

ZESZYTY NAUKOWE  
KSW

## Serie wydawnicze KSW

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

Kujawska Szkoła Wyższa  
we Włocławku

---

# ZESZYTY NAUKOWE KSW

Tom XLV

Półrocznik

seria F:  
Nauki o Zdrowiu

zeszyt 4  
Wybrane zagadnienia problematyki zdrowia i choroby



Włocławek 2017

Kolegium redakcyjne  
Adam Wróbel (przewodniczący),  
Jozef Jarab, Bazyli Degórski, Olena Bida, Sadi Saleh Sadiyev,  
Jozef Biełak, Marian Šuráb, Martin Dojčár, Larysa Lukianova,  
Jaroslav Slepecký, Adam Żwirbla

Redaktor tomu  
dr Marek Zieliński

Recenzenci tomu  
dr hab. Małgorzata Hagner-Derengowska  
(Bydgoska Szkoła Wyższa)  
dr hab. Robert Ślusarz  
(Collegium Medicum UMK)  
dr hab. Lidia Marszałek  
(Pedagogium Wyższa Szkoła Nauk Społecznych w Warszawie)

Korekta językowa  
dr Miłosz Kłobukowski

Projekt okładki  
Regina Magier

DTP  
Maciej Kolanowski

© Copyright by Kujawska Szkoła Wyższa  
Włocławek 2017

ISSN 2543-585X

Wydawca  
Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku  
87-800 Włocławek, pl. Wolności 1  
tel. 660 722 691  
[www.ksw.wloclawek.pl](http://www.ksw.wloclawek.pl), e-mail: [biurorektora@ksw.wloclawek.pl](mailto:biurorektora@ksw.wloclawek.pl)

## SPIS TREŚCI

|  |     |
|--|-----|
| Wprowadzenie .....   | 9   |
| <b>Dorota Bąk, Marek Zieliński, Magdalena Charłusz-Zasiewska</b><br>Skuteczność leczenia zachowawczego skoliozy niskostopniowej<br>— opis przypadku .....  | 11  |
| <b>Robert Bielecki</b><br>Edukacyjne konteksty zdrowia o trudnościach definicyjnych zdrowia<br>i kształtowaniu pojmowania jego wartości .....  | 15  |
| <b>Grzegorz Brzuzy</b><br>Edukacja zdrowotna w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością.....   | 35  |
| <b>Magdalena Charłusz-Zasiewska, Marek Zieliński, Dorota Bąk,<br/>Kamila Pasternak-Mnich, Robert Irzmański</b><br>Wpływ rehabilitacji kardiologicznej jako metody leczenia chorych<br>po ostrym zespole wieńcowym..... | 51  |
| <b>Adam Grudzień</b><br>Rola internetu w pozyskiwaniu informacji o zdrowiu — kontekst<br>psychologiczny.....   | 61  |
| <b>Kamila Kalinowska</b><br>Leczenie zimnem w praktyce fizjoterapeuty .....  | 75  |
| <b>Krystyna Parysjanowicz</b><br>Niepełnosprawność w polskiej rzeczywistości. Bariery i przeszkody<br>a może integracja społeczna? (Doniesienie z badań).....  | 85  |
| <b>Anna Pawłowska, Beata Małecka</b><br>Opinia i postawa ludzi młodych i starszych w aspekcie transplantacji<br>narządów .....   | 107 |
| <b>Maria Połusznna-Owcarz, Anna Sobiesiak</b><br>Znaczenie kompetencji osobistych i społecznych rodziców adopcyjnych<br>w kształtowaniu i odbudowywaniu więzi przywiązaniowej u dzieci .....                           | 117 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Barbara Sikora, Anita Ewa Sikora-Szubert</b><br>Rola opieki paliatywno-hospicyjnej w tworzeniu systemu opieki nad chorym u kresu życia ..... | 127 |
| <b>Jolanta Zielińska</b><br>Współpraca fizjoterapeuty z logopedą przy usprawnianiu pacjenta po udarze mózgu .....                               | 147 |
| <b>Marek Zieliński, Dorota Bąk, Magdalena Charłusz-Zasiewska</b><br>Aktywność fizyczna w profilaktyce zdrowotnej osób starszych .....           | 155 |
| <b>Marek Zieliński, Jolanta Zielińska</b><br>Wartość BMI dzieci i młodzieży szkół Włocławka wskaźnikiem zdrowia i zagrożeń zdrowotnych .....    | 169 |
| <b>Barbara Ziółkowska</b><br>Bibliografia zawartości publikacji Kujawskiej Szkoły Wyższej we Włocławku (2016) .....                             | 183 |
| Informacje o autorach .....   | 201 |

## TABLE OF CONTENTS

|  |     |
|--|-----|
| Introduction.....  | 9   |
| <b>Dorota Bąk, Marek Zieliński, Magdalena Charłusz-Zasiewska</b><br>The effectiveness of preventive low-grade scoliosis treatment<br>— case study.....   | 11  |
| <b>Robert Bielecki</b><br>Educational contexts of health on the difficulties of defining health<br>and shaping the understanding of its value .....  | 15  |
| <b>Grzegorz Brzuzy</b><br>Health education in rehabilitation of people with disabilities .....   | 35  |
| <b>Magdalena Charłusz-Zasiewska, Marek Zieliński, Dorota Bąk,<br/>Kamila Pasternak-Mnich, Robert Irzmański</b><br>Effect of cardiac rehabilitation as a treatment for patients with acute<br>coronary syndrome ..... | 51  |
| <b>Adam Grudzień</b><br>The internet's role in acquiring health information — psychological<br>context.....  | 61  |
| <b>Kamila Kalinowska</b><br>Cold therapy in physiotherapist's practice .....   | 75  |
| <b>Krystyna Parysjanowicz</b><br>Disability in Poland. Barriers and obstacles or maybe a social integration?<br>(What researches say about it).....  | 85  |
| <b>Anna Pawłowska, Beata Małecka</b><br>Opinion and attitude of young and old people in the aspect<br>of organ transplants.....  | 107 |
| <b>Maria Połusznna-Owcarz, Anna Sobiesiak</b><br>The importance of personal and social competence of adoptive parents<br>in creating and rebuilding attachment ties at children .....                                | 117 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Barbara Sikora, Anita Ewa Sikora-Szubert</b><br>The role of palliative and hospice care in creating the end-of-life care system .....   | 127 |
| <b>Jolanta Zielińska</b><br>Collaboration of physiotherapist with speech therapist in improving patient after stroke.....                  | 147 |
| <b>Marek Zieliński, Dorota Bąk, Magdalena Charłusz-Zasiewska</b><br>Physical activity in the prevention of the health of the elderly ..... | 155 |
| <b>Marek Zieliński, Jolanta Zielińska</b><br>BMI of children and adolescents of Włocławek as an indicator of health and health risks ..... | 169 |
| <b>Barbara Ziólkowska</b><br>Bibliography of the publishing content of Cuiavian University in Włocławek (2016) .....                       | 183 |
| Information about authors .....  | 201 |

## WPROWADZENIE

Od zarania cywilizacji człowiek manifestował potrzebę i chęć niesienia pomocy innym. Choroba i cierpienie, będące wymiernymi atrybutami życia, zawsze nam towarzyszyły, a przemożna chęć uwolnienia się od nich stwarzała sposobność do leczenia, pielęgnowania i sprawowania opieki. Triada tych powinności na wiele wieków wypełniła podstawowe obszary aktywności człowieka, gdyż dopiero czasy współczesne poszerzyły ten katalog o zadania z zakresu profilaktyki, prewencji i promocji zdrowia. W odróżnieniu od biomedycznego paradygmatu zdrowia i choroby, który skupiał się na czynnikach czysto biologicznych, pomijając inne, takie jak: osobowościowe, społeczne, środowiskowe, oraz minimalizował wpływ człowieka na własne zdrowie, pozostawiając leczenie wyłącznie specjalistom, powstanie paradygmatu holistycznego zwróciło uwagę na różnorodność wymiarów zdrowia i choroby, podkreśliło jedność psychofizyczną każdej osoby, pozwoliło na wskazanie sposobów leczenia najlepiej dostosowanych do jej indywidualnych potrzeb, włączenie otoczenia, a przede wszystkim samego chorego, w proces przejmowania kontroli nad chorobą, odbudowywania zdrowia i zwiększania jego potencjału.

Holistyczna perspektywa zdrowia pozostaje w zgodzie z ujęciem proponowanym przez WHO, która definiuje je jako stan dobrego samopoczucia psychicznego, fizycznego i społecznego, a nie tylko brak choroby, czy niepełnosprawności. Nie ma żadnego zaburzenia somatycznego, biologicznego, w którego powstaniu, diagnozie, przebiegu i terapii nie miałyby udziału procesy psychiczne, społeczne i duchowe, bowiem człowiek jest jednością biopsychospołeczną. Należy szczególnie podkreślić, iż zmiany cywilizacyjne (poszerzanie się chorób cywilizacyjnych), społeczne (starzenie się społeczeństwa), technologiczne (nowe urządzenia rehabilitacyjne i leki) zmuszają do poszukiwania nowych sposobów leczenia i rehabilitacji na gruncie interdyscyplinarnym, co wymusza coraz ściślejszą współpracę pomiędzy specjalistami z różnych dziedzin i zawodów.

Aspekty holistycznego podejścia do zdrowia człowieka rozumianego jako całości, czyli systemu ściśle powiązanych ze sobą narządów ciała i psychiki, wzajemnie wpływających na swoje funkcjonowanie, zaprezentowano w kolejnym „Zeszyte Naukowym KSW” z serii „Nauki o Zdrowiu”. Niniejszy zeszyt zawiera materiały, które przedstawiają wielodyscyplinarną, złożoną problematykę zdrowotną współczesnego człowieka obejmującą: zaburzenia więzi we wczesnym dzieciństwie i wskazanie możliwości ich kompensacji w warunkach rodziny adopcyjnej, zaburzenia masy ciała u dzieci i młodzieży oraz ich późniejsze konsekwencje zdrowotne, istotę leczenia zachowawczego skrzywień

kręgosłupa u dzieci i młodzieży, leczenie zimnem w praktyce fizjoterapeuty, znaczenie edukacji zdrowotnej u osób z niepełnosprawnością, wpływ rehabilitacji kardiologicznej jako metody leczenia z wyboru chorych po ostrym zespole wieńcowym, podkreślenie kompleksowości terapii pacjenta po udarze mózgu, przedstawienie funkcjonowania osób w wieku podeszłym oraz wskazanie elementów modelu opieki nad chorym u kresu życia, analiza opinii i postawy ludzi młodych i starszych na temat transplantacji narządów oraz analiza wiedzy studentek pielęgniarstwa na temat profilaktyki raka szyjki macicy, ukazanie roli internetu jako narzędzia, które coraz częściej wykorzystywane bywa w celach medycznych.

Autorami opracowań są nauczyciele akademicy Wydziału Nauk o Zdrowiu Kujawskiej Szkoły Wyższej we Włocławku a także ich współpracownicy. Wśród pracowników naukowo-dydaktycznych znajdują się przedstawiciele licznych zawodów: lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, rehabilitanci, psychologowie, pedagodzy, logopedzi, co samo przez się jest potwierdzeniem wielowymiarowości problematyki zdrowotnej. Istotne jest także położenie przez autorów nacisku na profilaktykę, edukację i promocję zdrowia w różnych obszarach jako najskuteczniejszych działań zmierzających do poprawy zdrowotności społeczeństwa.

*dr Marek Zieliński*  
*dr Maria Połuszna-Owczarz*

*Dorota Bąk*

(Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku, Prywatny Gabinet Rehabilitacyjny)

*Marek Zieliński, Magdalena Chartusz-Zasiewska*

(Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku)

## SKUTECZNOŚĆ LECZENIA ZACHOWAWCZEGO SKOLIOZY NISKOSTOPNIOWEJ — OPIS PRZYPADKU

Słowa kluczowe: skolioza niskostopniowa; leczenie zachowawcze

### THE EFFECTIVENESS OF PREVENTIVE LOW-GRADE SCOLIOSIS TREATMENT — CASE STUDY

Key words: low-grade scoliosis; preventive treatment

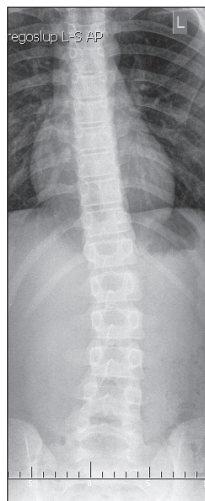
## Wprowadzenie

Skoliozę można zdefiniować jako jedno lub więcej bocznych skrzywień kręgosłupa, z rotacją lub bez rotacji kręgów głównie powstałych w okresie wzrostu człowieka. Skuteczność leczenia fizjoterapeutycznego bocznych skrzywień kręgosłupa wymaga postępowania analitycznego, indywidualnego i wybiórczego w każdym przypadku. Indywidualna terapia zapewnia większą możliwość zastosowania stabilizacji manualnej kręgosłupa w trzech płaszczyznach przy jednoczesnej jego elongacji, a to przekłada się na lepsze efekty korekcyjne.

## Opis przypadku

Mateusz, lat 12 (urodzony w 2002 r.), zgłosił się wraz z ojcem do gabinetu gimnastyki korekcyjnej w celu leczenia bocznego skrzywienia kręgosłupa. Opis zdjęcia rentgenowskiego z 24 marca 2014 r. przedstawiał się następująco:

Niewielkie dwułukowe lewoboczne skrzywienie I° lędźwiowego odcinka kręgosłupa. Talerze biodrowe ustawione symetrycznie. Brak spojenia łuków segmentów górnych kości krzyżowej — anomalia rozwojowa.



Rycina 1. Radiogram z 24 marca 2014 r.

Źródło: Archiwum własne

## Badanie fizjoterapeutyczne

Badanie przez fizjoterapeutę wykazało:

- asymetrię barków i łopatek w płaszczyźnie czołowej;
- ograniczenie ruchomości w obrębie obu stawów ramiennie-barkowych (w teście ściennym Degi);
- zablokowanie stawu krzyżowo-biodrowego po stronie lewej (w teście kółców i Derbolowskiego);
- dodatni test Tomayera (palcę–podłoga);
- obustronny przykurcz mięśni kulszowo-goleniowych;
- ograniczenie ruchomości odcinka lędźwiowego kręgosłupa (w teście Schobera);
- lekką szpotawość kolan;
- stopy płaskie;
- wadliwą postawę w płaszczyźnie strzałkowej (protrakcja głowy, pochylenie barków, brak zachowania linii stabilności).

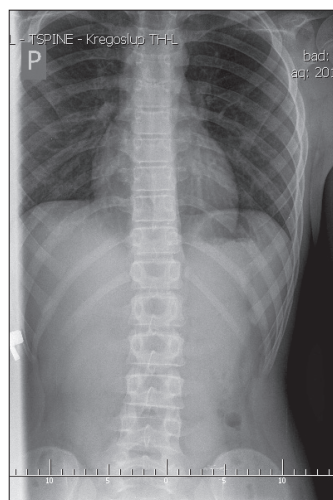
Po ocenie klinicznej można było podejrzewać większy stopień skrzywienia kręgosłupa, niż przedstawiało zdjęcie rtg. Podczas wywiadu wypłynęły informacje o małej ilości ruchu oraz długim przebywaniu w ciągu dnia przed komputerem i telewizorem.

## Leczenie

Na początku terapii skupiono się na przywróceniu prawidłowych zakresów ruchu w stawach ramiennie-barkowych, kręgosłupie, obręczy biodrowej i kończyn dolnych poprzez zastosowanie metod poizometrycznej relaksacji mięśni i *stretchingu*. Ważnym elementem było wyuczenie przyjmowania prawidłowej postawy ciała podczas stania i w pozycjach siedzących, w czasie nauki, oglądania telewizji i przed komputerem. Z powodu trudności w wyegzekwowaniu zaleconych pozycji w domu, rodzice ograniczyli Mateuszowi ilość spędzanego czasu przed telewizorem i komputerem na rzecz aktywności ruchowej.

Po osiągnięciu prawidłowych długości mięśni (potwierdzone testami: test ścienny Degi, Schobera, Thomasa, Mackiewicza, końca palca dla grupy mm kulszowo-goleniowych, Tomayera oraz test na długość mięśni czworobocznych łądźwi) zastosowano ćwiczenia czynne asymetryczne, elongacyjne w pozycjach izolowanych, ze względu na stwierdzoną w rtg. anomalię rozwojową kręgow. Dodatkowo zalecono naukę pływania z instruktorem na basenie, a następnie regularne pływanie z przewagą stylu grzbietowego. Rodzice zapewnili Mateuszowi indywidualną gimnastykę korekcyjną i pływanie w wymiarze jednej godziny raz w tygodniu.

Opis lekarza radiologa zdjęcia rentgenowskiego z 29 września 2015 r. brzmiał: „Na wykonanym radiogramie kręgosłup piersiowo-łądźwiowy bez uchwytanych zmian”. Lekarz specjalista rehabilitacji medycznej w poradni rehabilitacyjnej zalecił kontynuację ćwiczeń korekcyjnych do osiągnięcia pełnej dojrzałości kostnej. Następne zdjęcie rentgenowskie zaplanowano przy kolejnej wizycie kontrolnej jesienią 2017 r.



Rycina 2. Radiogram z 29 września 2015 r.

Źródło: Archiwum własne.

## Wnioski

1) Leczenie zachowawcze bocznych skrzywień kręgosłupa powinno być poprzedzone wnikliwą diagnostyką fizjoterapeutyczną i badaniem obiektywnym w postaci zdjęcia rtg.

2) Przed przystąpieniem do ćwiczeń korekcyjnych muszą być przywrócone prawidłowe zakresy ruchu w stawach i długości mięśni.

3) Właściwie dobrane indywidualne ćwiczenia okazują się skuteczne w leczeniu bocznych skrzywień kręgosłupa.

4) Nieodzownym elementem powodzenia terapii jest eliminacja złych nawyków i wdrożenie właściwych poprzez wyuczenie przyjmowania prawidłowej postawy ciała w czynnościach dnia codziennego.

5) Rodzice muszą współuczestniczyć w egzekwowaniu i realizacji zaleceń fizjoterapeuty.

### Streszczenie

Wczesna, poprzedzona dogłębną diagnostyką, indywidualna terapia skolioz jest skutecznym sposobem leczenia zachowawczego skrzywień kręgosłupa. Ważnym elementem w postępowaniu fizjoterapeutycznym pozostaje edukacja rodziców i wdrożenie nawyków przyjmowania prawidłowej postawy ciała przez dziecko. Łącznie ze zwiększeniem aktywności ruchowej i ograniczeniem sedentarnego trybu życia zapobiega pogłębianiu się zmian i przywraca prawidłową oś kręgosłupa.

### Summary

Early and preceded by thorough diagnostics, individual scoliosis therapy is an effective way of preventive lateral spinal curvature treatment. The education of parents and habits implementation of taking on correct posture are important elements in therapeutic proceedings. In conjunction with increased motor activity and restriction of sedentary life style, they prevent subsequent progression of the disease and restore correct axis of the spine.

### Piśmiennictwo

Buckup K., *Testy kliniczne w badaniu kości, stawów i mięśni*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.

Lewit K., *Terapia manualna w rehabilitacji chorób narządu ruchu*, ZL Natura, Kielce 2001.

Nowotny J., *Edukacja i reedukacja ruchowa*, Wydawnictwo Kasper, Kraków 2003.

Petty N.J., *Badanie i ocena narządu ruchu. Podręcznik dla fizjoterapeutów*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010.

Sastre F.S., *Metoda leczenia skolioz, kifoz i lordoz*, Markmed Rehabilitacja s.c., Ostrowiec Świętokrzyski 2009.

Wilczyński J., *Korekcja wad postawy człowieka*, Wydawnictwo Anthropos, Starachowice 2001.

*Robert Bielecki*

(Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku)

EDUKACYJNE KONTEKSTY ZDROWIA  
O TRUDNOŚCIACH DEFINICYJNYCH ZDROWIA  
I KSZTAŁTOWANIU POJMOWANIA JEGO WARTOŚCI

Słowa kluczowe: edukacja; wartości; wielowymiarowość; zdrowie; choroba; salutogeneza; patogeneza; holistyczny; modele edukacyjne

EDUCATIONAL CONTEXTS OF HEALTH  
ON THE DIFFICULTIES OF DEFINING HEALTH  
AND SHAPING THE UNDERSTANDING OF ITS VALUE

Key words: education; values; multidimension; health; disease; salutogenesis; pathogenesis; holistic; educational models

*Ludzie błagają Boga o zdrowie.  
Nikt jednak ze śmiertelników nie myśli,  
że zachowanie zdrowia leży w jego własnych rękach.*

Demokryt z Abdery

*Szlachetne zdrowie, nikt się nie dowie,  
jako smakujesz, aż się zepsujesz.*

Jan Kochanowski

## Wprowadzenie

Rozpoczynając artykuł powyższymi cytatami, należy zwrócić uwagę na wyłaniającą się z nich i ciągle aktualną prawdę o charakteryzującej ludzi ignorancji w zakresie zdrowia. Ignorancji trwającej od wieków mimo wielu dowodów i głosów nawołujących do zmiany perspektywy postrzegania tego aspektu życia. Pierwszy cytat ukazuje ignorancję, której konsekwencją jest zrzeczenie

się odpowiedzialności, a co za tym idzie, pewnego zakresu wpływu na kształtowanie poziomu swojego zdrowia. Drugi mówi o ignorancji, której konsekwencją jest nieświadomość wartości, jaką stanowi zdrowie w życiu człowieka. Efektów tak rozumianego i prowadzonego zdrowia możemy się bez trudu domyślić.

Z drugiej strony można wskazać dwie płaszczyzny powszechnego zainteresowania zdrowiem: amatorską i zawodową. Na gruncie tej pierwszej zdrowie to prawdopodobnie jeden z najczęstszych tematów codziennych rozmów. Bardziej lub mniej świadomie ludzie nawiązują często do zdrowia, pytając kogoś: „jak tam zdrowie?“, żegnając się, życząc innym zdrowia i prosząc, aby kogoś od nas pozdrowili, wznosi się toast, mówiąc: „na zdrowie!” itp. Patrząc natomiast z perspektywy zawodowej, należy zauważyć, że nauki medyczne dysponują obecnie ogromną bazą wiedzy na temat organizmu człowieka i potrafią z niespotykaną dotąd dokładnością wyjaśniać zachodzące w nim procesy.

Niepokojące pozostają dwie kwestie. Po pierwsze, dysonans sugerujący niezgodność między deklaracją i realizacją wartości, jaką jest zdrowie. Po drugie, brak zgody co do jasnej odpowiedzi na pytanie: „czym jest zdrowie?”. Trudno zdefiniować pojęcie, które jest uwarunkowane tak wieloma czynnikami i zmiennymi. Jednak z punktu widzenia kształtującego właściwe pojmowanie i budowanie zdrowia, rzetelna i coraz bliższa prawdy odpowiedź jest niezwykle cenna. Dlatego pytania te wciąż nurtują profesjonalnych myślicieli i praktyków z zakresu zdrowia i edukacji, żywiących nadzieję ciągłego uskuteczniania modelu edukacji zdrowotnej.

Problematyka zdrowia rozpatrywana z edukacyjnego punktu widzenia wymaga uzupełnienia o inne, pozamedyczne, perspektywy. Potrzebne jest spojrzenie różne od tradycyjnego, medycznego, które koncentrowało się głównie na leczeniu chorób, a nie na zapobieganiu im<sup>1</sup>. Utrzymanie lub poprawa zdrowia wymaga integracji perspektywy psychospołecznej z postępowaniem medycznym. Współcześnie zdrowie bywa postrzegane jako zasób, komponent życia codziennego, który umożliwia ludziom dokonywanie wyborów i osiągnięcie satysfakcji z egzystencji. W podstawowym i dynamicznym ujęciu na zdrowie wpływają okoliczności indywidualnego życia, kultura i wiara oraz społeczne, ekonomiczne i fizyczne aspekty środowiska<sup>2</sup>. Z korzyścią dla edukacji zdrowotnej można w ostatnich kilkunastu latach zaobserwować wzrost zainteresowania tymi kwestiami. Należy zatem bliżej przyjrzeć się zasygnalizowanym trudnościom w rozumieniu i kształtowaniu problematyki zdrowia.

<sup>1</sup> H. W o r a c h - K a r d a s, *Stan zdrowia ludności i jego uwarunkowania*, [w:] „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi” 2000, 6: *Zdrowie*, pod red. N. O g i Ń s k i e j - B u l i k, H. W o r a c h - K a r d a s, s. 12.

<sup>2</sup> H. W i e j a, *Tajemnice pełnego zdrowia. Zdrowie i medycyna*, Warszawa 1995.

## Stymulująco-hamująca przestrzeń historycznego formułowania się myślenia o zdrowiu

Przeszłość dostarcza wielu dowodów na to, że człowiek już od najdawniejszych czasów wiedział, iż jednym z najważniejszych czynników umacniających jego pozycję w przyrodzie jest zdrowie. Za truizm należy uznać stwierdzenie, jakoby człowiek mógł dowolnie kreować samego siebie i własne środowisko, będąc kowalem własnego losu, ale ewoluująca przez wieki myśl o zdrowiu pozwala coraz lepiej rozumieć zależności występujące między zdrowiem a całą resztą wielowymiarowego życia, mówiąc ogólnie. Historyczna perspektywa postrzegania zdrowia jako powoli budującej się kategorii w świadomości społecznej była równocześnie hamulcem i motorem do jego zrozumienia, ponieważ reorganizacja w rozumieniu tego pojęcia pozostaje integralnie związana z postępem myśli ludzkiej. Warto na początek pokrótce prześledzić wątek historyczny przekształcającej się myśli o zdrowiu.

Związek zdrowia z życiem był najbardziej widoczny w pradziejach, gdy warunkował funkcjonowanie jednostki w hordach zbieracko-łowieckich. Jedynie zdrowi osobnicy mogli żyć i reprodukować, chorzy byli eliminowani. Wtedy świadomość zdrowia jako wartości rudymen tarnej kształtowana była przez uznanie u jednostki jej życiowych przymiotów i zdolności, tj. możliwości oddychania, przeżuwania, wydalania, powielania w aktach seksualnych<sup>3</sup>.

Zdrowie jako jedną z najcenniejszych wartości ludzkiego życia doceniano już w starożytności i, odróżniając je od choroby, wszelkimi sposobami dążono do jego zachowania. Już wtedy tworzono podwaliny pod wiedzę medyczną, a poglądy i dokonania ówczesnych lekarzy i pedagogów zapisały się na trwałe w historii. Na przykład Platon wskazywał, że zdrowie jest dobrem najważniejszym przed urodą i bogactwem<sup>4</sup>, a Hipokrates radził, że należy badać wszystko, co jest pożyteczne, na podstawie sposobu życia ludzi jeszcze zdrowych<sup>5</sup>. Wydaje się to dobrze wpisywać w nurt współczesnej edukacji zdrowotnej, w której duży nacisk kładzie się na hasło: „Twoje zdrowie w twoich rękach”. Kształtowanie własnego ciała, ale i duszy, taki ideał i rozumienie zdrowia — któremu Platon nadał miano *kalokagathia* — realizowany był szczególnie przez Greków. Możemy więc odnotować początek kształtowania się pojęcia zdrowia i jako pierwszy okres wskazać czas od opublikowania *Corpus Hippocraticum* (440–350 p.n.e.) do Klaudiusza Galena (130–200 n.e.), który

---

<sup>3</sup> K. Jarkiewicz, *Być zdrowym (między realizmem medycznego dyskursu a autonomizmem ujęcia antropologii)*, [w:] *Edukacyjne przestrzenie zdrowia*, pod red. Z. Marka, M. Madej-Babuli, Kraków 2009, s. 31.

<sup>4</sup> J. Bielski, E. Błada, *Zdrowie i kultura fizyczna na przestrzeni dziejów*, Kraków 2014, s. 9.

<sup>5</sup> E. Bulicz, I. Murawow, *Wychowanie zdrowotne. Teoretyczne podstawy waleologii*, Radom 1997, s. 18.

twierdził, że zdrowie to stan, w którym nie odczuwamy bólu, a codzienna aktywność życiowa nie ulega zahamowaniu<sup>6</sup>.

Pojmowanie zdrowia przechodziło metamorfozy i było uzależnione od zmieniającego się postrzegania ciała. Okres od upadku Cesarstwa Rzymskiego do końca XV w. jest czasem degradacji kultury związanej ze zdrowiem. Rygorizm religijny deprecjonował dbałość o zdrowie jako rzecz niezgodną z celami życiowymi człowieka średniowiecznego<sup>7</sup>. Ascetyzm i negacja nawyków higienicznych prowadziły do zaniku troski o zdrowie. Grzeszne ciało stało się balastem dla duszy. Przestały funkcjonować instytucje kształcenia oraz system opieki zdrowotnej z ery cywilizacji starożytnej. Dopiero w XIII w. wydany w szkole medycznej w Salerno zbiór porad *Regimen sanitatis Salernitanum* przyczynił się do rozpowszechnienia wskazówek na temat przestrzegania na co dzień higieny i profilaktyki<sup>8</sup>. W okresie tym rozumienie pojęcia zdrowia nie mogło ewoluować, ponieważ choroby traktowano jako karę za grzechy, a rozwiązaniem mogły być przede wszystkim modlitwy przebłagalne, umartwienia i posty. Lokowanie przyczyn choroby poza sferą podlegającą jakiegokolwiek weryfikacji nie może być impulsem do poszukiwania lepszego rozumienia zdrowia.

Okres renesansu ze swoimi ideałami nawiązującymi do antycznych zasad wszechstronnego rozwoju człowieka dawał nadzieję na „rehabilitację” postrzegania zdrowia i zwrot od retoryki „nikczemnego ciała” do retoryki „w zdrowym ciele zdrowy duch”<sup>9</sup>. Nie potępiano już sprawy zdrowia i ponownie zaczęto akcentować jego znaczenie w działaniach pedagogicznych<sup>10</sup>, a renesansowi myśliciele, wypowiadając się na jego temat, nie odbiegali poglądami od czołowych europejskich humanistów. Choć w epoce tej nadal występowały poważne zagrożenia wynikające z niskiego poziomu higieny, jednak nastąpiły pozytywne zmiany w pojmowaniu i traktowaniu ciała oraz aktywności ruchowej wynikające z przypisania im dużego znaczenia w utrzymaniu zdrowia.

Z kolei w epoce oświecenia, gdy empiryzm i racjonalizm zagościły na dobre w pejzażu rozwijającego się przemysłu, nędzy proletariatu i chorób zakaźnych, zapoczątkowano liczne reformy i zmiany organizacyjne w ochronie zdrowia, równocześnie angażując państwo do odpowiedzialności za zdrowie i warunki higieniczne ludności. Dzięki KEN<sup>11</sup> zapoczątkowano wychowanie zdrowotne w Polsce, wprowadzając idee zdrowotno-higieniczne<sup>12</sup> do szkolnic-

<sup>6</sup> J. Bielski, E. Błaża, *Zdrowie i kultura fizyczna...*, s. 9.

<sup>7</sup> Tamże, s. 69.

<sup>8</sup> Tamże, s. 68.

<sup>9</sup> Fraza użyta w satyrach rzymskiego poety Juwenalisa: „*Mens sana in corpore sano*”.

<sup>10</sup> Zapoczątkował to Erazm z Rotterdamu w rozprawie *O planie nauczania*.

<sup>11</sup> Komisja Edukacji Narodowej — centralny organ władzy oświatowej, powołany na mocy uchwały Sejmu z 14 października 1773 r.

<sup>12</sup> Jan Amos Komeński w *Wielkiej dydaktyce* i innych dziełach dużo miejsca poświęcał problematyce zdrowia. Głosił, że jednym z celów edukacyjnych jest wychowanie zdrowego człowieka.

twa<sup>13</sup>. Wszystko to tworzyło lepszy klimat do podjęcia próby pełniejszego rozumienia zdrowia.

Dzięki rozwojowi metod badawczych z zakresu mikrobiologii, fizjologii czy chemii człowiek dziewiętnasto- i dwudziestowieczny mógł dokładniej poznać czynniki chorobotwórcze i ich zagrożenia dla zdrowia. Wielkie miasta Europy zmieniały swoje oblicze, budowa kanalizacji i wodociągów obniżyła wskaźnik umieralności i zapadalności na choroby zakaźne. Tego typu przemiany sprzyjały stawianiu pytań, np. o to, jakie są uwarunkowania zdrowia i czym właściwie ono samo jest? Pierwszą połowę XX w. można by określić mianem „ery medycznej”, gdyż opieka zdrowotna zdominowana była przez medycynę allopatyczną. Dziś uprzemysłowione kraje Europy wkraczają w erę postmedyczną, kiedy to zdrowie bywa naruszane przez pewne style życia<sup>14</sup>. Medycyna rozwija się w kierunku działań profilaktycznych, wyzwalających cały zestaw czynności, np. nieustanne kontrolowanie przez jednostkę fizycznych wskaźników własnego organizmu. Rośnie również ranga oddziaływań wychowawczych na ludzi w celu podnoszenia ich poziomu świadomości zdrowotnej.

Zdrowie i nierozzerwalnie związana z tym zjawiskiem choroba fascynowały ludzi we wszystkich epokach. Od najdawniejszych czasów człowiek dążył do odkrycia sił i dróg umożliwiających osiągnięcie jak najdłuższego życia we względnym zdrowiu. Jednak zjawiska te na przestrzeni wieków rozumiano na różne sposoby, a podstawę do interpretacji zawsze stanowiły: obowiązująca w danej epoce myśl filozoficzna oraz wiedza o celu i sensie życia, o istocie człowieczeństwa oraz o jego związkach z otaczającym światem<sup>15</sup>. Korzenie świadomości współczesnego pojmowania medycyny i zdrowia nastawionego na wysoki poziom medykalizacji tkwią w XVI w. Nasilenie funkcjonowania modelu, który stawiał naprzeciw siebie dwa podmioty, z których jednym jest lekarz, natomiast drugim — już nie pacjent, lecz obiektywnie pojmowana choroba, nastąpiło w XIX i XX w.<sup>16</sup> Tego typu podejście umacnia wymiar patocentryczny, nie oscylujący w stronę świadomego zwiększania odpowiedzialności jednostki za prozdrowotny styl życia. Obecnie jednak rozumienie zdrowia można rozpatrywać w postaci dymensji od wymiaru patocentrycznego do salutocentrycznego.

Przesunięcie rozumienia zdrowia w kierunku wymiaru salutocentrycznego otwiera pole edukacyjne na niezwykle ważną kwestię odpowiedzialności za zdrowie. Charakter i skuteczność działań w obrębie zdrowia jest w dużej mierze

---

Do innych światowych myślicieli zajmujących się zagadnieniami zdrowia należeli m.in.: John Locke, Helwecjusz, Johannes Bernhard Basedow, Christian Gotthilf Salzmann.

<sup>13</sup> J. Bielski, E. Błada, *Zdrowie i kultura fizyczna...*, s. 83–85.

<sup>14</sup> Tamże, s. 153.

<sup>15</sup> M. Kowalski, *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu*, [w:] *Zdrowie. Wartość. Edukacja*, pod red. M. Kowalskiego, A. Gaweł, Kraków 2006, s. 15.

<sup>16</sup> B. Płonka-Syroka, *Wstęp*, [w:] *Choroba jako zjawisko społeczne i historyczne*, pod red. B. Płonki-Syroki, Wrocław 2001, s. 6.

uzależniony od położonego akcentu, którego ciężar walki o zdrowie może spoczywać na instytucjach opieki medycznej lub na realizacji zdrowego stylu życia. Dotychczas zwykło się uważać, że zdrowie jest problemem wyłącznie medycznym i jedyną grupą zawodową, która powinna troszczyć się o jego dobrą kondycję, pozostaje służba zdrowia<sup>17</sup>. Problematyka zdrowia obecnie nie należy już do jednej tylko dyscypliny naukowej, jak to się mogło jeszcze do niedawna wydawać. Fakt, że to medycyna zajmuje się chorobami, nie oznacza, że jest ona najodpowiedniejszą z nauk powołanych do zajmowania się zdrowiem<sup>18</sup>. Polidyscyplinarność ujęcia problematyki pozwala wykroczyć poza ujęcie medyczne i odsłania szeroką perspektywę, w której zdrowie i choroba poprzez różne kombinacje i proporcje oddziaływania wielu czynników współbrzmiają na zasadzie *coincidentia oppositorum*.

Reasumując powyższy krótko zarysowany historyczny wątek obejmujący okres od starożytności do czasów współczesnych, warto podkreślić, że:

- koncepcje powstałe w ciągu wieków przenikały się nawzajem;
- historia wychowania zdrowotnego rozpoczyna się wraz z pojawieniem się form nauczania i wychowania;
- wzorce zdrowia zmieniały się na przestrzeni wieków.

Powolne kształtowanie się pojęcia zdrowia stawało się coraz bardziej „zrelatywizowane i zindywidualizowane”, pogłębiała się autonomia jednostki, a nawet intymność w tej sferze<sup>19</sup>.

## Współczesne definiowanie zdrowia, czyli kłopotów ciąg dalszy

Pojęcie zdrowia nie jest ani proste, ani niezmienne. Od takiej tezy należałoby rozpocząć dalsze rozważania. Wydawać by się mogło, biorąc pod uwagę poziom obecnej wiedzy, że nie powinno być z tym już większych kłopotów. Jednakże okazuje się ono nie tylko mieć innym charakter dla każdego człowieka, ale również stanowi pojęcie, które na przestrzeni wieków wywoływało niekończące się spory teoretyczne<sup>20</sup>. Ciągłe przekonujemy się, jak złożone są koncepcje dotyczące zdrowia oraz z jak wielu punktów widzenia należy je rozpatrywać. Sprawa jest o tyle istotna, że definiowanie określonego pojęcia implikuje konkretne rozwiązania praktyczne. W tym przypadku chodzi o definiowanie zdrowia,

<sup>17</sup> M. Madej-Babuła, *Słowo wstępne*, [w:] *Edukacyjne przestrzenie zdrowia...*, s. 11.

<sup>18</sup> I. Kropińska, *Przekonania zdrowotne w poszukiwaniu perspektywy pedagogicznej*, Bydgoszcz 2000, s. 7.

<sup>19</sup> G. Vigarello, *Historia zdrowia i choroby. Od średniowiecza do współczesności*, Warszawa 1997, s. 7.

<sup>20</sup> M. Blaxter, *Zdrowie*, Warszawa 2009, s. 8.

a więc w konsekwencji konkretne rozwiązania w zakresie budowanych modeli edukacji zdrowotnej.

Problemy z jasnym, zwartym, precyzyjnym i adekwatnym zdefiniowaniem pojęcia zdrowie, wynikają z podstawowej trudności, jaką stanowi określenie, czym jest zdrowie? Próby dotarcia do odpowiedzi wikłają myślenie w przyjmowanie pewnych kryteriów mających wyznaczać określone ramy cech, funkcji, czy stanów zdrowia i choroby.

Jedną z możliwości definiowania jest potraktowanie zdrowia jako normy. Propozycja bardzo kusząca, wystarczy wyznaczyć przedział, czy granicę określającą przejście między zdrowiem a chorobą i sprawa rozwiązana. Nic bardziej mylnego, ponieważ przy dokładniejszym namyśle pojawiają się wątpliwości, co do samego określenia normy. Jakie określenie normy przyjąć? Czy normę rozumieć jako: średnią, centralną w rozkładzie, najczęstszą wartość czy optymalną? I kolejne pytanie, dla kogo przyjąć normę? Rozumieć ją jako wartość idealną, czy wartość dla określonej populacji<sup>21</sup>? Przecież nie każde odstępstwo od normy jest czymś niewłaściwym. Prosty przykład, jeśli twoje IQ wynosi 100, mieścisz się w normie. Jeśli wynosi 140, odbiegasz od normy<sup>22</sup>.

Inną propozycją definiowania jest potraktowanie zdrowia jako nieobecności choroby. Znowu kuszące i, wydawałoby się, proste rozwiązanie. Można stwierdzić, że zdrowi to ci, którzy nie znajdują się w sytuacji biologicznie niekorzystnej. Jednak takie założenie generuje kolejną trudność. Jak zdefiniować niekorzystną sytuację biologiczną? Jeżeli przyjmujemy za taką np. krótsze życie, to jak wytłumaczyć *casus* chorujących psychicznie, u których nie znaleziono żadnych nieprawidłowości fizjologicznych odpowiadających za ich stan, i u których równocześnie nie zauważono niekorzystnego wpływu choroby na długość życia<sup>23</sup>? Czy wobec tego można takie osoby uznać za w pełni zdrowe?

Kolejną propozycją definiowania jest potraktowanie zdrowia jako funkcji. W myśl tej propozycji zdrowym jest ten, kto okazuje się dobrze przystosowany do środowiska i może skutecznie wchodzić w interakcję z nim. W tym kontekście choroba oznacza niepowodzenia adaptacyjne i niezdolność do osiągnięcia zamierzonych celów. Takie pojmowanie stwarza pewne paradoksy. Jak zauważa Edmund L. Erde: „Jeśli przyjąć taką definicję zdrowia, fakt zaklinowania się w drzwiach należałoby automatycznie uznać za równoważne z byciem chorym”<sup>24</sup>. Kategoria osiągania zamierzonych celów jest czymś względnym i nieprecyzyjnym, a tym samym trudnym do zastosowania jako definicja zdrowia. Bliżej w tym ujęciu do określenia sprawności fizycznej, która nie wyczerpuje zagadnienia zdrowia, a może być jedynie jego częścią składową. Nieprecyzyjność

---

<sup>21</sup> Tamże, s. 10.

<sup>22</sup> Tamże, s. 11.

<sup>23</sup> Tamże, s. 12.

<sup>24</sup> E. Erde, *Philosophical Considerations Regarding Defining 'Health', 'Disease', etc. and Their Bearing on Medical Practice, 'Ethics in Science & Medicine'* 1979, 6, s. 31–48.

tego definiowania szczególnie dobrze widać na przykładzie osób niepełnosprawnych fizycznie, sensorycznie lub umysłowo, gdyż pozostaje sprawą oczywistą, że każdy rodzaj upośledzenia może upośledzać w mniejszym lub większym stopniu w zależności od otoczenia: istnieją środowiska, które upośledzają, a nie upośledzeni ludzie<sup>25</sup>.

Dodatkową komplikację w definiowaniu może stanowić problem: czy zdrowie rozważać jako stan (coś aktualnego), czy jako status (coś długoterminowego)? Dylemat ten zobrazuje poniższy krótki dialog:

— Jak się masz?

— Cóż, jestem przeziębiony, ale ogólnie rzecz biorąc, jestem zdrow jak ryba<sup>26</sup>.

Choć status to długoterminowy atrybut zdrowia, to może ulec szybkiej zmianie, a stan, choć z założenia krótkoterminowy, może przerodzić się w status.

Jak widać, proste i zwięzłe określenie, czym jest zdrowie, okazuje się niełatwe, a podejmowane w tym celu próby „zmierzenia” go, są trudniejsze niż mogłoby się wydawać. Możemy wyznaczyć wiele tzw. „dowodów” zdrowia i kategorii je porządkujących, ale nadal nie uzyskamy jednoznacznej odpowiedzi na pytanie: „w jakim stopniu jestem zdrowy?” Próba obiektywnego spojrzenia na zdrowie wymaga uwzględnienia wszystkich omawianych elementów z opisującymi je składowymi, działając zgodnie z założeniem Arystotelesa, że całość jest czymś więcej niż sumą części. Zdrowie nie jest po prostu nieobecnością negatywnych składników poszczególnych kategorii. Przyjrzyjmy się zatem wybranym próbom formalnego ujęcia zdrowie, zaczynając od tych najstarszych, a kończąc na współczesnych.

Definiowanie zdrowia trwa od ponad dwóch tysięcy lat i w tym czasie do tego problemu odnosiło się wielu myślicieli<sup>27</sup> reprezentujących medyczne, jak i pozamedyczne dyscypliny naukowe. Doliczono się ponad trzystu definicji zdrowia. Wskazuje to równocześnie na ważność i potrzebę zgłębiania problemu, ale i na fakt, że każda kolejna definicja nie jest zadowalająca. Poniżej — wybrane odniesienia.

Ojciec medycyny europejskiej, Hipokrates z Kos, określał zdrowie jako dobre samopoczucie zależne od równowagi pomiędzy tym, co człowieka otacza, a indywidualnym sposobem życia wyrażającym się specyfiką diety, zwyczajami seksualnymi, czy rytmem pracy i odpoczynku<sup>28</sup>. W tym ujęciu zauwa-

<sup>25</sup> M. B l a x t e r, *Zdrowie...*, s. 16.

<sup>26</sup> Tamże, s. 24.

<sup>27</sup> Np.: Hipokrates, Platon, Francis Bacon, Mercurialis, Joachim Struppius, Vittorino da Feltre, Jan Amos Komeński, John Locke, Bernhard Christoph Faust, Johann Heinrich Pestalozzi, Herbert Spencer, Max Joseph von Pettenkofer, Grzegorz Piramowicz, Jędrzej Śniadecki, Tadeusz Żuliński, Stanisław Markiewicz, Stanisław Kopczyński, Henryk Jordan, Maciej Demel.

<sup>28</sup> A. G a w e ł, *Pedagogzy wobec wartości zdrowia*, Kraków 2003, s. 55.

żyć można jako kryterium ogólne odniesienie do poziomu samopoczucia z równoczesnym wskazaniem na czynniki je warunkujące, którymi są przyroda oraz indywidualny styl życia. Natomiast dla Platona zdrowie stanowiło funkcję doskonalenia stylu życia oraz kulturowej relatywizacji diety<sup>29</sup>.

O ile w średniowieczu zdrowie utożsamiano ze zdolnością do znoszenia chorób, a zalecane zasady higieny uzasadniane były teologiczną interpretacją ciała jako naczynia duszy, to już w okresie odrodzenia problem ten ujmowany był w oderwaniu od kontekstu religijnego i uwzględniał indywidualną odpowiedzialność człowieka za jego utrzymanie. Przykładem teza Bombastusa Paracelsusa mówiąca, że zdrowie nie jest dane przez naturę, ale musi być stale zdobywane, tak więc czas śmierci zależy w dużej mierze od samego człowieka<sup>30</sup>.

Podejmowane w kolejnych wiekach dalsze próby zmierzenia się z definiowaniem zdrowia utrzymywane były raczej w ujęciu medycznym i bardziej koncentrowały się na problematyce czynników sprzyjających utrzymaniu dobrego zdrowia niż samym jego określeniu. Przełom w spojrzeniu na zdrowie nastąpił w 1941 r., kiedy to Henry E. Sigerist zaproponował następujące jego rozumienie: „Zdrowym może być człowiek, który odznacza się harmonijnym rozwojem fizycznym i psychicznym i dobrze adaptuje się do otaczającego go środowiska społecznego”<sup>31</sup>. Propozycja ta była podstawą definicji zdrowia, zawartej w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia przyjętej w 1946 r.: „Zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie wyłącznie brakiem choroby lub niedomagania (ułomności)”<sup>32</sup>. Dobrostan jest tu mierzony wskaźnikami obiektywnymi, ale również bierze się pod uwagę subiektywnie odczuwane samopoczucie człowieka.

Choć w treści nowego rozumienia zdrowia zwrócono uwagę na jego stan pozytywny, wielowymiarowość i subiektywne znaczenie, to definicja ta nie była wolna od krytyki. Wśród „zarzutów” wymienia się m.in:

- statyczność — „stan” odnosi się do sytuacji chwilowej;
- brak aspektu duchowego zdrowia;
- nieprecyzyjność sformułowania „dobrostan”;
- pojmowanie zdrowia jako stanu idealnego<sup>33</sup>.

Odpowiedzią na krytykę była koncepcja uzupełniająca przyjęta w dokumentach WHO *Zdrowie dla wszystkich w roku 2000*<sup>34</sup>. Uzupełnienie dotyczyło

---

<sup>29</sup> Tamże, s. 55.

<sup>30</sup> Tamże, s. 56.

<sup>31</sup> E. B u l i c z, I. M u r a w o w, *Wychowanie zdrowotne...*, s. 44–45.

<sup>32</sup> Cyt. za: B. W o y n a r o w s k a, *Edukacja zdrowotna*, przeł. T. K i e l a n o w s k i, Warszawa 2007, s. 18–19.

<sup>33</sup> R. D u b o s, *Miraże zdrowia. Utopie, postęp i zmiany biologiczne*, Warszawa 1962. Pojmowanie zdrowia jako stanu idealnego zaliczali do utopii również: M. S o k o ł o w s k a, *Granice medycyny*, Warszawa 1980; K. T o n e s, J. G r e e n, *Health Promotion. Planning and Strategies*, Londyn 2004.

<sup>34</sup> 38 *Zadań Wspierających Strategię Programu „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000” dla Krajów Członkowskich Światowej Organizacji Zdrowia Regionu Europejskiego*, Kopenhaga 1986.

zdolności do prowadzenia życia sensownego i twórczego, satysfakcjonującego człowieka. Podstawą zdrowia jest więc w tym kontekście prawidłowe zaspokajanie potrzeb psychospołecznych, różnicowanych u poszczególnych ludzi przez ich indywidualną sytuację życiową<sup>35</sup>. Zmodyfikowana obecnie definicja WHO, zawarta w dokumencie „Zdrowie 21 — zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”, określa je jako „stan pełnej sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej, potwierdzony subiektywnie i obiektywnie, również przez badania lekarskie”<sup>36</sup>.

Obecne tak szerokie pojmowanie zdrowia, przewidujące udział różnych dyscyplin nauki rozszerzających zakres biomedycznego ujmowania zdrowia o sferę psychospołeczno i duchowego funkcjonowania człowieka, jeszcze bardziej komplikuje jego definiowanie. Wielowymiarowe rozumienie zdrowia poszerza i aktualizuje świadomość w tym temacie, jednak nie przyczynia się do precyzyjności definiowania. Przyjęta przez WHO definicja postrzega zdrowie jednostki holistycznie, jako całość złożoną z zależnych od siebie wymiarów: fizycznego<sup>37</sup>, psychicznego<sup>38</sup>, społecznego<sup>39</sup>, duchowego<sup>40</sup>, seksualnego<sup>41</sup> i prokreacyjnego<sup>42</sup>. Każdy z wymiarów wpływa na pozostałe, a wszystkie razem na zdrowie człowieka jako całość, tworząc równowagę.

Mimo pełnej świadomości i zgody, że zdrowie jest warunkiem *sine qua non* normalnego funkcjonowania i satysfakcjonującego życia, jak dotąd nie opracowano idealnej i zadowolającej wszystkich jego definicji. Z pewnością u podstaw trudności leży jego abstrakcyjny charakter, dlatego próby te przypominają raczej *akin shoveling smoke*<sup>43</sup>. Współcześnie coraz częściej akceptuje się tezę, iż nie istnieje możliwość sformułowania jednej definicji zdrowia. Nie są to stany wyłącznie obiektywne, dane, lecz społeczne konstrukcje mające charakter relatywny<sup>44</sup>. Wobec zarysowanych powyżej trudności w profesjonalnym formułowaniu uniwersalnej definicji zdrowia specjaliści zajmujący się tą dziedziną proponują, aby kryterium formułowania definicji był cel, któremu ma ona służyć.

<sup>35</sup> J. S o w a, F. W o j c i e c h o w s k i, *Proces rehabilitacji w kontekście edukacyjnym*, Rzeszów 2001, s. 269.

<sup>36</sup> WHO. *Health 21 — Health for All in the 21st Century*, “European Health for All Series”, 6, WHO, Kopenhaga 1998.

<sup>37</sup> Wymiar fizyczny: odnosi się do ciała, oznacza prawidłową strukturę, funkcję oraz wydolność organizmu i jego poszczególnych układów.

<sup>38</sup> Wymiar psychiczny: zdolność do realizacji potencjału intelektualnego, kontrolowania emocji, radzenia sobie z trudnościami i stresem.

<sup>39</sup> Wymiar społeczny: niezależność, zdolność do utrzymywania dobrych relacji interpersonalnych i współpracy z innymi ludźmi.

<sup>40</sup> Wymiar duchowy: doświadczanie wewnętrznego spokoju i zgody z samym sobą.

<sup>41</sup> Wymiar seksualny: wolność od przymusu i przemocy seksualnej, odpowiednie rozwiązywanie problemów związanych z życiem seksualnym.

<sup>42</sup> Wymiar prokreacyjny: zdolność do prokreacji i swoboda decyzji z tym związana.

<sup>43</sup> K. T o n e s, J. G r e e n, *Health Promotion...*, s. 8.

<sup>44</sup> Z. M e l o s i k, *Dyskursy zdrowia w społeczeństwie współczesnym. Konteksty teoretyczne*, [w:] *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, pod red. Z. M e l o s i k a, Toruń–Poznań 1999, s. 7–23.

## Zdrowie vs choroba, czy uzupełniające się kontinuum na linii naszego życia

Czasy, w których żyjemy, charakteryzuje szybkie tempo przemian oraz rozwój nauk medycznych i technologii. Dysponujemy coraz bardziej wyrafinowanymi narzędziami i wskaźnikami umożliwiającymi precyzyjne poznawanie organizmu człowieka, a dzięki temu przesuwamy granicę rozumienia współlistnienia zdrowia i choroby. Współczesna diagnostyka umożliwia „zagłądanie” do organizmu i identyfikowanie nieprawidłowości na tak wczesnym etapie, że często brak jakichkolwiek odczuwalnych zwiastunów u pacjenta. Jesteśmy nawet krok dalej, dysponujemy technikami diagnostycznymi umożliwiającymi zidentyfikowanie potencjalnych problemów. Przesuwa to znacznie nasze możliwości pojmowania relacji zdrowie–choroba.

U podstaw poruszanych w tym miejscu aporii, wynikłych z prób określenia pojęcia zdrowie, leży dyskurs mający za swój przedmiot zjawisko upragnione, a zarazem niedookreślone, które jest treścią ludzkich nadziei, marzeń, utopii, ale zarazem wysiłków myślowych, poczynając od prahistorii, a kończąc na czasach współczesnych i niewątpliwie przyszłych<sup>45</sup>. Niepowodzenia stanowią siłę napędową postępu, a rozwój nauki jest możliwy dzięki jej porażkom. Skoro ciągle nie można podać zadowalającej, realnej definicji zdrowia, to nie można również za logicznie poprawne przyjmować założenia, że zdrowie to brak choroby, a choroba to brak zdrowia<sup>46</sup>. Czyniąc tak, popełnimy błąd *ignotum per ignotum*<sup>47</sup>.

Mając na uwadze niedostatki każdej z wielu prób definiowania zdrowia, a także perspektywę edukacyjną, warto myślenie pedagogiczne skoncentrować na wpisanych w oficjalną definicję zdrowia WHO treściach humanistycznych. Otwiera to drogę do ciągłego optymalizowania modelu edukacyjnego kształtującego pojmowanie wartości zdrowia jako czynnie zarządzanego potencjału, a nie stanu biernego oczekiwania na zmianę.

Faktyczna mnogość koncepcji semantycznych pojęcia zdrowie i aktualna jego nominalność pozwalają zapytać, czy pojęcia zdrowia i choroby mogą konweniować we wspólnej przestrzeni, czy raczej istnienie jednego wyklucza obecność drugiego? Perspektywa wspólnej przestrzeni wydaje się możliwa pod warunkiem, że poglądu na chorobę i zdrowie nie zredukuje się w odniesieniu do człowieka jako przedmiotu, który jest jedynie producentem choroby i klientem lekarza<sup>48</sup>.

---

<sup>45</sup> I. Kropińska, *Przekonania zdrowotne...*, s. 41.

<sup>46</sup> Tak zakłada definicja zdrowia WHO.

<sup>47</sup> I. Kropińska, *Przekonania zdrowotne...*, s. 42.

<sup>48</sup> Tamże, s. 44.

Aby rozważania nad zdrowiem w kontekście edukacyjnym nie okazały się daremne, potencjalny model edukacyjny powinien łączyć koincydencję sprzeczności współwystępowania w równoczesności choroby i zdrowia. Konieczne zatem staje się pozbawienie definiowania zdrowia i pojmowania człowieka z perspektywy redukcjonizmu. Definiowanie zdrowia — szczególnie w odniesieniu do edukacji — musi uwzględniać odpowiednią ontyczną pozycję człowieka<sup>49</sup>.

Ujęcie wykluczające, jak np. „zdrowie kontra choroba”, pozbawione jest właściwej nośności edukacyjnej, czego potwierdzeniem mogą być konsekwencje wynikające z praw antyredukcjonistycznych:

— „zdrowia kontra choroby” nie można sprowadzić do funkcjonowania biologicznego (fizycznego);

— „zdrowia kontra choroby” nie należy redukować do funkcjonowania psychicznego;

— „zdrowia kontra choroby” nie można wiązać wyłącznie z funkcjonowaniem społecznym<sup>50</sup>.

W zestawieniu ujęć: „zdrowie kontra choroba” i „wspólna przestrzeń kontinuum” szala przechyla się ku drugiemu ze względu na przypisaną mu większą siłę potęgowania zdrowia.

Z punktu widzenia potrzeb edukacyjnych zdrowie należy rozważać w szerszym kontekście modelu, wychodząc poza samo definiowanie w kierunku konkretnego i praktycznego podejścia. Jedną z propozycji stanowiących podstawę współczesnej medycyny jest biomedyczny model zdrowia ukształtowany jeszcze pod wpływem mechanistycznej teorii przyrody Kartezjusza. Leżący u podstaw tej teorii dualizm, dzielący człowieka na sferę ducha i sferę materii (dusza i ciało), spowodował koncentrację medycyny na sferze materii z równoczesną marginalizacją uwarunkowań psychicznych, społecznych i środowiskowych zdrowia i choroby. Dalszymi skutkami takiej perspektywy były: koncentracja na chorobie, traktowanej jako brak zdrowia, bierne i przedmiotowe postrzeganie roli jednostki, nieuwzględnianie wpływu sytuacji życiowej i czynników środowiskowych na zdrowie oraz „inżynierskie” traktowanie zdrowia postrzegane jako jedyna droga do jego polepszenia<sup>51</sup>.

Drugą propozycją jest holistyczne podejście do zdrowia, gdzie podstawę teoretyczną stanowi ogólna teoria systemów Ludwiga von Bertalanffy’ego z hierarchią, w której każdy jest jednocześnie częścią większego systemu i zbiorem systemów podrzędnych. Zatem w tym ujęciu: „Człowiek jest zarówno samodzielną jednostką o określonej konstrukcji psychicznej i autonomii

<sup>49</sup> Tamże, s. 43.

<sup>50</sup> Tamże, s. 52.

