sprawiają, że promowanie zdrowia poprzez edukację zdrowotną kierowaną do dzieci i młodzieży jest bardzo istotnym elementem pracy pielęgniarki. Działania w zakresie propagowania zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży można śmiało nazwać realizacją idei promocji zdrowia. Aby postawa ciała kształtowała się prawidłowo i proces posturogenezy przebiegał bez zakłóceń ważne są zachowania sprzyjające zdrowemu stylowi życia, np.:

— racjonalne odżywianie (odpowiednie do płci i wieku oraz aktywności),
— wybór aktywności ruchowej i wypoczynku,
— zachowanie higieny osobistej, nauki, pracy i otoczenia,
— dbanie o higienę zdrowia psychicznego.

Pielęgniarka pracująca wśród dzieci i młodzieży musi być profesjonalnym liderem zdrowia. Aby propagować zdrowy styl życia sama musi być jego realizatorem stosując metody wzoru osobowego [7]. Problemy zdrowotne dzieci i młodzieży, styl życia uczniów i ich rodzin zmieniały się na przestrzeni lat. Dlatego też obecnie promocja zdrowia, profilaktyka i edukacja zdrowotna obejmują całą populację dzieci, rodziców i nauczycieli.

Ściśle z funkcją promowania zdrowia wiąże się funkcja profilaktyczna. W ramach realizowania tej funkcji pielęgniarka powinna wyjaśnić, co to jest wada postawy ciała i jakie są przyczyny jej powstawania. Powinna również określić rodzaje tych wad i zwrócić uwagę na czynniki, które sprzyjają ich powstawaniu, a więc prawidłowe i nieprawidłowe sposoby: chodzenia, siedzenia, leżenia, stania, noszenia tornistra, wykonywania czynności życia codziennego.

Istotną sprawą jest również określenie rodzaju aktywności ruchowej i wypoczynku mającego duży wpływ na prawidłową postawę. Ważne jest

zwrócenie uwagi na noszenie odpowiedniego obuwia zapobiegającego wadom kończyn dolnych i stóp. Do zadań pielęgniarki należy także profilaktyka wad postawy u dzieci z wadami wzroku, słuchu i chorobami układowymi, np.: astma, alergia, cukrzyca, padaczka itd. Aby dzieci i młodzież stali się samodzielnymi realizatorami działań na rzecz prawidłowej postawy ciała muszą być wspierani przez pielęgniarkę edukacją zdrowotną, promocją zdrowia i doradztwem zdrowotnym. Celem funkcji profilaktycznej jest przede wszystkim zapobieganie powstawaniu wad postawy i minimalizowanie ryzyka powikłań wad już istniejących.

W profilaktyce pierwszorzędowej (pierwotnej) obejmują one działania najwcześniejsze. W profilaktyce drugorzędowej (wtórnej) rolą pielęgniarki jest przeprowadzanie testów przesiewowych, które mają na celu wykrywanie zaburzeń w rozwoju postawy ciała. Do profilaktyki należy także korekcja istniejących już zmian. Gimnastyka korekcyjna i ćwiczenia w odpowiednich wadach postawy jest działaniem profilaktycznym pielęgniarki, która ściśle współpracuje z lekarzem i nauczycielem wychowania fizycznego.

Swoistym zadaniem pielęgniarki jest określenie funkcji opiekuńczej i wychowawczej. Celem funkcji wychowawczej i w pewnej mierze również pedagogicznej jest wpływ pielęgniarki na dzieci i młodzież w kształtowaniu prawidłowych postaw i zachowań zdrowotnych, poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie i najbliższych. Do zakresu zadań funkcji opiekuńczych możemy zaliczyć określenie i rozpoznanie stanu odchyleń i zmian w postawie ciała. Pielęgniarka powinna umieć rozwiązywać problemy wynikające ze stosowania odpowiednich metod leczenia i korekcji. W ramach ścisłej współpracy ze środowiskiem rodzinnym i szkolnym musi dbać o prawidłowe zachowanie w ciągu 24 godzin, które sprzyjają utrzymaniu prawidłowej postawy. Sytuacje i czynniki, które wpływają na powstawanie zmian w postaci np. nieodpowiedniej wysokości ławek, braku lub zbyt małej ilości ćwiczeń śródlekcyjnych, złego oświetlenia itp., powinny być niwelowane przez pielęgniarkę, aby funkcja opiekuńcza mogła w pełni pomagać podmiotowi opieki, jakimi są dzieci i młodzież.

Aby współpraca pielęgniarki z populacją dzieci i młodzieży przebiegała prawidłowo należy przygotować ich do odpowiedzialności w procesie zapobiegania i korekcji wad postawy. W proces ten należy włączyć rodziców, opiekunów oraz środowisko przedszkolne i szkolne. Dzięki ocenie własnej postawy i zdrowia można nauczyć dzieci i młodzież prawidłowych nawyków utrzymania prawidłowej postawy ciała jak również podejmowania działań prozdrowotnych w odniesieniu do siebie, najbliższych i środowiska. Dzięki tej funkcji pielęgniarka może nauczyć pewnych zachowań i ćwiczeń, które odgrywają ogromną rolę w profilaktyce wad postawy. Przekazane wzorce i motywy działania kształtują przekonanie o efektach

tego postępowania. Funkcje zawodowe pielęgniarki wiążą się ściśle z profilaktyką wad postawy.

Reasumując, wiedza i doświadczenie oraz samoobserwacja muszą zostać wykorzystane w kierunku tworzenia [8]:

— postaw (jako efektu niezbędnego kompromisu pomiędzy dotychczasowym zbiorem wartości a wymogami prozdrowotnego stylu życia),

— umiejętności, sprawności (praktycznej sprawności działania w zakresie dbałości o zdrowie),

— nawyku (odległego, trwałego efektu tego procesu).

Program edukacyjny w zakresie profilaktyki wad postawy

Zasięg programu: szkoła podstawowa

Charakterystyka programu

Rozwój współczesnej cywilizacji pociąga za sobą przeobrażenia w środowisku otaczającym dziecko. Wyraźny jest spadek udziału ruchu w życiu codziennym, co niekorzystnie wpływa na rozwój młodego człowieka. Słaby układ kostny i mięśniowy z trudem przystosowuje się do obowiązków szkolnych, do wielogodzinnego unieruchomienia w ławce i w domu podczas odrabiania lekcji czy zabawy przy komputerze. Często zadajemy sobie pytanie: Skąd biorą się u dzieci stresy, zmęczenie czy złe wyniki w nauce? Czemu garbią się i są ociężałe? Skąd biorą się wady postawy?

Główną przyczyną dolegliwości jest brak ruchu. Ponieważ lepiej zapobiegać niż leczyć, trzeba uświadomić dzieciom rolę aktywności fizycznej oraz zagrożenia związane z jej brakiem. Istotną sprawą jest ograniczenie siedzącego trybu życia, zwiększenie aktywności ruchowej, nauczenie, a następnie wyrobienie nawyku utrzymywania prawidłowej postawy ciała we wszelkich czynnościach życia. Nawyki zajęć ruchowych należy kształtować od najmłodszych lat. Aby wykorzystać ten najbardziej plastyczny wiek w życiu dziecka trzeba wdrożyć program edukacyjny w zakresie profilaktyki wadom postawy. Kierowany on jest do dzieci, ale angażuje również rodziców i nauczycieli. Nowoczesna profilaktyka powinna coś zmieniać, a nie tylko dostarczać informacji. Winna zawierać ofertę innego, zdrowszego i bardziej aktywnego życia. Program ten przyczyni się do podniesienia świadomości zdrowotnej wszystkich objętych programem, a także do lepszej kondycji fizycznej i psychicznej uczniów.

Cele i główne treści programu

Cel główny: Wdrożenie działań sprzyjających kształtowaniu prawidłowej postawy ciała i propagowanie aktywności ruchowej.

Cele szczegółowe dla uczniów:

— kształtowanie postaw i zachowań prozdrowotnych,

— promowanie zdrowego stylu życia,

— rozbudzenie zainteresowań własnym rozwojem i zdrowiem,

— wzmocnienie ogólnego rozwoju i sprawności fizycznej,

— dostrzeganie właściwych wartości i dokonywanie odpowiednich wyborów,

— stymulowanie rozwoju układu ruchu,

— doskonalenie i rozwijanie nawyków ruchowych,

— kształtowanie psychomotoryki oraz nawyku potrzeby ruchu dla prawidłowego rozwoju i funkcjonowania organizmu,

— określenie zakresu własnych działań na rzecz prawidłowej sylwetki,

— wyrabianie nawyku utrzymywania prawidłowej postawy,

— kształtowanie umiejętności organizowania własnych zajęć, pracy, wypoczynku i czasu wolnego,

— wdrożenie 24-godzinnego systemu przeciwdziałania wadom postawy.

Cele szczegółowe dla rodziców i nauczycieli:

— zapoznanie z rodzajami wad postawy,

— przekazywanie wiedzy o czynnikach wpływających na nieprawidłową postawę,

— uświadamianie skutków wad postawy,

— dostrzeganie wpływu różnych czynników środowiskowych na zdrowie,

— wyposażenie uczniów w wiedzę niezbędną do podejmowania samodzielnych zadań służących zdrowiu i rozwojowi prawidłowej postawy oraz aktywności ruchowej.

Formy i metody realizacji programu

— udział rodziców w lekcjach otwartych (pokazy, instruktaże, ćwiczenia),

— pogadanki, dyskusje, wywiad, burza mózgów, ankieta, wycieczka, zabawa i gra ruchowa,

— metody eksponujące: gazetka tematyczna, plakaty, ulotki, broszury, projekcja filmu „Wady postawy i płaskostopie".

Założenia programowe

Wysiłki podejmowane w ramach proponowanego programu dadzą efekty, jeżeli podjęta zostanie współpraca pomiędzy pielęgniarką szkolną, nauczycielami, rodzicami i uczniami. Oczekiwania związane z realizacją programu spełnią się, jeżeli odbiorcy wcielą w życie hasło: „Wiedzieć, chcieć, czuć, umieć",

— będą wiedzieli, jakie istnieją zagrożenia i skutki wad postawy,
— będą chcieć wdrażać zdrowy i aktywny styl życia,
— będą czuć potrzebę aktywności fizycznej,
— będą umieli aktywnie i efektywnie wykorzystać czas pobytu w szkole i poza nią.

Plan programu

Tabela. Plan programu

Zadania	Realizacja	Odpowiedzialni
Zapoznanie ze stanem zdrowia i stylem życia uczniów.	Analizowanie kart zdrowia uczniów. Ocena postawy ciała u dzieci. Ankiety dla rodziców i uczniów. Wywiady, dyskusje, pogadanki.	pielęgniarka, wychowawcy klas
Zapoznanie z najczęściej występującymi wadami postawy, ich podział i klasyfikacja.	Prelekcja pt. „Jak ustrzec dziecko przed wadą postawy?”. Pogadanki, dyskusje, broszury. Projekcja filmu pt. „Wady postawy i płaskostopie”.	pielęgniarka, wychowawcy klas
Przekazywanie wiedzy o czynnikach wpływających na powstawanie wad postawy.	Pogadanki na lekcji edukacji prozdrowotnej. Gazetka tematyczna.	pielęgniarka, nauczyciel edukacji prozdrowotnej
Określanie zakresu własnych działań na rzecz prawidłowej sylwetki.	Aktywny udział w zajęciach rekreacyjno-sportowych. Pogadanki na lekcji edukacji prozdrowotnej. Dyskusje, prezentacje, pokazy ćwiczeń.	pielęgniarka, nauczyciel wychowania fizycznego, nauczyciel edukacji prozdrowotnej
Propagowanie wśród uczniów gimnastyki śródlekcyjnej i ćwiczeń w domu.	Pokazy ćwiczeń domowych i klasowych. Udział rodziców w lekcjach pokazowych.	pielęgniarka, nauczyciel wychowania fizycznego
Informacja dla rodziców w zakresie podejmowania działań profilaktycznych.	Referat „24-godzinny system zapobiegania wadom postawy”. Broszurki, ulotki o tematyce prozdrowotnej.	pielęgniarka
Kształtowanie postaw i zachowań prozdrowotnych oraz umiejętności ruchowych.	Organizowanie zajęć ruchowych w ramach programu nauczania.	dyrektor szkoły

Tabela cd. Plan programu

Zadania	Realizacja	Odpowiedzialni
Kształtowanie umiejętności organizowania własnych zajęć, pracy, wypoczynku i czasu wolnego.	Pogadanki, wycieczki terenowe, gry i zabawy ruchowe, zajęcia ogólnorozwojowe.	wychowawcy klas, nauczyciel edukacji prozdrowotnej
Rozumienie wpływu współczesnej cywilizacji na zdrowie i życie człowieka.	Projekcja fragmentów filmu pt. „Zagrożenia we współczesnym świecie". Pogadanki, dyskusje, burza mózgów.	pielęgniarka, wychowawcy klas
Wyrabianie i utrwalanie nawyków potrzeby ruchu dla prawidłowej postawy ciała.	Wykorzystanie atrakcyjnej formy ćwiczeń (zabaw i gier ruchowych) na lekcjach wychowania fizycznego.	nauczyciel wychowania fizycznego
Zapoznanie i wdrożenie 24-godzinnego systemu zapobiegania wadom postawy.	Wygłoszenie referatu dla nauczycieli i rodziców. Opracowanie artykułu na gazetkę. Konkurs plastyczny pt. „Całą dobę dbam o swoje zdrowie".	pielęgniarka, nauczyciel zajęć plastycznych

Źródło: opracowanie własne.

Diagnoza i ewaluacja

Ankiety dla rodziców przed i po zakończeniu każdego etapu programu, wywiad z nauczycielami.

Podsumowanie

Profilaktyka i edukacja zdrowotna w zakresie wad postawy jest najlepszym sprzymierzeńcem w walce z błędami w zachowaniu zdrowotnym i zakorzenionymi nawykami. Istotny jest stan wiedzy na ten temat, jaki reprezentuje społeczeństwo. Najbardziej podatną na edukację jest grupa dzieci i młodzieży. Prawidłowa postawa jest jednym z warunków odpowiedniego rozwoju, a czynnikami, które ją kształtują są zachowania i nawyki młodych ludzi. Okres wzrastania jako najbardziej plastyczny w rozwoju jest bardzo podatny na naukę prawidłowych wzorców i korektę nieprawidłowości. Rodzina, przedszkole, szkoła to środowiska, które wywierają duży wpływ na tworzenie i utrwalanie różnych zachowań.

Zamierzeniem programu profilaktyczno-edukacyjnego jest kształtowanie i utrwalanie prawidłowych zachowań zdrowotnych, które będą procentować w dorosłym życiu. Ponadto powinien on zainteresować odbiorców takim stylem życia, który ma wpływ na zdrowie, prawidłową postawę ciała, aktywność ruchową oraz lepsze samopoczucie. Świadomość możliwości wyboru, jaką daje nam przekazana wiedza z zakresu edukacji zdrowotnej jest ważnym elementem profilaktyki.

Reasumując, w profilaktyce i korekcji wad postawy tylko wspólne działania mogą przynieść wspaniały efekt w postaci zdrowego i szczęśliwego życia młodego pokolenia. Występujące usterki trudno jest skorygować w dalszych latach. Modyfikację zachowań sprzyjających prawidłowej postawie i zapobieganiu wad, możemy wdrożyć w praktyce tylko przy ogromnym wsparciu rodziców. Efektywność edukacji zależy w dużej mierze od pielęgniarki, która oddziałując na dzieci i ich środowisko domowe oraz szkolne powinna być dużym autorytetem w tym działaniu.

Streszczenie

Wady postawy, a dokładniej częstość ich występowania można dziś nazwać problemem zdrowotnym i społecznym. Obserwujemy coraz większą liczbę nieprawidłowości w rozwoju narządu ruchu i statyki ciała u dzieci i młodzieży. Wzrastający z roku na rok procent dzieci z wadami postawy, zmusza do szerszego zainteresowania się tą problematyką.

Summary

Faulty posture, and its frequency in particular, can be perceived today as a health and social problem. A increasing number of abnormalities in the locomotor system and in body statics development in children and youth are being observed. The growing percentage of children suffering from faulty posture year by year calls for wider interest in the subject.

Literatura

1. Janczewski A. (red.): *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania*, WSiP, Warszawa 1998.
2. Milanowska K., Dega W. (red.): *Rehabilitacja medyczna*, PZWL, Warszawa 2003.
3. Kutner-Kozińska M.: *Dbaj o prawidłową postawę ciała*, WSiP, Warszawa 1995.
4. Kutner-Kozińska M.: *Korekcja wad postawy*, WSiP, Warszawa 1996.
5. Wójcicka B.: *Kompleksowość oddziaływań w procesie korekcji wad postawy u dzieci*, Wyd. Wfiz 2002, 12.
6. Milanowska K.: *Kinezyterapia*, PZWL, Warszawa 1999.
7. Taranowicz I., Majchrowska A., Kawczyńska-Butrym Z.: *Elementy socjologii dla pielęgniarek*, Wyd. Czelej, Lublin 2000.
8. Woynarowska B., Kapica M.: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej, stan i oczekiwania*, Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zdrowotnej, Warszawa 2001.

Eugeniusz Suwiński
(Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku)

EDUKACJA ZDROWOTNA W WALCE Z MARGINALIZACJĄ I WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM

Słowa kluczowe: społeczne wykluczenie; społeczne włączenie; edukacja; edukacja zdrowotna; socjalizacja; umiejętności życiowe; bezradność; granice optymizmu.

HEALTH EDUCATION IN A STRUGGLE WITH MARGINALIZATION AND SOCIAL EXCLUSION

Key words: social exclusion; social inclusion; education; health education; socialization; life skills; helplessness; boundaries of optimism.

Problematyka marginalizacji i wykluczenia społecznego podejmowana jest wśród wielu polskich autorów. Podejmują próbę analizy definicji tych pojęć, często wskazując na wielorakość podejść. Zgodnie natomiast podkreślają konieczność zajmowania się zagadnieniem i rozwijaniem dyskusji na temat ekskluzji i inkluzji społecznej. Szczególnie ważnym stało się to zagadnienie w związku z wejściem Polski do Unii Europejskiej. Działania Unii Europejskiej na rzecz walki z marginalizacją i wykluczeniem społecznym znajdują swój wyraz w wielu dokumentach. Należą do nich niewątpliwie Strategia Lizbońska (2000), Europejska Agenda Socjalna (2000), Wspólny Raport o Integracji Społecznej (2001), Wspólnotowy Program Działań na Rzecz Walki z Wykluczeniem Społecznym w latach 2002–2006. Raport Komisji Europejskiej definiuje wykluczenie społeczne jako „proces, w wyniku którego pewne osoby są wypychane na peryferie społeczeństwa. Utrudnia to im pełne uczestnictwo w życiu społecznym z powodu ubóstwa, braku podstawowych kompetencji i możliwości zdobywania kwalifikacji w ciągu życia lub z powodu dyskryminacji. Proces ten oddala ludzi od możliwości znalezienia pracy, uzyskania dochodu i wykształcenia, jak również

od aktywności, społecznej sieci i wspólnoty. Osoby takie mają ograniczony dostęp do władzy i ciał decyzyjnych, czują się zatem bezsilne i niezdolne wpływać na decyzje, które mają wpływ na ich codzienne życie" [1]. W Narodowej Strategii Integracji Społecznej dla Polski wykluczenie „jest to brak lub ograniczenie możliwości uczestnictwa, wpływania i korzystania z podstawowych instytucji publicznych i rynków, które powinny być dostępne dla wszystkich, w szczególności dla osób ubogich, lub sytuacja uniemożliwiająca lub znacznie utrudniająca jednostce lub grupie, zgodne z prawem pełnienie ról społecznych, korzystanie z dóbr publicznych i infrastruktury społecznej, gromadzenie zasobów i zdobywanie dochodów w godny sposób […], pełnienie ról społecznych (m.in. rodzinnych, zawodowych, obywatelskich, towarzyskich), korzystanie z zasobów publicznych (m.in. dobra, usługi, infrastruktura) i godne zabezpieczenie egzystencji (zdobywanie dochodów i gromadzenie zasobów) są ze sobą ściśle powiązane. W tej definicji występują trzy ważne elementy. Sytuacja wykluczająca będąca splotem czynników czy warunków (odpowiedź na pytanie co/kto wyklucza?). Jednostka wykluczana, czyli osoba lub grupa znajdujące się w sytuacji wykluczającej (odpowiedź na pytanie „kto" jest wykluczany?). Zgodnie z prawem społeczne funkcjonowanie, korzystanie z zasobów publicznych zabezpieczenie własnej egzystencji w godny sposób, co w wyniku sytuacji wykluczającej jest uniemożliwione lub znacznie utrudnione" [2].

Jak zauważa J. Grotowska-Leder „istotą ekskluzji bez względu na kontekst — strukturalny czy kulturowy — jest jakiś rodzaj ograniczenia dla jednostek grup w określonym porządku społecznym, ich gorsza pozycja w stosunku do dominującej struktury" [3]. Autorka wyróżnia kilka cech wykluczenia społecznego z punktu widzenia eksploracji zjawiska [4]. Zauważa, że wykluczenie społeczne:

— jest zjawiskiem uniwersalnym, w znaczeniu powszechnie występującym, wbudowanym w funkcjonowanie systemów społecznych,

— jest to zjawisko wielowymiarowe, kumulatywne. Konieczne jest zatem ustalenie, zdiagnozowanie, w których obszarach życia jednostkowego i grupowego występują deficyty, czy i w jakim zakresie współwystępują,

— jest zjawiskiem wielostronnie warunkowanym, jest rezultatem oddziaływania różnych zjawisk wzajemnie powiązanych, istnieje zatem potrzeba ujawnienia zależności między dotkniętymi deficytami obszarami życia,

— jest procesem dynamicznym, obejmuje różne etapy, fazy, zatem dla jego rozpoznania przydatne wydają się: perspektywa dynamiczna, zastosowanie badań panelowych i biograficznych [3].

Grupy społeczne najczęściej zagrożone ekskluzją społeczną to: dzieci i młodzież, upośledzone rodziny, ludzie starzy, bezdomni, emigranci i uchodźcy, mniejszości etniczne, ludzie ubodzy, nadużywający narkoty-

ków i alkoholu, osoby mające problemy w sferze zdrowia psychicznego, ludzie fizycznie niepełnosprawni, bezrobotni oraz kobiety. Zjawisko ekskluzji społecznej zachodzi w sferze: konsumpcji (ubóstwo jako stan wykluczający lub znacznie ograniczający konsumpcję); produkcji (bezrobocie jako element ekskluzji) oraz spójności społecznej (wykluczenie z podstawowych stosunków międzyludzkich, brak rodziny, izolacja społeczna itp.) [4].

Przeciwstawnym do pojęcia wykluczenie społeczne jest pojęcie włączenia społecznego. Włączenie społeczne (inkluzja społeczna) oznacza włączenie jednostek wykluczonych do życia społecznego. W Raporcie Komisji Europejskiej inkluzję społeczną określa się jako proces stwarzający osobom zagrożonym ubóstwem i wykluczeniem społecznym możliwość uzyskania szans i zasobów potrzebnych do pełnego uczestnictwa w życiu ekonomicznym, społecznym i kulturalnym oraz uzyskania poziomu życia i dobrostanu traktowanych jako normalne w danym społeczeństwie. Inkluzja zapewnia lepszy udział w procesach podejmowania decyzji dotyczących życia tych osób i lepszy dostęp do ich podstawowych praw [4]. Natomiast w Narodowej Strategii Integracji Społecznej dla Polski inkluzja społeczna została określona jako: „działania wspólnotowe oparte na zasadach dialogu, wzajemności i współrzędności, których celem jest dążenie do społeczeństwa opartego na demokratycznym współuczestnictwie, rządach prawa i poszanowania różnorodności kulturowej, w którym obowiązują i są realizowane podstawowe prawa człowieka i obywatela oraz skutecznie wspomaga się jednostki i grupy w realizacji ich celów życiowych" [2].

Jednym z działań przeciwdziałających sytuacji marginalizacji i wykluczenia społecznego jest zwrócenie szczególnej uwagi na edukację grup zagrożonych omawianymi procesami. Naprzeciw tym problemom wychodzi szeroko rozumiana edukacja, w tym edukacja zdrowotna.

Edukacja spełnia dwie główne funkcje: socjalizacyjną i wyzwalającą. Pierwsza polega na „uspołecznianiu jednostki ludzkiej, czynieniu jej zdolną do kontrolowania i sublimowania emocjonalności w społecznie akceptowany sposób, do stawania się członkiem społeczności ludzkiej, do rozwiązywania konfliktów środkami dyskursywnymi. Druga funkcja sprowadza się do wyzwalania osób od dominacji społecznej, środowiskowej, do wykraczania poza status quo, do rozpoznawania nieprawomocnych roszczeń w środowisku życia ludzi, by umożliwić im twórcze rozwijanie własnego sprawstwa oraz zwrócenie się ku nowym jakościowo praktykom i formom życia społecznego i indywidualnego, ku jakościowo nowym sposobom istnienia ludzkiego" [5]. Jak podkreślają uczestnicy Konferencji Ministrów z Malagi, „edukacja jest podstawowym instrumentem integracji społecznej i wszelkie wysiłki powinny być podjęte w kierunku umożliwienia dzieciom niepełnosprawnym nauki w szkołach masowych" [6].

Szansą na pełną realizację podobnych postulatów jest realizacja idei edukacji zdrowotnej, która współcześnie wykorzystuje elementy wielu nauk. Z nauk medycznych wywodzi się większość jej treści, ale w coraz większym stopniu treści te pochodzą z nauk społecznych. Nauki te wyjaśniają też uwarunkowania różnych zjawisk i zachowań ludzi, związanych ze zdrowiem i chorobą. Zdrowie przecież nie oznacza braku chorób, to jest coś pozytywnego. Zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego, a nie wyłącznie brakiem niedomagania, czy ułomności. Szczególny wpływ na współczesne definiowanie zdrowia ma jego socjologiczna definicja, która określa zdrowie jako stan, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność efektywnego pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji [7]. Edukacja zdrowotna ma zatem olbrzymie, nie zagospodarowane jeszcze pole, by stać się postrzeganą jako pomoc w rozwoju każdego człowieka, niezależnie od jakichkolwiek przeszkód. Dlatego żadna niepełnosprawność (fizyczna, społeczna lub emocjonalna) nie może być czynnikiem dyskwalifikującym. Stąd edukacja zdrowotna wymaga poszerzenia swojej wizji o tych, którzy narażeni są na wykluczenie i marginalizację: wykorzystywanych, maltretowanych, bezdomnych, dzieci-sieroty, dzieci uchodźców lub przesiedleńców, nieletni robotnicy, mniejszości religijne, językowe, etniczne. Można zatem zaproponować tezę, że w edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży, preferującej zagadnienia dotyczące zdrowia fizycznego, należy wprowadzić silniejsze akcenty związane ze zdrowiem psychospołecznym, w którym należy umieścić edukację włączającą.

Ważnym elementem edukacji zdrowotnej — w kontekście ekskluzji i inkluzji społecznej — jest rozwijanie umiejętności życiowych u uczniów na wszystkich etapach edukacyjnych. Na włączenie tych zagadnień do programu szkolnego zwrócono uwagę w USA i Wielkiej Brytanii w latach osiemdziesiątych XX wieku. Zgromadzono wiele dowodów, że o pomyślnym życiu nie decyduje wyłącznie poziom wykształcenia i ogólny poziom inteligencji, ale również umiejętność radzenia sobie z emocjami i budowania motywacji oraz umiejętność rozumienia innych ludzi i siebie samego [8]. Umiejętności życiowe, zwane także umiejętnościami psychospołecznymi mają znaczenie dla osiągnięcia przez człowieka satysfakcjonującego życia, pozwalają na poznanie samego siebie, swoich możliwości i ograniczeń, pomagają w rozwiązywaniu swoich problemów, decydują o możliwości świadomego i rozsądnego kierowania własnymi wyborami i podejmowania decyzji, są warunkiem budowania dobrych relacji z otoczeniem, sprzyjają aktywnemu uczestnictwu w życiu społecznym, a także radzenia sobie na rynku pracy [9]. W opracowaniach na temat umiejętności życiowych pojawia się też grupa „umiejętności zarabiania na siebie", a wśród nich: umiejęt-

ność poszukiwania pracy, rozmawiania z przyszłym pracodawcą, obserwacji i analizy rynku pracy itp.

Rozwijanie umiejętności życiowych nie jest celem samym w sobie — ma on prowadzić do zmiany zachowań jednostek oraz warunków ich życia, aby osiągnąć optymalny poziom zdrowia i stosunków społecznych. Istotnym warunkiem pomyślności edukacji służącej kształtowaniu umiejętności życiowych jest odpowiedni dobór metod i strategii pracy z uczniami. Edukacja ta powinna być częścią wszechstronnej edukacji zdrowotnej i być zintegrowana z całością działań dydaktyczno-wychowawczych szkoły. Ćwiczenie wybranych umiejętności powinno być związane z określonym kontekstem społecznym i odbywać się w konkretnej sytuacji szkolnej. Kontekst społeczny dotyczyć może zagrożeń, z którymi spotyka się uczeń, np. używanie substancji psychoaktywnych, agresja rówieśnicza, przemoc fizyczna i psychiczna, ale także dotyczyć on może aspektów pozytywnych, np. realizacji planów życiowych. Kontekst społeczny pozwala zrozumieć, jakie znaczenie ma posiadanie określonych umiejętności w konkretnej, naturalnej sytuacji życiowej [9]. W procesie kształtowania umiejętności życiowych, podobnie jak w całej edukacji zdrowotnej, niezbędne jest stosowanie interaktywnych metod nauczania.

Zgodnie z aktualnym prawem oświatowym szkoła ma przygotować ucznia nie tylko do kolejnego etapu edukacji, ale także do radzenia sobie w życiu. W podstawie programowej kształcenia ogólnego wymienia się m.in. takie umiejętności, jak: skuteczne porozumiewanie się, budowanie więzi międzyludzkich, rozwiązywanie konfliktów społecznych, twórcze myślenie i rozwiązywanie problemów.

Wprowadzenie do programu szkolnego ścieżek edukacyjnych, w tym edukacji prozdrowotnej, to jedna z możliwości realizowania w praktyce tych ważnych założeń, ponieważ istotnym elementem edukacji zdrowotnej jest właśnie kształtowanie umiejętności życiowych. Ścieżki te pozwalają łączyć, nadawać bardziej całościowy, zintegrowany charakter różnym zadaniom szkoły (wychowawczym, profilaktycznym).

Umiejętności życiowe powinny być uwzględnione w programie profilaktyki szkoły oraz w programie wychowawczym szkoły. Ważne jest, aby te dokumenty na terenie szkoły były spójne, tworzyły całość. Nie ma potrzeby tworzenia oddzielnych programów zajmujących się zapobieganiem narkomanii, alkoholizmowi, HIV/AIDS, wypadkom. W wymienionych zagadnieniach potrzebne są uczniowi różne informacje, ale te same umiejętności życiowe, do których należą m.in.: krytyczne myślenie, podejmowanie decyzji, ocenianie ryzyka, opieranie się presji otoczenia, dawanie wsparcia i korzystanie z niego. Większość zachowań ryzykownych powiązana jest ze sobą: jedne zwiększają prawdopodobieństwa innych, np. palenie papiero-

sów współistnieje z piciem alkoholu i używaniem narkotyków. To właśnie uzasadnia konieczność tworzenia w szkole całościowej oferty w zakresie programu wychowawczego i profilaktycznego [10].

Strategia wprowadzania do szkół podejścia ukierunkowanego na kształtowanie umiejętności życiowych uczniów została opracowana w ramach projektu pilotażowego, realizowanego w latach 2001 i 2002, przez Pracownię Edukacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia Krajowego Ośrodka Wspierania Edukacji Zawodowej, we współpracy z Europejską Siecią Szkół Promujących Zdrowie, WHO i UNICEF oraz Wydziałem Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego. Uczestniczyło w nim 41 nauczycieli z 12 szkół, którzy zorganizowali zajęcia dla 1708 uczniów 60 klas. Przeprowadzona ewaluacja wykazała, że uczniowie i nauczyciele bardzo pozytywnie ocenili zaproponowaną strategię, która uwzględniała potrzebę traktowania uczniów jako aktywnych partnerów w procesie planowania i realizacji edukacji ukierunkowanej na kształtowanie ich umiejętności życiowych [11].

Podstawowym założeniem tej strategii jest uznanie, że decyzja o podjęciu pracy nad wybraną umiejętnością życiową w klasie nie może być decyzją nauczyciela, ale wynikać powinna z diagnozy, której dokonają wszyscy zainteresowani. Diagnoza ta ma odpowiadać na pytanie: Jakie umiejętności życiowe są najbardziej potrzebne danej grupie młodzieży? Ocena ich przydatności dokonywana ma być z punktu widzenia trzech zmiennych: potrzeby (związane z przebiegiem rozwoju), sytuacje życiowe (w jakich uczestniczy dorastający), zachowania ryzykowne [12]. Uczestniczący w warsztatach nauczyciele, a potem uczniowie, doszli do podobnych wniosków, że wiele umiejętności życiowych jest równie ważnych z punktu widzenia zaspokajania potrzeb, radzenia sobie w typowych sytuacjach życiowych, jak i ograniczanie zachowań ryzykownych. Za uniwersalne umiejętności uznane zostały: trafna samoocena (identyfikacja swoich mocnych i słabych stron), porozumiewanie się z innymi, radzenie sobie ze stresem, współpraca w grupie, stawianie sobie celów i dążenie do ich osiągnięcia, rozwiązywanie konfliktów. Edukacja, o której mowa, powinna być zintegrowana z całością działań dydaktyczno-wychowawczych szkoły. Taką integrację ułatwi przestrzeganie kilku zasad proponowanych przez WHO, a m.in.:

— umożliwić każdemu wzbogacanie percepcji siebie i innych,
— ułatwiać poznawanie siebie nawzajem i budować pozytywne relacje,
— wspierać współpracę, a nie rywalizację,
— rozwijać umiejętności słuchania i porozumiewania się,
— budować tolerancję i zrozumienie dla indywidualnych potrzeb,
— tworzyć okazje do zajmowania się trudnymi, drażliwymi sprawami [9].

Szczególną uwagę należy zwrócić na zasadę dotyczącą wspierania współpracy, a nie rywalizacji. Elementy rywalizacji wykorzystywane są często jako sposób motywowania młodych ludzi do działania. Różne formy konkursów, opartych na rywalizacji, traktowane są zwyczajowo w edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia jako sposoby aktywizowania uczniów. Należy tu jednak wyraźnie podkreślić, że jest to jeden ze szkodliwych mitów. Wzięcie udziału w konkursie nie ma najczęściej nic wspólnego z rzeczywistym uczestnictwem, gdyż jest wynikiem manipulacji. Rywalizacja i nagrody powodują, że zajęcie się określonym zagadnieniem nie wynika z przemyśleń lub potrzeb młodego człowieka, ale jest skutkiem decyzji organizatora konkursu. W dodatku, konkurs wyklucza możliwość uczestnictwa dzieci mniej zdolnych lub z niską samooceną. Znacznie bardziej wartościowe są warsztaty, debaty, dyskusje i inne zajęcia, w trakcie których uczniowie współpracują ze sobą, wymieniają myśli. Negatywny aspekt włączania rywalizacji do promocji zdrowia pokazuje wynik eksperymentu, w którym porównano efektywność pracy mającej rozwijać sprawność fizyczną uczniów w sytuacji rywalizacji i współpracy. W przypadku rywalizacji nastąpiła poprawa sprawności fizycznej, ale obraz „ja" uległ pogorszeniu. W sytuacji współpracy nastąpiła poprawa, zarówno sprawności fizycznej, jak i obrazu „ja" [13]. Jest to jeszcze jeden dowód konieczności traktowania edukacji nastawionej na rozwijanie umiejętności życiowych uczniów jako integralnego elementu całego procesu dydaktyczno-wychowawczego.

Edukacja służąca kształtowaniu umiejętności życiowych wymaga spełnienia wielu warunków dotyczących stosowanych metod, podmiotowego traktowania uczniów oraz zgodności nauczanych treści z praktyką pedagogiczną.

Wymienia się wiele rodzajów umiejętności życiowych, ale także wiele ich klasyfikacji (dokonywanych według różnych kryteriów). Dla konstatacji dotychczasowych rozważań należy przywołać dwie klasyfikacje: jedną zaproponowaną przez WHO [9], drugą opracowaną przez UNICEF [9]. Pierwsza wyróżnia trzy podstawowe grupy umiejętności życiowych:

— komunikacja i umiejętności interpersonalne — komunikacja werbalna i niewerbalna, negocjacje, asertywność, budowanie empatii, współpraca i praca w grupie,

— podejmowanie decyzji i krytyczne myślenie — gromadzenie informacji, ocena różnych rozwiązań problemu, analiza wpływu wartości i postaw na motywy działania swoje i innych,

— kierowanie sobą — budowanie poczucia własnej wartości, samoświadomość w zakresie własnych praw, postaw, wyznawanych wartości, mocnych i słabych stron, określenie celów, samoobserwacja i samoocena,

kierowanie emocjami (radzenie sobie z gniewem, lękiem), radzenie sobie ze stresem.

Druga klasyfikacja zawiera pięć grup umiejętności:

— interpersonalne — empatia, aktywne słuchanie, negocjowanie, asertywność, praca w zespole,

— budowanie samoświadomości — samoocena, pozytywne myślenie, identyfikacja swoich mocnych i słabych stron, budowanie pozytywnego obrazu własnej osoby i ciała,

— budowanie własnego systemu wartości — rozumienie różnych norm społecznych, przekonań, kultur, tolerancja, tworzenie własnej hierarchii wartości,

— podejmowanie decyzji — twórcze i krytyczne myślenie, identyfikacja ryzyka dla siebie i innych, poszukiwanie alternatyw, stawianie sobie celów,

— radzenie sobie i kierowanie stresem — samokontrola, radzenie sobie z presją, gospodarowanie czasem, radzenie sobie z lękiem i sytuacjami trudnymi, poszukiwanie pomocy.

Edukacja zdrowotna w obszarze rozwijania umiejętności życiowych uczniów realizuje założenia edukacji włączającej (inkluzyjnej), bowiem można ją postrzegać jako pomoc w rozwoju każdego człowieka, niezależnie od jakichkolwiek przeszkód. Edukacja włączająca to proces polegający na zwiększaniu uczestnictwa wszystkich uczniów w życiu szkoły, łącznie z uczniami niepełnosprawnymi.

Wśród cech charakterystycznych dla edukacji włączającej wymienia się następujące:

— uznaje ona, że wszystkie dzieci mogą się uczyć,

— uznaje i szanuje zróżnicowanie dzieci co do ich wieku, płci, pochodzenia etnicznego, języka, niepełnosprawności itd.,

— pozwala systemowi oraz strukturom edukacji, a także metodyce poznać potrzeby dzieci i uczy, jak im pomóc, stanowi cześć szerszej strategii promowania społeczeństwa inkluzyjnego,

— jest dynamicznym procesem, który ciągle się rozwija [4].

Edukacja integracyjna dotyczy dzieci niepełnosprawnych uczęszczających do szkół masowych. Natomiast edukacja włączająca dotyczy dzieci niepełnosprawnych uczących się efektywnie w szkołach masowych z naciskiem położonym na jakość nauczania. W przypadku edukacji włączającej, nie dziecko, ale system, należy zmienić. Inkluzja nie oznacza jednak asymilacji lub ujednolicenia wszystkich.

Korzyścią wynikającą z edukacji inkluzyjnej jest również możliwość przebywania przez dziecko w bliskim mu środowisku rówieśniczym i lokalnym. Dzięki temu, że dziecko może uczęszczać do tej samej szkoły, do której chodzą dzieci z najbliższego sąsiedztwa, w sposób naturalny staje się

członkiem społeczności rówieśniczej. Ma wspólne problemy, zainteresowania, tematy do rozmów. Wśród korzyści płynących z edukacji włączającej wymienia się najczęściej możliwość pełniejszego rozwoju intelektualnego, osobowego, a zwłaszcza społecznego dzieci. Wspólna nauka wszystkich dzieci z danego terenu służy także pełnosprawnym rówieśnikom, oswajając ich z odmiennością, ucząc akceptacji, tolerancji i solidarności [14].

Edukacja zdrowotna, wspierająca edukację włączającą, może pomóc przezwyciężyć biedę i wykluczenie ze społeczeństwa. Niepełnosprawność i bieda są bowiem ze sobą powiązane. Dzieci z ubogich domów mają mniejsze szanse na wczesną interwencję i pomoc oraz są bardziej narażone na cierpienie z powodu przewlekłego upośledzenia. Bywa też odwrotnie, rodziny borykające się z niepełnosprawnością dziecka o wiele częściej popadają w biedę w związku z negatywnym stosunkiem społeczeństwa, zdolnością zarobkową, problemami w opiece nad dzieckiem. Dzieci i ich rodziny walczące z niepełnosprawnością są systematycznie wykluczane ze społeczeństwa, a im biedniejsi się stają, tym większe prawdopodobieństwo wykluczenia.

Zwykła edukacja zapewnia praktyczne umiejętności oraz wiedzę niezbędną do wyrwania się z biedy. Edukacja zdrowotna, realizująca ideę edukacji wspierającej, stwarza większe możliwości, zachęca poszkodowanych przez los, aby stawili czoła uprzedzeniom, wyszli z cienia i zyskali pewność siebie w każdej sytuacji oraz budowali własną przyszłość w społeczeństwie.

Edukacja zdrowotna może mieć pozytywny udział w przeciwdziałaniu mechanizmom popadania w całkowitą bierność i rezygnację z jakiejkolwiek walki — co będzie w sposób istotny wspomagało edukację włączającą. Stwierdzono bowiem, że niektóre osoby zaprzestają działań i walki, poddają się. Osoby takie są przekonane, że i tak nic to nie da, cokolwiek nie zrobią i tak będzie źle, czeka ich kolejna porażka, więc nie ma po co próbować, rozwija się w nich wyuczona bezradność. Według M. Seligmana [15] wyuczona bezradność jest stanem opartym na interpretacji dotychczasowych doświadczeń człowieka, z których wynika, że nie ma związku między jego wysiłkiem a tym, co go spotyka. W tej sytuacji, aby nie narażać się na kolejne nieprzyjemne sytuacje, następuje wycofanie i rezygnacja z wszelkich działań.

Ważnym również zadaniem dla edukacji zdrowotnej jest podejmowanie działań związanych z kształtowaniem pozytywnego stosunku do świata. Optymizmu można się nauczyć, pod warunkiem podejmowania takich prób oraz tworzenia wokół siebie sprzyjającego środowiska. Skuteczną metodą pracy na rzecz optymizmu, zgodnego z naszą wolą i potrzebami, są afirmacje. Termin ten oznacza zgodę, potwierdzenie, aprobatę. „Afirmacja to pozytywna myśl, którą się świadomie wybiera, żeby zaszczepić ją w swoim

umyśle, w celu uzyskania pożądanego wyniku" [15]. Czasami jedyne, co pozostaje, aby przetrzymać trudną chwilę lub sytuację, to zaufać sobie i jeśli będzie możliwe, zmienić to, co jest możliwe do zmiany. Na początku należy wybrać gotowe teksty, które najbardziej odpowiadają sytuacji, a następnie samemu wymyślić swoje własne. Teksty te powinny być krótkie i ukierunkowane na to, co chcę uzyskać oraz powinny być wypowiadane przez siebie w osobie pierwszej. Można wskazać na sześć zasad pomocnych w kształtowaniu pozytywnego stosunku do świata [16]:

1. Zaakceptuj prawdę, że myślenie o tym, iż osiągnę sukces, rzeczywiście do niego prowadzi.
2. Zdecyduj się myśleć w kategoriach: „czuję się dobrze", a zobaczysz, że istotnie tak będziesz się czuł.
3. Podobnie ma się sprawa ze szczęściem.
4. Również, kiedy myślisz, że jesteś bogaty (niekoniecznie musi chodzić o pieniądze) okazuje się, że nim jesteś.
5. Bądź przekonany, że „będzie lepiej" i rzeczywiście tak będzie.
6. Bądź przekonany, że „świat jest dobry".

7. Podobnie można wskazać zasady zapobiegania zmartwieniom i troskom natury psychicznej [17]:

8. Nie przejmuj się głupstwami.
9. Zastanów się, jakie jest prawdopodobieństwo, że to, czym się martwisz, rzeczywiście ci się przydarzy.
10. Współpracuj z nieuniknionym, z czymś, nad czym nie masz kontroli.
11. Zdecyduj ile troski warto poświecić danej sprawie, i nie poświęcaj jej więcej.
12. Pogrzeb przeszłość i nie zajmuj się nią.
13. Bądź czymś stale zajęty, a to usunie twoje troski.

Podsumowując rozważania nad walką z wykluczeniem społecznym należy powiedzieć, że istnieje potrzeba prowadzenia szeroko zakrojonych badań nad edukacją zdrowotną w dziedzinach dotyczących efektywnego wsparcia osób pracujących w tym obszarze.

Streszczenie

Najczęściej wykluczeniem społecznym zagrożone są dzieci i młodzież. Jednym z działań zapobiegających sytuacjom marginalizacji i wykluczenia społecznego jest zwrócenie szczególnej uwagi na edukację grup zagrożonych. Szansę na pełną realizację stawianych w tym zakresie postulatów ma edukacja zdrowotna. Ważnym elementem edukacji zdrowotnej — w kontekście ekskluzji i inkluzji społecznej — jest rozwijanie umiejętności życiowych uczniów na wszystkich etapach edukacyjnych.

Summary

The children and youth are most frequently exposed for the risk of social exclusion. One of the activities preventing marginalization and social exclusion is drawing a special attention to the education of exposed groups. The chance for the full realization of the goals set up in this matter has the health education. The important element of the health education—in the context of social exclusion and inclusion—is developing the life skills of the students during all educational stages.

Literatura

1. Raport Komisji Europejskiej z 2004 r., 10.
2. Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski, 2004, 22–24.
3. Grotowska-Leder J.: *Ekskluzja społeczna — aspekty teoretyczne i metodologiczne*, [w:] *Ekskluzja i inkluzja społeczna: diagnoza, uwarunkowania, kierunki działań*, red. nauk. J. Grotowska-Leder, K. Faliszek, Toruń 2005, 39.
4. Zacharek T.: *Edukacja inkluzyjna jako szansa na przeciwdziałanie ekskluzji społecznej*, [w:] *Myślenie i działanie pedagoga*, red. M. Konopczyński, J. Kunikowski, S. Tomiuk, Warszawa 2009.
5. Śliwerski B.: *Edukacja*, [w:] *Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku*, t. 1, red. T. Pilch, Warszawa 2003.
6. Deklaracja Ministrów z Malagi, 2003.
7. Parsons T.: *Struktura społeczna a osobowość*, Warszawa 1969.
8. Goleman D.: *Inteligencja emocjonalna*, Poznań 1997.
9. Sokołowska M.: *Umiejętności życiowe*, [w:] *Edukacja zdrowotna*, red. B. Woynarowska, Warszawa 2008, 444, 448, 455.
10. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu, Dz.U. z 2002 r.
11. „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole", Zeszyt 5, 2002.
12. „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole", Zeszyt 5, 2002 b.
13. Dembo M.H.: *Stosowana psychologia wychowawcza*, Warszawa 1997.
14. Frikowska-Mankiewicz A.: *Edukacja włączająca — wyzwaniem dla polskiej szkoły*, „Szkoła Specjalna", 2004, nr 1.
15. Seligman M.: *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*, Poznań 1993.
16. Ray V.: *Jak się wzmocnić*, Warszawa 1994, 8.
17. Mika S.: *Psychologia społeczna*, Warszawa 1982, 41–42.

Łukasz Bednarczyk, Adam Sukiennik, Jacek Kubica
(Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych
Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu,
Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy)

KARDIOLOGIA W WOJEWÓDZTWIE KUJAWSKO-POMORSKIM NA TLE POLSKI

Słowa kluczowe: leczenie choroby wieńcowej; kardiologia inwazyjna; elektrofizjologia.

CARDIOLOGY IN THE KUJAWY-POMERANIA PROVINCE AGAINST A BACKGROUND OF POLAND

Key words: coronary disease treatment; interventional cardiology; electrophysiology.

Służba zdrowia w Polsce od dawna boryka się z wieloma problemami. Pomimo wprowadzania nowych lub poprawiania dotychczasowych reform, większość społeczeństwa nie jest z niej zadowolona. Pacjenci narzekają na utrudniony dostęp do specjalistów, długi czas oczekiwania w kolejkach, na zaniedbane, dawno nie remontowane szpitale. Słyszy się również głosy o nienowoczesnych metodach leczenia, o powiększającym się dystansie między Polską a resztą Europy. Uważa się, że w Polsce leczy się gorzej, nienowocześnie, z gorszymi efektami. Wielu pacjentów uważa, że opiekę zdrowotną na najwyższym poziomie otrzymują tylko mieszkańcy największych miast. Dodatkowo utrwala się jeszcze pogląd na rozwarstwienie Polski, na „Polskę A" i „Polskę B". Według tego sposobu myślenia, istnieją w Polsce miejsca, gdzie standardy leczenia są zbliżone do europejskich (dotyczyć ma to przede wszystkim Warszawy, Krakowa, szeroko pojętego Śląska), natomiast reszta kraju znacznie odstaje od tego poziomu.

Przełom XX i XXI wieku przyniósł gwałtowne zmiany w polskiej kardiologii. Dotyczyły one zarówno wprowadzania nowych metod leczenia, jak i powstawania nowych ośrodków kardiologicznych. Gwałtowny rozwój

kardiologii inwazyjnej, pod względem techniki wykonywanych zabiegów związanej z postępem technologicznym, stworzył zupełnie nowe możliwości leczenia pacjentów z chorobą wieńcową, która była i jest jedną z głównych przyczyn umieralności w Polsce. W tym artykule zostanie przedstawione, jak na tle Polski wygląda rozwój kardiologii w województwie kujawsko-pomorskim. Szczególny nacisk został położony na kardiologię inwazyjną, ponieważ jest to gałąź kardiologii szczególnie prężnie rozwijająca się, której rozwój spowodował znaczącą poprawę w przeżywalności pacjentów z zawałem serca.

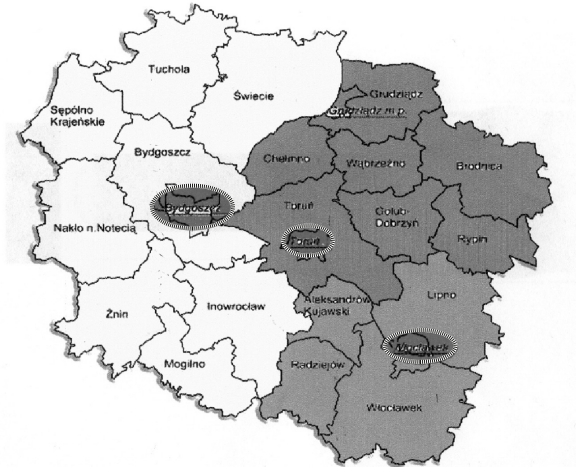
Kardiologia inwazyjna

Nowoczesne leczenie ostrych zespołów wieńcowych opiera się na zabiegach przeprowadzanych metodą przezskórną w pracowniach kardiologii inwazyjnej. W Polsce jest aktualnie 117 ośrodków kardiologii inwazyjnej, z czego 105 pełni dyżury 24-godzinne. Najwięcej ośrodków jest w województwach: mazowieckim 17 (15), śląskim 13 (13) oraz małopolskim 11 (11) — liczby w nawiasach dotyczą ośrodków pełniących dyżur 24-godzinny (patrz mapka poniżej). Najmniej ośrodków jest w województwach: podlaskim, warmińsko-mazurskim i lubuskim (po 3 ośrodki).

Rycina 1. Liczba ośrodków kardiologii inwazyjnej w poszczególnych województwach

Oczywistym staje się pytanie czy liczba ośrodków kardiologii inwazyjnej w województwie kujawsko-pomorskim jest wystarczająca i czy odpowiada na zapotrzebowanie mieszkańców tego regionu? W województwie kujaw-

sko-pomorskim jest odpowiednio 9 ośrodków inwazyjnych, w tym 4 pełniące dyżur całodobowy. Z punktu widzenia strategii działania ważny jest podział pracowni hemodynamicznych na te, które pracują głównie w trybie planowym i te, których podstawą działania jest leczenie chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi. Na zamieszczonej poniżej mapce zaznaczone są ośrodki (Bydgoszcz, Toruń, Włocławek) pełniące 24-godzinny dyżur oraz geograficzne zakresy ich działania. Pracownie, których podstawą działania są zabiegi planowe znajdują się w Inowrocławiu i Grudziądzu.



Nieodłączną częścią tego systemu jest dobrze funkcjonująca logistyka, którego częścią są karetki pogotowia realizujące strategię wczesnej stratyfikacji ryzyka u pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi w oparciu o przesyłanie sygnału EKG i podstawowych danych klinicznych przewożonych pacjentów bezpośrednio do dyżurujących ośrodków hemodynamicznych, ponieważ najlepsze efekty leczenia można osiągnąć, gdy od początku zawału do momentu wykonania angioplastyki upłynie mniej niż trzy godziny. Wszystkie karetki reanimacyjne w naszym województwie realizują tę strategię działania, która, jak pokazują dane z Ogólnopolskiego Rejestru Ostrych Zespołów Wieńcowych PL-ACS, sprawdza się w życiu. Taka organizacja pracy doprowadziła do tego, że w województwie kujawsko-pomorskim opóźnienie przedszpitalne jest najniższe w Polsce. Mediana dla naszego województwa wynosi 3 godziny, dla całej Polski 3,7 godziny, a w województwie, w którym jest najwyższa aż 5 godzin. Odsetek pacjentów przyjętych powyżej 12. godziny od początku bólu wynosi odpowiednio: 17, 22 i 36 procent. Najlepszym miernikiem efektów leczenia jest bez wątpienia ocena śmiertelności. W 2006 r. śmiertelność wewnątrzszpitalna w ostrym zespole wieńcowym z uniesieniem odcinka ST w województwie

kujawsko-pomorskim wynosiła 7,12 proc., w Polsce 9,3 proc. Jest to najlepszy dowód na to, że nasza koncepcja podziału zadań jest co najmniej godna rozważenia, w przeciwieństwie do forsowanej przez NFZ błędnej koncepcji, w której nie ma podziału zadań, i wszyscy mają pełnić 24-godzinny dyżur. Jak widać stawianie wymogu, że wszyscy mają robić wszystko, niekoniecznie jest dobre dla pacjentów.

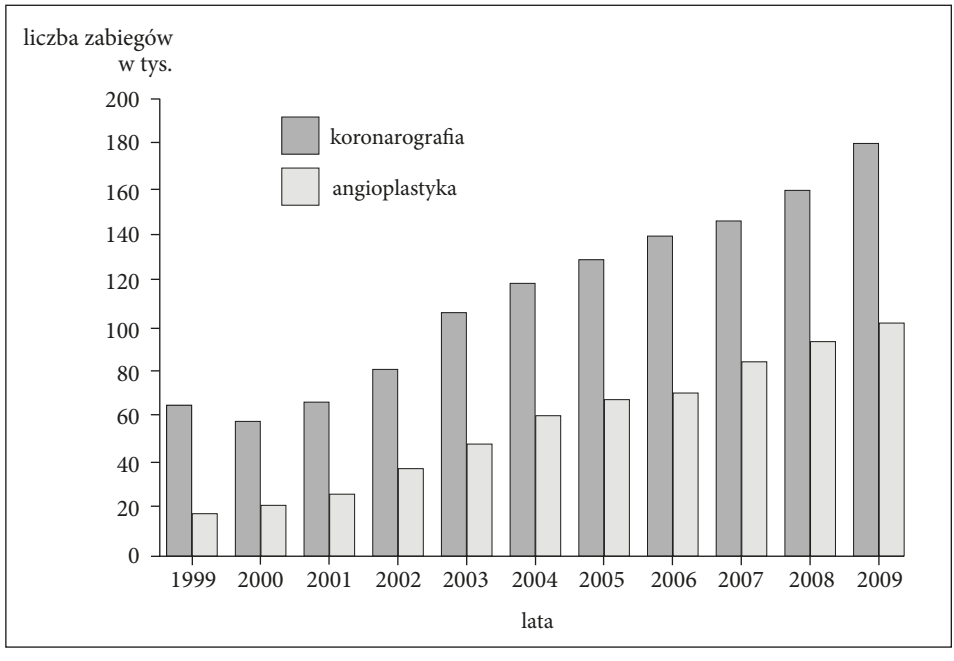
W 2009 r. w województwie kujawsko-pomorskim 88 proc. pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym z uniesieniem odcinka ST było leczonych pierwotną angioplastyką wieńcową, co w przeliczeniu na milion mieszkańców wyniosło 852 angioplastyk. W tym samym roku w całej Polsce leczono inwazyjnie 74 proc. pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym z uniesieniem odcinka ST (wykonano 687 pierwotnych angioplastyk na milion mieszkańców). Tak więc również pod tym względem województwo kujawsko-pomorskie wypada korzystnie na tle reszty kraju. Czy leczenie ostrego zawału serca w Polsce odbiega od średniej europejskiej? W wielu krajach, które w powszechnej opinii są bogatsze, mają lepszą opiekę medyczną, odsetek pacjentów leczonych inwazyjnie jest o wiele niższy (np. Włochy 45 proc., Wielka Brytania 24 proc.). Jeśli weźmiemy pod uwagę liczbę pierwotnych angioplastyk wieńcowych na milion mieszkańców, to okazuje się, że Polska z 687 mln znajduje się na trzecim miejscu w Europie (wyprzedzają ją Szwajcaria — 970 mln i Niemcy 730 mln).

Podsumowując, leczenie ostrego zespołu wieńcowego z uniesieniem odcinka ST, można powiedzieć, że województwo kujawsko-pomorskie znajduje się w Polsce w czołówce pod względem liczby leczonych inwazyjnie pacjentów w przeliczeniu na milion mieszkańców. Jest to tym bardziej znamienne, gdy porównamy nasze dane z danymi pochodzącymi z innych krajów z Europy.

Druga, coraz liczniejsza, grupa chorych wymagająca leczenia inwazyjnego w trybie pilnym to pacjenci z ostrym zespołem wieńcowym bez uniesienia odcinka ST. Wśród wszystkich chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi, chorzy z ostrym zespołem wieńcowym bez uniesienia odcinka ST stanowią 51–74 proc., a liczbę chorych rocznie szacuje się w Polsce na ponad 100 tys. W 2009 r. w Polsce przezskórną interwencją wieńcową było leczonych 43 proc. pacjentów (wykonano średnio 812 angioplastyk na milion mieszkańców). W tym samym roku w województwie kujawsko-pomorskim wykonano 892 angioplastyki na milion mieszkańców, co stanowiło 55 proc. chorych z ostrym zespołem wieńcowym bez uniesienia odcinka ST. Widoczny jest również stały wzrost liczby wykonanych angioplastyk w Polsce u tych chorych — w 2008 r. było to 24 907 interwencji, natomiast w 2009 r. 31 236. Liczby te pokazują, że w zakresie leczenia chorych z ostrym zespołem wieńcowym bez uniesienia odcinka ST dokonuje się stały postęp, jednak nadal trzeba maksymalizować wysiłki, aby jak największa liczba cho-

rych otrzymała optymalne leczenie. Trzeba bowiem pamiętać, że ta grupa pacjentów to często osoby starsze, z wieloma dodatkowymi schorzeniami (cukrzyca, niewydolność nerek, miażdżyca obwodowa, przebyty udar mózgu), co jeszcze dodatkowo czyni ich leczenie trudniejszym. Aby zwiększyć liczbę leczonych inwazyjnie pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym bez uniesienia odcinka ST potrzebna jest jeszcze ściślejsza współpraca między mniejszymi ośrodkami, a ośrodkami dysponującymi pracowniami hemodynamicznymi.

Bardzo ważnym elementem diagnostyki i leczenia chorych ze stabilną chorobą wieńcową jest możliwość wykonania koronarografii oraz angioplastyki wieńcowej. Z uwagi na przebieg choroby zabiegi te wykonuje się zwykle w trybie planowym. W Polsce od kilku lat obserwuje się stały wzrost liczby wykonywanych koronarografii i angioplastyk wieńcowych (patrz wykres poniżej). W 2009 r. wykonano w Polsce 181 283 koronarografii i 101 383 angioplastyk wieńcowych, z czego w województwie kujawsko-pomorskim wykonano 11 498 koronarografii i 6278 angioplastyk. W przeliczeniu na milion mieszkańców w naszym województwie wykonano 5561 koronarografii i 3036 angioplastyk (średnia krajowa wyniosła odpowiednio 4714 i 2636). Tak więc również w zabiegach wykonywanych planowo województwo kujawsko-pomorskie znajduje się powyżej średniej krajowej.



Ryc. 3 Liczba koronarografii i angioplastyk wieńcowych wykonanych w Polsce w latach 1999–2009

Poza dostępnością do usług medycznych, dla pacjentów równie ważny a czasami nawet najważniejszy, jest czas oczekiwania na zabieg. Często to ten właśnie czynnik, a nie liczba ogólnie wykonywanych zabiegów, wpływa na ocenę jaką pacjenci wystawiają służbie zdrowia. Jak w takim razie wyglądają czasy oczekiwania na zabieg w kardiologii inwazyjnej w województwie kujawsko-pomorskim? W 2009 r. średni czas oczekiwania na koronarografię w naszym województwie wynosił 8 tygodni, a na angioplastykę 0–7 tygodni. Najdłużej na koronarografię oczekuje się w województwach: śląskim (4–72 tygodni), warmińsko-mazurskim (21), opolskim (4–26). Na angioplastykę również najdłużej oczekuje się w województwie śląskim — 12 tygodni. Tak więc ponownie okazuje się, że również pod względem czasu oczekiwania nasze województwo wypada korzystnie.

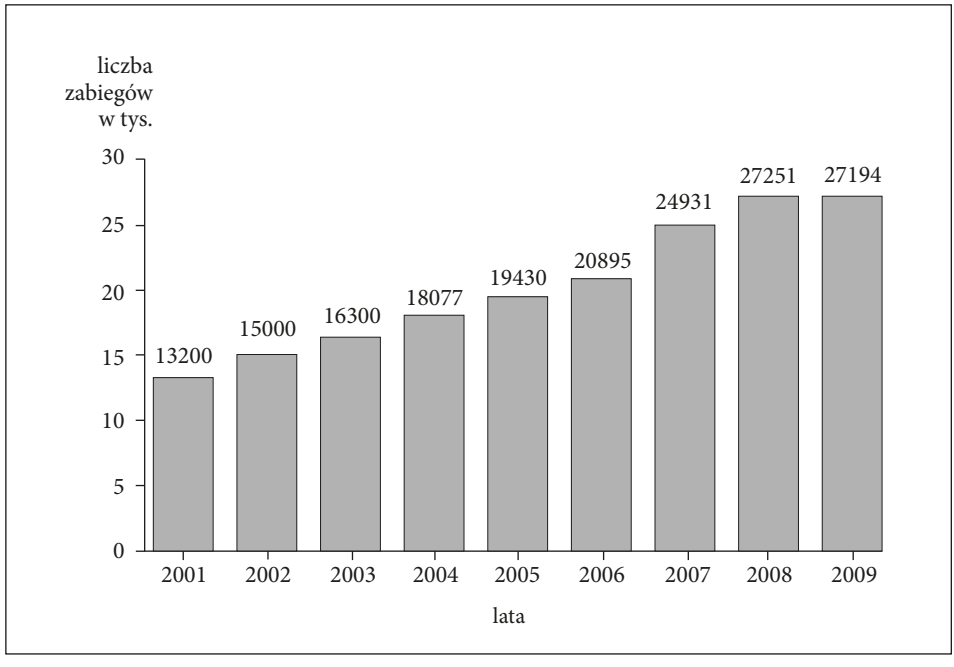
Elektrofizjologia

Dzisiejsza kardiologia to nie tylko leczenie choroby wieńcowej. Bardzo dynamicznie rozwijającą się podspecjalizacją w kardiologii jest elektrofizjologia, czyli dziedzina zajmująca się rozpoznawaniem oraz leczeniem zaburzeń rytmu serca. Aktualnie elektrofizjolodzy dysponują potężnym arsenałem inwazyjnych metod diagnostycznych i leczniczych (badanie elektrofizjologiczne, przezskórna ablacja substratu arytmii, stymulatory serca, w tym z funkcją resynchronizacji, oraz wszczepialne kardiowertery-defibrylatory, które potrafią rozpoznać i przerwać zagrażającą życiu arytmię).

Obecnie w Polsce mamy 113 ośrodków wszczepiających stymulatory serca. Podobnie jak w przypadku ośrodków kardiologii inwazyjnej, najwięcej ośrodków wszczepiających stymulatory jest w województwach: mazowieckim (15), śląskim (15), wielkopolskim (13) i dolnośląskim (12) (patrz mapka). W województwie kujawsko-pomorskim jest sześć takich ośrodków.

W 2009 r. w Polsce wszczepiono 27 194 stymulatory, co stanowiło 707 stymulatorów na milion mieszkańców. W tym samym roku w województwie kujawsko-pomorskim wszczepiono 1427 stymulatorów, czyli 690 na milion mieszkańców. W skali kraju jedynie w 5 województwach liczba wszczepionych stymulatorów znalazła się powyżej średniej w przeliczeniu na milion mieszkańców (były to województwa: mazowieckie — 1007/mln, lubuskie — 819/mln, świętokrzyskie — 794/mln, dolnośląskie — 731/mln i opolskie — 729/mln). Ponadto w skali kraju od kilku lat obserwuje się stały trend wzrostowy liczby implantowanych stymulatorów (patrz wykres poniżej).

Rycina 4. Liczba ośrodków wszczepiających stymulatory serca w poszczególnych województwach



Rycina 5. Liczba implantowanych stymulatorów w Polsce w latach 2001–2009

Kardiowertery-defibrylatory serca (ICD — *implantable cardioverter-defibrillator*) aktualnie są wszczepiane w 84 ośrodkach w Polsce. W województwie kujawsko-pomorskim jest 6 takich ośrodków. W naszym województwie wszystkie ośrodki zajmujące się wszczepianiem stymulatorów serca wszczepiają również ICD. W 2009 r. w Polsce wszczepiono 4886 ICD, co w przeliczeniu na milion mieszkańców dało liczbę 137. W województwie kujawsko-pomorskim wszczepiono w tym samym roku 306 ICD (148/mln). Również w przypadku tych urządzeń obserwuje się stały wzrost liczby implantowanych urządzeń, co wiąże się ze stale zwiększającą się grupą chorych wymagających tego typu leczenia. Są to głównie chorzy z pozawałową niewydolnością serca, których liczba wzrasta, głównie za sprawą zmniejszenia śmiertelności w ostrej fazie zawału serca. Dzięki wszczepieniu 138 ICD na milion mieszkańców, w 2008 r. Polska dołączyła do europejskiej średniej również pod tym względem.

Rycina 6. Liczba ośrodków wszczepiających kardiowertery-defibrylatory serca w poszczególnych województwach

Zabiegi przezskórnej ablacji w zaburzeniach rytmu serca są wykonywane w 42 ośrodkach w Polsce, z czego w naszym województwie jest jeden taki ośrodek. W 2009 r. w Polsce wykonano 6390 zabiegów ablacji, czyli średnio 166 na milion mieszkańców, z czego w województwie kujawsko-pomorskim wykonano 235 (114/milion). Średnia liczba zabiegów na milion mieszkańców w skali kraju plasuje nas w środku stawki krajów europejskich (wg danych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego). Tak jak w poprzednio wymienionych dziedzinach, również tutaj obserwuje się stały wzrost liczby wykonywanych zabiegów.

Ostatnim, ale nie mniej ważnym wskaźnikiem kondycji kardiologii, jest liczba lekarzy ze specjalizacją z kardiologii w naszym województwie. W 2009 r. było ich 43 w przeliczeniu na milion mieszkańców, natomiast średnia krajowa to 54. W połączeniu z dużym rozpowszechnieniem chorób układu krążenia wyraźnie widać, że w naszym województwie istnieje spore zapotrzebowanie na specjalistów z tego zakresu. Jednak nie da się tego szybko nadrobić (nawet pomimo wpisania kardiologii na listę specjalizacji deficytowych przez Ministerstwo Zdrowia), ponieważ proces kształcenia podyplomowego (popularnie nazywanego specjalizacją) jest czasochłonny i nie da się go jeszcze bardziej przyspieszyć.

Jak zostało przedstawione w tym artykule, poziom kardiologii w Polsce nie odbiega tak bardzo od poziomu europejskiego, a w niektórych dziedzinach jesteśmy w europejskiej czołówce. Województwo kujawsko-pomorskie na tle kraju również wypada dobrze. W takich dziedzinach jak inwazyjne leczenie ostrych zespołów wieńcowych jesteśmy powyżej średniej krajowej. W naszym województwie wykonuje się dużą liczbę koronarografii, angioplastyk wieńcowych, wszczepień stymulatorów i kardiowerterów-defibrylatorów serca. Cieszyć powinno też, że liczba tych zabiegów zwiększa się sukcesywnie z roku na rok. W województwie kujawsko-pomorskim stworzono sieć wysokospecjalistycznych placówek, które współdziałając ze szpitalami powiatowymi zapewniają opiekę kardiologiczną na wysokim poziomie, a coraz więcej mieszkańców naszego województwa może liczyć na wysokospecjalistyczne leczenie. To, co wyróżnia nas na mapie Polski to również rekordowa liczba łóżek intensywnej terapii kardiologicznej na milion mieszkańców (91 łóżek; średnia dla Polski 51 łóżek). Na pewno jest jeszcze dużo do zrobienia, ale jak widać z przedstawionych powyżej danych, nie mamy się czego wstydzić.

Streszczenie

Przełom XX i XXI wieku przyniósł gwałtowne zmiany w polskiej kardiologii. Dotyczyły one zarówno wprowadzania nowych metod leczenia, jak i powstawania nowych ośrodków kardiologicznych. Gwałtowny rozwój kardiologii inwazyjnej, pod względem techniki wykonywanych zabiegów związanej z postępem technologicznym, stworzył zupełnie nowe możliwości leczenia pacjentów z chorobą wieńcową, która była i jest jedną z głównych przyczyn umieralności w Polsce. W artykule przedstawiono, jak na tle Polski wygląda rozwój kardiologii w województwie kujawsko-pomorskim. Szczególny nacisk został położony na kardiologię inwazyjną, ponieważ jest to gałąź kardiologii prężnie rozwijająca się, której rozwój spowodował znaczącą poprawę przeżywalności pacjentów z zawałem serca.

Summary

The turn of the 20th and 21st centuries brought great changes in Polish cardiology. The changes concerned both introducing new methods of treatment as well as building new cardiology centers. Rapid development of interventional cardiology, connected with technological progress, created completely new possibilities to treat patients with coronary disease, which has been one of the major causes of mortality in Poland. This article presents development of cardiology in the Kujawy-Pomerania Province against a background of Poland. Interventional cardiology has been stressed because it is a rapidly developing branch of cardiology. Its development has caused considerable increase in survival rate of patients with heart attack.

Władysław Sinkiewicz, Magdalena Grochowska
(II Klinika Kardiologii Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK Toruń)

JAK SKUTECZNIE ZMNIEJSZAĆ ŚMIERTELNOŚĆ W NIEWYDOLNOŚCI SERCA?

Słowa kluczowe: niewydolność serca; farmakoterapia; elektroterapia.

HOW TO EFFECTIVELY DIMINISH MORTALITY RATE IN CARDIAC INSUFFICIENCY

Key words: cardiac insufficiency; pharmaceutical therapy; electrotherapy.

Wstęp

Niewydolność serca (HF) należy do chorób o wybitnie złym rokowaniu. Szacuje się, że pięcioletnie przeżycie jest gorsze, niż u osób z chorobą nowotworową [1]. Wciąż jeszcze wzrastająca częstość występowania oraz duża śmiertelność w tej jednostce chorobowej sprawia, że jest ona kluczowym tematem wielu grup badawczych na całym świecie, a optymalne postępowanie w HF jest jednym z najtrudniejszych problemów w codziennej praktyce klinicznej.

Przestrzeganie opublikowanych w 2008 r. wytycznych ESC dotyczących rozpoznawania i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca przekłada się na wymierne korzyści kliniczne. Ich autorzy zwracają jednakże uwagę na istniejące braki w dowodach naukowych, nierzadko więc lekarz zmuszony jest podejmować decyzje terapeutyczne niepoparte dużymi badaniami klinicznymi czy zgodną opinią ekspertów [2]. Kilkanaście badań klinicznych minionego roku pomogło w rozstrzygnięciu niektórych problemów w leczeniu HF [3]. Poniżej przedstawiono wybrane z nich.