<sup>51</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, s. 26–27.

funkcjonalnej, jak i elementem społeczeństwa oraz szeroko pojętej przyrody”<sup>52</sup>. W podobnym tonie wypowiada się również Julian Aleksandrowicz, uważając, że człowiek powinien być pojmowany jako dynamiczny system funkcjonujący w sprzężeniu z innymi systemami, który równocześnie poddawany oddziaływaniu środowiska przyrodniczego i społecznego sam na nie oddziałuje<sup>53</sup>.

Wyróżnione dwie podstawowe propozycje pojmowania zdrowia lokują nasze rozważania i wynikające z nich konsekwencje w przestrzeni od orientacji patogenetycznej do salutogenetycznej. Funkcjonowanie w przestrzeni patogenetycznej rodzi modele zorientowane na eliminację określonych jednostek chorobowych lub poszczególnych czynników ryzyka wywołujących kilka różnych chorób. Prowadzi to do koncentracji na pytaniu, co jest przyczyną chorób i jakie są czynniki ich ryzyka? Doceniając pozytywne znaczenie tego podejścia, należy jednak wskazać jego wady, m.in.: niewielki wpływ na zmianę ludzkich zachowań, małą skuteczność wśród młodych ludzi, koncentrację na unikaniu zaburzeń zdrowotnych, czy pomijanie korzyści płynących z bycia zdrowym. Wady te stanowią poważną przeszkodę dla skutecznej realizacji edukacji zdrowotnej.

### Nie zdrowie i nie choroba, czyli wyimaginowane krańce kontinuum życia

Klaudiusz Galen (130–200 n.e.) wyodrębnił trzeci stan organizmu — pośredni między zdrowiem a chorobą. Opisał go jako nie zdrowie i nie choroba<sup>54</sup>. Również dzisiaj takie określenie stanu organizmu pozostaje obiektem zainteresowania i może przyczynić się do zwiększenia skuteczności kształtowania pojmowania wartości zdrowia. Konieczne staje się przy tym przewyciężenie:

- klasyfikowania ludzi na zasadzie „albo–albo” (albo zdrowy, albo chory);
- orientacji wyłącznie scjentystycznej;
- koncentracji na symptomach choroby i zasadniczej jednostce nozologicznej;
- akcentowania specyficznej etologii;
- nastawienia behawioralnego wywołującego podejście przedmiotowe<sup>55</sup>.

---

<sup>52</sup> G.D. Bishop, *Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało*, przeł. A. i L. Śliwa, Wrocław 2000, s. 46.

<sup>53</sup> J. Aleksandrowicz, *Sumienie ekologiczne*, Warszawa 1988, s. 121.

<sup>54</sup> J. Bielski, E. Błada, *Zdrowie i kultura fizyczna...*, s. 62.

<sup>55</sup> H. Sęk, J. Ścigała, T. Pasikowska, M. Beisert, A. Bleja, *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*, „Przegląd Psychologiczny” 1992, 3.

Nie chodzi o totalną krytykę dotychczasowych modeli i wykluczenie ich oddziaływania na zdrowie jednostki i zdrowie publiczne. Byłoby to działanie niepotrzebne, bezpodstawne i bezsensowne, a nade wszystko skrajnie nieodpowiedzialne. Pedagog interesuje przede wszystkim poszukiwanie modelu coraz bardziej skutecznego w prozdrowotnym oddziaływaniu edukacyjnym. Uzyskanie takiego modelu wydaje się być niemożliwe bez uwzględnienia humanistycznych kategorii podmiotowo-osobowych człowieka oraz bez przesunięcia perspektywy z „choroby człowieka” na „człowieka w jego zdrowiu”. Niezbędne przy tym wydaje się być akcentowanie jego potencjału i zasobów oraz kształtowanie pozytywnej świadomości zdrowia jako stanu przewyższającego sytuację braku choroby. Wartością tak pojmowanego edukacyjnego modelu zdrowia jest personalna umiejętność kształtowania komponentów budujących zdrowie.

Wiele cech niezbędnych do realizacji wartościowego pedagogicznie modelu edukacji zdrowotnej można odnaleźć w salutogenicznym podejściu do zdrowia Aarona Antonovsky’ego<sup>56</sup>. Zakłada on, że zdrowie nie jest stanem statycznym, lecz otwartym systemem z różnymi stanami pośrednimi względnego zdrowia lub choroby. Jako normę przyjmuje pewne nieuporządkowanie, stan zaburzonej homeostazy wywoływany pod wpływem ciągłych zmian wewnętrznych i zewnętrznych. Poziom zdrowia w danym momencie życia to miejsce na kontinuum rozciągającym się między dwoma wyimaginowanymi biegunami, od idealnego zdrowia do zagrożenia życia. Wyłaniają się z tego następujące założenia:

- istnieje ciągłość, kontinuum „zdrowie–choroba”;
- należy zainteresować się głównie procesami przemieszczania się kontinuum;
- należy zająć się zasobami, które pomagają jednostce w radzeniu sobie z szerokim spektrum stresorów i patogenów<sup>57</sup>.

Zatem normalnym stanem funkcjonowania człowieka jest dynamiczny stan chwilowej równowagi regulowany wykorzystaniem dostępnych mu uogólnionych zasobów do sprostania wymaganiom zewnętrznym i wewnętrznym.

Kluczowa dla sprawy okazuje się przede wszystkim umiejętność wykorzystywania przez człowieka z dostępnych mu zasobów. Zdolność ta związana jest z głównym czynnikiem koncepcji salutogenezy — tzn. poczuciem koherencji, które wyraża stopień, w jaki człowiek ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że:

<sup>56</sup> Autor pomija niektóre krytyczne uwagi, np. I. Kopińskiej w związku z operacjonalizacją „Sense of Coherence”. Koncentruje się na odniesieniu do zasobów zdrowia i możliwości umiejętnego wykorzystywania ich w jego ochronie w odniesieniu do edukacji zdrowotnej.

<sup>57</sup> A. A n t o n o v s k y, *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*, [w:] *Psychologia zdrowia*, pod red. J. H e s z e n - N i e j o d e k, H. S ę k, Warszawa 1997, s. 210–211.

- bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wytłumaczalny;
- dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce;
- wymagania te okazują się dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania<sup>58</sup>.

Przestrzeń, o której mowa, wydaje się być najwłaściwszym terenem do zagospodarowania na działania edukacyjne, czego potwierdzeniem mogą być następujące fakty: rozwój poczucia koherencji zaczyna się już we wczesnym dzieciństwie; poczucie koherencji wpływa pozytywnie na zdrowie i radzenie sobie ze stresem; im silniejsze poczucie koherencji, tym większa szansa na przesuwanie się kontinuum w kierunku bieguna „zdrowie”<sup>59</sup>.

Poszukiwany efektywny edukacyjny model zdrowia to taki, który będzie kształtował odpowiedzialne rozumienie tego fenomenu jako wartości możliwej do indywidualnego modelowania. Najlepszym potwierdzeniem skuteczności takiego modelu byłoby zaobserwowanie faktu, że zdrowie z wysoko umieszczonej w hierarchii społecznej wartości deklarowanej<sup>60</sup> stanie się wartością realizowaną. Droga kształtowania realnego pojmowania wartości zdrowia wiedzie przez stwarzanie uczniom okazji do jak najczęstszego konfrontowania ich świadomości zdrowotnej z aktualnym zasobem wiedzy dotyczącej szeroko rozumianych czynników warunkujących zdrowie.

Patrząc z perspektywy zdrowia jednostki, bazą wyjściową do dalszych działań edukacyjnych może być zaproponowana przez Marca Lalonde’a koncepcja „pól zdrowia”, z której wyraźnie wynika, że w największym stopniu na zdrowie wpływa styl życia i przez jego zmianę w kierunku sprzyjającym zdrowiu można je poprawić. Badania te uprawomocniają przeniesienie akcentu z działań medycznych na szerszy kontekst społeczny, korespondując przy tym silnie z modelem salutogenicznym Antonovsky’ego. Tym samym potwierdzają konieczność uwzględnienia humanistycznych kategorii podmiotowo-osobowych człowieka, postrzeganego przede wszystkim w perspektywie jego zdrowia, a nie tylko choroby.

Jeżeli nie zdrowie i nie choroba jako dychotomiczny podział określający możliwy stan organizmu człowieka, ale przemieszczanie się pomiędzy różnego rodzaju stanami pośrednimi względnego zdrowia lub choroby jest spojrzeniem aktualnie bliższym prawdy, to patogenetyczne ujęcie zdrowia musi być stanowczo wsparte podejściem salutogenetycznym jako tym, które skuteczniej

---

<sup>58</sup> A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, przeł. H. Grzegołowska-Klarkowska, Warszawa 2005, s. 34.

<sup>59</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, s. 35.

<sup>60</sup> Zob. J. Czapiński, *Cechy osobowości i styl życia*, [w:] *Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*, pod red. J. Czapińskiego, T. Pańska, Warszawa 2005, s. 205; „Komunikat z Badań CBOS”, 3145, BS/98/2004 ([www.cbos.com.pl](http://www.cbos.com.pl)).

prowadzi do umacniania zdrowia poprzez większą możliwość stymulacji poczucia sprawstwa. Bez osobistego i aktywnego kształtowania poziomu rozumienia i oddziaływania na zdrowie, jego wartość dla człowieka pozostanie jedynie deklaratywna.

Z punktu widzenia prymatu człowieka jako podmiotu odpowiedzialnego za własne zdrowie propozycją wartą zainteresowania jest również orientacja pato-salutocentryczna<sup>61</sup>. Koncepcja cenna dla obszaru edukacji ze względu na umieszczenie w jej centrum zdrowia pojętego jako aktywność i zadanie człowieka, a nawet więcej, bo również jako gotowość i umiejętność radzenia sobie z chorobą i cierpieniem<sup>62</sup>. Autorka, komponując swoją orientację z pierwiastka patocentrycznego (opartego na przeciwdziałaniu chorobie) i salutocentrycznego (działającego ku zdrowiu nawet w chorobie), pojmując życie w jego złożoności i naukowej niewymierzalności. Wykorzystuje równocześnie przy tym efekt synergiczny obu pierwiastków do głębszego poszukiwania sensu, uwzględniając kategorię podmiotowo-osobową człowieka.

Edukacyjny kontekst zdrowia poszukujący optymalnej drogi kształtującej pojmowanie jego wartości potrzebuje wyjścia poza patocentryczno-dychotomiczno-medyczne podejście skoncentrowane na negatywnym aspekcie stanu organizmu. Wielowymiarowość problematyki wymaga holistyczno-humanistycznego rozumienia zdrowia oraz aktywnego udziału w jego budowaniu. Inny model edukacyjny nie sprosta potrzebom wysoko umiejscowionego zdrowia w hierarchii wartości narcystycznie zorientowanego współczesnego człowieka.

## Refleksje końcowe

Koincydencja przeciwieństw drogą do zdrowia. Takim stwierdzeniem można rozpocząć podsumowanie powyższych rozważań. Z punktu widzenia celów edukacyjnych ważne są pytania o to, czym jest zdrowie i co je warunkuje? Jednak wnioski z prowadzonych na gruncie medycznym, jak i pozamedycznym badań sugerują, że zwiększająca się lawinowo wiedza i stopień jej uszczegółowienia zamiast przybliżać nas do jasnej odpowiedzi, paradoksalnie oddala od satysfakcjonującego zrozumienia.

Świadomość i postawa wobec zdrowia jako wartości życiowej była na przestrzeni wieków wielokrotnie reorganizowana. Rozpoczynając od ściśle funkcjonalnego i fizycznego pojmowania zdrowia w okresie pradziejów, poprzez

---

<sup>61</sup> Autorstwa I. Kropińskiej. Orientacja inspirowana modelem A. Antonovsky'ego.

<sup>62</sup> I. Kropińska, *Przekonania zdrowotne...*, s. 264.

starożytne rozumienie wyrażające się w ideale określanym *kalokagathia*, aż do współczesnego pojmowania zdrowia z jego zwrotem ku konsumpcyjnej logice „lepszego samopoczucia”. Dzisiejsze wysokie umiejscowienie zdrowia w hierarchii wartości człowieka oraz narcystyczne podejście do niego współczesnych społeczeństw czyni samo zdrowie daleko bardziej niezrozumiałym pojęciem niż to miało miejsce w przeszłości<sup>63</sup>.

Antonovsky stwierdza, że nikt nie jest absolutnie zdrowy, natomiast objawem absolutnej choroby jest śmierć. Pomiędzy tymi krańcami istnieje właściwa przestrzeń, w której różnych punktach można umieścić każdą indywidualną osobę w zależności od tego, jaki jest jej stan fizyczny, psychiczny, duchowy i społeczny<sup>64</sup>.

Mając na uwadze główny grunt naszych rozważań oraz omawiane trudności w jasnym dychotomicznym wymierzaniu zdrowia i choroby, ważniejsze okazują się pytania, jakie są zachowania człowieka w sferze zdrowia, jakie czynniki są odpowiedzialne za wybory, które medycyna uznaje za szkodliwe dla zdrowia i jak niepożądane zachowania modyfikować?

Próba przybliżenia się do odpowiedzi nie powiedzie się, dopóki nie przekroczymy obszaru ściśle medycznego. Jest to zabieg konieczny, ponieważ

zachowania w sferze zdrowia są zachowaniami społecznymi, co oznacza, że przebiegają zgodnie ze społecznie akceptowanymi wzorami, podlegają społecznej kontroli i są zależne od czynników społecznych [...] są one warunkowane przez czynniki kulturowe i strukturalne<sup>65</sup>.

Dalsze utrzymywanie przekonania, że zdrowie jest problemem wyłącznie medycznym i jedyną odpowiedzialną grupą troszczącą się o jego stan są pracownicy ochrony zdrowia jest już nieaktualne, bezpodstawne naukowo i jałowe od strony praktycznej.

Postawa wobec zdrowia jako wartości zależna jest m.in. od związku między zdrowiem a innymi wartościami i gdy pozostają one w konflikcie, zdrowie najczęściej przegrywa.

Miejsce zdrowia w hierarchii wartości wyznacza realizację zachowań zdrowotnych. Jeśli jest usytuowane nisko, nie należy się spodziewać działań podejmowanych na rzecz jego utrzymania, ponieważ ważniejsza okazuje się realizacja zachowań mających na celu osiągnięcie innych, sytuujących się wyżej wartości<sup>66</sup>.

---

<sup>63</sup> K. Jarkiewicz, *Być zdrowym...*, s. 39.

<sup>64</sup> M. Brodzikowska, *Zdrowie i choroba w założeniach salutogenetycznych modelu A. Antonovsky'ego*, [w:] *Edukacyjne przestrzenie zdrowia...*, s. 104.

<sup>65</sup> I. Taranowicz, *Zachowania w zdrowiu i chorobie*, [w:] *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, pod red. J. Barańskiego, W. Piątkowskiego, Wrocław 2002, s. 68.

<sup>66</sup> Tamże, s. 69.

Czynniki pozamedyczne (kulturowe), odnosząc się do pewnych wzorów zachowań, norm i wiedzy, mają wpływ na kształtowanie postawy wobec zdrowia jako pewnej wartości. Oznacza to, że „zintegrowane, wielodyscyplinarne podejście do zdrowia jest skuteczniejsze, lepiej zaspokaja potrzeby współczesnego człowieka i jest bardziej efektywne”<sup>67</sup>. Dostrzeganie człowieka z chorobą, a nie samej choroby, niesie ze sobą wartości humanistyczne pozwalające na pełniejsze zrozumienie przyczyn jego stanu zdrowia.

Edukacja w służbie zdrowiu, antycypująca model na miarę dzisiejszych potrzeb, musi być zaprzeczeniem ignorancji, której konsekwencją jest personalne zrzeczenie się odpowiedzialności i wpływu na kształtowanie poziomu własnego zdrowia.

### Streszczenie

W niniejszym artykule autor przygląda się zjawisku zdrowia w jego kontekście edukacyjnym. Wskazuje na trudności definicyjne zdrowia oraz na problematykę wynikającą z procesu kształtowania się właściwego pojmowania jego wartości. Sygnalizuje niedostatki aktualnych modeli edukacji zdrowotnej i podkreśla potrzebę wyjścia poza patocentryczno-dychotomiczno-medyczne ujęcie w kierunku holistyczno-humanistycznego rozumienia zdrowia, uwzględniającego wielowymiarowość przekraczającą tak medyczne, jak i pozamedyczne czynniki warunkujące zdrowie. Konkluduje wnioskiem o antycypujący model edukacji w służbie zdrowiu jako „szczepionkę” przed personalnym zrzeczeniem się odpowiedzialności i wpływu na kształtowanie poziomu własnego zdrowia.

### Summary

In the article, the author looks at the health phenomenon in its educational context. He indicates the difficulty of defining health and the problems arising from the process of developing the proper understanding of its values. He signals the shortcomings of current health education models and underlines the need to go beyond the patocentric-dichotomic-medical approach towards holistic-humanistic understanding of health, taking into account the multidimensional nature of both medical and non-medical factors conditioning health. He concludes with a proposal for an anticipatory model of education in the health service as a kind of “vaccine” against personal disclaimer of responsibility and influence on shaping the level of one’s own health.

### Piśmiennictwo

- Aleksandrowicz J., *Sumienie ekologiczne*, Warszawa 1988.
- Antonovsky A., *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*, [w:] *Psychologia zdrowia*, pod red. J. Heszen-Niejodek, H. Sęk, Warszawa 1997.
- Antonovsky A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, przeł. H. Grzegołowska-Klarkowska, Warszawa 2005.
- Bielski J., Błada E., *Zdrowie i kultura fizyczna na przestrzeni dziejów*, Kraków 2014.

---

<sup>67</sup> G. Dolińska - Zygmun t, *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu*, [w:] *Podstawy psychologii zdrowia*, pod red. G. Dolińskiej - Zygmun t, Wrocław 2001, s. 17.

- Bishop G.D., *Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało*, przeł. A. i L. Śliwa, Wrocław 2000.
- Blaxter M., *Zdrowie*, przeł. M. Okła, Warszawa 2009.
- Brodzikowska M., *Zdrowie i choroba w założeniach salutogenetycznych modelu A. Antonovsky'ego*, [w:] *Edukacyjne przestrzenie zdrowia. Praca zbiorowa*, pod red. Z. Marka, M. Madej-Babuli, Kraków 2009.
- Bulicz E., Murawow I., *Wychowanie zdrowotne. Teoretyczne podstawy waleologii*, Radom 1997.
- Czapiński J., *Cechy osobowości i styl życia*, [w:] *Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*, pod red. J. Czapińskiego, T. Panka, Warszawa 2005.
- Dubos R., *Miraże zdrowia. Utopie, postęp i zmiany biologiczne*, przeł. T. Kielanowski, Warszawa 1962.
- Dolińska-Zygmunt G., *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu*, [w:] *Podstawy psychologii zdrowia*, pod red. G. Dolińskiej-Zygmunt, Wrocław 2001.
- Erde E., *Philosophical Considerations Regarding Defining 'Health', 'Disease', etc. and Their Bearing on Medical Practice*, "Ethics in Science&Medicine" 1979, 6.
- Gaweł A., *Pedagogzy wobec wartości zdrowia*, Kraków 2003.
- Jarkiewicz K., *Być zdrowym (między realizmem medycznego dyskursu a autonomizmem ujęcia antropologii)*, [w:] *Edukacyjne przestrzenie zdrowia*, praca zbiorowa pod red. Z. Marka, M. Madej-Babuli, Kraków 2009.
- „Komunikat z Badań CBOS”, 3145, BS/98/2004 ([www.cbos.com.pl](http://www.cbos.com.pl)).
- Kowalski M., *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu*, [w:] *Zdrowie. Wartość. Edukacja*, pod red. M. Kowalskiego, A. Gaweł, Kraków 2006.
- Kropińska I., *Przekonania zdrowotne w poszukiwaniu perspektywy pedagogicznej*, Bydgoszcz 2000.
- Madej-Babula M., *Słowo wstępne*, [w:] *Edukacyjne przestrzenie zdrowia*, praca zbiorowa pod red. Z. Marka, M. Madej-Babuli, Kraków 2009.
- Melosik Z., *Dyskursy zdrowia w społeczeństwie współczesnym. Konteksty teoretyczne*, [w:] *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, pod red. Z. Melosika, Toruń–Poznań 1999.
- Płonka-Syroka B., *Wstęp*, [w:] *Choroba jako zjawisko społeczne i historyczne*, pod red. B. Płonki-Syroki, Wrocław 2001.
- Sęk H., Ścigała J., Pasikowska T., Beisert M., Bleja A., *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*, „Przegląd Psychologiczny” 1992, 3.
- Sokołowska M., *Granice medycyny*, Warszawa 1980.
- Sowa J., Wojciechowski F., *Proces rehabilitacji w kontekście edukacyjnym*, Rzeszów 2001.
- Taranowicz I., *Zachowania w zdrowiu i chorobie*, [w:] *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, pod red. J. Barańskiego, W. Piątkowskiego, Wrocław 2002.
- Tones K., Green J., *Health Promotion. Planning and Strategies*, Londyn 2004.
- Vigarello G., *Historia zdrowia i choroby*, Warszawa 1997.
- WHO. *Health 21 — Health for All in the 21<sup>st</sup> Century*, "European Health for All Series", nr 6, WHO, Kopenhaga 1998.
- Wieja H., *Tajemnice pełnego zdrowia. Zdrowie i medycyna*, Warszawa 1995.

Worach-Kardas H., *Stan zdrowia ludności i jego uwarunkowania*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi” 2000, 6: *Zdrowie*, pod red. N. Ogińskiej-Bulik, H. Worach-Kardas.

Wojnarowska B., *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa 2007.

38 *Zadań Wspierających Strategię Programu „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000” dla Krajów Członkowskich Światowej Organizacji Zdrowia Regionu Europejskiego*, Kopenhaga 1986.

*Grzegorz Brzuzy*

(Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku)

## EDUKACJA ZDROWOTNA W REHABILITACJI OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna; rehabilitacja; niepełnosprawność

HEALTH EDUCATION IN REHABILITATION OF PEOPLE WITH DISABILITIES

Key words: health education; rehabilitation; disability

### Edukacja zdrowotna i jej funkcje

Ogromny rozwój cywilizacyjny, jaki dokonał się w XX w., stworzył nowe możliwości i postawił wyzwania przed coraz dłużej żyjącym społeczeństwem. Gwałtowność tych przemian wymusza na ludziach, których możliwości psychofizyczne nie uległy przecież tak nagłej ewolucji, coraz szybsze tempo życia oraz ciągle przystosowywanie się do nowych warunków. Aby temu sprostać, ludzie potrzebują nowych umiejętności dla opanowania „sztuki życia” we współczesnym świecie, który wraz ze swoim rozwojem kryje także więcej zagrożeń i niebezpieczeństw utraty dobrego stanu zdrowia. Opanowanie tych umiejętności nie jest łatwe i dlatego podejmowane są specjalne działania, które mają zabezpieczyć ludzi przed zagrożeniami cywilizacyjnymi ujawniającymi się pod postacią zmniejszenia się prawdopodobieństwa zachowania dobrego stanu zdrowia. Jedną z takich możliwości działania jest edukacja zdrowotna.

Rozpoczynając analizę funkcji spełnianych przez edukację zdrowotną, należy zaznaczyć, iż pojęcie to pojawiło się stosunkowo niedawno w polskiej literaturze. Jeszcze w drugiej połowie XX w. autorzy częściej przy określeniu ogółu zagadnień dotyczących oddziaływań zdrowotnych posługiwali się takimi terminami jak: wychowanie higieniczne, wychowanie zdrowotne, czy oświata zdrowotna<sup>1</sup>. Współcześnie jednak wielu badaczy przyjmuje, iż termin

<sup>1</sup> *Edukacja zdrowotna*, pod red. B. Woynarowskiej, PWN, Warszawa 2008.

edukacja zdrowotna ma szerszy sens, gdyż określa kierunek działań zmierzających do poprawy zdrowia, a nie do unikania choroby. Poza tym podkreślają fakt przeniesienia akcentu na zdrowie „pozytywne”, dobre samopoczucie, korzyści ze zdrowia; zamiast tradycyjnego eksponowania chorób i ich skutków, czyli „negatywnych” aspektów zdrowia<sup>2</sup>. Jednocześnie podkreśla się, że termin ten jest bardziej właściwy, ponieważ obejmuje on nie tylko wychowanie i kształcenie, lecz także wspieranie rozwoju, kształtowanie postaw, kierowanie własnym rozwojem<sup>3</sup>. Trafnym uzasadnieniem stosowania tego terminu jest także propozycja Elżbiety Charońskiej, według której na edukację zdrowotną składają się:

- procesy systematyczne i zamierzone, kształcenie i wychowywanie dzieci i młodzieży pod kierunkiem dorosłych (rodzice, nauczyciele, wychowawcy);
- procesy związane z kierowaniem własnym rozwojem (samokształcenie, samowychowanie);
- ogół działań okazjonalnych i przypadkowych, które w sprzyjających okolicznościach mogą skłonić człowieka do refleksji i podjęcia decyzji w celu zdobycia wiedzy i umiejętności oraz wykorzystania ich na rzecz swego zdrowia<sup>4</sup>.

Warto jednak zaznaczyć, że o ile badacze tej problematyki zgodni są co do nadrzędności terminu „edukacja zdrowotna” w stosunku do określeń alternatywnych, o których wspomniałem wcześniej, o tyle nadal trudno uzgodnić jednoznaczną definicję tego pojęcia. Analizując literaturę, napotkać można bowiem szereg definicji, w których w różny sposób podchodzi się do pojmowania i określania, czym jest edukacja zdrowotna.

Przykładowo w Rezolucji Rady Wspólnoty Europejskiej edukacja zdrowotna określona została jako „proces oparty na naukowych zasadach, stwarzający sposobność planowego uczenia się i zmierzający do umożliwienia jednostkom podejmowania świadomych decyzji dotyczących zdrowia i postępowanie zgodnie z nimi”<sup>5</sup>. Inną definicję przyjmuje Charońska, zgodnie z którą edukacja zdrowotna to całokształt działań zmierzających do kształtowania zachowań zdrowotnych ludzi, tak aby mogli prowadzić zdrowy styl życia i przyczyniać się do umacniania zdrowia oraz rozwijać kompetencje skutecznego wpływania na zdrowie własne i społeczności, w której żyją<sup>6</sup>. Jeszcze inną definicję tego terminu zaproponował Andrzej Krawański, który edukację zdrowotną rozumie jako proces pedagogiczno-społeczny wykorzystujący metody i techniki stosowane w naukach społecznych (pedagogice, psychologii, socjologii, ekonomii,

<sup>2</sup> M. Pułtorak, M. Sokołowska, M. Szymańska, B. Woynarowska, *Edukacja prozdrowotna w szkole*, „Lider” 1993, 6.

<sup>3</sup> C. Lewicki, *Edukacja zdrowotna — systemowa analiza zagadnień*, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów 2006.

<sup>4</sup> E. Charońska, *Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej*, Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997.

<sup>5</sup> T. Szewczyk, *Pedagogika zdrowia*, [w:] *Pedagogika*, t. 3, pod red. B. Śliwerskiego, GWP, Gdańsk 2006, s. 338.

<sup>6</sup> E. Charońska, *Zarys...*

prawodawstwie itd.) w kierunku zmiany zachowań o charakterze prozdrowotnym osób i grup społecznych<sup>7</sup>.

Jak widać, omawiane pojęcie można rozpatrywać z wielu punktów widzenia. Specjaliści zajmujący się edukacją zdrowotną mają świadomość tej sytuacji i dążą do stworzenia definicji, która łączyłaby różne podejścia w całość. Warto zwrócić uwagę na jedną z nich, zaproponowaną przez Trevora Williamsa<sup>8</sup>. Zgodnie z tym ujęciem edukacja zdrowotna jest procesem, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją. Proces ten pomaga człowiekowi poznawać i lepiej zrozumieć siebie i swoje otoczenie (fizyczne i społeczne), wiedzieć i rozumieć, co wpływa pozytywnie, a co negatywnie na zdrowie fizyczne i psychiczne, rozwijać umiejętności prozdrowotnego stylu życia. W tej pracy akceptuję takie właśnie rozumienie edukacji zdrowotnej. Jej głównym celem nie jest wyłącznie przekazywanie wiedzy, ale także zwiększanie gotowości do wykorzystywania jej w praktyce, kształtowanie postaw, nawyków oraz umiejętności niezbędnych do zachowania i doskonalenia zdrowia. Mówiąc dokładniej, tak rozumiana edukacja zdrowotna powinna spełniać następujące funkcje:

1) **Funkcję orientacyjną** — stwarzającą podstawy do tego, aby człowiek mógł dokonać świadomego wyboru odpowiedniego modelu życia za pomocą posiadanej wiedzy o zdrowiu. Istotne w tym ujęciu okazuje się, że wiedza ta musi być ciągle uzupełniana i nieustannie powinien zachodzić proces wykorzystywania jej w praktyce.

2) **Funkcję personalizacyjną** — jej istotą jest dostarczenie jednostce niezbędnych podstaw do rozwiązywania problemów dotyczących własnego „ja”, a więc stwarzanie możliwości zaspokojenia zróżnicowanych potrzeb zdrowotnych, związanych z kształtowaniem stosunku do otaczającego świata i siebie samego.

3) **Funkcję rozwojową** — polegającą na umożliwieniu człowiekowi zbierania nowych doświadczeń oraz nabywania nowych kompetencji na miarę własnych aspiracji i możliwości w odniesieniu do zdrowia, zarówno własnego, jak i publicznego.

4) **Funkcję kompensacyjną** — polegającą na uzupełnianiu i wzbogacaniu informacji na temat zdrowia i choroby, postępowania w stanach zagrożenia chorobą oraz na wyrównywaniu braków środowiskowych utrudniających życie jednostki bądź grupy społecznej.

5) **Funkcję socjalizacyjną** — polegającą na przyswajaniu przez człowieka kultury zdrowotnej danej grupy społecznej oraz przygotowaniu do czynnego

---

<sup>7</sup> A. Krawański, *Ciało i zdrowie człowieka w nowoczesnym systemie wychowania fizycznego*, AWF, Poznań 2003.

<sup>8</sup> T. Williams, *Szkoła promująca zdrowie — rzeczywistość czy mit*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1989, 7–8, s. 193–194.

udziału w jej życiu i odgrywania konstruktywnej w nim roli z punktu widzenia zdrowia.

6) **Funkcję stymulacyjną** — polegającą na pobudzaniu aktywności jednostki za pomocą systemu odpowiednio dobranych bodźców, skierowanych na kształtowanie zdrowia. Stymulacja winna osiągnąć optymalny, różny dla każdej jednostki poziom, tak aby jej działania na rzecz zdrowia okazały się jak najbardziej efektywne.

7) **Funkcję etyczną** — polegającą na kształtowaniu norm postępowania moralnego, czyli wyznaczającego sposób działania w określonych sytuacjach oraz czynności, które powinny być wykonane.

8) **Funkcję pragmatyczną** — sprowadzającą się do udzielania pomocy człowiekowi w zakresie praktycznego opanowania i wykorzystywania, na rzecz zdrowia, otaczającego go świata materialnego i społecznego<sup>9</sup>.

Praktyka tak rozumianej edukacji zdrowotnej może przebiegać w różny sposób. Wydaje się jednak, iż niezależnie od tego, jak bywa realizowana (w sposób zorganizowany, czy niezorganizowany), można wskazać na dwie podstawowe grupy źródeł na temat zdrowia: źródła bezpośrednie (wiedza zdobywana od lekarza, pielęgniarki itp.) oraz źródła pośrednie (radio, telewizja itp.)<sup>10</sup>.

Podsumowując powyższe rozważania, można więc powiedzieć, iż edukacja zdrowotna powinna stanowić jeden z ważniejszych elementów propagowania zdrowia i zdrowego trybu życia w społeczeństwie. Podstawowym zadaniem nowoczesnej edukacji zdrowotnej jest przyczynianie się do tworzenia warunków do zmiany, czyli podejmowania wysiłków na rzecz wzrostu kompetencji jednostek i grup w sferze samodzielnego działania na rzecz zdrowia własnego i innych. Szczególnie istotne znaczenie ma to w odniesieniu do osób chorych i niepełnosprawnych, gdyż właśnie dzięki edukacji zdrowotnej zyskują one szansę nie tylko poznania własnej sytuacji zdrowotnej, ale także na aktywne przyczynianie się do utrzymywania dobrego stanu zdrowia.

## Proces rehabilitacji osób z niepełnosprawnością

Rozwój nauk o człowieku spowodował, iż w drugiej połowie XX i na początku XXI w. rehabilitacja stała się jedną z dziedzin nauki, a także praktyki społecznej, która rozwija się bardzo dynamicznie. Dynamizm ten przejawia się m.in. w tym,

<sup>9</sup> K. Juszcza k, *Szlachetne zdrowie*, [w:] *Edukacja w społeczeństwie ryzyka*, t. 1, pod red. M. Gwoździckiej-Piotrowskiej, A. Zdunia k, Wyższa Szkoła Bezpieczeństwa, Poznań 2006.

<sup>10</sup> J. Roba c h a, *Wiedza o własnym zdrowiu warunkiem zdrowego stylu życia*, [w:] *Problemy rozwoju, zdrowia, edukacji prozdrowotnej i ekologicznej*, pod red. J. Rodziewicz - Gruhn, M.E. Pyzikowej, WSP, Częstochowa 1996.

że współczesna medycyna w coraz większym stopniu docenia jej znaczenie w drodze likwidowania konsekwencji przebytych chorób czy uszkodzeń organizmu. Ogrom zmian, jaki dokonał się w podejściu do tego zjawiska, spowodował, iż współcześnie uznawane jest ono za „trzeci etap procesu leczenia”<sup>11</sup>. Pozwala to dostrzec, jak istotne i ważne stały się oddziaływania rehabilitacyjne. Warto zatem w nieco dokładniejszy sposób poznać zmiany, jakie miały miejsce w podejściu do tego zagadnienia. Zanim jednak zostaną przedstawione, na początku należy wyjaśnić samo pojęcie rehabilitacji.

Mimo wielowiekowej tradycji w usprawnianiu osób poszkodowanych na zdrowiu po raz pierwszy zostało ono użyte dopiero w 1918 r. przez Douglasa C. McMurtiego (dyrektora Instytutu Czerwonego Krzyża dla Inwalidów w Nowym Jorku). Początkowo rehabilitację utożsamiano przede wszystkim z usprawnianiem fizycznym, a jej głównym celem było umożliwienie człowiekowi powrotu do pracy zarobkowej<sup>12</sup>. Wraz ze wzrostem liczby osób niepełnosprawnych (po I i II wojnie światowej) rehabilitacja zaczęła się gwałtownie rozwijać i zyskiwać na znaczeniu w przebiegu całego procesu leczenia. W okresie tym uszkodzenie organizmu traktowane było jako główna przyczyna problemów osób niepełnosprawnych. Jak zauważają Sharon Friefeld i Rebecca Renwick, proces rehabilitacji prowadzony był na specjalnie wyposażonych oddziałach szpitalnych i traktowany jako naukowo uzasadniony sposób kompensowania braków fizycznych i funkcjonalnych wynikających z uszkodzenia organizmu<sup>13</sup>. Uwaga specjalistów koncentrowała się na uszkodzeniu oraz na możliwych działaniach, jakie należy podjąć w celu usunięcia lub ograniczenia jego oddziaływania. Mówiąc inaczej, głównym ich zadaniem było ograniczanie lub likwidowanie uszkodzeń wynikających z konkretnego urazu (np. kończyn — zabiegi fizjoterapeutyczne, protezy, wózki inwalidzkie; utraty słuchu — zabiegi operacyjne, nauka języka migowego)<sup>14</sup>. Natomiast jeśli działania rehabilitacyjne nie gwarantowały przywrócenia utraconej sprawności, osoby rehabilitowane otrzymywały renty inwalidzkie lub przenoszone były do specjalnie organizowanych instytucji opiekuńczych, w których miały zapewnioną odpowiednią opiekę do końca życia<sup>15</sup>.

W tak rozumianym procesie rehabilitacji pacjent był całkowicie podporządkowany osobie prowadzącej tę działalność. To specjalista (lekarz, rehabilitant)

---

<sup>11</sup> *Rehabilitacja medyczna*, pod red. W. De gi, K. Mi l a n o w s k i e j, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.

<sup>12</sup> M. B i s h o p, M. H. C h a p i n, S. M i l l e r, *Quality of Life Assessment in the Measurement of Rehabilitation Outcome*, „Journal of Rehabilitation” 2008, 74(2), s. 45–55.

<sup>13</sup> S. F r i e f e l d, R. R e n w i c k, *Quality of Life and Rehabilitation*, [w:] *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual Approaches, Issues, and Applications*, pod red. R. R e n w i c k, I. B r o w n, M. N a g l e r, New York 1996.

<sup>14</sup> *Rehabilitacja...*

<sup>15</sup> J. S u s s o v a, I. Š a c h o v a, O. Š v e s t k o v a, *Rehabilitation Care in Paediatrics in the Czech Republic*, „Pediatrics Rehabilitation” 2006, 9(2), s. 119–121.

określał początek i koniec działań usprawniających, planował przebieg postępowania usprawniającego oraz narzucał pacjentom zakres i stopień ich angażowania się w jego przebieg. W tym modelu rehabilitacji zakładało się bowiem dysponowanie przez osobę prowadzącą rehabilitację pełnią wiedzy, umiejętności i kompetencji na temat właściwego przebiegu całego procesu, w tym także wiedzy na temat tego, co jest dobre, a co jest złe dla pacjenta. W konsekwencji wszelkie ważne decyzje z punktu widzenia zadań rehabilitacji podejmowane były jakby „poza pacjentem” lub przy jego biernym udziale. Pacjent był w pełni podporządkowany wszelkim decyzjom osoby rehabilitującej, a jego (jedynym) zadaniem pozostawało wykonywanie tych działań i zaleceń, które wskazała mu osoba prowadząca rehabilitację. Można więc powiedzieć, że w tak pojmowanym układzie pacjent został sprowadzony do roli „przedmiotu w rękach specjalisty”, dla którego nieistotne są potrzeby i odczucia pacjenta, lecz liczą się jego braki wynikające z uszkodzenia organizmu<sup>16</sup>.

Niestety działania te (nawet gdy były skuteczne z punktu widzenia osoby rehabilitującej) nie zawsze mogły rozwiązać wszystkie problemy osób niepełnosprawnych. Przykładowo, dostarczenie protezy nie rozwiązywało wszystkich problemów człowieka po amputacji. Często sam fakt braku akceptacji własnej niepełnosprawności i własnych ograniczeń prowadził do odrzucenia protezy, ukrywania własnej niepełnosprawności i innych problemów związanych z przystosowaniem się do otaczającego świata. Jednocześnie okazało się, iż instytucje opiekuńcze nie stwarzają jakichkolwiek szans na kontynuację rehabilitacji. Wynikało to przede wszystkim z faktu, że izolacja osób niepełnosprawnych w tych placówkach uniemożliwiała im wykorzystywanie w praktyce zdobytych umiejętności związanych z samodzielnym funkcjonowaniem, nie mówiąc o podjęciu pracy zarobkowej, czy założeniu rodziny. Poza tym przedłużająca się izolacja społeczna prowadziła bardzo często do regresu w rozwoju psychicznym i społecznym osób niepełnosprawnych<sup>17</sup>.

Stan taki spowodował, że pod koniec XX w. głównie pod presją samych niepełnosprawnych, którzy domagali się zmian w postępowaniu rehabilitacyjnym, zaczęto wprowadzać nowy model rehabilitacji. To podejście polegało na utrzymywaniu pacjentów w naturalnym otoczeniu oraz na celowym wykorzystaniu różnorodnych możliwości środowiska dla celów rehabilitacyjnych. Jak zauważa S. Kowalik, można było tego dokonać po spełnieniu dwóch warunków:

- należało maksymalnie dostosować środowisko do możliwości życiowych osób niepełnosprawnych;
- należało zapewnić znaczący poziom wpływu na przebieg usprawniania samych osób niepełnosprawnych<sup>18</sup>.

<sup>16</sup> S. Kowalik, *Osoba niepełnosprawna i jej jakość życia w procesie rehabilitacji*, [w:] VII Ciechocińskie forum niezależnego życia niepełnosprawnych, pod red. S. Kubiaka, WNP, Włocławek 2002.

<sup>17</sup> Tamże.

<sup>18</sup> S. Kowalik, *Psychologia rehabilitacji*, WAiP, Warszawa 2007.

Przy takim rozumieniu rehabilitacji nie mogła się ona ograniczać wyłącznie do redukcji występujących uszkodzeń organizmu, lecz musiała uwzględniać także w pełni osobę niepełnosprawną oraz jej naturalne środowisko. Tak pojmowany proces rehabilitacji pozwalał dostrzec w jednostce niepełnosprawnej w mniejszym stopniu pacjenta, a w większym — człowieka, „podmiot”, który posiada własny punkt widzenia co do swojej sytuacji zdrowotnej<sup>19</sup>. Warto bowiem zaznaczyć, że w ramach tego modelu szczególną uwagę zwrócono na indywidualność i odrębność pacjenta w zakresie subiektywnych odczuć związanych zarówno z powstaniem uszkodzenia (odczuwany ból i dolegliwości), jak i przebiegu procesu rehabilitacji i decydowaniu o własnej przyszłości.

Przyjęcie takiej perspektywy sprawiło, iż w tym modelu niepełnosprawny stał się podmiotem, czyli osobą równoprawną z rehabilitującymi, z pełnym prawem do decydowania co do przebiegu procesu rehabilitacji. Dla podkreślenia jej kluczowej roli Roman Ossowski odwołuje się do terminu „zarządzania własną rehabilitacją”, który utożsamiany bywa z bardzo długotrwałym procesem ukierunkowanym na zmianę niepomyślną własnej sytuacji życiowej przez człowieka niepełnosprawnego w sytuację pełną nadziei<sup>20</sup>. Szczęólnego znaczenia nabiera zatem kształtowanie: samodzielności w podejmowaniu decyzji, odporności emocjonalnej, optymizmu życiowego i samoakceptacji. W ujęciu tym zmierza się także do stopniowego ograniczenia rehabilitacji zinstytucjonalizowanej na rzecz rehabilitacji otwartej. To od pacjenta, osoby niepełnosprawnej uzależnione jest bowiem, gdzie będzie prowadzony proces usprawniania (specjalistyczny oddział szpitalny, ośrodki samopomocy, czy dom), oraz to, kto będzie brał udział w rehabilitacji danej osoby (lekarz, rehabilitant, czy też inne osoby, które doświadczyły podobnych problemów zdrowotnych). Podkreśla się, że specjaliści z zakresu rehabilitacji nie muszą mieć wcale monopolu na rozpoznawanie problemów pacjenta i na ich rozwiązywanie. Osoba ta stała się bardziej partnerem w rehabilitacji, może zaakceptować poglądy specjalistów na jej problemy i angażować się w całej pełni w ich rozwiązywanie, ale może uznawać je za nieadekwatne i stosować własne, niezgodne z oczekiwaniami specjalistów rozwiązania radzenia sobie z subiektywnie odczuwanymi trudnościami. W związku z czym specjaliści z zakresu rehabilitacji powinni widzieć w osobie rehabilitowanej nie tylko obiekt oddziaływań usprawniających, lecz także potencjalnego współpracownika bądź przeciwnika w procesie realizowania celów rehabilitacji, który ma własne i często odmienne zdanie na temat tego, co jest dla niego dobre, a co nie<sup>21</sup>.

---

<sup>19</sup> A. Hryniewicka, *O nowej tendencji w ujmowaniu problematyki niepełnosprawności*, „Człowiek, Niepełnosprawność, Społeczeństwo” 2007, 5, s. 35–56.

<sup>20</sup> R. Ossowski, *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*, WSP, Bydgoszcz 1999.

<sup>21</sup> J. Sowa, F. Wojciechowski, *Proces rehabilitacji w kontekście rehabilitacyjnym*, Wydawnictwo Fosze, Rzeszów 2001.

Głównym celem tak rozumianej rehabilitacji stało się zatem przygotowanie osoby niepełnosprawnej do samodzielnego (na różnym poziomie) życia w społeczeństwie poprzez osiągnięcie właściwych dla niego obszarów autonomii — poprawy zdolności do pomocy samemu sobie, lepszego panowania nad własnymi przeżyciami, uświadamiania sobie swoich mocnych i słabych stron. To także ukierunkowanie aktywności pacjenta na autorehabilitację. Poza tym podmiotowe podejście do chorego i jego potrzeb wzbudza w nim szacunek do samego siebie, gdyż nie jest on tylko biernym odbiorcą wskazówek i poleceń, ale ich współrealizatorem. Rehabilitacja przekształciła się więc w szczególną formę partnerskiego kontaktu pacjenta z osobą, która stara się jej pomóc w pokonaniu różnych trudności wynikających z posiadanego uszkodzenia organizmu. Mówiąc inaczej, to człowiek niepełnosprawny stał się przede wszystkim odpowiedzialny za własny stan zdrowia i jego poprawę, a miejsce, jakie zajmie w życiu społecznym, nie powinno być „łaskawie zaofiarowane”, lecz on sam powinien je wypracować, wykorzystując do tego w maksymalny sposób dane mu szanse rehabilitacyjne<sup>22</sup>.

Niestety to nowoczesne podejście nie uwzględnia jednego z najważniejszych aspektów efektywnej autorehabilitacji, czyli posiadania odpowiedniej (fachowej i profesjonalnej wiedzy) na temat własnego stanu zdrowia. Posiadanie obiektywnej, sprawdzonej i profesjonalnej wiedzy zdrowotnej ma bowiem olbrzymi wpływ na przebieg i skutki podejmowanych działań rehabilitacyjnych.

### Edukacja zdrowotna — istotny aspekt procesu rehabilitacji

W sytuacji powstania danego uszkodzenia najlepszym rozwiązaniem jest jak najwcześniejsze podjęcie działań mających na celu poprawę własnej sytuacji zdrowotnej. Szanse na to znacząco rosną w przypadku osób, dla których powstanie danego uszkodzenia jest wyzwaniem, bodźcem do zmiany własnego życia i sytuacji zdrowotnej. Aktywny udział w tego typu działaniach pozwala bowiem nie tylko na poszerzenie wiedzy poprzez poszukiwanie coraz to nowszych rozwiązań umożliwiających poprawę stanu zdrowia, ale także na lepsze zrozumienie własnej sytuacji. Zaangażowanie się w poprawę własnego stanu zdrowia stwarza możliwość uświadomienia sobie sytuacji zdrowotnej, a tym samym sprowadzenie zagrożenia wynikającego z danego uszkodzenia do wymiarów racjonalnych (związanych z realnym zagrożeniem), często wyolbrzymianych przez społeczeństwo. W efekcie osoby niepełnosprawne zaangażowane w poprawę swojego zdrowia bardzo często zmieniają ocenę sytuacji

---

<sup>22</sup> S. Kowalik, *Psychologia...*

życiowej, widząc ją bardziej realnie i optymistycznie, co znajduje odzwierciedlenie w ogólnym stanie zdrowia tej grupy<sup>23</sup>.

Jak istotny jest udział i nastawienie pacjenta do działań leczniczo-rehabilitacyjnych, potwierdza także Jerome D. Frank<sup>24</sup>. Zdaniem tego autora osoba uczestnicząca w działaniach leczniczo-rehabilitacyjnych może spodziewać się, że proces ten przyniesie bardzo korzystne i szybkie skutki lub może nie liczyć na jakiegokolwiek zmiany stanu zdrowia pod wpływem leczenia. Te wstępne oczekiwania wywierają istotny wpływ na skuteczność terapii, niezależnie od jej rodzaju. Przesadnie optymistyczne albo pesymistyczne oczekiwania powodują nawet pogorszenie się stanu zdrowia. Dlatego też tak ważny okazuje się aktywny udział człowieka w poszerzaniu własnej wiedzy, co pozwala mu realnie ustosunkować się do własnej sytuacji życiowej i odkryć, iż stan zdrowia może być inny (lepszy) w stosunku do tego, co dotychczas sądził. Zaangażowanie się w działania na rzecz własnego zdrowia przyczynia się tym samym do zmiany obrazu własnej sytuacji zdrowotnej, która nie wydaje się już tak traumatyczna i beznadziejna.

Jednocześnie, jak podkreśla wielu badaczy, metamorfozie ulega samoocena i poczucie własnej wartości. Realne spojrzenie na własną sytuację życiową uświadamia bowiem człowiekowi, że nadal pomimo utraty dobrego stanu zdrowia jest w stanie żyć i realizować swoje potrzeby i marzenia<sup>25</sup>. Potwierdzeniem tego są m.in. badania Mariny Trento i współpracowników, w których wykazano, że zaangażowanie się osób niepełnosprawnych w poprawę własnego stanu zdrowia pozytywnie wpływa na tenże stan w odniesieniu do całej grupy. W badaniach tych wykazano, że zwiększenie się wiedzy na temat własnego stanu zdrowia oraz realne ustosunkowanie się pacjentów do niego pozytywnie oddziałuje zarówno na ich stan zdrowia, jak i na odczuwalną jakość życia. Jeśli bowiem pacjent ma świadomość własnego położenia, inaczej spogląda na życie — widząc możliwości poprawy oraz podejmuje kroki mające na celu utrzymanie jak najlepszej kondycji<sup>26</sup>.

Poruszając tę problematykę, warto także zaznaczyć, że zaangażowanie się osób niepełnosprawnych w działania na rzecz zdrowia powoduje, że z większą wiarą i zaufaniem podchodzą do wszelkiego rodzaju działań leczniczo-rehabilitacyjnych. Udział samych niepełnosprawnych powoduje, że nie traktują

---

<sup>23</sup> C.H. Ravesloot, T. Seekins, T. Cahill, S. Lindgren, D.E. Nary, G. White, *Health Promotion for People with Disabilities: Development and Evaluation of the Living Well with a Disability Program*, "Health Education Researches", 2007, 22, s. 522–531.

<sup>24</sup> J.D. Frank, *Therapeutic Components Shared by All Psychotherapies*, [w:] *Psychotherapy Research and Behavior Change*, pod red. J.H. Harvey, M.M. Parks, Washington 1982.

<sup>25</sup> C. Fox, A. Kilvert, *Intensive Education for Lifestyle Change in Diabetes*, "BMJ" 2003, 327, s. 1120–1121.

<sup>26</sup> M. Trento, P. Passera, E. Borgoin, *A 5-Year Randomized Controlled Study of Learning, Problem Solving Ability, and Quality of Life Modifications in People with Type 2 Diabetes Managed by Group Care*, "Diabetes Care" 2003, 27, s. 670–675.

ich jako „koniecznego zła”, lecz jako element niezbędny, przynoszący ulgę i pomagający w przezwyciężaniu ograniczeń wywołanych danym uszkodzeniem. Poza tym osoby te, wiedząc, co sprzyja, a co nie sprzyja utrzymaniu dobrego stanu zdrowia, częściej czują się współodpowiedzialne za niego. To z kolei powoduje, iż rehabilitacja nabiera szczególnego znaczenia dla pacjenta. Jeśli bowiem posiada on wiedzę, umie obserwować siebie, interpretować niepokojące objawy, to świadomie dąży do przestrzegania zasad zdrowego stylu życia oraz wypracowuje mechanizmy radzenia sobie w sytuacjach choroby czy niepełnosprawności<sup>27</sup>.

Tym samym można przypuszczać, że niepełnosprawni z większą determinacją i wytrwałością będą podchodzić do ich realizacji i przestrzegania, a co się z tym wiąże, ich efektywność będzie większa. Pozwoli to nie tylko na zmniejszenie się wszelkich dolegliwości (ból i cierpienie) związanych z danym uszkodzeniem, ale także doprowadzi do obiektywnej poprawy stanu zdrowia grupy<sup>28</sup>. Zmniejszenie się dolegliwości oraz ograniczeń wynikających z danego urazu sprawia, że człowiek nie tylko posiada większe możliwości przystosowania się do otaczającego świata, ale przede wszystkim przyczynia się do innego spojrzenia na własne życie, które dzięki czynnemu udziałowi w działaniach na rzecz poprawy własnego stanu zdrowia zaczyna mieć sens, wartość i które wydaje się bardziej satysfakcjonujące. Aktywny udział w pokonaniu własnych problemów i ograniczeń (nawet w niewielkim stopniu) tworzy odpowiednie warunki do formułowania wyższej oceny własnego życia i satysfakcji z dokonań<sup>29</sup>.

Taką tezę potwierdza wiele badań, z których wyraźnie wynika, że aktywność osób niepełnosprawnych w procesie poprawy własnego zdrowia pozytywnie wpływa na stan zdrowia tej grupy osób<sup>30</sup>. Przykładem mogą tu być m.in. badania Heike I.M. Mahler i Jamesa A. Kulika<sup>31</sup>. Autorzy tych badań podzielili grupę osób oczekujących na zabieg operacyjny na dwie podgrupy. Pierwszej pokazano jeden z trzech filmów, które miały przygotować ich do operacji, drugiej grupie nie pokazano żadnego. Jeden z filmów zawierał informacje na temat

<sup>27</sup> D. Kubacka-Jasiecka, *Perspektywy promocji zachowań zdrowotnych w zmaganiu się z ciężką chorobą somatyczną*, „Przegląd Psychologiczny” 1999, 42(4), s. 57–68.

<sup>28</sup> K. Yamooka, T. Tango, *Efficacy of Lifestyle Education to Prevent Type 2 Diabetes a Meta — analysis of Randomized Controlled Trials*, „Diabetes Care” 2005, 28, s. 2780–2786.

<sup>29</sup> A. Westman, S.J. Linton, T. Theorell i in., *Quality of Life and Maintenance of Improvements After Early Multimodal Rehabilitation: A 5-Year Follow-up*, „Disability and Rehabilitation” 2006, 28(7), s. 437–446.

<sup>30</sup> I.D. Egbert i in., *Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. A study of doctor-patient rapport*, „The New England Journal of Medicine” 1964, 270, s. 825–827; DAFNE Study Group, *Training in Flexible, Intensive Insulin Management to Enable Dietary Freedom in People with Type 1 Diabetes: Dose Adjustment for Normal Eating (DAFNE) Randomised Controlled Trial*, „BMJ” 2002, 325, s. 746–751.

<sup>31</sup> H.I.M. Mahler, J.A. Kulik, *Effects of Preparatory Videotapes on Self-Efficacy Beliefs and Recovery from Coronary Bypass Surgery*, „Annals of Behavioral Medicine” 1998, 12(1), s. 39–46.

operacji przekazane przez specjalistę w zakresie opieki zdrowotnej. Drugi także zawierał informacje na temat operacji przekazane przez specjalistę w zakresie opieki zdrowotnej wraz z krótkimi wywiadami przeprowadzonymi wśród pacjentów, którzy opisywali swoją poprawę stanu zdrowia po przejściu zabiegu. Natomiast w trzecim filmie prezentowano informacje pochodzące od specjalisty w zakresie opieki zdrowotnej wraz z relacjami pacjentów, którzy opowiadali o swoim procesie rekonwalescencji, zarówno o jego pozytywnych, jak i negatywnych stronach. W efekcie pacjenci, którzy oglądali któryś z trzech filmów z większym zaangażowaniem niż pozostała część (która nie oglądała żadnego z filmów) uczestniczyli w działaniach na rzecz poprawy własnego stanu zdrowia (przestrzegali zalecanej diety i wykonywali ćwiczenia fizyczne). W rezultacie pacjenci aktywnie zaangażowani w poprawę własnego zdrowia (grupa „filmowa”) nie tylko szybciej wracali do pełni sprawności, ale także charakteryzowali się lepszym samopoczuciem niż pacjenci, którzy nie oglądali żadnego z filmów<sup>32</sup>.

Mówiąc o zaangażowaniu niepełnosprawnych w poprawę swojej sytuacji zdrowotnej, warto także podkreślić, że większa aktywność tych osób wywołuje silniejszą reakcję emocjonalną na wszelkie sukcesy związane z utrzymaniem lub poprawą własnego stanu. Aktywny udział w działaniach na rzecz zdrowia oraz emocjonalny związek z nimi sprawia, że osoby te, widząc efekty własnego wysiłku, w dużo większym stopniu odczuwają satysfakcję i zadowolenie z samych siebie. Uzyskiwane sukcesy (nawet niewielkie) sprawiają, że człowiek nie tylko z większym optymizmem podchodzi do własnych działań, ale także ma olbrzymią satysfakcję wynikającą z pokonanego problemu i zmniejszenia ograniczeń wynikających z danego uszkodzenia. W rezultacie często znika niepokój, poprawia się nastrój i zwiększa się poczucie własnej wartości oraz poziom dobrostanu<sup>33</sup>. Osiągane sukcesy pozwalają bowiem spojrzeć na życie i możliwości z nieco innej perspektywy — człowieka, który pomimo niepełnosprawności jest w stanie przyczynić się do poprawy własnej sytuacji. Jednocześnie świadomość skuteczności podejmowanych działań umacnia w przekonaniu, że życie pomimo niepełnosprawności ma sens i wartość, co pozytywnie wpływa na samopoczucie i poziom jakości egzystencji<sup>34</sup>.

Poruszając tę problematykę, warto także zwrócić uwagę na fakt, że aktywny udział osób niepełnosprawnych w działaniach na rzecz poprawy własnego stanu nie musi mieć tak pozytywnego odzwierciedlenia w jakości życia. Fakt aktywnego udziału samych niepełnosprawnych w tego typu działaniach niekoniecznie przyczynia się do poprawy stanu zdrowia, a co się z tym wiąże, jakość życia także niekoniecznie ulega zmianie. Jak wskazują A. Marabini

---

<sup>32</sup> Tamże.

<sup>33</sup> D.K. Sherman, S.E. Taylor, *Psychologia pozytywna i psychologia zdrowia: owocny związek*, [w:] *Psychologia pozytywna w praktyce*, pod red. J. Czapińskiego, PWN, Warszawa 2002.

<sup>34</sup> K. Yamooka, T. Tang, *Efficacy of Lifestyle...*

i współpracownicy, osoby niepełnosprawne bardzo często na początku z wielkim entuzjazmem i nadzieją angażują się we wszelkiego rodzaju działania mające na celu poprawę sprawności fizycznej. Jednak w przypadku braku zakładanych efektów podejmowanych działań stopniowo z coraz mniejszym zaangażowaniem podchodzą do tego typu działań, nie widząc ich rezultatów. Badania wykazały, że po początkowym okresie rehabilitacji, gdy osoby niepełnosprawne uzyskały poprawę, potem nie widząc kolejnych efektów, rezygnowały z dalszych starań, co skutkowało spadkiem sprawności fizycznej<sup>35</sup>.

Jak wynika z analizy, aktywny udział osób niepełnosprawnych w poprawie własnego stanu zdrowia jest bardzo istotny. Pozwala bowiem odkryć nie tylko, jak wiele można zdziałać w zakresie własnego zdrowia, ale także poprawić samopoczucie. Istotne okazuje się jednak to, aby działania te nie kończyły się po pewnym czasie. Osoby te pomimo poprawy stanu zdrowia powinny nadal aktywnie uczestniczyć już nie w polepszeniu lecz utrzymywaniu dobrego stanu zdrowia. Dzięki czynnemu zaangażowaniu się w tego typu działania mają bowiem szansę na poprawę sytuacji życiowej.