Czy dostosowywanie leczenia niewydolności serca do stężeń peptydu natriuretycznego w osoczu zmniejsza chorobowość i śmiertelność?

W definicji niewydolności serca koniecznym elementem jest przedstawienie obiektywnych danych wskazujących na istnienie morfologicznych i czynnościowych nieprawidłowości w sercu w spoczynku. Obok podstawowego badania echokardiograficznego wykorzystuje się m.in. oznaczenia peptydów natriuretycznych. W rekomendacjach ESC zidentyfikowano stężenia tych biomarkerów pozwalające z dużym prawdopodobieństwem rozpoznać HF.

Wciąż bez odpowiedzi pozostaje pytanie, na ile monitorowanie poziomu biomarkerów może być przydatne w optymalizacji leczenia HF. W badaniu TIME-CHF (Trial of Intensified vs Standard Medical Therapy In Elderly Patients With Congestive Heart Failure) porównywano dwa sposoby ambulatoryjnego prowadzenia chorych z objawami HF i upośledzoną LVEF — „tradycyjny", oparty na dokładnej ocenie klinicznej, i nowy uzupełniony o regularną ocenę poziomu NT-proBNP, na podstawie czego modyfikowano decyzje terapeutyczne. Nie wykazano istotnych różnic między obydwoma sposobami postępowania w kontekście redukcji ryzyka hospitalizacji w 18-miesięcznej obserwacji (liczba hospitalizacji z powodu HF była w grupie monitorowania NT-proBNP istotnie większa), zbliżona też była jakość życia chorych [4].

Podobnych wniosków dostarczyło badanie PRIMA (Can Pro-Brain Natriuretic Peptide Guided Therapy of Heart Failure Improve Heart Failure Morbidity and Morality?). Docelową wartość stężenia NT-proBNP wyznaczono indywidualnie dla każdego pacjenta, kierując się wskazówkami leczniczymi i wyjściowym stężeniem. Obserwacji dwuletniej poddano 345 pacjentów (2/3 w II klasie NYHA, 1/5 w III klasie NYHA). Aby osiągnąć docelowe indywidualne stężenie, istotnie częściej zwiększano stężenia inhibitorów konwertazy i diuretyków niż w grupie kontrolnej, uzyskując 80-procentową skuteczność po roku terapii. Niestety, założony punkt pierwszorzędowy (liczba przeżytych dni poza szpitalem) był zaledwie nieznacznie krótszy w grupie optymalizacji farmakoterapii z wykorzystaniem NT-proBNP. Nieco korzystniej, choć jeszcze nieistotnie statystycznie, wyglądała 20-procentowa redukcja śmiertelności (z 33,3 do 26,5 proc., $p = 0{,}196$) [5].

Poszukując ostatecznej odpowiedzi na pytanie o celowość dostosowywania leczenia niewydolności serca do stężeń peptydów natriuretycznych w osoczu w kontekście redukcji chorobowości i śmiertelności, grupa australijskich badaczy zebrała dane z ośmiu randomizowanych, kontrolowanych badań klinicznych dotyczących tego zagadnienia. Metaanalizą w okresie 3–24 miesięcy objęto 1726 pacjentów z niewydolnością serca, z frakcją wy-

rzutową < 50%. Wykazano znacznie niższe ryzyko zgonu z jakiejkolwiek przyczyny w grupie pacjentów z optymalizacją farmakoterapii z wykorzystaniem stężeń BNP/NT-proBNP w porównaniu z grupą chorych leczonych tradycyjnie ($p = 0{,}003$). Analizując grupę wiekową, w podgrupie pacjentów < 75 roku życia śmiertelność była znacznie niższa w grupie z optymalizacją leczenia z wykorzystaniem peptydów natriuretycznych ($p = 0{,}005$), ale nie obserwowano tego trendu u osób starszych (> 75 roku życia; $p = 0{,}70$). Ryzyko hospitalizacji z jakiejkolwiek przyczyny i czas wolny od hospitalizacji nie różnił się istotnie w porównywanych grupach, niezależnie od wieku (odpowiednio: $p = 0{,}12$ i $p = 0{,}58$). Mechanizmem tłumaczącym spadek śmiertelności wśród osób młodszych z grupy optymalizacji farmakoterapii może być większy (około dwukrotnie) odsetek pacjentów, którzy osiągnęli docelowe dawki inhibitorów konwertazy angiotensyny i beta-blokerów, leków o udowodnionej skuteczności w redukcji śmiertelności w niewydolności serca (odpowiednio: 21 i 22 proc. vs 11,7 i 12,5 proc.). Ta metaanaliza nie przynosi ostatecznej odpowiedzi na zadane w podrozdziale pytanie, jednakże pokazuje dobitnie, że korzyści kliniczne z terapii z wykorzystaniem stężeń peptydów natriuretycznych wyraźnie zależą od dawki stosowanych leków. Zatem regularne monitorowanie BNP/NT-proBNP u pacjentów z niewydolnością serca z późniejszą intensyfikacją leczenia farmakologicznego poprawia przeżycie [6].

Które środki farmakologiczne zmniejszają chorobowość i umieralność chorych z EF 40–50 proc. lub z niewydolnością serca z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory?

HF obejmuje szerokie spektrum kliniczne chorych, wśród których pacjenci z HF i zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory (HFPEF) stanowią grupę coraz liczniejszą. Aby bardziej skutecznie diagnozować tych chorych, pod koniec 2009 r. eksperci Amerykańskiego i Europejskiego Towarzystwa Echokardiograficznego wydali wspólne zalecenia dotyczące echokardiograficznej oceny funkcji rozkurczowej lewej komory. Jej ocena powinna stanowić integralną część każdego badania echokardiograficznego [7]. Patofizjologia HFPEF okazuje się nie być tak prosta, jak początkowo sądzono. Uaktualnione wytyczne wnoszą niestety niewiele do zrozumienia rozkurczowej niewydolności serca i jej leczenia. Nadal zbyt mało jest danych naukowych, na podstawie których można by opracować zalecenia terapeutyczne dla tych chorych, które by bardziej poprawiały rokowanie i zmniejszały częstość hospitalizacji.

W badaniu I-PRESERVE (Irbesartan in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction Study) weryfikowano hipotezę, że zastosowanie irbesartanu-ARB o potwierdzonej skuteczności w leczeniu nadciśnienia tętniczego — poprawi rokowanie chorych z HFPEF. Pacjentów przydzielano losowo do grupy otrzymującej irbesartan (w docelowej dawce 300 mg/d) i do grupy placebo. Wyniki badania były zaskakujące, gdyż podczas nieco ponad czteroletniej obserwacji irbesartan nie wpłynął w istotny sposób na całkowitą śmiertelność oraz hospitalizacje z przyczyn sercowo-naczyniowych (główny punkt końcowy badania). Co więcej, nie wykazano, aby irbesartan zmniejszał ryzyko zgonu i hospitalizacji z powodu HF lub poprawiał jakość życia tych chorych [8].

Trwa badanie TOP-CAT (Treatment of Preserved Cardiac Function Heart Failure with Aldosterone Antagonist), zaplanowane podobnie do badania I-PRESERVE, w którym oceniana jest skuteczność spironolaktonu w HFPEF. Na wyniki będziemy musieli poczekać co najmniej do roku 2011. Do tego czasu leczenie HFPEF wciąż pozostaje poza *evidence-based medicine*.

Czy terapia resynchronizująca poprawia kliniczne wyniki leczenia chorych z niską frakcją wyrzutową lewej komory, szerokim QRS, lecz łagodnymi objawami?

Wnioski z badania MADIT-CRT oraz opublikowanego z początkiem 2009 r. badania REVERSE można śmiało uznać za rewolucyjne. Badanie MADIT-CRT objęło leczeniem resynchronizującym pacjentów klas I i II wg NYHA, w tym szczególnie pacjentów bez choroby niedokrwiennej serca, z długością trwania zespołu QRS powyżej 130 ms, oraz frakcją wyrzutową w granicach 30%. W tej grupie pacjentów odnotowano uderzająco znaczącą redukcję w częstości hospitalizacji, która zmniejszyła się średnio o 41 proc. w okresie obserwacji trwającym od trzech do czterech lat. Wyniki są imponujące, także dlatego, że wszyscy pacjenci leczeni byli wcześniej zgodnie ze standardami. Innym, także wywołującym duże wrażenie rezultatem, było zmniejszenie wymiaru sylwetki serca w czasie trwania badania, a obserwowano to zjawisko już po roku. Pokazuje to jasno, że leczenie resynchronizujące może zahamować progresję choroby [9].

Ocena korzyści z zastosowania CRT u chorych bez objawów lub z niewielkimi objawami HF, z dysfunkcją lewej komory i oznakami dyssynchronii skurczu, była także podstawą badania REVERSE. Roczne wyniki badania potwierdziły korzyść z implantacji CRT z odwróceniem remodelingu lewej komory. W grupie chorych obserwowanych w Europie badanie przedłużono do dwóch lat. Wyniki wskazują, że implantacja układu resyn-

chronizującego u chorych bezobjawowych lub z niewielkimi objawami HF, optymalnie leczonych farmakologicznie, poprawia wyniki leczenia oraz wpływa na przebudowę i funkcję lewej komory [10].

Oba powyższe badania zwłaszcza MADIT-CRT, dostarczyły mocnych danych i zachęcają do rozszerzenia wskazań do CRT-D. Prof. Angelo Auricchio (przewodniczący Europejskiego Towarzystwa Rytmu Serca) słusznie zauważył, że w toku ewolucji tego problemu przesuwamy swoje wysiłki bardziej w kierunku prewencji HF. Dalsze analizy badania MADIT-CRT, a także kolejne, niezakończone jeszcze badanie RAFT (Resynchronization/Defibrillation in Advance Heart Failure Tiral) dostarczą danych na temat nowych wskazań do terapii resynchronizującej u chorych z mniej zaawansowaną HF.

Czy przywrócenie rytmu zatokowego zmniejsza chorobowość i umieralność u chorych z niewydolnością serca, migotaniem przedsionków, a także niewydolnością skurczową czy niewydolnością z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory?

Niewydolność serca i migotanie przedsionków (AF) to dwie, wikłające się wzajemnie, jednostki chorobowe. Obecność AF należy do podstawowych czynników pogarszających rokowanie chorych z HF, zwiększając ryzyko śmiertelności ogólnej [11]. Najtrudniejszym pytaniem lekarza praktyka zajmującego się pacjentem z AF jest odpowiedź na pytanie o celowość przywrócenia rytmu zatokowego. Największym badaniem porównującym strategie kontroli częstości rytmu ze strategią kontroli rodzaju rytmu było badanie AFFIRM. Nie wykazano w nim istotnej różnicy w odniesieniu do śmiertelności między obiema badanymi strategiami. Obserwacja ta stała się podstawą sformułowania aktualnie obowiązujących wytycznych postępowania w AF. Celem jednoznacznej oceny skuteczności i bezpieczeństwa strategii kontroli częstości i kontroli rodzaju rytmu u pacjentów z AF i HF zaprojektowano badanie AF-CHF. Na zakończenie okresu obserwacji trwającej średnio około trzech lat obie strategie postępowania w podobny sposób wpłynęły na ryzyko zgonu, udaru mózgu i pogorszenia HF. Trudno nie zgodzić się z konkluzją autorów badania, że u chorych z HF i AF kontrola częstotliwości rytmu komór powinna stanowić postępowanie z wyboru. Brak sukcesu strategii kontroli rodzaju rytmu wynika ze słabej skuteczności i istotnych działań niepożądanych aktualnie dostępnych leków antyarytmicznych. Metody inwazyjnej kontroli rytmu mogą przynieść postęp w zmniejszeniu śmiertelności. Obecnie toczy się kilkadziesiąt badań

klinicznych w grupie chorych z AF i HF, z których wiele takich, jak CASTILE-AF (Catheter Ablation Versus Standard Conventional Treatment in Heart Failure Patients With Atrial Fibrillation), AMICA (Atrial Fibrillation Management in Congestive Heart Failure With Ablation), TRADE-HF (TReatment of Atrial Fibrillation With Dual dEfibrillator in Heart Failure Patients), MINERVA (MINimizE Right Ventricular Pacing to Prevent Atrial Fibrillation and Heart Failure), ocenia skuteczność nowych, niefarmakologicznych sposobów leczenia AF. Należy pamiętać, że badanie AF-CHF objęło jedynie pacjentów ze skurczową HF. Nie ma dotychczas danych na temat skuteczności utrzymywania rytmu zatokowego u osób z objawami HF i zachowaną frakcją wyrzutową.

Reasumując, przy zastosowaniu dostępnych obecnie metod leczenia, obie strategie postępowania u chorych z AF i HF równoważą się. Są chorzy, którzy bardziej korzystają z samej kontroli częstości rytmu oraz tacy, którzy wymagają przywrócenia rytmu zatokowego. Ta druga opcja wydaje się być postępowaniem korzystniejszym dla pacjentów z dysfunkcją rozkurczową, gdzie utrzymywanie synchronii przedsionkowo-komorowej z punktu widzenia hemodynamiki jest szczególnie cenne [12].

Czy specyficzne leczenie poniższych chorób współistniejących u osób z niewydolnością serca zmniejsza chorobowość i śmiertelność? — niewydolność nerek

Zwyczajowe stosowanie diuretyków pętlowych w dużych dawkach może prowadzić do pogorszenia czynności nerek oraz wydaje się związane ze zwiększeniem śmiertelności u chorych z ciężką, zdekompensowaną HF. Z drugiej strony przewlekła choroba nerek i HF to dwie choroby postępujące, które często współistnieją i wzajemnie nasilają swój przebieg. Ochrona układu sercowo-naczyniowego i ochrona przed pogorszeniem czynności nerek powinny być zawsze traktowane jako jedność. Działania zmierzające do zahamowania postępu upośledzenia filtracji nerkowej mają kluczowe znaczenie w poprawie rokowania pacjentów z HF. Badacze kliniczni stale poszukują nowych, skutecznych leków nefroprotekcyjnych.

Wciąż przybywa informacji na temat antagonistów receptora adenozynowego A1. Receptory te, zlokalizowane w obrębie nerek w tętniczce odprowadzającej i cewce proksymalnej, pośredniczą w skurczu naczyń, wpływają na filtrację kłębuszkową i zwiększają reabsorpcję sodu w cewkach proksymalnych. Ich zablokowanie zwiększa diurezę i natriurezę, przy czym jednocześnie ma potencjalne działanie nefroprotekcyjne. W ubiegłym roku opublikowano wyniki pilotowej fazy aktualnie toczącego się badania

PROTECT (Placebo-Controlled Randomiset Study of the selective A1 adenosine antagonist KW-3902 for patients hospitalised with acute HF and Volume Overload to Assos Treatment Effect on Congestion and renal funcTion). W grupie 301 chorych ze zdekompensowaną HF i upośledzoną czynnością nerek leczenie rolofiliną przez pierwsze 72 godziny, w porównaniu z placebo, skuteczniej zmniejszało nasilenie duszności, rzadziej prowadziło do dysfunkcji nerek i pogorszenia HF. Obserwowano także trend w kierunku mniejszego ryzyka zgonu i hospitalizacji (zwłaszcza w grupie otrzymującej rolofilinę w dawce 30 mg/d) [13].

W badaniu EVEREST (The Efficacy of Vasopressin Antagonism in Heart Failure Outcome Study with Tolvaptan) oceniono efekty podawanego doustnie tolwaptanu (wybiórczego antagonisty r. V2 dla wazopresyny) u chorych hospitalizowanych z powodu zaostrzenia HF, z objawami retencji wody i zmniejszoną LVEF (< 40%). U chorych z HF tolwaptan przyczyniał się do zwiększenia diurezy dobowej i redukcji masy ciała choć nie zaobserwowano wpływu na śmiertelność i chorobowość w obserwacji długoterminowej. Odnotowano także większą częstość nagłych zgonów w grupie otrzymującej ten lek. Trudno zatem spodziewać się, aby badanie EVEREST stało się podstawą do szerokiego stosowania tolwaptanu w leczeniu zdekompensowanej HF [14].

Leczenie operacyjne w niewydolności serca?

Stale poszukuje się nowych metod leczenia operacyjnego u tych pacjentów z HF, którzy mają znacznie poszerzoną jamę lewej komory. Celem badania STICH (Hypothesis 2) była weryfikacja korzyści wynikającej z rekonstrukcji chirurgicznej lewej komory wykonanej łącznie CABG. Do badania włączono osoby z chorobą wieńcową wymagającą wykonania pomostowania aortalno-wieńcowego przy współistnieniu LVEF < 35%. Uczestników randomizowano do grupy leczonej wyłącznie CABG oraz do grupy leczonej dodatkowo chirurgiczną rekonstrukcją lewej komory. Czas obserwacji wynosił 48 miesięcy. W grupie z dodatkową chirurgiczną rekonstrukcję lewej komory doszło do istotnie większej redukcji objętości końcowo skurczowej w przeliczeniu na m^2 powierzchni ciała. W obu grupach zaobserwowano taką samą poprawę tolerancji wysiłku. Nie zaobserwowano jednak istotnych różnic w częstości występowania pierwszorzędowego złożonego punktu końcowego badania, jakim był zgon z jakiejkolwiek przyczyny i hospitalizacja z przyczyn kardiologicznych. Okazuje się, że rozszerzenie operacji kardiochirurgicznej o rekonstrukcję lewej komory nie poprawia rokowania ani nie wpływa istotnie na poprawę jakości życia [15].

Które leki stosowane w leczeniu ostrej niewydolności serca skuteczniej zmniejszają chorobowość i śmiertelność?

Ostra niewydolność serca (AHF) to zespół kliniczny wciąż słabo zdefiniowany. Pomimo stale wzrastającej liczby hospitalizacji z powodu dekompensacji HF, leczenie w znacznej mierze jest empiryczne. W ubiegłym roku opublikowano wyniki kilku ważnych badań, które mogą pozwolić zoptymalizować leczenie AHF.

Nowym lekiem stosowanym w AHF jest istaroksym. Blokując ATPazę pompy N+/K+ powoduje z jednej strony akumulacje jonów wapnia w cytozolu w okresie skurczu (efekt inotropowy) i szybkie oddzielenie się jonów wapnia w wyniku stymulacji ATPazy wapniowej siateczki sarkoplazmatycznej (sarcoplasmic reticulum calcium ATPase 2, SERCA2) w okresie rozkurczu, co powoduje relaksację mięśnia sercowego (efekt lusiotropowy). Korzystnie wpływa na parametry hemodynamiczne i powoduje poprawę czynności rozkurczowej lewej komory. W badaniu HORIZON-HF (A Phase II Trial to Assess Hemodynamic Effects of Istaroxime in Patients with Worsening Heart Failure and Reduced Left Wentricular Systolic Function) istaroksym w grupie chorych z AHF, których poddano monitorowaniu hemodynamicznemu, potwierdził swoje liczne korzystne działania (m.in. obniżył ciśnienie zaklinowania w tętnicy płucnej, ciśnienie końcowo rozkurczowe w lewej komorze, zwiększył indeks sercowy), a jednocześnie nie powodował nasilenia niedokrwienia mięśnia sercowego i arytmii (w przeciwieństwie do innych leków inotropowych w czasie podawania istaroksymu przy wzroście SBP obserwuje się zwolnienie pracy serca) [16].

Interesującym lekiem jest relaksyna — peptyd wykazujący działanie wazodylatacyjne i nefroprotekcyjne. Faza wstępna badania RELAX (Relaxin for the treatment of patients with acute heart failure) właśnie się zakończyła. U chorych ze zdekompensowaną HF i z prawidłowym lub wysokim ciśnieniem tętniczym (ciśnienie skurczowe > 125 mmHg) relaksyna podawana we wczesnej fazie, przez 48 godzin, w porównaniu z placebo powodowała istotne zmniejszenie duszności i lepszą stabilizację kliniczną; dodatkowo zaobserwowano trend w kierunku mniejszego ryzyka zgonu sercowo-naczyniowego oraz hospitalizacji z powodu HF w obserwacji 60-dniowej [17].

Czy ultrafiltracja przyspiesza poprawę stanu ogólnego chorych z ostrą niewydolnością serca i przeciążeniem objętościowym?

Pomimo faktu, że ultrafiltracja jako metoda stosowana jest od połowy lat 70., dotychczas nie znalazła ona pewnego miejsca w leczeniu HF. W ostat-

nich latach wraz z pojawieniem się małoinwazyjnych, niewymagających kaniulizacji żył centralnych, urządzeń do ultrafiltracji, ponownie wzbudza zainteresowanie możliwość jej powszechniejszego zastosowania. Celem wieloośrodkowego randomizowanego badania RAPID-CHF była ocena skuteczności oraz bezpieczeństwa zastosowania ultrafiltracji w zaostrzeniu niewydolności serca. Do badania włączono 40 pacjentów, spośród których połowę zrandomizowano do skojarzonego leczenia za pomocą pojedynczej ośmiogodzinnej sesji ultrafiltracji z następczym leczeniem diuretykami dożylnie, zaś pozostałe 50 proc. do intensywnego dożylnego leczenia diuretykami. Utrata masy ciała po 24 godzinach była większa w grupie ultrafiltracji, jednak różnica nie była istotna statystycznie ($p = 0,24$). Fakt ten częściowo można tłumaczyć tym, że w grupie leczenia farmakologicznego dawki furosemidu były wysokie i znacznie przewyższały dawki leku stosowane w grupie ultrafiltracji (160 mg vs 80 mg, $p = 0,23$). Objętość uzyskanego płynu była istotnie wyższa w grupie ultrafiltracji, zarówno po 24 godzinach (4,6 l vs 2,8 l, $p = 0,001$), jak i po 48 godzinach (8,4 l vs 5,3 l, $p = 0,012$). Obydwie grupy nie różniły się pod względem czynności serca, ciśnienia tętniczego oraz wahań elektrolitów w surowicy. Po 48 godzinach, w klinicznej ocenie niewydolności serca oraz subiektywnej ocenie duszności, grupa ultrafiltracji miała przewagę w porównaniu do grupy leczonej farmakologicznie. Średni czas hospitalizacji nie różnił się istotnie w obydwu grupach leczenia [18].

Kolejne doniesienie dotyczy zastosowania ultrafiltracji u pacjentów z opornością na diuretyki i retencją płynów. Kryteriami włączenia do badania były cechy retencji płynów oraz towarzysząca oporność na doustne diuretyki przyjmowane przedszpitalnie lub niewymagająca dializ niewydolność nerek (kreatynina > 1,5 mg/dl). Frakcja wyrzutowa wynosiła średnio 31%. Pacjenci włączeni do badania odwadniani byli jedynie za pomocą ultrafiltracji, nie otrzymywali oni diuretyków. Średni czas hospitalizacji wynosił 3,7 dni, przy czym 60 proc. pacjentów zostało wypisanych przed upływem trzeciej doby hospitalizacji. Średnio uzyskano 8650 ml płynu. Średni ubytek masy ciała wynosił 6 kg. W ocenie 30- i 90-dniowej masa ciała pozostawała niższa w porównaniu do stwierdzonej przy włączeniu do badania. Nie obserwowano istotnych spadków ciśnienia. Kalkulowany klirens kreatyniny nie uległ zmianie w trakcie leczenia oraz w okresie dalszej obserwacji. Średnie natężenie sodu w surowicy nie uległo zmianie, a w grupie osób z hiponatremią (7 osób) stwierdzono istotny statystycznie wzrost stężenia sodu w obserwacji 30-dniowej ($p = 0,042$) oraz 90-dniowej ($p = 0,017$). Stwierdzono poprawę czynnościową pod względem klasy NYHA. W trzymiesięcznej obserwacji, w trakcie badania tylko trzech spo-

śród 20 pacjentów było ponownie hospitalizowanych, z czego tylko jedna hospitalizacja była związana z zaostrzeniem niewydolności serca.

Pacjenci z zaostrzeniem niewydolności serca i współistniejącą opornością na diuretyki bądź niewydolnością nerek stanowią prawdziwy problem terapeutyczny, a hospitalizacje w tych przypadkach są z reguły wydłużone. Analizując przedstawione dane uderza fakt, że średni czas hospitalizacji pacjentów, częstokroć z objawami w IV klasie wg NYHA, był krótszy niż cztery doby! Ponadto uwagę zwracają cechy spadku aktywacji neurohormonalnej u pacjentów leczonych za pomocą ultrafiltracji, podczas gdy u pacjentów intensywnie odwadnianych za pomocą diuretyków dożylnych dochodzi częstokroć do wzrostu aktywacji neurohormonalnej oraz spadku filtracji kłębuszkowej. Wzrost stężenia sodu u osób z hiponatremią sugeruje, że w takich przypadkach ultrafiltracja może być szczególnie korzystna.

Obserwacje dotyczące dużego bezpieczeństwa ultrafiltracji, jej efektywności oraz korzystnego wpływu na częstość rehospitalizacji z powodu niewydolności serca wydają się być potwierdzone przez dane z większego randomizowanego badania UNLOAD (Ultrafiltation wersus iv Diuretics for Patients Hospitalized for Acute Decompensated Congestive Heart Failure). Badanie objęło 200 pacjentów, których przydzielono losowo do grupy otrzymującej diuretyk lub poddawanych ultrafiltracji. Zastosowanie ultrafiltracji wiązało się z większą utratą masy ciała (5 kg w porównaniu z 3 kg u osób leczonych klasycznie) przy podobnym profilu bezpieczeństwa obydwu terapii. Chorzy poddani ultrafiltracji byli również rzadziej rehospitalizowani w obserwacji trzymiesięcznej (18 proc. vs. 32 proc., $p < 0{,}01$) [19].

Podsumowując, ultrafiltracja jest bezpieczną metodą pozwalającą osiągnąć szybszą redukcję masy ciała w porównaniu do tradycyjnego leczenia diuretykami. Wydaje się, że szczególne korzyści może ona przynieść u pacjentów z opornością na diuretyki. Chorzy leczeni tą metodą prawdopodobnie rzadziej wymagają ponownej hospitalizacji lub nieplanowanych konsultacji ambulatoryjnych. Pomimo wysokiego kosztu ultrafiltracja może więc okazać się metodą korzystną nie tylko klinicznie, ale także ekonomicznie. Zastosowanie jej w leczeniu HF oczekuje wciąż na ocenę w dużych randomizowanych badaniach klinicznych.

Czy monitorowanie na odległość poprawia stosowanie się chorych do zaleceń leczniczych?

Obserwuje się dynamiczny postęp elektroterapii w niewydolności serca. Z roku na rok lawinowo rośnie liczba implantowanych kardiostymulatorów,

kardiowerterów-defibrylatorów i układów resynchronizujących. Stąd obok konwencjonalnego systemu kontroli pacjentów w poradniach kontroli tych urządzeń coraz bardziej ważna staje się możliwość zdalnego monitorowania chorych w miejscu ich zamieszkania przy użyciu specjalnych systemów do telemonitoringu.

Jak wynika z doświadczenia, znacząca większość kontroli ambulatoryjnych nie wymaga żadnych zmian w zaprogramowanych ustawieniach urządzeń, stąd wydaje się, że liczba tradycyjnych kontroli mogłaby być istotnie zredukowana w przypadku szerszego zastosowania systemów do zdalnego monitorowania urządzeń (*home monitoring*). Dodatkowo, w przyszłości systemy do telemonitoringu mają pozwolić również na zdalne przeprogramowanie urządzeń w zależności od zaistniałej potrzeby. Oprócz typowych danych dotyczących samego urządzenia możliwa jest rejestracja parametrów związanych z niewydolnością serca i szybkie rozpoznanie zagrażającej dekompensacji HF. Możliwość bieżącego monitorowania przeróżnych parametrów może więc bardzo ułatwić i usprawnić prowadzenie pacjenta z HF, a zwłaszcza umożliwić szybsze interweniowanie w przypadku pogarszania się stanu klinicznego pacjenta, jeszcze przed wystąpieniem pełnych objawów dekompensacji krążenia.

Przydatność monitoringu kardiologicznego w redukcji liczby konwencjonalnych wizyt w poradniach rozrusznikowych przy zachowaniu porównywalnego w stosunku do tradycyjnych kontroli bezpieczeństwa chorych potwierdzono w badaniu TRUST (Lumos-T Safely Reduces Routine Office Device Follow Up). Wykazano w nim 43-procentową względną redukcję całkowitej liczby tradycyjnych wizyt kontrolnych podczas 12-miesięcznej obserwacji. Ponadto potwierdzono szybszą detekcję epizodu arytmicznego do jego analizy przez upoważniony personel medyczny.

Prowadzone są ponadto prospektywne, randomizowane badania: IN-TIME (mające na celu wykazanie przydatności telemonitoringu we wczesnym wykrywaniu zagrażającej dekompensacji układu krążenia u osób z HF i LVEF $< 35\%$) oraz badanie EuroEco, mające wykazać istotną redukcję kosztów w przypadku zastosowania monitoringu domowego w porównaniu z konwencjonalnymi metodami kontroli implantowanych urządzeń [20].

Jak do tej pory na polskim rynku wciąż mało jest urządzeń posiadających opcję telemetrii. Prawdziwą przeszkodą w upowszechnianiu tej metody jest bariera ekonomiczna, w tym brak monitoringu kardiologicznego wśród procedur medycznych NFZ. W przypadku pozytywnych wyników prowadzonych obecnie badań być może w niedalekiej przyszłości zastosowanie zdalnego monitorowania chorych z wszczepialnymi urządzeniami będzie opłacalną usługą medyczną. Telemonitoring staje się powoli niezbędnym elementem interdyscyplinarnej opieki nad chorymi z HF, gdyż umożliwia

coraz efektywniejszą współpracę z pacjentami, bez której poprawa rokowania w HF jest poza zasięgiem nawet najlepszych zespołów klinicznych [21].

W ostatnich latach obserwuje się pewną, choć niedostateczną poprawę rokowania w HF. Dlatego obok odpowiedniej diagnostyki i całościowej opieki nad pacjentami z HF konieczna jest intensyfikacja szeroko pojętych działań prewencyjnych. Ważnym osiągnięciem w Polsce jest stale rozwijająca się od 2005 r. działalność Polskiego Forum Profilaktyki.

Działania tego zespołu ukierunkowane są na wymianę informacji oraz ujednolicenie wytycznych profilaktyki w Polsce, dostosowanie zasad profilaktyki europejskiej do warunków i specyfiki naszego kraju, opracowanie wspólnego systemu promocji i informacji o epidemiologii i zasadach prewencji chorób układu krążenia, a także koordynacja działań w zakresie prewencji i edukacji w skali kraju [22].

Świadomość problemu jaki stanowi HF wciąż jest niedostateczna, zarówno wśród lekarzy, osób odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną, jak i samych pacjentów z czynnikami ryzyka i/lub chorobami sercowo-naczyniowymi. Konieczna jest więc edukacja na wielu poziomach oraz stworzenie programów kompleksowego leczenia i zapobiegania HF wraz z aktami prawnymi umożliwiającymi finansowanie takich projektów.

Streszczenie

Niewydolność serca (HP) należy do chorób o wybitnie złym rokowaniu toteż optymalne postępowanie w tej jednostce chorobowej jest jednym z najtrudniejszych problemów w codziennej praktyce klinicznej. Przestrzeganie opublikowanych wytycznych dotyczących rozpoznawania i leczenia HP przekłada się na wymierne korzyści kliniczne jednak nierzadko lekarz zmuszony jest podejmować decyzje terapeutyczne niepoparte dowodami klinicznymi.

Autorzy przedstawiają wybrane badania kliniczne minionego roku, które pomogły w rozstrzygnięciu niektórych problemów w leczeniu. Ponadto zwracają uwagę na konieczność edukacji na wielu poziomach oraz stworzenia programów kompleksowego leczenia i zapobiegania HP wraz z aktami prawnymi umożliwiającymi finansowanie takich projektów.

Summary

Cardiac insufficiency is an illness with extremely bad prognosis, so the optimal proceeding in this disease entity is one of the most difficult problems in the daily clinical practice. Obeying the published guidelines concerning diagnosis and treatment of cardiac insufficiency translates into measurable clinical benefits, however, it often happens for a doctor to be forced to make therapeutic decisions without clinical evidence.

Selected clinical research of the past year, which helped to decide some problems with treatment, are presented in the paper. Moreover, it is suggested that education on many levels is inevitable as well as creating extensive programs of cardiac insufficiency treatment and prevention with legislative acts enabling financing of such projects.

Literatura

1. Stewart S., MacIntyre K., Hole D.J.: *More 'malignant' than cancer? 5-year survival folloving a first admission with heart failure*, Eur j Heart Fail 2001; 3:315–22.
2. Grupa robocza 2008 Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw rozpoznania i leczenia ostrej oraz przewlekłej niewydolności serca działająca we współpracy z Sekcją Niewydolności Serca ESC (HFA) i Europejskim Towarzystwem Intensywnej Opieki Medycznej (ESICM): *Wytyczne 2008 Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące rozpoznania i leczenia ostrej oraz przewlekłej niewydolności serca*, „Kardiologia Polska" 2008; 66:11 (supl. 4) 58–59.
3. Wilson Tang W.H. et al.: *The Year in Heart Failure*, J Am Coll Cardiol. 2010; 55(7):688–696.
4. Pfisterer M. et al.: *TIME-CHF Investigators: BNP-guided vs symptom — guided heart failure therapy: the Trial of Intensified vs Standard Medical Therapy in Elderly Patients With Congestive Heart Failure (TIME-CHF) randomized trial*, JAMA, 2009; 201:383–392.
5. Eurlings L., Pinto Y.: *NT-proBNP guided management of chronic heart failure based on an individual target value: the PRIMA study Paper presented at: Late Breaking Clinical Trial, American College of Cardiology Scientific Sessions. Orlando*, FL. March 29, 2009.
6. Pramote Porapakkham M.D. et al.: *B-Type Natriuretic Peptide-Guided Heart Failure Therapy — A Meta-analisys*, Arch Intern Med. 2010; 170(6):507–514.
7. Nagueh S.F. et al.: *Recommendations for the evaluation of left ventricular diastolic function by echocardiography*, Eur J Echocardiogr 2009; 10: 165–93.
8. Massie B.M. et al.: *I-PRESERVE Investigators: Irbesartan in patients with heart failure and preserved ejection fraction*, N. Engl. J. Med., 2008; 359:2456–2467.
9. Moss A.J. et al.: *Cardiac-resynchronization therapy for the prevention of heart-faiure events*, N Engl J Med 2009; 361:1329–38.
10. Linde C. et al.: *REVERSE (REsynchronization reVErses Remodeling in Systolic left vEntricular dysfunction) Study Group. Randomized trial of cardiac resynchronization in mildly symptomatic heart failure patients and in asymptomatic patients with left ventricular dysfunction and previous heart failure symptoms*, J Am Coll Cardiol. 2008 Dec 2, 52(23), 1834–1843.
11. Wazquez R. et al.: *The MISIC Risc score: a simple metod for predicting mortality in ambulatory patients with chf*, Eur. Heart J. 2009; 30: 1088–1096.
12. Rewiuk K., *Niewydolność serca i migotanie przedsionków — gdy nieszczęścia chodzą parami*, Choroby serca i naczyń 2009, t. 6, nr 2, 49–57.
13. Cotter G. et al.: *Protect Steering Committee, Investigators, and Coordinators: The PROTECT pilot study: a randomized, placebocontrolled, dose-finding study of the adenosine A1 receptor antagonist rolofylline in patients with acute heart failure and renal impairment*, J. Card. Fail., 2008; 14:631–640.
14. Konstam M.A. et al.: *Efficacy of Vasopressin Antagonism in Heart Failure Outcome Study With Tolvaptan (EVEREST) Investigators. Effects of oral tolvaptan in patients hospitalized for worsening heart failure: the EVEREST Outcome Trial*, JAMA. 2007 Mar 28, 297(12), 1319–1331.

15. Jones R.H. et al.: *The STICH Hypothesis2 Investigators. Coronary Bypass Surgery with or without Surgical Ventricular Reconstruction*, N Engl J Med. 2009 Apr 23, 360(17), 1705–1717.

16. Gheorghiade M. et al.: *Hemodynamic, echocardiographic, and neurohormonal effects of istaroxime, a novel intravenous inotropic and lusitropic agent: a randomized controlled trial in patients hospitalized with heart failure*, J. Am. Coll. Cardiol., 2008; 51:2276–2285.