## Podsumowanie

Podsumowując powyższe rozważania, warto jeszcze raz podkreślić, że korzystanie z edukacji zdrowotnej stanowi jeden z ważniejszych czynników umożliwiających zarówno poznanie własnej sytuacji, jak i poprawę lub utrzymanie dobrego stanu zdrowia. Potwierdzeniem tego jest m.in. dokonana wcześniej analiza efektywności podejmowanych działań edukacyjnych. Na podstawie zebranych danych wyraźnie widać, jak duże znaczenie zarówno w wymiarze teoretycznym (poszerzanie wiedzy), jak i praktycznym (kreowanie zachowań prozdrowotnych) mają działania na rzecz zdrowia.

Podejmowanie tego typu praktyki wydaje się mieć jednak szczególnie istotne znaczenie w odniesieniu do niepełnosprawnych. Dzięki edukacji zdrowotnej osoby te mają bowiem możliwość nie tylko zrozumienia własnej sytuacji zdrowotnej, ale także szansę na większe zaangażowanie się w utrzymywanie i poprawę własnego stanu zdrowia, co w przypadku tej grupy okazuje się bardzo ważne. Jeśli bowiem osoba niepełnosprawna wie, co pozytywnie, a co negatywnie wpływa na jej stan, to chętniej uczestniczy we wszelkiego rodzaju działaniach leczniczo-rehabilitacyjnych, a tym samym przyczynia się do po-

---

<sup>35</sup> A. Marabini, G. Brugnami, F. Curradi, A. Siracusa, *Does an Asthma Education Program Improve Quality of Life? A Two-Year Randomized Trial*, "Journal of Asthma" 2005, 42, s. 577–581.

prawy własnego stanu zdrowia. To zaangażowanie jest istotne, gdyż zwiększa efektywność działań leczniczo-rehabilitacyjnych, a co się z tym wiąże przyczynia się do zmniejszenia wszelkich ograniczeń wynikających z danej choroby czy niepełnosprawności.

Ogólnie można więc stwierdzić, iż sytuacja życiowa osób korzystających z edukacji zdrowotnej powinna wyglądać inaczej niż osób, które nie korzystają z tego typu praktyki edukacyjnej. Udział w działaniach edukacyjnych powoduje bowiem, że osoby niepełnosprawne w większym stopniu angażują się w działania na rzecz własnego zdrowia, a co się z tym wiąże, z większą nadzieją i optymizmem spoglądają na własną sytuację życiową. Większa wiedza i umiejętności z zakresu utrzymywania dobrego stanu zdrowia sprzyjają poczuciu bezpieczeństwa i utrwalaniu pozytywnego obrazu siebie — osoby, która pomimo niepełnosprawności, może mieć wpływ na własne zdrowie. Należy zatem przypuszczać, iż korzystanie z edukacji zdrowotnej przez niepełnosprawnych może przyczyniać się nie tylko do poprawy stanu ich zdrowia, ale także do poprawy ogólnej jakości życia.

#### Streszczenie

Rozwój nauk o człowieku spowodował, że współcześnie edukacja zdrowotna stała się jedną z ważniejszych dziedzin nauki. Pozwala nie tylko na poszerzenie własnej wiedzy na temat zdrowia i choroby, ale również na uzyskanie informacji o stanie zdrowia. Szczególnie istotne wydaje się zatem, aby w edukacji zdrowotnej brały udział osoby niepełnosprawne, ponieważ może ona mieć ważne znaczenie w kontekście ich stanu zdrowia. Jeśli bowiem człowiek wie, co pozytywnie, a co negatywnie wpływa na jego zdrowie, z większym zaangażowaniem i motywacją podchodzi do działań leczniczych i usprawniających.

#### Summary

The development of human science has made health education one of the most important areas of science today. It allows you not only to expand your knowledge about health and illness, but also to get information about your own health. It is particularly important that people with disabilities participate in health education as it may be important in the context of their state of health. If a person knows what is positive and what negatively affects his or her health with greater engagement and motivation, he or she comes to healing and improving.

#### Literatura

- Bishop M., Chapin M.H., Miller S., *Quality of Life Assessment in the Measurement of Rehabilitation Outcome*, "Journal of Rehabilitation" 2008, 74(2), s. 45–55.
- Charońska E., *Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej*, Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997.
- DAFNE Study Group, *Training in Flexible, Intensive Insulin Management to Enable Dietary Freedom in People with Type 1 Diabetes: Dose Adjustment for Normal Eating (DAFNE) Randomised Controlled Trial*, "BMJ" 2002, 325, s. 746–751.

- Edukacja zdrowotna*, pod red. B. Woynarowskiej, PWN, Warszawa 2008.
- Egbert I.D., Battit C.E., Welch C.E., Bartlett M.K., *Reduction of Postoperative Pain by Encouragement and Instruction of Patients. A Study of Doctor–Patient Rapport*, "The New England Journal of Medicine" 1964, 270, s. 825–827.
- Fox C., Kilvert A., *Intensive Education for Lifestyle Change in Diabetes*, "BMJ" 2003, 327, s. 1120–1121.
- Frank D., *Therapeutic Components Shared by All Psychotherapies*, [w:] *Psychotherapy Research and Behavior Change*, pod red. J.H. Harvey, M.M. Parks, Washington 1982.
- Friefeld S., Renwick R., *Quality of Life and Rehabilitation*, [w:] *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual Approaches, Issues, and Applications*, pod red. R. Renwick, I. Brown, M. Nagler, New York 1996.
- Hryniewicka A., *O nowej tendencji w ujmowaniu problematyki niepełnosprawności*, „Człowiek, Niepełnosprawność, Społeczeństwo” 2007, 5, s. 35–56.
- Juszczak K., *Szlachetne zdrowie*, [w:] *Edukacja w społeczeństwie ryzyka*, t. 1, pod red. M. Gwoździckiej-Piotrowskiej, A. Zduniak, Wyższa Szkoła Bezpieczeństwa, Poznań 2006.
- Kowalik S., *Osoba niepełnosprawna i jej jakość życia w procesie rehabilitacji*, [w:] *VII Ciechockińskie forum niezależnego życia niepełnosprawnych*, pod red. S. Kubiaka, WNP, Włocławek 2002.
- Kowalik S., *Psychologia rehabilitacji*, Warszawa 2007.
- Krawański A., *Ciało i zdrowie człowieka w nowoczesnym systemie wychowania fizycznego*, AWF, Poznań 2003.
- Kubacka-Jasiecka D., *Perspektywy promocji zachowań zdrowotnych w zmaganiu się z ciężką chorobą somatyczną*, „Przegląd Psychologiczny” 1999, 42(4), s. 57–68.
- Lewicki C., *Edukacja zdrowotna — systemowa analiza zagadnień*, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów 2006.
- Mahler H.I.M., Kulik J.A., *Effects of Preparatory Videotapes on Self-Efficacy Beliefs and Recovery from Coronary Bypass Surgery*, "Annals of Behavioral Medicine" 1998, 12(1), s. 39–46.
- Marabini A., Brugnami G., Curradi F., Siracusa A., *Does an Asthma Education Program Improve Quality of Life? A Two-Year Randomized Trial*, "Journal of Asthma" 2005, 42, s. 577–581.
- Ossowski R., *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*, WSP, Bydgoszcz 1999.
- Pułtorak M., Sokołowska M., Szymańska M., Woynarowska B., *Edukacja prozdrowotna w szkole*, „Lider” 1993, 6.
- Ravesloot C.H., Seekins T., Cahill T., Lindgren S., Nary D.E., White G., *Health Promotion for People with Disabilities: Development and Evaluation of the Living Well with a Disability Program*, "Health Education Researches" 2007, 22, s. 522–531.
- Rehabilitacja medyczna*, pod red. W. Degi, K. Milanowskiej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
- Robacha J., *Wiedza o własnym zdrowiu warunkiem zdrowego stylu życia*, [w:] *Problemy rozwoju, zdrowia, edukacji prozdrowotnej i ekologicznej*, pod red. J. Rodziewicz-Gruhn, M.E. Pyzikowej, WSP, Częstochowa 1996.

- Sherman D.K., Taylor S.E., *Psychologia pozytywna i psychologia zdrowia: owocny związek*, [w:] *Psychologia pozytywna w praktyce*, pod red. J. Czapińskiego, Warszawa 2002.
- Sowa J., Wojciechowski E., *Proces rehabilitacji w kontekście rehabilitacyjnym*, Wydawnictwo Fosze, Rzeszów 2001.
- Sussova J., Šachova I., Švestkova O., *Rehabilitation Care in Paediatrics in the Czech Republic*, "Pediatrics Rehabilitation" 2006, 9(2), s. 119–121.
- Szewczyk T., *Pedagogika zdrowia*, [w:] *Pedagogika*, t. 3, pod red. B. Śliwerskiego, GWP, Gdańsk 2006.
- Trento M., Passera P., Borgo E., Tomalino M., Bajardi M., Cavallo F., Porta, M., *A 5-Year Randomized Controlled Study of Learning, Problem Solving Ability and Quality of Life Modifications in People with Type 2 Diabetes Managed by Group Care*, "Diabetes Care" 2003, 27, s. 670–675.
- Westman A.S.J., Theorell T., Óhryik J., Wahlen P., Leppert J., *Quality of Life and Maintenance of Improvements After Early Multimodal Rehabilitation: A 5-Year Follow-up*, "Disability and Rehabilitation" 2006, 28(7), s. 437–446.
- Williams T., *Szkoła promująca zdrowie — rzeczywistość czy mit*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1989, 7–8, s. 193–194.
- Yamaoka K., Tango T., *Efficacy of Lifestyle Education to Prevent Type 2 Diabetes a Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*, "Diabetes Care" 2005, 28, s. 2780–2786.



*Magdalena Charłusz-Zasiewska*

(Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku,  
Gabinet Fizjoterapii FIZJO Magdalena Charłusz-Zasiewska w Gąbinie)

*Marek Zieliński, Dorota Bąk*

(Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku)

*Kamila Pasternak-Mnich*

(Klinika Rehabilitacji Medycznej UM w Łodzi)

*Robert Irzmański*

(Klinika Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej UM w Łodzi)

## WPŁYW REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ JAKO METODY LECZENIA CHORYCH PO OSTRYM ZESPOLE WIĘNCOWYM

Słowa kluczowe: ostry zespół wieńcowy; rehabilitacja kardiologiczna; trening fizyczny

### EFFECT OF CARDIAC REHABILITATION AS A TREATMENT FOR PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Key words: acute coronary syndrome; cardiac rehabilitation; physical training

Trening fizyczny (TF) jest uznaną i zalecaną metodą terapeutyczną wykorzystywaną w leczeniu chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego [1–4]. Obowiązująca definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) z 1993 r. określa rehabilitację kardiologiczną (RK) jako:

skoordynowane działania prowadzące do uzyskania optymalnej sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej pacjenta z CHUK, umożliwiające osiągnięcie jak najbardziej samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym i satysfakcjonującego udziału w życiu społecznym, dające pacjentowi poczucie dobrej jakości życia, i równocześnie, jeśli jest to możliwe, usuwające czynniki ryzyka i zmniejszające zaburzenia chorobowe [5].

Zwiększenie aktywności fizycznej wprowadzone w ramach programu RK, skutkuje szeregiem pozytywnych następstw nie tylko w układzie sercowo-naczyniowym, lecz również w innych narządach i układach organizmu.

Analiza literatury przedmiotu wskazuje na poprawę tolerancji wysiłku chorych ze schorzeniami kardiologicznymi po zastosowaniu TF, ocenianą przy użyciu ergospirometrycznej próby wysiłkowej (CPET, *cardiopulmonary exercise testing*) jako jednej z najbardziej wiarygodnych i obiektywnych metod jej ewaluacji. Umożliwia ona bowiem wyznaczenie szczytowego poziomu pochłaniania tlenu ( $VO_{2max}$ ), którego wzrost będzie wykładnikiem, odpowiada iloczynowi maksymalnej pojemności minutowej serca i maksymalnej różnicy wysycenia tlenem krwi tętniczej i żylniej, rosnącej podczas wykonywania wysiłku, osiągającej swoją maksymalną fizjologiczną granicę w trakcie jego największego natężenia. Wtedy to  $VO_{2max}$  jest niezależne od maksymalnej pojemności minutowej serca i z tego powodu parametr ten okazuje się dobrym, nieinwazyjnym sposobem określającym wydolność układu sercowo-naczyniowego. Poprawa  $VO_{2max}$  może być przypuszczalnie największa w pierwszym okresie rehabilitacji [2–4]. Lin Che wraz ze współpracownikami [6] zaobserwował wzrost  $VO_{2peak}$  w grupie chorych po OZW leczonych przezskórną interwencją wieńcową (PCI, *percutaneous coronary intervention*) po 3-miesięcznym TF, z  $14 \pm 4 \text{ ml} \times \text{min}^{-1} \times \text{kg}^{-1}$  do  $20 \pm 4 \text{ ml} \times \text{min}^{-1} \times \text{kg}^{-1}$ , co stanowi, aż 43% przyrost w zakresie tego parametru, natomiast Ulrik Wisløff i współpracownicy [7] przy dwukrotnie dłuższej RK (6 miesięcy) zaobserwowali tylko 46% wzrost  $VO_{2max}$ . Wraz z poprawą w zakresie maksymalnego pochłaniania tlenu zwiększeniu ulega również wskaźnik wydajności jego zużycia (OUES, *oxygen uptake efficiency slope*) [8] wyrażający bezwzględny przyrost  $VO_2$  związany z dziesięciokrotnym zwiększeniem wentylacji. TF poprawia efektywność wymiany gazowej dzięki zmniejszeniu wentylacji minutowej, opóźnieniu wystąpienia progu beztlenowego i zmniejszeniu nachylenia krzywej zależności pomiędzy wentylacją minutową a wytwarzaniem dwutlenku węgla. Na poprawę wydolności fizycznej po stosowaniu TF wpływa również zmniejszone stężenie mleczanów jako wynik zwiększenia przepływu krwi i wychwytu tlenu przez ćwiczące mięśnie oraz lepszy metabolizm w samych komórkach mięśniowych [9].

Zaobserwowano również, iż RK wywiera korzystny wpływ na aktywność autonomicznego układu nerwowego, który wyraża się zwiększeniem napięcia nerwu błędnego ocenianym przy użyciu 24-godzinnej rejestracji zapisu EKG. TF doprowadza do zmniejszenia spoczynkowej częstotliwości skurczów serca. Wśród hipotez tłumaczących to zjawisko wyróżnia się zwolnienie automatycznego wytwarzania pobudzeń w węzle zatokowym, zmniejszenie dodatniego chronotropowego wpływu unerwienia współczulnego, zwiększenie ujemnego chronotropowego wpływu unerwienia przywspółczulnego serca na węzeł zatokowy; zmiany właściwości węzła zatokowego wywołane rozciąganiem przedsionka podczas treningu lub też zmniejszenie wrażliwości węzła przedsionko-

wo-komorowego na agonistów receptorów beta-adrenergicznych [10]. Jonathan Myers i współpracownicy [11] w swoich badaniach wskazują na szybszy powrót częstotliwości rytmu serca (*heart rate*, HR) po wysiłku fizycznym u chorych na PNS w odniesieniu do osób nietreningujących. Parametr ten jest przydatny jako wskaźnik funkcji autonomicznego układu nerwowego u tych chorych oraz pozostaje jedną ze składowych obiektywnej oceny wyników leczenia pacjentów uczestniczących w programach RK.

Regularny TF wpływa na wartość spoczynkową i wysiłkową ciśnienia tętniczego poprzez wzrost aktywności nerwu błędnego i spadek napięcia współczulnego. Bezpośrednie oddziaływanie ma poprawa funkcji dzięki zwiększeniu przepływu krwi prowadzącego do zwiększenia napięcia ścinającego, nasilając tym samym uwalnianie śródbłonkowych czynników rozszerzających naczynia. Wpływ pośredni natomiast wynika z redukcji masy ciała oraz z poprawy wrażliwości tkanek na insulinę. Zarówno zmniejszenie spoczynkowej i wysiłkowej częstości akcji serca, jak i ciśnienia tętniczego powoduje zmniejszenie zapotrzebowania mięśnia sercowego na tlen przy każdorazowym obciążeniu wysiłkiem, co ma szczególne znaczenie przeciwniedokrwienne u pacjentów kardiologicznych [12].

Systematyczny, prawidłowo zaplanowany TF zmniejsza spoczynkowe stężenie hormonów związanych z progresją przewlekłej niewydolności serca (PNS), głównie angiotensyny, wazopresyny, aldosteronu, BNP i NT-proBNP. BNP jest biomarkerem niezbędnym do jej rozpoznania, który istotnie koreluje z nasileniem choroby i okazuje się jednym z zasadniczych czynników ryzyka zgonu. Literatura przedmiotu donosi o skuteczności TF w zakresie zmniejszania jego stężenia [13–16] zarówno po treningu wytrzymałościowym [17], jak i po łączonym wytrzymałościowo-oporowym [18].

TF wywiera korzystny wpływ na poprawę parametrów funkcji skurczowej i rozkurczowej lewej komory (*left ventricular*, LV) mięśnia sercowego. Już w 1992 r. Andrew J. Coats i współpracownicy [19] udowodnili, że u chorych na PNS uczestniczących w 8-tygodniowym programie RK dochodzi do znacznego zwiększenia rzutu serca CO przy obciążeniach maksymalnych i submaksymalnych, czemu towarzyszyła redukcja układowego oporu naczyniowego, zmniejszenie aktywności układu współczulnego oraz wzrost minutowego zużycia tlenu. Rainer Hambrecht i współpracownicy [20] również zaobserwowali pozytywny wpływ TF na parametry hemodynamiczne serca. Po 6-miesięcznym treningu aerobowym w grupie chorych na PNS doszło do zwiększenia EF, zmniejszenia końcoworozkurczowego wymiaru LV i oporu obwodowego, w porównaniu z grupą kontrolną, która nie uczestniczyła w RK.

Badania zespołu Pantalea Giennuzziego [20] oraz Francesco Giallauriego i współpracowników [2] wskazują na pozytywny efekt spowalniający remodeling serca obserwowany po 6 miesiącach RK, który wyraża się zmniejszeniem objętości zarówno końcowoskurczowej, jak i końcoworozkurczowej LV.

Zmiany te korelowały dodatnio ze wzrostem EF, poprawą maksymalnego pochłaniania tlenu oraz jakości życia (QOL, *quality of life*). Metaanaliza Marka Haykowsky'ego i współpracowników [23] wykazała korzystny wpływ TF na remodeling lewej komory serca u chorych po ZS, jednak zmiany te uzależnione były od czasu rozpoczęcia RK po incydencie oraz od okresu jej trwania. Zaobserwowano, iż największe zmiany uzyskiwano, gdy RK rozpoczynała się po około 1 tygodniu od ZS oraz gdy trwała przynajmniej 6 miesięcy. Dla parametru określającego objętość końcoworozkurczową LV (LVESV, *left ventricular end diastolic volume*), będącego silnym predyktorem śmiertelności po zawale serca (ZS), już tygodniowe opóźnienie rozpoczęcia RK wymaga dodatkowych miesięcy ćwiczeń, aby uzyskać porównywalną redukcję w zakresie tego parametru. Podobną zależność wykazywały wartości EF LV. Zaobserwowano również pozytywny wpływ TF na poprawę LVDF.

Marcus Sandri i współpracownicy [24–26] przeprowadzili serię badań na chorych na PNS w dwóch grupach wiekowych (<55 lat — I grupa, >65 lat — II grupa), jak i na zdrowych (<55 lat — III grupa, >65 lat — IV grupa). Analiza wyników dowiodła, że po 4-tygodniowej serii aerobowego TF o intensywności ustalonej na podstawie CPET równej 60–70%  $VO_{2max}$  dochodzi do istotnego statystycznie wzrostu współczynnika E/E' będącego ilorazem prędkości szczytowej napływu wczesnorozkurczowego do wczesnorozkurczowej prędkości maksymalnej, spadku stężenia metaloproteinaz w macierzy zewnątrzkomórkowej [24], skrócenia czasu relaksacji LV (mierzonej IVRT) [25] i zwiększenia współczynnika E/A [26]. Zmiany te zaobserwowano wśród obu grup chorych z PNS i u zdrowych osób starszych, jednak nie były one istotne w grupie III.

U chorych kardiologicznych stwierdza się ciężkie zaburzenia funkcji śródbłonka. Dochodzi wówczas do wzrostu oporu naczyń obwodowych i zmniejszonej perfuzji obwodowej, do czego przyczynia się upośledzone wydzielanie tlenu azotu (NO, *nitric oxide*). Pod wpływem TF podwyższeniu ulega przepływ krwi przez naczynia krwionośne, co przekłada się dzięki zwiększaniu sił ścinania działających na ścianę naczyń na wzrost ilości NO. Wśród mechanizmów prowadzących do jego syntezy wyróżnia się podniesienie aktywności syntazy NO i zwiększenie biodostępności L-argininy [11]. Doniesienia ostatnich lat wskazują na coraz większą rolę endotelialnych komórek progenitorowych (EPC, *endothelial progenitor cells*) jako markerów funkcji śródbłonka, które przez osadzanie się w naczyniach, różnicowanie, migrację i tworzenie nowych naczyń odgrywają znaczącą rolę w postnatalnym procesie waskulogenezy. Literatura przedmiotu wskazuje na poprawę funkcji śródbłonka oraz tworzenie krążenia obocznego u pacjentów z ChNS poprzez zwiększenie liczby EPC krążących w szpiku kostnym, krwi obwodowej i śledzienie, pod wpływem TF [26]. Badania Patrizio Sarto i współpracowników [28] przeprowadzone w grupie chorych z PNS wykazały, że po 8-tygodniowym cyklu ćwiczeń aerobowych dochodzi

do zwiększenia poziomu EPC i śródbłonkowego czynnika wzrostu naczyń (VEGF, *vascular endothelial growth factor*). Wartości badanych parametrów powróciły jednak do poziomu wyjściowego po zaprzestaniu wysiłku na kolejne 8 tygodni. Również w badaniach Francesco Cesariego i współpracowników [29] zaobserwowano u chorych po OZW po 4-tygodniowym TF istotny wzrost EPC, który związany był również z podwyższeniem poziomu lipoprotein o wysokiej gęstości (HDL, *high-density lipoproteins*) oraz  $VO_{2max}$ . Zmniejszeniu uległy natomiast stężenia NT-proBNP, białka C-reaktywnego (CRP, *C reactive protein*) oraz trójglicerydy (TG).

TF wpływa pozytywnie na gospodarkę lipidową organizmu. Dariusz Kałka i współpracownicy [30] wykazali, iż długoterminowa, 6-miesięczna, prowadzona w warunkach ambulatoryjnych RK (trening interwałowy 3/tydzień, ćwiczenia ogólnousprawniające 2/tydzień, ćwiczenia oddechowe) korzystnie modyfikuje stężenie wszystkich frakcji lipidów osocza u chorych z przewlekłą CHNS leczonych simwastatyną niezależnie od intensywności TF. U chorych z grupy badawczej poddanej RK i leczeniu farmakologicznemu (beta-blokery, ACEI (*angiotensin converting enzyme inhibitors*), ASA (*acidum acetylsalicylicum*, simwastatyna), zaobserwowano istotną redukcję stężenia cholesterolu całkowitego (TC, *total cholesterol*) o 4,6%, TG o 13,2% i LDL o 7,2%, natomiast wzrost HDL o 4,3%. W grupie drugiej, w której chorzy poddani byli tylko leczeniu farmakologicznemu, stwierdzono niewielkie, statystycznie nieistotne zmniejszenie TC, LDL i zwiększenie TG, a istotność statystyczną osiągnął jedynie HDL, którego wartość paradoksalnie obniżyła się. Metaanaliza Taylora i współpracowników [31] oparta na randomizowanych i kontrolowanych badaniach z zakresu RK (bazującej na ćwiczeniach fizycznych) dotycząca 8940 pacjentów z CHNS biorących udział w 48 programach klinicznych wykazała w grupie poddanej RK zmniejszenie średniego stężenia TC o 14,3 mg% i TG o 20,4 mg%, zmian natomiast nie zaobserwowano w zakresie stężeń HDL- i LDL-cholesterolu w porównaniu z grupą kontrolną. Dodatkowo w grupie chorych poddanych RK wykazano 20% zmniejszenie śmiertelności ogólnej i 26% zmniejszenie śmiertelności z przyczyn sercowych w porównaniu z grupą kontrolną.

Literatura wskazuje również na korzystne działanie RK w zakresie obniżenia poziomów markerów prozapalnych, w tym czynnika martwicy nowotworów typu alfa (TNF-alfa, *tumor necrosis factor-alpha*) oraz interleukiny 6 (IL-6, *interleukin-6*), jednak efekt zależny jest od rodzaju i czasu treningu. Zaobserwowano, że największe efekty przeciwzapalne uzyskiwane są po TF trwającym dłużej niż 3 miesiące [32,33]. Wpływ na obniżenie stężenia cytokin prozapalnych uzależniony jest również od rodzaju treningu. Le Maitre i współpracownicy [34] zauważyli poprawę tylko u chorych podejmujących ćwiczenia aerobowe na cykloergometrze rowerowym, w porównaniu do tych stosujących elektryczną stymulację mięśni.

TF wpływa korzystnie na poprawę funkcji mięśni szkieletowych oraz krążenie obwodowe, co uzyskiwane jest dzięki obniżeniu aktywności ergoreceptorów, zmianie funkcji i struktury włókien mięśniowych (zmniejszenie zawartości włókien IIb, zwiększenie typu IIa), poprawie procesów utleniania i redukcji oraz zwiększeniu gęstości naczyń włosowatych w mięśniach obwodowych [35]. Badania wskazują na znaczne zmniejszenie aktywności genów odpowiedzialnych za rozpad tkanki mięśniowej, głównie genu typu MuRF oraz mRNA (*Messenger Ribonucleic Acid*) po RK obserwowany u pacjentów z PNS, szczególnie w grupie osób po 65. roku życia, skorelowany ze wzrostem wydolności wysiłkowej [36, 37].

### Streszczenie

Choroby układu krążenia, pomimo podejmowanych działań profilaktycznych, są najczęstszą przyczyną zgonów na świecie, w większości krajów europejskich, także w Polsce. Z danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO — *World Health Organization*) dotyczących 2002 r. wynika, iż na świecie zmarło z tego powodu 16,7 mln osób, w tym na chorobę niedokrwienną serca — 6,9 mln, na udar — 5,1 mln. Dane Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) dowodzą, że z przyczyny zawału serca umiera dziennie około 100 osób, z kolei ogółem z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego — prawie 500 osób każdego dnia. Osiągnięcia współczesnej medycyny oferujące coraz skuteczniejsze leczenie farmakologiczne, chirurgiczne oraz wdrażanie i upowszechnianie odpowiednich form aktywności fizycznej dają nadzieję na poprawę funkcjonowania chorych.

### Summary

Cardiovascular diseases, despite preventive measures being undertaken, are the most common cause of death in the world in most European countries, including Poland. According to data from the World Health Organization (WHO) regarding 2002, 16.7 million people died in the world, including 6.9 million for ischemic heart disease, and 5.1 million for stroke. Data from the Polish Cardiac Society (PTK) prove that approximately 100 people die every day due to a heart attack, and in total almost 500 people die every day due to cardiovascular diseases. Achievements of modern medicine, bringing with them more and more effective pharmacological, surgical and implementation therapy and dissemination of appropriate forms of physical activity, give hope for improving the functioning of patients.

### Bibliografia

1. Piotrowicz R., Dylewicz P., Jegier A., *Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna. Stanowisko Komisji ds. Opracowania Standardów Rehabilitacji Kardiologicznej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego*, „Folia Cardiologica” 2004, 11 (supl. A), s. A1–A48.
2. European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation Committee for Science Guidelines, EACPR, U. Corrà, M.F. Piepoli, F. Carré, P. Heuschmann et al., *Secondary Prevention Through Cardiac Rehabilitation: Physical Activity Counselling and Exercise Training: Key Components of the Position Paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, “European Heart Journal” 2010, 31(16), s. 1967–1974.

3. Leon A.S., Franklin B.A., Costa F. i wsp.: *AHA Scientific Statement: Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. An American Heart Association Scientific Statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity), in Collaboration with the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, "Circulation" 2005, 111, s. 369–376.*
4. Suaya J.A., Shepard D.S., Normand S.L., Ades P.A., Prottas J., Stason W.B., *Use of Cardiac Rehabilitation by Medicare Beneficiaries After Myocardial Infarction or Coronary Bypass Surgery, "Circulation" 2007, 116, s. 1653–1662.*
5. World Health Organization Expert Committee, *Rehabilitation After Cardiovascular Diseases, With Special Emphasis on Developing Countries, "Technical Report Series" Geneva 1993, 831.*
6. Che L., Wang L.M., Jiang J.F., Xu W.J., Zhang Q.P., *Effects of Early Submaximal Cardiopulmonary Exercise Test and Cardiac Rehabilitation for Patients with Acute Myocardial Infarction After Percutaneous Coronary Intervention: a Comparative Study, "Zhonghua Yi Xue Za Zhi" 2008, 88(26), s. 1820–1823.*
7. Wisløff U., Støylen A., Loennechen J.P. et al., *Superior Cardiovascular Effect of Aerobic Interval Training Versus Moderate Continuous Training in Heart Failure Patients: a Randomized Study, "Circulation" 2007, Jun 19, 115(24), s. 3086–3094.*
8. Gademan M.G., Swenne C.A., Verwey H.F. et al., *Exercise Training Increases Oxygen Uptake Efficiency Slope in Chronic Heart Failure, "European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation" 2008, 15(2), s. 140–144.*
9. Piepoli M.F., *Exercise Training in Heart Failure, "Current Heart Failure Reports" 2005, 7(3), s. 33–40.*
10. Bromboszcz J., Dylewicz P., *Rehabilitacja kardiologiczna — stosowanie ćwiczeń fizycznych, Wydawnictwo Elipsa-Jaim s.c., Kraków 2006, 19, s. 75–77.*
11. Myers J., Hadley D., Oswald U. et al., *Effects of Exercise Training on Heart Rate Recovery in Patients with Chronic Heart Failure, "American Heart Journal" 2007, 153(6), s. 1056–1063.*
12. Dziduszko-Fedorko E., Zawadzka-Byśko M., *Rehabilitacja po zabiegach rewaskularyzacji tętnic wieńcowych, „Przewodnik Lekarza" 2004, 7, s. 118–126.*
13. Smart N., *Exercise Training for Heart Failure Patients with and without Systolic Dysfunction: An Evidence Based Analysis of How Patients Benefit, "Cardiology Research and Practice" 2011.*
14. Giallauria F., Cirillo P., Lucci R. et al., *Left Ventricular Remodelling in Patients with Moderate Systolic Dysfunction After Myocardial Infarction: Favourable Effects of Exercise Training and Predictive Role of N-terminal Pro-Brain Natriuretic Peptide, "European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation" 2008, 15(1), s. 113–118.*
15. Sarullo F.M., Gristina T., Brusca I. et al., *Effect of Physical Training on Exercise Capacity, Gas Exchange and N-Terminal Pro-Brain Natriuretic Peptide Levels in Patients With Chronic Heart Failure, "European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation" 2006, 13(5), s. 812–817.*
16. Rengo G., Pagano G., Parisi V., Femminella G. et al., *Changes of Plasma Norepinephrine and Serum N-Terminal Pro-Brain Natriuretic Peptide After Exercise Training Predict*

- Survival in Patients With Heart Failure*, "International Journal of Cardiology" 2014, 171(3), s. 384–389.
17. Passino C., Severino S., Poletti R. et al., *Aerobic Training Decreases B-Type Natriuretic Peptide Expression and Adrenergic Activation in Patients With Heart Failure*, "Journal of the American College of Cardiology" 2006, 47, s. 1835–1839.
  18. Conraads V.M., Beckers P., Vaes J. et al., *Combined Endurance/Resistance Training Reduces NTproBNP Levels in Patients With Chronic Heart Failure*, "European Heart Journal" 2004, 25(20), s. 1797–1805.
  19. Coats A.J., Adamopoulos S., Radaelli A. et al., *Controlled trial of physical training in chronic heart failure. Exercise performance, hemodynamics, ventilation, and autonomic function*, "Circulation" 1992, 85, s. 2119–2131.
  20. Hambrecht R., Gielen S., Linke A. et al., *Effects of Exercise Training on Left Ventricular Function and Peripheral Resistance in Patients With Chronic Heart Failure: A Randomized Trial*, "JAMA" 2000, 283, s. 3095–3101.
  21. Giannuzzi P., Temporelli P.L., Corrà U. et al., ELVD-CHF Study Group, *Antiremodeling Effect of Long-Term Exercise Training in Patients With Stable Chronic Heart Failure: Results of the Exercise in Left Ventricular Dysfunction and Chronic Heart Failure (ELVD-CHF) Trial*, "Circulation" 2003, 108, s. 554–559.
  22. Giallauria F., Galizia G., Lucci R. et al., *Favourable Effects of Exercise-Based Cardiac Rehabilitation After Acute Myocardial Infarction on Left Atrial Remodeling*, "International Journal of Cardiology" 2009, 136(3), s. 300–306.
  23. Haykowsky M., Scott J., Esch B. et al., *A Meta-Analysis of the Effects of Exercise Training on Left Ventricular Remodeling Following Myocardial Infarction: Start Early and Go Longer for Greatest Exercise Benefits on Remodeling*, "Trials" 2011, 12, s. 92.
  24. Sandri M., Adams V., Höllriegel R. et al., *Chronic Heart Failure, Aging and Myocardial Fibrosis: Effects of Exercise Training on Left Ventricular Diastolic Dysfunction and Matrix-Metalloproteinases (MMP)*, "Circulation" 2010, 122, Abstract 19673.
  25. Sandri M., Gielen S., Mangner N. et al., *Chronic Heart Failure and Aging: Effects of Exercise Training on Left Ventricular Diastolic Dysfunction*, "Circulation" 2009, 120, s. 433–434.
  26. Sandri M., Gielen S., Mangner N. et al., *Diastolic Dysfunction in Chronic Heart Failure and Aging — Effects of Exercise Training*, "Circulation" 2008, 118, s. 1111–1112.
  27. Laufs U., Werner N., Link A. et al., *Physical Training Increases Endothelial Progenitor Cells, Inhibits Neointima Formation and Enhances Angiogenesis*, "Circulation" 2004, 109, s. 220–226.
  28. Sarto P., Balducci E., Balconi G. et al., *Effects of Exercise Training on Endothelial Progenitor Cells in Patients With Chronic Heart Failure*, "Journal of Cardiac Failure" 2007, 13(9), s. 701–708.
  29. Cesari F., Marcucci R., Gori A.M. et al., *Impact of a Cardiac Rehabilitation Program and Inflammatory State on Endothelial Progenitor Cells in Acute Coronary Syndrome Patients*, "International Journal of Cardiology" 2013, 167(5), s. 1854–1859.
  30. Kałka D., Sobieszkańska M., Kopka L. i wsp., *Wpływ długotrwałego treningu kardiologicznego na stężenie lipidów u chorych z przewlekłą chorobą niedokrwinną serca leczonych simwastatyną*, „Polski Merkuriusz Lekarski” 2007, XXII (128), s. 101–106.

31. Taylor R.S., Brown A., Ebrahim S. et al., *Exercise-Based Rehabilitation for Patients With Coronary Heart Disease: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*, "The American Journal of Medicine" 2004, 116(10), s. 682–692.
32. Niebauer J., *Effects of Exercise Training on Inflammatory Markers in Patients with Heart Failure*, "Heart Failure Reviews" 2008, 13(1), s. 39–49.
33. Smart N.A., Larsen A.I., Le Maitre J.P., Ferraz A.S., *Effect of Exercise Training on Interleukin-6, Tumour Necrosis Factor Alpha and Functional Capacity in Heart Failure*, "Cardiology Research and Practice" 2011, 2011:532620.
34. LeMaitre J.P., Harris S., Fox K.A., Denvir M., *Change in Circulating Cytokines After 2 Forms of Exercise Training in Chronic Stable Heart Failure*, "American Heart Journal" 2004, 147(1), s. 100–105.
35. Piotrowicz E., *Rehabilitacja pacjentów z niewydolnością serca wyzwaniem XXI wieku*, „Balneologia Polska” 2008, 50(3), s. 180–188.
36. Gielen S., Sandri M., Adams V. et al., *Age-Dependency of Anti-Catabolic Effects of Exercise Training in the Skeletal Muscle of Patients With Chronic Heart Failure*, "Circulation" 2008, 118, s. 1111.
37. Coats A.J., Forman D.E., Haykowsky M. et al., *Physical Function and Exercise Training in Older Patients With Heart Failure*, "Nature Reviews Cardiology" 2017, 14(9), s. 550–559.



*Adam Grudzień*

(Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku)

## ROLA INTERNETU W POZYSKIWANIU INFORMACJI O ZDROWIU — KONTEKST PSYCHOLOGICZNY

Słowa kluczowe: internet medyczny; zdrowie; psychologia zdrowia

### THE INTERNET'S ROLE IN ACQUIRING HEALTH INFORMATION — PSYCHOLOGICAL CONTEX

Key words: medical internet; health; health psychology

## Wprowadzenie

Zdrowie człowieka od pokoleń traktowane jest jako jedna z najważniejszych wartości, stanowiąca o jakości jego egzystencji. Jak powiedział kiedyś niemiecki filozof Artur Schopenhauer: „zdrowie nie jest na pewno wszystkim, ale bez zdrowia wszystko jest niczym”<sup>1</sup>. Pomimo ważnego miejsca, jakie zdrowie zajmuje w życiu większości ludzi, niełatwo je zdefiniować w sposób jednoznaczny. Większość osób nie ma problemów ze zdroworozsądkowym określeniem, czym jest zdrowie, to jednak aporie pojawiające się podczas prób profesjonalnego zdefiniowania tego stanu organizmu ukazują całą jego złożoność. Wśród szerokiego grona społeczeństwa zdrowie bywa kojarzone głównie z brakiem choroby, natomiast brak zdrowia wiązany jest z występowaniem jakiegoś zaburzenia. Ujęcie to nie wyczerpuje jednak całej wielopłaszczyznowości zagadnienia<sup>2</sup>. Liczni autorzy w bardzo różnorodny sposób opisują całościowo rozumianą kondycję, sprawność, czy też witalność jednostki. Wskazuje się na rozmaite wymiary stanu zdrowotnego: biologiczny, społeczny (socjologiczny),

<sup>1</sup> H. Kostyło, *Zdrowie — społeczeństwo — edukacja. Koncepcje Ericha Fromma i Theodore'a Bramelda*, „Rocznik Andragogiczny” 2014, 21, s. 158.

<sup>2</sup> J. Dorałki, *O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie*, „Hygeia Public Health” 2013, 48(4), s. 408.

ekologiczny, duchowy, a także psychologiczny. Wielu badaczy popiera przekonanie, iż zdrowie jest ściśle powiązane z doznawaniem szczęścia oraz poczuciem dobrostanu, czyli subiektywnym zadowoleniem z własnego życia. Zdrowie oraz szczęście mają wiele wspólnego, przenikają się wzajemnie i są od siebie zależne<sup>3</sup>. Zatem zdrowie jako bardzo cenna wartość stanowi obszar szczególnej troski oraz dbałości człowieka, zajmując jedno z najważniejszych miejsc w jego hierarchii życiowej.

Wśród innych materii traktowanych jako ważne przez wielu należy wskazać świat wirtualny. Wraz z rozwojem technologii internet zaczął stawać się integralną częścią życia coraz większego grona ludzi. Można nietrudno zaobserwować, iż na przestrzeni ostatnich lat sieć komputerowa zaczęła pojawiać się w coraz większej ilości sfer życia i funkcjonowania jednostki. Internet z powodzeniem wkroczył w zakres zawodowy, edukacyjny, szkolny, domowy, rodzinny, a nawet zdrowotny osoby z niego korzystającej<sup>4</sup>. Swobodne i niezakłócone połączenie z siecią wirtualną, szczególnie w kontekście krajów rozwiniętych, stało się zjawiskiem „normalnym”, na porządku dziennym i nie jest postrzegane jako wygoda, ale jako standard. Większości osób korzysta z cyberprzestrzeni codziennie — płacąc rachunki, robiąc zakupy, przeglądając portale informacyjne, odpuszczając się, czy też kontaktując z innymi ludźmi. Dla wielu świat wirtualny stał się równie istotny jak realny, a brak dostępu do internetu zaczął być postrzegany jako jeden z istotnych problemów i utrudnień życiowych. Sieć komputerowa nie jest już tylko miejscem pojmowanym jako przestrzeń stanowiąca dodatek do życia powszedniego, ale stała się nieodłącznym elementem codziennego funkcjonowania, przy jednoczesnym zacieraniu granic pomiędzy tym, co jest składnikiem świata wirtualnego, a co realnego<sup>5</sup>. Przez wielu internet bywa traktowany jako fenomen, który na przestrzeni kilkunastu- dwudziestu kilku lat, z rozwijającego się narzędzia przeistoczył się w niezbędny instrument umożliwiający prawidłowe funkcjonowanie społeczne.

Warto zatem poddać analizie problem, w jaki sposób świat wirtualny, bez którego trudno wyobrazić sobie dzisiejsze społeczeństwo, może wpływać na szeroko rozumiany wymiar zdrowotny człowieka. Zasadniczym zagadnieniem może być problematyka roli, korzystnej bądź patogenicznej, jaką internet odgrywa w pozyskiwaniu informacji na temat zdrowia przez ludzi, z zaakcentowaniem efektów o charakterze psychologicznym.

<sup>3</sup> I. H e s z e n, H. S ę k, *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa 2008, s. 55–58.

<sup>4</sup> A. M a r t e n s, *Formy i normy — język komunikacji internetowej, rozważania wstępne*, „Komunikacja Społeczna” 2012, 2, s. 20.

<sup>5</sup> K. S u b r a h m a n y a m, P. G r e e n f i e l d, *Online communication and adolescent relationships*, „The Future of Children” 2008, 18(1), s. 119–121.

## Internet w kontekście informacji o zdrowiu

W przeciągu ostatniej dekady nastąpił gwałtowny wzrost korzystania z wszelkiego typu informacji o charakterze medycznym za pośrednictwem internetu. Niewątpliwym wpływem na taki stan rzeczy miało znaczne poszerzenie dostępu do sieci wirtualnej, które w czasach obecnych jest już postrzegane jako zjawisko powszechne<sup>6</sup>. Istnieją liczne źródła, dzięki którym użytkownik internetu ma możliwość poszerzyć swoją wiedzę na temat zdrowia, uzyskać interesujące go informacje, a nawet dokonać wstępnej diagnozy. Wskazuje się, że cyberprzestrzeń udostępnia bardzo różnorodne środki przekazu wiedzy, w tym strony internetowe i serwisy podmiotów medycznych (lekarzy specjalistów, placówek klinicznych, instytucji medycznych, aptek itp.), bazy czasopism i artykułów naukowych, reportaże i eseje o tematyce zdrowotnej, internetowe formy prasy branżowej, medyczne serwisy społecznościowe oraz wiele innych<sup>7</sup>.

Pomijając dywersyfikację na źródła profesjonalne i nieprofesjonalne, internet odgrywa coraz większą i coraz bardziej istotną rolę w pozyskiwaniu informacji o zdrowiu i chorobie. Dla szerokiej zbiorowości sieć staje się jednym z najważniejszych źródeł pozyskiwania wiedzy w omawianej sferze, a wręcz ewoluuje w swoisty substytut lekarza, diagnosty oraz terapeuty<sup>8</sup>. Pomimo dość powszechnego korzystania przez Polaków z internetu w kontekście poszukiwania informacji o zdrowiu, w obszarze postrzeganym jako profesjonalny, polscy internauci wypadają gorzej niż reprezentanci innych państw. Stosunkowo niewiele osób za pomocą świata wirtualnego nawiązuje kontakt z lekarzem specjalistą, rzadkością jest rejestrowanie bądź umawianie wizyt *online*, ponadto bardzo mało popularne jest korzystanie z e-recept oraz e-aptek. Przeważa natomiast posiłkowanie się wiedzą o niepewnej fachowości<sup>9</sup>.

Zaufanie do treści zawartych w internecie, które dotyczą sytuacji zdrowotnej użytkownika, okazuje się bardzo zróżnicowane. Jak pokazują dotychczasowe badania przeprowadzona na populacji Stanów Zjednoczonych, istnieje duża rozbieżność pomiędzy stopniem zaufania a ilością użytkowników sieci — blisko 25% respondentów deklaruje wysoki poziom tego wskaźnika do informacji udostępnianych w sieci, zaś podobny odsetek osób deklaruje bardzo niski poziom<sup>10</sup>. W badaniach przeprowadzonych w Polsce ponad 50%

---

<sup>6</sup> B. Hesse i in., *Trust and Sources of Health Information*, "Archives of Internal Medicine" 2005, 165(12), s. 2618.

<sup>7</sup> K. Korczak, *Internet jako źródło informacji o zdrowiu i chorobach*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2017, 4(18), s. 307–308.

<sup>8</sup> E. Ulatowska-Szostak i in., *Badania nad internetem jako źródłem informacji o chorobie*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2009, 90(2), s. 248.

<sup>9</sup> A. Staniszewski, M. Bujnowska-Fedak, *Korzystanie z internetu i usług z zakresu e-zdrowia w opinii publicznej Polaków w 2007 roku*, „Przewodnik Lekarza” 2008, 11(1), s. 288.

<sup>10</sup> B. Hesse i in., *Trust and Sources...*, s. 2620–2621.

ankietowanych oświadczyła, iż sieć jest podstawowym, najważniejszym źródłem informacji o zdrowiu. Blisko połowa badanych przyznała, że w wielu sytuacjach internet okazał się jedynym źródłem wiedzy o niedyspozycji zdrowotnej oraz potencjalnych sposobach leczenia. Ponad 30% respondentów zadeklarowało, iż darzą świat wirtualny pełnym zaufaniem w kontekście informacji o chorobach, a jedynie niecały 1% osób badanych przyznał, że wiadomości uzyskane w internecie konsultowało później z lekarzem specjalistą<sup>11</sup>. Nasuwa się wniosek, iż internet medyczny stał się powszechnym medium, z którego korzysta wiele osób niezwiązanych zawodowo z medycyną, zaś jego odbiór pod względem oceny jakościowej pozostaje silnie zróżnicowany.

Inaczej prezentują się wyniki badań przeprowadzonych nad osobami będącymi profesjonalistami w dziedzinie medycyny. Początkujący lekarze jako najważniejsze i najistotniejsza źródła poszerzania swojej wiedzy zawodowej postrzegają przede wszystkim wszelkiego typu szkolenia medyczne oraz monografie naukowe wydane w formie drukowanej. W dalszej kolejności wskazują na artykuły naukowe dostępne *online* (o charakterze recenzowanym), natomiast źródła sieciowe o nierecenzowanej, niesprawdzonej zawartości zostały oceniane najgorzej pod względem użyteczności. Analizując niniejsze wyniki, można wysnuć wniosek, iż internetowe artykuły i informacje tzw. łatwo dostępne, niebędące wytworem ekspertów w danej dziedzinie, nie są pozbawione wad i błędów<sup>12</sup>.

Internet jako edukator zdrowotny nie jest tworem doskonałym. Pomimo zalet, które skłaniają do korzystania z takiej formy zdobywania informacji, występują pewne niedoskonałości, które mogą generować niekorzystne efekty, także w perspektywie psychologicznej.

## Aspekty pozytywne medycznego internetu

W sytuacji zagrożenia utratą zdrowia, będącego jednym z najcenniejszych zasobów człowieka, ludzie zazwyczaj rozpoczynają poszukiwania wszelkich informacji na temat potencjalnej choroby. Jeszcze kilka lat temu głównym i niezastąpionym źródłem takich informacji był przedstawiciel personelu medycznego — lekarz, ratownik medyczny, pielęgniarka itp. Relacja ta cechowała się znaczną asymetrią, w której role chorego i terapeuty były mocno zróżnicowane. Najczęściej pacjent był stroną bierną, której zadanie ograniczało się do opi-

---

<sup>11</sup> E. Ułatowska-Szostak i in., *Badania nad internetem...*, s. 252.

<sup>12</sup> J. Phua, T. Lim, *Use of Traditional Versus Electronic Medical-Information Resources by Residents and Interns*, "Medical Teacher" 2007, 29, s. 401–402.

sania dolegliwości, a następnie stosowania się do zaleceń medycznych, zaś lekarz stanowił stronę aktywną posiadającą przede wszystkim przewagę wiedzy, doświadczenia, decyzyjności, a w efekcie także władzy<sup>13</sup>.

Obecnie poprzez zdobywanie informacji na temat potencjalnej choroby bądź problemu zdrowotnego pacjent ma możliwość przybliżyć się do poziomu lekarza (mimo, iż go nie osiągnie). Wówczas pojawia się szansa, że osoba nieposiadająca kwalifikacji medycznych zacznie postrzegać sama siebie jako jednostkę w pełni uczestniczącą w procesie leczenia i zdrowienia, a nie tylko jako pasywną stronę wspomnianej relacji. Jest to zjawisko pożądane z perspektywy procesu terapeutycznego, gdyż posiadanie większej wiedzy na temat choroby wpływa na poczucie wewnętrznego umiejscowienia kontroli w kontekście zachowań prozdrowotnych. Osoba o takiej cesze posiada przekonanie, iż może wpływać na swoje życie, dostrzega ponadto zależność pomiędzy własnym zachowaniem a zdrowiem, podczas gdy umiejscowienie zewnętrzne zakłada postrzeganie rzeczywistość jako zbioru wydarzeń, sytuacji i okoliczności, na które nie ma się żadnego wpływu. Przekonanie o kontroli zewnętrznej w słabym stopniu motywuje do podejmowania działań i zachowań zmierzających do poprawiania sytuacji zdrowotnej, w przeciwieństwie do wewnętrznej. Edukacja dotycząca zaburzenia może zatem zwiększyć świadomość osoby chorej, a co się z tym wiąże, przyczynić się do większej pożądanej aktywności jednostki w procesie leczenia<sup>14</sup>. Osoba o zadowalającym poziomie wiedzy może nie postrzegać siebie jako tej, która tylko oczekuje czynności ze strony innych, ale jako taką, która również może podejmować aktywność zmierzającą do wyzdrowienia, co skuteczniej motywuje do rozpoczynania różnych prozdrowotnych działań<sup>15</sup>. Wzbogacanie wiedzy może wzbudzać przekonanie o własnej sprawczości i w efekcie doprowadzić do skuteczniejszego działania osoby chorej.

Opisując kwestię poszerzania wiedzy medycznej za pomocą internetu, należy wskazać kolejny pozytywny aspekt związany z doświadczaniem stresu. Osoba, u której zostaje zdiagnozowana poważna choroba, bardzo często zaczyna doświadczać wspomnianego niepożądanego napięcia nerwowego. Jest to swoista reakcja organizmu, przed którym stawiane jest nowe, często nieoczekiwane wymaganie polegające na konieczności dostosowania się do nietypowej sytuacji, niecodziennych warunków<sup>16</sup>. Na poziom odczuwanego stresu ma wpływ m.in. ilość posiadanych informacji, dotyczących sytuacji trudnej. Im mniejszą wiedzę jednostka posiada, tym sytuacja trudna staje się bardziej

---

<sup>13</sup> K. K n o l - M i c h a ł o w s k a, *Internet jako źródło informacji o zdrowiu — wady i zalety dla relacji lekarz–pacjent. Perspektywa pacjentów*, „Hygeia Public Health” 2014, 49(3), s. 390.

<sup>14</sup> G. N o w i c k i i i n., *Umiejscowienie kontroli zdrowia a deklarowane zachowania zdrowotne w grupie osób wykonujących zawody medyczne i pozamedyczne*, „Polski Przegląd Nauki o Zdrowiu” 2017, 1(50), s. 39–40.

<sup>15</sup> M. M c M u l l a n, *Patients Using the Internet To Obtain Health Information: How This Affects the Patient–Health Professional Relationship*, „Patient Education and Counseling” 2006, 63, s. 27.

<sup>16</sup> I. H e s z e n, H. S ę k, *Psychologia...*, s. 143–144.

niejasna i niewiadoma, co z kolei rzutuje na postrzeganie jej jako jeszcze bardziej skomplikowanej i problematycznej. Wiedza stanowi swoisty zasób, który pomaga radzić sobie z wydarzeniami wymagającymi adaptacji do nowych warunków<sup>17</sup>. Z perspektywy osoby, która przynajmniej w pewnym stopniu jest obeznana w tematyce danej choroby bądź zaburzenia, sam deficyt zdrowotny nie musi mieć charakteru enigmatycznego, cechować się wielką ilością niewiadomych. Człowiek zorientowany we własnym położeniu posiada przeświadczenie o występowaniu większej ilości możliwości działania i potencjalnych rozwiązań aniżeli osoba nierozpoznana. Jednostka posiadająca wiedzę może zatem doświadczać mniejszego stresu, właśnie ze względu na mniejszą ilość niewiadomych i niepewności dotyczących przebiegu choroby, pojawiających się objawów, a także wszelkich prognoz i rokowań.

Istotnym czynnikiem, który może nakłaniać do korzystania z sieci jako depozytu wiedzy medycznej (diagnostycznej) jest anonimowość. Internet umożliwia człowiekowi sięganie po różnorodne treści bez konieczności ujawniania swoich danych, nie wymaga zawierania bezpośredniej relacji z inną osobą, pozwala ukryć swoją tożsamość. Rzeczywistość wirtualna umożliwia nawet wykreowanie nowej tożsamości, nowego „ja”, które będzie zaprzeczeniem stanu realnego, a rzeczywistni wszelkie pragnienia, życzenia i wyobrażenia jednostki<sup>18</sup>. Dzięki internetowi pacjent ma możliwość uzyskać informacje o swoim zaburzeniu, czy też otrzymać wstępną diagnozę, bez konieczności ujawniania swoich personaliów. Może w formie *online* zadać specjalście w danej dziedzinie każde wstydlive, czy też krępujące pytanie, może pozwolić sobie na pełną otwartość bez obaw o bycie ocenionym. Anonimowość jest swoistym mechanizmem, który zwalnia z przestrzegania niektórych zasad społecznych. Poprzez nieujawnianie danych osobowych człowiek może przekroczyć barierę wstydu oraz tabu. Osoba trwająca w poczuciu anonimowości nie ma przekonania o byciu osądzaną, więc nie jest skupiona na przestrzeganiu zasad obyczajowo-społecznych, ale wyraża myśli, spostrzeżenia, które pomimo swojej prawdziwości, w kontekście przytoczonych zasad mogłyby zostać uznane za niewłaściwe.

Szczególnie jest to obserwowalne w przypadku zaburzeń o charakterze seksualnym. Dla wielu osób borykających się z problemami natury płciowej przedstawienie swojego problemu drugiemu człowiekowi (nawet jeśli reprezentuje on środowisko medyczne) może być niekomfortowe i kłopotliwe. Dzięki anonimowości maleje lęk przed oceną, a co się z tym wiąże, wzrasta szczerłość i otwartość w kwestii omawiania swojego problemu zdrowotnego. Sieć pozwala zatem podjąć szereg działań, które nie narażają na postrzegane straty wize-

<sup>17</sup> G. Dugiel, B. Tustanowska, K. Kęcka, M. Jasińska, *Przegląd teorii stresu*, „Acta Scientifica Academiae Ostroviensis” 2012, 1(B), s. 54–55.

<sup>18</sup> W. Strzelecki, P. Pawlak, *Deindywidualizacja w sieci i w środowisku wielkomiejskim*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia Informatica” 2012, 721(29), s. 152–153.

runku i samooceny, a będą zmierzać do poradzenia sobie z trudnością zdrowotną, m.in. poprzez kontakt z lekarzem *online*, kontakt z innymi osobami borykającymi się z podobnym zaburzeniem, czy też zdobycie podstawowych informacji o charakterze zgłaszanych dolegliwości. Internet tworzy możliwość częściowego ukrycia swojej tożsamości, co w ujęciu informowania o problemach zdrowotnych pozwala zachować się z większą dozą otwartości i szczerości.

Poddając analizie właściwości cyberprzestrzeni, należy wskazać, iż internet jest również miejscem licznych kontaktów międzyludzkich. W sieci występuje bardzo duża ilość wszelkich serwisów, dzięki którym ludzie mogą się porozumiewać i nawiązywać relacje. Liczba portali społecznościowych, poprzez które można wymieniać się informacjami, wiadomościami, doświadczeniami, różnorodnymi materiałami (zdjęciami, filmami) itp., regularnie się powiększa, jak również przybywa nowych użytkowników witryn internetowych. Niesłabnącą popularnością cieszą się tematyczne fora oraz grupy wsparcia, które zrzeszają osoby borykające się z konkretnym problemem zdrowotnym lub opiekujące się chorymi. Nierzadko trudnością, której doświadcza osoba ze zdiagnozowaną przewlekłą, nietypową, stygmatyzującą lub nieuleczalną chorobą, bądź zajmująca się człowiekiem niesprawnym, jest poczucie osamotnienia. Człowiek w sytuacji choroby (własnej lub osoby bliskiej) nierzadko ma poczucie, iż znajduje się w trudnym położeniu, którego inni mogą nie zrozumieć i nie pojąć w sposób całościowy problemu. Może występować przeświadczenie, że ogrom przeciwności i utrapień, z którymi jednostka musi się zmierzyć, przeraża możliwości poznawcze osób nieposiadających doświadczenia w podobnych sytuacjach. Natomiast wirtualna sieć umożliwia nawiązanie kontaktu z ludźmi, których sytuacja życiowa jest porównywalna, zbliżona, a niekiedy wręcz bliźniacza do położenia osoby szukającej pomocy.

Dodatkowo grupy *online* posiadają pewną specyficzną właściwość — są całkowicie skoncentrowane na problemie, wokół którego się skupiają. Na dalszy plan schodzą kwestie dotyczące różnic wykształcenia, statusu społecznego, czy też kondycji finansowej członków grupy<sup>19</sup>. Liczy się główny problem zdrowotny, który dla wielu osób stanowi swoiste serce egzystencji. Opisywane relacje internetowe mogą stanowić istotną grupę wsparcia społecznego dla osoby tego potrzebującej. Jednostka dotknięta problemem zdrowotnym może nabrać przekonania, iż nie jest jedyną zmagającą się z daną chorobą, co w pewnym stopniu może obniżyć poziom poczucia niesprawiedliwości, poczucia, że jest się skrzywdzonym przez los. Świadomość, że inni również zmagają się z analogicznymi komplikacjami żywymi może zburzyć poczucie osamotnienia. Ponadto internauta ma szansę uzyskać przydatne wskazówki oraz sugestie dotyczące postępowania z danym zaburzeniem, które pochodzą od osób

---

<sup>19</sup> J. B a r g h, K. M c K e n n a, *The Internet and Social Life*, "Annual Reviews of Psychology" 2004, 55, s. 582–584.

borykających się z tym samym problemem i nierzadko posiadających większe doświadczenie w danej materii. Internetowe grupy wsparcia postrzegane są zazwyczaj jako skuteczne, przynoszące nawet więcej korzyści we wsparciu aniżeli grupa lekarzy i specjalistów<sup>20</sup>. Jest to zatem istotny czynnik, który może skutecznie mobilizować do korzystania z internetu medycznego.