17. Teerlink J.R. et al.: *Relaxin for the treatment of patients with acute heart failure (Pre-RELAX-AHF): a multicentre, randomised, placebo-controlled, parallel-group, dose-finding phase IIb study*, „Lancet", opublikowano online 29.03.2009.

18. Bart B. et al.: *Ultrafiltration Versus Usual Care for Hospitalized Patients With Heart Failure. The Relief for Acutely Fluid-Overloaded Patients With Decompensated Congestive Heart Failure (RAPID-CH) Trial*, JACC 2005; 46:2043–62.

19. Costanzo M.R. et al.: *Ultrafiltration versus intravenous diuretics for patients hospitalized for acute decompensated heart failure*, J Am Coll Cardiol 2007; 49:657–83.

20. Woźniak A.: *Telemonitoring — kontrola wszczepionych kardiowerterów i stymulatorów serca przez Internet*, „W dobrym rytmie" 2009; 9(13):13–18.

21. Rywik T., Korewicki J.: *Opieka nad chorymi z niewydolnością serca — komentarz redakcyjny*, „Kardiologia Polska" 2010; 68:3; 273–274.

22. htpp//www.pfp.edu.pl/index.php

Kazimierz Wrzesiński
(I Oddział Chorób Wewnętrznych, Szpital Wojewódzki we Włocławku)

OSTRA ZATOROWOŚĆ PŁUCNA

Słowa kluczowe: zatorowość płucna; epidemiologia; rokowanie; diagnostyka; leczenie przeciwzakrzepowe; tromboliza.

PULMONARY EMBOLISM

Key words: pulmonary embolism; epidemiology; prognosis; diagnostics; anticoagulant therapy; thrombolysis.

Zatorowość płucna (PE) stanowi częsty (choć niedoszacowany) stan nagły w kardiologii. Z powodu trudności diagnostycznych i braku swoistych objawów bywa w praktyce klinicznej przeoczony. Należy pamiętać, że ostra zatorowość płucna może pojawić się nie tylko u pacjenta oddziału kardiologii lecz także pacjenta oddziałów internistycznych, neurologicznych, położniczych i zabiegowych, stanowi zatem problem interdyscyplinarny. Materiał zatorowo-zakrzepowy dostający się do jam prawego serca i później do tętnic płucnych poprzez zamknięcie płucnego łożyska naczyniowego może prowadzić do ostrej, zagrażającej życiu lecz potencjalnie odwracalnej niewydolności prawej komory. Wczesne rozpoznanie ma podstawowe znaczenie, ponieważ wdrożone leczenie jest wysoce skuteczne; nie podjęcie leczenia stanowi natomiast duże zagrożenie dla pacjenta. Może rozwinąć się ostry kolaps hemodynamiczny prowadzący do zgonu. W przypadku pozostawania materiału zatorowo-zakrzepowego w tętnicach płucnych może rozwinąć się nadciśnienie płucne o etiologii zatorowo-zakrzepowej (CTEPH). Zastosowanie współczesnych algorytmów diagnostyczno-terapeutycznych zatoru tętnicy płucnej w sposób istotny poprawiło rozpoznawalność i leczenie tej niezwykle groźnej choroby, jednak w praktyce nadal spotykamy się często z niejasną postawą lekarzy, niestety także specjali-

stów chorób wewnętrznych i kardiologów. Postawy te opierają się jakby na dwóch mitach mających korzenie w latach przed powstaniem wytycznych europejskich i amerykańskich leczenia zatorowości płucnej: 1) niemożności postawienia w odpowiednim czasie rozpoznania zatorowości płucnej, 2) nieskuteczności leczenia zatorowości płucnej. Faktycznie pomimo dużego postępu w diagnostyce zatorowości obserwuje się w dalszym ciągu niedoszacowanie rozpoznań klinicznych w stosunku do rozpoznań sekcyjnych. Spróbujmy się zatem zmierzyć z tym trudnym tematem. Apel prof. Adama Torbickiego, jednego z głównych twórców standardu europejskiego leczenia zatorowości płucnej „żeby przejrzeć wytyczne, nawet kieszonkowe. Nie ma ich dużo, a te zasady powinny być znane i przestrzegane" pozostaje wciąż bardzo aktualnym.

Epidemiologia zatorowości płucnej

Według współczesnych poglądów zatorowość płucna (PE) oraz zakrzepica żył głębokich są dwiema postaciami tej samej choroby. Ostrą zatorowość płucną stwierdzono u 0,4 proc. hospitalizowanych w USA (dane z lat 1979–1999). W rejestrze Malmő (Szwecja, 1987 r.) u 25 proc. zmarłych stwierdzono zakrzepicę żył głębokich (DVT), a w 18,3 proc. — zator tętnicy płucnej. W rejestrze z Bretanii (Francja 2000 r.) zapadalność na żylną chorobę zatorowo-zakrzepową (VTE) wynosiła 18,3 proc. na 10 tys., natomiast zapadalność na zator tętnicy płucnej 6 proc. na 10 tys. mieszkańców rocznie. W tym przypadku nie dysponujemy danymi autopsyjnymi. Analiza powyższych danych sugeruje na istotne niedoszacowanie kliniczne zatorowości płucnej wobec dużej liczby przypadków tego schorzenia wykrywanych sekcyjnie. Należy jeszcze podkreślić następujące różnice pomiędzy ostrą zatorowością płucną a zakrzepicą żył głębokich:

— u 50 proc. chorych z proksymalną DVT występuje często bezobjawowa PE,

— u 70 proc. chorych z PE można stwierdzić DVT,

— śmiertelność w ostrej PE wyższa niż w DVT i wynosi 7–11 proc.,

— nawrót choroby w postaci PE trzykrotnie wyższy po PE niż po DVT.

Przewlekłe zakrzepowo-zatorowe nadciśnienie płucne (CTEPH) jest ciężkim schorzeniem prowadzącym do inwalidztwa oddechowego i śmierci średnio po dwóch latach od powstania objawów klinicznych. 50–60 proc. CTEPH poprzedza jawny incydent zatorowo-zakrzepowy, natomiast w 20–30 proc. przypadków CTEPH towarzyszy zator tętnicy płucnej. Inną możliwą przyczyną rozwinięcia się tej formy nadciśnienia płucnego jest zator

tętnicy płucnej subkliniczny lub zakrzepica „in situ" w tętnicy płucnej. U 90 proc. chorych po incydencie PE ciśnienie płucne normalizuje się w ciągu trzech tygodni leczonej zatorowości płucnej. Jednak jeśli w badaniu echokardiograficznym stwierdza się na początku rozpoznania PE podwyższone ciśnienie skurczowe w tętnicy płucnej (SPAP) powyżej 50 mmHg, wówczas nadciśnienie płucne utrzymuje się zwykle po roku od rozpoznania incydentu.

Czynniki predysponujące zatorowości płucnej

Czynniki predysponujące ostrej zatorowości płucnej jak i żylnej choroby zatorowo-zakrzepowej należy uznać za tożsame. Według rejestru ICOPER idiopatyczna zatorowość płucna bez uchwytnych czynników predysponujących zdarza się w 20 proc. przypadków.

Obecnie uważa się, że żylna choroba zakrzepowo-zatorowa (VTE) jest związana z czynnikami predysponującymi oraz okolicznościami. Według badań koreańskich z 2005 r. przyczynami zatorowości płucnej były: 22,9 proc. długotrwałe unieruchomienie, zakrzepica żył głębokich 22 proc., niedawno przebyta operacja 19,2 proc., nowotwór złośliwy 15,8 proc.

Czynniki predysponujące związane są z chorym zwykle na stałe, natomiast czynniki związane z okolicznościami mają charakter czasowy. Do czynników ryzyka związanych z chorym zalicza się: podeszły wiek (średni wiek chorego z PE to 62 lata, powyżej 80 r.ż. ryzyko jest ośmiokrotnie większe niż w 50 r.ż.), aktywną chorobę nowotworową, wcześniejszy incydent VTE, długotrwałe unieruchomienie > 3 dni, niewydolność serca (CHF), niewydolność oddechową, wrodzoną trombofilię, hormonoterapię zastępczą (HTZ) i antykoncepcję doustną.

Pośród czynników potencjalnie odwracalnych należy podkreślić ogólnie znane czynniki ryzyka schorzeń sercowo-naczyniowych, takie jak: otyłość, palenie tytoniu, z. metaboliczny, nadciśnienie tętnicze.

Czynniki ryzyka choroby zatorowo-zakrzepowej można także podzielić na:

1. Silne czynniki ryzyka (iloraz szans > 10): złamanie miednicy, wymiana stawu biodrowego/kolanowego, duże zabiegi operacyjne, duże urazy, uszkodzenia rdzenia kręgowego.

2. Umiarkowane czynniki ryzyka (iloraz szans 2–9): artroskopia kolana, dostęp do żył centralnych, chemioterapia, przewlekła niewydolność oddechowa, HTZ, antykoncepcja doustna, nowotwory złośliwe, udar porażenny, ciąża/połóg, przebyta VTE, trombofilia.

3. Słabe czynniki ryzyka (iloraz szans < 2): pozostanie w łóżku przez okres powyżej trzech dni, daleka podróż, wiek, otyłość, ciąża/okres przedporodowy, żylaki.

Objawy kliniczne ostrej zatorowości płucnej

Objawy kliniczne PE mogą być kryptogenne i od zawsze sprawiały wiele kłopotów w praktyce lekarzy wszystkich specjalności. Tym niemniej należy zwrócić uwagę, że w 90 proc. przypadków na właściwe rozpoznanie mogą jednak naprowadzić pewne niespecyficzne symptomy. Obecność jednak poniżej wymienionych objawów upoważnia do rozszerzenia testów diagnostycznych (patrz: rozdział diagnostyka).

Do najważniejszych i groźnych zarazem objawów klinicznych ostrej zatorowości płucnej należy zaliczyć:

— ostrą duszność (78–80 proc.),

— ból w klatce piersiowej (27–52 proc.): możliwa etiologia dławicowa jak i opłucnowa,

— omdlenie (19 proc.): o etiologii hemodynamicznej lub wazowagalnej,

— inne: kaszel (20 proc.), krwioplucie (11 proc.).

Objawom podmiotowym mogą towarzyszyć: tachypnoe (70 proc.), tachykardia (26 proc.), objawy zakrzepicy żył głębokich (15 proc.), gorączka (7 proc.), sinica (11 proc.).

Objawy kliniczne przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego CTEPH to zwykle postępująca duszność, spadek tolerancji wysiłku fizycznego, przewlekły ból dławicowy, omdlenia (tutaj najczęściej o etiologii wazowagalnej).

Warto podkreślić, że wartość ciśnienia skurczowego tętnicy płucnej w przypadku PE, w ocenie echokardiograficznej SPAP w ostrej zatorowości jest zwykle niższa niż 60 mmHg, natomiast w CTEPH przyjmuje od początku bardzo wysokie wartości powyżej zwykle 80 mmHg.

Przebieg kliniczny PE

Najnowsze wytyczne europejskie (ESC) zalecają zastąpienie dotychczasowych terminów zatoru „masywnego", „submasywnego" i „niemasywnego" szacunkowym ryzykiem wczesnego zgonu związanym z PE (patrz tabela — Stratyfikacja ryzyka śmierci związanej z zatorem płucnym). Innowacja ta ma na celu konieczność wdrożenia trombolizy (lub tromboembolektomii) u pacjentów z wysokim powyżej 15 proc. ryzykiem zgonu oraz na konieczność wdrożenia leczenia przeciwzakrzepowego u pacjentów z dużym ryzkiem powikłań zatorowo-zakrzepowych pomimo braku objawów klinicznych zatorowości płucnej.

Ostra zatorowość płucna (PE pojawia się zwykle w 3–7 dniu trwania zakrzepicy żył głębokich DVT i w 10 proc. może się zakończyć zgonem. Należy pamiętać, że 90 proc. zgonów dotyczy chorych nieleczonych!

W 5–10 proc. PE rozwija się wstrząs lub istotna hipotonia. Dysfunkcję prawej komory (RVD) obserwuje się u 50 proc. chorych bez wstrząsu — ma to bardzo istotne znaczenie dla oceny echokardiograficznej i wskazuje na wysoką wartość wspomagającej badania ECHO dla wykrycia zatorowości płucnej. Należy jednak pamiętać, że i ten obraz ECHO nie jest patognomoniczny dla ostrej zatorowości płucnej. Podobne obrazy można obserwować także w niewydolności serca, zwłaszcza w postaciach z prawidłowo zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory.

U 50 proc. leczonych nie stwierdza się pełnej rezolucji skrzepli, jednak CTEPH rozwija się u około 4 proc. z PE. Śmiertelność trzymiesięczna według badań koreańskich (2005) wynosi 11 proc.

Późne rokowanie po przebytej zatorowości płucnej pozostaje niepewne; niski odsetek chorych przeżywa pięć lat z uwagi na podeszły wiek chorych, niewydolność serca oraz ciężkie schorzenia ogólnoustrojowe i nowotwory (rejestr ICOPER).

Ryzyko zgonu wczesnego związanego z zatorowością płucną	Markery ryzyka kliniczne (wstrząs lub hipotonia < 90 mmHg)	Dysfunkcja prawej komory (Echo, CT, podczas cewnikowania serca, wzrost BNP)	Uszkodzenie mięśnia sercowego (troponina)	Implikacje lecznicze
Wysokie > 15%	+	+ we wstrząsie nie ma obowiązku potwierdzania	+ we wstrząsie nie ma obowiązku potwierdzania	tromboliza lub embolektomia
Pośrednie 3–15%	–	+ –	– +	hospitalizacja (leczenie LWMH/ UFH)
Niskie < 1%	–	–	–	oznaczyć d-dimer jeśli (+) → KT (–) wczesny wypis lub leczenie domowe

Rycina 1. Stratyfikacja ryzyka śmierci związanej z zatorem płucnym oraz implikacje terapeutyczne

Testy diagnostyczne

Obecnie kluczową rolę w rozpoznawaniu ostrej zatorowości płucnej mają wykonanie badania echokardiograficznego, które może nakierować na podejrzenie zatorowości płucnej oraz wykonanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, które to rozpoznanie potwierdza. Angiografia tętnicy płucnej co prawda pozostaje nadal tzw. „złotym standardem diagnostycznym" jednak należy uświadomić sobie, że dostępność do tego badania jest bardzo niska i wykonuje się je tylko w ośrodkach, które próbują usuwać materiał zatorowo-zakrzepowy zabiegowo. Znaczenie wspomagające może mieć wykonanie ultrasonografii kompresyjnej układu żylnego kk. dolnych (CUS), ale także umiejętne korelowane kliniczne zmian gazometrycznych oraz zmian elektrokardiograficznych z obrazem klinicznym chorego. Według badania PIOPED wynik scyntygrafii płucnej (dawniej test polecany dla rozpoznania PE) wynik negatywny wskazuje na małe prawdopodobieństwo PE, natomiast wynik dodatni na wysokie ryzyko PE. Niestety problemem tej metody jest duży odsetek wyników niejednoznacznych, dlatego scyntygrafia płucna zdaje się tracić obecnie miejsce w diagnostyce ostrej PE na rzecz dynamicznie rozwijających się metod obrazowych, takich jak

tomografii naczyń klatki piersiowej (wielorzędowej) i rezonansu jądrowego (MRI). RTG płuc może nie wykazać żadnych zmian, czasami jednak udaje się zaobserwować zmiany w zatorach obwodowych wynikające z wysięku do opłucnej (dawniej określano to jako tzw. zawał płuca).

1. Rola echokardiografii w rozpoznawaniu PE:

— wykrycie dysfunkcji prawej komory (RVD), ocena szacunkowa SPAP,

— szczególnie przydatne w różnicowaniu niestabilności hemodynamicznej: MI, rozwarstwienie aorty, niewydolność lewej komory,

— brak dysfunkcji PK wyklucza ostrą PE jako przyczynę zaburzeń hemodynamicznych,

— wykrycie skrzepliny w jamach prawego serca — rozpoznanie PE pewne,

— ECHO nie wyklucza PE niskiego ryzyka.

2. Rola tomografii komputerowej (CT) naczyń klatki piersiowej:

— stwierdzenie zakrzepu do poziomu tętnic segmentalnych → potwierdzenie PE,

— stwierdzenie izolowanej zmiany na poziomie tętnicy segmentalnej stwarza kontrowersje — nie wiadomo czy leczenie jest konieczne u osób z niskim ryzykiem prawdopodobieństwa klinicznego PE,

— negatywny wynik jednorzędowej KT powinien być skojarzony z USG uciskowym (CUS),

— negatywny wynik tomografii wielorzędowej MDCT jest wystarczający dla wykluczenia PE, ale nie jest ustalone czy dotyczy to także osób z wysokim ryzykiem prawdopodobieństwa klinicznego PE.

3. Rola rezonansu jądrowego (MRI) klatki piersiowej: wskazania podobne jak do CT, jeśli są przeciwwskazania do stosowania promieni rentgenowskich (np. ciężarne).

4. Rola USG kompresyjnego (CUS): prosta ocena czterech miejsc: pachwiny, doły podkolanowe:

— u 20 proc. chorych na podstawie CUS udaje się rozpoznać DVT,

— redukcja wyników fałszywie ujemnych w jednorzędowej KT,

— celem uniknięcia KT u osób z przeciwwskazaniem do środków kontrastowych lub napromieniowania.

5. Inne badania diagnostyczne:

— poszukiwanie wykładników proksymalnej DVT za pomocą CUS ustala rozpoznanie u około 20 proc. pacjentów z zatorowością płucną,

— Dimer D — ma znaczenie dla wykluczenia PE! Należy pamiętać, że dimer D jest białkiem, tzw. ostrej fazy, i wartość powyżej normy stwierdzana jest w wielu ciężkich stanach oddziałów internistycznych i kardiologicznych oraz w chorobach zakaźnych,

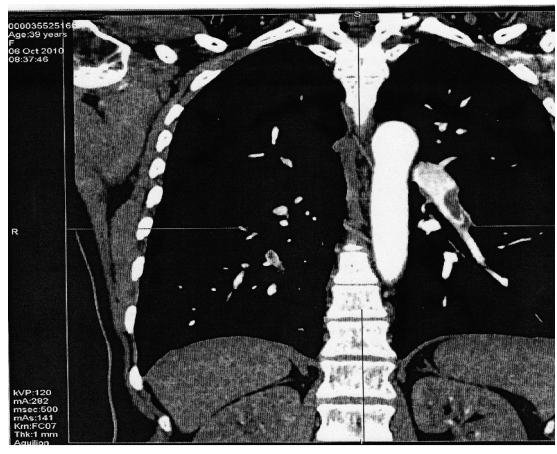
— gazometria — hipoksja $PaO_2 < 80$ mmHg krwi tętniczej, hipokapnia,

— EKG — prawogram, ujemne (–) T V1-V4, SI, QIII, zmiany ST–T w II, III, avF, świeży RBBB,

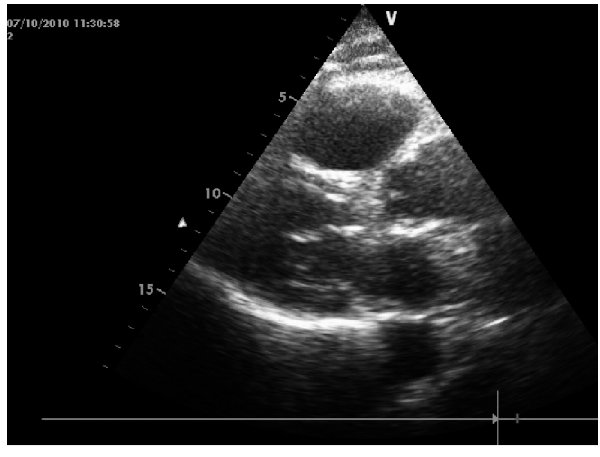
— RTG płuc — niedodma płytkowa, zatory obwodowe (dawniej zawał płuca) z odczynem opłucnowym,

— badanie przedmiotowe: Tachypnoe, tachykardia, przepełnienie żył szyjnych (może świadczyć o niewydolności prawej komory). Niezbędna jest ocena RR — hipotonia!

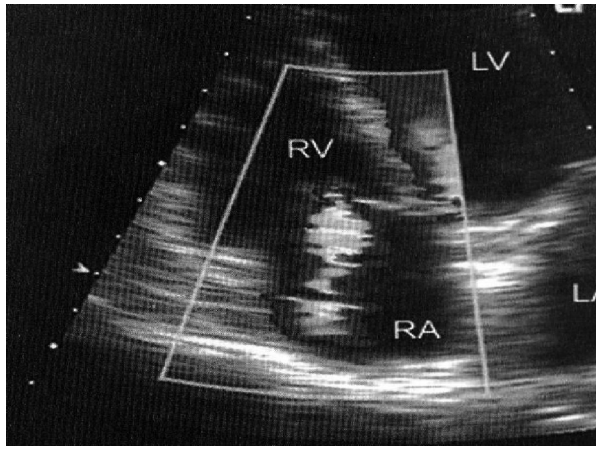
— angiografia — wykonuje się ją, gdy są niejednoznaczne wyniki testów nieinwazyjnych oraz przed planową operacją tromboembolektomii chirurgicznej lub endoskopowej.



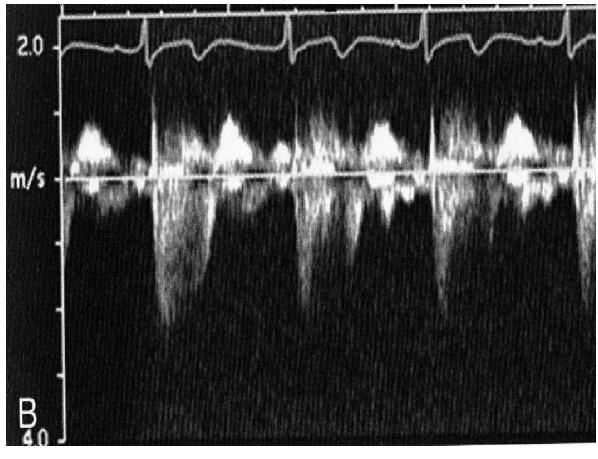
Rycina 2. Badanie CT — materiał zatorowy widoczny w lewej tętnicy płucnej



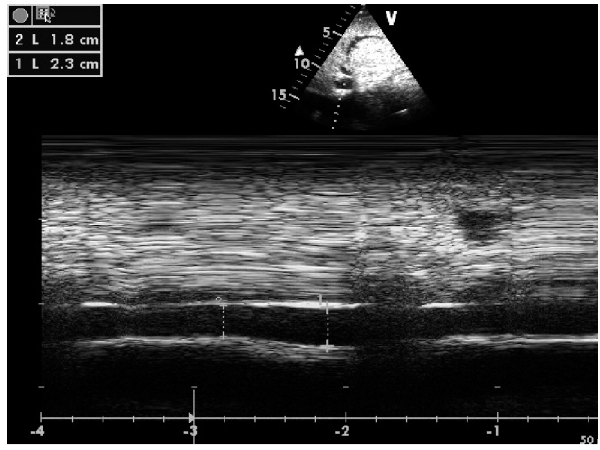
Rycina 3. Poszerzenie prawej komory w badaniu echokardiograficznym



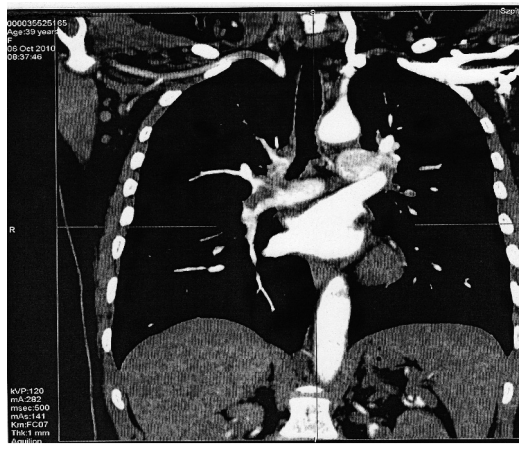
Rycina 4. Fala zwrotna w prawym przedsionku. Izolowana niedomykalność trójdzielna jest stosunkowo rzadka. U starszych pacjentów rozpatrujemy dwie przyczyny istotnej fali zwrotnej na zastawce trójdzielnej: podwyższone ciśnienie w tętnicy płucnej z powodu niewydolności komory lewej lub zmian zatorowo-zakrzepowych



Rycina 5. Ocena szacunkowa ciśnienia skurczowego w tętnicy płucnej w echokardiografii opiera się na pomiarze dopplerowskim TVPG, czyli gradientu fali zwrotnej na zastawce trójdzielnej oraz na ocenie zachowania się żyły głównej dolnej (patrz ryc. 6)



Rycina 6. Ocena wielkości żyły głównej dolnej (VCI) oraz jej podatności oddechowej pozwala oszacować ciśnienie skurczowe w tętnicy płucnej — ocena ta jest coraz częściej wykorzystywana w echokardiografii. Ciśnienie skurczowe w tętnicy płucnej (SPAP) = = TVPG + wartość szacunkowa ciśnienia w prawym przedsionku. Osoby zdrowe — około 5 mmHg, z poszerzeniem VCI: 10–15 mmHg, z poszerzeniem VCI oraz brakiem podatności oddechowej VCI: 20–25 mmHg



Rycina 7. Badanie CT — materiał zatorowy widoczny w rozwidleniu tętnic płucnych

Leczenie zatorowości płucnej

Objawami złego rokowania w ostrej zatorowości płucnej są bez wątpienia hipotonia, a zwłaszcza wstrząs kardiogenny. Według rejestru MAPPET oraz ICOPER śmiertelność 90-dniowa przy wyjściowym ciśnieniu skurczowym poniżej 90 mmHg wynosi 52,4 proc. w porównaniu z 14,7 proc. chorych normotensyjnych. Tak wysoka śmiertelność upoważnia do kwalifikacji tej grupy pacjentów do wysokiego ryzyka zgonu i w konsekwencji uzasadnia „wczesny hazard" leczenia trombolitycznego.

U chorych z ciężkimi objawami klinicznymi z hipotonią, wstrząsem lub ostrą rozstrzenią prawej komory skorelowanej z podwyższonymi wartościami BNP i/lub troponin sercowych leczeniem z wyboru pozostaje tromboliza. Z pewnością ilość badań klinicznych jest zdecydowanie niższa niż w przypadku leczenia ostrego zawału mięśnia sercowego, jednak badania z trombolizą w ostrej zatorowości płucnej wskazują na pewne analogie. Przejawia się to wyższością stosowania tkankowego aktywatora plazminogenu (i pochodnych) nad streptokinazą i urokinazą. Różnicą w stosunku do badań z zawałem serca są inne kryteria czasowe — tromboliza jest tutaj dopuszczalna nawet po 6–14 dniach leczenia, jednak największe korzyści chorzy odnoszą, gdy zastosuje się ją poniżej 48 godzin. Największe obawy przed zastosowaniem trombolizy powodują groźne dla życia powikłania krwotoczne w tym udar krwotoczny, który pojawia się według starszych doniesień u około 18 proc. pacjentów, według nowszych około 1 proc. Wartym podkreślenia jest obserwacja, że odsetek krwawień związanych z leczeniem trombolitycznym jest niższy niż przy zastosowaniu inwazyjnych metod obrazowania celu potwierdzenia PE. Celem minimalizacji ryzyka groźnych krwawień poleca się unikanie długotrwałych wlewów leków trombolitycznych (stare, historyczne metody leczenia) oraz kalkulację czynników ryzyka krwawienia do korzyści, jakie może odnieść ciężko chory pacjent. Przeciwwskazania bezwzględne do trombolizy są wymienione w rycinie 8.

Alternatywą trombolizy, w przypadku przeciwwskazań lub braku skuteczności, jest dążenie do zabiegu trombektomii operacyjnej lub metodą przezskórnej embolektomii i fragmentacji materiału zatorowego (tylko dla zmian proksymalnych). W przypadku rozwinięcia się nadciśnienia płucnego CTEPH i zmian proksymalnych można wykonać trudną operację kardiochirurgiczną trombendarterektomii tętnic płucnych (śmiertelność okołozabiegowa wynosi 4–20 proc.).

Przyczyną wstrząsu w zatorowości płucnej jest ostra niewydolność prawej komory z niskim rzutem systemowym, dlatego prócz leczenia przeciwzakrzepowego ważne jest wsparcie hemodynamiczne i oddechowe podając aminy katecholowe: dobutaminą (levonor) dopaminę oraz tlenoterapię, rzadko wentylację mechaniczną. Próbuje się stosowanie lewosimendanu oraz inhibitorów fosfodiesterazy typu 5. Ta ostatnia grupa leków (sildenafil, tadalafil) jest coraz odważniej stosowana w leczeniu farmakologicznym nadciśnienia płucnego o etiologii zatorowo-zakrzepowej (CTPEH) i chociaż brakuje dużych randomizowanych badań istnieje coraz więcej doniesień o korzyściach ze stosowania tych leków przy dobrej ich tolerancji. Kontrowersyjnym pozostaje tzw. wsparcie płynowe — może prowadzić bowiem do dalszego niekorzystnego rozciągania prawej komory. Na pewno nie powinno się przekraczać dawki 500 ml płynów (dekstranu).

Równolegle z trombolizą powinno się zapoczątkować leczenie przeciwzakrzepowe heparyną drobnocząsteczkową lub niefrakcjonowaną do ustąpienia objawów klinicznych (minimum pięć dni). Obecnie nie ma żadnych przesłanek dotyczących gorszej jakości leczenia heparynami drobnocząsteczkowymi, co więcej heparyny drobnocząsteczkowe działając antagonistycznie na czynnik X nie wymagają antytrombiny III (AT III) jako kofaktora. Nie dziwi więc fakt, że w badaniu EXTRACT TIMI 25 udało się wykazać wyższość leczenia enoxaparyną nad heparyną niefrakcjonowaną w leczeniu świeżego zawału serca. W leczeniu zatorowości płucnej badania kliniczne potwierdzają wysoką skuteczność enoxaparyny (1 mg/kg dwa razy dziennie), tinzaparyny (175 U/kg raz dziennie) oraz fondaparinuksu 7,5 mg/d lub 5 mg (d jeśli masa ciała <50 kg). W trakcie podawania heparyny niefrakcjonowanej (UFH) spotykamy się z koniecznością oznaczeń APTT, większym ryzykiem rozwinięcia się trombocytopenii indukowanej heparyną (HIT). Nie bez znaczenia jest także większe unieruchomienie pacjenta podczas terapii UFH. Dlatego zupełnie nieuzasadnionym jest spotykane w praktyce przechodzenie na heparynę niefrakcjonowaną w momencie rozpoznania materiału zatorowego w CT. Podawanie UFH można natomiast rozważyć u pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem krwawień oraz z ciężkim upośledzeniem funkcji nerek.

Następnym etapem jest równoległe przez około pięć dni podawanie heparyny z doustnym antykoagulantem warfaryną lub acenokumarolem (VKA — inhibitory witaminy K, do osiągnięcia terapeutycznego wskaźnika INR 2,0–3,0) i wreszcie wypis chorego wyłącznie na leku doustnym.

Warto tutaj wspomnieć o nowych możliwościach terapeutycznych wynikających z zastosowania bezpośredniego inhibitora trombiny (dabigatranu) i doustnych inhibitorów czynnika Xa (riwaroksaban, apiksaban). Podawanie nowych leków jest co najmniej równie skuteczne i bezpieczne jak w przypadku zastosowania VKA, lecz terapia nimi nie wymaga kontroli

wskaźnika INR, co daje szansę na ich zastosowanie u ludzi nie przestrzegających zaleceń cyklicznego oznaczania wskaźnika INR. Ograniczeniem jest bardzo wysoka cena wyżej wymienionych preparatów.

Doustny lek przeciwzakrzepowy należy podawać minimum 3–6 miesięcy w przypadku czynników ryzyka zakrzepicy odwracalnych i przez całe życie chorego w przypadku czynników ryzyka zakrzepicy nieodwracalnych. Unikać terapii krótkiej 4–6 tygodni, która wiąże się z dużym ryzykiem nawrotu PE. Korzyści długotrwałego leczenia doustnymi lekami przeciwzakrzepowymi są mocno udokumentowane (ryzyko DVT spada o 90 proc.), ostateczny efekt mogą obniżyć jednak pojawiające się w trakcie terapii krwawienia.

Chorzy z antykoagulantem toczniowym, niedoborem białek C i S, obecnym czynnikiem V Leiden, mutacją PTG 20210A — po pierwszym incydencie VTE leczenie przeciwzakrzepowe powinno być prowadzone przewlekle.

W nowotworach złośliwych ryzyko VTE jest czterokrotnie wyższe niż w populacji bez choroby nowotworowej i wzrasta 6–7-krotnie w trakcie chemioterapii.

Korzyści leczenia przeciwzakrzepowego widoczne są raczej u chorych z lepszym stanem ogólnym niż u chorych terminalnych. Podawanie LMWH należy rozważyć przez pierwsze 3–6 miesięcy, ewentualnie później kontynuować VKA lub LMWH.

U chorych ciężarnych niezbędne jest postawienie ścisłego rozpoznania zatorowości. Wszystkie badania diagnostyczne z CT włącznie (alternatywą może być MRI) mogą być stosowane bez istotnego ryzyka dla płodu. VKA nie powinno się podawać w pierwszym i trzecim trymestrze ciąży. Na początku rozpoznania PE oraz w I i III trymestrze ciąży pacjentki powinny otrzymywać heparynę drobnocząsteczkową (LMWH), które jest obecnie uważane za bezpieczne, żadna z heparyn nie przechodzi przez łożysko ani do mleka matki. Leczenie antykoagulacyjne należy kontynuować minimum trzy miesiące po porodzie.

Leczenie trombolityczne Actylise rtPA Plasminogen Activator Multicenter Study 2 100 mg (wlew 2 h lub 0,6 mg/kg 15 min): redukcja mPAP o 30 proc., wzrost CI o 15 proc.

Inne dopuszczone leki trombolityczne: Streptokinaza 1,5 mln przez 2 h, nowsze pochodne rtPA: Reteplaza, Tenekteplaza — podawane w bolusie: dopuszczalne, ale brak badań randomizowanych w zatorowości płucnej; dobre rezultaty w leczeniu zawału serca.

Największe korzyści, gdy początek leczenia jest < 48 h, ale także po 6–14 dniach, 92 proc. chorych korzystnie odpowiada na leczenie trombolityczne. „Tromboliza z wyboru chorzy wysokiego ryzyka i po uważnej analizie chorzy umiarkowanego ryzyka. Niewskazane w PE niskiego ryzyka" ESC 2008.

Przeciwwskazania bezwzględne do trombolizy:

— przebyty udar krwotoczny lub udar o nieznanej etiologii,

— przebyty udar niedokrwienny < 6 miesięcy, uraz lub nowotwór centralnego układu nerwowego,

— przebyty duży uraz tkanek lub operacja < 3 tygodni, krwawienie z przewodu pokarmowego,

— < 1 miesiąca, znane zaburzenia układu krzepnięcia.

Rycina 8. Leczenie trombolityczne w ostrej zatorowości płucnej

Streszczenie

Zatorowość płucna to stosunkowo częsty stan w kardiologii, o zapadalności 6/10 tys. mieszkańców rocznie według współczesnych rejestrów; wczesne rozpoznanie pozwala często na skuteczne leczenie powikłań hemodynamicznych zagrażającym życiu pacjenta. Zwłoka w leczeniu lub nie rozpoznanie schorzenia wiąże się natomiast z dużą śmiertelnością. Po przebyciu ostrego incydentu zatorowości płucnej może rozwinąć się nadciśnienie płucne o etiologii zatorowo-zakrzepowej prowadzące średnio po dwóch latach do zgonu. Podstawowe objawy kliniczne, na które powinno zwracać się szczególną uwagę to duszność oraz kolaps hemodynamiczny (omdlenie lub wstrząs). W diagnostyce należy uwzględniać ryzyko żylnej choroby zatorowo-zakrzepowej wynikające ze schorzeń współistniejących pacjenta. Prócz testów podstawowych, które często wykazują zmiany niespecyficzne (objawy kliniczne, gazometria, EKG, RTG płuc) należy dążyć do jak najszybszego wykonania echokardiografii, która pozwala oszacować przeciążenie prawej komory. Podstawowym testem nieinwazyjnym w wykrywaniu zatorowości płucnej jest obecnie wielorzędowa tomografia komputerowa (MDCT). Angiografię tętnic płucnych obecnie rzadko wykonuje się w specjalistycznych ośrodkach, raczej jako badanie przed planowanym zabiegiem operacyjnym lub przezskórną interwencją niż jako badanie diagnostyczne. W przypadku wstrząsu towarzyszącego zatorowości płucnej lub w przypadku stwierdzenia masywnych zatorów w tętnicach płucnych wraz z cechami przeciążenia prawej komory należy bezzwłocznie podjąć leczenie trombolityczne, które redukując ilość materiału zatorowego obniża ciśnienie w tętnicy płucnej oraz poprawia rokowanie. Brak skuteczności trombolizy może być wskazaniem do operacyjnego usunięcia materiału zatorowego z tętnic płucnych. Po zakończeniu wlewu leku trombolitycznego należy wdrożyć leczenie przeciwzakrzepowe heparyną drobnocząsteczkową lub niefrakcjonowaną, a po ustąpieniu objawów klinicznych przejść na doustny antykoagulant, który należy podawać minimum przez 3–6 miesięcy w przypadku czynnika wywołującego zakrzepicę żył głębokich odwracalnego i do końca życia w przypadku

czynnika nieodwracalnego. Korzystne wyniki badań klinicznych z dabigatranem, rivoraxabanem oraz apiksabanem pozwalają mieć nadzieję na szersze zastosowanie w przyszłości doustnego leku antykoagulującego nie wymagającego jednocześnie uporczywej dla pacjenta kontroli wskaźnika INR.