Przebywanie w sieci posiada kolejny pozytywny aspekt związany z łatwością korzystania z tego medium. Użytkowanie go, w porównaniu z tradycyjnym poszukiwaniem informacji medycznych, jak np. w formie wizyt lekarskich lub studiowania literatury, jest wyjątkowo proste i łatwe<sup>21</sup>. Dzięki rzeczywistości wirtualnej każdy może uzyskać informacje zdrowotne, skontaktować się ze specjalistą, a nawet uzyskać receptę, bez ponoszenia strat czasowych, pieniężnych, czy też wysiłkowych. Opierając się na przeprowadzonych badaniach można zauważyć, że aspekt szeroko rozumianej oszczędności ma znaczny wpływ na korzystanie z medycznego internetu. Osoby uczestniczące w badaniu wskazywały na liczne profity związane z użytkowaniem sieci jako profesjonalnego źródła informacji o zdrowiu. Oszczędność czasu dostrzegano przede wszystkim w unikaniu kolejek w przychodniach, możliwości zdobycia wiedzy „natychmiast” bez wielotygodniowego lub wielomiesięcznego oczekiwania na wizytę lekarską oraz w braku konieczności podróżowania do innej miejscowości niż miejsce zamieszkania. Zaoszczędzenie finansów najczęściej upatrywano w możliwości korzystania z sieci w sposób darmowy (w przeciwieństwie do lekarskiej wizyty prywatnej) oraz nieponoszeniu pozostałych, pośrednich kosztów konsultacji medycznej (m.in. transport)<sup>22</sup>. Przekonanie o niskich kosztach może pozytywnie wpłynąć na motywację do podejmowania poszczególnych działań, w tym wypadku o poszerzanie wiedzy dotyczącej sytuacji zdrowotnej. Łatwy, szybki i skuteczny dostęp do wszelkich wiadomości może tworzyć wizję bezproblemowego i niewymagającego wysiłku zdobycia pożądaných informacji. Poziom mobilizacji ma okazję wówczas wzrosnąć, gdyż postrzegane zyski płynące z uzyskania pożądaných informacji medycznych mogą w znaczącym stopniu przewyższyć poniesione straty.

## Aspekty negatywne medycznego internetu

Niesprawiedliwe byłoby dokonać analizy jedynie zalet płynących z czerpania informacji zdrowotnych za pomocą sieci wirtualnej, gdyż z wiąże się z nim

<sup>20</sup> R. Cline, K. Haynes, *Consumer Health Information Seeking on the Internet: the State of the Art*, "Health Education Research" 2001, 16(6), s. 673.

<sup>21</sup> K. Knoch-Michałowska, *Internet jako źródło...*, s. 391.

<sup>22</sup> E. Ulatowska-Szostak i in., *Badania nad internetem...*, s. 251.

również pewne negatywne aspekty. Główna wada wynikająca z szerokiego korzystania z medycznego internetu dotyczy przede wszystkim jakości wiedzy, która znajduje się w cyberprzestrzeni. Sieć jest miejscem, w którym umieszcza się ogromne ilości informacji, bardzo często niepoddawane żadnej kontroli jakościowej czy też recenzji. Dotyczy to również wszelkich artykułów, reportaży czy innych wpisów traktujących o problematyce zdrowotnej. Część z nich zawiera wzmiankę o autorze, można zapoznać się z jego charakterystyką (tytuł naukowy, miejsce pracy, dotychczasowe publikacje, afiliacja uczelniana itp.), również podane są źródła, na które twórca się powołuje.

Znaczna część tekstów, które są dostępne w rzeczywistości wirtualnej, nie posiada jednak większości przytoczonych notyfikacji. Bardzo często informacji umieszczonych w internecie nie można poddać weryfikacji pod kątem poprawności, spójności, czy też wiarygodności. Internet pozwala na publikowanie treści każdemu, bez względu na poziom wiedzy autora, jego rzeczywiste rozeznanie w danej problematyce, czy też faktyczny stan wiedzy. Sieć nie posiada automatycznych filtrów, które mogłyby dokonywać natychmiastowej kategoryzacji tekstów na poprawne (oddające prawdziwy obraz rzeczywistości) i niepoprawne (zawierające uchybienia, błędy). Odbiorca, szczególnie słabo zorientowany w tematyce medycznej, może mieć zatem problem z odróżnieniem informacji rzetelnych i profesjonalnych od tych, które cechuje wadliwość i błędność, bądź które są zapisem subiektywnych odczuć i doświadczeń autora, a nie stanowią obrazu wiedzy naukowej. Laicy medyczni mogą mieć ponadto problemy z uporządkowaniem niejednorodnych informacji, powierzchownie sprzecznych ze sobą, które z kolei bez większego wysiłku poprawnie zinterpretuje lekarz. Znak zapytania można również postawić przy kwestii aktualności danych sieciowych<sup>23</sup>. Medycyna jest branżą o relatywnie szybkim stopniu rozwoju, zaś odróżnienie wiedzy nieaktualnej od współcześnie obowiązującej może zostać niewłaściwie wykonane przez użytkownika internetu. W takich okolicznościach istnieje zagrożenie, że jednostka oprze swoją wiedzę na informacjach przestarzałych, a nawet współcześnie zanegowanych. Podsumowując, trudności bądź nieskuteczne różnicowanie tekstów medycznych o wysokiej jakości naukowej od tzw. „papki internetowej”, prywatnych opinii i indywidualnych przekonań może generować niepożądane efekty.

Jednym z najważniejszych błędów będących wynikiem pozyskiwania mylnych informacji, bądź nieumiejętnego ich interpretowania, rozumienia i odczytywania, jest błędna autodiagnoza. Negatywne efekty z tego płynące miewają dwojaki charakter. Z jednej strony niewłaściwe rozpoznanie choroby może wywołać lęk, obawy i stres, natomiast z drugiej, nieprawidłowe niewykrycie

---

<sup>23</sup> Tamże, s. 249.

zaburzenia może odwieść osobę chorą od podjęcia niezbędnej i potrzebnej interwencji medycznej<sup>24</sup>.

Wybiórcza i selektywna wiedza zdobyta w internecie niesie ryzyko osłabienia motywacji do skorzystania z pomocy specjalisty. Wytworzone fałszywe poczucie bezpieczeństwa może zapewnić choremu uludne przeświadczenie, iż jego wiedza jest na tyle zaawansowana i pewna, że jakakolwiek konsultacja lekarska okazuje się zbędna. Jest to szczególnie groźne, gdy rozważy się ryzyko zbagatelizowania objawów poważnej choroby<sup>25</sup>. Zapoznanie się z internetowym komunikatem, który neguje niepokojące przypuszczenia chorobowe, może obniżyć poziom stresu, a co się z tym wiąże, obniżyć chęć weryfikacji własnych przypuszczeń w kontakcie ze specjalistą, w obawie przed potencjalnym powrotem nieprzyjemnego napięcia nerwowego (w przypadku niepotwierdzenia pomyślnego diagnozy). Obniży się poziom stresu, który w tym wypadku jest potrzebny, a wręcz niezbędny, aby podjąć racjonalne i potencjalnie skuteczne zachowania zmierzające do poradzenia sobie z chorobą organizmu. Skoncentrowanie się na wybiórczych wiadomościach internetowych fałszywie potwierdzających nieistotny i błahy charakter dolegliwości (sprzeczny ze stanem rzeczywistym), sprawi, że człowiek zbuduje iluzoryczne poczucie spokoju i odprężenia, które w rzeczywistości zahamuje potrzebne, a nawet niezbędne podjęcie działań medycznych. Osoba dociekająca przyczyn swoich dolegliwości za pomocą internetu obarczona jest również ryzykiem nadinterpretacji, a więc zdarzenia się sytuacji odwrotnej niż omawiana wcześniej. Nie mogąc dokonać trafnego rozróżnienia pomiędzy informacjami prawidłowymi a błędnymi, jednostka może potraktować dane wadliwe jako pewne i wartościowe, a na ich podstawie dokonać określenia (zdefiniowania) własnego problemu zdrowotnego oraz zdefiniować potencjalne możliwości związane z chorobą.

Nie posiadając wiedzy medycznej, internauta może skupić się na informacjach alarmujących, pochodzących z różnych forów i grup sieciowych, które w rzeczywistości są opisem osobistych doświadczeń i przeżyć, a w żadnym stopniu nie muszą być potwierdzeniem czy też zobrazowaniem ogólnej normy czy standardu związanego z daną jednostką chorobową. Szczególnie jest to widoczne w kontekście chorób nowotworowych, w leczeniu których czynnik indywidualny pacjenta ma duży wpływ na rokowania oraz przebieg choroby<sup>26</sup>. Internauta zapoznający się z historiami ludzi, którzy posiadają bardzo negatywne doświadczenia związane z nowotworem, może wykreować wizję swojej własnej, równie niekorzystnej przyszłości. Zaznajamiając się z prywatnymi wpisami, osoba może doznać oddziaływania konformizmu informacyjnego.

<sup>24</sup> K. Korczak, *Internet jako źródło...*, s. 312.

<sup>25</sup> E. Ulatowska-Szostak i in., *Badania nad internetem...*, s. 249.

<sup>26</sup> A. Kalembrik, Z. Juczyński, *Psychologiczny wymiar jakości życia w chorobach nowotworowych*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologica” 2001, 5, s. 75–76.

Zjawisko to polega na tym, iż jednostka w sytuacji deficytu wiedzy postrzega innych jako wiarygodne i pewne źródło informacji, pomimo że w rzeczywistości nie posiada żadnej pewności co do słuszności wygłaszanych przez te osoby poglądów i opinii<sup>27</sup>. Wówczas wiadomości (np. dotyczące objawów, rokowań chorobowych, możliwości leczenia) nie będące regułą i normą, ale jedynie subiektywnym doświadczeniem autora wpisu sieciowego, mogą zostać potraktowane jako standard medyczny.

Uzyskanie informacji błędnej i uznanie jej za normatywną może doprowadzić do sytuacji konfliktu z lekarzem. W przypadku wystąpienia niezgodności pomiędzy treścią informacji internetowych (nawet jeśli mają błędny charakter) a przekazem lekarza specjalisty osoba będzie postawiona przed koniecznością dokonania wyboru, której stronie zaufać. W sytuacji przedłożenia treści sieciowych nad treści *stricte* medyczne może dojść do zaburzeń relacji lekarz–pacjent. Osoba medyka będzie wówczas postrzegana z mniejszym autorytetem i wątpliwym poziomem wiedzy, zaś wszelkie sugestie oraz propozycje terapeuty będą przyjmowane z dużym sceptycyzmem. Pojawi się ryzyko, iż chory opierając się na wadliwych i niepewnych, za to łatwo i szybko dostępnych źródłach sieciowych, zlekceważy zalecenia lekarskie ryzykując tym samym dalszy postęp choroby<sup>28</sup>.

Przykładem zobrazowanego sporu pomiędzy środowiskiem medycznym a środowiskiem internetowym jawi się spór, dotyczący szczepień. Dwie strony konfliktu (lekarze i tzw. ruchy antyszczepionkowe) prezentują zupełnie odmiennie stanowiska wobec stosowania wakcynacji u dzieci. Laicki obserwator tychże dyskusji może mieć trudne zadanie polegające na odróżnieniu strony przytaczającej fakty naukowe od strony posiłkującej się subiektywnymi opiniami i przekonaniem. Wybór nierzetelnego i błędnego źródła wiedzy może w tym wypadku nieść ze sobą zdecydowanie negatywne skutki.

## Wnioski

Internet stanowi niezwykle ważne, a także atrakcyjne z perspektywy internauty, źródło szeroko pojmowanej wiedzy medycznej. Użytkownik sieci powinien jednak nade wszystko być świadomym, że internet nie jest przestrzenią zawierającą jedynie poprawne wiadomości dotyczące zdrowia i choroby, ale także błędne. Warto pamiętać, że oprócz informacji klarownych, jasnych

---

<sup>27</sup> E. Aronson, T. Wilson, R. Akert, *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, przeł. J. Gilewicz, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2006, s. 269.

<sup>28</sup> R. Cline, K. Haynes, *Consumer Health...*, s. 679–680.

i zrozumiałych można spotkać również dane ujawnione w formie selektywnej, niepełnej, połączonej z subiektywnymi przekonaniem i opiniami. Potrzebne jest wzbudzenie w użytkownikach internetu poczucia konieczności weryfikowania danych sieciowych, w miarę możliwości z osobą wykwalifikowaną, posiadającą kompetencje w danej dziedzinie, bądź porównując z informacjami zawartymi w profesjonalnych monografiach, artykułach, publikacjach. Świat wirtualny w kontekście medycznym ma dwie strony — pozytywną, przybliżającą medycynę przeciętnemu człowiekowi oraz negatywną, dostarczającą internaucie błędnych, niesprawdzonych i wybiórczych informacji przy jednoczesnym skłębieniu faktów z opiniami. Cyberprzestrzeń oferuje niepodważalnie pozytywne aspekty dla zachowań prozdrowotnych jednostki, jednocześnie stanowiąc poważne zagrożenie dla jej zdrowia.

#### Streszczenie

Zdrowie i rzeczywistość wirtualna zajmują wysokie miejsca w hierarchii życiowej wielu osób. Internet stał się przestrzenią, która coraz częściej wykorzystywana bywa w celach medycznych — poprzez szukanie informacji zdrowotnych, nawiązywanie kontaktów z lekarzami, czy też tworzenia relacji na różnych forach sieciowych. Artykuł podjął problematykę efektów wynikających z korzystania z medycznego internetu, zarówno tych o charakterze korzystnym dla zdrowia jednostki, jak i tych negatywnych, poruszając perspektywę czynników psychologicznych. W kontekście zalet wskazano na łatwość i szybkość dostępu do wiedzy, kwestie dotyczące poczucia anonimowości, a także zaprezentowano pozytywny wpływ treści medycznych na obniżanie poziomu stresu oraz zwiększanie poczucia sprawstwa użytkownika sieciowego. W odmiennym ujęciu wskazano na niesprawdzalność treści umieszczanych w internecie i wynikających z tego negatywnych aspektów.

#### Summary

Health and virtual reality are placed on the top of people's life hierarchy. The Internet has become the space that is increasingly used for medical purposes — by searching for health information, making contacts with doctors and making relationships on social network. This article refers to the effects of the use of medical Internet — either positive ones and negative ones, also concerning the psychological aspects of the issue. In the context of advantages — especially understood as rapidity, simplicity, anonymity, stress reduction and enhancement of the sense of agency were emphasized. In the different sense, the article indicated the uncertainty of the whole content of the Internet and resulting negatives.

#### Literatura

- Aronson E., Wilson T., Akert R., *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, przeł. J. Gilewicz, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2006.
- Bargh J., McKenna K., *The Internet and Social Life*, "Annual Reviews of Psychology" 2004, 55.
- Cline R., Haynes K., *Consumer Health Information Seeking on the Internet: the State of the Art*, "Health Education Research" 2001, 16(6).

- Domaradzki J., *O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie*, „Hygeia Public Health” 2013, 48(4).
- Dugiel G., Tustanowska B., Kęcka K., Jasińska M., *Przegląd teorii stresu*, „Acta Scientifica Academiae Ostroviensis” 2012, 1(B).
- Hesse B. i in., *Trust and Sources of Health Information*, „Archives of Internal Medicine” 2005, 165(12).
- Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa 2008.
- Kalembrik A., Juczyński Z., *Psychologiczny wymiar jakości życia w chorobach nowotworowych*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica” 2001, 5.
- Knol-Michałowska K., *Internet jako źródło informacji o zdrowiu — wady i zalety dla relacji lekarz–pacjent. Perspektywa pacjentów*, „Hygeia Public Health” 2014, 49(3).
- Korczak K., *Internet jako źródło informacji o zdrowiu i chorobach*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2017, 4(18).
- Kostyło H., *Zdrowie — społeczeństwo — edukacja. Koncepcje Ericha Fromma i Theodore’a Bramelda*, „Rocznik Andragogiczny” 2014, 21.
- Martens A., *Formy i normy — język komunikacji internetowej, rozważania wstępne*, „Komunikacja Społeczna” 2012, 2.
- McMullan M., *Patients Using the Internet To Obtain Health Information: How This Affects the Patient-Health Professional Relationship*, „Patient Education and Counseling” 2006, 63.
- Nowicki G. i in., *Umiejscowienie kontroli zdrowia a deklarowane zachowania zdrowotne w grupie osób wykonujących zawody medyczne i pozamedyczne*, „Polski Przegląd Nauki o Zdrowiu” 2017, 1(50).
- Phua J., Lim T., *Use of Traditional Versus Electronic Medical-Information Resources by Residents and Interns*, „Medical Teacher” 2007, 29.
- Staniszewski A., Bujnowska-Fedak M., *Korzystanie z internetu i usług z zakresu e-zdrowia w opinii publicznej Polaków w 2007 roku*, „Przewodnik Lekarza” 2008, 11(1).
- Strzelecki W., Pawlak P., *Deindywidualizacja w sieci i w środowisku wielkomiejskim*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia Informatica” 2012, 721(29).
- Subrahmanyam K., Greenfield P., *Online Communication and Adolescent Relationships*, „The Future of Children” 2008, 18(1).
- Ulatowska-Szostak E. i in., *Badania nad internetem jako źródłem informacji o chorobie*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2009, 90(2).



*Kamila Kalinowska*

(Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku)

## LECZENIE ZIMNEM W PRAKTYCE FIZJOTERAPEUTY

Słowa kluczowe: leczenie zimnem; krioterapia; fizykoterapia

### COLD THERAPY IN PHYSIOTHERAPIST'S PRACTICE

Key words: cold therapy; cryotherapy; physiotherapy

## Wprowadzenie

Leczenie zimnem polega na obniżeniu temperatury tkanek [1]. Źródło zimna mogą stanowić: woda, lód, powietrze, chlorek etylu, podtlenek azotu, ciekły azot i inne [2].

Już w wieku XX wykorzystywano zimno jako jeden ze sposobów leczenia. Początkowo stosowano zimną wodę, oziębione przedmioty lub lód, później zaczęto używać miejscowo pary chlorku etylu. Wraz z rozwojem technologii od ponad pół wieku następuje znaczny postęp w dziedzinie wykorzystywania zimna zarówno dla potrzeb fizjoterapii, jak i chirurgii, przy czym w tej pierwszej w odróżnieniu od chirurgii stosuje się niskie temperatury o charakterze nie-destrukcyjnie działającym na tkanki ludzkiego organizmu [3].

Zabiegi lecznicze z wykorzystaniem niskich temperatur dzieli się na miejscowe i ogólne. Celem zabiegów miejscowych jest obniżenie temperatury skóry i tkanek głębiej położonych, zaś w zabiegach ogólnych — oziębienie całego ustroju ze wszystkimi fizjologicznymi następstwami tego faktu. Intensywność wymienionych zabiegów zależy w pierwszym rzędzie od temperatury, następnie od przyjętego w danej metodzie sposobu oziębienia powierzchni ciała poddanej zabiegowi oraz czasu jego trwania [1].

## Krioterapia miejscowa

Oziębienie miejscowe można uzyskać różnymi sposobami, takimi jak: za pomocą worków gumowych lub plastikowych ze specjalnym żelem lub napełnionych zimną wodą, ewentualnie rozdrobnionym lodem; stosowanie zimnych okładów z chust wilgotnych i oziębionych do temperatury  $-12^{\circ}\text{C}$  lub okładów z gazy zmoczonej w lodowatej wodzie z solą w woreczkach plastikowych [2]. Stosowanie okładów typu *cold pack*. Czas działania około 20 minut pozwala na obniżenie temperatury skóry o około  $13^{\circ}\text{C}$  (efekt znieczulający) [4]. Wystających elementów kostnych (np. rzepka) nie należy okładać (niebezpieczeństwo martwicy) [5]. Są to metody, które pacjent może samodzielnie stosować w warunkach domowych kilkakrotnie w ciągu dnia. W celu uniknięcia odmrożeń woreczków nie wolno umieszczać bezpośrednio na skórze pacjenta, należy używać dodatkowych środków ostrożności w postaci ręczników izolujących skórę od źródła zimna.

W warunkach domowych można zastosować również masaż kostkami lodu, polegający na pocieraniu chorych miejsc okrężnymi ruchami przez kilka minut [1]. Obszar ciała objęty zabiegiem nie powinien być jednak zbyt duży. Na ogół zabieg taki wykonuje się w zalecany czas na odcinku 10–15 cm. Podczas masażu lodem miejsce zabiegu należy od czasu do czasu wycierać suchym ręcznikiem, ponieważ gromadząca się na powierzchni woda może spowodować, że zabieg będzie gorzej tolerowany. W trakcie zabiegu zazwyczaj odczuwane jest zimno, pieczenie, lekka bolesność, a następnie zdrętwienie. W sytuacji, kiedy na odcinku skóry objętym zabiegiem pacjent przestaje odczuwać dotyk terapeutyczny, czynności należy przerwać [8].

W niektórych uzdrowiskach wykonuje się zimne okłady z solanki. W tym celu gąbkę wiskozową moczy się w solance, następnie wkłada do woreczka ze sztucznego tworzywa i oziębia do temperatury około  $-20^{\circ}\text{C}$ . Zachowanie tej temperatury jest ważne, ponieważ w niższej temperaturze (ok.  $-30^{\circ}\text{C}$ ) zwilżone solanką gąbki tracą elastyczność, co utrudnia wykonanie zabiegu [1].

Na wczesnych etapach urazów, szczególnie sportowych, stosowane bywają aerozole oziębające (np. ciekły chlorek etylu). Wydobywająca się z pojemnika ciekła substancja działa silnie oziębająco w wyniku rozprężania się oraz pobierania ciepła na parowanie [1,3].

Oziębienie miejscowe można uzyskać przez zastosowanie ciekłego azotu (metoda ta wymaga specjalnej aparatury) oraz przez zastosowanie ochłodzonego powietrza (wymaga to specjalnego urządzenia). Obecnie najpowszechniej stosuje się azot, który pod ciśnieniem jest wydmuchiwany z pojemnika przez dyszę i na zewnątrz zmienia się w gaz. Efekt oziębienia miejscowego ciała uzyskuje się za pomocą ruchomego strumienia gazu. W czasie zabiegu należy wykonywać ruchy okrężne nad bolącą powierzchnią ciała, aby uniknąć grożącej

go odmrożeniem punktowego działania gazu. Należy pamiętać, aby skóra w okolicy zabiegu była przed jego wykonaniem osuszona. W miejscu wylotu z dyszy temperatura gazu wynosi od  $-100$  do  $-180^{\circ}\text{C}$ . Czas zabiegu wynosi od 1 do 3 min. Okolicę objętą aplikacją należy omiatać dyszą ruchem okrężnym, by uniknąć mrożenia jednego miejsca. W przypadku stawu i jego okolicy trzeba wykonywać w jego obrębie ruchy czynne. Bezpośrednio po zabiegu chory powinien wykonywać intensywne ćwiczenia [1–3].

Formą miejscowej aplikacji zimna jest nadmuch schłodzonego powietrza. Na rynku istnieje kilka urządzeń schładzających powietrze do  $-30^{\circ}\text{C}$ . Zimne powietrze aplikuje się za pomocą węża zakończonego zmiennymi dyszami od 5 do 20 mm średnicy. Metoda zabiegu zależy od typu aparatu. Należy unikać dotykania aplikatorem skóry oraz długiej stymulacji jednego miejsca. Nadmuch powinien odbywać się z odległości od kilku do kilkunastu centymetrów, a terapeuta wykonywać ruchy okrężne dyszą. W trakcie zabiegu wskazany jest ruch kończyny lub naprzemienne napinanie i rozluźnianie mięśni [3].

Jedną z metod miejscowego zastosowania zimna stanowi również krioterapia kompresyjna polegająca na jednoczesnym stosowaniu czynnika termicznego wraz z czynnikiem mechanicznym, np. masażem podciśnieniowym [6]. Jest to metoda proponowana przez Artura Dziaka i Semera Tayara w urazach i uszkodzeniach sportowych w wielu doktrynach postępowania rehabilitacyjnego [4]. Krioterapia kompresyjna jest stosunkowo słabo rozpowszechnionym sposobem stosowania zimna, szczególnie w Polsce. Do jej prowadzenia niezbędna okazuje się jednak specjalna aparatura składająca się z mankietu periodycznie wypełnianego powietrzem (dla wywierania okresowego ucisku na tkanki) oraz wbudowanego w niego systemu oziębiającego. Lodowata woda osiąga temperaturę  $273\text{--}269^{\circ}\text{K}$  ( $0\text{--}5^{\circ}\text{C}$ ). W trakcie zabiegu leczona kończyna powinna znajdować się w takiej pozycji, jaką stosuje się zwykle do drenażu limfatycznego (uniesiona w górę). Według Starkeya jednoczesne użycie oziębienia, pozycji drenażowej oraz przerywanej kompresji okazuje się jednym z najskuteczniejszych zabiegów likwidujących lokalne obrzęki kończyn [8].

## Krioterapia ogólnoustrojowa

Zabiegi zimne ogólne są stosowane rzadziej niż miejscowe. Wykonuje się je za pomocą specjalnych komór oziębionych przez parę azotu [2]. Zabieg wykonuje się przy użyciu specjalnego zestawu zabiegowego, w skład którego wchodzi: zespół urządzeń wytwarzających obłok gazowy o ściśle określonych rozmiarach, kabina zabiegowa oraz pulpit sterowniczy. Sposób działania prezentuje się następująco. Sprężone, pozbawione pary wodnej, powietrze

zostaje przekazane do wymiennika ciepła, do którego ze specjalnego zbiornika w sposób kontrolowany przez zawór nastawczy zostaje doprowadzony ciekły azot stanowiący w danym wypadku źródło zimna. Azot obniża w wymienniku temperaturę sprężonego powietrza, które izolowanymi przewodami zostaje doprowadzone do zespołu dysz umieszczonych w kabinie zabiegowej [1].

Zabiegi krioterapii ogólnoustrojowej mogą być wykonywane w kriokomorze lub w kriosaurie, zwanej inaczej kriokomorą z zaleganiem zimna. Kriokomorą to duże, zamknięte urządzenie. Kriosauna to przeznaczone dla jednej osoby jednokomorowe pomieszczenie, w którym działaniu temperatury poniżej  $-100^{\circ}\text{C}$  poddawane jest całe ciało pacjenta z wyjątkiem głowy [6]. Natomiast kriokomorą składa się z co najmniej dwóch pomieszczeń: przedsionka o temperaturze  $-60^{\circ}\text{C}$  i komory właściwej, oziębionej do temperatury od  $-110^{\circ}\text{C}$  do  $-160^{\circ}\text{C}$ .

W celu wykonania zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej spełnionych musi być kilka wymogów. Metoda obejmuje badanie lekarskie. Do zabiegu każdorazowo kwalifikuje lekarz, oceniając szczególnie stan układu krążenia pacjenta (tętno, ciśnienie tętnicze krwi itp.) Osoba poddawana zabiegowi wkłada strój kąpielowy, drewniane buty, skarpetki i czapkę oraz ochraniacze na nos, usta i uszy. Odzież, z wyjątkiem butów, powinna być wykonana z bawełny. Zaleca się umożliwienie pacjentowi zakupu takiej jednorazowej odzieży. Konieczne jest usunięcie potu z powierzchni skóry przed zabiegiem. Pacjent wchodzi na kilkadziesiąt sekund do przedsionka, po czym na 3 minuty do komory właściwej. Jednocześnie w komorze może przebywać kilka osób. Jeśli celem zabiegu jest przygotowanie do kinezyterapii, powinno się ją rozpocząć jak najszybciej po wyjściu pacjenta z kriokomorą [3,7]. Zwiększeniu i utrwaleniu korzystnych efektów leczenia niskimi temperaturami po każdym zabiegu krioterapii służą ćwiczenia ruchowe. Pacjenci poddawani są obowiązkowej kinezyterapii bezpośrednio po zakończeniu zabiegu. Obejmuje ona ćwiczenia grupowe o charakterze ogólnospawniającym w sali gimnastycznej, jak i ćwiczenia indywidualne: izometryczne, czynne w odciążeniu, czynne z oporem [6].

Kliniczne działania krioterapii ogólnoustrojowej (po zabiegach lokalnych występują nie wszystkie efekty) to: wybitnie korzystny wpływ na psychikę — następuje poprawa nastroju, subiektywna bezbolesność nie tylko bólów stawowych i powierzchni ciała, ale także bolesnych odczuć w jego wnętrzu, znika uczucie zmęczenia; rozluźnienie napiętych mięśni wokół stawów, wyraźnie zwiększa się siła mimo rozległych, charakterystycznych dla choroby zaników, zwalnia się przewodzenie czuciowe i ruchowe w nerwach; obfity przepływ krwi przez powłoki ciała i narządy wewnętrzne, co powoduje uczucie gorąca i zaróżowienia [11].

Metodę całkowitego oziębiania można też wykonać metodą domową za pomocą wilgotnych ochłodzonych w lodówce prześcieradeł którymi owija się ciało chorego. Obecnie zabieg ten stosuje się rzadko, czasem u osób gorączkujących celem obniżenia temperatury [2].

## Wpływ i skutki działania zimna na organizm

Niezależnie od sposobu stosowanej aplikacji zimna wpływ niskich temperatur na organizm człowieka wynika z uruchomienia fizjologicznych mechanizmów pozwalających zachować homeostazę cieplną. Reakcja jest zależna od powierzchni ciała, na którą działa medium zimna, oraz od stopnia oziębienia tego medium w stosunku do temperatury ciała. Dlatego też odczyny ustroju będące wynikiem skrajnie niskich temperatur wykazują określoną specyfikę wykorzystywaną praktycznie w leczeniu zimnem. Obniżenie temperatury otoczenia do wartości od obojętnego punktu cieplnego skóry, czyli mówiąc inaczej temperatury niższej od strefy komfortu cieplnego, uruchamia adaptacyjne mechanizmy regulacji cieplnej ustroju mające na celu zmniejszenie utraty ciepła. Receptory zimna w skórze stymulują zakończenia układu współczulnego w ścianach naczyń i naczynia kurczą się, która to reakcja ma charakter odruchowy. Skurcz naczyń krwionośnych skóry i tkanki podskórnej występujący pod wpływem niskich temperatur zmniejsza przepływ krwi i ogranicza w ten sposób oddawanie ciepła. Reakcje naczynioruchowe są najsilniej wyrażone w obrębie kończyn górnych i dolnych. Skurcz naczyń skóry i tkanki podskórnej przemieszcza krew do głębiej położonych tkanek kończyn, zwiększając przepływ krwi przez duże tętnice i żyły. Jednocześnie zwiększa się częstość pracy serca, podwyższa się ciśnienie tętnicze krwi, ulega pobudzeniu krążenie w narządach ważnych dla życia. Dochodzi do czasowego niedokrwienia wszystkich powierzchniowych struktur tkankowych, ulega zahamowaniu produkcja mediatorów bólu oraz zapalenia. W tej pierwszej fazie zwiększa się natomiast napięcie mięśni szkieletowych oraz ulegają zahamowaniu wszelkie procesy metaboliczne. Drobne mięśnie powierzchniowe wykonują mimowolne skurcze (dreszcze), produkując tą drogą energię. Kurczą się także mięśnie przywłosowe w celu zmniejszenia powierzchni utraty ciepła (gęsia skórka).

Czas skutecznej obrony przed wychłodzeniem wnętrza ciała jest ograniczony. W przypadku długo trwającego oziębienia powierzchniowe naczynia bronią się przed niedokrwieniem tkanek naprzemiennym kurczeniem i rozszerzaniem. Są to tzw. fale Lewisa — mechanizm regulacji cieplnej. W przypadku fizykoterapii czas ekspozycji na zimno jest oczywiście planowany i ograniczony, pozwalający naturalnie przejść do fazy drugiej, w czasie której obserwuje się zjawiska przeciwne [1,3].

Standardowo wykonywane zabiegi krioterapeutyczne nie zmieniają temperatury krwi i narządów wewnętrznych, co jest podstawą pracy wszystkich organów we właściwej dla siebie temperaturze, a to głównie decyduje o bezpieczeństwie w fizykoterapii tego typu. Po zabiegu oziębione miejsca ogrzewane są ciepłą krwią napływająca do nich wzdłuż gradientu temperatury krwi od wyższej do niższej; od wnętrza do jego powłok. Daje to uczucie gorąca. Jest

to odruch i podstawowy mechanizm termoregulacji po zabiegach krioterapii. To jeden z najcenniejszych efektów, gdyż czynne przekrwienie włośniczkowe decyduje o szybkim gojeniu się urazów, zapaleń i o działaniu przeciwozrętkowym zależnym od poprawy przepływu chłonki w zależności od mikrokrążenia [7].

W postępowaniu terapeutycznym na organizm ludzki działają bodźce, na które odpowiedzią są układowe i/lub narządowe odruchy, które pobudzają naturalne siły obronne organizmu i ich normalizację. Zmiennocieplność skóry i kończyn warunkuje stałocieplność jam ciała przez różne zmiany w zakresie czynności układu krążenia, przede wszystkim mikrokrążenia i intensywności metabolizmu pod kontrolą ośrodków termoregulacji. Termoregulacja jest zatem wtórna wobec metabolizmu tkanek i układu krążenia, tak jakby była im podporządkowana. Terapia termiczna mocno wkracza w reakcje termoregulacyjne za pośrednictwem termoreceptorów, struktur nerwowych, rejestrujących tylko zmiany temperatury w czasie [9].

Reakcja na zimno różni się w poszczególnych miejscach ciała, podobnie jak zdolność homeostazy cieplnej. Najbardziej żywa reakcja występuje w kończynach, tam bowiem znajduje się najlepiej rozwinięta sieć naczyń. Najmniejsza okazuje się w przypadku głowy. Podczas drugiej fazy dochodzi do zwolnienia częstości pracy serca i oddychania, obniża się ciśnienie krwi [3].

Innym skutkiem krioterapii wydaje się zmniejszenie pobudliwości nerwów i szybkości przewodzenia przez nie impulsów nerwowych, co powoduje miejscową bezbolesność i zmniejszenie reakcji zapalnych po urazach. Efekt ten trwa kilka godzin, a przy powtarzalnych zabiegach utrwała bezbolesność nawet na długi czas. Mówiąc inaczej, krioterapia wymuszająca i porządkująca makrokrążenia zapobiega następstwom niedokrwienia i niedotlenienia, które to zjawiska zachodzą po każdym urazie i w procesach zapalnych z obrzękiem. Krańcowe zimno powoduje zwolnienie przewodzenia, także w nerwach ruchowych, częściową blokadę płytki motorycznej oraz stłumienie czynności odruchowej, głównie rdzenia kręgowego. Oznacza to zmniejszenie wzmożonego napięcia w odruchu na ból, a także zmniejszenie spastyczności z uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

Pod wpływem zimna uruchomiony zostaje też „endogeny układ opioidowy” polegający na zwiększeniu stężenia endorfin, które blokują wszechobecne w ustroju receptory opioidowe. Wpływ krańcowego zimna na wszystkie niemal receptory, nie licząc receptorów zimna, polega na pobudzeniu podwzgórza, a jego regulująca temperaturę funkcja objawia się pobudzeniem układu współczulnego i hormonalnego. Endorfiny i enkefaliny zapewniają chorym subiektywną bezbolesność [7].

W drugiej fazie zatem następuje aktywacja układu adrenergicznego (ważna dla regulacji cieplnej, zachodząca pod wpływem zimna) oraz występujące

w tych warunkach zwiększenie przemiany materii, mające na celu wyrównanie utraty ciepła.

Ponadto zimne zabiegi powodują również zwolnienie i pogłębienie oddechu, wzmocnienie czynności wydzielniczej nerek oraz zmniejszenie lub zahamowanie wydalania potu [1].

W przypadku terapii całego ciała ekstremalnym zimnem w trakcie i po zabiegu dochodzi do: intensywnej reakcji układu naczyniowego, typowej dla fazy pierwszej i drugiej oziębienia (po początkowym silnym skurczu powierzchownego układu naczyniowego bardzo dynamiczny rozkurcz i dynamizacja krążenia), stymulacja krążenia żylnego i chłonki (poprawa przepływu w układzie żylnych-chłonny), pobudzenia wielu gruczołów wydzielania wewnętrznego (wzrost stężenia hormonu adrenokortykotropowego — ACTH, adrenaliny, noradrenaliny, testosteronu), pobudzenia niektórych mediatorów tkankowych,  $\beta$ -endorfin (działanie przeciwbólowe), zmniejszenia napięcia mięśniowego oraz zwolnienia przewodnictwa nerwowego [3]. W przypadku stosowania zimna miejscowo otrzymamy częściowo inne efekty niż w przypadku krioterapii ogólnoustrojowej.

Należy wspomnieć, iż w krioterapii miejscowej nie bez znaczenia pozostaje czas zabiegu w zależności od efektu, jaki chce się osiągnąć. Zabiegi oziębające w celu uzyskania efektu przeciwbólowego stosuje się krótko (1–2 min.) na określoną okolicę ciała. Dłuższe oziębienie (10–15 min.) powoduje przede wszystkim działanie przeciwzapalne [2]. Ze względów praktycznych należy stwierdzić, iż krótkotrwałe zabiegi zimne, powodują zwiększenie pobudliwości obwodowych nerwów czuciowych i ruchowych oraz zwiększenie napięcia. Dla odróżnienia, długotrwałe zabiegi zimne o bardzo niskiej temperaturze powodują podwyższenie progu bólu, zmniejszenie pobudliwości włókien nerwowych i szybkości ich przewodzenia oraz obniżenie napięcia mięśniowego [1]. Inny więc będzie czas aplikacji zimna w przypadku urazów, kiedy musi być odpowiednio długi, żeby po jego ustaniu faza przekrwienia nie nasilała ponownie skutków urazu, a inny jako przygotowanie do masażu i kinezyterapii, kiedy celem aplikacji jest wtórne przekrwienie oraz zmniejszenie napięcia. W krioterapii miejscowej również temperatura ma wpływ na efekty miejscowego stosowania zimna. Im niższa jest temperatura zastosowanego medium, tym silniejsza i szybsza będzie pierwsza faza, szczególnie skurcz naczyń wywołujących niedokrwienie tkanek. Tą drogą można np. zminimalizować skutki urazu (krwawienie, wysięk). Mniej intensywne zimno, na pograniczu 0°C, wywoła słabszą reakcję. Niedotlenienie tkanek zmniejszy wówczas odczuwanie bólu. Spowolnione zostaną również procesy metaboliczne, co może być pomocne np. w fizykoterapii zapalenia stawów [3].

## Wskazania i przeciwwskazania do zabiegów krioterapeutycznych

Krioterapia miejscowa oraz ogólnoustrojowa ma obecnie zastosowanie w terapii licznych schorzeń chorób narządu ruchu o różnej etiologii, chorób ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, chorób o podłożu psychicznym — nerwice i zespoły depresyjne, chorób o podłożu autoimmunologicznym oraz w medycynie sportowej i szeroko pojętej odnowie biologicznej [10].

Miejscowe stosowanie zimna zaleca się w przypadku: urazów kości, stawów i mięśni we wczesnym okresie (do 5 dni od urazu); oparzeń w bardzo wczesnym okresie; reumatoidalnego zapalenia stawów i choroby reumatoidalnej tkanek miękkich w okresie zaostrzenia; artropatii łuszczycowej; zapalenia stawu w przebiegu dny moczanowej; bólów stawów i mięśni w przebiegu choroby zwyrodnieniowej; nerwobólów nerwów obwodowych oraz zespołów bólowych (nerwoból nerwu kulszowego czy splotu ramiennego); pooperacyjnych przykurczy mięśni i ścięgien oraz zaburzeń przepływu w układzie żylnych-chłonnych (np. obrzęki chłonne po resekcji piersi); przygotowania do kinezyterapii, we wzmożonym napięciu mięśni.

Zabiegów z zastosowaniem miejscowej niskiej temperatury nie zaleca się w przypadku: otwartych ran; uszkodzenia układu naczyniowego w obrębie planowanej aplikacji zimna (zmiany niedokrwienne, troficzne); odmrozin, zmian popromiennych; nadmiernej wrażliwości układu naczyniowego oraz krwiotwórczego na zimno (choroba Raynauda, krioglobulinemia, nocna napadowa hemoglobinuria); późnego niepomyślnego okresu gojenia urazów, np. zespół Sudecka; znacznej destabilizacji krążenia z cechami zaburzenia ukrwienia serca i mózgu (zagrożenie odruchowym niedokrwieniem) oraz ogólnego osłabienia i wyniszczenia; znacznej destabilizacji hormonalnej (nadczynność tarczycy, nadczynność kory nadnerczy).

Wskazaniami do zabiegów oziębiania całego ciała są: schorzenia reumatoidalne, m.in. reumatoidalne zapalenie stawów, choroba Bechterewa oraz choroby reumatoidalnej tkanek miękkich, łuszczycowe zapalenie stawów, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa i stawów, dyskopatia, skutki przeciążenia narządów ruchu, zaburzeń przepływu w układzie żylnych-chłonnych, szczególnie kończyn dolnych, a także odnowa biologiczna.

Przeciwwskazania do wykonania zabiegów tego typu stanowią: uczulenie na zimno, niewydolność krążeniowo-oddechowa, destabilizacja krążenia wieńcowego oraz mózgowego, ostre choroby infekcyjne, stany gorączkowe, zagrożenie zakrzepami i zatorami w układzie żylnym, otwarte rany i owrzodzenia, trwałe zmiany miażdżycowe i troficzne w układzie naczyniowym uniemożliwiające prawidłową reakcję naczyniową, klaustrofobia [3].

## Podsumowanie

W praktyce fizjoterapeutycznej zarówno podczas krioterapii miejscowej, jak i ogólnoustrojowej efekty są bardzo szybko widoczne i odczuwalne przez pacjenta. Dzięki temu całościowy proces rehabilitacji chorego może przebiegać znacznie szybciej i dawać jeszcze lepsze efekty. Coraz więcej chorych korzysta z tej formy rehabilitacji. Duża różnorodność w dostępnych sposobach aplikacji zimna oferuje fizjoterapeutom większe możliwości, które przekładają się przede wszystkim na poprawę jakości życia i funkcjonowania chorych.

### Streszczenie

Wraz z rozwojem technologii w ciągu ostatnich 50 lat można zaobserwować znaczną różnorodność w sposobach leczenia fizjoterapeutycznego z użyciem różnych nośników zimna. Źródłem zimna może być woda, lód, chlorek etylu, schłodzone powietrze, dwutlenek węgla, ciekły azot. Leczenie zimnem daje bardzo dobre efekty terapeutyczne, działając przede wszystkim przeciwbólowo, przeciwzapalnie, przeciwozłonowato oraz zmniejszając napięcie mięśniowe. Niskie temperatury stosowane są również w odnowie biologicznej. Krioterapia może obejmować tylko wybraną okolicę, wówczas mówimy o krioterapii miejscowej, bądź niska temperatura może być stosowana na całe ciało w postaci krioterapii ogólnoustrojowej. Leczenie zimnem w obecnych czasach stanowi nieodzowny element rehabilitacji w przebiegu wielu chorób z zakresu ortopedii, neurologii, reumatologii oraz innych dziedzin medycyny.

### Summary

Along with development of technology during the last 50 years we can observe a wide variety in methods of physiotherapeutic treatment with using different cold media. There are some sources of cold such as: water, ice, chloroethyl, cold air, carbon dioxide and vaporised liquid nitrogen. Cold therapy gives very good therapeutic effects especially acting in an analgesic, anti-inflammatory, anti-swelling manner and reducing muscle tension. The low temperatures are also used in biological renewal. Cryotherapy can be applied on chosen body parts. It is called the local cryotherapy or we can also use the low temperature on the whole body known as systemic cryotherapy. Nowadays cold therapy is an indispensable element of rehabilitation in treatment of many diseases in orthopaedics, neurology, rheumatology and it is also used in other fields of medicine.

### Piśmiennictwo

1. Mika T., *Fizykoterapia*, wyd. II, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996, s. 40–48.
2. Ponikowska I., Walczak-Sielecka J., Latour T., Łaukajtys T., *Medycyna uzdrowiskowa w zarysie*, Watext's, Warszawa 1995, s. 215–216.
3. Kasprzak W., Mańkowska A., *Fizykoterapia, medycyna uzdrowiskowa i SPA*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s. 8–23.
4. Dziak A., Tayara S., *Urazy i uszkodzenia w sporcie*, Wydawnictwo Kasper, Kraków 2000.

5. Kolster B., Ebelt-Paprotny G., *Poradnik fizjoterapeuty. Badanie, techniki, leczenie, rehabilitacja*, Ossolineum, Wrocław 2001.
6. Sieroń A., Pasek J., Mucha R., *Krioterapia w rehabilitacji*, „Rehabilitacja w Praktyce” 2007, 3.
7. Śliwiński Z., *Krioterapia dla potrzeb fizjoterapii*, [w:] A. Bauer, M. Wiecheć, *Przewodnik metodyczny po wybranych zabiegach fizykalnych*, Markmed, Ostrowiec Świętokrzyski 2005.
8. Nowotny J., Saulicz E., Czupryna K., Domagalska M. i in., *Podstawy fizjoterapii. Część II*, Wydawnictwo Kasper, Kraków 2004, s. 108–116.
9. Demczuk-Włodarczyk E., Kurant B., Kopa-Szocińska M. i in., *Wpływ temperatur kriogenicznych na stan funkcjonalny pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowego*, „Fizjoterapia Polska” 2014, 3, s. 36–55.
10. Sieroń A., Cieślak G. i in., *Zastosowanie zimna w medycynie. Kriochirurgia i krioterapia*, Alfa Medica Press, Bielsko-Biała 2003.
11. Zagrobelny Z., *Krioterapia miejscowa i ogólnoustrojowa*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2003.

*Krystyna Parysjanowicz*  
(Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku)

## NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ W POLSKIEJ RZECZYWISTOŚCI. BARIERY I PRZESZKODY A MOŻE INTEGRACJA SPOŁECZNA? (DONIESIENIE Z BADAŃ)

Słowa kluczowe: niepełnosprawność; bariery i przeszkody; integracja społeczna

DISABILITY IN POLAND.  
BARRIERS AND OBSTACLES OR MAYBE A SOCIAL INTEGRATION?  
(WHAT RESEARCHES SAY ABOUT IT)

Key words: disability; barriers and obstacles; social integration

### Wprowadzenie

Osoby niepełnosprawne o nietypowym rozwoju fizycznym, czy psychicznym, były, są i będą na całym świecie, a wskutek rozwoju cywilizacji liczba niepełnosprawnych ciągle się powiększa i jednocześnie obniża się ich wiek. Według wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2011 r. liczba osób niepełnosprawnych ogółem wynosiła około 4,7 mln, a dokładnie 4 697 tys., co stanowiło 12,2% ludności kraju, w tym: mężczyźni stanowili 46,1%, a kobiety 53,9% ogółu niepełnosprawnych.

Przyczyny i skutki odmienności rozwojowych oraz niepełnosprawności ludzkiej pozostają zróżnicowane z wielu różnych powodów, z uwagi na warunki ekologiczne, cywilizacyjne lub społeczno-ekonomiczne. W zależności od tych czynników każdy kraj stosuje własne odrębne rozwiązania<sup>1</sup>. Problem osób niepełnosprawnych do niedawna był lekceważony i niedostrzegany. Ludzie z różnymi defektami rozwojowymi lub nie w pełni sprawni fizycznie nie funkcjonowali i nie byli w pełni obecni wśród reszty społeczeństwa. Często

<sup>1</sup> W. Dykciak, *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1998, s. 9.

świat oglądali z okien swoich mieszkań, bo zbyt wiele barier i ograniczeń uniemożliwiało im współuczestniczenie w życiu społecznym.

Początkiem zmian i częściowym wyzwoleniem się z „czterech ścian” było wprowadzenie w 1995 r. ustawy Prawo Budowlane normującej przepisy dotyczące dostosowania obiektów użyteczności publicznej oraz budownictwa mieszkaniowego wielorodzinnego do potrzeb osób niepełnosprawnych. Ustawa ta m.in. zapewnia niezbędne warunki do poruszania się osób na wózkach inwalidzkich. Kolejnym etapem zmian w tym zakresie okazało się wejście Polski do Unii Europejskiej, co przyczyniło się i przyczynia się nadal do likwidacji barier architektonicznych.

Jaka jest jednak rzeczywistość? Nie napawa optymizmem. Wiele bowiem budynków wybudowanych przed 1995 r. nie spełnia wymogów budowlanych. Utrudniają one, a niekiedy wręcz uniemożliwiają osobom niepełnosprawnym prawidłowe funkcjonowanie oraz aktywny i samodzielny udział w życiu społecznym, do którego przecież posiadają pełne prawa jak wszyscy inni obywatele.

Stosunek do osób niepełnosprawnych jest miarą poziomu kultury danego społeczeństwa. Mimo istotnych zmian, które zaszły w sposobie przedstawiania i włączania niepełnosprawnych do wspólnoty, daleko nam jeszcze do wyeliminowania towarzyszącego im piętna i uprzedzeń. Wiele osób z niepełnosprawnościami oraz obserwatorów różnych społeczności i kultur zgadza się z Robem Kitchinem, że „ludzie niepełnosprawni są marginalizowani i wykluczani z głównego nurtu życia społecznego”<sup>2</sup>.

## Metodologia badań własnych

Naukowcy na całym świecie, prowadząc badania w różnych dyscyplinach, pragną poznać i zrozumieć badane zjawiska. Wykorzystują do tego metodologię badań i tym samym przyczyniają się do ewolucji nauki, do jej dalszego rozwoju. Można powtórzyć za Albertem Wojciechem Maszkem, że „badania naukowe to zespół podejmowanych czynności zmierzających do poznania, wyjaśnienia oraz zrozumienia danego zjawiska. Bądź do wykrycia związków między interesującymi badacza zjawiskami”<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> R. Kitchin, *Out of Place, Knowing One's Place: Space, Power and the Exclusion of Disabled People*, „Disability and Society” 1998, 13(3), cyt. za: D.D. Smith, *Pedagogika specjalna. Podręcznik akademicki*, t. 1, przeł. T. Hołowska, A.P. Zkrzewski, Warszawa 2008, s. 60.

<sup>3</sup> A. Maszke, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2008, s. 17.

Pedagogika to szczególna dziedzina nauki, która pozwala badaczowi na zajmujący go problem spojrzeć wieloaspektowo, wykorzystując osiągnięcia i informacje wielu innych dyscyplin naukowych, takich chociażby jak psychologia, socjologia, nauki medyczne, statystyka itp. W ten sposób badacz poszerza swój warsztat pracy oraz wiedzę teoretyczną.

Trafnie zauważa Wincenty Okoń, że

metodologia badań to ogół sposobów działania, które zmierzają do ustalenia charakteru pedagogiki, jako nauki, jej przedmiotu, rodzajów i sposobów badań, sposobu wyrażania twierdzeń pedagogicznych<sup>4</sup>.

Stąd istotne jest określenie celu i problematyki badawczej, metod i technik oraz scharakteryzowanie terenu badań. Artykuł kończy analiza wyników badań i podsumowanie. Każda praca badawcza wnosi do nauki coś nowego, co daje możliwość wyciągnięcia wniosków na przyszłość lub zastanowienia się, a być może tylko refleksji nad teraźniejszością. Przy wyborze określonej problematyki badań, kierowano się podstawowymi kryteriami T. Pilcha, który zalicza do nich „dostępność badawczą problemu, aspekty społeczne badań oraz przede wszystkim zaangażowanie emocjonalne badacza”<sup>5</sup>. Szczególnie kierowano się chęcią poruszenia ważnych problemów jednostkowych oraz społecznych skłaniających do zastanowienia się nad problemem niepełnosprawności.

## Problematyka badawcza i cel badań

„Problem badawczy to tyle, co pewne pytanie lub zestaw pytań, na które odpowiedzi ma dostarczyć badanie”<sup>6</sup>. Badania dotyczyły barier architektonicznych, przeszkód i usprawnień dla osób niepełnosprawnych, stopnia przystosowania budynków użyteczności publicznej, takich jak: przedszkola, szkoły podstawowe, gimnazja, szpitale, przychodnie lekarskie, gabinety stomatologiczne, apteki, banki, urzędy, biblioteki, księgarnie, sądy, prokuratury, posterunki policji, kościoły, kancelarie parafialne, supermarkety, sklepy, salony fryzjerskie, salony kosmetyczne, ośrodki szkolenia kierowców, restauracje, kawiarnie, puby, pizzerie, baseny, hotele, kina, muzea, ośrodki kultury, stacje paliw, dworce, linie MPK i PKP, a nawet przeprawa promowa. Badano także, w jakim stopniu osoby o różnym rodzaju niepełnosprawności mogą liczyć na profesjonalną obsługę.

---

<sup>4</sup> W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2007, s. 170.

<sup>5</sup> T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1998, s. 173–174.

<sup>6</sup> S. Nowak, *Metodologia badań socjologicznych*, PWN, Warszawa 1970, s. 214.

Waldemar Dutkiewicz uważa, że

celem badań pedagogicznych jest poznanie naukowe istniejącej realnie, doświadczalnie rzeczywistości społecznej, opis jakiegoś zjawiska, instytucji lub jednostki. Oprócz funkcji poznawczej badania pedagogiczne spełniają także funkcje praktyczno-użyteczne<sup>7</sup>.

Celem zaprezentowanych badań było ukazanie, czy osoby niepełnosprawne częściej napotykają na bariery i utrudnienia w społecznym funkcjonowaniu, czy jednak mogą swobodnie korzystać z usług różnego rodzaju bez względu na rodzaj niepełnosprawności.

### Metody, techniki i narzędzia badawcze

Metoda badawcza według Stefana Nowaka to „typowe i powtarzalne sposoby zbierania, opracowywania, analizy i interpretowania danych empirycznych, służące do uzyskania maksymalnie uzasadnionych odpowiedzi na stawiane pytania badawcze”<sup>8</sup>.

Badania przeprowadzono metodą wywiadu, obserwacji na podstawie własnej docelowo opracowanej ankiety. Maszke ankietę definiuje jako „technikę badawczą polegającą na zbieraniu informacji poprzez samodzielne udzielanie przez badanego odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu”<sup>9</sup>. Z kolei Janusz Sztumski twierdzi, że „ankieta służy do zbierania dużej liczby informacji o zjawiskach występujących w społeczeństwie przy wykorzystaniu małych nakładów sił i środków”<sup>10</sup>. W ankiecie zawarto nazwy badanych placówek oraz wymieniono rodzaje udogodnień i dostępności badanych obiektów dla osób niepełnosprawnych, w tym: obecność podjazdów, wind, parkingów, toalet, stanowisk komputerowych, audiobooków, czy możliwość czytania książek Braillem i czy personel posługuje się językiem migowym.

Dla celów pracy posłużono się metodą ilościową i jakościową. Obie wzajemnie się uzupełniają i tym samym są dopełnieniem niniejszych badań dla prawidłowego i rzetelnego przedstawienia problemu badawczego.

---

<sup>7</sup> W. D u t k i e w i c z, *Podstawy metodologii badań do pracy magisterskiej i licencjackiej z pedagogiki*, Wydawnictwo Stachurski, Kielce 2001, s. 50.

<sup>8</sup> S. N o w a k, *Metodologia badań społecznych*, PWN, Warszawa 1985, s. 22.

<sup>9</sup> A. W. M a s z k e, *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2003, s. 164.

<sup>10</sup> J. S z t u m s k i, *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 1995, s. 130.

## Teren i zbiorowość badawcza

Badania zostały przeprowadzone w kwietniu 2013 r. przez studentów pedagogiki o specjalności pedagogika rewalidacyjna z elementami poradnictwa rehabilitacyjnego. Terenem badań objęto powiat włocławski, w tym: miasto Włocławek oraz okoliczne miasta i gminy takie jak: Boniewo, Chocień, Chodecz, Izbica Kujawska, Kowal, Lipno, Lubień Kujawski, Piotrków Kujawski, Radziejów, Rypin. Badaniami objęto również miasta spoza powiatu włocławskiego, takie jak: Golub Dobrzyń, Płock i Sierpc.

Badano takie placówki i instytucje użyteczności publicznej jak: sądy, urzędy, prokuratury, Komenda Miejska Policji, zakład karny, uczelnie, przedszkola, szkoły podstawowe i gimnazja, hale sportowo-widowiskowe, biblioteki, księgarnie, kina, pływalnie, kościoły, parafie kościelne, szpitale, poradnie i przychodnie specjalistyczne, ZOZ, restauracje, hotele, bary, puby, pizzerie, kawiarnie, Urząd Skarbowy, Powiatowy Urząd Pracy, Miejski Urząd Pracy, Urzędy Miasta, Urzędy Pocztowe, ZUS i KRUS.

W Polsce osoby niepełnosprawne napotykać na wiele barier architektonicznych utrudniających im sprawne funkcjonowanie w środowisku, w którym mieszkają, ponadto często stanowią istotne zagrożenie dla ich bezpieczeństwa, narażając na bolesne urazy, czy powodując utratę komfortu psychicznego. Problem jest poważny, gdy progi, schody, wąskie drzwi i wysoko umieszczone okienka dla klientów stanowią dla ludzi poruszających się na wózkach niemożliwe do pokonania bariery.

Podobnie dzieje się w przypadku osób niewidomych czy niesłyszących. Dowodem tego jest przykry fakt, że polskie miasta nie są w dostatecznym stopniu przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, o czym donoszą przeprowadzone badania.

## Analiza i interpretacja badań pedagogicznych

### Chocień, Chodecz i Boniewo

Gmina Chocień położona jest na Pojezierzu Kujawskim, w powiecie włocławskim, w południowej części województwa kujawsko-pomorskiego. Zamieszkuje ją około 8 tys. osób. Gmina ma przede wszystkim charakter rolniczy, ale coraz bardziej skłania się także ku rozwojowi przedsiębiorczości i przetwórstwa. Ze względu na malownicze położenie wśród jezior rozwija się turystycznie. Siedzibą gminy jest wieś Chocień licząca około 1800 mieszkańców.