Summary

A pulmonary embolism is relatively a frequent state in the coronary unit, for incidences 6/10 000 of residents annually according to contemporary registers; the early diagnosis allows on often for effective curing hemodynamic complications the threatening patient's life. However the delay in the treatment or not recognizing disease are joining the great mortality. After experiencing the rough incident pulmonary embolism a pulmonary hypertension can develop about the thrombo-embolic etiology causing the death on average after 2 years. Basic clinical symptoms to which it is necessary to return the particular attention are the dyspnoea and a hemodynamic collapse (the faint or the cardiogenic shock). In diagnostics one should take into account the risk of deep venous thrombosis resulting from coexisting diseases of the patient. Apart from basic tests which non-specific changes often show (clinical symptoms, blood gases, electrocardiography, X-ray of the lungs) it is necessary as soon as possible to make the echocardiography which lets detect the overloading of the right ventricle. With basic noninvasive test in the detection of pulmonary embolism it is at present multi-detector computed tomography (MDCT). At specialist centres an angiography of pulmonary arteries today is rarely already performed rather as examining before the planned surgical or percutaneous intervention than the diagnostic investigation. In case of the accompanying shock or in case of stating massive embolic material in pulmonary arteries with features of the overloading of the right ventricle one should immediately take the thrombolytic treatment, which reducing the number of embolic material it is lowering the pressure in the pulmonary artery as well as is improve prognosis. Lack of the effectiveness thrombolysis can be pointing for interventional removing embolic material from pulmonary arteries. Upon completion of the infusion of thrombolytic agent one should implement the anticoagulant therapy with small-molecular or not-fractioned heparin, and after clinical improvement of symptoms begin an oral anticoagulant which is indicated for 3–6 months in case of the reversible and to the end of one's days in case of the irreparable thrombogenic factor. Good results of the clinical trials with dabigatran, rivaroxaban or apixaban let hope for the wide application in the future of oral anticoagulants not requiring a persistent for the patient examination of the INR ratio.

Literatura

1. Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego 2008 r. dotyczące diagnostyki i postępowania w ostrej zatorowości płucnej. Grupa robocza ESC do spraw diagnostyki i postępowania w ostrej zatorowości płucnej. Kardiologia Polska 2009; 1 (Supl. 1).
2. Torbicki A.: *Nowe wytyczne ESC 2008*, Kardiologia.mp.pl, wrzesień 2008, 3.
3. Kaczyńska A.: *Postępy w leczeniu przeciwzakrzepowym*, „Kardiologia w Praktyce" Vol. 4/4 (16):2010, 154–160.
4. *Gudelines for the management of atrial fibrillatio*, Eur.Heart J. 2010; 31:2369–2924.
5. Stein P.D. et al.: *Diagnostic pathway in acute pulmonary embolism: recommendation of the PIOPED II investigatory*, Radiology, vol. 242, 1, 2007, 15–21.

6. Goldhaber S.Z. et al.: *Acute pulmonary embolism: clinical outcomes in the International Cooperative Pulmonary Embolism Registry (ICOPER)*, Lancet 1999; 353:1386–1389.
7. Leea S., Jeonga H., Ina K.: *Clinical characteristics of acute pulmonary thromboembolism in Korea*, Intern.J. of Cardiology 2006; 108, isuue 1, 84–88.
8. Kasper W., Konstantinides S., Geibel A. et al.: *Management strategies and determinant of outcome in acute major pulmonary embolism: results of a multicenter registry*, J Am Coll Cardiol 1997; 30:1165–1171.
9. Versttraete M., Miller G.A., Bounameaux H. et al.: *Intravenous and intrapulmonary recombinant tissue-type plasminogen activator in the treatment of acute massive pulmonary embolism*, Circulation 1988; 77:353–360.
10. Tebbe U., Graf A., Kamke W. et al.: *Hemodynamic effects of double bolus reteplase versus alteplase infusion In Massie pulmonary emboliom*, Am Heart J 1999; 138:39–44.
11. Kline J.A., Hernandeznino J., Jones A.E. et al.: *Tenecteplase to treat pulmonary embolism in the emergency department*. J.Thromb Thrombolysis 2007; 23:101–105.
12. Dalla-Volta S., Palla A., Santolicandro A. et al.: *PAIMS 2: alteplase combined with heparin versus heparin in the treatment of acute pulmonary embolism. Plasminogen activator Italian multicenter study 2*, J Am Coll Cardiol, 1992; 20:520–526.
13. Rafid F., Al-Aqeedi M., Alqahtani A.: *Pulmonary hypertension insight from experience of the last decade*, Heart Views, vol. 10, no. 4, Dec.2009–Feb.2010.

Grzegorz Pulkowski
(Oddział Kliniczny Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych,
Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy)

CHOROBY NACZYŃ OBWODOWYCH JAKO DETERMINANTY ZDROWIA PACJENTÓW Z CHOROBAMI UKŁADU KRĄŻENIA

Słowa kluczowe: choroby naczyń; choroby tętnic obwodowych; jakość życia.

PERIPHERAL ARTERY DISEASES AS HEALTH'S DETERMINANTS IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

Key words: vascular diseases; peripheral artery disease; quality of life.

Wstęp

Na podstawie nieinwazyjnego, niebolesnego i prostego badania jakim jest wyznaczenie wskaźnika kostka-ramię rozpoznano w populacji amerykańskiej istnienie choroby tętnic obwodowych (*peripheral artery disease* — PAD) u około 6–8 mln ludzi [1, 2, 3]. Ocenia się, że w populacji polskiej zapadalność na PAD osiąga poziom 40 tysięcy. Ten rezultat stanowi jasny dowód na istotność kliniczną i naukową zagadnienia. Większość zaleceń klinicznych w stosunku do chorych z PAD pochodzi z opublikowanego w 2007 r. konsensusu dotyczącego postępowania w chorobie tętnic obwodowych TASC II [4], który został przetłumaczony na język polski i wydany w Acta Angiologia vol. 13 w suplemencie D w 2007 r.

Zdecydowaną większość pacjentów z objawami PAD stanowią chorzy z objawami dotyczącymi tętnic kończyn dolnych. Poszukując analogii, która pozwoli na klarowne przedstawienie klinicznych manifestacji u tych chorych odwołujemy się do choroby niedokrwiennej serca (ChNS). W ChNS mamy stan przewlekły zwany stabilną chorobą wieńcową, stan labilny, zaostrzony, czyli niestabilna choroba wieńcowa oraz stan ostry nazywany zawałem mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST (ang. ST — *elevation*

myocardial infarction — STEMI) lub też bez uniesienia odcinka ST (ang. *Non* ST — *elevation myocardial infarction* — NSTEMI). Natomiast w przypadku PAD wyróżniamy stan stabilny, którego wyrazem jest chromanie przestankowe (ang. *intermittent claudication* — IC), stan zaostrzenia zwany krytycznym niedokrwieniem kończyny (ang. *critical limb ischemia* — CLI), mogący zakończyć się jej martwicą oraz stan zawału kończyny, czyli martwicy spowodowanej nagłym niedostatkiem dopływu krwi tętniczej [5], zwanym ostrym niedokrwieniem kończyny (ang. *acute limb ischemia* — ALI). O ile zawał mięśnia sercowego kojarzy się nam natychmiast ze stanem zagrożenia życia, o tyle stany ostre niedokrwienia kończyn nie zawsze. Należy więc pamiętać, że CLI i ALI są stanami zagrażającymi nie tylko amputacją kończyny, ale też zgonem chorego. Śmiertelność w okresie 30 dni od wystąpienia ALI wynosi około 6 procent [6], w okresie obserwacji rocznej śmiertelność sięga 23 proc. chorych [7].

Czynnikiem ważnym klinicznie, który będzie warunkował możliwości terapeutyczne jest występowanie wielomiejscowe zmian naczyniowych. Chorzy, u których współistniejąca choroba tętnic wieńcowych, tętnic mózgowych i tętnic obwodowych osiągnęła kliniczną istotność jest grupą najwyższego ryzyka. Ocenia się, że stanowią oni około 1,6 proc. pacjentów leczonych naczyniowo [4]. Chorzy z rozwiniętą chorobą wieńcową i chorobą tętnic obwodowych to około 4,7 proc. pacjentów angiologicznych [4]. U tych chorych zabiegi chirurgii naczyniowej będą obarczone wysokim ryzykiem okołooperacyjnym. Nieco mniejszą grupę stanowią chorzy z PAD i z chorobą tętnic mózgowych, ponieważ ocenia się, że jest ich około 1,2 proc. [4].

Chromanie przestankowe — przewlekły stan PAD

Do typowych czynników rozwoju miażdżycy tętnic, których działanie jest dobrze poznane, zaliczamy na przykład nikotynizm, hiperlipidemię, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki węglowodanowej, wiek, płeć męską i obciążenie genetyczne. W grupie czynników ryzyka choroby naczyń obwodowych wymienia się także hiperhomocysteinemię, niewydolność nerek, podwyższone stężenie białka C-reaktywnego oraz rasę białą [4]. Powstanie i rozwój miażdżycy mają miejsce od wczesnego dzieciństwa. Nic dziwnego więc, że objawy pochodzące z zaburzonego działania tętnic nasilają się z wiekiem. Podobnie prezentuje się kliniczna manifestacja PAD pod postacią chromania przestankowego. O ile w grupie wiekowej 30–34 chromanie przestankowe jest obecne u 0,5 proc. populacji, w grupie 45–49

około 1 proc., to po 50 roku życia obserwuje się znaczące zwiększenie występowania sięgające u chorych w wieku 70–74 średnio 7 proc. populacji [4].

Ciekawym zjawiskiem jest to, że około 70 proc. chorych z PAD nie zgłasza dolegliwości. Czyli należy założyć, że tylko jeden na trzech, czy jeden na czterech pacjentów z PAD ma objawy w postaci IC oraz że PAD w grupie wiekowej 70–74 występuje nie u 7 proc. lecz u 28 proc. osób [4].

Niepokojące są doniesienia, które oceniają, że od 10 do 50 proc. osób z IC nigdy nie konsultowały swoich objawów z lekarzem i że tylko około 10 proc. osób z PAD jest poddawanych konsultacji specjalistycznej angiologa, bądź chirurga naczyniowego [4].

Epidemiologia i symptomatologia krytycznego i ostrego niedokrwienia kończyn

Krytyczne niedokrwienie według szacunków WHO dotyczy od 500 do 1000 osób na milion mieszkańców w ciągu roku, dotykając co setną osobę z chromaniem przestankowym [4]. Przeliczając tę wartość na warunki lokalne województwa kujawsko-pomorskiego ten ostry stan angiologiczny dotyka rocznie od 1000 do 2000 osób.

Występowanie CLI podejrzewamy u chorego z typowym przewlekłym bólem niedokrwiennym, który występuje w czasie spoczynku lub u pacjenta z owrzodzeniem bądź ze zgorzelą na tle niedokrwiennym. CLI można rozpoznać gdy dolegliwości utrzymują się powyżej dwóch tygodni [4]. Owrzodzenie o etiologii niedokrwiennej, w odróżnieniu od owrzodzeń wywołanych przewlekłą niewydolnością żylną, występują najczęściej na stopie poniżej kostek. Owrzodzenia żylne umiejscawiają się raczej na podudziach. Pacjent z CLI będzie odczuwał zmniejszenie dolegliwości bólowych po opuszczeniu kończyny w dół.

Krytyczne niedokrwienie kończyn

Rokowanie u osób z CLI jest złe. Szacuje się, iż w ciągu roku 5 proc. chorych umrze, kolejne 25 proc. zostanie poddanych zabiegowi dużej amputacji. Pozostali pacjenci, mimo, że pozostaną przy życiu bez amputacji, będą musieli żyć na co dzień z bólem. Z bólem utrzymującym się w spoczynku, którego nasilenie znacznie wzrasta przy jakimkolwiek wysiłku fizycznym, szczególnie przy próbach chodzenia. Taka sytuacja stanowi o znacznym

zmniejszeniu aktywności fizycznej, samowystarczalności pacjenta i jakości jego życia.

Pacjentowi z CLI możemy zaproponować w istocie trzy metody leczenia. Propozycja metody preferowanej w danym przypadku klinicznym należy do lekarza, który bierze pod uwagę całą złożoność sytuacji zdrowotno-społecznej chorego. Niemniej ostateczna decyzja należy do pacjenta. Istnieje możliwość leczenia farmakologicznego, wykonania amputacji, bądź przeprowadzenia próby rewaskularyzacji celem przywrócenia ukrwienia tętniczego. Aktualnie analiza danych medycznych wykazała, że w 25 proc. wdrażana jest izolowana farmakoterapia, w 25 proc. pacjenci z CLI poddawani są amputacji, a w 50 proc. próbie rewaskularyzacji [4]. Taki rozkład metod leczenia skutkuje (po rocznej obserwacji) ustąpieniem CLI w 25 proc., dalszym utrzymywaniem się CLI w 20 proc., amputacją poniżej kolana w 30 proc. oraz zgonem w 25 proc. przypadków [4]. U pacjentów poddanych amputacji poniżej kolana obserwuje się w okresie początkowym gojenie I-rzędowe u 60 proc. chorych, gojenie II-rzędowe u 15 proc. chorych, potrzebę przeprowadzenia amputacji powyżej kolana u 15 proc. chorych. Z uwagi na sygnalizowany już problem dużego prawdopodobieństwa występowania innych klinicznie istotnych schorzeń, w okresie okołooperacyjnym około 10 proc. pacjentów umiera [4]. Po upływie dwóch lat od pierwszej amputacji poniżej kolana tylko 40 proc. pacjentów uzyskuje sprawność ruchową i powrót do samodzielności w czynnościach życia codziennego. Niestety większość chorych doświadcza dalszych, przykrych następstw choroby. Mniej więcej 15 proc. pacjentów jest poddawanych amputacji powyżej kolana i amputacji na drugiej kończynie. Należy pamiętać o tym, że CLI odpowiedzialne jest za około 70–90 proc. wszystkich amputacji kończyn. Okazuje się, że w ciągu dwóch lat od rozpoznania CLI umiera około 65 proc. pacjentów. Ten fakt świadczy o ogromnym ryzyku zgonu u tych chorych. Śmiertelność wśród ludzi z CLI przewyższa czasem śmiertelność w przebiegu przewlekłej niewydolności krążenia, czy też w niektórych typach nowotworów złośliwych [4]. Pacjenci z CLI mają o 40 proc. większe ryzyko zgonu niż chorzy z chromaniem przestankowym [4].

CLI jest także rozpatrywane w kategorii czynników ryzyka innych stanów klinicznych. Okazuje się, że wystąpienie CLI zwiększa ryzyko udaru mózgu i zawału mięśnia sercowego czterokrotnie, a współistnienie CLI i cukrzycy zwiększa ryzyko amputacji nawet dziesięciokrotnie [4].

Ostre niedokrwienie kończyny

ALI jest stanem klinicznym, który często przebiega bez wcześniejszych zwiastunów. Pacjenci mogą do wystąpienia ALI nie mieć żadnych objawów z zakresu kończyn. Symptomatologia ALI wyrażona jest w języku polskim skrótem 3B + 2P. Co należy interpretować jako ból, bladość, brak tętna na kończynie, parestezje i porażenie. Porażenie kończyny ma znaczenie skrajnie negatywne rokowniczo.

Za większość przypadków ALI odpowiada zatorowość i pierwotna zakrzepica tętnicza. Obserwuje się coraz liczniejsze przypadki ostrego niedokrwienia kończyny w przebiegu zakrzepicy jako powikłania wcześniejszych zabiegów rekonstrukcji bądź przeszczepów naczyniowych. Jest to spowodowane coraz to liczniejszymi zabiegami na naczyniach tętniczych (chirurgicznych i endowaskularnych). Znacznie rzadszymi przyczynami ALI są urazy i powikłania tętniaka obwodowego w postaci zakrzepicy bądź zatoru [4]. Aktualna tendencja mówi o zmniejszaniu się udziału zatorów spowodowanych migotaniem przedsionków bądź zawałem mięśnia sercowego w etiopatologii ALI, a o zwiększaniu roli zakrzepic.

Obserwowany w ostatnich latach dynamiczny rozwój telemedycyny i rosnąca dostępność do wysoce specjalistycznego leczenia kardiologicznego w ostrych zespołach wieńcowych spowodowała znaczny spadek wczesnej śmiertelności wśród pacjentów kardiologicznych. Niestety logistyka opieki nad pacjentami z ALI jest niezadowalająca. Trzeba sobie zdawać sprawę, że śmiertelność w ALI dotyczy aż 6 do 12 proc. chorych [4]. Stąd niezwykle ważne jest jak najszybsze wdrożenie zabiegowych metod leczenia u tych chorych. Czas, podczas którego chory powinien mieć przeprowadzony zabieg rewaskularyzacji określamy w przypadku ALI „sześcioma złotymi godzinami". Wyraźnie widać, że wzrost ilości przeprowadzanych amputacji związany jest z czasem, który upłynie od początku objawów. Jeżeli rewaskularyzacja ma miejsce do 12 godzin od początku objawów to częstość amputacji nie przekracza 6 proc. Jeżeli czas ten wynosi do 24 godzin liczba amputacji się podwaja. Powyżej 24 godzin trwania objawów wykonuje się amputacje u około 1/5 chorych [4].

Rokowanie u chorych z ALI jest obciążone. W okresie pięciu lat od zdarzenia o etiologii zatorowej umiera około 80 proc. pacjentów. Wśród chorych z etiologią zakrzepową śmiertelność 5-letnia wynosi 55 proc. [4]. Należy pamiętać, że jedynie szybko wykonana przez doświadczony zespół rewaskularyzacja daje szanse na uratowanie kończyny i decyduje o zmniejszeniu ryzyka zgonu wikłającego ALI. Przyczyną zgonu wśród pacjentów z ostrym jak i krytycznym niedokrwieniem kończyn jest szereg procesów

patologicznych na poziomie komórkowym, tkankowym, narządowym i systemowym wynikających z niedokrwienia i powodujących olbrzymie spustoszenie, które można nazwać katastrofą metaboliczną. Z uszkodzonych komórek wydostają się liczne toksyny, które powodują dysfunkcję kluczowych narządów organizmu: serca, płuc, wątroby, nerek i mózgu. Postępujące zatrucie i niedokrwienie powoduje spadek napięcia w mięśniówce naczyń oporowych co prowadzi do spadku ciśnienia tętniczego krwi i progresji hipoperfuzji tkanek, czyli do zespołu objawów zwanego wstrząsem. Pojawienie się w krwiobiegu czynnika tkankowego (tromboplastyny) prowadzi z kolei do nadkrzepliwości, która prowadzi do mikrozatorów, oraz zespół wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC). Dodatkowym czynnikiem wikłającym stany niedokrwienne są współtowarzyszące zakażenia bakteryjne rozwijające się w tkankach martwiczych. Powoduje to pojawienie się stanów septycznych, które są dużym obciążeniem dla układu krążenia, układu oddechowego oraz ośrodkowego układu nerwowego. Narastająca w tych warunkach kwasica metaboliczna i powodowana przez uwalnianą do krwiobiegu mioglobinę ostra niewydolność nerek stanowią częstokroć o załamaniu zdolności kompensacyjnych organizmu. W tak skomplikowanej sytuacji metabolicznej, w okresie niewydolności wielonarządowej przy odwlekaniu się leczenia przyczynowego zgon pacjenta nie jest sprawą rzadką. Stąd dziwi fakt, że przy 100 działających w Polsce całodobowych kardiologicznych pracowniach hemodynamicznych, nie ma żadnej pracowni angiograficznej dedykowanej pacjentom z ostrymi stanami w przebiegu PAD.

Ból u pacjentów z PAD

Ból jest podstawowym objawem PAD. Jest też objawem, który najbardziej obniża jakość ich życia. Trzeba zwrócić jednak uwagę też na fakt, że to ból jest czynnikiem, który skłania pacjentów do szukania pomocy u lekarza. Dwa parametry bólu mają decydujący wpływ na jego tolerancję lub jej brak: natężenie i czas trwania. W chromaniu przestankowym pacjent potrafi kontrolować natężenie bólu poprzez dozowanie wysiłku fizycznego. Stąd dla tych chorych uporczywość bólu, jego chroniczność, będzie największym problemem.

U chorych z krytycznym niedokrwieniem kończyny ból występuje także w spoczynku. Ci chorzy z uwagi na znaczne ograniczenie aktywności życiowej będą zmuszeni do szukania pomocy lekarskiej. Ból w CLI trwa dni, tygodnie nawet lata.

W przypadku ALI natężenie bólu jest ogromne, a czas narastania dolegliwości zależy od etiologii. Jeżeli jest to zator tętniczy to należy przyjąć, że ból pojawi się już po minutach od początku zaburzeń krążenia i jego natężenie będzie drastycznie wzrastać w ciągu godzin. Zakrzepica tętnicza powoduje narastanie objawów bólowych w ciągu godzin i dni, a jego intensywność może w końcu być porównywalna do bólu pochodzenia zatorowego.

Jakość życia wśród chorych z PAD

Jakość życia, a przede wszystkim utrzymanie jej wymiaru sprzed wystąpienia choroby, jest parametrem, który w nowoczesnej medycynie stał się celem samym w sobie, niekiedy ważniejszym niż długość życia. Oczywistym wydaje się spostrzeżenie, że im choroba bardziej dokuczliwa, bolesna i ograniczająca dotychczasową aktywność życiową, tym bardziej będzie obniżać jakość życia. Mierzymy ją, według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization — WHO), w czterech wymiarach: zdrowia ogólnego, zdrowia psychicznego, czynników społecznych i czynników środowiskowych [8]. Istnieje szereg kwestionariuszy służących do oceny jakości życia. Są to narzędzia diagnostyczne oceniające jakość życia u chorych bez ujęcia specyfiki choroby, bądź też są to narzędzia (lub wersje) dedykowane konkretnym schorzeniom.

Wśród chorych przewlekle często wykorzystuje się kwestionariusz SF 36. Ocenia on jakość życia pacjenta według podskal [9]:

— stanu aktywności fizycznej,

— występujących ograniczeń w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego,

— dolegliwości bólowych,

— ogólnego poczucia zdrowia,

— witalności,

— funkcjonowania społecznego,

— ograniczenia w pełnieniu ról wynikającego z problemów emocjonalnych,

— poczucia zdrowia psychicznego.

Wyniki tych czynników można połączyć w dwa wskaźniki: zdrowia ogólnego i zdrowia psychicznego.

Wyniki pacjentów z CLI w skali SF 36 w wymiarach zdrowia ogólnego i zdrowia psychicznego są porównywalne do wyników chorych z cukrzycą i z przewlekłą niewydolnością serca [10, 11, 12], a gorsze od wyników w obu skalach osiąganych przez badane kobiety z rakiem piersi i przez chorych z depresją [13, 14].

Ocena jakości życia u chorych z chromaniem przestankowym jest zbliżona do wyników pacjentek z rakiem piersi a gorsza od chorych z depresją [10, 13, 14].

Tak niska jakość życia chorych z przewlekłymi formami PAD powinna być samowystarczalnym wskazaniem do intensywnego ich leczenia. Stąd należy podkreślić rolę pracowników służby zdrowia we wczesnej wykrywalności i sprawnej diagnostyce chorób naczyń obwodowych.

Podsumowanie

Choroby naczyń obwodowych są rosnącej wagi zagadnieniem zdrowia publicznego, angażującym coraz więcej środków. Chorzy z PAD to ludzie wymagający często opieki osób trzecich, żyjący z zasiłków socjalnych, nie mogący pełnić swoich ról rodzinnych, społecznych i zawodowych. Dlatego skuteczna profilaktyka i wczesne leczenie stanowi wyzwanie i zadanie dla medycyny najbliższych lat. Sprawne działanie na rzecz osób z PAD zależy głównie od współdziałania środowiska lekarskiego. Elementem kluczowym dla zarządzania przebiegiem leczenia osób z PAD jest podstawowa opieka zdrowotna, a w szczególności lekarz rodzinny. To na nim spoczywa przede wszystkim zadanie propagowania zdrowego trybu życia, zachowań prozdrowotnych w ramach profilaktyki. W sytuacji wystąpienia objawów PAD bądź jej podejrzenia to lekarz pierwszego kontaktu kieruje chorego na diagnostykę specjalistyczną. Procesem diagnostycznym i leczniczym zawiaduje specjalista angiolog bądź chirurg naczyniowy, który przy udziale radiologa, kardiologa, diabetologa, reumatologa, neurologa, psychiatry i psychologa przeprowadza chorego przez etap intensywnego leczenia farmakologicznego i ewentualnie rewaskularyzacyjnego. Ostatecznie pacjent wraca jednak pod opiekę lekarza POZ, który kontynuuje leczenie i monitoruje jego skuteczność.

Od wytężonych działań wszystkich osób zaangażowanych w postępowanie z pacjentami z chorobami tętnic obwodowych zależy sukces w postaci ograniczenia liczby zgonów, amputacji i poprawy jakości życia w tej grupie.

Streszczenie

Choroby naczyń obwodowych (PAD) są rosnącym problemem zdrowia publicznego. Pomimo że wstępna diagnostyka wśród chorych z PAD umożliwiająca postawienie rozpoznania nie wymaga specjalistycznego sprzętu i szczególnego przeszkolenia, zdecydowana większość chorych pozostaje bez diagnozy. Rozwijane przez angiologów zabiegowych i chirurgów naczyniowych mało obciążające metody leczenia są coraz bardziej dostępne i bezpieczne. Niemniej bez dobrze zorganizowanej współpracy między poszczególnymi jednostkami służby zdrowia sytuacja zdrowotna chorych z PAD nie ulegnie poprawie.

Summary

Peripheral artery diseases (PAD) are growing public health's problem. Preliminary diagnostics patients with PAD do not require specialist equipment and training, however most of these patients remain not diagnosed. Modern methods of intravascular treatment of PAD are less invasive and year by year more available. Although without well-organized cooperation with different health institutions situation of patients with PAD will not improve.

Literatura

1. Allison M.A. et al.: *Ethnic-specific prevalence of peripheral arterial disease in the United States*, Am J Prev Med 2007; 32: 328–333.
2. Selvin E., Erlinger T.P.: *Prevalence of and risk factors for peripheral arterial disease in the United States: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999–2000*, Circulation 2004; 110: 738–743.
3. Collins T.C. et al.: *The prevalence of peripheral arterial disease in a racially diverse population*, Arch Intern Med 2003; 163: 1469–1474.
4. Norgren L. et al., *Fowkes FG on behalf of the TASC II Working Group: Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II)*, J Vasc Surg 2007; 45 Suppl S: S5–67.
5. Kruś S. (red.): *Anatomia patologiczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2001.
6. Kashyap V.S. et al.: *Endovascular therapy for acute limb ischemia*, J Vasc Surg. 2011 Feb; 53(2): 340–6.
7. Cambou J.P. et al.: *Characteristics and outcome of patients hospitalised for lower extremity peripheral artery disease in France: the COPART Registry*, Eur J Vasc Endovasc Surg. 2010 May; 39(5): 577–85.
8. Najafi M., Sheikhvatan M., Montazeri A.: *Quality of life-associated factors among patients undergoing coronary art-ery bypass surgery as measured using the WHOQOL--BREF*, Cardiovasc J Afr 2009; 20: 284–9.
9. Tylka J., Piotrowicz R.: *Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 — wersja polska*, „Kardiologia Polska" 2009; 67: 10.
10. Hernández-Osma E. et al.: *Impact of treatment on the quality of life in patients with critical limb ischaemia*, Eur J Vasc Endovasc Surg, 2002 Jun; 23(6): 491–4.
11. Norekvål T.M. et al.: *Quality of life in female myocardial infarction survivors: a comparative study with a randomly selected general female population cohort*, „Health Qual Life Outcomes" 2007 Oct 30; 5: 58.

12. Hervás A. et al.: [Health related quality of life in patients with diabetes mellitus type 2], An Sist Sanit Navar, 2007 Jan–Apr; 30(1): 45–52.

13. Rabin E.G. et al.: *Quality of life predictors in breast cancer women*, Eur J Oncol Nurs, 2008 Feb; 12(1): 53–7.

14. Supino P.G. et al.: *Acceptability and psychometric properties of the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire among patients undergoing heart valve surgery: validation and comparison with SF-36*, J Card Fail, 2009 Apr; 15(3): 267–77.

Grzegorz Bojarski
(Pracownia Kardiologii Inwazyjnej, Szpital Wojewódzki we Włocławku)

LECZENIE INWAZYJNE PACJENTÓW Z OSTRYM ZAWAŁEM SERCA Z UTRZYMUJĄCYM SIĘ UNIESIENIEM ODCINKA ST

Słowa kluczowe: zawał serca STEMI; reperfuzja; angioplastyka wieńcowa.

INVASIVE TREATMENT IN ST ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS

Key words: ST-elevation myocardial infarction; reperfusion; coronary angioplasty.

Patogeneza STEMI

Za większość przypadków STEMI odpowiada zamknięcie dużej tętnicy wieńcowej na skutek wytworzenia skrzepliny na rozerwanej blaszce miażdżycowej. Nie bez znaczenia pozostaje skurcz naczynia i mikrozatorowość. Rzadziej źródłem skrzepliny jest owrzodzenie śródbłonka.

75 proc. skrzeplin powodujących zawał serca pochodzi z blaszek miażdżycowych dających niewielkie lub umiarkowane zwężenie światła naczynia wieńcowego lecz z cienką powłoką i dużym zbiornikiem tłuszczów (blaszki niestabilne).

Martwica mięśnia sercowego na skutek całkowitego zamknięcia tętnicy wieńcowej pojawia się po 15–30 minutach ciężkiego niedokrwienia i postępuje od obszarów podwsierdziowych do podnasierdziowych — jest to zjawisko rozchodzącej się fali.

Szybka reperfuzja może ocalić mięsień sercowy
w strefie zagrożenia przed powstaniem martwicy
lub znacząco ograniczyć jej rozmiary

W postępowaniu z pacjentem z zawałem mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST należy posługiwać się „Wytycznymi dotyczącymi postępowania w ostrym zawale serca z utrzymującym się uniesieniem odcinka ST", które zostały opublikowane w 2009 r. przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne i do dziś pozostają aktualne.

Klasy zaleceń i poziomy wiarygodności

Klasa I — Istnieją dowody naukowe i/lub powszechne przekonanie, że rozpatrywana procedura diagnostyczna/sposób leczenia jest korzystna, przydatna i skuteczna.

Klasa II — Dane z badań naukowych są niejednoznaczne i/lub istnieją rozbieżne opinie dotyczące przydatności/skuteczności danej formy terapii.

Klasa II a — Przeważają dowody/opinie potwierdzające przydatność/skuteczność metody.

Klasa II b — Dowody nie potwierdzają w sposób wystarczający przydatności/skuteczności metody.

Klasa III — Istnieją dowody naukowe lub powszechne przekonanie, że sposób leczenia jest nieprzydatny/nieskuteczny, a w niektórych przypadkach może być szkodliwy.

Poziom A — Dane pochodzą z wielu badań klinicznych z randomizacją chorych lub metaanaliz.

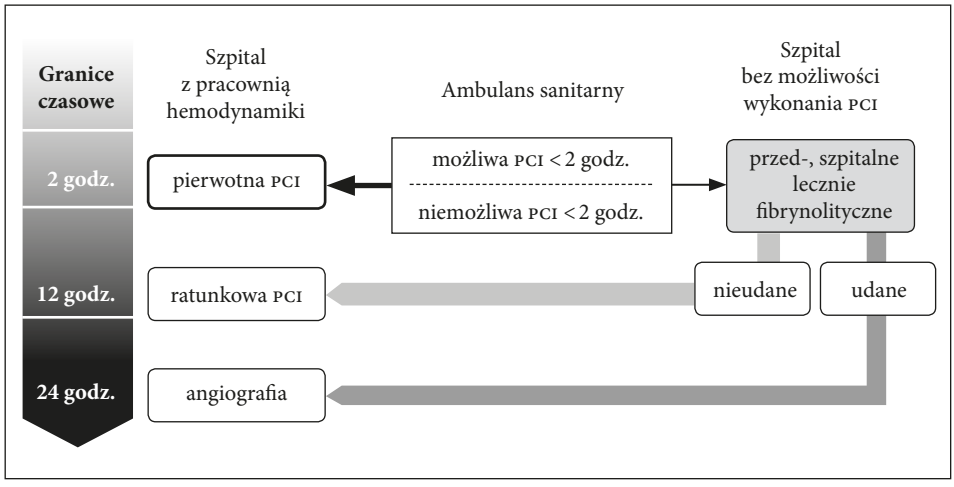
Poziom B — Dane pochodzą z pojedynczego badania klinicznego z randomizacją chorych lub z dużych badań bez randomizacji.

Poziom C — Zgodna opinia ekspertów i/lub dane z badań na małą skalę, badań retrospektywnych lub rejestrów.

Strategie leczenia reperfuzyjnego

Pogrubiona strzałka na schemacie wskazuje na zalecany sposób postępowania. Należy dążyć do jak najwcześniejszego mechanicznego udrożnienia tętnicy dozawałowej przy pomocy balonu bez uprzedniego stosowania terapii fibrynolitycznej, czyli do wykonania pierwotnej angioplastyki wieńcowej (pPCI — *primary percutaneous coronary intervention*).

PCI (ewentualnie fibrynolizę) stosujemy u wszystkich chorych ze STEMI bez przeciwwskazań do 12 godzin od początku objawów (klasa zaleceń i poziom wiarygodności: IA); powyżej 12 godzin w przypadku cech postę-



Rycina. Strategie leczenia reperfuzyjnego

Źródło: „Wytyczne dotyczące postępowania w ostrym zawale serca z utrzymującym się uniesieniem odcinka ST", PTK, Warszawa 2009.

powania niedokrwienia (u pacjentów niestabilnych). U chorych stabilnych ze STEMI leczenie reperfuzyjne można rozważać do 24 godzin od początku objawów.

Pierwotna PCI jest zalecaną formą leczenia STEMI, o ile może być wykonana przez doświadczony zespół w ciągu <2 godzin od pierwszego kontaktu z personelem medycznym (FMC) w każdym przypadku lub <90 minut od FMC w przypadku wczesnego (<2 godzin) rozległego zawału serca i małego ryzyka krwawienia (klasa zaleceń i poziom wiarygodności: IA). U chorych we wstrząsie i z przeciwwskazaniami do leczenia fibrynolitycznego pPCI powinna być wykonana niezależnie od czasu opóźnienia (klasa zaleceń i poziom wiarygodności: IB).

Ratunkowa PTCA powinna być wykonana po nieskutecznej lub niepewnej co do wyniku fibrynolizie do 12 godzin od początku objawów.

Angiografię oraz PCI należy niezwłocznie wykonywać u każdego niestabilnego pacjenta z rozpoznanym zawałem serca STEMI, o ile nie był on leczony fibrynolitycznie (klasa zaleceń i poziom wiarygodności: IC) lub po nawrocie dolegliwości dławicowych po pierwotnie skutecznej fibrynolizie (klasa zaleceń i poziom wiarygodności: IB). Po skutecznie zastosowanym leczeniu fibrynolitycznym angiografię i PCI należy wykonać w czasie od 3 do 24 godzin od wdrożenia terapii fibrynolitycznej (klasa zaleceń i poziom wiarygodności: IIaA).

U chorych z zawałem mięśnia sercowego powikłanym niewydolnością serca (klasa Killipa III i IV) wczesna rewaskularyzacja mięśnia sercowego (PCI lub leczenie chirurgiczne) jest zalecanym postępowaniem, mającym

klasę zaleceń IC. Podobna klasa zaleceń dotyczy stosowania kontrapulsacji wewnątrzaortalnej (IABP) u chorych z zawałem serca w IV klasie Killipa.

Jak przygotować pacjenta do primary PCI? Farmakoterapia towarzysząca PCI

Pacjentowi z rozpoznanym zawałem serca STEMI, którego kieruje się do Pracowni Kardiologii Inwazyjnej celem wykonania pierwotnej angioplastyki wieńcowej należy przed transportem do pracowni podać następujące leki:

Leki przeciwpłytkowe:

— kwas acetylosalicylowy 150–325 mg p.o. (klasa zaleceń i poziom wiarygodności: IB)

— klopidogrel 600 mg p.o. (IC) lub prasugrel 60 mg p.o. (IB)

Leki przeciwzakrzepowe:

— heparyna 60–70 IU/kg masy ciała max. 5000 IU i.v. (IC)

Problematyczni chorzy

Każdy pacjent z zawałem serca STEMI kierowany do leczenia inwazyjnego powinien być indywidualnie analizowany pod kątem ryzyka zabiegu i możliwych do uzyskania korzyści klinicznych. Szczególnie wnikliwie należy analizować sytuację u chorych, u których występują:

— aktywne krwawienie, w tym śródczaszkowe
— nadwrażliwość na heparynę
— skaza krwotoczna
— małopłytkowość
— nowotwory (ryzyko krwawień, chorzy terminalni)
— uczulenie na środki kontrastowe
— tętniak aorty
— świadomie wyrażony brak zgody na koronarografię i PCI.

Podsumowanie

1. Pierwotna PCI jest preferowaną formą leczenia chorych z zawałem serca z uniesieniem odcinka ST.

2. Pierwotna PCI jest skuteczna w zapewnianiu i utrzymywaniu drożności tętnicy wieńcowej i nie naraża chorego na ryzyko krwawienia związane ze stosowaniem leczenia fibrynolitycznego.

3. Badania kliniczne porównujące wykonane w odpowiednim czasie pierwotne PCI z fibrynolizą stosowaną w warunkach szpitalnych wykazały skuteczniejsze przywracanie drożności tętnic, mniej przypadków ponownych niedrożności, poprawę wydolności lewej komory i lepsze wyniki kliniczne w grupie pierwotnej PCI.

Streszczenie

Tematem pracy jest skrótowe przedstawienie aktualnych wytycznych dotyczących postępowania z chorymi na zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST; uwypuklenie znaczenia szybkiej reperfuzji, szczególnie z zastosowaniem pierwotnej angioplastyki wieńcowej oraz przedstawienie płynących z jej stosowania korzyści klinicznych.

Summary

The article presents a shortened review on current guidelines for the treatment of ST--elevation myocardial infarction with a special accent put on a fast reperfusion, in particular primary coronary angioplasty of which clinical benefits are demonstrated.

Jacek Budzyński
(Oddział Kliniczny Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych,
Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy,
Katedra Gastroenterologii, Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych,
Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu)

„PRZEZ ŻOŁĄDEK DO SERCA", CZYLI DETERMINANTY FUNKCJONOWANIA UKŁADU KRĄŻENIA ZALEŻNE OD STANU PRZEWODU POKARMOWEGO

Słowa kluczowe: układ krążenia; krwawienie do przewodu pokarmowego; choroba refluksowa przełyku; odruch przełykowo-sercowy; niesercowy ból w klatce piersiowej.

„THROUGH THE STOMACH INTO THE HEART" THE DETERMINANTS OF CIRCULATORY SYSTEM FUNCTIONING RELATED TO THE STATE OF DIGESTIVE TRACT

Key words: circulatory system; gastrointestinal bleeding; gastroesophageal reflux disease; cardio-esophageal reflux; noncardiac chest pain.

Wprowadzenie

Powiązania czynnościowe między funkcjonowaniem układu krążenia i przewodu pokarmowego są najczęściej rozumiane przez pryzmat tzw. „zdrowej diety". Od końca XVIII w. wiadomo jednak, że mogą one mieć poważny wpływ na długość i jakość ludzkiego życia. Z jednej strony, terapia chorób układu krążenia jest coraz bardziej agresywna i oparta głównie o leki modyfikujące hemostazę. Leki przeciwzakrzepowe, przeciwkrzepliwe i/lub przeciwpłytkowe, stanowią podstawę terapii choroby niedokrwiennej serca oraz profilaktyki powikłań zakrzepowo-zatorowych u pacjentów z migotaniem przedsionków, czy żylną chorobą zakrzepowo-zatorową. Leki te w znamiennym stopniu zwiększają jednak ryzyko powikłań krwotocznych ze strony przewodu pokarmowego, także śmiertelnych. Z drugiej strony, zaburzenia czynności przewodu pokarmowego, na

drodze wielu mechanizmów, mogą wpływać na występowanie i przebieg zespołów typowo kardiologicznych oraz objawiać się bólem w klatce piersiowej, zaburzeniami rytmu serca i/lub omdleniami. Nawracający charakter tych dolegliwości niekorzystnie wpływa na jakość życia pacjentów i z tego powodu wymaga uważnej diagnostyki i przyczynowego leczenia, paradoksalnie — niekardiologicznego. Problemom tym poświęcone będą poniższe podrozdziały.

Powikłania ze strony przewodu pokarmowego jako determinanty skuteczności leczenia kardiologicznego

Równocześnie z wprowadzeniem aspiryny do standardów leczenia ostrych i przewlekłych postaci choroby niedokrwiennej serca, ujawnił się związany z nim wzrost ryzyka powikłań krwotocznych, głównie ze strony przewodu pokarmowego [1, 2]. Ich występowanie budzi stałe kontrowersje wokół stosowania kwasu acetylosalicylowego w prewencji pierwotnej incydentu sercowo-naczyniowego [3].

Stały rozwój kardiologii inwazyjnej wiąże się ze stosowaniem coraz to liczniejszych leków przeciwzakrzepowych, zalecanych niejednokrotnie w skojarzeniach (podwójna terapia przeciwpłytkowa, potrójna terapia przeciwzakrzepowa). W sposób znamienny zwiększa to ryzyko wystąpienia powikłań krwotocznych, które mogą doprowadzić do zgonu pacjenta, u którego uzyskano nawet pełną rewaskularyzację mięśnia sercowego [1, 2, 4, 5]. Powikłania krwotoczne występują u 0,5–5 proc. leczonych przeciwkrzepliwie [1, 2], a różne ich nasilenie stwierdza się u 2–15 proc. pacjentów leczonych z powodu ostrego zespołu wieńcowego. Połowa tych powikłań dotyczy przewodu pokarmowego, pozostałe obejmują w kolejności krwawienia z nosa i gardła (18 proc.), dróg moczowych (17 proc.), do centralnego układu nerwowego (9 proc.) i dróg rodnych (6 proc.) [1]. Powikłania krwotoczne w przebiegu ostrego zespołu wieńcowego zwiększają ryzyko zgonu lub zawału serca średnio 2,92–3,94-krotnie, proporcjonalnie do liczby stosowanych leków przeciwzakrzepowych i ewentualnego dołączenia niesteroidowych leków przeciwzapalnych (nlpz). Ich wystąpienie może więc zniweczyć efekty pracy kardiologów i kardiologów inwazyjnych [1, 2, 4, 5]. Dlatego coraz częściej zwraca się uwagę na prewencję powikłań krwotocznych po lekach przeciwzakrzepowych. Jak na razie jednak dostępna jest jedynie profilaktyka powikłań ze strony przewodu pokarmowego. Jej zasady prezentują zalecenia amerykańskich towarzystw kardiologicznych i gastro-

enterologicznego dotyczące postępowania profilaktycznego u pacjentów przyjmujących leki przeciwpłytkowe i przeciwkrzepliwe [6, 7]. W ślad za tymi rekomendacjami w 2009 r. wydane zostały wytyczne polskich konsultantów w zakresie chorób wewnętrznych, kardiologii i gastroenterologii [8]. Zalecają one, by u każdego pacjenta, u którego planowane jest stosowanie leków przeciwpłytkowych (aspiryny, clopidogrelu, prasugrelu, tecagrelolu): 1) ocenić ryzyko powikłań krwotocznych ze strony przewodu pokarmowego (wysokie, niskie wg skali HAS-BLED), u pacjentów zakażonych, 2) przeprowadzić eradykację Helicobacter pylori (Hp), oraz 3) włączyć inhibitor pompy protonowej (IPP) w dawce 20 mg u:

— każdego pacjenta z wywiadem choroby wrzodowej i/lub jej powikłań,

— u osób, które muszą stosować podwójną terapię przeciwpłytkową i/lub połączenie aspiryny z nlpz albo z lekiem przeciwzakrzepowym (np. heparyna, fondaparynuks, antywitaminy K, dabigatran, rivaroxaban),

— u osób, u których stwierdza się przynajmniej dwa z 4 czynników: wiek ≥65 r.ż., terapia kortykosteroidami, objawy dyspepsji lub refluksu żołądkowo-przełykowego [6–8].

W 2010 r. zalecenia te zostały uaktualnione [7]. Ze względu na brak jednoznacznego potwierdzenia klinicznej istotności interakcji między omeprazolem, lanzoprazolem lub rabeprazolem a clopidogrelem [9], nie rekomendują one już tak bezwzględnego stosowania jedynie pantoprazolu w profilaktyce powikłań krwotocznych u pacjentów leczonych lekami przeciwpłytkowymi. Sugerują jednak ograniczenie stosowania IPP tylko do pacjentów z wysokim ryzykiem krwawienia z przewodu pokarmowego. Warto też zalecić zachowanie odstępu między przyjmowaniem IPP (najlepiej rano) i klopidogrelu (w tym przypadku wieczorem).

Niestety, profilaktyczne stosowanie IPP u pacjentów na terapii przeciwpłytkowej zmniejsza, lecz nie likwiduje ryzyka powikłań krwotocznych. Szczególne zagrożenie występuje u pacjentów z niedawno wszczepionym stentem wieńcowym, wymagających podwójnej terapii przeciwpłytkowej. Należy pamiętać, że u pacjentów, u których dochodzi do dramatycznego powikłania, jakim jest krwotok do przewodu pokarmowego, równolegle wzrasta ryzyko zakrzepicy w stencie. Może być ona m.in. skutkiem: 1) odstawienia leków przeciwzakrzepowych, 2) hiperadrenalinemii (wstrząs) i wzmożonej trombinogenezy *in vivo* aktywujących płytki krwi, oraz 3) zużycia płytek krwi „zablokowanych" lekami antyagregacyjnymi i odnowy trombocytów nie poddanych wcześniej działaniu leków antyagregacyjnych. Do zakrzepicy w stencie wieńcowym dochodzi u 30 proc. pacjentów w ciągu miesiąca od odstawienia leków przeciwpłytkowych. Wiąże się ona z 15–45 proc. ryzykiem zgonu. Dlatego postępowanie u pacjenta z powikłaniami krwotocznymi w trakcie terapii przeciwpłytkowej wymaga indywidualne-

go bilansowania, z jednej strony, ryzyka krwawienia i jego nawrotu, z drugiej natomiast, zagrożenia zakrzepicą w stencie (np. rodzaj, długość stentu, miejsce wszczepienia) i następstwami hemodynamicznymi ewentualnego zawału mięśnia sercowego (wielkość obszaru zagrożonego martwicą) [4, 5]. Najskuteczniejszą profilaktyką powikłań wieńcowych jest jak najwcześniejsze włączenie leków przeciwpłytkowych, w sposób znamienny może to jednak zwiększać ryzyko nawrotu krwawienia i śmiertelności szpitalnej. Jest ono tym większe, im wyższą punktację w skali Rockalla uzyskał pacjent po uzyskaniu hemostazy, najczęściej drogą zabiegu endoskopowego [4, 5, 10]. Najczęściej proponuje się następujący algorytm decyzyjny w przypadku wystąpienia „nieżylakowego" krwawienia do przewodu pokarmowego u pacjentów „kardiologicznych" [4, 5, 10]:

— odstawienie leków przeciwpłytkowych i przeciwkrzepliwych na 24 h;

— wyrównanie INR, empiryczne podanie 80 mg IPP iv. z kontynuacją wlewu IPP w dawce 8 mg/h przynajmniej do czasu oceny endoskopowej;

— wyrównanie wolemii i dążenie do uzyskania odpowiedniego poziomu hemoglobiny (>8 g/dl, w przypadku braku cech niedokrwienia mięśnia sercowego, i >10 g/dl, w przypadku stwierdzenia cech niedokrwienia sierdzia);

— ocena pilności wykonania endoskopii przy pomocy tzw. przedendoskopowej skali Rockalla: <3 pkt. w ciągu 24 h, ≥3 pkt. — w trybie pilnym;

— endoskopia diagnostyczno-terapeutyczna górnego odcinka przewodu pokarmowego i ponowna ocena ryzyka nawrotu krwawienia i zgonu według pełnej skali Rockalla;

— przy niskim ryzyku nawrotu krwawienia (<5 pkt. w pełnej skali Rockalla) — włączenie leków przeciwpłytkowych i/lub przeciwkrzepliwych z kontynuacją IPP doustnie;

— przy wyższym ryzyku nawrotu (≥5 pkt. w skali Rockalla) — włączenie klopidogrelu i/lub heparyny w ciągu dwóch dni, a aspiryny w ciągu maksymalnie dwóch tygodni z kontynuacją IPP doustnie, a u osób zakażonych — z eradykacją Hp;

— u pacjentów, u których nie udało się zatamować krwawienia — przetoczenie masy płytkowej (dla odwrócenia działania leków antyagregacyjnych) i powtórzenie zabiegu endoskopowego; w przypadku nieskuteczności należy rozważyć zastosowanie metod radiologii interwencyjnej (przezcewnikowe leczenie krwawienia, najczęściej metodą embolizacji) lub technik chirurgicznych; leki przeciwzakrzepowe można włączyć dopiero po uzyskaniu hemostazy i stabilizacji stanu chorego.

W profilaktyce pierwotnej i wtórnej powikłań krwotocznych po lekach przeciwkrzepliwych, obok stałego stosowania IPP i wcześniejszej eradykacji Hp, zaleca się także indywidualizację czasu stosowania podwójnej i potrój-

nej terapii przeciwkrzepliwej, opartą o ocenę ryzyka krwawienia przy pomocy skali HAS-BLED. Postępowanie takie rekomendują ostatnie wytyczne dotyczące pacjentów z migotaniem przedsionków, przyjmujących leki przeciwkrzepliwe i przeciwpłytkowe, m.in. z powodu implantacji stentu wieńcowego [11]. Ewaluacji podlega także przydatność mniej trombogennych stentów (tytanowe, węglowe, pokryte polimerami biologicznymi), niewymagających długotrwałego stosowania leków przeciwkrzepliwych.

Determinanty gastroenterologiczne objawów kardiologicznych

Następstwa powiązań czynnościowych między przewodem pokarmowym i układem krążenia nie zawsze muszą prowadzić do skrócenia czasu przeżycia, ale dość często wyrażają się obniżeniem jakości życia zależnej od stanu zdrowia (ang. *health-related quality of life*, HRQL). Klasycznym tego przykładem jest nawracający ból w klatce piersiowej, indukowany patologią przewodu pokarmowego. Różnego typu odczucia dyskomfortu zamostkowego pochodzenia niesercowego (ang. *noncardiac chest pain*, NCCP) występują rocznie u 13–33 proc. dorosłej populacji, z której blisko 2/3 nie zgłasza się po poradę lekarską. Mimo to, diagnostyka i leczenie tego objawu pochłania rocznie około 1 proc. brytyjskiego budżetu ochrony zdrowia, a w USA około 3–8 miliardów dolarów [12, 13]. NCCP może pochodzić jednak nie tylko z przewodu pokarmowego, ale także ze strony układu mięśniowo-szkieletowego, płucnego oraz być skutkiem zaburzeń psychicznych [13–17].

Ból pochodzenia przełykowego często może być trudny do odróżnienia od bólu wieńcowego. Powodują go refluks żołądkowo-przełykowy (kwaśny, obojętny, alkaliczny, płynny, mieszany, gazowy) i/lub zaburzenia motoryki [13]. Zaburzenia te stwierdza się nie tylko u pacjentów z NCCP, ale także u pacjentów z chorobą wieńcową (ang. *coronary artery disease*, CAD), gdyż u 30–50 proc. z nich dochodzi do nakładania się zaburzeń przełykowych i sercowych. Współistnienie chorób przełyku i miażdżycy naczyń wieńcowych wynika ze wspólnych czynników ryzyka, aktywacji autonomicznych odruchów wagalnych (np. sercowo-przełykowego) oraz działania ubocznego leków „kardiologicznych". Obie grupy schorzeń częściej występują u pacjentów starszych, otyłych, palących tytoń, z cukrzycą, spożywających dietę bogatą w tłuszcze [13–17]. Refluks żołądkowo-przełykowy, powodujący wystąpienie dolegliwości dławicowych lub dławico-podobnych, mogą też ułatwiać leki kardiologiczne, takie jak: antagoniści wapnia, azotany, blokery

receptorów alfa, beta2-mimetyki, teofilina. Powodem dolegliwości gastrycznych u pacjentów z CAD mogą być również efekty uboczne leków przeciwpłytkowych („gastropatia aspirynowa"). Wynika z tego, że u pacjentów z CAD ból w klatce piersiowej może być skutkiem co najmniej trzech elementów: (1)zmian w naczyniach wieńcowych powodujących niedokrwienie sierdzia, (2) pobudzenia receptorów bólowych przewodu pokarmowego wskutek współistnienia patologii przełykowo-żołądkowych z sercowymi, oraz (3)aktywacji skomplikowanych odruchów przełykowo-sercowych powodujących np. skurcz naczyń wieńcowych i „czynnościowe" niedokrwienie sierdzia (patrz poniżej). Nie można jednak zapominać, że (4)niedokrwistość, będąca objawem wielu chorób przewodu pokarmowego, może także prowadzić do wystąpienia lub nasilenia objawów kardiologicznych, w tym niedokrwiennego bólu dławicowego.

Wieloletnie obserwacje wskazują, że różne czynnościowe zaburzenia przewodu pokarmowego mogą być podłożem także innych objawów kardiologicznych, takich jak zaburzenia rytmu serca lub omdlenie [18–31]. Arytmia może przejawiać się występowaniem pobudzeń przedwczesnych, częstoskurczów nadkomorowych, migotania przedsionków oraz zaburzeń przewodzenia o typie zahamowania zatokowego lub bloku przedsionkowo-komorowego II lub III stopnia. Ten ostatni może powodować omdlenie, które według ostatniej klasyfikacji ESC zaliczane jest do omdleń odruchowych, sytuacyjnych, związanych z defekacją lub połykaniem [32]. Patomechanizmy wyzwalające te objawy przez zaburzenia funkcji przewodu pokarmowego mogą być tak samo skomplikowane, jak w przypadku bólu w klatce piersiowej.

Patomechanizmy powiązań czynnościowych układu krążenia i trawienia

Za najważniejsze patomechanizmy tłumaczące prowokację objawów kardiologicznych przez różne patologie przewodu pokarmowego uważa się: czynniki anatomiczne, neurogenne, hormonalne i zapalne [33].

Znaczenie czynników anatomicznych wynika z bliskiego sąsiedztwa położenia przełyku i serca w klatce piersiowej. Refluks żołądkowo-przełykowy, przepuklina rozworu przełykowego przepony, zaburzenia motoryki przełyku, niedrożność przełyku, achalazja wpustu to schorzenia, które mogą dawać dolegliwości zlokalizowane podobnie do sercowych, a poprzez mechaniczny ucisk na lewy przedsionek serca mogą powodować pobudze-

nie nocyceptorów osierdzia, prowokować lokalne niedokrwienie mięśnia przedsionka lub aktywować mechanizmy sprzężenia mechano-elektrycznego. Dwa ostatnie czynniki mogą z kolei powodować lokalną dyspersję okresów refrakcji komórek przedsionka, wydłużenie potencjału czynnościowego i powstanie pętli re-entry, co klinicznie może przejawiać się arytmią, zaburzeniami przewodzenia, a czasem utratą przytomności. Warto podkreślić, że zależności te mają także swoją drugą stronę. To powiększony lewy przedsionek może uciskać przełyk. Objawia się to zaburzeniami połykania, tzw. dysfagią sercową. Do sytuacji takiej może dochodzić, np. w przebiegu niewydolności lewej komory, wady zastawki mitralnej lub podczas uderzenia fali zwrotnej krwi w trakcie przedwczesnego skurczu komorowego.

Mechanizmy neurogenne w patogenezie powiązań czynnościowych między przewodem pokarmowym i układem krążenia są chyba najlepiej udokumentowane. Ich podłożem może być m.in. współistnienie zaburzeń psychicznych, depresyjnych i/lub lękowych u znacznego, nawet 40–60 proc. odsetka pacjentów ze schorzeniami zarówno kardiologicznymi, jak i gastroenterologicznymi. Zmiany stanu emocjonalnego mogą zaburzać równowagę autonomicznego układu nerwowego w kierunku hiperwagotonii lub hipersymaptykotonii, modyfikować próg bólowy lub torować odruchy trzewne (m.in. przełykowo-sercowego, żołądkowo-sercowego lub pęcherzykowo-sercowego). Najprawdopodobniej, m.in. od tego wpływu zależy, że aktywność odruchów wagalnych ujawnia się nie u wszystkich, a tylko u około 56 proc. pacjentów [34–38]. Pobudzenie receptorów przełyku przez kwas solny lub zmiany ciśnienia przełykowego drogą włókien nerwu błędnego powoduje u nich wzmożenie napięcia mięśni grzbietu (odruch trzewno-somatyczny) [39] oraz hiperwagotonię, która poprzez skurcz prearterioli wieńcowych może zmniejszać perfuzję sierdzia [34, 36]. Objawiać się to może nie tylko bólem w klatce piersiowej pochodzenia przełykowego, ale także bólem niedokrwiennym pochodzenia sercowego, arytmią lub omdleniem. Zwrotne pobudzenie odruchu przełykowo-sercowego przez produkty beztlenowego metabolizmu komórek miokardium (bradykinina) może powodować zmniejszenie napięcia dolnego zwieracza przełyku, ułatwiać refluks żołądkowo-przełykowy [40], powodować zaburzenia motoryki przełyku [37] lub czkawkę [38]. Wymienione powyżej leki „kardiologiczne" mogą pogłębiać te zaburzenia. Dlatego opisane neurogenne powiązania między funkcjonowaniem układu krążenia i przewodu pokarmowego określa się często mianem mechanizmu „błędnego koła". Uświadomienie sobie jego znaczenia może być kluczem do zrozumienia, dlaczego nieleczone patologie przewodu pokarmowego (refluks, kamica pęcherzyka żółciowego, przepuszczająca niedrożność) mogą powodować oporność na leczenie wielu zespołów kardiologicznych.

Układ trawienia jest źródłem wielu substancji o działaniu endokrynnym, jak choćby peptydów szlaku inkretynowego, skupiających obecnie uwagę diabetologów. Ponadto wiele hormonów jest metabolizowanych w wątrobie. W stanie jej dysfunkcji mogą one przejawiać nadmierną aktywność. Jej skutkiem mogą być: zespół krążenia hiperkinetycznego, zespół wątrobowo-płucny, nadciśnienie płucne w przebiegu nadciśnienia wrotnego, czy też wydłużenie odcinka QT [41–43]. Beta-blokery stosowane w prewencji krwawienia z żylaków powodowały jego skrócenie [44]. Ważnym kardiologicznym objawem patologii przewodu pokarmowego jest sercowy zespół rakowiaka, manifestujący się uszkodzeniem zastawek głównie prawego serca, niewydolnością prawokomorową, zaburzeniami rytmu serca i reakcjami naczynioruchowymi [45, 46]. O zespole tym warto pamiętać u każdego pacjenta z nabytą wadą zastawkową prawego serca.

Rola mechanizmów zapalnych w patogenezie chorób układu krążenia ma już długą historię. W odniesieniu do omawianych objawów — bólu w klatce piersiowej, arytmii serca, omdleń znaczenie może mieć zarówno ich lokalna, jak i systemowa aktywacja. W jednym z badań u 66 proc. pacjentów z zapaleniem przełyku stwierdzono współistnienie ogniskowego zapalenia mięśnia lewego przedsionka serca, mogącego być podłożem zarówno bólu, jak i arytmii. Istnieje jednak zdecydowanie więcej danych odnośnie znaczenia systemowej reakcji zapalnej w patogenezie objawów kardiologicznych. Potwierdzają je liczne doniesienia na temat związku podwyższonego poziomu CRP, IL-1, IL-6, białek szoku cieplnego z występowaniem progresji miażdżycy, incydentów sercowo-naczyniowych, czy migotania przedsionków [33]. Źródłem tych mediatorów zapalnych może być nie tylko zapalenie przełyku, czy też zakażenie Helicobacter pylori (Hp), ale także choroby przyzębia (tymi aspektami zajmuje się nowa dziedzina, kardio-peridontologia), zapalenie trzustki, pęcherzyka żółciowego, jelit, czy też toczące się w tych narządach procesy nowotworowe. Ich wpływ na układ krążenia tłumaczy się najczęściej działaniem osi neuro-endokrynno-immunologicznej. Jej funkcjonowanie sprawia, że np. TNF-alfa, IL-1, IL-6 powodują pobudzenie osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej, zwiększając wydzielanie kortykosteroidów i katecholamin. Mediatory te wpływają także na nerwowe ośrodki pnia mózgu, zmieniając równowagę autonomicznego układu nerwowego, a na tej drodze czynność zarówno układu krążenia, jak i układu trawiennego. Złożoność tych wzajemnych relacji dopełniają wciąż kontrowersyjne dane na temat wpływu systemowych reakcji zapalnych i zakażenia Hp na przebieg procesu miażdżycowego w naczyniach krwionośnych oraz dane na temat możliwości krzyżowych reakcji przeciwciał indukowanych przez Hp i skierowanych przeciwko antygenom kanału wodorowo-potasowego w komórkach okładzinowych żołądka z białkami

kanału sodowo-potasowego w sercu. Te krzyżowe reakcje immunologiczne są postrzegane, jako jeden z potencjalnych mechanizmów tłumaczących związek zakażenia Hp z występowaniem migotania przedsionków [30, 31, 47]. Podobne typy reakcji, choć skierowane przeciwko innym antygenom, obserwowano u pacjentów z chorobą trzewną [48]. Warto pamiętać, że w jej przebiegu do oporności objawów kardiologicznych na leczenie dochodzić może także w mechanizmie upośledzonego wchłaniania leków [49].

Kiedy podejrzewać związek objawów kardiologicznych z patologią przewodu pokarmowego?

O rozpoznaniu klinicznie istotnych powiązań patofizjologicznych między układem krążenia i przewodem pokarmowym decyduje, jak w większości przypadków, uważnie zebrany wywiad, badanie przedmiotowe oraz odpowiednio dobrane badania dodatkowe. Należy o nich myśleć szczególnie u pacjentów z nawracającym bólem w klatce piersiowej, arytmią oporną na leczenie, u których nie stwierdzono istotnej patologii w badaniach kardiologicznych. U tych chorych często dolegliwości kardiologiczne występują w okresie nocnej hyperwagotonii, są poprzedzane nasileniem dolegliwości gastrycznych (zgaga, odbijanie, bóle brzucha, czkawka); czasem sam pacjent mówi, że lepiej się czuł, gdy przyjmował leki typowo gastroenterologiczne, np. IPP [26, 33]. O powiązaniach gastro-kardiologicznych, jako potencjalnej przyczynie dolegliwości, należy myśleć też u pacjentów z objawami jawnego lub utajonego krwawienia z przewodu pokarmowego (niedokrwistość z niedoboru żelaza), wymiotami i biegunką (zaburzenia elektrolitowe), czy też objawami dyspepsji czynnościowej lub zespołu jelita nadwrażliwego (współistniejące zaburzenia równowagi autonomicznego układu nerwowego) [33]. U tych chorych warto przeprowadzić test empirycznego leczenia IPP, dawkując dwie standardowe dawki (np. 80 mg pantoprazolu) rano i jedną (40 mg) wieczorem, 30–45 minut przed posiłkiem. Ustąpienie lub przynajmniej złagodzenie dolegliwości może mieć znaczenie diagnostyczne, wskazując na konieczność rozważenia uzupełnienia diagnostyki (np. endoskopia, pH-metria, manometria, badanie impedancji przełykowej) i/lub kontynuację terapii. U pacjentów, którzy nie odpowiedzieli zmniejszeniem nasilenia dolegliwości na empiryczną terapię przy pomocy IPP, pewne znaczenie diagnostyczne może mieć przebieg elektrokardiograficznej próby wysiłkowej. Z obserwacji własnych wynika, że brak wystąpienia bólu dławicowego podczas testu wysiłkowego w tej grupie pacjentów, znamiennie

obniżał prawdopodobieństwo postawienia diagnozy gastroenterologicznego podłoża bólu w klatce piersiowej przy pomocy endoskopii, pH-metrii i manometrii przełykowej [50]. Z drugiej strony, wykazano także, że wysiłkowemu bólowi w klatce piersiowej u 40 proc. pacjentów z istotnymi zmianami w naczyniach wieńcowych nie towarzyszyło znamienne obniżenie odcinka ST, obserwowano je natomiast u 60 proc. chorych z prawidłowym angiogramem naczyń wieńcowych [13, 51]. Wyniki tych badań własnych były zgodne z ostatnią analizą Patela i wsp. [52], z której wynikała mała przydatność diagnostyczna elektywnej koronarografii (20 proc. procedur), mimo tego, że 70 proc. kwalifikowanych do niej chorych miało dodatnie wyniki nieinwazyjnych testów oceniających rezerwę wieńcową.

Jak leczyć?

W przypadku potwierdzenia klinicznie istotnego powiązania między występowaniem objawów kardiologicznych i patologią przewodu pokarmowego zaleca się kontynuację leczenia „gastrologicznego", najczęściej przy pomocy IPP. U wielu pacjentów może ono całkowicie złagodzić dolegliwości bólowe w klatce piersiowej [15, 53–55] i występowanie arytmii [56, 57]. U pacjentów z objawami opornymi na terapię IPP pomocna może być eradykacja Hp [13, 58] lub skojarzone leczenie przy pomocy IPP i antagonisty kanału wapniowego (diltiazem, amlodypina) [50, 60]. Nie można jednak zapominać, zwłaszcza u pacjentów z CAD, o kontynuacji typowego leczenia kardiologicznego i kontroli czynników ryzyka. Ponadto niektórzy pacjenci, mimo potwierdzenia związku objawów kardiologicznych, np. omdleń z połykaniem, nie odpowiadają na leczenia gastrotropowe i wymagają, obok np. selektywnej wagotomii, także agresywnego postępowania kardiologicznego, włącznie z zabiegami ablacji, implantacją stymulatora i kardiowertera [61].

Podsumowanie

Istnienie klinicznie istotnych powiązań między funkcjonowaniem przewodu pokarmowego i układu krążenia należy uwzględniać u pacjentów przyjmujących leki przeciwpłytkowe i przeciwkrzepliwe oraz z objawami kardiologicznymi, szczególnie, gdy są one oporne na typowe leczenie. War-

to pamiętać, że u 30–50 proc. pacjentów ze zdiagnozowanymi schorzeniami układu krążenia współistnieją choroby układu trawiennego, które na drodze złożonych mechanizmów patofizjologicznych, mogą naśladować lub maskować objawy kardiologiczne albo też modyfikować przebieg choroby serca, utrudniając osiągnięcie sukcesu terapeutycznego.

Streszczenie

Znaczenie przewodu pokarmowego dla patogenezy i prognozy chorób układu krążenia wynika z częstości gastroenterologicznych powikłań krwotocznych coraz agresywniejszego leczenia przeciwzakrzepowego, dwu- lub trójlekowego. Mogą one prowadzić do zgonu lub wystąpienia kolejnego incydentu sercowo-naczyniowego, niwecząc pracę kardiologów i kardiologów inwazyjnych. Ponadto przewód pokarmowy może być źródłem (przełyk) lub przyczyną (niedokrwistość) objawów przypominających zespoły kardiologiczne. Na drodze złożonych patomechanizmów schorzenia układu trawiennego mogą pogarszać przebieg chorób serca, będąc powodem czynnościowego, dławico-podobnego bólu w klatce piersiowej, arytmii serca lub omdleń.

Summary

Digestive tract plays important role in pathogenesis and prognosis of many cardiovascular diseases and their symptoms. It may be a place of hemorrhagic complications in patients treated with double- or triple antithrombotic therapy, especially after percutaneous coronary interventions. These complications may cause death or cardiovascular events, destroying effects of cardiological treatment. Moreover, digestive tract may be a source of symptoms, which may be undistinguishable with symptoms of cardiological syndromes, or via complicated pathomechanisms, may deteriorate the course of heart disease, manifesting as angina-like chest pain, cardiac arrhythmia, or syncope.

Literatura

1. To A.C. et al.: *Noncardiac surgery and bleeding after percutaneous coronary intervention*. Circ Cardiovasc Interv. 2009; 2:213–21.
2. Delaney J.A. et al.: *Drug drug interactions between antithrombotic medications and the risk of gastrointestinal bleeding*. CMAJ. 2007; 177:347–51.
3. Herzog E., Javed F.: *Primary prevention of myocardial infarction: putting the evidence to use*. Arch Intern Med. 2010; 170:1381–2.
4. Henriksen P.A. et al.: *Management of upper gastrointestinal haemorrhage complicating dual anti-platelet therapy*. QJM. 2008; 101:261–7.
5. Foley P. et al.: *Clinical review: gastrointestinal bleeding after percutaneous coronary intervention: a deadly combination*. QJM. 2008; 101:425–33.
6. Bhatt D.L. et al.: American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents*. J Am Coll Cardiol 2008; 52: 1502–17.

7. American College of Cardiology Foundation Task Force on Expert Consensus Documents, Abraham N.S. et al.. *ACCF/ACG/AHA 2010 Expert Consensus Document on the Concomitant Use of Proton Pump Inhibitors and Thienopyridines: A Focused Update of the ACCF/ACG/AHA 2008 Expert Consensus Document on Reducing the Gastrointestinal Risks of Antiplatelet Therapy and NSAID Use*. J Am Coll Cardiol 2010; 56:2051–66.
8. Imiela J. et al.: *Konsensus Grupy Roboczej powołanej przez konsultantów krajowych w dziedzinach chorób wewnętrznych, gastroenterologii i kardiologii w sprawie zasad prewencji powikłań żołądkowo-jelitowych z przewodu pokarmowego w trakcie leczenia przeciwpłytkowego*. Kardiol Pol 2009; 67:536–8.
9. Laine L., Hennekens C.: *Proton pump inhibitor and clopidogrel interaction: fact or fiction?* Am J Gastroenterol. 2010; 105:34–41.
10. Marek T. et al.: *Grupa robocza konsultanta krajowego w dziedzinie gastroenterologii. Wytyczne postępowania w krwawieniu z górnego odcinka przewodu pokarmowego pochodzenia nieżylakowego*. Przegląd Gastroenterologiczny 2008; 3 (1):1–22.
11. Wrigley B.J. et al.: *Antithrombotic therapy in anticoagulated patients with atrial fibrillation presenting with acute coronary syndromes and/or undergoing percutaneous coronary intervention/stenting*. Pol Arch Med Wewn. 2010; 120:290–3.
12. Eslick GD: *Chest pain: a historical perspective*. Int J Cardiol. 2001; 77:5–11.
13. Budzyński J.: *Panendoskopia oraz 24-godzinna pH-metria i manometria przełykowa w diagnostyce bólu w klatce piersiowej*, rozprawa habilitacyjna, UMK, CM 2008.
14. Pulkowski G., Majer M., Budzyński J., Świątkowski M.: *Choroba refluksowa przełyku a choroba wieńcowa — współistnienie czy zależność?* Polski Merkuriusz Lekarski, 2006; 20:104–108.
15. Budzyński J.: *Problemy diagnostyczno-terapeutyczne u chorych ze współistniejącymi schorzeniami układu krążenia i przewodu pokarmowego*. Terapia; 2005; 167:12–18.
16. Budzyński J. et al.: *Rozlany skurcz przełyku jako potencjalna przyczyna fałszywie dodatniego wyniku próby wysiłkowej. Gastroenterologiczne aspekty kardiologicznego zespołu X?*. Kardiol.Pol., 2002, 56:227–229.
17. Budzyński J. et al.: *Choroba refluksowa przełyku jako ważny element diagnostyki różnicowej bólu w klatce piersiowej*. Pol.Arch.Med.Wewn, 1999; 102:807–14.
18. Wilmshurst P.T.: *Tachyarrhythmias triggered by swallowing and belching*. Heart. 1999; 81:313–5.
19. Kang K.H. et al.: *Cases of swallow syncope induced by the activation of mechanoreceptors in the lower esophagus*. Korean J Intern Med. 2005; 20:68–71.
20. Bunch T.J. et al.: *Long-term risk of atrial fibrillation with symptomatic gastroesophageal reflux disease and esophagitis*. Am J Cardiol. 2008; 102:1207–11.
21. Duygu H. et al.: *Persistent atrial fibrillation associated with gastroesophageal reflux accompanied by hiatal hernia*. Anadolu Kardiyol Derg. 2008; 8:164–5.
22. Upile T. et al.: *Reversible atrial fibrillation secondary to a mega-oesophagus*. BMC Ear Nose Throat Disord. 2006; 6:15.
23. Gerson L.B. et al.: *Potential relationship between gastroesophageal reflux disease and atrial arrhythmias*. J Clin Gastroenterol. 2006; 40: 828–32.