Siedziba Urzędu Gminy w Choceniu mieści się przy ulicy Sikorskiego 4, w pobliżu centrum miejscowości. Budynek znajduje się blisko głównej drogi z chodnikiem, co ułatwia dojście do celu. Plac przed urzędem wyłożony został kostką brukową, która chroni przed poślizgiem. Budynek jest oznakowany, lecz duża ilość tabliczek ze zbyt małymi napisami może irytować i wprowadzać w zakłopotanie osobę niedowidzącą. Do urzędu prowadzą 4-stopniowe schody pozbawione podjazdu i poręczy. Nie ma również dzwonka, a drzwi wejściowe są dwuskrzydłowe, z czego tylko jedna z części jest otwarta i zbyt wąska np. dla niepełnosprawnego na wózku inwalidzkim. W budynku nie ma tablic informacyjnych, a tabliczki na drzwiach są zbyt małe. Kolejne utrudnienie stanowi brak toalety. Atutem jest znajomość przez urzędnika języka migowego, co ułatwia pracę z osobami niesłyszącymi. Ponadto dostępność do strony internetowej pozwala na śledzenie bieżących wydarzeń. Można też pobrać z niej formularze i dokumenty, ograniczając konieczność wyjść do urzędu do niezbędnego minimum.

Innym ważnym budynkiem mieszczącym się w Choceniu jest Urząd Pocztowy przy ulicy Sikorskiego 1.

Obiekt znajduje się w centrum, lecz jego konstrukcja nie zapewnia komfortu osobom z niepełnosprawnością. Powierzchnia wokół budynku jest utwardzona, bez wydzielonego parkingu. Wejście do budynku pozbawione jest podjazdu, prowadzą do niego 6-stopniowe schody, na środku których znajduje się poręcz. Drzwi są zbyt wąskie dla osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim. W urzędzie brakuje jakiegokolwiek toalety dla klientów.

Bank Spółdzielczy w Kowalu posiada swój Oddział w Choceniu przy ulicy Sikorskiego 7a. Budynek powstał kilka lat temu, więc spełnia wszelkie wymogi dotyczące przystosowania dla osób niepełnosprawnych. Na placu obok znajduje się duży parking dla klientów, ale bez oznaczeń dla osób niepełnosprawnych. Istnieje też podjazd z poręczami. Drzwi w banku są lekkie i wystarczająco szerokie, pozbawione progów utrudniających poruszanie. Wnętrze okazuje się przestronne, wyposażone w krzesła dla oczekujących klientów.

Centrum Kultury w Choceniu mieszczące się przy ulicy Świerczewskiego powstało po modernizacji w 2013 r. remizy Ochotniczej Straży Pożarnej. Obecnie znajduje się tam sala widowiskowa ze sceną, świetlica oraz biblioteka. Budynek usytuowany w centrum miejscowości, otoczony placem z miejscami parkingowymi. Wejście pozbawione jest schodów, a drzwi wejściowe są szerokie i bez progów. Na parterze znajduje się toaleta przystosowana do potrzeb niepełnosprawnych. Z kolei na piętrze mieści się biblioteka, do której prowadzą schody i przystosowana dla wózków inwalidzkich winda.

Gmina Chodecz położona jest w południowej części powiatu wrocławskiego, na granicy z województwem łódzkim i wielkopolskim. Zamieszkuje ją około 7 tys. osób. Wiodącą funkcją gminy jest rolnictwo.

Urząd Miasta i Gminy Chodecz mieści się przy ulicy Kaliskiej 2, poza centrum miasta. Plac wokół budynku jest nierówny. Na parkingu brak wydzielonego miejsca dla osób niepełnosprawnych. Do głównego wejścia do urzędu prowadzą 3-stopniowe schody. Oznakowanie budynku należy ocenić jako mało wyraziste, tabliczki są zasłonięte drzewami.

Dla osób niepełnosprawnych dostosowany jest tył budynku, z wejściem z poręczami, przy którym znajduje się duża tablica informacyjna. Dodatkowym atutem okazuje się fakt, iż jedna z urzędniczek zna język migowy, więc jest w stanie pomóc osobie niesłyszącej. Na korytarzu znajduje się informator komputerowy umożliwiający osobom niepełnosprawnym, jak i pozostałym skorzystanie ze strony internetowej oraz innych aplikacji dotyczących regionu. Brak jest jednak toalety dla niepełnosprawnych.

Bank Spółdzielczy w Lubrańcu ma swój Oddział w Chodczu przy ulicy Aptecznej 2, niedaleko centrum miasta. Jest dobrze oznakowany, posiada odrębne miejsca parkingowe oraz utwardzoną powierzchnię wokół budynku. Do wejścia prowadzą schody oraz przystosowany podjazd z poręczami, ułatwiający poruszanie się osobom na wózkach inwalidzkich. W przestronnym pomieszczeniu znajdują się krzesła i toaleta. W bocznej części można napotkać niższe stoliki przystosowane dla klientów o specjalnych potrzebach.

W gminie Boniewo większość powierzchni zajmują użytki rolne. Poblize jezior stwarza warunki do rozwoju turystyki i rekreacji. Gminę zamieszkuje około 4 tys. osób.

Przy ulicy Szkolnej 28 znajduje się Urząd Gminy w Boniewie. Budynek nie jest nowy, jednak posiada wiele udogodnień dla osób niepełnosprawnych. Został dobrze oznakowany, przewidziano duży parking. Do budynku prowadzą 2 małe schodki, które wzbogacono o mały podjazd. Stanowiska dla petentów znajdują się na odpowiedniej wysokości, także dla osób poruszających się na wózku inwalidzkim. W urzędzie istnieje możliwość skorzystania z toalety. Jedna z urzędniczek zna język migowy. Urząd Gminy posiada rozbudowaną stronę internetową, z której można korzystać w domu lub za pośrednictwem informatora komputerowego znajdującego się na korytarzu. Dodatkowym atutem jest fakt, że urząd posiada swój samochód do przewożenia osób niepełnosprawnych.

W centrum Boniewa usytuowany jest Oddział Banku Spółdzielczego w Lubrańcu. Budynek jest dobrze oznakowany, posiada miejsca parkingowe. Główną jego wadą jest duża liczba schodów (zimną bardzo śliskich) i brak podjazdu.

W nieco bardziej odległej części Boniewa znajduje się Urząd Pocztowy. Przed budynkiem napotkać można na nierówne powierzchnie i brak miejsc parkingowych. Natomiast przy wejściu znajduje się dzwonek, za pomocą którego pracownicy powiadomieni zostają o przybyciu osoby niepełnosprawnej i są gotowi udzielić jej niezbędnej pomocy.

Z analizy wyników badań można wnioskować, że z 10 objętych badaniami, głównych obiektów użyteczności publicznej z terenu gminy Chocień, Chodecz i Boniewo tylko 3 z nich, co stanowi 30% jest całkowicie przystosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, również 3 obiekty (30%) są częściowo przystosowane, a najwięcej, bo 4 z nich, co stanowi (40%) ogółu nie było w ogóle dostępnych dla niepełnosprawnych. Można zatem stwierdzić, że w tych gminach nadal istnieją bariery i przeszkody uniemożliwiające integrację społeczną niepełnosprawnym.

Izbica Kujawska to miasto położone w województwie kujawsko-pomorskim, w powiecie włocławskim, w gminie Izbica Kujawska. Badania zostały przeprowadzone metodą obserwacji. Badaniom poddano: 3 apteki, 3 supermarkety, 14 sklepów spożywczych, 14 sklepów odzieżowych, 3 salony kosmetyczne, 7 salonów fryzjerskich. Łącznie 44 obiekty użyteczności publicznej.

Wyniki badań zdecydowanie pozwalają wysunąć wniosek, że Izbica Kujawska nie jest miastem dobrze przystosowanym do prawidłowego funkcjonowania osób niepełnosprawnych. Brakuje podjazdów lub urządzeń technicznych, które umożliwiłyby dostęp do pomieszczeń osobom na wózkach. Wejście utrudniają również zbyt wąskie drzwi i progi. Na trzy istniejące apteki jedna z nich nie jest w ogóle przystosowana dla takich osób. Z wykresów wynika, że osoby niepełnosprawne na terenie Izbicy Kujawskiej w zasadzie nie mają możliwości skorzystania z zabiegów kosmetycznych. Tylko jeden zakład fryzjerski jest przystosowany do ich potrzeb. Istotną uciążliwością dla osób niepełnosprawnych są nierówno położone chodniki oraz wysokie krawężniki. Pociągającym jest fakt, że nowo powstałe supermarkety (Biedronka, Dino, Twój Market) są bardzo dobrze przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, nie tylko poruszających się za pomocą wózków inwalidzkich, ale również niewidomych lub niesłyszących. Szkoda, że tylko przy nowo powstałych sklepach znajdują się miejsca parkingowe przeznaczone dla osób niepełnosprawnych.

Dla mieszkańców o nietypowym rozwoju fizycznym czy psychicznym każdy dzień w Izbicy Kujawskiej musi być nie lada wyzwaniem. Z pewnością bariery stanowią przyczynę braku aktywnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu publicznym w tym mieście.

### Lubień Kujawski, Kowal, Radziejów, Piotrków Kujawski

W miastach tych badaniom poddano ośrodki zdrowia (przychodnie) i apteki. Uwagę skupiono na takich aspektach jak: podjazdy, windy, toalety, korytarze, parkingi oraz obsługa osób niepełnosprawnych, a wyniki zaprezentowano w tabelach.

Tabela 1. Obiekty użyteczności publicznej, jak: Szpital Miejski, przychodnie lekarskie, Samodzielny Publiczny Zespół Przychodni Specjalistycznych

| Adres placówki   | Podjazd | Winda | WC   | Umiejętność personelu w postugiwaniu się np. językiem migowym | Uwagi  |
|--|---------|-------|------|---|--|
| 1  | 2       | 3     | 4    | 5   | 6  |
| Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Włocławek, ul. Wieniecka 49          |         |       |      |   |  |
| Administracja szpitala   | brak    | brak  | brak | brak  | absolutnie niedostosowana do potrzeb niepełnosprawnych |
| Bank krwi z pracownią serologii  | jest    | jest  | brak | brak  | bardzo ciasno  |
| Poradnia ortopedyczna  | jest    | jest  | brak | brak  | ciasno, wąski korytarz                                 |
| Poradnia urologiczna   | jest    | jest  | brak | brak  | ciasno, wąski korytarz                                 |
| Poradnia chirurgii dziecięcej  | jest    | jest  | brak | brak  | wąski korytarz   |
| Poradnia neurochirurgiczna   | jest    | jest  | brak | brak  | bardzo ciasno  |
| Oddział chorób wewnętrznych i nefrologii                                 | jest    | jest  | jest | brak  | częściowo przystosowany                                |
| Oddział położnictwa aseptycznego   | jest    | jest  | jest | brak  | częściowo przystosowany                                |
| Izba przyjęć położniczo ginekologiczna                                   | jest    | jest  | jest | brak  | częściowo przystosowany                                |
| Dziecięca izba przyjęć   | jest    | brak  | jest | brak  | częściowo przystosowany                                |
| Szpitalny oddział ratunkowy  | jest    | jest  | jest | brak  | częściowo przystosowany                                |
| Główna izba przyjęć  | jest    | jest  | jest | brak  | częściowo przystosowany do najnowszych wymogów         |
| NZOZ Lekarsko-Dentystyczna Spółdzielnia Pracy „Salus”, Włocławek         | jest    | brak  | brak | brak  | nieprzystosowany                                       |
| NZOZ „Lab-med” Włocławek, ul. Zduńska 2                                  | brak    | brak  | brak | brak  | nieprzystosowany                                       |
| Spółdzielnia Specjalistyczna „Medicus”, Włocławek, pl. Wolności 15A      | jest    | brak  | brak | brak  | nieprzystosowany                                       |
| MZOZ Przychodnia Lekarska, Włocławek, ul. Chłodna 24                     | jest    | brak  | jest | brak  | częściowo przystosowany                                |
| Centrum Diagnostyczno-Lecznicze Filia RCO, Włocławek, ul. Królewiecka 2a | jest    | jest  | jest | -   | obiekt bardzo dobrze przystosowany                     |

Tabela 1. cd.

| 1   | 2           | 3            | 4         | 5       | 6                                    |
|---|-------------|--------------|-----------|---------|--------------------------------------|
| Centrum Diagnostyczno Lecznicze, Włocławek, ul. Barska 13   | jest        | jest         | jest      | -       | obiekt bardzo dobrze przystosowany   |
| NZOZ, Włocławek, ul. Wolność 44. Poradnia dermatologiczna   | jest        | brak         | jest      | brak    | częściowo przystosowany              |
| NZOZ Włocławek, ul. Wolność 44. Zespół Opieki Domowej<br>Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej | jest        | brak         | jest      | brak    | częściowo przystosowany              |
| MZOZ Przychodnia Nr 6, Włocławek, ul. Kaliska 104a  | jest        | jest         | jest      | brak    | przystosowany                        |
| NZOZ „Euromed”, Włocławek, ul. Kaliska 83   | jest        | brak         | jest      | brak    | częściowo przystosowany              |
| NZOZ Przychodnia Lekarska „Puls”, Włocławek, ul. Żurawia 26                                       | jest        | brak         | jest      | brak    | częściowo przystosowany              |
| NZOZ Przychodnia „Na Plantach”, Włocławek, ul. Planty 29  | brak        | brak         | brak      | brak    | nieprzystosowany                     |
| NZOZ „Diag-med Plus”, Włocławek, ul. Okrzei 66  | jest        | jest         | jest      | brak    | przystosowany                        |
| MZOZ Zakład Rehabilitacji Leczniczej,<br>Włocławek, ul. Żeromskiego 28A                           | jest        | jest         | jest      | jest    | budynek o bardzo wysokim standardzie |
| NZOZ „Medyk”, Włocławek, ul. Reja 13  | brak        | brak         | brak      | brak    | nieprzystosowany                     |
| NZOZ „ww. Med.”, Włocławek, ul. Jagiellońska 17   | brak        | brak         | brak      | brak    | nieprzystosowany                     |
| NZOZ „Viva”, Włocławek, ul. Promienna 5   | jest        | brak         | jest      | brak    | częściowo przystosowany              |
| NZOZ Przychodnia Przemysłowa „Prof-Med”,<br>Włocławek, ul. Łanowa 23a                             | jest        | brak         | jest      | brak    | częściowo przystosowany              |
| Przychodnia Specjalistyczna „Prof-Med”,<br>Włocławek, ul. Toruńska 222 „Azoty”                    | jest        | brak         | jest      | brak    | częściowo przystosowany              |
| Samodzielny Publiczny Zespół Przychodni Specjalistycznych,<br>Włocławek, ul. Szpitalna            | jest        | brak         | jest      | brak    | częściowo przystosowany              |
| NZOZ Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej,<br>Włocławek, ul. Kilińskiego 16                           | jest        | jest         | jest      | brak    | częściowo przystosowany              |
| Ogółem  | 28<br>82,3% | 16<br>47,05% | 21<br>62% | 1<br>3% | częściowo przystosowany              |

Źródło: wyliczenia własne z przeprowadzonych badań empirycznych

Z analizy wynika, że 83,3% badanych obiektów posiada podjazdy dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. Spory odsetek, bo 67% badanych przychodni i aptek, ma również parkingi specjalnie oznaczone dla tych osób. Problemem natomiast są toalety specjalne, które posiada tylko 17% ogółu badanych szpitali i przychodni.

Należy zatem stwierdzić, że badane przychodnie i apteki nie są dostatecznie przystosowane dla osób niepełnosprawnych. Jeżeli posiadają podjazdy, to drzwi i korytarze okazują się bardzo wąskie. W żadnej z badanych przychodni i aptek nie było osoby znającej język migowy lub przewodnika dla osoby niepełnosprawnej.

W miastach tych zostały również przeprowadzone badania wśród społeczności lokalnych za pomocą specjalnie opracowanej ankiety. Analiza wyników wykazała, że największe utrudnienia dla osób niepełnosprawnych to:

- brak podjazdów, wind;
- brak osób potrafiących posługiwać się językiem migowym;
- zbyt wąskie korytarze;
- brak oznaczeń dla niepełnosprawnych na parkingach.

Ankietowani ogólnie ocenili stopień przystosowania przychodni i aptek dla osób niepełnosprawnych w 40% jako przeciętny i w 60% jako brak przystosowania.

Włocławek to miasto powiatowe w województwie kujawsko-pomorskim, położone nad Wisłą, przy ujściu rzeki Zgłowiączki, poniżej zapory tworzącej Jezioro Włocławskie, to największe i najważniejsze miasto wschodnich Kujaw.

We Włocławku przebadano takie obiekty użyteczności publicznej jak: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, przychodnie lekarskie, Samodzielny Publiczny Zespół Przychodni Specjalistycznych, biblioteki, księgarnie, szkoły podstawowe, gimnazja, kościoły, parafie przykościelne, restauracje, bary, puby, pizzerie, kawiarnie, hotele, obiekty sportowo-rekreacyjne, kina, pływalnie, dworzec MPK i PKP, a także dostępność komunikacji miejskiej, podmiejskiej i kolejowej.

Badania wykazały, iż Szpital Miejski, Zakłady Opieki Zdrowotnej oraz przychodnie specjalistyczne zarówno publiczne, jak i niepubliczne w nieco powyżej 80% są wyposażone w podjazdy dla wózków inwalidzkich. Również więcej niż połowa, bo 62% posiada toalety dla osób niepełnosprawnych. Trudność tym osobom sprawia natomiast dostanie się na wyższy segment budynku. Tylko 47% badanych obiektów jest wyposażone w specjalne windy. Na terenie Włocławka całkowicie przyjazna dla osób niepełnosprawnych jest tylko jedna placówka — Zakład Rehabilitacji Leczniczej przy ul. Żeromskiego. Pozostałe obiekty służby zdrowia jedynie częściowo spełniają wymogi unijne w badanym zakresie. Dwa lub aż dwa zupełnie nie dostrzegają problemów niepełnosprawnych.

Samodzielny Publiczny Zespół Przychodni Specjalistycznych to kompleks przychodni mieszczących się przy ulicy Szpitalnej 6a, Radosnej 5, Stodólnej 70

i Łady 10 we Włocławku. Przychodnie te świadczą usługi lekarzy specjalistów. Cały kompleks SPZPS złożony jest z 8 budynków, w skład których wchodzi 37 specjalistycznych poradni. Zwłaszcza służba zdrowia powinna być szeroko dostępna dla każdego człowieka, bez względu na jego ułomności. Powinny istnieć szczególne ułatwienia w dostaniu się do specjalisty, godne warunki w poczekalni, możliwość skorzystania z toalety, parkingu itp.

Tabela 2. Samodzielny Publiczny Zespół Przychodni Specjalistycznych

| Budynki Samodzielnego Publicznego Zespołu Przychodni Specjalistycznych | Podjazd    | Toaleta      | Winda        | Parking      |
|--|------------|--------------|--------------|--------------|
| Budynek A, ul. Szpitalna 6a  | jest       | jest         | brak         | jest         |
| Budynek B, ul. Szpitalna 6a  | brak       | brak         | brak         | brak         |
| Budynek D, ul. Szpitalna 6a  | brak       | brak         | brak         | brak         |
| Budynek E, ul. Szpitalna 6a  | jest       | jest         | brak         | brak         |
| Budynek, ul. Radosna 5   | jest       | jest         | jest         | brak         |
| Budynek I, ul. Radosna 5   | brak       | brak         | brak         | brak         |
| Budynek II, ul. Radosna 5  | brak       | brak         | brak         | brak         |
| Budynek, ul. Radosna 5   | jest       | brak         | brak         | brak         |
| Ogółem   | 4<br>(50%) | 3<br>(37,5%) | 1<br>(12,5%) | 1<br>(12,5%) |

Źródło: Obliczenia własne z przeprowadzonych badań empirycznych

Zestawienie ukazuje „ciemną” stronę rzeczywistości. Jedną z najważniejszych i podstawowych instytucji we Włocławku, jaką jest Samodzielny Publiczny Zespół Przychodni Specjalistycznych, okazuje się nieprzystosowana dla osób niepełnosprawnych. Na osiem budynków tylko cztery posiadają podjazdy dla wózków inwalidzkich. Do pozostałych czterech pacjenci niepełnosprawni nie mają możliwości wejścia z uwagi na schody lub stopnie. Często podjazd, zamiast spełniać swoją funkcję, jest barierą trudną do pokonania. Taka pułapka architektoniczna znajduje się przy ul. Łady 10, gdzie mieszczą się Specjalistyczne Poradnie Dziecięce, Przychodnia Stomatologiczna i Przychodnia Rehabilitacji Leczniczej. Podjazd dla wózków inwalidzkich ma nierówną nawierzchnię i jest stromy. Pacjent, aby mógł z niego skorzystać, musi wciągnąć się po poręczy na górę. Windę posiada wyłącznie jeden budynek. W pozostałych, pomimo iż specjaliści przyjmują na piętrze, osoba niepełnosprawna nie ma możliwości skorzystania z fachowej pomocy.

Oto młody człowiek poruszający się na wózku staje przed schodami, chce dostać się na piętro, gdzie znajduje się m.in. przychodnia stomatologiczna. Po wykonaniu kilku niepewnych ruchów przy schodach, zsiada z wózka i próbuje o własnych siłach stanąć przy pierwszym stopniu. Trzymając się jedną

ręką poręczy „wciąga” się na górę pokonując kolejno 16 stopni. W drugiej ręce ciągnie za sobą wózek inwalidzki. Jakże smutny to obraz polskiej rzeczywistości.

Służba zdrowia w mieście nadal selekcjonuje chorych i jest hermetyczna dla osób i tak już pokrzywdzonych przez los. Jeden z największych zespołów przychodni specjalistycznych w okolicy Włocławka, okazuje się niegotowy na przyjęcie pacjentów niepełnosprawnych. Aż połowa budynków należących do Samodzielnego Publicznego Zespołu Przychodni Specjalistycznych we Włocławku nie spełnia żadnego z podstawowych elementów udogodnień dla tych pacjentów.

### Biblioteki i księgarnie

Na terenie Włocławka badaniami objęto pięć najczęściej odwiedzanych księgarni oraz pięć ważniejszych bibliotek takich jak: Miejską Bibliotekę Publiczną im. Zdzisława Arentowicza, Bibliotekę Główną Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej (obecnie Kujawskiej Szkoły Wyższej), Bibliotekę Pedagogiczną Kujawsko-Pomorskiego Centrum Edukacji Nauczycieli, Bibliotekę przy Włocławskim Wyższym Seminarium Duchownym oraz Bibliotekę Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej we Włocławku.

Dodatkowo badaniami objęto biblioteki główne w Chodczu, Choceniu, Lubieniu Kujawskim i Kowalu, a wyniki przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 3. Biblioteki i księgarnie

| Miejscowość     | Podjazd    | Drzwi wejściowe | Winda      | Toaleta    | Korytarze, sale | Stanowiska komputerowe | Audiobooki | Braill     | Liczba badanych placówek |
|-----------------|------------|-----------------|------------|------------|-----------------|------------------------|------------|------------|--------------------------|
| Włocławek       | 4          | 5               | 2          | 4          | 4               | 4                      | 3          | 1          | 5                        |
| Chocień         | 0          | 1               | 0          | -          | 1               | 1                      | 1          | 0          | 1                        |
| Kowal           | 0          | 1               | 0          | 0          | 1               | 1                      | 1          | 0          | 1                        |
| Chodecz         | 0          | 0               | 0          | -          | 1               | 1                      | 1          | 0          | 1                        |
| Lubień Kujawski | -          | 1               | -          | 0          | 1               | -                      | 0          | 0          | 1                        |
| Ogółem          | 4<br>50,0% | 8<br>89,0%      | 2<br>25,0% | 4<br>57,1% | 8<br>89,0%      | 7<br>87,5%             | 6<br>75,0% | 1<br>11,1% | 9<br>100,0%              |

Źródło: Obliczenia własne

Badania wykazały, iż w prawie 90% osoby niepełnosprawne mogłyby korzystać z bibliotek z uwagi na szerokie drzwi, dostosowane korytarze i przestronne wnętrza. W większości mają również do dyspozycji stanowiska komputerowe oraz audiobooki. Jednak, żeby móc z tych udogodnień skorzystać, najpierw muszą się dostać do budynku, a to stanowi już problem. Tylko 50% obiektów bibliotecznych posiada podjazdy, a jeszcze mniej, bo 25% dysponuje windą. Najwięcej barier napotykać osoby z uszkodzonym narządem wzroku, ponieważ tylko jedna biblioteka ma w swoich zbiorach książki pisane w języku Braille'a. We wszystkich badanych bibliotekach istnieje możliwość wejścia z psem przewodnikiem, lecz nikt z obsługi bibliotek nie posługuje się językiem migowym, co jest barierą dla osób głuchoniemych.

Reasumując, najmniej barier występuje we włocławskich bibliotekach. Najlepiej przystosowana okazuje się biblioteka WSHE (obecnie Kujawskiej Szkoły Wyższej). Natomiast Chocień, Kowal, Chodecz i Lubień Kujawski mają sporo do zrobienia w tym zakresie.

Włocławskie księgarnie takie jak Empik, Matras, Żak, Planeta Szkoła, Kodeks są tylko częściowo przyjazne dla osób niepełnosprawnych. Najczęściej spotykaną barierą pozostaje brak możliwości poruszania się wózkami inwalidzkimi między półkami, które są zbyt ciasno ustawione, a stanowiska do przesłuchiwania audiobooków i muzyki okazują się zbyt wąskie. Dodatkowymi utrudnieniami są wysokie progi, wąskie drzwi, a także brak personelu znającego język migowy. Uwzględnienia wymaga natomiast fakt, iż pracownicy bardzo chętnie służą pomocą każdej osobie niepełnosprawnej.

### Szkoły podstawowe i gimnazja

Przeprowadzone badania pozwalają stwierdzić, że zdecydowana większość szkół podstawowych na terenie Włocławka nie zaspokaja potrzeb niepełnosprawnych dzieci i młodzieży, choć zdarzają się placówki częściowo dostosowane do różnego rodzaju niepełnosprawności, a jedna nawet całkowicie.

Szkoła Podstawowa oraz Gimnazjum przy Zespole Szkół Integracyjnych nr 1 im. Szarych Szeregów przy ul. Wienieckiej 46 we Włocławku są placówkami w pełni dostosowanymi do potrzeb osób niepełnosprawnych. Od 1995 r. sukcesywnie adaptowano budynki szkoły „łamiąc bariery architektoniczne”. Przebudowano główne wejście, wykonując odpowiednie podjazdy i poręcze. Wymieniono ościeżnice drzwiowe, aby udogodnić wjazd dzieciom na wózkach do wszystkich pomieszczeń. Zbudowano szyb i zamontowano windę osobową dostosowaną dla wózków oraz dzieci niedowidzących. Powstała specjalna szatnia wraz z wózkownią. Niepełnosprawni mogą tam pozostawiać wózki

i chodziki, z których korzystają na terenie szkoły. Placówka dysponuje dwoma busami dowożącymi uczniów posiadających orzeczenia o niepełnosprawności. Wszystkie gabinety rewalidacyjne są wyposażone w sprzęt komputerowy dostosowany dla uczniów niewidomych i niedowidzących. W budynku znajduje się również sala rehabilitacyjna. Szkoła prowadzi zajęcia z zakresu hipoterapii. Jest to najlepiej dostosowana do potrzeb dzieci niepełnosprawnych szkoła we Włocławku.

Szkoła Podstawowa oraz Gimnazjum przy Zespole Szkół nr 3 im. Marii Grzegorzewskiej przy ul. Nowomiejskiej 21 we Włocławku. Są to szkoły specjalne, przeznaczone dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, posiadających orzeczenia o niepełnosprawności. Szkoły mieszczą się w budynku dwupiętrowym. Przy wejściu głównym zamontowana została winda dla osób z niepełnosprawnością ruchową. Szkoła dysponuje pojazdem oraz busem, którym przewożone są dzieci i uczniowie posiadający orzeczenie o niepełnosprawności. W szkole prowadzone są zajęcia z zakresu rehabilitacji ruchowej w sali wyposażonej w profesjonalny sprzęt rehabilitacyjny. Zajęcia takie prowadzone są również w miejscu zamieszkania ucznia. W szkołach tych jednak brakuje windy wewnętrznej, a uczniowie poruszający się na wózkach odbywają zajęcia na parterze. W budynku znajdują się natomiast toalety dostosowane do ich potrzeb.

Szkoła Podstawowa nr 20 przy ul. Gałczyńskiego 9a jest placówką z oddziałami integracyjnymi. Posiada podjazd, ale brakuje windy wewnętrznej. Zajęcia dla uczniów niepełnosprawnych ruchowo odbywają się na parterze. Szkoła dysponuje trzema salami komputerowymi oraz salą multimedialną. Sale lekcyjne w klasach młodszych wyposażone są w tablice interaktywne. W szkole prowadzone są ćwiczenia terapeutyczne z dziećmi nadpobudliwymi.

Szkoła Podstawowa nr 2 oraz Gimnazjum nr 2 im. Bł. Ks. Jerzego Popiełuszki przy ul. Żytniej 47. Szkoła Podstawowa zajmuje budynek dwupiętrowy. Zarówno do wejścia głównego, jak i do wejścia bocznego prowadzą schody. W szkole nie ma klas integracyjnych i brak jest jakichkolwiek dostosowań dla osób niepełnosprawnych. Gimnazjum to także budynek dwupiętrowy. Co prawda do głównego wejścia zbudowano podjazd dla wózków, jednak poza tym, brak wewnątrz budynku innych dostosowań dla tych osób.

Szkoła Podstawowa nr 14 im. Marszałka Józefa Piłsudskiego przy ulicy Bukowej 9 we Włocławku zajmuje budynek dwupiętrowy. Brak jej dostosowań architektonicznych dla osób niepełnosprawnych ruchowo. W szkole nie uczą się uczniowie niepełnosprawni.

## Kościoły rzymskokatolickie, kancelarie i parafie

Tabela 4. Kościoły rzymskokatolickie, kancelarie i parafie

| Parafia                                    | Kościół                                      | Kancelaria                                   |
|--|--|--|
| Wniebowzięcia NMP Bazylika Katedralna      | jest podjazd                                 | schody, brak podjazdu                        |
| Parafia Najświętszego Zbawiciela           | jest podjazd                                 | jest podjazd                                 |
| Parafia św. Józefa                         | jest podjazd                                 | schody, brak podjazdu                        |
| Parafia NMP Królowej Polski                | jest podjazd                                 | schody, brak podjazdu                        |
| Parafia Wszystkich Świętych                | na poziomie chodnika, jest dostęp dla wózków | na poziomie chodnika, jest dostęp dla wózków |
| Parafia św. Stanisława                     | jest podjazd                                 | jest podjazd, ale zbyt stromy                |
| Parafia Najświętszego Serca Jezusowego     | jest podjazd, ale zbyt stromy                | brak podjazdu                                |
| Parafia Narodzenia NMP i św. Jana Apostoła | jest podjazd                                 | jest podjazd                                 |
| Parafia św. Maksymiliana                   | jest podjazd                                 | na poziomie chodnika, jest dostęp dla wózków |
| Parafia Matki Bożej Fatimskiej             | jest podjazd                                 | schody, brak podjazdu                        |

Źródło: Obliczenia własne

Z całą pewnością można stwierdzić, że kościoły rzymskokatolickie we Włocławku są dobrze przystosowane dla parafian niepełnosprawnych. Dodatkowo na uwagę zasługuje fakt, że kapłani sprawują opiekę nad osobami chorymi i niepełnosprawnymi w obrębie swoich parafii. Odwiedzają ich w domach, jeśli nie mogą oni uczestniczyć w Eucharystii. Często na terenie parafii odbywają się także spotkania grup integracyjnych zrzeszających osoby niepełnosprawne. Sprawowane są msze święte w języku migowym oraz prowadzone spotkania dla osób niesłyszących. Dużym utrudnieniem natomiast jest dostanie się do kancelarii parafialnej celem załatwienia osobistych spraw. Osoby z fizyczną niepełnosprawnością napotykały przeszkody nie do pokonania, a przecież chcą, a także często muszą, same sobie radzić w różnych sytuacjach życiowych. Nie ułatwiamy im tego, pozostawiając samym sobie.

Teatr, kino, restauracje, puby, pizzerie, kawiarnie, bary, hotele, baseny

Z 30 przebadanych restauracji tylko w 5 znajduje się toaleta dla osób niepełnosprawnych, a do 8 z ogólnej liczby badanych obiektów osoba niepełnosprawna może swobodnie się dostać. Z dwóch hoteli wrocławskich jedynie „Młyn” posiada częściowe udogodnienia — podjazd i toaletę, natomiast nie ma wydzielonych miejsc parkingowych. Przebadano łącznie 23 obiekty użyteczności publicznej, w tym: 8 barów, 8 pubów, 4 pizzerie i 3 kawiarnie. Tylko w 7, co stanowi 30,4%, można napotkać podjazd dla wózków inwalidzkich, a w dwóch (8,7%) przystosowaną toaletę. W jednej z kawiarni również parking. Z pozostałych 16 tj. z 67%, a więc ze znacznej większości przebadanych obiektów, mogą korzystać wyłącznie osoby zupełnie sprawne.

W obiektach takich jak: Multikino, Hala Mistrzów czy kryta pływalnia „Delfin” znajdują się miejsca parkingowe, podjazdy i toalety dla osób z niepełnosprawnością. Wynika to z faktu, iż są to obiekty nowe, budowane już zgodnie z obowiązującymi normami architektonicznymi. Ujemnym aspektem pozostaje fakt, że w żadnym z tych obiektów personel nie jest przygotowany na obsługę niepełnosprawnych. Osoby niesłyszące lub niedowidzące przychodzą najczęściej z opiekunem lub z karteczkami i w ten sposób komunikują się z pracownikami. Pociuszającym jest, iż pracownicy chętnie oferują swoją pomoc każdej osobie niepełnosprawnej.

### Komunikacja miejska i PKP

Miejskie Przedsiębiorstwo Komunikacji Sp. z o.o. we Wrocławku przy ulicy Rysiej 3, dysponuje 44 pojazdami w pełni niskopodłogowymi i ośmioma niskopodłogowymi tylko w części. MPK systematycznie wymienia tabor i od kilku lat kupuje autobusy ułatwiające osobom niepełnosprawnym korzystanie z komunikacji miejskiej. Pojazdy te wyposażone są w rampę ułatwiającą wjazd wózka inwalidzkiego, a w środkowej części autobusu zamontowane jest oparcie z pasami umożliwiającymi unieruchomienie wózka. Autobusy mają możliwość obniżenia prawej strony, co ułatwia wsiadanie i wysiadanie takim osobom. Część z pojazdów wyposażona jest w urządzenia informacji głosowej, głównie z myślą o osobach niewidomych. Podobną rolę dla osób o obniżonej sprawności wzrokowej spełniają informacyjne tablice świetlne. We wszystkich autobusach znajdują się oznakowane miejsca dla osób niepełnosprawnych. MPK, wychodząc naprzeciw osobom poruszającym się na wózkach inwalidzkich, wprowadziło w rozkładach jazdy stałe kursy autobusów, z których te

osoby mogą bez problemu korzystać. Kursy obejmują linie nr 4, 8, 12, 18 i 19. Wprowadzono również możliwość skierowania danego autobusu na wskazany kurs, ale po wcześniejszym zgłoszeniu tego faktu do MPK. Przedsiębiorstwo zlikwidowało także bariery architektoniczne, np. w punkcie sprzedaży biletów przy ul. Rysiej. Dodatkowo budowane zatoki i rampy przystankowe także uwzględniają w swojej architekturze ułatwienia dla niepełnosprawnych. Ponadto osoby te oraz ich opiekunowie są zwalniani z opłat lub posiadają dogodne zniżki za przejazdy.

Pomimo tych udogodnień, nadal zbyt mało autobusów okazuje się przygotowanych na pasażera niepełnosprawnego. Dużym problemem jest także mała liczba kursów w weekendy i święta.

PKP we Włocławku to przyszłość. Będą nowoczesne pociągi, które pojawią się na trasie Toruń–Włocławek. W pociągach tych zostanie zainstalowany m.in. bezprzewodowy internet, klimatyzacja, przewijaki dla niemowląt, elektryczne gniazda i miejsca dla niepełnosprawnych.

W Polsce obecnie już na niektórych stacjach można spotkać personel, świadczący osobom niepełnosprawnym nieodpłatną pomoc we wsiadaniu do pociągu i wysiadaniu lub pomagający w przesiadaniu się do innego składu. Również na niektórych dworcach PKP w Polsce można całodobowo zamówić telefonicznie lub drogą elektroniczną pomoc dla osoby niepełnosprawnej. Także w niektórych pociągach spółki PKP Intercity prowadzone są wagony przystosowane dla pasażerów z niepełnosprawnością ruchową.

We Włocławku przebadano łącznie 168 obiektów użyteczności publicznej, przedstawionych wcześniej, w tym: sądy, prokuratury, Komendę Miejską Policji, zakład karny, przedszkola, szkoły podstawowe i gimnazja, hale sportowo-widowiskowe, biblioteki, księgarnie, kina, pływalnie, kościoły, parafie kościelne, szpitale, poradnie przyszpitalne, poradnie i przychodnie specjalistyczne, ZOZ, restauracje, hotele, bary, puby, pizzerie, kawiarnie.

Zebrany materiał wykazał, że mniej niż połowa badanych obiektów we Włocławku, bo 48,2%, jest dostępna dla osób niepełnosprawnych, zwłaszcza poruszających się na wózkach inwalidzkich. Tylko w 50 z nich, co stanowi 29,8%, znajdują się toalety przystosowane dla niepełnosprawnych. Również niewiele z przebadanych obiektów użyteczności publicznej (17,8%) jest przygotowanych na przyjęcie i obsługę fachową interesantów niepełnosprawnych zarówno motorycznie, jak i z upośledzeniem słuchu czy wzroku. Osoby niepełnosprawne mogą swobodnie poruszać się po obiektach, ale tylko w niektórych z nich. Bowiem dostępnych jest 13,7%. Przy urzędach, obiektach kulturalno-sportowych oraz świadczących różne usługi w zasadzie brak jest wydzielonych miejsc parkingowych dla niepełnosprawnych. Tylko 13 z badanych obiektów posiada takie parkingi. W sytuacji braku podjazdów, osoby niepełnosprawne nie mogą także liczyć na inne formy wspomagania np. poręcze, uchwyty lub dzwonek sygnalizujący, że należy takiej osobie pomóc w dostaniu się do budynku.

We Włocławku osoby niepełnosprawne nadal okazują się skazane na samotne zmagania z trudnościami dnia codziennego. Nie mogą samodzielnie załatwiać własnych spraw. Wciąż mają do pokonania bariery. W tym zakresie niewiele się zmieniło. Chociaż powstające nowe obiekty są projektowane również z myślą o osobach niepełnosprawnych, to nadal wiele z ważnych urzędów, sklepów, zakładów usługowych czy chociażby parafii przykościelnych pozostaje niedostępne dla osób nie w pełni sprawnych.

## Płock

W Płocku przebadano 8 banków i 11 urzędów, w tym: Urząd Skarbowy, Powiatowy Urząd Pracy, Miejski Urząd Pracy, Urząd Miasta, Urzędy Pocztove, ZUS i KRUS. Wyniki prezentuje tabela.

Tabela 5. Banki i urzędy

| Instytucja badana | Podjazdy /winda | Toalety     | Bankomaty dla osób niewidomych /niedowidzących | Obsługa osób niewidomych /głuchych /niepełnosprawnych | Ogółem badanych obiektów |
|-------------------|-----------------|-------------|--|---|--------------------------|
| Banki             | 4               | 5           | 0  | 4   | 8                        |
| Urzędy            | 11              | 6           | –  | 1   | 11                       |
| Ogółem            | 15<br>78,9%     | 11<br>58,0% | 0  | 5<br>26,3%  | 19<br>100,0%             |

Źródło: Obliczenia własne

Przedstawione wyniki pozwalają wnioskować, że na 19 przebadanych obiektów użyteczności publicznej znaczna większość, bo prawie 79%, posiada podjazdy lub windy. Nieco ponad połowa — 58% przystosowane toalety. Znacznie lepiej dostosowane okazują się banki niż urzędy. Barię w dwóch bankach jest niedostosowanie okienek do odpowiedniej wysokości. Na uwagę zasługuje fakt, że wszystkie banki zapewniają osobom niepełnosprawnym obsługę poza kolejnością, a wybrana transakcja odbywa się poza salą operacyjną. Tylko w 4 bankach osoby niewidome i niedowidzące mogą także poruszać się nawet z psem przewodnikiem. Pies przewodnik jest traktowany wyjątkowo i może liczyć na przychylność pracowników. Podkreślenia wymaga fakt, że w większości placówek bankowych organizuje się specjalne szkolenia dla pracowników, które mają za zadanie uczulenie urzędników na potrzeby

niepełnosprawnych oraz wyposażają pracowników dodatkowo w narzędzia pomagające we właściwej obsłudze takich klientów.

Nadal jednak w urzędach zauważa się bariery, takie jak brak drzwi automatycznych, odpowiednio dostosowanych do łazienki. Istotnym problemem pozostaje także brak dostosowania instytucji dla osób niewidzących i niesłyszących. W działach obsługi klientów nie ma przygotowanego miejsca dla osób na wózku inwalidzkim.

Łącznie pod kątem dostępności dla niepełnosprawnych zarówno ruchowo jak i niewidzących i niesłyszących przebadano 462 obiekty użyteczności publicznej w 17 miastach i gminach województwa kujawsko-pomorskiego oraz w Płocku i powiecie sierpeckim.

Wyniki potwierdziły, że w badanych miastach polskich tylko 47,4% budynków posiada wejście dostosowane dla osób niepełnosprawnych ruchowo. Także niewielki odsetek tych obiektów posiada toalety dostosowane dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, bo 24,7% a tylko 15,4% budynków użyteczności publicznej dysponuje wydzielonymi i oznakowanymi miejscami parkingowymi dla tych osób. Przeszkoloną kadrą urzędniczą, w tym posługującą się językiem migowym, czy wyposażeniem odpowiednim dla obsługi niepełnosprawnych oraz urządzeniami informatycznymi, z których mogą skorzystać również takie osoby, dysponuje tylko lub aż 58 urzędów, instytucji i innych, co stanowi 12,6% ogółu. Badane budynki w 6,1% posiadają windy, podjazdy umożliwiające dostanie się osoby niepełnosprawnej ruchowo na wyższą kondygnację. Bardzo niski odsetek, bo zaledwie 2,6%, wyposażonych jest w dodatkowe poręcze lub dzwonek w przypadku nieposiadania podjazdu.

Najlepsza sytuacja w tym zakresie jest w gminie Boniewo, Chodczu, Radziejowie, Choceniu. Najgorzej przystosowanymi dla osób niepełnosprawnych okazały się takie miasta i gminy jak: Waganiec, Izbica Kujawska, Sierpc, Nieszawa. Włocławek usytuował się dopiero na miejscu dziewiątym, z siedemnastu badanych miast i gmin, co powinno skłaniać do refleksji.

Zatem można wywnioskować, że niewiele zmieniło się w kwestii przystosowania podstawowych instytucji użyteczności publicznej dla osób niepełnosprawnych. Chociaż coraz częściej można spotkać podjazdy i dostosowane drzwi, to nadal brakuje przystosowanych dla tych osób toalet, poręczy czy widocznych i czytelnych tablic informacyjnych. Braki te wynikają przede wszystkim z tego, że często budynki są stare lub adaptuje się je na potrzeby różnych instytucji bez możliwości przebudowania.

Pociesającym wydaje się fakt, że powstające nowe obiekty są już przystosowywane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Również rozwój technologii, a zwłaszcza daleko posunięta informatyzacja, ułatwiają znalezienie potrzebnych formularzy, przepisów, komunikatów, czy obsługi konta za pośrednictwem internetu bez wychodzenia z domu. Stwarza to możliwość jedynie załatwienia różnych urzędowych spraw, natomiast integracja społeczna osób niepełno-

sprawnych nadal pozostaje wyłącznie w sferze życzeń. Należy mieć nadzieję, że kolejne lata to lata bez barier i ograniczeń, a nowe pokolenie nie będzie dzieliło społeczeństwa na sprawnych i niepełnosprawnych.

Wszyscy musimy mieć świadomość, że na sytuację życiową osób niepełnosprawnych wpływ mają nie tylko poziom wiedzy na temat niepełnosprawności, polityka umożliwiająca im integrację z resztą społeczeństwa, począwszy od przedszkola, po pracę zawodową, ale przede wszystkim nastawienie otoczenia do tych osób. Stąd podjęte badania poprzez ukazanie barier i utrudnień, z którymi muszą zmagać się na co dzień osoby niepełnosprawne, mają na celu zmianę postrzegania, myślenia i nastawienia, a przede wszystkim uświadczenia poczucia sprawstwa wobec osób potrzebujących zauważenia i pełnej aprobaty. Powodem nie jest próba wynagrodzenia im krzywd doznanych od losu, ale fakt, że są tacy jak pozostała część społeczeństwa, a nawet piękniejsi i bogatsi wewnątrz. Maria Grzegorzewska twierdziła, że „przejaw «inności» nie powinien więc nas ograniczać, przeciwnie, dzięki temu mamy możliwość pogłębiania empatii wobec drugiego człowieka”<sup>11</sup>. Wszyscy powinniśmy uczyć się zasad humanizmu głoszonych przez nią, albowiem nie można obojętnie przechodzić obok drugiego człowieka, zwłaszcza pokrzywdzonego przez los, a bycie ludzkim nie świadczy o naiwności, łatwowierności, małości, stąd powinniśmy „budzić, rozwijać i wzbogacać zainteresowanie w spojrzeniu na człowieka i kształtowaniu życzliwej dla niego postawy zawsze i wszędzie, w każdym kontakcie i we współżyciu i we współpracy”<sup>12</sup>. Nikt nie wie, co każdemu z nas przyniesie jutro.

#### Streszczenie

Celem niniejszego artykułu jest przede wszystkim próba zwrócenia uwagi na problem niepełnosprawności, a zwłaszcza na bariery nie tylko architektoniczne w mieście Włocławku i Płocku oraz w pobliskich miastach powiatu włocławskiego, które w życiu codziennym tak bardzo utrudniają funkcjonowanie oraz integrację społeczną osobom niepełnosprawnym.

#### Summary

The main aim of this article is to pay attention on the problem of disability especially on barriers and obstacles not only architectural in Włocławek and Płock but also in other smaller towns. They result in a lot of problems with taking part in social life and with the social integration.

---

<sup>11</sup> M. Grzegorzewska, *Listy do młodego nauczyciela*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej, Warszawa 2002, s. 61.

<sup>12</sup> Tamże, s. 66.

Literatura

- Dykcik W., *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1998.
- Dutkiewicz W., *Podstawy metodologii badań do pracy magisterskiej i licencjackiej z pedagogiki*, Wydawnictwo Stachurski, Kielce 2001.
- Grzegorzewska M., *Listy do młodego nauczyciela*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej, Warszawa 2002.
- Kitchin R., *Out of Place, Knowing One`s Place: Space, Power and the Exclusion of Disabled People*, "Disability and Society" 1998, 13(3), cyt. za: D.D. Smith, *Pedagogika specjalna. Podręcznik akademicki*, t. 1, przeł. T. Hołówka, A.P. Zakrzewski, Warszawa 2008.
- Maszke A.W., *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2003.
- Maszke A.W., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2008.
- Nowak S., *Metodologia badań społecznych*, PWN, Warszawa 1985.
- Nowak S., *Metodologia badań socjologicznych*, PWN, Warszawa 1970.
- Okoń W., *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2007.
- Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1998.
- Sztumski J., *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 1995.

*Anna Pawłowska, Beata Małecka*  
(Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku)

## OPINIA I POSTAWA LUDZI MŁODYCH I STARSZYCH W ASPEKCIE TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW

Słowa kluczowe: transplantologia; przeszczep; transplantacja; dawca; biorca

## OPINION AND ATTITUDE OF YOUNG AND OLD PEOPLE IN THE ASPECT OF ORGAN TRANSPLANTS

Key words: transplantology; transplantation; donor; recipient

### Wprowadzenie

Transplantologia jest jedną z najmłodszych dziedzin medycyny współczesnej. Pomimo ogromnych postępów nadal czeka na „poszerzenie swoich horyzontów”. Rozwój transplantologii oferuje większe możliwości leczenia i pozwala na uratowanie życia wielu ludziom. Transplantacja narządów w ujęciu medycznym jest metodą leczniczą, która polega na wyrównaniu ubytku poprzez przeniesienie operacyjne tkanek takich jak kości lub skóra. Czynność ta obejmuje również przeszczep narządu, np. serca, nerki, wątroby, trzustki, a także umieszczenie martwego substratu, np. protezy naczyniowej, sztucznej zastawki w organizmie człowieka [1]. Celem zastosowania przeszczepu jest usprawnienie czynności organizmu, bądź co najważniejsze ratowanie życia [2].

Porównując dane z lat 2009–2014, można zauważyć tendencję wzrostową liczby przeszczepionych narządów. W 2009 r. w Polsce wynosiła ona 1147, a do 2014 r. wzrosła aż do 1661, z czego 1576 pochodziło od dawców zmarłych a 85 — od żywych. Najczęściej przeszczepiane narządy to: nerka (1120), wątroba (335+30 fragment wątroby od dawcy żywego) oraz serce (760) [3].

Tkanki i narządy przeznaczone do transplantacji mogą być pobrane od dawcy zarówno żywego, jak i zmarłego. Dopuszcza się pobieranie narządów od osób spokrewnionych z biorcą, np. rodziców, rodzeństwa, dziecka, małżonka. Aby mogło dojść do transplantacji w tym przypadku, dawca musi wyrazić pisemną

zgodę w obecności lekarza oraz mieć ukończone 18 lat i posiadać pełną zdolność do czynności prawnych. Każda osoba zdrowa bez przeciwwskazań medycznych może zostać dawcą, ale tylko tkanek zdolnych do regeneracji, np. szpiku kostnego, czyli takich, w wypadku których po pobraniu dojdzie do przywrócenia masy oraz funkcji [4].

Aby pobrać narządy do przeszczepu od dawcy martwego, trzeba najpierw stwierdzić zgon. W formułowaniu definicji umierania podkreśla się moment, w którym proces ten jest nieodwracalny. Kiedy dochodzi do nieprawidłowo przeprowadzonej resuscytacji lub jest ona zastosowana zbyt późno, wówczas następuje nieodwracalne uszkodzenia całego mózgu a następnie jego obumarcie [1]. Gdy w stanie tym zachowane jest krążenie ogólne i sztucznie utrzymuje się funkcję oddychania, stwierdza się tzw. izolowaną śmierć mózgu [5]. Według starej definicji śmierć następuje wtedy, gdy ustała czynność serca i funkcje oddechowe [6]. Nowa definicja śmierci w aktualnym stanie prawnym zgodna z obowiązującą ustawą o przeszczepach informuje, że aby ustalić zgon, konieczne jest stwierdzenie ustania nieodwracalnie funkcji mózgu, nawet gdy inne układy nie przestały funkcjonować (śmierć mózgu jest równoznaczna ze śmiercią człowieka) [6].

Od 1996 r. istnieje Centralny Rejestr Sprzeciwów. Jest to ogólnokrajowy rejestr osób, które nie godzą się, aby po śmierci ich narządy, komórki i tkanki zostały użyte do transplantacji. W Polsce podstawowym aktem prawnym regulującym i organizującym transplantacje jest Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Transplantacja stała się przełomową dziedziną medycyny. Przeszczepy od osób żywych i zmarłych pozwalają na przedłużenie życia oraz poprawę jego jakości. W wyniku wzrostu wiedzy społeczeństwa na temat nowej stosowanej metody leczenia pojawia się wiele problemów etycznych. W myśl tego powstała ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz wiele rozporządzeń i dyrektyw [7].

## Cel, materiał i metoda

Celem badań była analiza opinii i postaw ludzi młodych i starszych w aspekcie transplantacji narządów. Miejscem, w którym przeprowadzono badania, był Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lubramed w Lubrańcu. W badaniach wzięły udział osoby powyżej 18. roku życia, które mają prawo do decydowania o swoim życiu i mogą zostać dawcami narządów. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izbie Lekarskiej w Toruniu (OIL-67/KB/149/2016) oraz zgodę kierownika Nie-

publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Lubramed w Lubrańcu. Badania zostały przeprowadzone na grupie 100 osób. 50% badanych to ludzie młodzi od 18. do 34. roku życia, 18% to osoby w wieku 35–49 lat, 25% to przedział wiekowy 50–70, natomiast 7% to osoby w wieku 71 lat i więcej. W gminie Lubraniec mieszka około 10 tys. osób, z czego około 4 tys. zamieszkuje miasto a resztę społeczeństwa zasiedla wieś. Na terenach wiejskich, w domowych gospodarstwach egzystują rodziny wielopokoleniowe o różnym światopoglądzie, np. niekiedy nadal dominują poglądy świeckie. Na terenie miasta zamieszkuje 47% ankietowanych, 53% z pośród respondentów to mieszkańcy wsi. Lubraniec zamieszkuje około 5200 kobiet i 4900 mężczyzn. Najwięcej osób, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, znajduje się w przedziale wiekowym 25–29 i 50–60 lat. W badaniach brało udział 62% kobiet oraz 38% mężczyzn. Z badanej grupy 8% osób odpowiedziało, że ma wykształcenie podstawowe, 23% — zawodowe, 32% — średnie, zaś 37% — wyższe.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Do analizy statystycznej posłużył program Statistica 10.0 (StatSoft Inc., 2011). Odpowiedzi na poszczególne pytania z ankiety przedstawiono za pomocą rozkładów procentowych. Do analizy związków między zmiennymi użyto testu niezależności chi-kwadrat. Założono poziom istotności  $\alpha=0,05$ . Za istotne statystycznie uznawano wyniki, gdy wyliczone prawdopodobieństwo testowe  $p$  spełniało nierówność  $p<0,05$ .

## Wyniki badań

Ankietowani zostali zapytani, czym według nich jest transplantacja. 72% uważa ją za przeszczep części lub całości narządu na miejsce drugiego, 27% przekazanie narządów po śmierci, natomiast 1% uważa, że jest to sprzedanie swoich narządów.

Na pytanie, czy ankietowani zgodziliby się, aby po śmierci pobrano ich narządy do przeszczepienia, aż 77% odpowiedziało twierdząco, 20% jeszcze nie wie, a 3% odpowiedziało, że nie wyraża zgody na pobranie swoich narządów po śmierci.

Spośród 100 osób, które brały udział w badaniach, na pytanie, czy zgłaszały sprzeciw w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, 99% z nich twierdzi, że nie, a tylko 1% oznajmiło, że tak. Przyczyny niezgłaszania sprzeciwu przez ankietowanych okazały się następujące: 42% osób nie chciało, aby ich narządy były pobrane, 30% nie wiedziało, że można, 19% twierdzi, że „trudno powiedzieć”, 8% nie wie, jak i gdzie to zrobić, 1% zgłosiło sprzeciw.

Wyniki dotyczące akceptacji przez ankietowanych faktu pobierania narządu od osoby żywej w celu ofiarowania go osobie bliskiej, która potrzebuje go do przeżycia prezentują się następująco. Aż 90% ankietowanych akceptuje taki czyn, 7% nie miało zdania, natomiast 3% nie aprobuje takiego zachowania. W badanej grupie 92% respondentów chętnie przekazałaby swój narząd dla osoby bliskiej, 5% wybrało odpowiedź „trudno powiedzieć”, 3% nie oddałoby organu nikomu z rodziny.

Opinia ankietowanych na temat momentu śmierci człowieka przedstawia się następująco: 55% osób uznaje moment śmierci wtedy, gdy mózg i serce przestają pracować, 36% — gdy mózg ulega nieodwracalnemu zniszczeniu, natomiast 9% uważa, że trudno powiedzieć. 93% badanej grupy akceptuje pobieranie narządów od osób zmarłych w celu ratowania życia, natomiast 7% nie mogło się zdecydować na powyższe odpowiedzi. Wyniki odpowiedzi na pytanie o zgłoszeniu sprzeciwu w przypadku pobrania narządu do przeszczepu po zgonie osoby bliskiej: 57% ankietowanych odpowiedziało, że nie zgadza się, 34% — „trudno powiedzieć”, natomiast 9% odpowiedziało „tak”. O oświadczeniu woli słyszało aż 76% ankietowanych, natomiast 24% nigdy się z tym nie spotkało.

67% ankietowanych uważa, że o pobraniu narządów od osoby zmarłej powinna decydować rodzina, 33% twierdzi, że akty prawne. Wyniki ankietowanych dotyczące ich reakcji, podczas gdy lekarz nie poinformowałby o pobraniu narządów od osoby bliskiej po jej śmierci wyglądają następująco. Aż 67% osób chciałoby, aby lekarz ich poinformował o tym fakcie, 24% uważa, że jest to nadużycie i byłiby oburzeni, natomiast 9% badanej grupy byłaby wdzięczna lekarzowi, że tak postąpił.

Analizę związków między zmiennymi wykonano przy wykorzystaniu testu niezależności chi-kwadrat. Obliczenia przeprowadzono w odniesieniu do wszystkich pytań z ankiety, korelując je ze zmiennymi niezależnymi, takimi jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania oraz wykształcenie. W opracowaniu zaprezentowano najciekawsze wyniki istotne statystycznie (na poziomie  $p < 0,05$ ). Analiza wykazała istotny statystycznie związek pomiędzy przynależnością do grupy wiekowej a rozumieniem znaczenia transplantacji narządów ( $\chi^2 = 7,5$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,0237$ ). Okazuje się, iż respondenci z młodszej grupy wiekowej wyraźniej częściej niż ci ze starszej grupy rozumieją pojęcie transplantacji jako przeszczepu części lub całości narządu, tkanki lub komórki z jednego organizmu do drugiego. Odsetek badanych będących tego zdania wyniósł 84% w grupie do 34 lat i 60% wśród osób powyżej 34. roku życia. Z kolei wśród starszych występuje wyższy udział twierdzących, że transplantacja to przekazywanie narządów po śmierci, aż 38% wobec 16% w młodszej grupie (por. tab. 1).