24. Kanjwal Y. et al.: *Deglutition induced atrial tachycardia and atrial fibrillation*. Pacing Clin Electrophysiol. 2007; 30:1575–8.

25. Chock J.G., Gill M.R.: *Paroxysmal supraventricular tachycardia induced by oral stimulation: a case report and review of swallow-induced dysrhythmias*. J Emerg Med. 2002; 22:389–92.

26. Budzyński J. et al.: *Napadowe migotanie przedsionków. Kwaśny refluks żołądkowo-przełykowy jako czynnik wyzwalający*. Kardiologia Polska, 2005; 62:52–54.

27. Cubattoli L. et al.: *Cardiac arrest after intragastric balloon insertion in a super-obese patient*. Obes Surg. 2009; 19:253–6.

28. Malik A. et al.: *Deglutition-induced atrial fibrillation*. Tex Heart Inst J. 2005; 32:602–4.

30. Bunch T.J. et al.: *Frequency of Helicobacter pylori seropositivity and C-reactive protein increase in atrial fibrillation in patients undergoing coronary angiography*. Am J Cardiol. 2008; 101:848–51.

31. Montenero A.S. et al.: *Helicobacter pylori and atrial fibrillation: a possible pathogenic link*. Heart. 2005; 91:960–1.

32. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw diagnostyki i postępowania w omdleniach. Wytyczne dotyczące diagnostyki i postępowania w omdleniach (wersja 2009). Kardiol Pol. 2009; 67 (suppl. VII).

33. Budzyński J., Pulkowski G.: *Migotanie przedsionków i inne arytmie a przewód pokarmowy*. Kardiologia Polska, 2009, 67(11):1268–73.

34. Chauhan A. et al.: *Cardio-oesophageal reflex in humans as a mechanism for 'linked angina'*. Eur Heart J. 1996; 17:407–13.

35. Makk L.J. et al.: *Cardioesophageal reflexes: an invasive human study*. Dig Dis Sci. 2000; 45:2451–4.

36. Rosztóczy A. et al.: *The evaluation of gastro-oesophageal reflux and oesophagocardiac reflex in patients with angina-like chest pain following cardiologic investigations*. Int J Cardiol. 2007; 118:62–8.

37. Stec S. et al.: *High-resolution esophageal manometry with ECG monitoring for management of premature ventricular complexes-associated dysphagia*. Dysphagia 2010; 25:66–9.

38. Krysiak W. et al.: *Hiccups as a myocardial ischemia symptom*. Pol Arch Med Wewn. 2008; 118:148–51.

39. Jou C.J. et al.: *Convergent pathways for cardiac and esophageal-somatic motor reflexes in rats*. Auton Neurosci. 2002; 99:70–7.

40. Caldwell M.T. et al.: *Bradykinin, coronary artery disease and gastro-oesophageal reflux*. Br J Surg. 1994; 81:1462–4.

41. Boryczka G. et al.: *Zespół wątrobowo-płucny*. Przegląd Gastroenterologiczny 2009; 4:120–5.

42. Budzyński J. et al.: *Nadciśnienie płucne w przebiegu marskości wątroby — prezentacja dwóch przypadków*. Pol.Arch.Med.Wewn. 1997; 97:552–6.

43. Budzyński J. et al.: *Nadciśnienie płucne w przebiegu nadciśnienia wrotnego*. Hepatologia Polska 1996; 3:183–190.

44. Zambruni A. et al.: *Effect of chronic beta-blockade on QT interval in patients with liver cirrhosis*. J Hepatol. 2008; 48:415–21.

45. Bhattacharyya S. et al.: *Carcinoid heart disease*. Circulation. 2007; 116:2860–5.

46. Langer C. et al.: *Atrial fibrillation in carcinoid heart disease: The role of serotonin. A review of the literature*. Clin Res Cardiol. 2007; 96:114–8.

47. Budzyński J. et al.: *Autonomic nervous function in Helicobacter pylori infected patients with atypical chest pain studied by analysis of heart rate variability*. Eur. J. Gastroenterol. Hepatol., 2004; 16(5):451–7.

48. Curione M. et al.: *Association of cardiomyopathy and celiac disease: an almost diffuse but still less know entity*. A review. Arch Med Sci 2008; 4:103–7.

49. Denton-Beaumont R.N. et al.: *Malabsorption causing failure of pharmacological therapy in the treatment of atrial fibrillation*. Int J Cardiol. 2008; 128:87–8.

50. Budzyński J.: *Exercise-provoked esophageal motility disorder in patients with recurrent chest pain*. World J Gastroenterol. 2010; 16:4428–35.

51. Budzyński J.: *Does esophageal dysfunction affect the course of treadmill stress tests in patients with recurrent angina-like chest pain?* Pol Arch Med Wewn, 2010; 12:484–9.

52. Patel M.R. et al.: *Low diagnostic yield of elective coronary angiography*. N Engl J Med. 2010; 362:886–95.

53. Świątkowski M. et al.: *Suppression of gastric acid production may improve the course of angina pectoris and the results of treadmill stress test in patients with coronary artery disease*. Med Sci Monit. 2004; 10:CR524–529.

54. Budzyński J., Kłopocka M., Pulkowski G., Suppan K., Fabisiak J., Majer M., Świątkowski M.: *The effect of double dose of omeprazole on the course of angina pectoris and treadmill stress test in patients with coronary artery disease- a randomised, double--blind, placebo controlled, crossover trial*. Int J Cardiol. 2008; 127(2):233–9.

55. Wang W.H. et al.: *Is proton pump inhibitor testing an effective approach to diagnose gastroesophageal reflux disease in patients with noncardiac chest pain?: a meta-analysis*. Arch Intern Med. 2005; 165:1222–8.

56. Weigl M. et al.: *Reflux esophagitis in the pathogenesis of paroxysmal atrial fibrillation: results of a pilot study*. South Med J. 2003; 96:1128–32.

57. Cuomo R. et al.: *Oesophageal acid exposure and altered neurocardiac function in patients with GERD and idiopathic cardiac dysrhythmias*. Aliment Pharmacol Ther. 2006; 24:361–70.

58. Budzyński J.: *The favorable effect of Helicobacter pylori eradicative therapy in patients with recurrent angina-like chest pain and non-responsive to proton pump inhibitors: a preliminary study*. Archives of Medical Science, 2011 — in press.

59. Budzyński J.: *Exercise-provoked esophageal motility disorder in patients with recurrent chest pain*. World J Gastroenterol. 2010; 16:4428–35.

60. Budzyński J.: *Exertional esophageal pH-metry and manometry in recurrent chest pain*. World J Gastroenterol. 2010; 16:4305–12.

61. Undavia M. et al.: *Radiofrequency ablation of swallowing-induced atrial tachycardia: case report and review of literature*. Heart Rhythm. 2006; 3:971–4.

Joanna Majczak
(Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku)

STATYSTYCZNE METODY OKREŚLANIA STANU ZDROWIA

Słowa kluczowe: zdrowie; przeciętne dalsze trwanie życia; przeżywalność; śmiertelność; przedwczesna umieralność.

STATISTIC METHODS OF DEFINITIONS OF STATES OF HEALTH

Key words: health; life expectancy; survival rate; mortality; premature mortality.

Wszyscy chcą żyć zdrowo, długo, szczęśliwie i dostatnio. „Jaka jest długość życia, jakie są granice życia ludzkiego? Trudno je wyznaczyć, przedstawiają się bowiem inaczej w różnych miejscach i czasach, a zależą również od losu, jaki został każdemu człowiekowi dany" — tak pisał [1] na początku naszej ery uczony rzymski Pliniusz Starszy, żyjący w latach 23–79.

Przez długi czas wierzono, że długość życia człowieka od tysięcy lat jest prawie taka sama; można o tym przeczytać w Psalmie Mojżeszowym: „Lata nasze giną jak westchnienie. Życie nasze trwa lat siedemdziesiąt. A gdy sił stanie, lat osiemdziesiąt".

Od niepamiętnych czasów cykl życia ludzkiego dzielono na okresy siedmioletnie. Hipokrates wyodrębnia siedem okresów siedmioletnich: wczesne dzieciństwo, dzieciństwo, młodość, wiek młodego człowieka, wiek dojrzałego człowieka, wiek starszego człowieka i starość. Solon, wielki mędrzec, poeta i prawodawca ateński żyjący na przełomie VII i VI wieku przed naszą erą, wyodrębnia 10 okresów w życiu. Z jego elegii dowiadujemy się [2] na przykład, że „[…] w siódmej i ósmej siódemce życia najtęższa jest myśl i wymowa człowieka, jeszcze w dziewiątej jest on krzepki, lecz słabnąć zaczyna jego mądrość i język. Wreszcie w dziesiątej, gdy tej mu łaskawie dokonać da bóstwo, nie jest niewczesną już dlań przeznaczona mu śmierć".

Nie oznacza to jednak, że po siedemdziesięciu czy osiemdziesięciu latach życia wszyscy ludzie w tamtych czasach umierali. Znanych jest niemało przypadków życia trwającego i ponad 100 lat. Wiele takich przypadków podaje Pliniusz Starszy w *Historii naturalnej*, napisanej przeszło 2000 lat temu. Oprócz tych pocieszających przypadków łaskawości losu ludzkość zbyt często doświadcza smutku z powodu przedwczesnych zgonów, a także życia w cierpieniu z powodu różnych chorób [2].

Starożytni Grecy wierzyli, że daleko od Atlantyku na mitycznych Wyspach Szczęśliwych mieszkają ludzie, którzy tak jak biblijni Adam i Matuzalem dożywają nawet tysiąca lat. „Włosy mieli w złotych wieńcach laurowych, świętowali radośnie, a na starość nie znali choroby ani niemocy" — pisał poeta Pindar. Aleksander Wielki pragnął dotrzeć do Indii, gdy usłyszał, że na ośnieżonych stokach Himalajów nie odczuwający głodu, zimna ani pragnienia mnisi żyją nawet kilkaset lat.

W średniowieczu najbardziej poszukiwany był święty Graal, który miał przywracać młodość, a nawet wskrzeszać umarłych. Eliksir młodości, odwieczne marzenie człowieka, okazał się mitem tak, jak kamień filozoficzny. Poszukiwanie eliksiru bardziej przypomina historię Gilgamesza, który miał znaleźć czarodziejskie ziele zapewniające nieśmiertelność, ale je utracił, nim zdążył wypróbować.

Pigułka na starość nie istnieje i mimo postępu nauki prawdopodobnie nigdy nie uda się jej stworzyć. Życia nie będzie można przedłużać w nieskończoność, bo starość nie jest jedynie chorobą.

W dobie obecnej coraz częściej pada pytanie o granice życia ludzkiego. Wraz z postępem medycyny i rosnącym dobrobytem społeczeństw zakreśla się coraz wyższą górną granicę możliwego do dożycia wieku. Tom Kirkwood, jeden ze znanych badaczy procesu starzenia się, uważa nawet [3], że nie ma w ogóle górnej granicy wieku człowieka, ponieważ organizm ludzki zachowuje zdolność powrotu do zdrowia.

Uczony rosyjski Ilja Miecznikow, laureat nagrody Nobla, powiedział o życiu, że „urywa się ono w połowie", mając na myśli różnicę między rzeczywistym trwaniem życia, a dwukrotnie dłuższym, wyznaczonym gatunkowi ludzkiemu przez naturę.

W połowie XIX w. francuski fizjolog P. Flourens w pracy poświęconej długowieczności wyróżnił cztery różne pojęcia trwania życia ludzkiego: trwanie przeciętne, trwanie zwykłe, trwanie naturalne i trwanie niezwykłe.

Kategorie trwania życia, którymi w połowie XIX w. posługiwał się Flourens są w użyciu do dziś. Jeżeli dodamy do tego prawdopodobne trwanie życia, to będziemy mieli pełny zestaw powszechnie używanych obecnie miar trwania życia. Są nimi: przeciętne dalsze trwanie życia, prawdopodobne trwanie życia, normalne trwanie życia, naturalne trwanie życia, maksymalne trwanie życia [4].

Przeciętne dalsze trwanie życia wyraża liczbę lat, jaką ma średnio do przeżycia członek badanej generacji (rocznika) przy założeniu stanu umieralności z danego roku czy okresu.

Dokonując analizy przebiegu wymierania generacji, dochodzimy do punktu, w którym połowa generacji już nie żyje, a druga połowa pozostaje przy życiu. Wiek, na który przypada wyrównanie liczby zmarłych i żyjących członków generacji, nazywamy prawdopodobnym trwaniem życia.

Normalnym trwaniem życia (wiekiem normalnym) nazywamy wiek, na który przypada tzw. drugie maksimum zgonów w wieku starczym (pierwsze maksimum przypada na wiek niemowlęcy). Normalne trwanie życia jest wartością modalną, wyraża wiek, który w danych warunkach umieralności jest najczęstszym wiekiem śmierci dla osób, które osiągnęły wiek starczy.

Naturalnym trwaniem życia nazywamy kres życia wyznaczony człowiekowi przez naturę. Francuski demograf Paul Vincent przyjął 110 rok życia za maksymalny wiek osiągany dotychczas przez człowieka. Istnieje jednak możliwość dożycia jeszcze późniejszego wieku.

Przeciętne dalsze trwanie życia w kraju i na świecie

Najczęściej stosowaną spośród wyżej wymienionych miar jest przeciętne dalsze trwanie życia (e_x). W dziejach ludzkości przeciętne dalsze trwanie życia ludzkiego ulegało dużym zmianom: od bardzo niskiego u ludzi pierwotnych do stosunkowo wysokiego, którym cieszą się mieszkańcy krajów wysoko rozwiniętych. Dzieje ludzkości są dziejami wydłużania się życia ludzkiego. Przez wieki wzrost trwania życia był powolny. Dopiero ekonomiczny i kulturalny rozwój ludzkości w XIX w. przyspieszył wzrost poziomu przeciętnego trwania życia. W XX w. długość przeciętnego dalszego trwania życia zbliżyła się w wielu krajach do możliwego obecnie maksimum.

Oszacowano, że przeciętne dalsze trwanie życia w epoce neolitu, brązu i wczesnego żelaza wahało się w granicach od 20 do 30 lat. Angielski statystyk, matematyk, biolog i filozof Karol Person (1857–1936) zajmował się szacowaniem średniej długości życia Egipcjan w dobie rzymskiego panowania. Badanie to pozwoliło ustalić, że przeciętne dalsze trwanie życia noworodka w starożytnym Egipcie wynosiło 22,5 roku. Podobnie w Rzymie na początku nowej ery średnia długość życia wyniosła 22 lata. W średniowiecznej Anglii przeciętne trwanie życia wahało się; w czasie epidemii dżumy przeciętne trwanie życia spadało do 17,3 roku, w okresach wolnych od „czarnej

śmierci" zawierało się w granicach od 29,1 do 35,3. Szacowaniem długości trwania życia średniowiecznych Słowian zajmował się Czech M. Stloukal. Według Stloukala w latach 750–850 porównanie przeciętnego dalszego trwania życia wypadało korzystniej na rzecz mężczyzn: ich trwanie życia wynosiło 29,9 roku, a trwanie życia kobiet 25,1. Schyłek średniowiecza i nastanie czasów nowożytnych nie wywarły znaczącego wpływu na przeciętną długość trwania życia społeczeństw Europy. Dla epoki Odrodzenia S. Peller określił, na podstawie danych z lat 1480–1579, długość średniego trwania życia warstw „kierowniczych" na 30 lat [4].

Wiek XIX uważa się za czas rewolucji demograficznej. Na początku tego stulecia przeciętne dalsze trwanie życia w krajach cywilizowanych wynosiło od 35 do 40 lat, charakteryzując się w pierwszej połowie wieku XIX nikłymi przyrostami, natomiast w drugiej połowie stulecia przyrosty te były coraz szybsze.

W tabeli 1 zaprezentowano charakterystyczne dla poszczególnych epok lub stuleci oceny wartości średniej długości życia.

Tabela 1. Przeciętne trwanie życia ludzkiego na przestrzeni wieków

Epoka	Przeciętne trwanie życia (w latach)
Żelaza i brązu	20
Starożytność	20–30
Wieki średnie	20–30
XVI, XVII, XVIII w.	25–35
XIX w.	30–50
XX w. (I połowa)	40–75
XX w. (II połowa)	41,6–80

Źródło: [Rosset 1979], s. 213 i 216 [4].

Nie ulega wątpliwości, że średnia długość życia postępuje. Skokowy jej wzrost można zaobserwować szczególnie wyraźnie w wieku XX. Tylko w ciągu ostatnich stu lat przeciętny czas trwania życia ludzkiego wydłużył się bardziej niż w całej poprzedniej historii ludzkości — w Europie i w Stanach Zjednoczonych o dalszych 28 lat. W Szwecji, Szwajcarii, Norwegii, Wielkiej Brytanii, Włoszech, Francji czy Grecji przeciętny okres życia kobiet osiąga co najmniej 84 lata, a mężczyzn 80 i więcej lat. Światowy rekord bije Japonia, gdzie kobieta żyje przeciętnie 86,4 lat, a mężczyzna 79,6 lat (dane za rok 2010). Warto zauważyć, że w rozwiniętych krajach świata w okresie 150 lat, tj. od połowy wieku XIX do końca wieku XX przeciętne dalsze trwanie życia wzrosło z około 40 lat do około 80.

Dzięki osiągnięciom współczesnej medycyny, zwłaszcza immunologii i chirurgii, począwszy od lat siedemdziesiątych minionego wieku rozpoczął się widoczny do dziś przełom — nauki medyczne zaczęły wyraźnie odsuwać chwilę śmierci także od osób starych. Świat jest podzielony na obszary, gdzie żyje się krótko i na takie, gdzie można się cieszyć długim życiem.

Tabela 2. Przeciętne dalsze trwanie życia mieszkańców 10 pierwszych i 10 ostatnich państw w rankingu w latach 2000–2005

Państwo	Przeciętna długość życia	Państwo	Przeciętna długość życia
Japonia	81,9	Suazi	32,9
Islandia	80,6	Bostwana	36,6
Szwajcaria	80,4	Lesotho	36,7
Australia	80,2	Zimbabwe	37,2
Szwecja	80,1	Zambia	37,4
Włochy	80,0	Rep. Środkowoafrykańska	39,4
Kanada	79,9	Malawi	39,6
Izrael	79,6	Sierra Leone	40,6
Francja	79,4	Angola	40,7
Hiszpania	79,4	Mozambik	41,9

Źródło: *Rocznik Statystyczny* i *Atlas Państw Świata*, Larousse Polska 2005 r.

Od 1990 r. Organizacja Narodów Zjednoczonych wydaje raporty o rozwoju społecznym. ONZ określa rozwój społeczny jako proces poszerzania zakresu wyborów, jakich możemy dokonywać w życiu, poprzez zwiększenie naszych zdolności i możliwości. Ich pełna realizacja zależy od trzech podstawowych czynników: czy będziemy żyć długo i w dobrym zdrowiu, czy jesteśmy wykształceni oraz, czy mamy dostęp do dóbr, które zapewnią nam godny poziom życia.

Podstawową miarą jest wskaźnik rozwoju społecznego (Human Development Index — HDI). Przy wyliczaniu go bierze się pod uwagę właśnie średnią długość życia, poziom wykształcenia (umiejętność czytania i pisania wśród dorosłych oraz procent młodzieży w wieku szkolnym uczęszczającej do szkół pierwszego, drugiego i trzeciego stopnia) oraz realny dochód w dolarach na głowę mieszkańca, określony według parytetu siły nabywczej (czyli rzeczywistej wartości nabywczej pieniądza).

W raportach ONZ porównuje się tempo rozwoju społecznego na świecie w drugiej połowie XX wieku. Stwierdzono, że w ciągu ostatnich 36 lat średnia długość życia zwiększyła się w krajach rozwijających z 46 do 62 lat [5],

Tabela 3. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet

Kraj	Kobiety							
	1960	1970	1980	1985	1990	1995	2000	2009
Unia Europejska	72,9	74,7	77,2	78,4	79,4	80,4	.	82,4
Belgia	73,5	74,2	76,8	78,0	79,4	80,2	80,9	82,8
Dania	74,4	75,9	77,3	77,5	77,7	77,8	78,5	81,1
Niemcy	.	.	76,1	.	78,4	79,7	80,6	82,8
Grecja	72,4	73,8	76,8	78,4	79,5	80,3	80,8	82,7
Hiszpania	72,2	74,8	78,6	79,6	80,4	81,5	82,3	84,9
Francja	73,6	75,9	78,4	79,4	80,9	81,9	83,1	85,0
Irlandia	71,9	73,5	75,6	76,7	77,6	78,4	79,7	82,5
Włochy	72,3	74,9	77,4	78,7	80,1	81,3	82,4	84,5
Luksemburg	72,2	73,4	75,9	77,9	78,5	80,2	80,8	83,3
Niderlandy	75,3	76,5	79,3	79,6	80,9	80,4	81,0	82,9
Austria	72,7	73,4	76,1	77,4	78,9	80,1	81,7	83,2
Portugalia	66,8	70,8	75,2	76,4	77,4	78,6	79,3	82,6
Finlandia	72,5	75,0	77,6	78,7	78,9	80,2	81,5	83,5
Szwecja	74,9	77,1	78,8	79,7	80,4	81,4	82,0	83,5
Wielka Brytania	73,7	75,0	76,2	77,6	78,5	79,2	79,9	82,5
Islandia	76,4	77,3	80,1	80,3	80,5	80,0	.	83,8
Norwegia	76,0	77,5	79,2	.	79,8	80,8	81,4	83,2
Szwajcaria	74,5	76,9	79,6	.	80,7	81,7	82,5	84,6
Cypr	.	.	77,0	77,8	78,6	79,8	79,0	83,6
Republika Czeska	73,4	73,0	73,9	74,7	75,4	76,6	78,5	80,5
Estonia	71,6	74,1	74,1	74,9	74,6	74,3	76,5	80,2
Węgry	70,1	72,1	72,7	73,1	73,7	74,5	75,2	78,4
Polska	70,6	73,3	75,4	75,3	76,3	76,4	78,0	80,1
Słowenia	72,0	72,4	75,2	75,7	77,4	77,8	79,4	82,7
Japonia	70,2	74,7	78,8	80,5	81,9	83,0	84,6	86,1
USA	.	.	77,4	78,2	78,8	78,9	79,5	81,0

Źródło: *Ochrona Środowiska*, GUS 2001; *Rocznik Statystyczny*, GUS 2004; *Trwanie życia w Polsce w 2010 roku*, GUS 2011.

i mężczyzn wybranych państw w latach 1960–2009

Mężczyźni							
1960	1970	1980	1985	1990	1995	2000	2009
67,4	68,4	70,5	71,8	72,8	73,9	.	76,4
67,7	67,8	70,0	71,1	72,7	73,4	74,6	77,3
70,4	70,7	71,2	71,5	72,0	72,7	74,2	76,9
.	.	69,6	.	72,0	73,3	74,4	77,8
67,3	70,1	72,2	73,5	74,6	75,0	75,4	77,8
67,4	69,2	72,5	73,1	73,3	74,3	75,4	78,6
66,9	68,4	70,2	71,3	72,7	73,9	75,2	78,0
68,1	68,8	70,1	71,0	72,1	72,9	74,1	77,4
67,2	69,0	70,6	72,3	73,6	74,9	76,0	79,1
66,5	67,1	69,1	70,6	72,3	73,0	73,9	78,1
71,5	70,7	72,7	73,1	73,8	74,6	75,4	78,7
66,2	66,5	69,0	70,4	72,4	73,6	75,9	77,6
61,2	64,2	67,7	69,4	70,4	71,2	71,7	76,5
65,5	66,5	69,2	70,1	70,9	72,8	74,6	76,6
71,2	72,2	72,8	73,8	74,8	76,2	77,3	79,4
67,9	68,7	70,2	71,7	72,9	74,0	74,8	78,3
71,3	71,2	73,4	74,9	75,4	75,9	.	79,8
71,6	71,2	72,3	.	73,4	74,8	75,7	78,7
68,7	70,7	72,8	.	74,0	75,3	76,7	79,9
.	.	72,3	73,9	74,1	75,3	74,8	78,6
67,9	66,1	66,8	67,5	67,6	69,7	72,1	74,2
64,3	65,5	64,1	65,5	64,6	61,7	65,4	69,8
65,9	66,3	65,5	65,1	65,1	65,3	66,3	70,3
64,9	66,6	66,9	66,9	66,7	67,6	69,7	71,5
66,1	65,0	67,4	67,6	69,5	70,3	71,9	75,9
65,3	69,3	73,3	74,8	75,9	76,6	77,7	79,0
.	.	70,0	71,1	71,8	72,5	73,9	76,0

w wielu państwach afrykańskich, na przykład w Ugandzie, Zambii i Zimbabwe, szerząca się epidemia AIDS doprowadziła jednak do spadku średniej długości życia poniżej 50 lat. W wielu krajach rozwijających się znacznie wzrosła średnia długość życia kobiet, lecz w niektórych, takich jak Malediwy i Nepal, żyją one krócej, zaś w Bangladeszu i w Indiach tyle samo lat, co mężczyźni, co sprzeczne jest z prawami biologii, gdyż to kobiety są płcią silniejszą biologicznie. Większa śmiertelność kobiet w tych krajach spowodowana jest złym stanem opieki zdrowotnej, ważnej szczególnie w okresie ciąży i połogu, jak również większym niż w przypadku mężczyzn niedożywieniem. W Azji i Afryce Północnej z powodu tego rodzaju zaniedbania „brakuje" 100 mln kobiet.

W Polsce przeciętne dalsze trwanie życia systematycznie wzrasta (tab. 3). W ciągu 50 lat przeciętne dalsze trwanie życia kobiet wydłużyło się o dziesięć lat (70,6 lat w 1960 r., 80,6 lat w 2010 r.), a przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn wzrosło w tym czasie z 64,9 do 72,1 lat, tj. o siedem lat. Wiek dożywania Polaków w porównaniu z krajami europejskimi jest krótszy o kilka lat: mężczyzn o około osiem lat, kobiet o prawie pięć lat. Chociaż przeciętne dalsze trwanie życia w Polsce było w rozważanym okresie niższe niż w najbardziej rozwiniętych krajach, na tle świata położenie naszego kraju pod tym względem można uznać za korzystne.

Można spostrzec, że mimo istnienia omówionych powyżej różnic, w większości krajów świata, zarówno biednych jak i bogatych, wzrasta proporcja ludzi starszych, powyżej 60. roku życia. Już dzisiaj co dziesiąty człowiek na świecie ma ponad 60 lat. W Europie Zachodniej 22 proc. populacji przekroczyło ten wiek (w Polsce w 2000 r. 16 proc.). Prognozy demograficzne ONZ przewidują, że w połowie wieku, po raz pierwszy w historii ludzkości, procent ludzi starych zrówna się z procentem dzieci (do 14. roku życia) w skali całego świata. W niektórych krajach już dochodzi do tego wyrównania. Szczególnie szybko przyrasta procent ludzi bardzo starych, powyżej 80 lat. Stanowią oni już dzisiaj 12 proc. całej światowej populacji ludzi starych (powyżej 60 lat), a w połowie wieku ich udział jest prognozowany na 19 proc. Przewiduje się aż piętnastokrotny wzrost populacji ludzi stuletnich i starszych na świecie: z około 210 tys. obecnie do 3,200 tys. w połowie wieku.

W Polsce w 2010 r. przeciętne dalsze trwanie życia 60-letnich mężczyzn wynosiło 18,3 roku, a 60-letnich kobiet — 23,5 roku. W tym samym roku przeciętny czas trwania życia ludzkiego wynosił 72,1 roku dla mężczyzn i 80,6 roku dla kobiet i wzrósł w ciągu ostatniej dekady o 2,4 roku u mężczyzn i o 2,6 roku u kobiet.

W tabeli 4 zaprezentowano wartości przeciętnego dalszego trwania życia w Polsce w województwach w latach 1990, 1995, 2000, 2005 i 2010.

Tabela 4. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet i mężczyzn według województw w latach 1990–2010

Wyszczególnienie	Kobiety					Mężczyźni				
	1990	1995	2000	2005	2010	1990	1995	2000	2005	2010
Polska	76,3	76,4	78,0	79,4	80,6	66,7	67,6	69,7	70,8	72,1
Dolnośląskie	74,67	75,73	77,59	78,85	80,20	65,74	66,96	68,84	70,39	71,66
Kujawsko-pomorskie	74,55	75,89	77,51	79,10	79,80	65,66	67,40	69,63	70,59	71,37
Lubelskie	76,43	77,16	78,49	79,87	80,96	66,76	67,53	69,08	69,89	71,24
Lubuskie	74,63	75,64	77,43	78,98	80,05	65,18	67,07	69,20	70,19	71,54
Łódzkie	74,48	75,61	77,17	78,30	79,41	65,30	66,01	67,90	68,64	70,14
Małopolskie	76,27	77,04	78,81	80,17	81,42	67,95	69,18	71,31	72,27	73,74
Mazowieckie	75,85	76,73	78,60	80,18	81,04	66,56	67,70	69,84	71,06	72,55
Opolskie	74,86	76,39	78,17	79,51	80,44	66,50	68,30	70,74	71,85	72,96
Podkarpackie	76,41	77,62	79,02	80,26	81,75	68,03	69,09	71,20	72,04	73,73
Podlaskie	76,76	77,58	79,14	80,41	81,90	67,10	67,91	70,49	71,04	72,51
Pomorskie	74,68	76,28	78,06	79,76	80,75	65,96	68,53	70,56	71,69	72,97
Śląskie	74,21	75,68	77,18	78,45	79,71	65,77	67,49	69,55	70,52	71,62
Świętokrzyskie	76,04	77,15	78,58	80,23	80,90	66,69	68,16	70,46	70,64	71,77
Warmińsko-mazurskie	75,24	76,80	78,60	79,40	80,39	65,35	66,85	69,24	69,96	71,26
Wielkopolskie	74,89	76,24	77,52	79,20	80,47	65,82	67,39	69,66	71,32	72,52
Zachodniopomorskie	74,52	75,82	77,45	78,76	80,05	65,07	66,53	69,00	70,61	71,33

Źródło: *Trwanie życia w 2006 roku*, GUS 2007; *Trwanie życia w 2010 roku*, GUS 2011.

Można spostrzec, że w 2010 r. najdłuższego życia mogły oczekiwać kobiety mieszkające w województwach podlaskim i podkarpackim, a najkrótszego mieszkanki łódzkiego i śląskiego. Najwyższe wartości przeciętnego dalszego trwania życia mężczyzn zaobserwować można było w tym samym roku w województwach małopolskim i podkarpackim, a najniższą w łódzkim.

Warto zwrócić jeszcze uwagę na fakt, że wraz ze zmianami długości życia ludzkiego zmienia się także znaczenie określenia „przedwczesny zgon" — należy podkreślić, że kategorię tę trzeba rozpatrywać względem trwania życia ludzkiego w danym czasie.

Definicje zdrowia

Znanych jest wiele definicji określających pojęcie zdrowia. Proponowane określenia związane są z dziedziną nauki i badaniami prowadzonymi przez formułującego definicję. W rozumieniu nauk społecznych zdrowie można określić jako [6]:

— nieobecność choroby — medyczne ujęcie koncentrujące się na indywidualnej patologii,

— brak, poczucie dyskomfortu — subiektywne ujęcie skupiające się na odczuciach bólu, dyskomfortu, cierpienia itp.,

— funkcjonalny warunek wstępny utrzymania systemu społecznego,

— zdolność do wypełniania ustalonych, wysoko wartościowych ról społecznych,

— dobrobyt — rozumiany w sensie zapewnienia dostępności systemu opieki i leczenia uzależnionej od warunków socjoekonomicznych,

— element porządku społecznego.

Konsekwencje dłuższego trwania życia są wielorakie: społeczne, ekonomiczne, demograficzne, zdrowotne i polityczne. W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat w krajach rozwiniętych zaobserwować można postępujący proces starzenia się populacji, czego skutkiem jest wzrost liczby osób niepełnosprawnych i ogólnie osób wymagających intensywnej i kosztownej terapii. Natężenie częstości inwalidztwa wzrasta wraz z wiekiem: w siódmej dekadzie życia jest ono prawie dwa razy wyższe niż w szóstej i ponad trzy razy wyższe niż w czwartej dekadzie. Przedłużenie dalszego trwania życia ludzi, którzy przekroczyli próg starości często sprowadza się do przedłużenia okresu chorób, niedołęstwa i wegetacji. Efektem jest szybki wzrost kosztów opieki zdrowotnej, która nie jest zresztą w stanie zaspokoić

w pełni szybko rosnącego zapotrzebowania na usługi medyczne. Dotychczas prowadzone analizy funkcjonowania służby zdrowia oparte o badania umieralności i zachorowalności okazują się niewystarczające, szczególnie w przypadku osób niepełnosprawnych, nie będących właściwie chorymi w tradycyjnym rozumieniu.

Powstała potrzeba sformułowania innej definicji zdrowia, nie ograniczająca tego stanu jedynie do braku choroby, jak potocznie rozumiane jest zdrowie. Zdrowie należy traktować nie jako stan, tj. statycznie, lecz jako proces dynamiczny polegający na ciągłym dostosowywaniu się organizmu człowieka do warunków otaczającego środowiska.

W 1941 r. H. Sigerist zaproponował, aby zdrowie definiować w sposób pozytywny jako stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, nie zaś negatywnie, jedynie jako brak chorób lub niedomagań. Definicja taka została zaakceptowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i jest obecnie powszechnie przyjęta w naukach zarówno medycznych, jak i społeczno-ekonomicznych.

W myśl powyższej definicji M. Kacprzak, twórca współczesnej szkoły higienicznej w Polsce, określił zdrowie jako „[…] stopień przystosowania się biologicznego, jaki jest osiągalny dla danej jednostki w najkorzystniejszych warunkach" [7]. J. Kostrzewski twierdził natomiast, że „[…] zdrowie społeczeństwa ludzkiego jest to nie tylko brak choroby oraz dobry stan zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego jednostek składających się na całe społeczeństwo, ale również harmonijny rozwój naturalny ludności oraz takie warunki otoczenia, które sprzyjają zdrowiu ludności" [7].

Zdrowie w praktycznym sensie oznacza więc „[…] stan lub zdolność ustroju ludzkiego do wykonywania odpowiednich czynności w określonych warunkach środowiskowych i genetycznych" [7]. Człowiekiem zdrowym określimy więc osobę funkcjonującą normalnie, według przyjętych standardowych kryteriów zdrowia dla swego wieku, płci, rasy i rejonu geograficznego. Tak rozumiane pojęcie zdrowia ma istotne zalety. Według C. Włodarczyka [8] należą do nich: przyjęcie pozytywnego rozumienia zdrowia, które logicznie przestało być zależne od pojęcia choroby, potraktowanie subiektywnego poczucia stanu zdrowia jako równoprawnego, a w niektórych interpretacjach nawet uprzywilejowanego kryterium stanu zdrowia, zanegowanie kryterium profesjonalnego (medycznego) jako jedynego kryterium zdrowia, wyraźne wpisanie pojęcia zdrowia w szeroki kontekst norm i wartości społecznych.

Stan zdrowia na poziomie jednostki — zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia — można więc określić jako „[…] pewne continuum od pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, poprzez stany niedomagań o różnym stopniu ciężkości i o różnych konsekwencjach

dla sprawności danej osoby, początkowo niezdiagnozowane, a następnie już rozpoznane i określone, aż do całkowitego wyczerpania się zdrowia i w konsekwencji zgonu" [9]. Stan zdrowia populacji jest natomiast sumą stanów jednostkowych.

Definicja zdrowia WHO pozwala analizować zdrowie i chorobę w kategoriach działań społecznych, dlatego WHO sformułowało [10] tzw. listę dwunastu czynników pozytywnie warunkujących zdrowie, a mianowicie: utrzymanie kondycji psychofizycznej stosownej do wieku i płci, pełne korzystanie z praw i swobód obywatelskich, uzyskanie odpowiedniego wykształcenia, możliwość zatrudnienia, praca w odpowiednich warunkach, dobre warunki mieszkaniowe, odpowiednie zaopatrzenie w żywność i odpowiedni stan odżywiania, poczucie bezpieczeństwa, możliwość gromadzenia oszczędności, komunikacja i łączność z innymi ludźmi, możliwość wypoczynku, regeneracji sił i rozrywki oraz dostępność odpowiedniej odzieży.

Odpowiednio precyzuje się dwanaście negatywnych czynników warunkujących zdrowie. Są to [10]: pozbawienie pracy (także okresowe), niekorzystne stosunki wzajemne w pracy, nadmierny wysiłek fizyczny w pracy, ekspozycja na substancje szkodliwe w czasie pracy, wyczerpujący (monotonny) charakter pracy, zagęszczenie lub/i złe wyposażenie mieszkania, częste wypadki wandalizmu w miejscu zamieszkania, udział w wypadkach drogowych w ostatnim okresie, brak aktywności fizycznej w wolnym czasie od pracy, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nadmierne spożywanie pokarmów (szczególnie tłuszczów), nieprawidłowe odżywianie.

W 1984 r. Światowa Organizacja Zdrowia opracowując dokument dotyczący idei i zasad promocji zdrowia rozszerzyła definicję zdrowia, stwierdzając, że „[…] zdrowie jest to obszar, w którym jednostka lub grupa jest zdolna z jednej strony spełniać aspiracje i zaspokajać potrzeby, a z drugiej zmieniać otoczenie lub radzić sobie z otaczającym środowiskiem. Zdrowie jest postrzegane jako jeden ze zasobów, którym dysponujemy w życiu codziennym; koncepcja zdrowia podkreśla zarówno społeczne, jak i osobnicze zasoby oraz fizyczne możliwości" [11].

Każdy człowiek może sam zadbać o wiele rzeczy ulepszających mu życie. Jednak istnieje wiele problemów, których pojedynczy człowiek sam rozwiązać nie potrafi. Jednym z nich jest opieka zdrowotna. Jeżeli zdrowie traktujemy jako zjawisko wielowymiarowe, to opieka zdrowotna powinna polegać na przywracaniu i podtrzymywaniu równowagi dynamicznej u poszczególnych osób, w rodzinie, w grupach społecznych, a system opieki zdrowotnej powinien polegać na tworzeniu rozległego, skutecznego i ściśle zintegrowanego systemu opieki profilaktycznej.

Troska o zdrowotność narodu powinna być jednym z priorytetowych, jeśli nie najważniejszym zadaniem rządu każdego kraju. Państwo poprzez system ochrony zdrowia powinno czuwać nad stanem zdrowia ludności, nad warunkami jej życia i pracy, przeciwdziałać zjawiskom szkodliwym. Opieka zdrowotna stanowi najważniejsze kryterium (obok edukacji i nauki), ze względu na które powinno się oceniać funkcjonowanie państwa. Ocena funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej obejmuje trzy podstawowe cechy: stan zdrowia ludności, wrażliwość systemu opieki zdrowotnej, sprawiedliwość obciążeń finansowych. Przez pojęcie wrażliwości systemu opieki zdrowotnej rozumie się szacunek dla wszystkich osób objętych tym systemem (poszanowanie godności, poufności, niezależności) oraz orientowanie się na pacjenta (zaspokojenie potrzeb zdrowotnościowych, jakość usług medycznych, swoboda wyboru placówki medycznej). Ze względu na te trzy cechy Światowa Organizacja Zdrowia każdego roku ocenia funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia w każdym spośród 191 krajów członkowskich.

W Polsce w dziedzinie zdrowia publicznego czyni się wysiłki, aby podnieść znaczenie zdrowia na wyższy poziom. W porównaniu jednak z coraz dokładniejszymi informacjami, które może uzyskać lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem na podstawie wywiadu chorobowego, badań fizykalnych, testów biochemicznych, prześwietleń promieniami rentgenowskimi, zbiorcze dane na temat stanu zdrowia grup, miasta, regionu, kraju są często fragmentaryczne. Poza nielicznymi wyjątkami nasz system kontroli jest niekompletny, mało dokładny i zorientowany głównie na umieralność.

Negatywne i pozytywne mierniki zdrowia

Człowiekiem zdrowym określimy osobę funkcjonującą normalnie, według przyjętych standardowych kryteriów zdrowia dla swego wieku, płci, rasy i rejonu geograficznego.

Oceniając stan zdrowia społeczeństwa, stosuje się zazwyczaj mierniki pozytywne, negatywne i pośrednie.

W grupie mierników pozytywnych, określających stopień sprawności i prawidłowość funkcji poszczególnych narządów oraz całości organizmu, największe znaczenie mają wskaźniki rozwoju fizycznego: budowa ciała (wysokość, masa, obwód klatki piersiowej) oraz dane cechujące stan czynnościowy organizmu (wydolność ogólna, wydolność poszczególnych układów organizmu). Wskaźniki te można zgromadzić w wyniku badań masowych

całej populacji. Z uwagi na trudność organizacji i wykonania tych badań, ich kosztowność, kłopotliwą interpretację uzyskanych wyników stosuje się mierniki natężenia chorób zwane negatywnymi.

Wskaźniki negatywne uzyskuje się na podstawie systematycznie opracowywanych danych dotyczących ruchu naturalnego ludności i sprawozdań placówek służby zdrowia. Większość dostarczanych informacji, pochodzących ze szpitali, to dane związane z ograniczeniami zdrowia poprzez zachorowanie, zatrucie, uraz, utratę pełności sprawności fizycznej, bądź umysłowej, a w końcu zgon. Mierniki te mają zazwyczaj charakter prostych współczynników zapadalności (odnoszących się do nowych przypadków zachorowań w danym okresie), chorobowości (odnoszących się do wszystkich chorujących w danym momencie) i umieralności (wyrażających natężenie zgonów w danym okresie).

Najważniejszym pośrednim miernikiem stanu zdrowia społeczeństwa jest przeciętne trwanie życia. Wypowiadane są opinie, że przeciętne dalsze trwanie życia noworodka jest cennym wskaźnikiem w porównaniach międzynarodowych, najbardziej uogólnioną (syntetyczną) miarą stanu zdrowia społeczeństwa, a zarazem „barometrem postępu społecznego" [12].

W celu oceny możliwości dbania o stan zdrowia społeczeństwa stosuje się takie miary i wskaźniki, jak np. liczba lekarzy i pielęgniarek, liczba łóżek szpitalnych i sanatoryjnych przypadających na tysiąc lub 10 tys. ludności.

Badając częstość i rozkład występowania chorób, urazów oraz ich następstw (inwalidztwa i zgonów) w populacji, określamy braki w tym zakresie, wychodząc z założenia, że im więcej chorób, tym gorszy jest stan zdrowia danej grupy ludności. Mierniki natężenia chorób w populacji nazwać można negatywnymi. Od pewnego czasu prowadzone są badania naukowe ukierunkowane na wypracowanie metodologii pomiaru zdrowotności rozumianej w duchu pozytywnej definicji zdrowia, opartej na wspomnianej powyżej propozycji H. Sigerista.

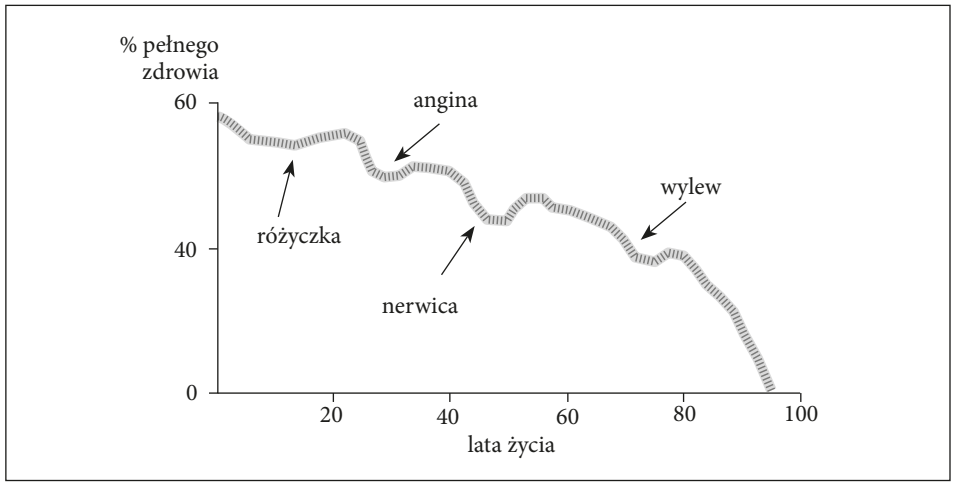
Problemem jest praktyczne zastosowanie przytoczonej powyżej pozytywnej definicji zdrowia. Bardzo trudno jest wypracować pozytywne, bezpośrednie, mierniki stanu zdrowia, określające sprawność i prawidłowość funkcji poszczególnych narządów i całego organizmu. W efekcie większość stosowanych mierników zdrowia jest jedynie jego pośrednimi wskaźnikami.

W oparciu o definicję H. Sigerista wyodrębniono dotychczas dwie grupy syntetycznych mierników zdrowotności w pozytywnym sensie:

1. Mierniki grupy pierwszej określają spodziewaną zdrowotność tzn. długość życia w dobrym zdrowiu (zob. s. 213).

2. Druga grupa mierników określa lukę zdrowotnościową mierzoną utraconymi latami życia (zob. s. 217).

Ad 1. Jak wspomniano powyżej zdrowotność populacji zależy od zdrowotności indywidualnej jej członków. Stan zdrowia pojedynczej osoby można określić poprzez funkcję czasu [$Z(t)$], zwaną funkcją zdrowia (ryc. 1), której wartościami mogą być liczby z przedziału [0,1], przy czym $Z(t) = 1$ interpretowane jest jako pełne zdrowie, zaś $Z(t) = 0$ oznacza zgon; wielkości te można wyrazić także w postaci procentów: $0 \leq Z(t) \leq 100\%$.



Rycina 1. Przykładowy wykres funkcji zdrowia

Źródło: opracowanie własne.

Jednym ze sposobów otrzymania syntetycznego miernika zdrowotności całej populacji jest dokonanie pomiaru zdrowia pojedynczych osób, biorąc pod uwagę przede wszystkim te cechy, ze względu na które człowiek ocenia stan swego zdrowia, jak np.: mobilność, świadomość, ból, emocje, zdolność widzenia, słyszenia itp., a następnie dokonać agregacji tych informacji.

O stopniu zdrowotności populacji można, przynajmniej w pewnym stopniu, wnioskować także na podstawie funkcji przeżycia, określającej prawdopodobieństwo tego, że osoba w wieku x będzie żyć co najmniej t lat. Aby formalnie zdefiniować tę funkcję przyjmijmy, że czas życia osoby w wieku x lat jest wielkością losową, którą oznaczono symbolem T_x. Dystrybuantę omawianej zmiennej losowej $F_x(t)$ można określić, jak następuje

$$F_x(t) = P(T_x) < t), \; t \geq 0. \tag{1}$$

Funkcja przeżycia $S_x(t)$ określona jest natomiast jako

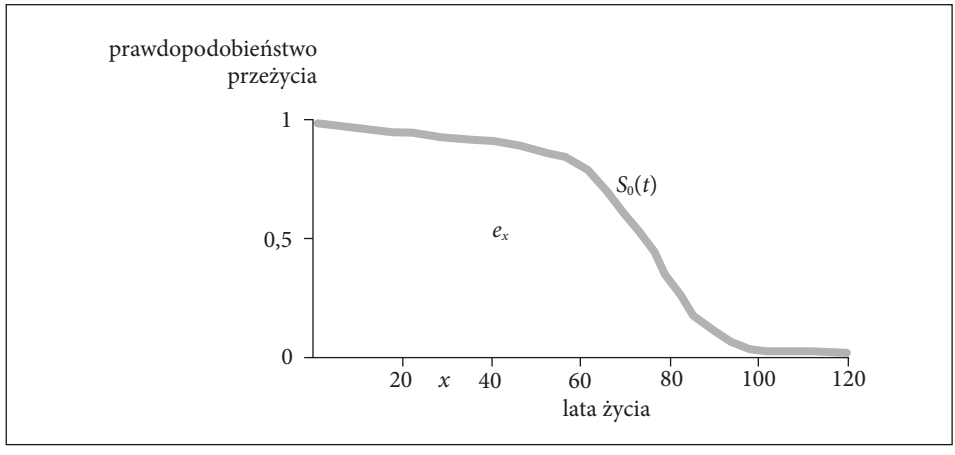
$$S_x(t) = P(T_x \geq t), \; t \geq 0, \tag{2}$$

przy czym w przypadku noworodków, zamiast $S_x(t)$ stosowany jest krótszy zapis $S(t)$.

Z funkcją przeżycia związana jest także inna ważna charakterystyka liczbowa, na podstawie której także można w pewnym zakresie wnioskować o zdrowotności populacji, tj. omawiane powyżej przeciętne dalsze trwanie życia (e_x). Wielkość tę definiuje się następująco

$$e_x = \int_x^G S(t)dt, \tag{3}$$

gdzie G oznacza potencjalną długość trwania życia w badanej populacji. Z kolei na bazie przeciętnego dalszego trwania życia określić można wielkość potencjału życiowego osób w wieku x. Związki pomiędzy omawianymi pojęciami zaprezentowano na ryc. 2.

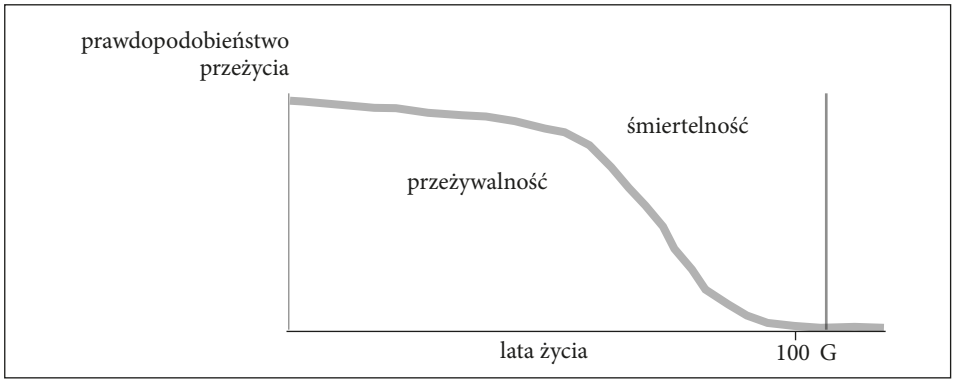


Rycina 2. Prawdopodobieństwo przeżycia, funkcja przeżycia i potencjał życiowy osoby w wieku x

Źródło: opracowanie własne.

Potencjał życiowy osoby w wieku x określa część pola pod krzywą $S_0(t)$, położona na prawo od pionowej prostej przechodzącej przez punkt x, natomiast pole nad tą krzywą można interpretować jako graficzną ilustrację wielkości przedwcześnie utraconych lat życia (ryc. 3).

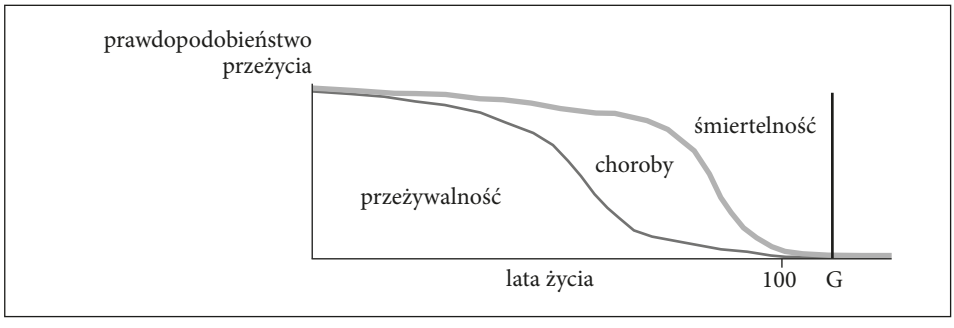
Korzystając z przedstawionej interpretacji geometrycznej, łatwo dostrzec możliwość modyfikacji tradycyjnego ujęcia funkcji przeżycia ostro rozdzielającej obszar żywotności od obszaru śmiertelności w taki sposób, aby można było uwzględnić jeszcze pojęcie zdrowotności. W tym celu zamiast jednej funkcji można wprowadzić dwie funkcje, między którymi mieściłby się



Rycina 3. Przeżywalność i śmiertelność

Źródło: Ostasiewicz et al. 2003, s. 9 [2].

obszar interpretowany jako obszar chorób i niedomagań. Pole pod pierwszą krzywą przeżycia oznacza oczekiwane dalsze trwanie życia w dobrym zdrowiu, pole zaś nad drugą krzywą określa utracone lata życia (ryc. 4).



Rycina 4. Życie w pełnym zdrowiu, choroby i śmiertelność

Źródło: Ostasiewicz i in. 2003, s. 9 [2].

Opracowanie kompleksowego miernika przedwczesnej umieralności i innych niż zgon wyników zdrowotnych wymaga określenia wspólnej wartości, za pomocą której zdrowotność mogłyby zostać wyrażona. Większość mierników zdrowotnych oblicza się jako współczynniki liczby określonych zdarzeń na jednostkę czasu lub/i na jednostkę populacji. Do stworzenia kompleksowego współczynnika zdrowotnego potrzebna jest bardziej ogólna jednostka pomiaru, najlepiej, gdyby był to ogólny miernik wyrażony w jednostkach fizycznych (tj. w latach lub dniach). Do tego celu można zastosować współczynniki QALY (Quality Adjusted Life Years), gdzie za pomocą jednej miary charakteryzuje się zarówno długość, jak i jakość życia danej osoby, lub DALY (Disability Adjusted Life Years), gdzie także za pomocą jednej miary charak-

teryzuje się długość w pełnym zdrowiu oraz długość życia w gorszym stanie zdrowia danej osoby. Zastosowanie tych współczynników wymaga jednak przeprowadzenia specjalnych badań sondażowych.

QALY jest syntetycznym współczynnikiem, obejmującym parametry utraty życia (umieralności) i upośledzenia sprawności. To liczba dodatkowych (lub utraconych) lat w zdrowiu, którą wylicza się dla populacji w związku z danym schorzeniem lub jego eradykacją. Liczbę QALY oblicza się przyjmując tak bezpośrednie miary umieralności, jak i miary upośledzenia jakości życia, wynikające z danej choroby. Miary te są ważone w skali od 0 do 1, poprzez zaklasyfikowanie osoby chorej do jednej z następujących grup doświadczonych „skutkami zachorowania": zgon natychmiast po wystąpieniu choroby (przedwcześnie zmarła), zgon po okresie niesprawności spowodowanym chorobą, stałe upośledzenie (niesprawność) w wyniku choroby lub wyleczenie po okresie choroby w fazie ostrej. Pacjent w skali od 0 do 1 subiektywnie i całościowo ocenia swój stan zdrowia. Jeżeli chory nie odczuwa dyskomfortu i czuje się zupełnie zdrowym, uzyskuje wartość QALY równą 1,0. Wartość ta osiąga np. 0,5 jeżeli pacjent ocenia natężenie dyskomfortu (bólu, kalectwa) na 0,5 samopoczucia w pełnym zdrowiu. Jeżeli lek przedłuża życie o jeden rok, zmniejszając natężenie dolegliwości o 0,5, to rok życia skorygowany o jakość wynosi 0,5 (wartość QALY wynosi 0,5).

Tabela 5. Współczynniki dla stanów zdrowotnych innych niż zgon

Współczynnik	Poziom analizy	Planowane wykorzystanie	Wykorzystanie informacji na temat preferencji różnych stanów zdrowia
QALY	jednostka	ocena, planowanie interwencji na poziomie grupy pacjentów	wagi są wybrane przez osoby badane
DFLE* IFLE* HFLE*	populacja	ocena, planowanie interwencji na poziomie populacji	przypisane wagi są domyślne
DALY	jednostka lub populacja	ocena, planowanie na poziomie populacji	ustalone standardowe wagi

*Odpowiednio: oczekiwane lata życia bez niesprawności, upośledzenia i kalectwa (ang. *disability*, *impairmen*t, *handicap free life expectancy*).

Źródło: Topór-Mądry i in. 2002, s. 51 [13].

DALY jest uogólnioną formą QALY i wyraża stracone (lub odzyskane) lata w zdrowiu uwzględniając zarówno lata stracone w wyniku przedwcze-

snej śmierci oraz przez niesprawność (według siedmiostopniowej skali), jak również czas trwania niesprawności. Miara ta jest sporządzana dla poszczególnych kategorii chorób (według ICD) z uwzględnieniem wieku i płci. Umożliwia ona nie tylko ocenę strat społecznych z powodu częstości zgonów, ale również porównywanie strat poniesionych z powodu niesprawności, spowodowanych różnymi schorzeniami.

$$\mathrm{DALY}_i = \mathrm{YLL}_i + \mathrm{YLD}_i, \tag{4}$$

gdzie i oznacza schorzenie, a YLL (Years of Life Lost) to lata stracone z powodu przedwczesnej umieralności, YLD (Years Lived with Disability) — czas przeżyty w stanie zdrowia gorszym niż zdrowie doskonałe, wartościowanym według wag preferencji przypisanych każdemu ze stanów.

Ad 2. Znanych jest wiele mierników liczby przedwcześnie utraconych lat życia, poniżej przedstawione nawiązują do podanej na wstępie pozytywnej definicji zdrowia i są obecnie stosowane przez Światową Organizację Zdrowia.

1. PYLL — Potencjalne utracone lata życia (Potential Years of Life Lost), inna używana to nazwa YPLL (Years of Potential Life Lost). Definicja tego miernika jest następująca

$$\mathrm{PYLL} = \sum_{x=0} d_x(L - x), \tag{5}$$

gdzie L jest ustaloną granicą wieku życia dla danej populacji, x — wiek, w którym nastąpił zgon, d_x — liczba zgonów osób w wieku x w danej populacji.

W tym przypadku przyjęcie arbitralnej górnej granicy wieku oznacza, że zgony powyżej ustalonej granicy nie są traktowane jako przedwczesne, a utracone powyżej przyjętej granicy lata życia nie są tu wliczane. Miernik ten służy często do pomiaru utraconych lat życia w danej populacji ze względu na przedwczesny zgon z określonej przyczyny zgonu (najczęściej bierze się pod uwagę choroby układu krążenia, nowotwory, urazy). Przyjmuje się tu różne górne granice wieku życia (zazwyczaj w granicach 60–85 lat [14]), zwykle niższe niż wynosi przeciętne dalsze trwanie życia w tej populacji. Konstrukcja tego miernika sprawia, że nacisk położony jest na zgony osób młodszych i z tego powodu stanowi on dobrą charakterystykę przedwczesnej umieralności.

2. FYWL — Utracone lata życia zawodowego (Future Years of Work Lost), inna używana nazwa to YFWL (Years of Future Work Lost). Jest odmianą

miernika PYLL liczonym w przedziale wieku produkcyjnego, tj. w Polsce w przedziale (18–59) lat dla kobiet oraz (18–64) dla mężczyzn. Miernik ten w przypadku kobiet ma postać

$$\mathrm{FYWL} = \sum_{x=18}^{60} d_x(60 - x), \tag{6}$$

a w przypadku mężczyzn jest określony jako

$$\mathrm{FYWL} = \sum_{x=18}^{65} d_x(65 - x). \tag{7}$$

3. PEYLL — Okres utraconych oczekiwanych lat życia (Period Expected Years of Lost Life), określa się według wzoru

$$\mathrm{PEYLL} = \sum_{x=0}^{G} d_x e_x, \tag{8}$$

gdzie G oznacza górną granicę wieku jakiego dożywają osoby danej populacji, zaś e_x — przeciętne dalsze trwanie życia. Miernik ten ma charakter lokalny (górna granica wieku), tj. w różnych populacjach są tu różne poziomy odniesienia (G).

4. YLL — Utracone lata życia (Years of Life Lost) jest obecnie miernikiem często wykorzystywanym w badaniach prowadzonych przez Światową Organizację Zdrowia i inne instytucje. YLL oblicza się wykorzystując pojęcie 'utraconych standardowych oczekiwanych lat życia', tj. liczony jest on w różnych populacjach w oparciu o wartości oczekiwanego dalszego trwania życia przyjęte jako standard [15]. Wartości przybierane przez ten miernik można więc traktować jako standaryzowane ze względu na przeciętne dalsze trwanie życia e_x.

Przy obliczaniu wartości tego miernika liczby przedwcześnie utraconych lat życia proponuje się dyskontować oczekiwany czas życia tak, jak się dyskontuje przyszłe koszty lub przyszłe dochody pieniężne [14]. Przyjmując stopę dyskonta równą r (najczęściej przyjmuje się $r = 0{,}03$), liczbę utraconych lat życia YLL (Years of Life Lost) można obliczyć ze wzoru:

$$\mathrm{YLL} = \sum_{x=0}^{G} d_x \mathrm{YLL}_x, \tag{9}$$

gdzie

$$\mathrm{YLL}_x = \frac{1 - exp\,(-r \cdot e_x^*)}{r}, \tag{10}$$

e_x^* — oczekiwana długość życia w wieku x przyjęta jako standard.

W podobny sposób można dyskontować wartości oczekiwanego czasu życia wyznaczonego za pomocą innych omawianych powyżej mierników.

Dyskontowanie jest pojęciem ekonomicznym odzwierciedlającym fakt, że większość ludzi bardziej ceni sobie korzyści, które osiągają obecnie niż w przyszłości. Może być wiele powodów, by dyskontować przyszłość, np. niepewność, czy wartość określonego dobra wzrośnie w przyszłości lub prawdopodobieństwo, że nasza sytuacja polepszy się w przyszłości. Proces dyskontowania przyszłych korzyści przekształca je w teraźniejsze wartości, dzięki czemu mogą być porównywane z kosztami projektu w celu oceny jego efektywności kosztowej.

Uzasadnieniem dyskontowania przyszłych lat życia jest umożliwienie porównań z przyszłymi kosztami projektów ochrony zdrowia, które są zwykle dyskontowane w celu oceny ich efektywności.

Można spostrzec, że — oprócz założonej stopy dyskontowania r — na wielkość utraconych lat życia wpływają wartości przeciętnego dalszego trwania życia (e_x^*) oraz liczby zgonów w poszczególnych klasach wieku (d_x), która z kolei zależy od liczebności i struktury wieku populacji oraz od cząstkowych współczynników zgonów.

Zdrowie i choroba fascynowały ludzi od zawsze. Rozwój technologii w XX w. we wszystkich dziedzinach życia przyniósł na początku entuzjazm, a później refleksję dotyczącą możliwości szybkiej poprawy sytuacji zdrowotnej ludności w skali globalnej.

Na stan zdrowia ludności — przy uwzględnieniu wpływu czynników zależnych od poziomu rozwoju gospodarczego kraju — składa się stan zdrowia poszczególnych jednostek. Zależy on między innymi od: indywidualnego stylu życia (sposób odżywiania się, sposób spędzania wolnego czasu, palenie papierosów, nadmierne spożycie alkoholu), jakości środowiska naturalnego, warunków pracy, bezpieczeństwa na drogach oraz warunków mieszkaniowych. Wynika stąd, że zdrowie zależy zarówno od zachowań i sposobu życia jednostek, jak i od poziomu rozwoju gospodarczego kraju. Medycyna zwalcza jedynie skutki owych oddziaływań.

W strategii „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000" opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia stwierdzono [16], że zdrowie nie może być tylko przywilejem, ale ma być prawem wszystkich ludzi. Podkreślono, że zdrowie jest wartością, która stanowi kapitał życiowy człowieka. Zasoby zdrowia tkwiące w każdym człowieku i jego otoczeniu, w całej populacji, gwarantują z kolei rozwój społeczny i ekonomiczny. Międzynarodowe organizacje, takie jak ONZ, jej wyspecjalizowana agenda WHO czy UNICEF i Bank Światowy, wielokrotnie podkreślały, że poprawa sytuacji zdrowotnej i poziomu życia ludności powinna stanowić cel strategiczny programów realizowanych przez poszczególne państwa. Jednym więc z podstawowych

celów współczesnej polityki państwa (niezależnie od systemu ekonomiczno-społecznego) jest zapewnienie wszystkim mieszkańcom bezpieczeństwa ogólnego oraz poprawa lub utrzymanie dobrego stanu zdrowia ludności.

Streszczenie

Wszystkie znane definicje zdrowia odwołują się do jego wymiaru jednostkowego. Stan zdrowia zbiorowego określają, wbrew intuicji, wskaźniki jego niedoboru, najlepiej — mierniki pojawiania się najważniejszych chorób (zapadalność) i umieralność. Oceniając stan zdrowia społeczeństwa, stosuje się zazwyczaj mierniki pozytywne, negatywne i pośrednie.

W grupie mierników pozytywnych, określających stopień sprawności i prawidłowość funkcji poszczególnych narządów oraz całości organizmu, największe znaczenie mają wskaźniki rozwoju fizycznego. Wskaźniki negatywne mają zazwyczaj charakter prostych współczynników zapadalności, chorobowości i umieralności. Najważniejszym pośrednim miernikiem stanu zdrowia społeczeństwa, cennym w porównaniach międzynarodowych, jest przeciętne dalsze trwanie życia.

W oparciu o definicję zdrowia H. Sigerista wyodrębniono dotychczas dwie grupy syntetycznych mierników zdrowotności. Mierniki grupy pierwszej określają spodziewaną zdrowotność, tzn. długość życia w dobrym zdrowiu. Druga grupa mierników określa lukę zdrowotnościową mierzoną utraconymi latami życia.

Summary

All known definitions of health appeal for its individual dimension. Community health is reflected, against expectations, by the measures of ill health, preferably—the incidence of most important diseases (morbidity rates) and mortality rates. Estimate state of health of society, usually measures positive, negative and indirect.

In group of measures positive, defining degree proficiency and correctness of function of individual organ and integrity of organisms, biggest meaning have indices of physical development. Negative measures of health status usually have form of simple morbidity rates or mortality rates. Most important indirect measure of state of health of society is life expectancy. It is valuable in international comparison.

Based on coming from H. Sigerist positive definition of health approach two groups of synthetic health measures of the population can be formulated: measures where expected health of the population i.e. estimates of period of human life spent in good health is considered and measures defining the gap in the health of the population—the most important issue here is to estimate the number of lost years of life.

Literatura

1. Ostasiewicz S.: *Metody oceny i porządkowania ryzyka w ubezpieczeniach życiowych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Wrocław 2000, 14.
2. Ostasiewicz W., Majczak J.: *Utracone lata na Dolnym Śląsku*, [w:] *Śląski Przegląd Statystyczny*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Wrocław 2003.
3. Internet http://www.wprost.pl/ar/?O=84121 [dostęp: 18 listopada 2008].
4. Rosset E.: *Trwanie życia ludzkiego*, Ossolineum, Wrocław 1979.
5. Internet http://archiwum.wiz.pl/1998/98114300.asp [dostęp: 18 listopada 2008].

6. Svensson P.G.: *The Concept of Health. Same Comments from a sociall ScenciePerspective*, „Scandinavian Jurnal of Social Medicine", Linkoping 1980, 28.
7. Jędrychowski W.: *Epidemiologia. Wprowadzenie i metody*, PZWL, Warszawa 1986, 33.
8. Włodarczyk C.: *Prakseologiczny dylemat polityki ochrony zdrowia w Polsce*, Łódź 1988, 106.
9. Wojtyniak B., Goryński P.: *Elementy metodologii określania potrzeb zdrowotnych*, PZH i Mazowieckie Centrum Zdrowia Publicznego, Warszawa 2001, 4.
10. Frąckiewicz-Wronka A.: *Reforma systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji z Unią Europejską (wybrane aspekty zmian)*, Wydawnictwo Uczelniane Akademii Ekonomicznej, Katowice 1998, 32.
11. Karski J.B., Tomaszewska E.: *Teoria i praktyka wzmacniania działań w promocji zdrowia*, Warszawa 1997, 13.
12. Klonowicz S.: *Problemy stanu zdrowia ludności Polski*, [w:] Józefowicz A.: *Demografia społeczna*, PWN, Warszawa 1974, 159.
13. Topór-Mądry R., Gilis-Januszewska A., Kurkiewicz J., Pająk A.: *Szacowanie potrzeb zdrowotnych*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Kraków 2002.
14. Murray Ch.J., Lopez A.D.: *Globalne obciążenie chorobami*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Kraków 2000.
15. Mathers C., Vos T., Stevenson C.: *The Burden of Disease and Injury in Australia*, AIHW, cat. no. PHE 17, Canberra 1999.
16. Internet http://www.konferencja.21.edu.pl/publikacje/4/1/114.pdf [dostęp: 18 listopada 2008].

INFORMACJE O AUTORACH

Łukasz Bednarczyk — lek. med., Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych CM UMK w Bydgoszczy, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza

Grzegorz Bojarski — dr n. med., specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog, Pracownia Kardiologii Inwazyjnej przy Oddziale Kardiologii Szpitala Wojewódzkiego we Włocławku

Joanna Beata Borowiak — dr, adiunkt na Wydziale Pedagogiki Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej we Włocławku, pedagog zdolności i twórczości, nauczyciel przedmiotów artystycznych, działa na niwie społecznej

Tomasz Borowiak — dr w zakresie pedagogiki, dyrektor Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej we Włocławku, specjalista w zakresie metod przyspieszonego uczenia się oraz szybkiego czytania

Jacek Budzyński — dr n. med., specjalista chorób wewnętrznych, gastroenterolog, angiolog, Katedra i Klinika Gastroenterologii, Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych CM UMK w Bydgoszczy, Oddział Kliniczny Chorób i Naczyń Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr.. J. Biziela w Bydgoszczy

Magdalena Grochowska — lek. med., Klinika Kardiologii CM UMK w Bydgoszczy, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Biziela

Beata Haor — dr n. med., dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej we Włocławku

Dorota Kochman — dr n. med., adiunkt na Wydziale Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku

Jacek Kubica — prof. dr hab. n. med., specjalista kardiologii inwazyjnej i chorób wewnętrznych, kierownik Katedry i Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych CM UMK w Bydgoszczy, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza, konsultant wojewódzki ds. kardiologii

Joanna Majczak — dr, adiunkt na Wydziale Nauk Społecznych i Technicznych WSHE we Włocławku

Jadwiga Marciniak — pielęgniarka, przełożona w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej, Szpital Specjalistyczny BARSKA we Włocławku

Edyta Misiak — mgr, położna, pedagog szkolny w Zespole Szkół nr 9, Szkoła Podstawowa nr 22 we Włocławku

Maria Paczkowska — mgr, asystent na Wydziale Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku

Maria Posłuszna-Owcarz — dr n. med., psycholog Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży SPZPS we Włocławku, adiunkt na Wydziale Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku, dyrektor Ośrodka Adopcyjno-Opiekuńczego we Włocławku

Grzegorz Pulkowski — dr n. med., specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog, p.o. ordynatora Oddziału Klinicznego Chorób i Naczyń Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Biziela w Bydgoszczy

Władysław Sinkiewicz — prof. dr hab. n. med., specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog, kierownik II Katedry Kardiologii CM UMK w Bydgoszczy, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Biziela

Wanda Stefańska — dr n. med., adiunkt na Wydziale Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku, sekretarz generalny Włocławskiego Towarzystwa Naukowego

Adam Sukiennik — dr n. med., specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog, zastępca kierownika Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych CM UMK w Bydgoszczy, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza

Eugeniusz Suwiński — dr, adiunkt na Wydziale Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku

Kazimierz Wrzesiński — dr n. med., specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog, ordynator I Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Wojewódzkiego we Włocławku