Tabela 1. Przynależność do grupy wiekowej a rozumienie pojęcia transplantacji

| Transplantacja to:                    | Do 34 lat |       | Powyżej 34 lat |       | Razem |       |
|---------------------------------------|-----------|-------|----------------|-------|-------|-------|
|                                       | N         | %     | N              | %     | N     | %     |
| Przekazywanie narządów po śmierci     | 8         | 16,0  | 19             | 38,0  | 27    | 27,0  |
| Sprzedawanie swoich narządów          | 0         | 0,0   | 1              | 2,0   | 1     | 1,0   |
| Przeszczep części lub całości narządu | 42        | 84,0  | 30             | 60,0  | 72    | 72,0  |
| Ogółem                                | 50        | 100,0 | 50             | 100,0 | 100   | 100,0 |

Źródło: Opracowanie własne

Analiza rozkładów procentowych pokazuje, iż zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn najwyższy odsetek stanowią osoby, które nie zgłosiłyby sprzeciwu dotyczącego poboru narządów. Warto jednak zwrócić uwagę na wyraźne różnice w proporcjach. Opinia kobiet jest bardziej jednoznaczna, aż 64,5% z nich nie ma wątpliwości, że w takiej sytuacji sprzeciwu by nie zgłaszały. Wśród mężczyzn tego typu stanowisko reprezentuje wyraźnie mniejsza grupa — 44,7%. Odsetek niezdecydowanych jest podobny. Natomiast w gronie mężczyzn występuje wyraźnie wyższy udział (18,4% wobec zaledwie 3,2% wśród kobiet) deklaracji świadczących o sprzeciwie wobec poboru narządów. Wynik testu chi-kwadrat jest istotny statystycznie ( $\chi^2=7,8$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0202$ ). W tabeli 2. przedstawiono szczegółowy rozkład odpowiedzi.

Tabela 2. Płeć a deklaracja sprzeciwu wobec pobrania narządów od osoby bliskiej

| Czy zgłosił(a)by Pan/Pani sprzeciw gdyby lekarze chcieli pobrać narząd do przeszczepu po zgonie osoby bliskiej? | Kobieta |       | Mężczyzna |       | Razem |       |
|---|---------|-------|-----------|-------|-------|-------|
|   | N       | %     | N         | %     | N     | %     |
| Tak   | 2       | 3,2   | 7         | 18,4  | 9     | 9,0   |
| Nie   | 40      | 64,5  | 17        | 44,7  | 57    | 57,0  |
| Trudno powiedzieć   | 20      | 32,3  | 14        | 36,8  | 34    | 34,0  |
| Ogółem  | 62      | 100,0 | 38        | 100,0 | 100   | 100,0 |

Źródło: Opracowanie własne

W obu grupach dominują opinie, iż wyrażenie zgody za życia byłoby optymalnym sposobem uregulowania problemu poboru narządów. Zdanie kobiet jest jednak po raz kolejny bardziej przejrzyste. Dla 43,6% z nich wystarczyłby brak sprzeciwu, wśród mężczyzn tego zdania była wyraźnie mniejsza grupa, bo 26,3%. W gronie mężczyzn pojawia się wyższy odsetek osób niemających wyrobionego zdania w tej sprawie (23,7% w odniesieniu do zaledwie 3,2% wśród kobiet). Wynik testu wskazuje na istotny związek pomiędzy zmiennymi ( $\chi^2=10,9$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0043$ ). Szczegółowy rozkład odpowiedzi prezentuje tabela 3.

Tabela 3. Płeć a forma uregulowania sprawy poboru narządów

| Który, ze sposobów uregulowania sprawy pobierania narządów uważa Pan/Pani za najlepszy? | Kobieta |       | Mężczyzna |       | Razem |       |
|---|---------|-------|-----------|-------|-------|-------|
|   | N       | %     | N         | %     | N     | %     |
| Wyrażenie zgody za życia  | 33      | 53,2  | 19        | 50,0  | 52    | 52,0  |
| Brak sprzeciwu za życia   | 27      | 43,6  | 10        | 26,3  | 37    | 37,0  |
| Trudno powiedzieć   | 2       | 3,2   | 9         | 23,7  | 11    | 11,0  |
| Ogółem  | 62      | 100,0 | 38        | 100,0 | 100   | 100,0 |

Źródło: Opracowanie własne

Świadomość możliwości wypełnienia oświadczenia woli dzięki któremu rodzina bądź osoby bliskie będą wiedziały, jak postąpić w przypadku śmierci jest istotnie statystycznie skorelowana z wykształceniem badanych ( $\chi^2=6,1$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0481$ ). Odsetek osób, które słyszały o tej możliwości, rośnie wraz z poziomem wykształcenia; w gronie osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym wynosi 64,5%, wśród respondentów z wykształceniem średnim udział ten wynosi 71,9%, natomiast najwyższy odsetek dotyczy grupy osób z wykształceniem wyższym 89,2% (por. tabela 4.).

Tabela 4. Wykształcenie respondentów a świadomość istnienia oświadczenia woli

| Czy słyszał(a) Pan/Pani o oświadczeniu woli | Podstawowe lub zawodowe |       | Średnie |       | Wyższe |       | Razem |       |
|---|-------------------------|-------|---------|-------|--------|-------|-------|-------|
|   | N                       | %     | N       | %     | N      | %     | N     | %     |
| Tak   | 20                      | 64,5  | 23      | 71,9  | 33     | 89,2  | 76    | 76,0  |
| Nie   | 11                      | 35,5  | 9       | 28,1  | 4      | 10,8  | 24    | 24,0  |
| Ogółem                                      | 31                      | 100,0 | 32      | 100,0 | 37     | 100,0 | 100   | 100,0 |

Źródło: Opracowanie własne

## Dyskusja

Transplantologia to nowa dziedzina medycyny zajmująca się przeszczepami narządów, tkanek i komórek krwiotwórczych. Przeszczep może być pobrany od osoby żywej, spokrewnionej z biorcą lub od osoby zmarłej, która za życia nie wyraziła sprzeciwu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów.

W wyniku badań własnych stwierdzono, że miejsce zamieszkania nie ma istotnego wpływu na rozumienie pojęcia transplantacji narządów. 70,21%

ankietowanych z miasta wybrało prawidłową odpowiedź definicji transplantacji, a osób ze wsi wybierających tą samą odpowiedź było 73,58%. Badania Lucyny Ścisło i współpracowników potwierdziły wyniki badań własnych. Prawidłowej odpowiedzi, czyli „transplantacja to przeszczep części lub całości narządów”, udzieliło 80% respondentów z miasta i 82% respondentów ze wsi. Pomimo że osoby zamieszkałe na wsi udzieliły więcej prawidłowych odpowiedzi, uzyskana różnica nie była istotna statystycznie [7].

W wyniku badań stwierdzono, że wiek ma istotny wpływ na rozumienie pojęcia transplantacji. Zdecydowana większość osób do 34 lat (84%) wykazała znajomość definicji transplantacji jako przeszczepu części lub całości narządu, tkanki z jednego organizmu do drugiego. Osób po 34. roku życia twierdzących jak wyżej było znacznie mniej — 60%. Podobne są wyniki badań Ścisło i współpracowników przeprowadzonych w 2011 r. Osoby młodsze, około 20. roku życia, wykazały większą wiedzę na temat transplantacji niż osoby powyżej 40. roku życia. Dzięki otrzymanym wynikom można stwierdzić różnice istotne statystycznie [7]. Z badań wynika, że wiek respondentów okazał się czynnikiem niemającym istotnego wpływu na wyrażenie chęci oddawania swoich narządów po śmierci. Na ich podstawie stwierdzono, że osoby zamieszkujące wieś częściej decydują się na bycie dawcą po śmierci niż osoby mieszkające w mieście. Uzyskane różnice nie są istotne statystycznie. Wyniki zdecydowanie różnią się od wyników badań przeprowadzonych przez Centrum Badań Opinii Społecznej z 2016 r. Osoby starsze częściej niż młode deklarują niechęć do bycia dawcą po śmierci. Z badań Ścisło i współpracowników wynika, że częściej osoby mieszkające w mieście (58%) deklarują chęć oddania narządów po śmierci niż osoby mieszkające na wsi 21% [7].

W badaniu stwierdzono, że płeć istotnie wpływa na poinformowanie rodziny o swoim stosunku do przeszczepu. Kobiety (54,84%) częściej niż mężczyźni (26,32%) rozmawiały z rodziną na ten temat. Badania przeprowadzone przez Centrum Badań Opinii Społecznej z 2016 r. potwierdzają wyniki badań własnych. Z deklaracji Polaków wynika, że kobiety znacznie częściej rozmawiają o stosunku do przeszczepu niż mężczyźni [7].

W analizie badań własnych stwierdzono, że nie istnieje związek pomiędzy wykształceniem a znajomością definicji momentu śmierci człowieka. Tylko jedna trzecia respondentów prawidłowo zaznaczyła odpowiedź, że śmierć człowieka następuje wtedy, gdy nieodwracalnie zniszczony zostaje mózg. Badania Katarzyny Juszcak i współautorów zdecydowanie różnią się od badań własnych. Osoby z wykształceniem wyższym (70%) poprawnie określiły moment śmierci człowieka [4]. Zależność powyższą potwierdziły również badania przeprowadzone przez Ścisło oraz Centrum Badań Opinii Społecznej z 2012 r. [7].

Z przeprowadzonych badań wynika, że znajomość definicji momentu śmierci człowieka ze względu na miejsce zamieszkania, nie jest istotna statystycznie, ale znacznie się różni. Otóż, prawie połowa (46%) mieszkańców

miasta prawidłowo zaznaczyła odpowiedź. Tę samą odpowiedź zaznaczyła tylko jedna czwarta mieszkańców wsi. Zdecydowaną różnicę widać w badaniach Ścisło i wsp. Prawidłową znajomość definicji śmierci podało aż 84% mieszkańców miasta i 86% mieszkańców wsi [7].

Nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie pomiędzy wiekiem badanych a deklaracją wyrażenia protestu w przypadku, gdyby lekarz chciał pobrać narząd po śmierci osoby bliskiej. Wykształcenie ankietowanych również nie ma istotnego wpływu na wyrażenie takiego protestu. Badania przeprowadzone przez Ipsos-Demoskop z 2002 r. nie potwierdzają wyników badań własnych. Sprzeciw częściej deklarują osoby starsze, powyżej 50. roku życia oraz osoby z niższym, podstawowym wykształceniem 30% [9].

Badania wykazały, że istnieje związek pomiędzy wykształceniem respondentów a świadomością istnienia oświadczenia woli. Odsetek osób, które słyssały o tej możliwości, rośnie wraz z poziomem wykształcenia. W gronie osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym wynosi 64,5%, wśród respondentów z wykształceniem średnim udział ten plasował się na poziomie 71,9%, natomiast najwyższy odsetek pojawia się w grupie osób z wykształceniem wyższym — 89,2%. Takie oświadczenie jest w stanie podpisać 63% ankietowanych. Badania przeprowadzone przez Centrum Badań Opinii Społecznej w 2016 r. potwierdzają wyniki własne. Na podstawie danych stwierdza się, że 78% ankietowanych z wykształceniem wyższym bardziej orientuje się w tej kwestii niż osoby słabiej wykształcone. Bez względu na warunki socjalno-demograficzne oświadczenie woli jest w stanie podpisać 72% respondentów [7].

W wyniku analizy badań nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między wiekiem a formą uregulowania sprawy poboru narządów. Odnosząc się do wyników uzyskanych przez respondentów w wyborze najlepszego według nich sposobu uregulowania pobierania narządów do przeszczepu, należy stwierdzić, że podobnie rozłożyły się odpowiedzi w przedziale wiekowym 18–34 i powyżej 34. roku życia. Według ankietowanych formą regulującą pobieranie narządów jest zgoda rodziny (67%) a nie prawo polskie (33%), tak jak obowiązuje. Wyniki te potwierdzają badania przeprowadzone przez Centrum Badań Opinii Społecznej z 2016 r. Zdecydowanie częściej za najlepszy sposób uregulowania sprawy pobierania narządów opowiadają się młodzi respondenci między 25.–34. rokiem życia [7]. Badania przeprowadzone przez Juszcak i wsp. potwierdzają wyniki badań własnych. Jedna trzecia respondentów nie zna prawa polskiego regulującego pobieranie narządów do przeszczepu [10].

## Wnioski

- 1) Zdecydowana większość respondentów rozumie pojęcie transplantacji narządów.
- 2) Badana populacja uznała ideę transplantacji za słuszną bez względu na wiek.
- 3) Respondenci chętnie podpisaliby oświadczenie woli w celu pobrania narządów do transplantacji.
- 4) Polskie prawo regulujące pobieranie narządów było badanej populacji słabo znane.

## Streszczenie

Transplantologia to nowa dziedzina medycyny zajmująca się przeszczepami narządów, tkanek i komórek krwiotwórczych. Jej rozwój pozwala na większe możliwości leczenia. Dzięki przeszczepom można uratować życie drugiemu człowiekowi, a niekiedy polepszyć jakość jego życia. Celem badań była analiza opinii i postawy ludzi młodych i starszych w aspekcie transplantacji narządów. Badania zostały przeprowadzone w grupie 100 osób. Kryterium doboru był udział osób powyżej 18. roku życia, które mają prawo do decydowania o swoim życiu i mogą zostać dawcami narządów. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Do analizy statystycznej użyto testu niezależności chi-kwadrat. Założono poziom istotności  $\alpha=0,05$ . Za istotne statystycznie uznawano wyniki, gdy  $p$  spełniało nierówność  $p<0,05$ . Zdecydowana większość respondentów rozumie pojęcie transplantacji narządów. Aż 99% badanych nie zgłosiło w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, że nie godzi się, aby po śmierci ich narządy i tkanki zostały użyte do transplantacji. Badana populacja uznała ideę transplantacji za słuszną bez względu na wiek. Respondenci chętnie podpisaliby oświadczenie woli w celu pobrania narządów do transplantacji. Świadomość możliwości wypełnienia oświadczenia woli dzięki, któremu rodzina bądź osoby bliskie będą wiedziały jak postąpić w przypadku śmierci rośnie wraz z poziomem wykształcenia badanych. Polskie prawo regulujące pobieranie narządów było badanej populacji mało znane.

## Summary

Transplantology is a new field of medicine dealing with transplantation of organs, tissues and hematopoietic cells. The development of this field allows for greater treatment possibilities. Thanks to transplants, one can save life for another and sometimes improve the quality of his/her life. The purpose of the study was to analyze the opinions and attitudes of young people and older people on the subject organ transplants. The study was conducted in a group of 100 people. The criterion of selection was the proportion of people over 18 who had the right to decide about their lives and could become organ donors. The diagnostic survey method was used in the study. Statistical chi-square test was used for statistical analysis. The significance level  $\alpha=0.05$  has been assumed. Significant statistically significant results were obtained when  $p$  was in the range of  $p<0.05$ . The vast majority of respondents understand the concept of organ transplantation. As many as 99% of respondents did not report in the Central Register of Objections that they do not agree that organs and tissues for transplantation should be used after their death. The studied population considered the idea of transplantation right, regardless of age. Respondents would gladly sign a declaration of will to collect organs for transplantation. Awareness of the possibility of fulfilling a declaration of will thanks to which the family or loved ones will know how to act in the event of death increases with the level of education of the respondents. The Polish law regulating organ procurement was little known to the studied population.

Piśmiennictwo

1. Wagner I., Maj M., *Spoleczna wiedza o transplantacjach narządów w Polsce. Przesłanki dawców i biorców*, [w:] *Dar życia i jego społeczny kontekst: zabiegi transplantacyjne w świadomości społecznej*, pod red. B. Pawlicy, M.S. Szczepańskiego, Śląskie Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Nauk Społecznych, Tychy 2003, s. 53–81.
2. Makara-Studzińska M., Kowalska A., Jakubowska K., *Poziom wiedzy oraz opinie pielęgniarek na temat transplantacji organów*, „*Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*” 2012, 1(18), s. 31–36.
3. Antoszkiewicz K., Czerwiński J., *Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce w 2014 r.*, „*POLTRANSPLANT. Biuletyn Informacyjny*” 2015, 1(23), s. 25–40.
4. Juszcak K., Michalak A., Gawłowicz K. i wsp., *Analiza postaw i czynników wpływających na podjęcie decyzji o transplantacji narządów wśród społeczności wiejskiej*, „*Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*” 2016, 3, s. 95–99.
5. Prusiński A., *Neurologia praktyczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWZ, Warszawa 2005, s. 127–128.
6. Sobczak K., Janaszczyk A., *Kontrowersje wokół neurologicznego kryterium śmierci mózgu*, „*Forum Medycyny Rodzinnej*” 2012, 4(4), s. 182–190.
7. Ścisło L., Partyka E., Walewska E., *Postawy i wiedza mieszkańców wsi i miast na temat transplantacji narządów*, „*Hygeia Public Health*” 2013, 48(1), s. 40–45.
8. [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K\\_119\\_16.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_119_16.PDF), [dostęp 10.04.2017].
9. [http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K\\_105\\_12.PDF](http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_105_12.PDF), [dostęp 21.04.2017].
10. <http://www.transplantacja.org.pl/fzdt/images/Image/postawy.pdf>, [dostęp 21.04.2017].
11. [http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K\\_119\\_16.PDF](http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_119_16.PDF), [dostęp 5.04.2017].

*Maria Postulszna-Owczarz*

(Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku,  
Kujawsko-Pomorski Ośrodek Adopcyjny w Toruniu)

*Anna Sobiesiak*

(Kujawsko-Pomorski Ośrodek Adopcyjny w Toruniu)

ZNACZENIE KOMPETENCJI  
OSOBISTYCH I SPOŁECZNYCH RODZICÓW ADOPCYJNYCH  
W KSZTAŁTOWANIU I ODBUDOWYWANIU  
WIĘZI PRZYWIĄZANIOWEJ U DZIECI

Słowa kluczowe: przywiązanie; adopcja; sieroctwo społeczne

THE IMPORTANCE OF PERSONAL AND SOCIAL COMPETENCE  
OF ADOPTIVE PARENTS IN CREATING AND REBUILDING  
ATTACHMENT TIES AT CHILDREN

Key words: attachment ties; adoption; social orphanhood

*Rodzina adopcyjna stanowi specyficzny system rodzinny.  
Psycholog, który chce zrozumieć jego funkcjonowanie,  
dotyka w swoich rozważaniach problematyki ludzkiej egzystencji  
— płodności, rodzicielstwa, poczucia tożsamości. [5]*

## Wstęp

Adopcję z jednej strony można rozpatrywać jako sposób radzenia sobie z bezdzietnością lub małodzietnością przez osoby nią dotknięte. Jednak znacznie większe znaczenie ma ona dla przysposobionych dzieci, będąc formą kompensacji sieroctwa społecznego. W 2015 r. orzeczono 3 477 adopcje, co stworzyło dla wymienionej liczby dzieci szansę na życie w rodzinach adopcyjnych, stymulujących i wspierających ich rozwój.

Niniejsze opracowanie ma na celu przybliżenie wybranych uwarunkowań, mogących mieć wpływ na powstanie funkcjonalnej rodziny adopcyjnej i jej roli w kształtowaniu i odbudowywaniu więzi przywiązaniowej u przysposobionych dzieci. Autorzy, którzy są jednocześnie wieloletnimi praktykami, pragną także pokazać, jakie czynniki psychospołeczne, socjologiczne, medyczne należy brać pod uwagę w procesie kwalifikacji zarówno dziecka, jak i kandydatów na rodziców adopcyjnych. Szczególny nacisk położono, zgodnie z obecnie rozwijającą się wiedzą, z jednej strony na znaczenie wczesnych doświadczeń przywiązaniowych u dzieci, a z drugiej — na przygotowanie przyszłych rodziców adopcyjnych do zrozumienia, przyjęcia tych doświadczeń i ich kompensacji. Na sukces bądź niepowodzenie adopcyjne składa się bowiem konfiguracja czterech głównych uwarunkowań: związanych z dzieckiem, z kandydatami na rodziców adopcyjnych, z funkcjonującą rodziną adopcyjną oraz grupy czynników zewnętrznych, takich jak: procedura adopcyjna, dobór dziecka i rodziców, wsparcie po adopcji (społeczne i instytucjonalne) [1].

### Zadania ośrodka adopcyjnego związane z kwalifikacją dzieci do przysposobienia i kwalifikacją kandydatów na rodziców adopcyjnych

Do ośrodka adopcyjnego zgłaszane są dzieci tzw. wolne prawnie, tj. rodzice tych dzieci albo jedno z nich (o ile drugie jest nieznane lub nie żyje) zostali prawomocnie pozbawieni władzy rodzicielskiej, albo oboje rodzice nie żyją, albo oboje rodzice lub jedno z nich (o ile drugi rodzic jest nieznany, nie żyje lub został pozbawiony władzy rodzicielskiej) wyrazili zgodę na przysposobienie swojego dziecka przez nieznane lub wskazane przez siebie osoby (krewnych lub małżonka jednego z rodziców). Podstawą kwalifikacji dzieci zgłoszonych do przysposobienia jest Karta Dziecka. To zbiór wszelkich możliwych informacji o dziecku i jego rodzinie pochodzenia, a także jego kolejnych losów po umieszczeniu w pieczy zastępczej, instytucjonalnej lub rodzinnej. Jest ona sporządzana na podstawie diagnozy psychofizycznej dziecka (w tym możliwości nawiązania więzi z nowymi rodzicami) oraz prezentowanych zaburzeń więzi przywiązaniowej, wynikających z rozwoju dziecka, jego stanu zdrowia oraz doświadczeń wyniesionych z domu rodzinnego i pieczy zastępczej różnego typu, oczekiwań dziecka i jego potrzeb psychofizycznych, uwzględnieniu stanowiska dziecka, gdy jest w stanie samo je wyrazić. Należy więc zwrócić tutaj szczególną uwagę na następujące czynniki:

— wyposażenie genetyczne, rozwój psychiczny i fizyczny, stan zdrowia, istniejące zaburzenia (także zaburzenia więzi) i możliwości ich kompensacji,

- doświadczenia życiowe z okresu sprzed adopcji (z domu rodzinnego i „opieki”),
- jakość wcześniejszych więzi z rodziną pochodzenia i kontakty z nią,
- więzi i kontakty z rodzeństwem,
- wiek, w jakim zostało objęte opieką instytucjonalną bądź rodzinną przed przysposobieniem,
- czas pobytu w opiece, jakość tej opieki,
- wiek dziecka w chwili przysposobienia,
- oczekiwania dziecka.

Wszelkie informacje o dziecku są niezbędne w celu dokonania właściwego doboru kandydatów ze względu na potrzeby dziecka.

Kwalifikacja dziecka do przysposobienia wymaga ścisłej współpracy z innymi podmiotami, które posiadają wiedzę na temat jego i jego rodziny, a szczególnie z organizatorem pieczy zastępczej, placówkami opiekuńczo-wychowawczymi, rodzinami zastępczymi, opiekunami prawnymi, asystentami rodzinnymi i innymi.

Z praktyki wiadomo, że nie wszystkie dzieci będą miały możliwość dalszego rozwoju w rodzinach adopcyjnych. Teoretycznie największą szansę na przysposobienie mają: dzieci wolne prawnie, do 6.–7. roku życia, jeżeli rodzeństwo, to przeważnie dwójka, dość szybko odseparowane od patologicznego środowiska rodzinnego, zwłaszcza „przemocowego”, jak najkrócej przebywające w placówkach opiekuńczo-wychowawczych lub rodzinach zastępczych różnego typu, w miarę zdrowe psychicznie, fizycznie oraz sprawne intelektualne, z możliwością nawiązania więzi przywiązaniowej.

Omawiając zagadnienia związane z kwalifikacją kandydatów do przysposobienia dziecka, należy podkreślić, iż określają ją następujące procedury:

1) **Kwalifikacja wstępna**, obejmująca diagnozę kandydatów (ich motywacje, oczekiwania, predyspozycje osobiste i społeczne, kompetencje opiekuńczo-wychowawcze, relacje małżeńskie, prezentowane style przywiązaniowe, stan zdrowia, sytuację materialną i mieszkaniową kandydatów, możliwości naturalnego i społecznego wsparcia).

2) **Szkolenie** — autorskim programem Ośrodka, zatwierdzonym przez Ministerstwo Rodziny Pracy i Polityki Społecznej, obejmującym szereg zagadnień, a w tym między innymi problematykę więzi przywiązaniowej i jej znaczenia dla rozwoju dziecka, sygnały zaburzeń więzi oraz możliwości ich kompensacji.

3) **Kwalifikacja właściwa** na rodziców adopcyjnych po otrzymaniu pozytywnej diagnozy psychologiczno-pedagogicznej i ukończeniu szkolenia. Praktyka pokazuje, że najlepiej rokują kandydaci:

- o prawidłowej motywacji, ujmującej potrzeby dziecka, nie tylko swoje osobiste (połączenie motywacji endo- i egzocentrycznej). Wskazuje się, że najważniejszą postawą jest postawa preferująca potrzeby dziecka przysposabiającego nad własnymi wynikającymi z bezdzietności [2–5];

— mający realne oczekiwania co do płci, wieku, stanu zdrowia i bagażu doświadczeń życiowych dziecka, tworzący prawidłowo funkcjonujący związek małżeński, zdrowi psychicznie i fizycznie, posiadający dobre kompetencje komunikacyjne, empatyczność, mający dobre lub skutecznie przepracowane niekorzystne doświadczenia rodzinne;

— popierający konieczność jawności adopcji, akceptujący specyficzną tożsamość dziecka posiadającego rodziców biologicznych [6, 7];

— przygotowani w trakcie procedury adopcyjnej na problemy towarzyszące przysposobieniu dziecka (m.in. zaburzenia więzi, jawność adopcji).

Przeprowadzone przez Ewę Milewską badania rodzin adopcyjnych pokazały, że w badanej populacji małżeństwa bezdzietne stanowiły 90–95% a tylko 2–5% to osoby samotne, 74% kobiet i 60% mężczyzn nie przekroczyło 40. roku życia, średni staż małżeński mieścił się w przedziale 5–10 lat, kandydaci prezentowali coraz wyższy poziom wykształcenia, dominowało średnie — 70%, dość dobry status materialny — 60–70% kandydatów posiadało własne mieszkanie, a około 20% własny dom, przeważały następujące oczekiwania: dziecko do 5. roku życia, przeważnie pojedyncze, zdrowe fizycznie i psychicznie, sprawne intelektualnie [8].

Analizując powyższe dane dotyczące oczekiwań kandydatów, daje się zauważyć, że określają one preferowaną populację dzieci, mających największą szansę na przysposobienie przez rodziny polskie. Z praktyki autorów niniejszego artykułu wynika, że granica wiekowa dzieci preferowanych do przysposobienia ulega przesunięciu w górę do 7. roku życia i coraz częściej wskazywane są rodzeństwa (dwójka dzieci). Zagadnienie powyższe wymagałoby jednak weryfikacji badawczej.

Bardzo ważnym, jeżeli nie najważniejszym, etapem w postępowaniu adopcyjnym jest dobór rodziny do dziecka, który powinien uwzględniać jego potrzeby i możliwości ich zaspokojenia przez przyszłych rodziców. Powyższa procedura rozpoczyna okres wzajemnego poznawania się i dążenia do obopólnej akceptacji dziecka i przyszłych rodziców. Pracownicy merytoryczni ośrodka adopcyjnego prowadzą monitoring nawiązania tych kontaktów, jednocześnie psychoedukując i udzielając różnorodnego wsparcia obu stronom tego procesu.

Po podjęciu decyzji przez kandydatów co do chęci przysposobienia konkretnego dziecka lub dzieci następuje złożenie odpowiedniego wniosku o przysposobienie we właściwym sądzie rejonowym wraz z niezbędną dokumentacją. Sąd, zmieniając miejsce pobytu dziecka, wyznacza kandydatom odpowiedni okres sprawowania bezpośredniej pieczy nad nim. Jest to tzw. okres preadopcji. Również w tym czasie pracownicy merytoryczni ośrodka adopcyjnego prowadzą nadzór nad przebiegiem pieczy, nadal monitorując nawiązywanie wzajemnej więzi oraz udzielając psychoedukacji i wsparcia.

Sprawa o przysposobienie toczy się we właściwym sądzie rejonowym. Po uprawnieniu się orzeczenia o przysposobieniu dziecko staje się prawnym człon-

kiem swojej nowej rodziny. Jednak rola ośrodka adopcyjnego nie kończy się z chwilą powstania rodziny adopcyjnej. O ile zachodzi taka konieczność, ośrodek adopcyjny na wniosek rodziny prowadzi nadal wsparcie psychologiczne, pedagogiczne, prawne, medyczne, psychoedukację, psychoterapię. Praktyka pokazuje, że bardzo pozytywną i szeroką akceptacją rodzin adopcyjnych cieszą się coroczne spotkania integracyjne organizowane m.in. przez Kujawsko-Pomorski Ośrodek Adopcyjny w Toruniu, w których bierze udział coraz większa liczba rodzin adopcyjnych.

### Rola rodziców adopcyjnych w tworzeniu i odbudowaniu więzi przywiązaniowej

W powstałej rodzinie adopcyjnej zachodzą istotne zmiany. Między innymi następuje uzupełnienie ról męża i żony o role ojca i matki, co w istotny sposób wpływa na wzajemne relacje pomiędzy małżonkami. Następuje zmiana organizacji i trybu życia rodziny, form spędzania czasu wolnego, uczestnictwa w kulturze. Pojawia się zmiana kontaktów z rodziną, relacji towarzyskich. Niejednokrotnie zachodzą zmiany w sytuacji zawodowej (często matki) i materialnej. Pojawia się poczucie niepełnej tożsamości rodziców (matka i nie matka, ojciec i nie ojciec) i związanych z tym lęków i obaw, poczucie zagrożenia. Obecności dziecka towarzyszy pojawienie się różnorodnych problemów: zdrowotnych, opiekuńczych, wychowawczych, problemów z tożsamością dzieci (poczucie winy z powodu odrzucenia przez rodziców biologicznych — zwłaszcza w okresie dorastania), zaburzenia więzi.

Należy podkreślić, iż doświadczenia z okresu przed adopcją dzieci adopcyjnych mają ogromny wpływ na ich stan zdrowia fizycznego i psychicznego oraz dalsze funkcjonowanie społeczne. Część dzieci mimo nowych, prawidłowych emocjonalnie korzystnych warunków rozwojowych w rodzinach adopcyjnych nadal w mniejszym lub większym stopniu przejawia różnorodne zaburzenia zachowania i emocji [9]. Oto wybrane sygnały problemów z przywiązaniem u dzieci: zaburzona uczuciowość, duży stopień obojętności, dziecko zupełnie nie potrzebuje swoich rodziców, ubogie relacje społeczne z innymi, przesadna samodzielność, silna potrzeba zachowania siebie samego, „nie poddawanie się rodzicom”, przesadny strach przed rozstaniem z rodzicami nawet na krótko, stałe trzymanie się rodziców, przesadnie długo i intensywnie w nowych sytuacjach, przyjaźnienie się ze wszystkimi, destrukcyjne zachowania, regresja, zaburzenia emocjonalne (zaburzenia nastroju, lęk separacyjny, fobie, depresja dziecięca).

Powyższe pokazuje wagę i złożoność problemu. Badania wskazują jednak na możliwości modyfikacji przywiązania, podkreślając, że niewykorzystanie okresu przywiązania w rozumieniu Johna Bowlbego nie uniemożliwia ukształtowania się przywiązania w okresie późniejszym [10]. Wielu autorów podaje, że w każdym wieku aktualna jakość opieki nad dzieckiem i kształtowane bliskie relacje mogą modyfikować wcześniejsze doświadczenia przywiązaniowe [9,11–13]. L. Alan Sroufe ze współpracownikami wysunęli hipotezy badawcze, weryfikowane w późniejszych badaniach, które pokazały, że:

1) Szersze aspekty kontekstu, w którym żyje dziecko, w tym różne relacje i stres pozarodzinny charakterystyczne dla danego okresu rozwojowego, także mają właściwości modyfikowania rodzaju przywiązania.

2) Związki pomiędzy rodzajem przywiązania a późniejszym rozwojem dziecka nie są proste i bezpośrednie. Charakter przywiązania traktowany jest jako jeden z czynników ryzyka, predysponujący do powstawania zaburzeń, po uwzględnieniu jego interakcji z takimi aspektami funkcjonowania jak: regulacja emocji, rozwój społeczny i moralny, temperament, cechy dziedziczne. Zdaniem autorów kumulacja niekorzystnych czynników ma większe znaczenie niż pojedynczy niekorzystny okres funkcjonowania, a ryzyko psychopatologii rośnie wraz z długością trwania tych czynników.

3) Zmianę można przewidywać w aspekcie możliwości modyfikowania stopnia stresu i/lub wsparcia [14,15].

Jakie zatem cechy i predyspozycje kandydatów na rodziców adopcyjnych, mogą sprzyjać budowaniu bezpiecznej więzi? Nauka i doświadczenia własne autorów wskazują na konieczność posiadania przez kandydatów właściwej motywacji, uwzględniającej nie tylko swoje potrzeby, ale i potrzeby dziecka, realnych oczekiwań co do wieku, płci, stanu zdrowia psychicznego i fizycznego, deficytów, odpowiednich kompetencji osobistych i społecznych (wrażliwość, empatia, altruizm, umiejętności komunikacyjne, umiejętności rozwiązywania problemów i podejmowania decyzji, poszukiwania wsparcia, radzenie sobie ze stresem), uporania się ze stratą związaną z bezdzietnością lub małodziejnością, wiedzy dotyczącej psychofizycznego rozwoju dzieci, potencjalnych zaburzeń, możliwości ich kompensacji.

Do innych czynników, istotnych w procesie budowania więzi, należy zaliczyć trafny dobór rodziców adopcyjnych do dziecka, wsparcie ze strony rodziny i znajomych, wsparcie postadopcyjne ze strony ośrodka adopcyjnego.

Co zatem powinni brać pod uwagę rodzice adopcyjni w swoim postępowaniu, aby umożliwić dziecku odtworzenie i zbudowanie nowych więzi i relacji rodzinnych? Powinni oni:

— Dążyć do zwiększania samoświadomości własnej poprzez dotarcie i poznanie bagażu doświadczeń dziecka.

— Zachowywać odpowiednią równowagę pomiędzy kontrolą a bliskością (bardziej umożliwić wybory niż stosować nakazy).

— Pomagać dzieciom w wyrażaniu uczuć i okazywać im zrozumienie i akceptację.

— Wzmacniać poczucie przynależności poprzez wzmożenie uczestnictwa w życiu rodzinnym oraz respektowanie pierwotnych więzi z rodziną pochodzenia dzieci.

— Stosować rozsądne granice i dyscyplinę pozbawioną przemocy. Stosować naukę zasad.

— Akceptować dziecko takim, jakie jest. Uświadamiać dzieciom, że akceptuje się je jako takie, ale nie zawsze ich zachowania.

— Pomagać dzieciom w samoakceptacji.

— Uczyć się wzajemności (proszenie o pomoc nie tylko ze strony dzieci, ale i ze strony rodziców), włączanie w życie rodzinne i wzajemne interakcje poprzez zabawy, rytuały, wspólne aktywności, wspólne rozwiązywanie konfliktów, akceptację odmienności.

— Uwzględniać indywidualne potrzeby każdego członka rodziny.

— Poświęcać dużo czasu koniecznego do zrozumienia dzieci i ich potrzeb.

— Uczyć się kontrolowania swoich własnych emocji.

— Poświęcać czas na sprawianie dzieciom przyjemności i wspólne zabawy w celu rozładowania napięcia.

— Pomagać dzieciom w nabywaniu umiejętności, z których i dzieci, i rodzice mogą być dumni.

— Uczestniczyć wraz z dzieckiem w oddziaływaniach terapeutycznych.

— Jeżeli zachodzi potrzeba, podejmować także leczenie farmakologiczne pod kontrolą specjalisty.

Sami rodzice mogą dbać o podtrzymywanie swojego zaangażowania w tworzeniu więzi poprzez:

— poszukiwanie pomocy i wsparcia,

— korzystanie z pomocy ośrodka adopcyjnego i innych poradni specjalistycznych,

— znajdowanie czasu dla siebie, aby uniknąć wypalenia,

— zachowanie poczucia humoru i bezpiecznego dystansu od problemów,

— urealnienie oczekiwań,

— zrozumienie, że do osiągnięcia efektów konieczny jest czas,

— okazywanie dumy i zadowolenia z małych osiągnięć.

Z praktyki wynika, że skutki sieroctwa społecznego u dzieci mogą się utrzymywać jeszcze wiele lat po adopcji, toteż konieczne okazują się wsparcie i praca z rodziną adopcyjną. Kujawsko-Pomorski Ośrodek Adopcyjny w Toruniu oferuje rodzinom adopcyjnym poradnictwo psychologiczne, pedagogiczne, prawne, medyczne, interwencję kryzysową, psychoedukację, terapię pedagogiczną, psychoterapię, grupy wsparcia, grupy samopomocowe oraz inne formy wsparcia i pracy z dzieckiem i rodziną, w tym spotkania integracyjne.

Należy podkreślić, że prawidłowo funkcjonująca rodzina adopcyjna przynosi korzyści wszystkim stronom. Po pierwsze, mając na uwadze dobro dziecka, udana adopcja jest formą kompensacji sieroctwa społecznego. Kompensacja ta przebiega w różnych sferach. Kompensacja psychiczna to zaspokojenie potrzeb psychicznych dziecka, stymulacja jego rozwoju psychicznego, możliwość udziału w różnorodnych formach terapii, wsparcia, realizacja zainteresowań, wspieranie dziecka w trudnościach. Kompensacja fizyczna polega na zaspakajaniu potrzeb fizycznych (sen, odżywianie), dbaniu o zdrowie fizyczne, leczeniu, rehabilitacji. Kompensacje społeczną zapewnia przynależność do grupy społecznej, jaką tworzy rodzina, posiadanie osób do kochania (być kochanym i umieć kochać), prawidłowa socjalizacja.

Po drugie, udana adopcja niesie korzyści rodzicom adopcyjnym. Daje ona im możliwość realizowania ról ważnych kulturowo, zaspokojenia potrzeb rodzicielskich, zaspokojenia potrzeby otrzymywania i dawania miłości, stabilizacji, bezpieczeństwa, wzrostu poczucia własnej wartości, poczucia wartości społecznej, stawania się pełną rodziną, zapewnia ciągłość rodziny. Po trzecie, powodzenie adopcji przynosi korzyści całej rodzinie adopcyjnej, sprawia, że staje się ona rodziną funkcjonalną. Po czwarte, sukces adopcyjny jest bardzo pożądany społecznie. Daje on wymierne skutki w postaci korzyści finansowych (zaprzeszczenie finansowania dzieci przez instytucje pomocy społecznej), korzyści społecznych poprzez lepsze funkcjonowanie materii społecznej, kompensacje potrzeb społecznych dzieci przysposobionych i ich rodziców adopcyjnych (rozwój więzi, prawidłowa socjalizacja, nauka ról społecznych, pełnienie społecznych ról rodziców, wzrost znaczenia rodziny) [16]. Staje się społecznym wzorem do naśladowania dla innych i sama w sobie stanowi pozytywną promocję adopcji.

## Podsumowanie

1) Proces przygotowania kandydatów do przysposobienia dziecka jest złożony i wielostronny, obejmuje zarówno uwarunkowania związane z kandydatami na rodziców adopcyjnych, jak i te dotyczące dzieci. Istotny okazuje się prawidłowy przebieg procedury adopcyjnej, pozytywny dobór dziecka i rodziców, jakość udzielanego wsparcia w trakcie i po adopcji (społeczne i instytucjonalne).

2) Tylko rodzice adopcyjni, odpowiednio przygotowani, zmotywowani, wyposażeni w niezbędną wiedzę są w stanie zmierzyć się z różnorodnymi problemami przysposobionego dziecka.

3) Budowanie przywiązania opiera się na zdrowych zasadach tylko wtedy, jeśli rodzice przyjmują dziecko takim, jakie ono jest, nie ukrywają faktu adopcji, akceptują, iż dziecko ma także rodziców biologicznych.

4) Rodzice adopcyjni powinni urealnić wymagania i oczekiwania wobec przysposobionych dzieci, które, jak wynika z praktyki, często bywają zawyżone (przyczyny: rekompensata bezdzietności, wysiłku adopcyjnego, udowodnienie otoczeniu, że ich dziecko jest tak samo dobre jak wychowujące się w funkcjonalnych rodzinach naturalnych). Rozsądne wymagania, połączone z wiedzą na temat doświadczeń dzieci, w tym istniejących trudności i zaburzeń w zakresie więzi zapewniają podstawę do tworzenia nowej, bezpiecznej jakości przywiązaniowej.

5) Przywiązanie wymaga czasu i stałego, bliskiego kontaktu, a więc nie dokonuje się nagle. Niektóre dzieci potrzebują więcej czasu niż inne.

6) Wymagania, które są konieczne dla rozwoju dziecka, spełniają konstruktywną rolę w jego życiu, tylko wtedy, gdy są stawiane w klimacie miłości i w odpowiednim czasie.

7) Wszystkie powyżej zamieszczone wnioski powinny być brane pod uwagę w procesie diagnozy, przygotowania, szkolenia i kwalifikowania kandydatów na rodziców adopcyjnych oraz przy kwalifikowaniu dzieci do przysposobienia, a także w postadopcyjnym wsparciu rodziny.

#### Streszczenie

U podstaw udanej adopcji leżą liczne uwarunkowania. Można wymienić czynniki związane z dzieckiem (m.in. stan jego zdrowia, rozwój psychospołeczny, doświadczenia życiowe, w tym typ powstałych więzi i zaburzenia przywiązaniowe), czynniki związane z kandydatami na rodziców adopcyjnych (doświadczenia życiowe, w tym style przywiązania, motywacja, oczekiwania oraz kompetencje osobiste i społeczne). Ważnym czynnikiem jest trafna diagnoza dziecka i jego przyszłych rodziców, umożliwiająca prawidłowy dobór obu stron procesu adopcyjnego, monitorowanie kontaktów, psychoedukacja i wsparcie w okresie pieczy, a także wszelkie oddziaływania po adopcji obejmujące poradnictwo i terapię istniejących rodzin adopcyjnych. Problemy poadopcyjne mają także różnorodne przyczyny. Jedną z nich jest deprywacja więzi, związana z wcześniejszym pobytom dziecka w rodzinie biologicznej lub z przebywaniem w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. W niniejszym doniesieniu autorzy, ukazując proces przygotowania kandydatów i dziecka do adopcji, skupili się na podkreśleniu znaczenia kompetencji osobistych i społecznych kandydatów na rodziców adopcyjnych, istotnych dla nawiązania prawidłowej więzi z przysposobianym dzieckiem lub dla odbudowywania tej więzi tam, gdzie została ona zerwana i zaburzona.

#### Summary

A number of specific conditions underlie each and every successful adoption. One can enlist child-based factors (such as health, psycho-social development, experience, including ties and attachment disorders), adoptive parents-based factors (experience, ties, motivation, expectations as well as personal and social competence). Correct diagnosis of a child and its future parents is very important since it enables suitable match of both sides of adoption process, relationship monitoring, psycho-education and support during care as well as post-adoption interaction

including counselling and therapy of adoptive families. Post-adoption problems also have various reasons. One of them is deprivation of ties, caused by a child's previous stay in a biological family or residential institutions. In the hereby paper, the authors have focused on the importance of personal and social competence of candidates for adoptive parents, crucial for making proper ties with an adopted child or for rebuilding such ties if they have been severed.

#### Bibliografia

1. Posłuszna-Owczarz M., *Zdrowa rodzina adopcyjna — to znaczy jaka?*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologica” 2012, 16, s. 73–87.
2. Kuźlan I., *Wybrane aspekty funkcjonowania wielkomiejskich małżeństw z adoptowanym dzieckiem*, „Roczniki Socjologii Rodziny” 1992, 4, s. 189–209.
3. Kościelska M., *Pomoc rodzinom adopcyjnym w przezwyciężaniu kryzysów tożsamości*, [w:] *Adopcja — teoria i praktyka*, pod red. K. Ostrowskiej, E. Milewskiej, CMPP-P, Warszawa 1999, s. 151–155.
4. Wąsiński A., *Dziecko, rodzice, adopcja. Ontologiczne i psychospołeczne aspekty rodzinnych form opieki zastępczej*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005.
5. Gutowska A., *Rodzicielstwo adopcyjne. Wybrane aspekty funkcjonowania rodzin adopcyjnych*, KUL, Lublin 2007.
6. Niedzielska G., *Wyjątkowe rodzicielstwo. Adopcyjne historie*, [w:] *Wyjątkowe rodzicielstwo. Adopcyjne historie*, pod red. E. Kozdrowicz, M. Jagodzińskiej, M. Niedzielskiej, Fundacja Kolos, Warszawa 2010, s. 116–217.
7. Modliborska M., *Odczarować adopcję*, Wydawnictwo CoJaNaTo, Warszawa 2012.
8. Milewska E., *Kim są rodzice adopcyjni. Studium psychologiczne*, CMPP-P, Warszawa 2003.
9. Gray D.D., *Adopcja i przywiązanie. Praktyczny poradnik dla rodziców*, GWP, Gdańsk 2015.
10. Piotrowicz A., *Adopcja a rozwój przywiązania*, [w:] *Adopcyjne rodzicielstwo, dylematy, nadzieje, wyzwania*, pod red. E. Kozdrowicz, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2013, s. 50–71.
11. Harwas-Napierała B., *Rodzina adopcyjna jako kontekst rozwojowy dzieci i rodziców. Wybrane aspekty psychologiczne*, [w:] *W świecie dziecka osieroconego i rodziny adopcyjnej*, pod red. A. Kalus, Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2003.
12. Ulasińska R., Zdenkowska-Pilecka M., Iniewicz G., *Więź po zerwaniu więzi. Adopcja z perspektywy teorii przywiązania*, [w:] *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*, pod red. B. Józefik, G. Iniewicza, UJ, Kraków 2008, s. 161–174.
13. Jastrzębska A., *Trudności w rodzeniu się przywiązania*, [w:] *Adopcyjne rodzicielstwo, dylematy, nadzieje, wyzwania*, pod red. E. Kozdrowicz, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2013, s. 72–94.
14. Sroufe L.A., Carlson E.A., Levy A.K., Egeland B., *Implications of attachment theory for developmental psychopathology*, „Developmental Psychopathology” 1999, 11, s. 1–13.
15. Żechowski C., Namysłowska I., *Teoria przywiązania a rozwój zaburzeń psychicznych*, [w:] *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*, pod red. B. Józefik, G. Iniewicz, UJ, Kraków, s. 53–74.
16. Bartnikowska U., Ćwirynkało K., *Rodziny adopcyjne i zastępcze dziecka z niepełnosprawnością*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2013.

*Barbara Sikora*

(Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku,  
Klinika Patologii Ciąży i Klinika Ginekologii i Położnictwa UM w Łodzi,  
Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Powiatu Pabianickiego)

*Anita Ewa Sikora-Szubert*

(Klinika Patologii Ciąży i Klinika Ginekologii i Położnictwa UM w Łodzi,  
Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Powiatu Pabianickiego)

## ROLA OPIEKI PALIATYWNO-HOSPICYJNEJ W TWORZENIU SYSTEMU OPIEKI NAD CHORYM U KRESU ŻYCIA

Kluczowe słowa: opieka paliatywno-hospicyjna; opieka u kresu życia; model opieki nad chorym u kresu życia; opiekun formalny i nieformalny; mierniki jakości opieki

## THE ROLE OF PALLIATIVE AND HOSPICE CARE IN CREATING THE END-OF-LIFE CARE SYSTEM

Key words: palliative and hospice care; end-of-life care system; formal and informal caretaker; care quality measurements

### Wstęp

Na różnych poziomach polityki społecznej nieustannie toczą się dyskusje na temat znaczenia opieki nad chorym w schyłkowym okresie choroby, „u kresu życia” w całym systemie opieki nad pacjentem, której głównym elementem obok opieki społecznej jest opieka zdrowotna. Ciągłe padają pytania badawcze, m.in. jak postrzegać znaczenie tej opieki w kontekście potrzeb, problemów i oczekiwań chorego i jego rodziny; jak zorganizować warunki jej realizacji, by sprawować ją adekwatnie do potrzeb i preferencji chorego; jak organizacyjnie rozwiązać problem sprawowania opieki całodobowej, ciągłej i jednocześnie holistycznej w swym podmiotowym podejściu do pacjenta; jakie elementy tej opieki są niezbędne, by chory i jego opiekun odczuwali satysfakcję z jej sprawowania; kto powinien świadczyć opiekę nad chorym u kresu życia, by wypełnić wszystkie zasady opieki paliatywno-hospicyjnej oraz obowiązujące

wytyczne i standardy tej opieki. Wszystkie te kwestie dyskutowane są, by osiągnąć nadrzędny cel podjętych wysiłków wielu podmiotów wchodzących w skład systemu ochrony zdrowia i instytucji pomocy społecznej, jakim jest optymalna jakość życia chorego i optymalna wydolność pielęgnacyjno-opiekuńcza jego rodziny (zdolność do sprawowania pożądanego przez chorego opieki). Jakość sprawowanej opieki (różne jej aspekty, formy i rodzaje) tak bardzo warunkuje powodzenie chorego w realizacji swoich potrzeb, aspiracji i dążeń, że powinna posiadać cechy sprawnego i efektywnego działania oraz działania systemowego i zintegrowanego (w szczególności w przypadku opieki nad chorym w procesie leczenia systemowego nowotworów i w opiece paliatywnej) [1]. Dlatego powadzone badania własne miały na celu ukazanie w doskonaleniu modelu opieki nad chorym tych elementów planowania, organizowania i realizacji opieki, które warunkują jej optymalną jakość.

System ochrony zdrowia powinien być nieustannie udoskonalany i dostosowywany do potrzeb i oczekiwań chorych w kontekście zmieniających się warunków społecznych i gospodarczych. Natomiast głównym celem tego procesu udoskonalania winno pozostać nieustanne poprawianie jakości. Dla chorego wyznacznikiem/miernikiem jakości opieki (udzielanych świadczeń) okaże się poprawa jakości życia w chorobie. Ocena jakości opieki opiera się na trzech kategoriach mierników: odnoszących się do **jakości struktury** (np. warunków udzielania świadczeń); **jakości procesu** (warunków realizacji opieki); **jakości wyników** (poziomu korzyści z opieki — wpływu wykonywanych czynności na cel opieki, jakim jest jakość życia chorego). Kwestią zasadniczą jednak dla podnoszenia jakości opieki pozostaje poznanie relacji i zależności między tymi wyznacznikami [2].

## Cel

Celem niniejszej pracy, stanowiącej syntezę literatury przedmiotowej wyników badań własnych przeprowadzonych w latach 2013–2014 oraz doświadczenia zawodowego w pracy na rzecz chorych przewlekle, niesamodzielnych i niepełnosprawnych w systemie ochrony zdrowia i pomocy społecznej, jest ukazanie roli opieki paliatywno-hospicyjnej w tworzeniu systemu opieki nad chorym u kresu życia i wpływu jej organizacji i sposobów realizacji na optymalizację jakości życia pacjenta (głównym miernikiem — poziom satysfakcji ze sprawowanej opieki oraz określenie cech modelowych opieki u kresu życia). Interesujące wydaje się ukazanie historii doskonalenia się modelu opieki nad chorym nieuleczalnie i umierającym na podstawie modyfikacji zasad opieki

hospicyjnej w kierunku współczesnej filozofii opieki paliatywno-hospicyjnej (stanowiącej podstawy tworzenia modelu opieki nad chorym u kresu życia).

Celem badań było m.in. ukazanie elementów modelu opieki nad chorym u kresu życia (także jej zasobów i pozytywnego potencjału), które mają wpływ na optymalną jakość życia chorego u kresu egzystencji i jego rodziny.

## Materiał i metoda

Badanie ankietowe przeprowadzone wśród 586 opiekunów (formalnych i nieformalnych) z 33 podmiotów — 58 form organizacyjnych opieki paliatywno-hospicyjnej (hospicjów domowych i hospicjów stacjonarnych/oddziałów medycyny paliatywnej) z 12 województw z terenu całego kraju (badania o zasięgu ogólnopolskim). Badaniem objęto opiekunów — wszystkich członków interdyscyplinarnych zespołów hospicyjnych, które wyraziły zgodę na udział w badaniu jako podmioty świadczące opiekę oraz opiekunowie nieformalni współpracujący z hospicjami w realizacji bezpośredniej opieki nad nieuleczalnie chorym odchodzącym.

## Przegląd

Systemowe podejście do opieki nad chorym u kresu życia  
(przewlekłe chorym w schyłkowym okresie choroby, nieuleczalnie i umierającym)

Wiesława Ciechaniewicz opisała cechy systemowego działania (systemu opieki, wsparcia, pomocy i współtowarzyszenia), uwzględniając takie ogniwa jak: planowanie działań zgodnych z zakresem kompetencji zawodowych lub więzi opiekuńczych opiekuna; ciągłość sprawowanej opieki bezpośredniej nad chorym; systematyczność działań (to nie tylko działania okresowe-interwencyjne, lecz przede wszystkim ciągle wspierające i w razie potrzeby okresowo pomocowe; zindywidualizowanie opieki (uwzględniające nie tylko aktualny stan zdrowia, lecz także preferencje chorego w zakresie m.in. wyboru miejsca sprawowania opieki), dokładność w działaniu (pedantyczność i troskliwość, w szczególności w opiece nad chorym u kresu — zastosowanie tzw. „opieki troski” świadczonej przez opiekuna spolegliwego), dostępność (w przypadku opieki paliatywno-hospicyjnej 7 dni w tygodniu i 24 godziny na dobę — według

potrzeb jak określają wytyczne); kompleksowość ukierunkowana na uzyskanie założonego celu opieki [3].

To na ten cel opieki specyficzny dla poszczególnych jej form funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia w Polsce (opieki długoterminowej i opieki paliatywno-hospicyjnej) system powinien zwrócić szczególną uwagę, planując działania i organizując warunki ich realizacji. Warunki organizacji opieki zgodne z wytycznymi i zasadami idei opieki paliatywno-hospicyjnej (przyjętym modelem opieki) oraz warunki realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki formalnej i opieki nieformalnej, stanowiących jej dwa podstawowe ogniwa (ze względu na zakres świadczonej opieki na medyczną i pozamedyczną). Opieki formalnej świadczonej zespołowo przez opiekuna formalnego (wykwalifikowaną kadrę medyczną) oraz opieki nieformalnej świadczonej przez opiekuna przeszkolonego do sprawowania opieki nad chorym, którym w zdecydowanej większości jest osoba bliska/członek rodziny chorego lub wolontariusz/przedstawiciel społeczności lokalnej.

Ponadto warunki organizacji opieki nad chorym powinny uwzględniać jego oczekiwania i preferencje co do miejsca sprawowania opieki (model opieki domowej lub stacjonarnej), by zapewnić pacjentowi i jego rodzinie jak największe poczucie bezpieczeństwa w sytuacji choroby [4]. W świetle dostępnej literatury i przeprowadzonych badań własnych okazuje się, że poczucie bezpieczeństwa zwiększa organizacja opieki oparta na współpracy wielu podmiotów na rzecz „zapewnienia dobrego życia aż do jego zakończenia — dobrej jakości życia chorego u kresu (model opieki zintegrowanej podmiotów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej funkcjonującej w społeczności lokalnej) [5].

### Opieka paliatywno-hospicyjna rdzeniem modelu opieki nad chorym u kresu życia (jakość opieki paliatywno-hospicyjnej miernikiem jakości opieki u kresu życia)

Według Światowej Organizacji Zdrowia „opieka paliatywna jest aktywną, wszechstronną i całościową opieką nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, postępujące choroby w końcowym okresie życia” [6]. Obejmuje swoim oddziaływaniem terapeutycznym chorego i jego rodzinę (w czasie trwania choroby i okresie żałoby). Swoim zakresem realizacji świadczeń zdrowotnych obejmuje aspekty medyczne opieki (zwalczanie bólu i innych objawów klinicznych) i aspekty pozamedyczne (zwalczanie cierpienia psychicznego, socjalnego oraz duchowego) [6].

Współcześnie za największy priorytet w działaniu opieki paliatywnej mającej na celu poprawę jakości życia chorego WHO uznaje „zapobieganie i znosze-

nie cierpienia poprzez wczesną identyfikację, dokładną ocenę i leczenie bólu oraz innych dolegliwości somatycznych, psychosocjalnych i duchowych" [7,8]. Jeśli ma dotyczyć wszystkich problemów wynikających z choroby, to powinna być rozpoczęta wcześniej (przynajmniej w ostatnim okresie przewlekłej, postępującej i zagrażającej życiu chorobie). Podążając za rozwojem opieki paliatywno-hospicyjnej, jej zakresem i holistycznym podejściem do zaspokojenia potrzeb chorego i jego rodziny, zasadnym wydaje się wprowadzenie do terminologii polskiej określenia „opieka u kresu życia/opieka u schyłku życia w szerszym znaczeniu definicji” [9,10]. Określenie to funkcjonuje już od dawna w opiece paliatywno-hospicyjnej krajów anglosaskich, czyli w systemie, na którym od początku wzoruje się opieka paliatywno-hospicyjna w Polsce.

W ślad za takim podejściem do opieki nad chorym nieuleczalnie powszechnym powinno stać się objęcie świadczeniem opieki paliatywno-hospicyjnej w naszym systemie chorych u kresu życia/schyłku życia — chorego umierającego z powodu chorób nienowotworowych w okresie ostatnich 48–72 godzin (to opieka paliatywno-hospicyjna nad każdym umierającym), a chorego nowotworowego przez okres ostatnich 1–2 lat życia (to synonim opieki paliatywno-hospicyjnej trwającej 1–2 lata) [9].

Literatura przedmiotu na wzór państw anglosaskich definiuje opiekę u kresu życia jako opiekę, która „zajmuje się pomocą w zapewnieniu dobrego życia osobom aż do jego zakończenia, zawierając opiekę w ostatnim roku życia nad osobami w końcowym stadium każdej choroby” [6]. Niniejsza definicja wskazuje na ważny aspekt opieki co do zakresu świadczeniobiorców korzystających z dobrodziejstwa opieki paliatywno-hospicyjnej, jako wskaźnika optymalizacji jakości życia chorego aż do końca jego trwania.

Analiza historyczna rozwoju opieki nad nieuleczalnie chorymi w Polsce wskazuje na powstanie dwóch modeli opieki hospicyjnej: pierwszy to **model krakowski** oparty na opiece stacjonarnej, powstały na wzór Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie [11]; drugi to **model gdański** oparty na bezinteresownej opiece nad chorym w jego domu [12]. Analizując rozwój opieki hospicyjnej i równoległe paliatywnej, zauważyć można tworzenie się wspólnego modelu organizacji opieki nad chorym nieuleczalnie w końcowym okresie jej trwania lecz o różnym stopniu integracji wewnątrz podmiotu realizującego świadczenia zdrowotne (medyczne i pozamedyczne) na podstawie idei opieki hospicyjno-paliatywnej.

Współczesne hospicjum to włączenie wiedzy i umiejętności medycznych członków interpersonalnego zespołu opiekuńczego do społecznego ruchu hospicyjnego opartego w dużej mierze na idei wolontariatu na rzecz chorego umierającego [13]. W takim modelu opieki zintegrowanym wewnątrznie odbywa się ona według przyjętych zasad, a przestrzeganie ich daje gwarancję jej optymalnej jakości, przy czym należy uznać jednocześnie pierwotną historycznie, społeczną i nadrzędną wobec współczesnej opieki paliatywnej rolę idei opieki

hospicyjnej. Aspekt społeczny instytucji opiekuńczej, jaką jest hospicjum, umożliwia integrację opieki medycznej z opieką pozamedyczną i zwiększa poczucie bezpieczeństwa chorego i jego rodziny dzięki doświadczeniu wspólnoty ze środowiskiem lokalnym (opieka nad chorym umierającym wspólną troską społeczności lokalnej).

Rola interdyscyplinarnego zespołu opieki hospicyjnej w optymalizacji jakości opieki nad chorym u kresu życia (jakość składu, ilość i sprawność działania zespołu opiekuńczego miernikiem jakości opieki)

Podstawowym elementem opieki paliatywno-hospicyjnej jest opieka formalna (świadczona przez wykwalifikowaną kadrę medyczną — członków interdyscyplinarnego zespołu opiekuńczego) i opieka nieformalna „sprawowana nieodpłatnie przez rodziny chorych lub odpłatnie, przez osoby nieposiadające formalnych kwalifikacji opiekuńczych” (opiekunów nieformalnych) [6].

Interdyscyplinarny zespół opieki hospicyjnej jest podstawową komórką strukturalną każdego hospicjum, od składu, jakości i sprawności działania której zależy jakość sprawowanej opieki przekładająca się na jakość życia chorego i jego rodziny. Prawidłowa organizacja opieki hospicyjnej wywiera więc wpływ na jakość życia pacjenta i jego najbliższych, a jej miernikiem pozostaje przestrzeganie ustalonych w tym zakresie standardów i norm. Każdy kraj opracowuje własne minimalne standardy, do których powinno się dążyć na miarę swych możliwości (kadrowych, finansowych, bazowych) aż do osiągnięcia wytycznych opracowanych przez organizacje międzynarodowe dla krajów UE.

Taką organizacją jest *European Association for Palliative Care* (EAPC), w dokumentach której można przeczytać, że w hospicjum stacjonarnym otacza się opieką chorego w ostatniej fazie choroby, w sytuacji, kiedy leczenie szpitalne już nie przynosi efektów terapeutycznych, a chorego nie można objąć należytą opieką w jego warunkach domowych [9]. Natomiast główne cele działalności hospicyjnej określa się jako łagodzenie objawów klinicznych, zapewnienie jak najlepszej jakości opieki, która trwa aż do śmierci chorego, a w stosunku do członków jego rodziny także w okresie żałoby po stracie osoby bliskiej [14]. W hospicjum stacjonarnym powinien pracować zespół specjalistów (zespół interdyscyplinarny współpracujący z zespołem wielodyscyplinarnym). Skład podstawowy stanowią opiekunowie formalni: lekarz medycyny i pielęgniarka, a skład uzupełniający: pracownik socjalny, psycholog, fizjoterapeuta [15–19], opiekunowie duchowi, dietetycy, logopedzi, terapeuci zajęciowi.

Z literatury przedmiotu wynika, że działania hospicjum mają charakter interdyscyplinarny, ukierunkowane są na poprawę jakości życia chorego i jego rodziny i wymagają właściwego czasu sprawowania opieki, żeby były efektywne. Kolejnym warunkiem uzyskania tego efektu jest zachowanie podstawowej zasady organizacji opieki paliatywno-hospicyjnej, czyli jej zespołowości — zespołowa praca na rzecz jakości życia chorego u jego kresu. Więc prowadzone w niniejszej pracy rozważania, czy i jaką rolę odgrywa w jakości sprawowanej opieki nad chorym u kresu (chorym nieuleczalnie i umierającym) członek zespołu opieki paliatywno-hospicyjnej, jakim jest wolontariusz i opiekun nieformalny (w znaczącej większości jest to członek rodziny, tzw. opiekun rodzinny), uznać należy za jak najbardziej zasadne.

W tym modelu (opieki zintegrowanej) wzrasta znaczenie opiekuna łączącego obie powyższe cechy opieki — wolontariusza, który może być jednocześnie opiekunem nieformalnym (bez formalnych kwalifikacji opiekuńczych) lub opiekunem formalnym (posiadającym kwalifikacje opiekuńcze), będącym członkiem interdyscyplinarnego zespołu opieki paliatywno-hospicyjnej.

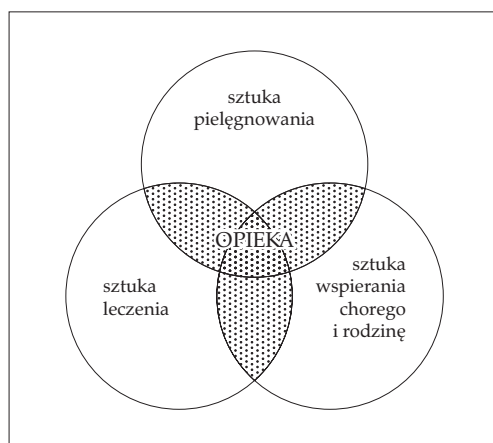
W literaturze przedmiotu według ks. Piotra Krakowiaka model opieki nad chorym u kresu życia musi być zintegrowany i oparty na „teorii systemów społecznych” wyrastających z pojęcia bytu społecznego (wszystkie elementy systemu społecznego mają wpływ na funkcjonowanie całego społeczeństwa) [16]. Autor ten przeprowadził dowód metodologiczny, który ukazuje, że to wolontariat hospicyjny w opiece chorego u kresu życia może odgrywać rolę scalającą elementy systemu społecznego w działaniach na rzecz nieuleczalnie chorych. To wolontariat odgrywa znaczącą rolę w powstawaniu modelu opieki nad chorym u kresu życia [6].

Wzrasta także rola opiekuna formalnego, jakim jest wykwalifikowana pielęgniarka, którą spośród całego zespołu opiekuńczego chorego i jego opiekunowie nieformalni wskazują jako osobę, do której kompetencji mają największe zaufanie. W świetle badań własnych 79,3% opiekunów nieformalnych wskazuje, że popiera reprezentatywność w zespole opieki paliatywno-hospicyjnej pielęgniarki posiadającej specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej jako gwarancji sprawowania specjalistycznej opieki nad chorym i jego rodziną (pielęgniarka ze specjalizacją wpływa na wzrost zaufania chorego i jego rodziny do kompetencji zawodowych personelu opieki paliatywno-hospicyjnej — czynnika warunkującego jakość życia chorego objętego tą opieką przy jednoczesnym wzroście zapotrzebowania [w opinii opiekunów nieformalnych] na czas, jaki powinna poświęcać choremu w ramach opieki).

Pomimo najdłuższego czasu poświęcanego przez pielęgniarkę spośród wszystkich członków zespołu opiekuńczego choremu i rodzinie w opinii opiekunów nieformalnych jest on niewystarczający (miernik zaufania chorego i jego opiekuna do profesjonalizmu pielęgniarki w sprawowaniu opieki). Wskazano także na pożądaną dla optymalizacji jakości opieki nad chorym rolę pielęgniarki

— pielęgniarka koordynatorem opieki nad chorym u kresu życia (opieki formalnej i nieformalnej) we współpracy z pielęgniarką środowiskową (indywidualny plan opieki), pielęgniarką opieki długoterminowej i lekarzem rodzinnym POZ oraz przedstawicielami instytucji opieki społecznej i organizacji pozarządowych funkcjonujących w społeczności lokalnej [17].

### Opieka paliatywno-hospicyjna oparta na sztuce pielęgnowania



Pielęgnowanie chorego u kresu opiera się głównie na: osiągnięciach medycyny paliatywnej, dowodach naukowych w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej oraz osiągnięciach psychoonkologii.

W literaturze przedmiotu Krakowiak definiuje opiekę pielęgniarską w opiece paliatywno-hospicyjnej i zarazem podkreśla jej współcześnie dominującą rolę [6]. Opieka to „złożone postępowanie podejmowane przez osoby”, które zaspokajają różnorodne potrzeby chorego (somatyczne, psychiczne, społeczne i duchowe) przy użyciu różnych środków i sposobów zachowania (postawa, tendencja do określonych zachowań, określony stosunek do przedmiotu [6,18]. W opiece paliatywno-hospicyjnej mamy do czynienia głównie z opieką pielęgniarską [19] konsultowaną z lekarzem [20], wspieraną przez duszpasterzy [21], pomoc psychologiczną [22], pracę socjalną na rzecz chorego i jego bliskich, a także zaangażowaniem odpowiednio przygotowanych do niej wolontariuszy i innych opiekunów nieformalnych [23].

Natomiast D. Krzyżanowski w swoich publikacjach podkreśla, że wczesne początki ruchu hospicyjnego w Polsce wiążą się przede wszystkim z „pielęgniarską troską o chorych u kresu życia” [24]. Fakt ten potwierdza w swoich pracach także Halina Bortnowska [25]. Wybitna pielęgniarka Hanna Chrz-

nowska wcześniej niż Cicely Saunders, uchwyciła istotę defektu systemu opieki zdrowotnej w Polsce w zakresie opieki nad chorym u kresu życia: brak w systemie właściwej, należytej troski o chorego umierającego. Chcąc temu zaradzić, podkreśliła rolę i znaczenie Polskiego Hospicjum w systemie opieki nad chorym u kresu życia — preferując w nim określony styl pracy pielęgniarzkiej [25]. Tym bardziej zasadnym jest podążać w tworzeniu modelu opieki nad chorym u kresu życia nie tylko za wytycznymi Wielkiej Brytanii, ale również za polskimi prekursorami zawodu pielęgniarzkiego.

### Przestrzeganie zasad filozofii opieki paliatywno-hospicyjnej miernikiem jakości opieki nad chorym u kresu życia

W literaturze przedmiotu M. Górecki podkreśla znaczenie właściwej organizacji opieki w hospicjum (placówce opiekuńczej) dla zapewnienia choremu zaspokojenia potrzeb medycznych i pozamedycznych oraz udzielania wsparcia rodzinie chorego w okresie sprawowania nad nim opieki i w czasie osierocenia (optymalizacji jakości życia chorego). Także oparcie organizacji opieki na przestrzeganiu ustalonych zasad:

— **subsydiarności** — pomocniczego charakteru opieki hospicyjnej. Opieka hospicyjna sprzężona z medycyną paliatywną i podlegająca koordynacji przez placówki opieki zdrowotnej odwołuje się do naturalnych więzi społecznych oraz podkreśla ich trwałość i znaczenie dla efektywności działań wspierających. Zasada ta wiąże ofertę dobroczynnej pomocy ochotników (opiekunów nieformalnych i wolontariuszy) z powinnością moralną najbliższego otoczenia (opiekunów nieformalnych — członków rodziny);

— **integracji** oddziaływań wspierających — obejmuje czynności opiekuńcze zaspakajające wszystkie rzeczywiście odczuwane potrzeby chorego i jego rodziny;

— **pracy zespołowej** — ustawicznej i opartej na pełnej dyspozycyjności wobec pacjenta — „opiekun hospicyjny stale towarzyszy mu u kresu życia” (ważny w opiece nad chorym u kresu życia element — praca zespołowa opiekunów formalnych, opiekunów nieformalnych i wolontariuszy także w zakresie poszukiwania „doskonałego modelu” opieki zespołowej zapewniającego choremu i jego rodzinie poczucie bezpieczeństwa i satysfakcji z jej sprawowania);

— **zasada dobrowolności i otwartości służby** (ideowa tożsamość hospicjów) — opieka oparta na solidarności ludzkiej (postawa samarytańska) i nawiązująca do koncepcji pracy socjalnej i pedagogiki społecznej (odwołującej się do moralnej i praktycznej wartości udziału w opiece u kresu życia wolontarystycznych sił społecznych i innych ochotników — przedstawicieli społeczności lokalnych);

— **postawy** wobec chorego/pacjenta pozostającego pod opieką hospicyjną (odnoszące się do sposobu sprawowania nad nim opieki): „zasada respektowania podmiotowości pacjenta, zasada samokontroli opiekuna w podejmowanych czynnościach” [26];

— **oddziaływania na środowisko rodzinne i środowisko lokalne** — objęcie opieką nie tylko chorego, lecz także członków jego rodziny (promowanie tej formy opieki nad chorym u kresu życia i pozyskiwanie opiekunów nieformalnych — aktywizacja społeczności lokalnej). W myśl tej zasady hospicjum staje się nie tylko jedną z instytucji wpisujących się w infrastrukturę społeczną, lecz środowiskiem, w którym organizuje się specjalistyczną opiekę i które mobilizuje społeczność do współdziałania w opiece [26].

Zwrot opieki paliatywnej w kierunku podmiotowości chorego i zapobieganiu cierpieniu zgodnie z nową przytoczoną powyżej definicją opieki paliatywnej WHO z 2002 r. spowodował modyfikację ogólnych zasad opieki hospicyjnej, jak i wcześniej stosowanych zasad opieki paliatywnej (medycyna paliatywna także stosuje je w codziennej praktyce). Ta modyfikacja podąża w swoim założeniu w kierunku doskonalenia jakości organizowanej opieki (zachodzi więc konieczność usprawnienia modelu opieki paliatywno-hospicyjnej w kontekście opieki u kresu życia i integrowania jej form organizacyjnych — opieki domowej, stacjonarnej, ambulatoryjnej, dziennej z całym systemem opieki zdrowotnej, będącej głównym elementem polityki społecznej (systemu opieki nad chorym w Polsce). W ślad za postawionym celem opieki, jakim jest optymalizacja jakości życia chorego, jej warunki organizacji i realizacji powinny być zgodne z następującymi zasadami postępowania (filozofią opieki paliatywno-hospicyjnej):

— **opieka paliatywna** to holistyczna opieka nad chorym obejmująca wszystkie sfery jego życia: somatyczną, psychiczną, społeczną i duchową. To „troskliwa opieka” zaspakajająca wielorakie, indywidualne potrzeby pacjenta;

— **wielospektowość opieki paliatywnej** zakłada jej zespołowość, pod kierunkiem koordynatora zespołu wszyscy członkowie współpracują harmonijnie na rzecz poprawy jakości życia chorego i jego rodziny — zespołu „zadomowionego” w środowisku opieki chorego i co do składu optymalnie dostosowanego do potrzeb chorego;

— **akceptacja nieuchronności nadchodzącej śmierci** — oznacza m.in. powstrzymanie się od działań nadzwyczajnych w okresie agonii — działań przedłużających umieranie;

— **akceptacja nieuchronności cierpienia** — oznacza dążenie do maksymalnego złagodzenia dolegliwości wszechogarniającego cierpienia przy jednoczesnym pogodzeniu się, że jego zupełne zlikwidowanie nie jest możliwe nawet w dobie wysokich osiągnięć nauk medycznych i społecznych;

— **akceptacja właściwej pory śmierci** — naturalnego procesu medycznego i społecznego — oznacza powstrzymanie się od wszelkich działań, które spowodowałyby przyśpieszenie śmierci (skrócenie życia);

— **opieka paliatywna obejmuje opieką chorego i jego rodzinę** — w okresie życia, jak i po śmierci chorego (opieka nad osieroconymi);

— **zasady etyki stosowane w opiece paliatywnej:**

1) poszanowanie autonomii chorego i jego godności,

2) stosowanie zasady sprawiedliwości (udzielenie świadczeń z zakresu opieki paliatywnej wszystkim chorym, którzy jej potrzebują),

3) zasada *primum non nocere*, „po pierwsze — nie szkodzić”,

4) zasada czynienia dobra, czyli towarzyszenie choremu, zaspokajanie oczekiwanych potrzeb i pragnień, minimalizacja cierpienia, udzielanie pomocy i wsparcia [4,27,28].

Współcześnie WHO dodała nowe zasady, którymi powinna kierować się opieka paliatywno-hospicyjna, m.in.: zapewnienie skutecznej terapii bólu i innych dolegliwości; afirmowanie życia; wspólne rozważanie psychologicznych i duchowych aspektów opieki nad chorym z aspektami medycznymi; zapewnienie aktywności chorego aż do śmierci (oferować system wsparcia) — rehabilitacja chorego (ważna forma aktywnej opieki) [29]; zapewnienie systemu wsparcia rodzinie (w chorobie i w żałobie); zaspokajanie wszystkich potrzeb chorego i jego rodziny poprzez działania wielospecjalistycznego zespołu, łącznie z okresem żałoby („podmiotem opieki chory i rodzina, a trzon zespołu zazwyczaj stanowią pielęgniarka, lekarz, pracownik socjalny”); poprzez poprawę jakości życia pozytywne wpływanie na przebieg choroby; zapewnienie opieki paliatywnej już w momencie, gdy stosuje się jeszcze różne rodzaje terapii przedłużających życie (wczesna identyfikacja i zapobieganie powikłaniom klinicznym). Przyjęcie tej ostatniej zasady w opiece paliatywnej wymaga zintegrowania jej działań z całym systemem różnorodnych świadczeń medycznych, w podmiotach leczniczych i w środowisku zamieszkania chorego [30,31].

### Model współpracy opieki zdrowotnej z rodziną a cechy modelowe opieki nad chorym u kresu życia

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że w opinii opiekunów nieformalnych preferowanym przez chorego rodzajem opieki paliatywno-hospicyjnym jest środowisko domowe (taką opinię wyraziło 65,8% ogółu ankietowanych opiekunów). Wyniki te wskazują na przeniesienie siły ciężkości z opieki formalnej na opiekę nieformalną z powodu takiej właśnie preferencji chorego [5].

Ponadto reforma ochrony zdrowia w 1999 r., wycofując pomoc społeczną z systemu opieki zdrowotnej, w swoich założeniach przerzuciła ciężar opieki nad chorym przewlekle, nieuleczalnie i umierającym w środowisku domowym (w środowisku lokalnym) na rodzinę jako partnera systemu opieki zdrowotnej (POZ).

Dokonano takich zmian w obawie przed nadmierną medykacją zdrowia, wyłączną koncentracją w kwestiach zdrowia i choroby tylko na fachowej opiece i pomijaniu działań nieprofesjonalnych — działań rodziny oraz postaw pacjenta. Te zmiany w podejściu do organizacji systemu ochrony zdrowia wygenerowały powstanie nowego „modelu współpracy opieki zdrowotnej z rodziną” [32] — zwrot w kierunku rodziny jako środowiska nieprofesjonalnej opieki rodzinnej wspomaganiej przez personel medyczny. Można jednak dostrzec dwa rodzaje relacji partnerskich zachodzących między działaniami prowadzonymi przez personel medyczny a działaniami rodzinnymi:

— **rodzina jako partner służby zdrowia** — wspólna hospitalizacja, pomoc w opiece, „otwarcie szpitali” dla odwiedzających rodzin (wzmocnienie działań pracowników ochrony zdrowia). Pełną wersją tych relacji stały się hospicja (rodzinna atmosfera wsparła instytucjonalny profesjonalizm medyczny) — możliwe stało się rodzinne towarzyszenie, gdy najbliższa osoba umierała pod czujnym okiem profesjonalnej opieki zespołu hospicyjnego [33]. Tego rodzaju standard to nic innego jak opisany wcześniej model krakowski opieki paliatywno-hospicyjnej;

— **służba zdrowia jako partner rodziny** — wspomaga rodzinę w kwestiach dbania o zdrowie, a w przypadku choroby przejmuje rolę koordynującą, wyznaczającą i konsultującą wszystkie działania realizowane przez rodzinę: opiekuńcze i pielęgnacyjne [32]. Początkowo z powodu małej liczby hospicjów powstały grupy samopomocowe wspierające rodziny niewydolnie pielęgnacyjno-opiekuńczo, a następnie rodzina i chory zaczęli być wspomagani przez innych z zewnątrz — osoby działające jako wolontariusze, a później także przez profesjonalnych pracowników ochrony zdrowia (zespoły opieki domowej). To z kolei omawiany wcześniej model gdański opieki paliatywno-hospicyjnej.

Do dziś istnieje przede wszystkim ta forma wspomaganie rodziny w opiece nad chorym i umierającym. Pomimo upływu lat nadal brak w systemie opieki nad chorym instytucji profesjonalnego wspomaganie, w tym edukacyjnego, członków rodziny (opiekunów nieformalnych) i sformalizowanej opieki nieformalnej (w świetle przeprowadzonych badań własnych większość podmiotów, które przystąpiły do badań, nie potrafiło zbilansować liczby opiekunów nieformalnych aktualnie współpracujących na rzecz opieki nad chorym/przeszkolonych do jej sprawowania).

Ten opisany typ dwojakiej relacji w opiece nad osobą chorą, umierającą jest przykładem współpracy systemów pozarodzinnych — profesjonalnych i nieprofesjonalnych. W tej sytuacji planowanie, rozpoznawanie i działanie terapeutyczne musi być uzgadniane z rodziną, którą przygotowuje się do wyko-

nywania określonych zadań. Rodzinę traktuje się w przypadku włączenia w opiekę nad chorym w środowisku domowym jako istotny element całego systemu opieki zdrowotnej [32].

Od tego momentu w Polsce nastąpiła zmiana zadań i roli pielęgniarki. Nastąpiła jej reorientacja na rodzinę [32], reorientacja na społeczność lokalną [34,35]. Pielęgniarka stała się zgodnie z przepisami prawa liderem w kwestiach zdrowia w społeczności lokalnej — koordynatorem działań na rzecz realizacji kompleksowego programu opieki nad chorym [36]. Programu, który zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami i procedurami powinien być realizowanych przez pielęgniarkę POZ sprawującej świadczenia zdrowotne w warunkach domowych.

W świetle przytoczonej literatury i przeprowadzonych badań własnych wyraźnie uwidacznia się fakt, że niewątpliwie na współczesnej pielęgniarce spoczywa nowa rola „koordynatora opieki zespołu hospicyjnego i współrealizatora kompleksowego programu opieki chorego realizowanego w społeczności lokalnej (POZ)” i zarazem odpowiedzialność za organizację warunków opieki i jej realizację zgodną z obowiązującymi zasadami opieki paliatywno-hospicyjnej (filozofią opieki paliatywno-hospicyjnej) jako gwarancją optymalnej jakości jej sprawowania.

W świetle wyników badań własnych model opieki nad chorym u kresu życia i jego rodziną powinien zawierać następujące cechy, które warunkują optymalizację jakości: właściwe traktowanie chorego przez personel (podmiotowe, zindywidualizowane); dostępność do różnych form organizacyjnych opieki paliatywno-hospicyjnej (domowej, stacjonarnej, ambulatoryjnej i dziennej); ciągłość tej opieki, ważność aspektów psychologicznych (możliwość bycia wysłuchanym, słaba kondycja psychiczna); umiejętności komunikacyjne opiekuna na wszystkich liniach — także na linii pacjent–rodzina i personel–rodzina (z niewielką przewagą ważności aspektów pozamedycznych nad medycznymi w realizacji opieki) [5].

Osobnym zagadnieniem badawczym powinno stać się uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy tę rolę udaje się odegrać, by opieka nad chorym u kresu życia była powszechna, holistyczna, upodmiotowiona i zindywidualizowana, a podjęte działania poszczególnych elementów opisanego modelu opieki istotne w opiece nad chorym dla optymalizacji jakości jego życia posiadały cechy działania systemowego (systemu opieki, wsparcia, pomocy czy współtowarzyszenia) opisanego przez cytowaną W. Ciechaniewicz [3].

## Podsumowanie

Opieka nad chorym u kresu życia powinna znaleźć swoje należyte miejsce w systemie opieki w Polsce. Powinna stanowić priorytet w polityce społecznej państwa jako wyraz „doskonałości systemu opieki nad chorym” na wzór brytyjskiej dyrektywy wyrażonej w słowach „Opieka nad umierającym jest testem doskonałości służby zdrowia i miarą człowieczeństwa danego społeczeństwa” [37]. W szczególności także na wzór wybitnej pielęgniarki Hanny Chrzanowskiej, która wcześniej niż Cicely Saunders, uchwyciła istotę defektu systemu opieki zdrowotnej w Polsce w zakresie opieki nad chorym u kresu życia. Zauważyła brak właściwej, należytej troski o umierającego. Stąd jej rozważania i działania skoncentrowane były na podkreślaniu roli hospicjum w sprawowaniu opieki nad tymi chorymi. Hospicjum jako instytucji, która w pracy na rzecz jakości życia chorego preferowała określony styl pracy pielęgniarskiej wyrażony w słowach „pielęgniarska troska o chorych u kresu życia” [24].

Słusznym krokiem zatem wydaje się przyjęcie stanowiska, że należy nieustannie podążać w kierunku doskonalenia jakości opieki hospicyjnej wzbogacanej o aktualne osiągnięcia medycyny paliatywnej, dowody naukowe pielęgniarskiej opieki paliatywnej i psychoonkologii. Kulturować zasady ogólne opieki hospicyjnej ukształtowanej przez jej prekursorów, którymi były najczęściej pielęgniarki i osoby duchowne, a równocześnie modyfikować je w kierunku wypracowania współczesnego modelu opieki nad pacjentem u kresu życia jak najbardziej odpowiadającego na potrzeby, oczekiwania i preferencje chorych i członków ich rodzin (opiekunów nieformalnych).

Tworzyć na bazie modelu opieki paliatywno-hospicyjnego (filozofii opieki paliatywno-hospicyjnej) model opieki nad chorym u kresu życia, którego punktem odniesienia jest taka opieka, która „zajmuje się pomocą w zapewnieniu dobrego życia osobom aż do jego zakończenia, zawierając opiekę w ostatnim roku życia nad osobami w końcowym stadium każdej choroby” [6]. Należy wypracować model, który umożliwi korzystanie z dobrodziejstwa opieki paliatywno-hospicyjnej, wszystkim tym chorym, którzy wyrażą taką wolę oraz ich rodzinom w procesie opieki nad chorym (dostępność każdego chorego do opieki wskaźnikiem optymalizacji jakości życia chorego, aż do końca jego trwania). Nastawienie całego systemu opieki na uzyskanie tego celu — optymalizacji jakości życia chorego u kresu egzystencji wymaga zespołowego wysiłku wielu osób i podmiotów w realizacji ustalonych zasad tej opieki, przestrzeganiu przyjętych norm i standardów, co do warunków i sposobów jej właściwej organizacji i realizacji (konieczność ciągłego badania naukowego czynników mających wpływ na jakość opieki, by ją udoskonalać). Koniecznym warunkiem powodzenia działań opiekuńczych na rzecz chorego i jego rodziny staje się

w świetle przytoczonych w niniejszej pracy rozważań zawartych w literaturze przedmiotu i uzyskanych wyników badań własnych:

— wdrożenie takiego modelu opieki, który posiada cechy efektywnego działania systemowego (pożądane cechy modelowe opisane w niniejszej pracy) ukierunkowanego na zapewnienie choremu i jego rodzinie poczucia bezpieczeństwa [5]. Badania wskazują, że w opinii opiekunów nieformalnych (rodzinnych) głównym wyznacznikiem organizacji modelu mającego cechy bezpiecznego dla chorego i rodziny jest miejsce sprawowania opieki u kresu życia — środowisko domowe wsparte specjalistyczną opieką domowego zespołu hospicyjnego (pod warunkiem zachowania norm i przyjętych standardów sprawowania opieki — co do jakości składu, ilości i jakości pracy interdyscyplinarnego zespołu opieki — przestrzegania zasad opieki paliatywno-hospicyjnej i norm czasowych);

— pełna integracja opieki paliatywno-hospicyjnej na trzech poziomach: 1) wewnątrz instytucji/hospicjum (integracja świadczonych usług zdrowotnych opieki hospicyjnej i opieki paliatywnej); 2) z systemem ochrony zdrowia (integracja wewnątrz systemu z uznaniem za Z. Kawczyńską-Butrym rodziny jako partnera systemu opieki zdrowotnej); 3) rodzina traktowana jako istotny element całego systemu opieki zdrowotnej, gdy miejscem świadczenia opieki pozostaje środowisko domowe [32] oraz integracja społeczna (ze społecznością lokalną — instytucjonalną, zorganizowaną w stowarzyszenia i fundacje, samopomocową, sąsiedzka, parafialną — korzystanie z potencjału społeczności lokalnej — wolontariuszy i opiekunów nieformalnych) [5,17];

— pełna koordynacja działań opiekuńczych (opieki formalnej i opieki nieformalnej) przez pielęgniarkę posiadającą kompetencje (specjalizację w dziedzinie opieki paliatywnej) do koordynowania pracą zespołu opiekuńczego i współpracy z podmiotami ochrony zdrowia (POZ, SOZ) i pomocy społecznej — (miernik zaufania chorego i jego opiekuna do profesjonalizmu pielęgniarki w sprawowaniu opieki) [5,17].

W zagranicznej literaturze przedmiotu można odnaleźć zasady opieki nad chorym u schyłku życia, a wśród nich zasadę, że każdy zespół opieki powinien systematycznie poddawać ocenie swoją działalność i w sposób ciągły dążyć do udoskonalenia działań w celu wypracowania doskonalszych standardów opieki paliatywno-hospicyjnej [10]. Zasada ta powinna dla dobra naszych chorych, nad którymi sprawujemy opiekę, stać się wyznacznikiem codziennej pielęgniarskiej praktyki. Obowiązek doskonalenia jakości pracy w celu optymalizacji jakości życia chorego, której miernikiem jest poziom satysfakcji opiekuna ze sprawowania pieczy poparty satysfakcją chorego i jego rodziny z otrzymywanej opieki, pomocy, wsparcia, współtowarzyszenia, okazuje się koniecznym wymogiem współczesnego pielęgniarstwa w dziedzinie opieki paliatywnej.

W świetle przeprowadzonych badań własnych w opinii 33,1% i 60,2% ogółu ankietowanych opiekunów nieformalnych (w większości opiekunów rodzinnych) odpowiedź na pytanie, czy chorzy/pacjenci u kresu życia są usatysfakcjonowani poziomem sprawowanej opieki paliatywno-hospicyjnej przez personel zespołu opiekuńczego, brzmi „tak” i „raczej tak”, co stanowi optymistyczny prognostyk rozwoju opieki paliatywno-hospicyjnej w tworzeniu systemu opieki nad chorym u kresu życia.

### Streszczenie

System opieki nad chorym „u kresu życia” (w schyłkowym okresie choroby przewlekłej), by spełniał swoją rolę (zapewniał choremu i jego rodzinie poczucie bezpieczeństwa) powinien składać się z dwóch wzajemnie przenikających się elementów: opieki zdrowotnej (o dużej dostępności do świadczeń zdrowotnych zarówno podstawowych, jak i specjalistycznych) oraz opieki społecznej (instrumentów opieki o szerokim zakresie świadczeń socjalnych, w tym szeroko rozumianej pracy socjalnej na rzecz rozwiązywania problemów społecznych chorego i jego rodziny). System opieki nad chorym „u kresu życia” (posiadający cechy sprawnego i efektywnego działania zintegrowanego wielu instytucji funkcjonujących w społeczności lokalnej) powinien być gwarantem optymalnej jakości jego życia w chorobie, w tym poprzez wieloaspektowe wsparcie jego i jego rodziny (medyczne, psychiczne, społeczne). Wyniki przeprowadzonych badań własnych ukazały, że w opinii respondentów (zarówno opiekunów formalnych, jak i nieformalnych) kluczem do poprawy jakości życia chorego u kresu jest możliwość objęcia tych chorych holistyczną opieką paliatywno-hospicyjną o optymalnych parametrach jakości opieki, w szczególności w formie domowej opieki hospicyjnej (preferowanej przez większość chorych). Warunkiem optymalnej jakości sprawowanej opieki w świetle badań okazały się m.in.: kompetencje opiekuna formalnego i nieformalnego (wiedza, umiejętności, pożądane postawy hołdujące idei opieki paliatywnej/zasoby osobowościowe opiekuna oraz jego kwalifikacje zawodowe) oraz warunki organizacji i realizacji świadczeń zdrowotnych w opiece paliatywno-hospicyjnej (zintegrowany wewnętrznie i zewnętrznie model opieki nad chorym i jego rodziną z priorytetową rolą w zespole interdyscyplinarnym wolontariusza — łącznika chorego i rodziny ze społecznością lokalną) — przedstawione w niniejszym artykule.

### Summary

The system of caring for the patient „at the end of life” (in the end of a chronic illness) to fulfill his role (assuring the patient and his family the sense of security) should consist of two interconnecting elements: health care (high availability of health services both basic and specialized) and social care (care instruments with a wide range of social benefits, including broadly understood social work for solving social problems of the patient and his family). The system of care for the patient „at the end of life” (possessing the features of efficient and effectively integrated action of many institutions functioning in the local community) should guarantee the optimal quality of his life in illness, including through the multifaceted support of him and his family (medical, psychological and social). The results of our own research showed that in the opinion of respondents (both formal and informal carers) the key to improving the quality of life of the patient at the end is the possibility of providing palliative and hospice palliative care to these patients and in particular the optimal parameters of the quality of care, in the form of home hospice care (preferred by most patients). The condition of optimal quality of care in the light of the research turned out to be: competences of formal and informal caregiver (knowledge, skills, desirable attitudes about the concept of palliative care/personality resources of the supervisor and his professional qualifications) and the conditions for the organization and implementation of health services in palliative and

hospice care (internally and externally integrated model of care for the patient and his family with a priority role in the interdisciplinary team of the volunteer — the patient's liaison and families with the local community) — presented in this article.

#### Piśmiennictwo

1. Ciechaniewicz W., Górajek-Jóźwik J., *Filozofia i teorie pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
2. *Świadczenia onkologiczne i kardiologiczne w Polsce. Podejście ilościowe do oceny jakości leczenia i szacowania potrzeb*, pod red. B. Więckowskiej, Wydawnictwo Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2015.
3. Ciechaniewicz W., *Pielęgniarstwo — ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych*, t. 1, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
4. *Podstawy opieki paliatywnej*, pod red. K. de Walden-Gałuszko, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
5. Sikora B., Kaptacz I., Ruta E., Sikora-Szubert A., *Wyznaczniki nowej jakości opieki nad chorym u kresu życia*, [w:] *Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwa i położniczej w różnych specjalnościach medycyny*, pod red. D. Żurawickiej, M. Zimnowody, R. Widziak, t. 4, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa, Opole 2016, s. 189–197.
6. Krakowiak P., *Wolontariat w opiece u kresu życia. Geneza, rozwój, funkcjonowanie, możliwości optymalizacji i integracji ku syntezie socjopedagogicznej*, Wydawnictwo Naukowe UMK, Toruń 2012.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2013 r., poz. 1347 z późn. zm.).
8. Sepúlveda C., Marlin A., Yoshida T., Ullrich A., *Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective*, "Journal of Pain and Symptom Management" 2002, 24(2).
9. EAPC, Radbruch L., Payne S., *Raport dotyczący standardów i norm dla opieki hospicyjnej i paliatywnej w Europie. Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej*, przeł. J. Jassem, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2010, 4(2).
10. Łuczak J., *Holistyczna opieka paliatywna w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej*. Materiały opracowane na potrzeby kursu podstawowego dla pracowników zespołów opieki paliatywnej i osób zainteresowanych organizacją zespołów opieki paliatywnej, Zabrze 13–16 czerwca 2000, Zabrzeński Informator Samorządowy 2000.
11. Bortnowska H., *O polski model hospicjum*, [w:] *Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie*, pod red. J. Bogusza, Wydawnictwo TN, Bydgoszcz 1985.
12. *Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego*, pod red. P. Krakowiaka, A. Modlińskiej, J. Binnebesela, Via Medica, Gdańsk 2008.
13. Drązkiewicz J., *O ruchu hospicjów w Polsce*, [w:] *W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjów w Polsce*, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 1989.
14. Nemeth C., Rottenhofer I., *Abgestufte Hospiz — und Palliativversorgung in Österreich*. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien 2004.

15. Zahradniczek K., Ziobro M., *Badania pielęgniarskie — funkcje zawodowe i standardy pracy pielęgniarek*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2002, 2.
16. Babbie E., *Podstawy badań społecznych*, PWN, Warszawa 2008.
17. Sikora B., Sułkowska J., Bielecki W., *Zarządzanie w opiece paliatywnej. Medyczne i pozamedyczne wyznaczniki roli opiekuna w zintegrowanym systemie opieki nad chorym u kresu życia*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2015, 16(10), s. 155–164.
18. Nowak S., *Metodologia badań społecznych*, PWN, Warszawa 1985.
19. Wilczek-Rużyczka E., Zajkowska E., Wojtas K., *Postawy lekarzy i pielęgniarek wobec cierpienia*, „Psychoterapia” 2008, 1(144).
20. www.hospicja.pl
21. Kalinowski M., *Duszpasterstwo hospicyjne. Studium pastoralne na podstawie badań wybranych ośrodków hospicyjnych w Polsce*, Lublin 2000.
22. Rogiewicz M., Buczkowski K., *Dorosły pacjent w żałobie po śmierci bliskiej osoby — rola lekarza rodzinnego*, „Polska Medycyna Paliatywna” 2006, 5(1).
23. Krakowiak P., Starkel E., *Socjalne potrzeby przewlekle chorych i ich rodzin*, [w:] *Przewlekle chory w domu. Poradnik dla rodzin i opiekunów*, pod red. P. Krakowiaka, D. Krzyżanowskiego, A. Modlińskiej, Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2010.
24. Krzyżanowski D., *Towarzystwo umierającym w literaturze pielęgniarskiej z początku wieku XX*, [w:] *X Konferencja Naukowa „Nie lękajcie się... nadzieja aż do kresu”*, Jasna Góra 2006.
25. Bortnowska H., *Wprowadzenie*, [w:] *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, pod red. H. Bortnowskiej, Wydawnictwo Znak, Warszawa 1984.
26. Górecki M., *Hospicjum w służbie umierającym*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2000.
27. de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A., *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
28. de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M., *Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych*, Akademia Medyczna, Gdańsk 2001.
29. *Podręcznik medycyny paliatywnej*, pod red. D.G. Doyle, W. Hanks, N. MacDonald, wyd. 2, Oxford University Press, Tokyo 1998.
30. Komitet Ministrów 12 listopada 2003 r. na 860. Konferencji Zastępców, *Wytyczne (Rekomendacje) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczących organizacji opieki paliatywnej*, Rada Europy 2003.
31. de Walden-Gałuszko K., Gaworska-Krzemińska A., [w:] *Opieka paliatywna*, pod red. S. Kinghorn, S. Gaines, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012.
32. Kawczyńska-Butrym Z., *Rodzina — zdrowie — choroba. Koncepcja i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2001.
33. Sanders C., *Chwila prawdy. Opieka nad człowiekiem umierającym*, [w:] *Śmierć i umieranie. Postępowanie z człowiekiem umierającym*, pod red. L. Pearson, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1973.
34. Fromer M.J., *Community Health Care and the Nursing Process*, Mosby Comp., 1983.
35. Wichrowski M., *Spór o autonomię pacjenta: paternalizm versus libertarianizm*, „Medicus” 1992, 1(4).

36. Sikora B., *Rola pielęgniarstwa rodzinnego w systemowym postępowaniu z chorym nieuleczalnie i jego rodziną*, wystąpienie na Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „XV-lecie Opieki Paliatywnej na Ziemi Łódzkiej” 2007, „Clinical and Experimental Medical Letters” Vol. 48, SUPPL. B 2007, Łódź 2007.
37. *Opieka paliatywna*, red. M. Watson, C. Lucas, A. Hoy, I. Back, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007.



*Jolanta Zielińska*

(Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
im. Bł. Księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku)

## WSPÓŁPRACA FIZJOTERAPEUTY Z LOGOPEDĄ PRZY USPRAWNIANIU PACJENTA PO UDARZE MÓZGU

Słowa kluczowe: logopeda; fizjoterapeuta; rehabilitacja; udar

### COLLABORATION OF PHYSIOTHERAPIST WITH SPEECH THERAPIST IN IMPROVING PATIENT AFTER STROKE

Key words: logopaedic; physiotherapist; rehabilitation; stroke

## Udar mózgu a rehabilitacja poudarowa

Udar mózgu należy do jednych z najczęściej występujących chorób układu nerwowego, stanowi najczęstszą przyczynę nagłego, ogniskowego uszkodzenia półkul mózgowych, pnia mózgu lub mózdzku. Definiuje się go jako nagłą, ogniskową utratę funkcji mózgowia spowodowaną zaburzeniem przepływu krwi. W zależności od etiologii udary klasyfikujemy jako niedokrwienne lub krwotoczne. Większość z nich, bo około 85%, należy do pierwszej kategorii [1].

Udar uważany jest za stan zagrożenia życia. Szacuje się, że co roku w Polsce 60 tys. osób staje się ofiarą udaru mózgu. Z czego w pierwszym miesiącu po udarze umiera 40% chorych, a rocznie traci życie 32 tys. osób [2]. Dla tych, którzy go przeżyją, niesie duże prawdopodobieństwo trwałej niepełnosprawności, objawiającej się różnorodnymi deficytami.

Udarem może być dotknięty człowiek w każdym wieku. Wymaga on leczenia, rehabilitacji i przede wszystkim opieki. W zależności od tego, w jakim stanie jest chory, potrzebuje on innego rodzaju wsparcia terapeutycznego.

W przebiegu udaru mózgu dochodzi do uszkodzenia ośrodków mózgowych, odpowiedzialnych za sprawność poznawczą i ruchową. Niepełnosprawność może dotyczyć całkowitej a nawet częściowej utraty sprawności ruchowej, zdolności odbioru bodźców, utrudnień lub całkowitego zniesienia w porozumiewaniu

się z otoczeniem. Może również ograniczać lub całkowicie uniemożliwić powrót do pełnionych wcześniej funkcji społecznych i zawodowych.

Osoby po udarach stanowią liczną, a może i najliczniejszą grupę „klientów”, którzy wymagają rehabilitacji. J. Kiwerski podaje, że u 3 na 4 pacjentów skutkiem udaru mózgu jest niedowład połowiczny powodujący niepełnosprawność ruchową [3].

B. Wojewska-Wójcik, R. Mazur oraz A. Mołczanow-Drzewiecka wskazują, iż rehabilitacja jest procesem medyczno-społecznym zmierzającym do przywrócenia utraconych funkcji, zmniejszenia trwałych następstw choroby oraz stworzenia warunków, które sprzyjają zdrowieniu i zapobiegają progresji choroby. Celem rehabilitacji jest powrót do pracy zawodowej i innych samodzielnie wykonywanych funkcji społecznych, niezależność w samoobsłudze i poruszaniu się, minimalizowanie potrzeb pielęgnacyjnych i opiekuńczych [4].

Podobnego zdania są T. Pałka i M. Puchowska-Florek, stwierdzając, że zadaniem rehabilitacji poudarowej jest minimalizacja dysfunkcji, co oznacza odzyskanie sprawności w zakresie wykonywania codziennych czynności jak: samodzielności w przemieszczaniu się, samoobsłudze, kontaktach z otoczeniem i podejmowaniu decyzji, przywrócenie aktywności zawodowej i społecznej [5].

Zasady współczesnej rehabilitacji pacjentów po przebytym udarze mózgu zakładają, że każdy chory jest traktowany od początku w taki sposób, jak gdyby miał w pełni odzyskać utracone funkcje [6]. Zgodnie z Deklaracją Helsingborgską każdy chory powinien mieć dostęp do wczesnej rehabilitacji, którą należy prowadzić indywidualnie w zależności od potrzeb pacjenta. Dane statystyczne określają, że około 60% chorych po udarze zmagają się z trwałymi objawami ogniskowego uszkodzenia mózgu, które wymagają rehabilitacji. Najczęściej cechują się oni obecnością niedowładu połowicznego, zmniejszeniem samodzielności w czynnościach codziennych. Część z nich cierpi na trudności z kontaktem słownym [7].

Wczesną rehabilitacją obejmuje się wszystkich pacjentów po udarze mózgu. Rozpoczyna się ją w 1.–2. dobie choroby i prowadzi równoległe z leczeniem pacjenta na oddziale udarowym [8]. Nowoczesna rehabilitacja poudarowa oznacza rehabilitację kompleksową, wszechstronną, rozpoczętą wczesnie i kontynuowaną w miejscu zamieszkania, realizowaną przez wysoko wyszkolony wielospecjalistyczny zespół rehabilitacyjny [7]. Realizuje ją zespół rehabilitacyjny, a wszelkie techniki użyte dla poprawy samodzielności chorego powinny być intensywne, skonkretyzowane, ukierunkowane i skoncentrowane na pacjencie.

Autorzy artykułu *Granice przeciwwskazań do rehabilitacji po udarze* wskazują, że właściwa i wczesna rehabilitacja nie tylko obniża ciągle wysoką śmiertelność z powodu udaru, ale również istotnie poprawia jakość życia pacjentów. Tak więc za główne cele rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu uznaje się zmniejszenie śmiertelności we wczesnym okresie poudarowym, a następnie uzyskanie maksymalnego stopnia samodzielności w życiu codziennym, co w konsekwen-

cji prowadzi do zmniejszenia stopnia kalectwa oraz poprawy jakości życia [9]. Program postępowania rehabilitacyjnego powinien być dostosowany do indywidualnych potrzeb, musi uwzględniać stan somatyczny chorego, również jego sytuację społeczną i socjalną [10].

Wiadomym jest, że im wcześniej osiągnięte zostanie usprawnienie chorego, tym lepsze będą rokowania na uzyskanie przez pacjenta sprawności, samodzielności i niezależności. Bardzo istotnym elementem postępowania z chorymi po udarze mózgu jest zapewnienie przede wszystkim ciągłej, ale również kompleksowej, intensywnej i dostosowanej do ich możliwości rehabilitacji. Mowa tu o kontynuacji terapii na terenie Szpitalnych Oddziałów Rehabilitacyjnych, a w razie dalszej potrzeby — ambulatoryjnie i w warunkach domowych. Rehabilitacja powinna być prowadzona w zależności od potrzeb chorego, planowana w ścisłej współpracy z członkami rodziny oraz z zespołem specjalistów zajmujących się pacjentem.

W. Nyka oraz B. Jankowska podkreślają, że należy zdać sobie sprawę, że sukces w usprawnianiu chorego po udarze zależy będzie od wielu czynników. Do najważniejszych zaliczają: wielkość i lokalizację ogniska, czas rozpoczęcia leczenia neurologicznego i rehabilitacji, stan funkcjonalny całego organizmu przed zachorowaniem, przebieg rehabilitacji, wsparcie ze strony rodziny, służb medycznych i pozamedycznych [6]. Powodzenie rehabilitacji zależy również od motywacji chorego do akceptowanych zadań [10].

### Fizjoterapeuta, logopeda, psycholog jako skład zespołu rehabilitacyjnego

Jak wspomniano wcześniej, rehabilitację osób po udarach powinien realizować interdyscyplinarny zespół rehabilitacyjny. W jego skład oprócz lekarza neurologa wchodzi: fizjoterapeuta, logopeda (neurologopeda), psycholog.

U podstaw Polskiej Szkoły Rehabilitacji leżą cztery główne filary: powszechność, kompleksowość, wczesność oraz ciągłość. Kompleksowość terapii oznacza konieczność realizowania celów rehabilitacji przy współpracy wszystkich członków zespołu rehabilitacyjnego. Skład zespołu zawsze dobierany jest indywidualnie w zależności od potrzeb danego pacjenta [7].

Głównymi wskazaniami do rehabilitacji u chorych po udarze mózgu są niedowład połowiczy i afazja. Potrzeby pacjenta z udarem powinny być wspólnym celem działania specjalistów zajmujących się rehabilitacją ruchową, jak i terapią mowy. Tacy pacjenci wymagają szczególnej opieki zarówno ze strony logopedy jak i fizjoterapeuty.

Zatem proces terapeutyczny osób po udarach jest wyzwaniem nie tylko dla neurologów, ale także wielu innych specjalistów. Ujednoczenie poglądów i zrozumienie metod działania jest szczególnie ważne ze względu na dobro wspólnego pacjenta [11]. Od pierwszych dni rehabilitacji fizjoterapeuta realizuje równocześnie dwa istotne cele. Pierwszy polega na profilaktyce powikłań wynikających z unieruchomienia pacjenta, drugi jest działaniem w kierunku zmniejszenia rozmiaru dysfunkcji wynikających z lokalizacji i wielkości ogniska [6].

Wczesna rehabilitacja poudarowa, tzw. przyłożkowa, ma na celu zapobieganie następstwom długiego unieruchomienia, które bywa groźne dla życia i ma zdecydowany wpływ na jego jakość. Zadaniem fizjoterapeuty jest przede wszystkim pomoc w przywracaniu funkcji motorycznych pacjenta. Rehabilitanci ruchowi zwiększają samodzielność pacjentów, a w konsekwencji pomagają w powrocie do życia społecznego. Resumując, fizjoterapeuta dąży do uzyskania maksymalnej samodzielności chorego w wykonywaniu czynności życia codziennego, czynności wchodzące w skład samoobsługi, przede wszystkim takich jak: spożywanie posiłków, mycia i ubierania.

Logopeda skupia się natomiast na odbudowie funkcji odbiorczych i nadawczych mowy, ponieważ stosunkowo niewielkie uszkodzenie obszarów mózgu może utrudniać lub uniemożliwić porozumiewanie się chorego z otoczeniem. Bardzo poważny problem stanowi zatem afazja, którą postrzega się jako różne stany zaburzeń porozumiewania się od lekkich do znacznych, kiedy to pacjent nie może całkowicie mówić i nie rozumie własnego języka. Według statystyk afazja występuje w około 21–38% wszystkich udarów [12].

Zdaniem Prusińskiego w połowie przypadków mamy do czynienia z ciężkimi zaburzeniami mowy, w 1/3 z lekkimi, zaś pozostała część to zaburzenia o średnim natężeniu. Częstość i ciężkość zaburzeń afatycznych w udarach wzrasta wraz z wiekiem. U około 60% przypadków afazja ustępuje całkowicie lub w znacznym stopniu. Obecność powyższych zaburzeń świadczy o ciężkości udaru [12].

W praktyce klinicznej spotykamy również nieprawidłowości mowy, wynikające z upośledzenia czynności samego aparatu wykonawczego mowy, tj.: mięśni języka, podniebienia, gardła i krtani — dyzartrię. Pacjenci w pełni rozumieją mowę i nie brakuje im słów, występuje natomiast naruszenie prawidłowej artykulacji. Występuje wiele postaci dyzartrii, w zależności od miejsca uszkodzenia. Skrajna postać dyzartrii to anartria, w której przypadku następuje całkowita niemożność porozumiewania się [12].

Mowa stanowi podstawową formę komunikacji między ludźmi. Dla osób z afazją, dyzartrię znacznym problemem są zaburzenia w komunikacji językowej, które niekorzystnie wpływają na różne obszary życia pacjenta. Afazja lub dyzartria często w znacznym stopniu utrudniają porozumiewanie się z otoczeniem, niekiedy całkowicie uniemożliwiają kontakt. Dlatego też zadaniem

terapeuty w pierwszych dniach po udarze jest poznanie możliwości komunikacji werbalnej chorego i nawiązanie z nim kontaktu: wzrokowo-emocjonalnego, gestowego, jeżeli to możliwe — werbalnego. W sytuacji, kiedy to chory nagle utracił umiejętność mówienia i szuka sposobu nawiązania kontaktu z otoczeniem, należy pamiętać, że terapia w pierwszym okresie powinna być ukierunkowana na nawiązanie kontaktu pozawerbalnego lub werbalnego i jego poprawę, a nie na usprawnianie artykulacji. Działania neurologopedy muszą być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta [5].

Terapia logopedyczna jest to całość specyficznych i zamierzonych oddziaływań ukierunkowanych na usunięcie wszelkiego rodzaju zakłóceń procesu porozumiewania się. W procesie rehabilitacji chorych z afazją terapia mowy powinna być ukierunkowana całościowo i pragmatycznie [7].

Zaburzeniom mowy mogą towarzyszyć zakłócenia takich zdolności poznawczych, jak: uwagi, pamięci, spostrzegania, orientacji przestrzennej. Pacjenci miewają trudności z określeniem czasu, rozpoznawaniem przedmiotów.

Nie wolno zapomnieć również o chorych, którzy mają problemy z połykaniem. Dysfagia często towarzyszy chorobom neurologicznym, prowadząc w konsekwencji do groźnych dla pacjentów powikłań, mogących wydłużyć znacznie proces zdrowienia oraz pogorszyć rokowania. W procesie terapeutycznym dysfagii obok logopedy uczestniczy również fizjoterapeuta. Oddziaływania terapeutyczne obejmują kilka obszarów treningu: przyjmowanie właściwej postawy ciała przy posiłkach, uczenie chorego specjalnych technik połykania, jak również ćwiczenia usprawniające mięśnie jamy ustnej, gardła i krtani, ćwiczenia fonacyjne oraz trening oddechowy [13].

Zdaniem większości badaczy przebycie udaru mózgu obniża jakość życia chorych nie tylko w wymiarze funkcjonalnym, ale również dobrostanu psychicznego [14]. W wyniku udaru mózgu często dochodzi do powstania różnych zaburzeń emocjonalnych, które są w zdecydowanej mierze wynikiem reakcji pacjenta na chorobę. Tak jak inne zaburzenia należy objąć je diagnozą, a następnie terapią. Często występującym powikłaniem jest depresja poudarowa, która dotyka 30–50% pacjentów [15].

Stan pacjenta wpływa zarówno na postępy w terapii ruchowej, jak i poznawczej. Włączenie odpowiedniego leczenia może przyczynić się do uzyskania szybszych efektów terapeutycznych. Dlatego tak ważne jest wsparcie psychiczne udzielane pacjentom już w pierwszych chwilach po zachorowaniu [16]. Ważnym staje się wtedy włączenie psychologa w zespół rehabilitacyjny. Jest to o tyle istotne, że każda poprawa w tym zakresie zwiększa szanse poprawy dysfunkcji ruchowych [17].

Za rehabilitację psychologiczną uznaje się działania prowadzące do usprawnienia funkcji psychicznych pacjenta. Istnieje ścisły związek pomiędzy wspomaganiami ze strony psychologa a rehabilitacją ruchową, czy logopedyczną. Chory posiada wolę walki tylko wtedy, gdy zaakceptuje swój stan i podejmie

działania terapeutyczne. Prowadzenie skutecznej rehabilitacji chorego jest bowiem niemożliwe przy braku motywacji do walki z chorobą i zachowaniu bierności, bez jego współuczestnictwa w zajęciach. Wystąpienie depresji pogarsza zatem jakość życia chorych, ich funkcjonowanie oraz w znaczny sposób utrudnia współpracę w procesie terapeutycznym. W wielu badaniach w grupie chorych na depresję poudarową wykazano nie tylko korzystny wpływ ćwiczeń na objawy depresyjne, ale także potwierdzono poprawę funkcjonalną oraz w zakresie jakości życia [18].

## Podsumowanie

Z długoletnich doświadczeń wynika, że poprawa stanu mowy, jak również stanu fizycznego osiągnięta ćwiczeniami wpływa pozytywnie na wzrost chęci do jeszcze intensywniejszej rehabilitacji. Bardzo ważny w leczeniu skutków udaru jest czas, dlatego podejmowanie decyzji o terapii i jej kontynuacji po wyjściu z oddziału nie powinno być odwlekane. Na początku rehabilitacji trudno jest dokładnie określić, ile czasu może ona potrwać. Niestety optymalnego czasu trwania terapii dla danego pacjenta nie da się określić. Zależy jest to m.in. od rozległości uszkodzenia mózgu, motywacji chorego, jego predyspozycji osobowościowych jak i wsparcia psychologicznego, które okazuje się równie ważne z uwagi na często drastyczne zmiany w ich życiu. Rzeczy, które wcześniej przychodziły łatwo nagle pochłaniają wiele czasu i wymagają wysiłku. To sprawia, że osoby te mogą czuć się niepewnie i nieustannie martwić się o przyszłość. Dlatego też pomoc i wsparcie ze strony psychologa to nieodzowny element terapeutyczny. Podczas ustalania programu rehabilitacji zdecydowanie należy unikać planów, które nie mają realistycznych podstaw. Cele należy stopniować i wytyczać takie, których realizacja ma szansę na powodzenie.

Reasumując należy stwierdzić, że efekty rehabilitacji poudarowej są zawsze zdecydowanie lepsze, jeśli pacjentem będzie się zajmował zespół specjalistów, ściśle ze sobą współpracujących, który na podstawie dokumentacji medycznej i diagnostyki określa wspólny plan działania. Proces i ostateczny efekt rekonwalescencji zależny jest od szybkiego wdrożenia indywidualnego, dostosowanego do potrzeb konkretnego pacjenta kompleksowego programu terapeutycznego.

### Streszczenie

Udar mózgu należy do najczęściej występujących chorób układu nerwowego. Udarem może być dotknięty człowiek w każdym wieku. Osoby po udarach stanowią dość liczną, grupę pacjentów, którzy wymagają rehabilitacji. Dane statystyczne określają, że około 60% chorych pozostaje po udarze z trwałymi objawami ogniskowego uszkodzenia mózgu. Głównymi wskazaniami do rehabilitacji u chorych po udarze mózgu są niedowład połowiczny i afazja. Rehabilitacja po-udarowa jest procesem medyczno-społecznym. Celem jej jest odzyskanie sprawności w zakresie wykonywania codziennych czynności. Każdy chory winien mieć dostęp do wczesnej rehabilitacji, prowadzonej indywidualnie w zależności od jego potrzeb. Nowoczesna rehabilitacja poudarowa jest kompleksowa i wszechstronna. Rehabilitację osób po udarach powinien realizować interdyscyplinarny zespół rehabilitacyjny, w którego skład wchodzi: lekarz neurolog, fizjoterapeuta, często jeszcze logopeda, psycholog. Na podstawie dokumentacji medycznej i diagnostyki zespół specjalistów określa wspólny plan działania. Kompleksowość terapii to minimalizacja dysfunkcji, to lepsze rokowania na uzyskanie przez pacjenta sprawności, samodzielności i niezależności.

### Summary

Stroke is one of the most common diseases of the nervous system. Strokes can be affected by people of all ages. Stroke patients are quite numerous group of patients who require rehabilitation. Statistics indicate that approximately 60% of patients remain post-stroke with permanent symptoms of focal brain damage. The main indications for rehabilitation in patients after stroke are hemiparesis and aphasia. Post-stroke rehabilitation is a medical-social process. Its purpose is to regain the ability to perform daily activities. Each patient should have access to early rehabilitation, administered individually according to his or her needs. Modern post-stroke rehabilitation is comprehensive and comprehensive. Rehabilitation of stroke patients should be performed by an interdisciplinary rehabilitation team consisting of: a neurologist, physiotherapist, often a logopaedist, psychologist. On the basis of medical documentation and diagnostics, a team of specialists sets out a joint action plan. Complexity of therapy minimizes dysfunctions, better prognosis for the patient's ability, independence and independence.

### Literatura

1. Henry G.L., Little N., Jagoda A., Pellegrino T.R., *Stany nagłe w neurologii od objawu do rozpoznania*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
2. Kleszcz H., *Udar mózgu — wielkie wezwanie dla polskiej szkoły rehabilitacji*, „Służba Zdrowia” 1998, s. 89–90.
3. Kiwerski J., *Zdaniem specjalisty*, „Rehabilitacja Medyczna” 1997, 2, s. 9–12.
4. Wojewska-Wójcik B., Mazur R., Mołczanow-Drzewiecka A., *Rehabilitacja chorych po zawale mózgu*, [w:] *Zawał mózgu*, pod red. R. Mazura, BTN, Bydgoszcz 1986.
5. Pałka T., Puchowska-Florek M., *Chory po udarze — rehabilitacja ruchowa i zaburzeń mowy*, „Choroby Serca i Naczyń” 2007, 4(2), s. 89–92.
6. Nyka W., Jankowska B., *Zasady wczesnej rehabilitacji chorych z udarem niedokrwieniowym mózgu*, „Forum Medycyny Rodzinnej”, Katedra Rehabilitacji Akademii Medycznej w Gdańsku 2009, 3(2), s. 85–91.
7. Opara J., *Co to jest nowoczesna rehabilitacja poudarowa?*, „Logopeda. Czasopismo Internetowe”, pod red. J. Gruby, K. Szamburskiego, PZL, Warszawa 2006, 2(3), s. 7–18.

8. *Postępowanie w udarze mózgu*. Wytyczne Grupy Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD. „Neurol. Neurochir. Pol.” 2008, 4(supl. 3), s. 203–288.
9. Kwolek A., Szydełko M., Domka E., *Granice przeciwwskazań do rehabilitacji po udarze mózgu*, „Udar Mózgu” 2005, 7(1), s. 31–37.
10. Wojewska-Wójcik B., Mazur R., Mołczanow-Drzewiecka A., *Zaburzenia motoryki ogólnej ciała w ostrym niedokrwieniu i zawale mózgu. Rehabilitacja chorych po zawale mózgu*, [w:] *Zawał mózgu*, pod red. R. Mazura, BTN, Bydgoszcz 1986, s. 101.
11. Siebert J., Nyka W.M., *Udar mózgu — postępowanie diagnostyczne i terapia w ostrym okresie udaru*, Via Medica, Gdańsk 2007.
12. Prusiński A., *Neurologia praktyczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, s. 152–154.
13. Litwin M., *Logopedyczna terapia zaburzeń połykania w chorobach neurologicznych*, „Logopeda. Czasopismo Internetowe”, pod red. J. Gruby, K. Szamburskiego, PZL, Warszawa 2009, 1(7), s. 126–138.
14. Jaracz K., Kozubski W., *Jakość życia po udarze mózgu*, „Udar mózgu” 2001, 3(2), s. 55–70.
15. Czernicki J., Krukowska J., Łukasiak A., *Uszkodzenia i choroby układu nerwowego*, [w:] A. Kwolek, *Fizjoterapia w neurologii i neurochirurgii*, PZWL, Warszawa 2012.
16. Zielińska J., *Opis przypadku pacjenta z afazją mieszaną, średniego stopnia z przewagą cech afazji amnestycznej*, *Wybrane problemy zdrowotne człowieka*, WUM, 2015.
17. Seniów J., Członkowska A., *Poznawcze i emocjonalne konsekwencje udaru mózgu w aspekcie procesu rehabilitacji*, „Reh. Med.” 2003, 7(1), s. 9–14.
18. Sobów T., *Depresja po udarze mózgu: aspekty epidemiologii, patofizjologii, oceny klinicznej i postępowania*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej”, 2(3), s. 124–131.

*Marek Zieliński, Dorota Bąk, Magdalena Charłusz-Zasiewska*  
(Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku)

## AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA W PROFILAKTYCE ZDROWOTNEJ OSÓB STARSZYCH

Słowa kluczowe: zdrowie; aktywność fizyczna; ruch

### PHYSICAL ACTIVITY IN THE PREVENTION OF THE HEALTH OF THE ELDERLY

Key words: health; physical activity; movement

## Wstęp

Człowiek jest częścią przyrody, istotą biologiczną i by żyć, musi wypełniać podstawowe prawo natury, jakim jest ruch.

Ruch — jak zauważa Napoleon Wolański — jest sposobem zachowania się, trybem życia, kultem zdrowia. Bowiem jedynie stała aktywność ruchowa przez całe życie jest jedyną skuteczną formą opóźnienia inwolucji funkcji organizmu i niedopuszczenia do starczego niedołęstwa [1].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) aktywność fizyczną definiuje jako wszelkiego rodzaju czynności w codziennej egzystencji człowieka, przy których niezbędny jest ruch, wliczając w to pracę, czas odpoczynku, różnego rodzaju formy ćwiczeń fizycznych oraz uprawianie sportu [2].

Józef Drabik uważa, że

aktywność fizyczna stanowi kluczowy i integralny składnik zdrowego stylu życia. Bez niej niemożliwa jest jakakolwiek strategia zdrowia, jego utrzymania i pomnażania, a u dzieci — prawidłowy rozwój. Jej brak jest głównym niezależnym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia [3].

Mówi również, że aktywność fizyczna „może być spontaniczna, np. marsz lub odpowiednio zorganizowana i zaplanowana pod względem obciążenia” [3], ale podkreśla, iż pośród rankingu czynników utrzymujących i pomnażających zdrowie, zajmuje ona priorytetowe miejsce. Jest niezbędnym elementem wpływającym na zdrowie i samopoczucie.

Według Iwony Kielbasiewicz-Drozdowskiej

aktywność fizyczna jest niezbędna człowiekowi na każdym etapie jego życia i w każdej grupie wiekowej. Znaczenie ruchu zmienia się i ewaluuje wraz z wiekiem człowieka, zawsze jednak pozostaje jednym z głównych czynników warunkujących pole zdrowia — jednocześnie autorka podkreśla, że — zdrowie człowieka kształtowane jest we wszystkich fazach i etapach jego życia [4].

Natomiast Jerzy Barankiewicz aktywność fizyczną pojmuje jako

podejmowanie w ramach wypoczynku czynnego różnego rodzaju zabaw, ćwiczeń i dyscyplin sportu, dla przyjemności, rekreacji i zdrowia, poprawy zdolności wysiłkowej, zdobywania specjalnych sprawności i umiejętności fizycznych, zapobiegania powstawaniu chorób cywilizacyjnych w tym poprawa sprawności układu krążenia, ruchowego, oddechowego, przeciwdziałania stresowi psychicznemu oraz zwiększeniu korzystnych wpływów na zdolność do pracy fizycznej i umysłowej [5].

O wielokierunkowym znaczeniu aktywności fizycznej wspominają także redaktorzy miesięcznika „Lider”, którzy uważają, że

aktywność fizyczna to nie tylko korzyści dla zdrowia fizycznego, ale także liczące się wartości związane z przeżyciami emocjonalnymi kształtującymi się we wspólnej zabawie, grze, tańcu, śpiewie, wycieczce itd. [6].

Podejmowanie aktywności fizycznej jest z reguły działaniem o charakterze spokojnym, nie wymaga większego nadzoru i posiada mniejszą niż ćwiczenia fizyczne intensywność (od 3 do 6 równoważników metabolicznych, MET — ang. *metabolice quivalents*). 1 MET odpowiada zużyciu tlenu w spoczynku i wynosi 3,5 ml O<sub>2</sub>/kg masy ciała/min lub 1 kcal/kg/godzinę. Wymienić tu należy przede wszystkim zajęcia o charakterze rekreacyjnym, takie jak spacer, maszerowanie lub zwykłe czynności dnia codziennego. Ćwiczenia fizyczne różnią się tym od zwykłej aktywności fizycznej, że mają charakter bardziej intensywny i zaplanowany. Mają na celu zwiększenie siły, wydolności tlenowej oraz elastyczności układu ruchu oraz charakteryzuje je odpowiednia liczba powtórzeń [7].

Rodzaje aktywności fizycznej mogą być różne. Do najbardziej rozpowszechnionych należą:

— ogólna aktywność fizyczna — np. spacer, chodzenie, uprawianie ogródka itp.,

— aktywność fizyczna wydolnościowa — ćwiczenia fizyczne, których wykonywanie przyspiesza akcję serca, np. ćwiczenia aerobowe, pływanie, bieganie, jazda na rowerze,

— ćwiczenia wzmacniające siłę mięśniową i gibkość — ćwiczenia z obciążeniem, ćwiczenia rozciągające [8].

Brak aktywności fizycznej jest problemem globalnym. Powodami niepodejmowania regularnego wysiłku fizycznego przez dorosłego człowieka wykazywanymi w badaniach naukowych są zwykle: brak czasu (41%), brak motywacji do tego rodzaju działań (24%), obecność chorób, które zdaniem osób biorących udział w badaniach stanowią przeciwwskazanie do uczestnictwa w treningu (20%) oraz wykonywanie ciężkiej i absorbującej pracy zawodowej (12%) [9].

Z kolei powody, które skłaniają dorosłą osobę do podjęcia treningu zdrowotnego, są różne i zmieniają się w zależności od wieku człowieka i jego sytuacji społeczno-ekonomiczno-zdrowotnej. Najczęściej jest to wola uzyskania pozytywnych reakcji emocjonalnych w życiu, w tym przyjemności, zadowolenia i radości, przeżycia długiego życia o dobrej jakości, utrzymania dobrego stanu zdrowia, jego poprawa lub zapobieganie chorobom, wykazania się dbałością o zdrowie, utrzymania lub poprawy sprawności fizycznej [9].

Choć nie znaleziono dowodów, że aktywność fizyczna może przeciwdziałać istocie któregośkolwiek z procesów, którym przypisuje się odpowiedzialność za starzenie się, pozwala ona jednak na lepsze wykorzystanie danego człowiekowi potencjału biologicznego (genetycznego) wyznaczającego długość i jakość życia [10].

Istnieje również pogląd, że nasilona aktywność fizyczna jest o wiele skuteczniejsza niż środki farmakologiczne czy hormonalne. Według WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) aktywność fizyczna odgrywa decydującą rolę w zapewnieniu człowiekowi dobrostanu psychofizycznego. WHO wykazuje, że aż w 50% o zdrowiu decyduje styl życia, w którym zawiera się aktywność fizyczna, w 20% wpływ mają predyspozycje genetyczne, również 20% przypada na wpływy środowiskowe, natomiast pozostałe 10% na ingerencję medyczną [11,12].

Doświadczenia i eksperymenty dowodzą, że u osób ćwiczących może zwiększyć się fizjologiczna wydolność, poprawić praca serca, zwiększać elastyczność ścian naczyń, polepszyć sprawność zmysłów (w tym wzroku i zmysłu kinestetycznego), poprawiać się ukrwienie mózgu itd. [13].

Aktywność fizyczna podejmowana w odpowiednio określony i zaplanowany sposób (rodzaj, intensywność, czas trwania) zmniejsza zachorowalność i przyczynia się do obniżenia wskaźnika umieralności z powodu chorób serca i naczyń oraz umieralności ogólnej. Metaanalizy przeprowadzone na podstawie dobrych badań epidemiologicznych opublikowanych na świecie wykazały, że regularny wysiłek fizyczny obniża o około 30% ryzyko zgonu z jakiegokolwiek przyczyny i o około 30–50% ryzyko zgonu z powodu chorób układu krążenia [9].

Regularna aktywność fizyczna, tak jak inne zachowania zdrowotne (racjonalny sposób odżywiania, utrzymywanie optymalnej masy ciała, niepalenie tytoniu, umiejętność radzenia sobie z nadmiernymi obciążeniami psychoemocjonalnymi), bardzo korzystnie wpływa na zdrowie. Bez względu na to, czy człowiek podejmuje trening zdrowotny w sposób indywidualny, czy też trenuje w grupie, w jego organizmie dochodzi do korzystnych zmian adaptacyjnych. Regularnie podejmowana aktywność fizyczna, jako zalecane i pożądane zachowania zdrowotne, wiąże się z większą sprawnością fizyczną człowieka (*fitness*), na którą składa się m. in. poprawa poziomu wszystkich składowych sprawności fizycznej: wydolnościowej, morfologicznej, metabolicznej, motorycznej i mięśniowej [9].

## Wpływ aktywności ruchowej na poszczególne układy organizmu

### Wpływ aktywności fizycznej na układ nerwowy

Ćwiczenia ruchowe dla układu nerwowego mają głównie wartość jako bodźce, które są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania ruchowej części tego układu. Skutkują one działaniem torującym lub hamującym. Odgrywają zasadniczą rolę podczas uczenia się nowych czynności ruchowych, utrwalania już wyuczonych wzorców ruchowych bądź nauczaniu utraconych czynności ruchowych. Powtarzanie ćwiczeń fizycznych pomaga rozwijać tzw. pamięć ruchową oraz szybkość i łatwość reagowania na bodźce zewnętrzne oraz pomaga w kształtowaniu koordynacji ruchowej i równowagi ciała, a w przypadku zaburzeń poprawia je. Ciekawostką jest to, że przejawem zewnętrznym opisywanego układu i wpływu nań ćwiczeń jest funkcjonowanie innego układu — wielu mięśni jednocześnie. Dlatego też wszelkie ćwiczenia, które są ukierunkowane na doskonalenie układu nerwowego, należy postrzegać jako trening nerwowo-mięśniowy [14].

Wyniki wieloletnich badań kwestionują tradycyjny pogląd, że utrata komórek mózgowych jest nieodwracalna. Dowiedziono bowiem, że intensywny trening pobudza komórki nerwowe do tworzenia sieci gęstych połączeń nerwowych i wręcz nowych komórek. Zaobserwowano również, że pod wpływem stresu sieć neuronalnych dendrytów, która odpowiada za przesyłanie informacji, może ulec zmniejszeniu. Za ten fakt odpowiada kortyzol, który nazywany jest hormonem stresu. Uszkadza on komórki hipokampa, zakłócając tym samym procesy związane z pamięcią oraz uczeniem się, a także w znaczny sposób przyczynia się do powstawania zawałów i przedwczesnej demencji starczej. Odnotowano, że mięsień pod wpływem ćwiczeń wysyła swojego rodzaju sy-

gnały chemiczne (m.in. białko IGF-1-insulinopodobny czynnik wzrostu) do wnętrza mózgu. Innym równie ważnym zjawiskiem jest to, że neuroprzekaźniki takie jak dopamina, serotonina, noradrenalina i endorfiny aktywizują wydzielanie tzw. mózgowopochodnego czynnika wzrostu nerwów BDNF (ang. *brain-derived neurotrophic factor*), który ma działanie troficzne na pierwszorzędowe neurony czuciowe, neurony zwoju węzłowego i mononeurony oraz na neurony dopaminergiczne mózgu.

Mówiąc ściślej, mózg, w którym notowany jest niski poziom BDNF, zamyka się na przetwarzanie nowych informacji. U osób genetycznie obciążonych niskim poziomem BDNF odnotowano mniejsze zdolności poznawcze oraz większe trudności z zapamiętywaniem. Niski poziom tego czynnika zaobserwowano również u osób cierpiących na depresję [15]. Poniżej prezentowane są korzyści wynikające z aktywności fizycznej i wpływu na układ nerwowy:

- poprawa krążenia krwi w mózgu; mniejsza liczba mikroudarów i mikro-wylewów w mózgu,

- wyższe stężenie neuroprzekaźników (neurotransmitterów): dopaminy, serotoniny, noradrenaliny, które przeciwdziałają stanom depresyjnym,

- lepsze samopoczucie oraz poprawa nastroju — wzmożona produkcja endorfin (hormonów szczęścia),

- spowolnienie procesów starczej demencji, zanikania komórek nerwowych i odkładania się w mózgu substancji białkowej zwanej amyloidem, a w rezultacie zmniejszenie ryzyka wystąpienia lub opóźnienie wystąpienia choroby Alzheimerera,

- wyższy poziom BDNF w hipokampie wykazuje bezpośredni związek z procesami uczenia się i pamięci [15].

Nasuwa się wniosek, że bierny styl życia pozbawiony aktywności fizycznej może być przyczyną osłabienia kondycji psychicznej i intelektualnej. Generalny wniosek jest taki, że niezależnie od osiągniętego wieku posiadanie silnego i aktywnego ciała jawi się kluczem do silnego i aktywnego umysłu, a aktywność fizyczna wzmacnia układ nerwowy, zwiększa zdolności do pracy umysłowej oraz spowalnia ograniczenie zdolności poznawczych [15].

## Wpływ aktywności fizycznej na układ krwionośny

W czasie wysiłku fizycznego rola układu krążenia nie ogranicza się wyłącznie do transportowania tlenu i dwutlenku węgla. Wraz z krwią do pracujących mięśni dostarczane są substraty energetyczne, takie jak glukoza i wolne kwasy tłuszczowe oraz aminokwasy. Podczas przetaczania krwi przez układ krwionośny hormony są przenoszone z miejsc, w których są wydzielane do różnych

tkanek oraz usuwane są produkty przemiany materii, takie jak kwas mlekowy i ciepło powstające w czasie tych przemian. Układ krążenia ściśle współpracuje z układem oddechowym, a za świadectwo ich sprawności można poczytywać zdolność do pobierania przez organizm tlenu —  $VO_2\max$  — maksymalne pobieranie tlenu — wskaźnik często używany w fizjologii jako miara zdolności do wysiłków wytrzymałościowych [9].

Osoby, które prowadzą aktywny tryb życia i regularnie wykonują ćwiczenia fizyczne, wykazują o połowę mniejsze ryzyko zachorowania na choroby serca. W układzie krwionośnym regularny trening zwiększa liczbę erytrocytów, hemoglobiny i leukocytów oraz zwiększa pojemność tlenową krwi. Powoduje to zwolnienie tętna do 40–50 uderzeń na minutę, zmniejsza się ciśnienie skurczowe krwi oraz kształtuje się bardziej ekonomiczna praca serca. Trening fizyczny jest jednym z najważniejszych elementów leczenia choroby niedokrwiennej serca. Ćwiczenia fizyczne prowadzą do poprawy wydolności serca i zapobiegają nadciśnieniu tętniczemu [16].

W przypadku wszystkich chorób układu sercowo-naczyniowego ważnym jest, aby podejmowany wysiłek fizyczny miał charakter wytrzymałościowy (aerobowy), stąd najbardziej preferowanym treningiem i formą aktywności pozostają spacer, wędrówki turystyczne, *nordic walking*, jazda na rowerze, pływanie, biegi, wioślarstwo, a także najprostsze formy tańca i ćwiczeń przy muzyce. Jednakże w każdym przypadku zalecany jest umiar i obowiązująca zasada „systematycznie, ale lepiej wolniej”. Każdy taki trening powinien optymalizować działanie układu wegetatywnego, redukować masę ciała, obniżyć poziom insuliny, jak również hamować rozwój miażdżycy oraz poprawiać nastrój i łagodzić objawy stresu. Zalecany jest głównie wysiłek, który angażuje duże grupy mięśni, a ruchy wykonywane są cykliczne i łagodnie dynamiczne. W chorobach układu sercowo-naczyniowego w każdym wieku nie zaleca się wysiłku, któremu towarzyszy wstrzymywanie oddechu, a więc niepożądane są tu ćwiczenia takie jak podnoszenie ciężarów, sporty walki, czy kulturystyka. Również niepożądane dla osób z chorobami serca okazują się ćwiczenia, przy których notuje się krótkotrwałe znaczne wysiłki, typowe dla skoków w dal czy wzwzwy lub wszelkie pchnięcia i rzuty np. pchnięcie kulą, rzut oszczepem [15].

### Wpływ aktywności fizycznej na układ oddechowy

Każdy żywy organizm zbudowany jest z komórek, a każda z nich do życia wymaga nieustannego dostarczania tlenu. Zachodzące w nich procesy metaboliczne powodują powstawanie dwutlenku węgla ( $CO_2$ ), który musi zostać wydalony z organizmu. Do tego służy niewątpliwie układ oddechowy, a pro-

ces tej wymiany gazowej nazywany jest oddychaniem. Każdy oddech składa się z rytmicznych cykli, a każdy z nich z dwóch faz — wdechu (I) i wydechu (E). Fazą czynną cyklu oddechowego jest wdech, który następuje w konsekwencji skurczu mięśni wdechowych (przepona i mięśnie międzyżebrowe zewnętrzne). Skurcz tych mięśni doprowadza do zwiększenia wymiarów klatki piersiowej oraz jej objętości.

Do głównych zadań układu oddechowego w czasie wysiłku należy zapewnienie dopływu tlenu do krwi i wydalanie CO<sub>2</sub> oraz zapewnienie utrzymania odpowiedniego poziomu pH krwi (niedopuszczenie do kwasicy). Podczas intensywnego treningu wydalone jest więcej dwutlenku węgla, niż go powstaje podczas utleniania substratów energetycznych w tkankach. W trakcie wysiłku fizycznego prężność tlenu we krwi żyłnej, która odpływa z pracujących mięśni do prawego przedsionka serca i następnie transportowana jest do płuc, może obniżyć się do 15–16 mm Hg, natomiast we krwi odpływającej z płuc do lewego przedsionka wynosi zwykle około 95 mm Hg, co jest równoznaczne z wysyceniem hemoglobiny w 98%. Tuż po podjęciu wysiłku można szybko zauważyć, że wdech lub wydech jest głębszy i szybszy, a więc zwiększa się wentylacja płuc V<sub>E</sub>. Spowodowane jest to głównie poprzez mechanizm ośrodkowy aktywizujący ośrodki oddechowe w mózgu przez impulsy pochodzące z ośrodków ruchowych kory. Do pogłębienia i przyspieszenia oddechów przyczyniają się również odruchy z mechanoreceptorów mięśni i ścięgien. Trening wytrzymałościowy powoduje zwiększenie pojemności życiowej płuc, przyczynia się do zwiększenia wentylacji płuc i objętości wydechowej w następstwie zwiększenia siły mięśni oddechowych i ruchomości klatki piersiowej [15].

Poprawa budowy klatki piersiowej oraz mięśni oddechowych poprzez wykonywanie ćwiczeń fizycznych przyczynia się do polepszenia postawy ciała oraz sprawności pomocniczych mięśni oddechowych. Odpowiednimi ćwiczeniami można uzyskać pogłębienie oddechu, ukształtować odpowiedni tor i rytm oddychania oraz wyeliminować niekorzystne objawy — rozciągnąć przykurczone mięśnie oraz rozluźnić mięśnie zbyt napięte, które utrudniają oddychanie. Ćwiczenia fizyczne skutkują także zmianami w samej tkance płucnej, otwierają się bowiem nieczynne pęcherzyki płucne, ale przede wszystkim powiększają parametry wentylacyjne płuc. To z kolei poprawia zaopatrywanie w tlen i wpływa na wydolność fizyczną. Ciekawostką jest fakt, że wpływ treningu na układ oddechowy jest większy u osób z ograniczoną jego sprawnością [14].

## Wpływ aktywności fizycznej na układ dokrewny

Układ dokrewny, znany też jako układ wewnętrzznego wydzielania, hormonalny, endokryny wydziela do krwi związki czynne zwane hormonami. Odpowiedzialne są one za regulowanie najważniejszych procesów w ustroju. Biorą udział m.in. w procesach:

- regulacji metabolizmu,
- utrzymaniu bilansu wodnego i elektrolitowego,
- rozmnażaniu,
- trawieniu,
- regulacji wzrostu i dojrzewania płciowego.

Wyniki badań świadczą o tym, że wysiłek fizyczny wywiera ogromny wpływ na równowagę hormonalną ustroju, a wielkość tych zmian zależy od rodzaju wydzielanego hormonu oraz czasu trwania i intensywności wysiłku [17].

U osób starszych częstym problemem jest zwiększający się w ich organizmie poziom niektórych hormonów, które podnoszą poziom glukozy we krwi lub modyfikują działanie insuliny. Do tych zaburzeń dochodzi szczególnie pod wpływem zwiększonego działania hormonów: glukagonu, hormonu wzrostu, żołądkowego peptydu hamującego, katecholaminy, ludzkiego peptydu trzustkowego. Częstość występowania tych zaburzeń podnosi się wraz z wiekiem i określa się takie zaburzenia mianem cukrzycy typu II, która stanowi 95% wszystkich przypadków cukrzycy wśród osób starszych [18]. Do najbardziej wpływających czynników zwiększających ryzyko wystąpienia cukrzycy u osób w podeszłym wieku zalicza się:

- otyłość — wskaźnik masy ciała (BMI, Body Mass Index) >25,
- otyłość brzuszna — obwód talii >88 cm u kobiet i >102 cm u mężczyzn,
- choroba niedokrwienna serca,
- nadciśnienie tętnicze [18].

Najbardziej istotne znaczenie w prewencji pierwotnej cukrzycy u osób w podeszłym wieku mają:

- czynniki dietetyczne — ustalenie indywidualnej optymalnej diety,
- leki — pod ścisłą kontrolą lekarza,
- zmiana dotychczasowego stylu życia [18].

Najlepszą ochroną przed cukrzycą jest zwiększenie aktywności fizycznej oraz regularne uprawianie ćwiczeń fizycznych. Program tych ćwiczeń powinien być ściśle dostosowany do możliwości chorego i jego wydolności fizycznej. Najbardziej stosownym może być 20–30 minutowy spacer, podczas którego częstość akcji serca powinna wynosić około 100 uderzeń/minutę. Taka aktywność zmniejsza również ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego i wzmacnia układ kostno-mięśniowy [18]. U osób, które systematycznie trenują, obserwuje się wyraźne zmiany funkcji i pracy trzustki, a ćwiczenia fizyczne wpływają

na poprawę przyswajania glukozy, dzięki czemu można obniżyć zapotrzebowanie na insulinę u pacjenta. Osoby chorujące na cukrzycę podejmujące aktywność fizyczną powinny ściśle kontrolować poziom glukozy we krwi zarówno przed, jak i po wysiłku [19].

### Wpływ aktywności fizycznej na układ mięśniowy

Siła mięśniowa jest ważnym elementem determinującym możliwości ruchowe człowieka, również na starość. Jej wartość zależy głównie od przekroju poprzecznego mięśnia, a rozwój kształtuje się w okresie progresywnego rozwoju człowieka. Do około 13.–14. roku życia siła mięśniowa jest porównywalna u dziewcząt i chłopców, jednak po tym czasie następuje gwałtowny wzrost jej wartości u chłopców i ten stan trwa do około 19.–20. roku życia. W późniejszych latach, od około 30. roku życia, następuje zrównoważenie siły mięśniowej u mężczyzn, a po osiągnięciu tego wieku, notuje się jej powolny spadek. U kobiet zaś fizjologiczna stabilizacja siły mięśniowej obserwowana jest po osiągnięciu dojrzałości płciowej. Trening fizyczny wywołuje w mięśniach zmiany o charakterze adaptacyjnym, które polegają na przystosowywaniu ich do poziomu i charakteru realizowanej dzięki nim aktywności fizycznej [15].

Dla lepszego i prawidłowego funkcjonowania osób starszych niezwykle istotne znaczenie ma umiejętność samodzielnego i bezpiecznego poruszania się, a brak możliwości samodzielnego wstawania z pozycji siedzącej lub leżącej to poważny problem. Dlatego bardzo ważnym problemem okazuje się utrzymywanie układu mięśniowego w dobrej kondycji. Dla znacznej części osób starszych poważnym problemem jest strach przed upadkami i ich następstwami. Są one efektem zmian, jakie zachodzą w układzie ruchu i układzie nerwowym, które wpływają na zaburzenia równowagi, prawidłowej mobilności i postawy ciała [20].

Osoby starsze charakteryzują się tym, że ich masa mięśniowa zmniejsza się wraz z wiekiem. Zmiany związane ze starzeniem się, które następują w mięśniach, obejmują zmniejszenie siły mięśniowej, wytrzymałości, rozmiaru oraz masy mięśni. Zmiany morfologiczne, jakie zachodzą w układzie mięśniowym podczas treningu, polegają głównie na utrzymaniu lub zwiększeniu masy mięśniowej. Wszelki ruch nie tylko zapobiega zanikowi mięśni, ale też stanowi czynnik ich wzrostu, utrzymuje ich odpowiednią długość i elastyczność. Ma to ogromny wpływ na jakość zakresu ruchów w stawach szczególnie w wieku podeszłym. Ćwiczenia fizyczne polepszają ukrwienie mięśni, a co za tym idzie, zapewniają lepszy dopływ tlenu i składników odżywczych oraz umożliwiają odprowadzanie substancji szkodliwych. Działają rozwijająco i przywracają

mięśniom ich zdolność reagowania na bodźce układu nerwowego, kształtują czynność mięśni, wpływają na ich tonus, a w przypadku upośledzeń czynności mięśni — przywracają je [14].

### Wpływ aktywności fizycznej na układ kostny

W układzie kostno-stawowym wpływ ćwiczeń fizycznych stanowi podstawowe zadanie kształtujące go. Pod ich wpływem dochodzi do zmiany kierunku i natężenia działania sił oraz może dojść do przebudowy układu beleczek kostnych. O uwapnieniu kości decyduje również ruch. Wpływ ćwiczeń na układ kostny jest więc w znacznej mierze czynnikiem decydującym o prawidłowym makroskopowym ukształtowaniu kości oraz zwiększającym ich wytrzymałość. Dla powierzchni stawowych wpływ ćwiczeń pozostaje także nie bez znaczenia, ponieważ ćwiczenia powodują ruch w stawach, a to z kolei jest czynnikiem kształtującym powierzchnie stawowe. Stymulowanie tych powierzchni ruchem decyduje również o ich lepszym odżywieniu oraz wpływa na elastyczność i sprężystość elementów okołostawowych — torebek stawowych i więzadeł. Ćwiczenia gwarantują pokonywanie ograniczeń ruchomości w stawach i zwiększają zakres ruchów. Wpływają korzystnie na układ kostny, jednakże przekroczenie pewnych granic dawkowania może wpłynąć na niego ujemnie. Niedobór, jak i jednostronność ruchów oraz przeciążenia — jedno-razowe bądź długotrwałe, mogą zadziałać niekorzystnie [14].

Największym problemem ludzi w starszym wieku, jeśli chodzi o układ ruchu, jest niewątpliwie choroba zwyrodnieniowa stawów oraz osteoporoza. Choroba zwyrodnieniowa dotyczy dużej części naszego społeczeństwa, jednak u osób po 60. roku życia stanowi ponad 50% przypadków. Rozróżnia się dwa podstawowe typy tej choroby — pierwotną, gdy zmiany zachodzą w prawidłowo zbudowanych stawach, a przyczyna tej patologii nie jest znana, oraz wtórną, gdy przyczyny zniekształceń, przebytych procesów zapalnych, urazów i przeciążeń jest możliwa do określenia.

Podstawowym objawem tej dolegliwości jest ból w stawach towarzyszący choremu przy wykonywaniu ruchów, spowodowany głównie degradacją chrząstki stawowej. Głównym zadaniem rehabilitacji ruchowej jest doprowadzenie do redukcji masy mięśniowej i zmniejszenia tym samym obciążenia stawów, przede wszystkim stawów kolanowych i biodrowych. W każdym przypadku, gdy chory skarży się na ból w stawach, rehabilitacja ruchowa powinna być poprzedzana odpowiednimi zabiegami fizykalnymi np. oddziaływaniem ciepła, które obniża napięcie mięśniowe.

Odczuwanie bólu podczas rehabilitacji ruchowej powinno być sygnałem do jej zaprzestania. Malejąca gęstość tkanki kostnej zależy od wielu czynników, takich jak płeć, tryb życia, dieta uboga w wapń, wpływ hormonów (u kobiet spadek stężenia estrogenów), uwarunkowania genetyczne, a przede wszystkim mała aktywność fizyczna i wiek. U osób cierpiących na osteoporozę zauważa się znaczny spadek gęstości i jakości tkanki kostnej, który często prowadzi do złamań. Jest to choroba postępująca i często skutkująca ograniczeniami samodzielności i inwalidztwem.

Głównym sposobem rehabilitacji jest kinezyterapia zastosowana jako trening siłowy oraz ćwiczenia z oporem, które są w stanie generować obciążenie osiowe dla kości długich. Przy zastosowaniu tego rodzaju obciążeń występuje zwiększenie zewnętrznej średnicy kości, a rozszerzenie jamy szpikowej ulega zmniejszeniu. Wzrasta więc przekrój obszarów korowych, co prowadzi do większej sztywności i wytrzymałości trzonu kości długiej. Wśród ćwiczeń nie powinno zabraknąć ćwiczeń aerobowych, ogólnokondycyjnych oraz ćwiczeń poprawiających równowagę, które mogą się przyczynić do zmniejszenia ryzyka upadków szczególnie niebezpiecznych wśród osób z osteoporozą [21].

## Podsumowanie

Aktywność fizyczna pełni niezwykle istotną funkcję w utrzymaniu zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Jej formy mogą być różne, od zwykłego marszu do bardziej złożonych i intensywnych ćwiczeń fizycznych. Niezależnie jednak od formy ćwiczeń czy intensywności treningu najważniejsze to ich systematyczność. Wzmocnienie mięśni poprawia wydolność serca, usprawnia wymianę tlenu w płucach. Aktywność fizyczna pozwala na sprawniejsze krążenie limfy, która oczyszcza organizm z toksyn, produktów przemiany materii, wirusów, bakterii, uszkodzonych komórek czy komórek nowotworowych.

Poprzez zwiększoną aktywność fizyczną nasz umysł jest bardziej aktywny, człowiek lepiej wypoczywa podczas snu, łatwiej radzi sobie ze stresem, bowiem podczas aktywności fizycznej maleje poziom kortyzolu, czyli tzw. hormonu stresu. Ćwiczenia fizyczne o charakterze aerobowym przeciwdziałają chorobom układu sercowo-naczyniowego. W układzie krwionośnym ćwiczenia te powodują wzrost poziomu erytrocytów, hemoglobiny i leukocytów oraz zwiększają pojemność tlenową krwi.

Usprawnienie mięśni oddechowych poprzez ćwiczenia przyczynia się nie tylko do pogłębienia oddechu oraz ukształtowania odpowiedniego toru oddechowego, ale również poprawia budowę klatki piersiowej, a co za tym idzie

również postawę ciała. Ćwiczenia fizyczne skutkują także zmianami w samej tkance płucnej, zwiększając parametry wentylacyjne płuc.

Wyniki badań wskazują, że wysiłek fizyczny wywiera ogromny wpływ na równowagę hormonalną, a więc na substancje odpowiedzialne za regulowanie najważniejszymi procesami biochemicznymi w organizmie. U osób starszych dość częstym problemem jest wzrastający poziom niektórych hormonów. Najlepszą ochroną jest zatem zwiększenie aktywności fizycznej i uprawianie regularnych ćwiczeń, które pozwolą zachować prawidłową masę ciała, a także korzystnie wpłyną na metabolizm.

Do ważnych elementów, które determinują możliwości ruchowe, należy niewątpliwie siła mięśniowa, a jej wartość zależy głównie od przekroju poprzecznego mięśnia, na który mają wpływ ćwiczenia z oporem. Zapobiegają spadkowi masy mięśniowej oraz zwiększają ich wytrzymałość. Ćwiczenia fizyczne polepszają ukrwienie oraz wywołują większy dopływ tlenu i substancji odżywczych do mięśni oraz pomagają odprowadzać z nich substancje szkodliwe. Aktywność fizyczna wpływa korzystnie na układ kostny, ponieważ zmniejsza ryzyko występowania osteoporozy oraz spowalnia procesy zwyrodnieniowe w stawach.

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, można wysnuć wniosek, że niezależnie od wieku przyczyną osłabienia kondycji zarówno fizycznej, jak i psychicznej jest brak aktywności fizycznej, ponieważ „nic tak nie rujnuje człowieka, jak ciągły bezruch” (Arystoteles).

#### Streszczenie

Zdrowie to najważniejsza wartość w życiu każdego człowieka, a bierność poddanie się wpływowi nawyków cywilizacyjnych naraża na ryzyko prowadzenia życia zupełnie oderwanego od natury. Dlatego, aby utrzymać dobrostan fizyczny, każdego dnia osobom w starszym wieku i nie tylko powinna towarzyszyć aktywność fizyczna. Rodzaj ćwiczeń powinien być dostosowany indywidualnie, uwzględniając wiek, płeć, stanu zdrowia oraz możliwości pacjenta. W celu utrzymania zdrowia w jak najlepszej kondycji bardzo ważne jest również wprowadzenie zachowań prozdrowotnych, które warunkują równowagę fizyczną i psychiczną.

#### Summary

Health is the most important value in every person's life and passive submission to the influence of civilizational habits exposes us to the risk of leading a life completely detached from nature. Therefore, in order to maintain physical well-being each day, people in the elderly and not only should be accompanied by physical activity. Physical activity should accompany a person every day regardless of age and gender, but the type of exercise should be adjusted individually, taking into account the age, sex, health status and capacity of the patient. To maintain health in the best possible condition, it is also important to introduce healthy behaviors that condition physical and mental balance.

Piśmiennictwo

1. Cendrowski Z., *Będę żył 107 lat (zdrowie społeczne)*, Agencja Promo-Lider, Warszawa 1996, s. 13.
2. Greczner T., *Jak dbać o kondycję? Rola aktywności fizycznej w wieku 50+*, Wrocław 2009, s. 8–9.
3. Drabik J., *Aktywność fizyczna w edukacji zdrowotnej społeczeństwa*, cz. I, Wydawnictwo Uczelniane AWF, Gdańsk 1995, s. 22.
4. *Teoria i metodyka rekreacji (zagadnienia podstawowe)*, pod red. I. Kielbasiewicz-Drozdowskiej, W. Siwińskiego, AWF, Poznań 2001, s. 53.
5. Barankiewicz J., *Leksykon wychowania fizycznego i sportu szkolnego*, WSiP, Warszawa 1998, s. 11.
6. Cendrowski Z., *Zakończenie*, „Lider” 1999, 10, s. 31.
7. Guccione A.A., Wong R.A., Avers D., *Fizjoterapia kliniczna w geriatryi*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2014, s. 31–35.
8. Roizen M.F., *Prawdziwy wiek. Czy jesteś tak młody jak mógłbyś być?*, Wydawnictwo Mada, Warszawa 2000, s. 274–275.
9. Jegier A., *Trening zdrowotny*, [w:] *Fizjologia wysiłku i treningu fizycznego*, pod red. J. Górskiego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
10. Osiński W., *Aktywność fizyczna dla oldboyów*, [w:] *Medycyna sportowa*, pod red. K. Klurowskiego, Biblioteka Medical Tribune, Warszawa 2012, s. 94–99.
11. Wieczorek E., *O potrzebie współczesnego spojrzenia na rekreację ruchową*, „Biuletyn Krajowej Federacji Sportu dla Wszystkich” Warszawa 2001, 1.
12. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-wychowaniu-fizycznym-w-szkolach-2013.html>.
13. Penkala J., Wiencek R., *Szlachetne zdrowie...*, cz. 1, „Zwiastun Ewangelicki” 2004, 1.
14. *Podstawy fizjoterapii. Podstawy teoretyczne i wybrane aspekty praktyczne*, pod red. J. Nowotnego, Wydawnictwo Kasper, Kraków 2004, s. 151–156.
15. Osiński W., *Gerokinezyjologia. Nauka i praktyka aktywności fizycznej w wieku starszym. Aktywność fizyczna a stan psychicznego dobrostanu*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, s. 195–199.
16. Wojtyła A., Biliński P., Bojar I., Wojtyła K., *Aktywność fizyczna młodzieży gimnazjalnej w Polsce*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2011, 92(2), s. 335–342.
17. *Fizjologia wysiłku fizycznego. Wpływ wysiłku na układ wewnętrzny wydzielenia*, pod red. J. Górskiego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, s. 48–68.
18. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A., *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2007, s. 391–398.
19. Górski J., *Fizjologiczne podstawy wysiłku fizycznego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
20. Gorzkowska A., Opala G., *Rehabilitacja w wieku podeszłym*, „Postępy Nauk Medycznych” 2010, 23(6), s. 492–498.
21. Wolska O., Zaborowska-Sapeta K., Kiebzak W. i in., *Rehabilitacja seniorów — aspekty kliniczne i planowanie terapii*, „Polish Annals of Medicine” 2009, 16(1), s. 148–159.



*Marek Zieliński*

(Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku)

*Jolanta Zielińska*

(Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
im. Bł. Księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku)

## WARTOŚĆ BMI DZIECI I MŁODZIEŻY SZKÓŁ WŁOCŁAWKA WSKAŹNIKIEM ZDROWIA I ZAGROŻEŃ ZDROWOTNYCH

Słowa kluczowe: dzieci i młodzież; zdrowie; wskaźnik BMI

### BMI OF CHILDREN AND ADOLESCENTS OF WŁOCŁAWEK AS AN INDICATOR OF HEALTH AND HEALTH RISKS

Key words: children and youth; health; BMI index

## Wstęp

Niemal każdy człowiek zapytany o to, co w życiu najważniejsze, odpowie bez wahania, że zdrowie, chociaż każdy rozumie to pojęcie inaczej. Mimo wielu prób i wciąż trwającej ewolucji terminu nie opracowano zadawalającej wszystkich definicji. Według Światowej Organizacji Zdrowia „zdrowie to nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności, lecz stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego”.

Czynniki, które warunkują zdrowie, to przede wszystkim styl życia (ok. 50% udziału), środowisko fizyczne i społeczne życia, pracy i nauki (ok. 20%), czynniki genetyczne (ok. 20%) i służba zdrowia (ok. 10%) [1]. Jak wykazują badania, styl życia jest najważniejszym czynnikiem kształtującym zdrowie człowieka, a co za nim idzie, zachowania anty- i prozdrowotne. Styl życia czy sposób bycia jest pojęciem szerokim, czymś indywidualnym dla osoby lub grupy osób, określającym zachowania. Prozdrowotny styl życia jest natomiast zachowaniem świadomym, mającym na celu poprawę, utrzymanie i ochronę zdrowia. Jak zauważa Dorota Żołnierczuk-Kieliszek

zachowanie zdrowotne to zachowanie jednostki, będące elementem codziennego życia, a ponadto wpływające na stan jej zdrowia. Są to działania polegające na praktycznym stosowaniu posiadanej wiedzy na temat zdrowia i choroby. Stanowią one przedmiot względnie wolnych, indywidualnych wyborów i decyzji. Jest to ta część czynników wpływających na zdrowie, nad którą każdy człowiek ma największą kontrolę [2].

Wynika z tego, że od wykształcenia, już od najmłodszych lat, poszukującego i aktywnego wzorca postępowania wobec własnego zdrowia i aktywności fizycznej zależec będzie postawa w dorosłym życiu. Zadaniem „edukacji fizycznej” potocznie zwanej „wychowaniem fizycznym” jest więc nie tylko dostarczenie uczniom środków aktywności i bodźców ich stosowania, ale przede wszystkim uświadomienie potrzeby aktywności fizycznej i znaczenia ruchu dla organizmu. Józef Drabik uważa, że

aktywność fizyczna stanowi kluczowy i integralny składnik zdrowego stylu życia. Bez niej niemożliwa jest jakakolwiek strategia zdrowia, jego utrzymania i pomnażania, a u dzieci — prawidłowy rozwój. Jej brak jest głównym i niezależnym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia [3].

Również według Iwony Kiełbasiewicz-Drozdowskiej [4]

aktywność fizyczna jest niezbędna człowiekowi na każdym etapie jego życia i w każdej grupie wiekowej. Znaczenie ruchu zmienia się i ewaluuje wraz z wiekiem człowieka, zawsze jednak pozostaje jednym z głównych czynników warunkujących pole zdrowia”. Autorka jednocześnie podkreśla, że „zdrowie człowieka kształtowane jest we wszystkich fazach i etapach jego życia”.

Zbigniew Cendrowski [5] w artykule *Dlaczego nie chcą chcieć*, stwierdza, że takie czynniki ryzyka, jak nadmierny przyrost masy ciała, niezdrowe nawyki żywieniowe i mała aktywność fizyczna w dzieciństwie i młodości mogą się przyczyniać do zwiększenia ryzyka chorób nowotworowych i układu krążenia, cukrzycy, nadciśnienia i osteoporozy w późniejszym życiu. Osoby, które nawykły do zdrowego stylu życia w dzieciństwie, częściej utrzymują te nawyki w późniejszym życiu. W wieku dorosłym będzie miało nadwagę około 50% osób z nadwagą w dzieciństwie i 70% osób z nadwagą w młodości. To z tego powodu starania o uzyskanie zdrowej masy ciała i sposobu jej przyrostu powinny rozpoczynać się w dzieciństwie.

Obecnie uważa się, iż poważnym problemem zdrowotnym polskich uczniów jest nadwaga i otyłość. Według wydanego w maju 2012 r. międzynarodowego raportu z badań HBSC wynika, iż odsetek młodzieży z nadmiarem masy ciała jest w Polsce większy niż w większości krajów europejskich [6]. Również raport Najwyższej Izby Kontroli w zakresie zdrowia wskazuje na rosnącą liczbę uczniów z nadwagą i otyłością ciała (120 tys.). Jeszcze większa liczba, bo aż 330 tys. uczniów posiada zniekształcenie kręgosłupa. W 56% szkół brak jest zajęć z gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej. NIK zwraca w raporcie również uwagę

na to, iż 20% szkół organizuje zajęcia z wychowania fizycznego w warunkach, które nie gwarantują uczniom bezpieczeństwa, nie mówiąc o tym, iż 20% nauczycieli nie ukończyło szkolenia z pomocy przedlekarskiej [7].

Jednym z najpopularniejszych i najczęściej stosowanym narzędziem, zalecanym również przez WHO, do oceny stopnia otyłości jest wskaźnik BMI (*body mass index*). Pomiar BMI jest bardzo łatwy do przeprowadzenia i szybko daje ogólną przybliżoną informację o proporcjach budowy ciała, a w szczególności o występowaniu nadwagi. Nie wnosi on natomiast w pełni wiarygodnych danych o składzie ciała oraz nie pozwala na ważne rozróżnienie rozmieszczenia tkanki tłuszczowej na dolną i górną połowę ciała [8].

Należy zwrócić jednak uwagę, że tak proste badanie jak obliczenie wskaźnika BMI, może być jednym z ważnych wskaźników, którym posługiwać może się każdy, zarówno uczeń, student i dojrzały człowiek w ocenie jednego z parametrów zdrowia, jakim jest właściwa masa ciała.

## Cel, materiał i metoda

Celem niniejszego doniesienia jest przedstawienie wyników badań podstawowych parametrów budowy somatycznej oraz wskaźników BMI uczniów szkół podstawowych i młodzieży szkół gimnazjalnych Włocławka z podziałem na poszczególne kategorie wiekowe.

Materiał badawczy stanowią dane uzyskane z pomiarów somatycznych uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych, w tym 936 dziewcząt i 880 chłopców. Badania o charakterze przekrojowym przeprowadzono w miesiącach: październik–listopad 2016 r., obejmując nimi uczennice i uczniów Szkoły Podstawowej nr 2, Szkoły Podstawowej nr 7, Szkoły Podstawowej nr 20, Szkoły Podstawowej nr 22, Szkoły Podstawowej nr 23, Gimnazjum nr 1, Gimnazjum nr 2, Gimnazjum nr 3, Gimnazjum nr 4 oraz Gimnazjum nr 11 we Włocławku. Spośród badanych 1 816 uczniów 927 to uczniowie szkół podstawowych (468 chłopców, 459 dziewcząt) oraz 889 to uczniowie gimnazjów (412 chłopców i 477 dziewcząt). Zebrany materiał podzielono na kategorie wiekowe.

Pomiary podstawowych cech somatycznych wykonano zgodnie z techniką Martina [9,10]:

- wysokości ciała (B – v) — mierzona antropometrem z dokładnością odczytu do 0,1 cm,
- masy ciała — mierzonej na wadze lekarskiej z dokładnością odczytu do 0,1 kg.

Na podstawie przeprowadzonych pomiarów indywidualnych cech somatycznych obliczone zostały proporcje wagowo-wzrostowe [11].

Wskaźnik masy ciała:

$$\text{BMI (QueteletII)} = \frac{\text{masa ciała [kg]}}{\text{wysokość ciała}^2 \text{ [m]}}$$

Interpretacji obliczeń dokonano według klucza WHO (Światowej Organizacji Zdrowia):

- <16,00 — wygłodzenie,
- 16,00–16,99 — wychudzenie (spowodowane często przez ciężką chorobę lub anoreksję),
- 17,00–18,49 — niedowaga,
- 18,50–24,99 — prawidłowa waga,
- 25,00–29,99 — nadwaga,
- 30,00–34,99 — otyłość I stopnia,
- 35,00–39,99 — otyłość II stopnia,
- ≥40,0 — otyłość III stopnia (otyłość skrajna).

## Wyniki

Najwięcej informacji o stanie rozwoju danej osoby dostarczają takie parametry, jak wysokość i masa ciała. Wysokość ciała jest istotnym wymiarem wykazującym dużą zmienność w rozwoju osobniczym człowieka [11].

Koreluje z nią wiele cech somatycznych, które predestynują wysokość ciała do roli wygodnego miernika, służącego obserwacji przebiegu wzrastania [11–14].

Drugim obok wysokości ciała miernikiem tempa rozwoju i zmienności organizmu człowieka jako całości jest masa ciała [11]. Wraz ze zwiększeniem się wysokości ciała następuje przyrost jego masy, której poziom — w zależności od etapu ontogenezy — może się wahać, a nawet pod wpływem określonych czynników obniżać [15].

W szkołach podstawowych ocena zebranego materiału pozwala stwierdzić, że u chłopców i dziewcząt średnie wartości takich parametrów jak wysokość i masa ciała wraz z wiekiem systematycznie rosną (tab. 1.).

Średnia wartość wysokości ciała 10-letnich chłopców wynosi 144,28 cm, 11-letnich — 151,68, natomiast średnia wysokość ciała chłopców 12-letnich to 157,25 cm. W grupie badawczej dziewcząt średnia wartość wysokości ciała 10-letnich dziewcząt to 144,98 cm, 11-letnich — 152,97 oraz u 13-letnich 157,99 cm.

Natomiast średnia wartość masy ciała wszystkich badanych chłopców stopniowo wzrasta od 38,90 kg w najmłodszej grupie 10-letnich chłopców, do 49,26 kg w grupie najstarszej. U dziewcząt analogicznie wartości te rozkła-

Tabela 1. Charakterystyka statystyczna wysokości i masy ciała chłopców i dziewcząt szkół podstawowych w grupach wieku dla całości materiału

|          | 10 lat |      |        |      | 11 lat |       |        |       | 12 lat |       |        |       |
|----------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|
|          | Dz.    |      | Chł.   |      | Dz.    |       | Chł.   |       | Dz.    |       | Chł.   |       |
|          | X      | SD   | X      | SD   | X      | SD    | X      | SD    | X      | SD    | X      | SD    |
| Wysokość | 144,98 | 0,03 | 144,28 | 0,07 | 152,97 | 0,07  | 151,68 | 0,07  | 157,99 | 0,07  | 157,25 | 0,08  |
| Masa     | 39,40  | 4,26 | 38,90  | 8,02 | 44,89  | 11,00 | 47,07  | 13,18 | 48,63  | 12,25 | 49,26  | 12,82 |

Tabela 2. Charakterystyka statystyczna wysokości i masy ciała chłopców i dziewcząt szkół gimnazjalnych w grupach wieku dla całości materiału

|          | 13 lat |       |        |      | 14 lat |      |        |       | 15 lat |       |        |       |
|----------|--------|-------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|
|          | Dz.    |       | Chł.   |      | Dz.    |      | Chł.   |       | Dz.    |       | Chł.   |       |
|          | X      | SD    | X      | SD   | X      | SD   | X      | SD    | X      | SD    | X      | SD    |
| Wysokość | 161,58 | 0,07  | 164,76 | 0,04 | 164,75 | 0,01 | 172,02 | 0,04  | 165,54 | 0,04  | 176,74 | 0,07  |
| Masa     | 53,14  | 11,68 | 55,87  | 3,97 | 55,86  | 8,05 | 62,43  | 10,21 | 57,32  | 10,07 | 66,39  | 12,49 |

dają się od 39,40 kg w grupie 10-letnich i do 48,63 kg w grupie dziewcząt 12-letnich.

Porównując wysokość i masę ciała w poszczególnych rocznikach między zebraniem materiałem chłopców i dziewcząt zauważamy, iż dziewczęta charakteryzują się nieznacznie większą wysokością ciała niż chłopcy w każdej klasie wieku, a tylko 10-letni chłopcy wykazują się średnią masą ciała niższą niż dziewczęta.

Również w szkołach gimnazjalnych przedstawione wyniki badań świadczą, że w kolejnych przedziałach wieku badanych chłopców i dziewcząt wysokość, jak i masa ciała systematycznie wzrastają (tab. 2).

Chłopcy wraz z wiekiem są wyżsi od swych młodszych kolegów, a średnia wysokość ciała obejmuje przedział od 164,76 cm do 176,74 cm, przy czym średnia wartość wysokości ciała wynosi 171,36 cm.

W grupie dziewcząt średnia wysokość ciała obejmuje przedział od 161,58 cm do 165,54 cm przy średniej wysokości ciała 164,11 cm.

Z analizy wyników jednoznacznie wynika, że masa ciała w badanej grupie chłopców obejmuje przedział od 55,87 kg do 66,39 kg, przy średniej wartości 61,73 kg. W grupie uczennic szkół gimnazjalnych średnia wartość masy ciała obejmuje przedział od 53,14 kg do 57,32 kg, przy czym średnia wartość masy ciała uczennic wynosi 55,58 kg.

Porównując analogicznie wysokość i masę ciała w poszczególnych rocznikach między zebraniem materiałem chłopców i dziewcząt szkół gimnazjalnych zauważamy w każdej klasie wieku, że chłopcy wykazują się większą wartością średniej wysokości i masy ciała niż dziewczęta.

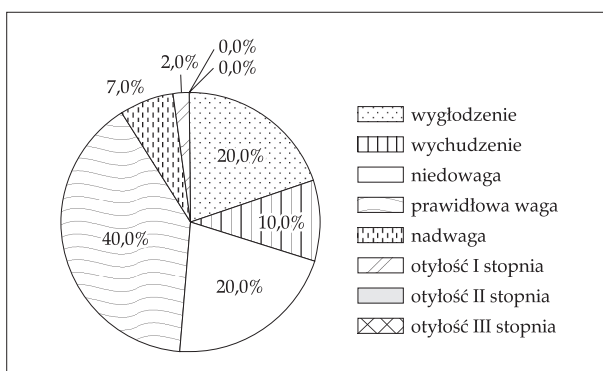
Wysokość i masa ciała to parametry, na podstawie których zbudowano wiele różnych wskaźników, zwanych wagowo-wzrostowymi, ułatwiających ocenę i interpretację uzyskanych wyników. Wskaźniki wagowo-wzrostowe często nazywane są wskaźnikami masy ciała lub otyłości ze względu na występowanie dodatniej korelacji między zwiększoną masą ciała i zawartością tłuszczu w organizmie. Nie informując o wzajemnych proporcjach między tkanką tłuszczową, mięśniową i kostną, oceniają je z dużym przybliżeniem, charakteryzując względną masę ciała w stosunku do jego wysokości [16]. Do wskaźników ujmujących proporcje tych cech należy m.in. wskaźnik BMI (*body mass index*).

Analiza wartości wskaźnika BMI w zebranych materiałach uczniów szkół podstawowych pozwala stwierdzić, że w badanej grupie chłopców wartość wskaźnika obejmuje przedział od 12,85 do 35,51, przy czym średnia wartość wskaźnika chłopców wynosi 19,41, natomiast w badanej grupie dziewczynek szkół podstawowych wartość wskaźnika obejmuje przedział od 11,07 do 37,63, przy czym średnia wartość wskaźnika dziewczynek wynosi 18,98.

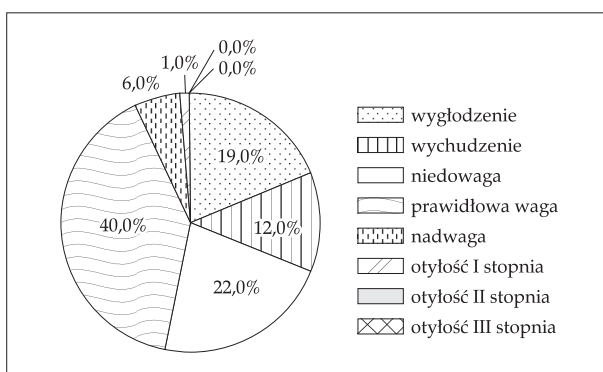
W szkołach podstawowych rozkład wartości wskaźnika w grupie chłopców wskazuje, iż 188 uczniów charakteryzuje się prawidłową wagą, co stanowi 40,17% wszystkich badanych, u 97 uczniów występuje niedowaga, co stanowi

Tabela 3. Charakterystyka statystyczna wskaźnika BMI chłopców i dziewcząt szkół podstawowych dla całości materiału

| Stan masy ciała                       | Dziewczęta |       | Chłopcy |       |
|---------------------------------------|------------|-------|---------|-------|
|                                       | liczba     | proc. | liczba  | proc. |
| wyglodzenie                           | 89         | 19,38 | 91      | 19,44 |
| wychudzenie                           | 54         | 11,76 | 48      | 10,26 |
| niedowaga                             | 101        | 22,00 | 97      | 20,72 |
| prawidłowa masa ciała                 | 182        | 39,65 | 188     | 40,17 |
| nadwaga                               | 26         | 5,66  | 32      | 6,83  |
| otyłość I                             | 6          | 1,30  | 11      | 2,35  |
| otyłość II                            | 1          | –     | 1       | 0,21  |
| otyłość III stopnia (otyłość skrajna) | –          | –     | –       | –     |



Rycina 1. Charakterystyka statystyczna wskaźnika BMI chłopców szkół podstawowych dla całości materiału



Rycina 2. Charakterystyka statystyczna wskaźnika BMI dziewcząt szkół podstawowych dla całości materiału

20,72%, u 48 uczniów wychudzenie, co stanowi 10,26% badanych i u 91 uczniów wygłodzenie, co stanowi 19,44% badanych oraz u 32 uczniów nadwaga, co stanowi 6,83% badanych, u 11 uczniów otyłość I° i u 1 ucznia otyłość II°, co stanowi łącznie 2,56% badanych.

W grupie dziewcząt 182 charakteryzują się prawidłową wagą, co stanowi 39,65% badanych. Wśród 101 dziewcząt stwierdzono niedowagę (22%), u 54 wychudzenie (11,76%) i u 89 wygłodzenie, co stanowi 19,38% badanych. Tylko u 26 dziewcząt stwierdzono nadwagę, u 6 otyłość I° i u jednej otyłość II°, co łącznie stanowi 7% badanych dziewcząt (tab. 3., ryc. 1., 2.).

Analiza wartości wskaźnika w zebranych materiale chłopców i dziewcząt szkół podstawowych pozwala stwierdzić, iż w grupie dziewcząt średnia wartość wskaźnika rośnie wraz z wiekiem, a w grupie chłopców widoczny wzrost wskaźnika obserwujemy pomiędzy 10. a 11. rokiem życia, po czym w grupie 12-latków nieznaczne jego obniżenie. Ocena średnich wartości wskaźnika pokazuje, iż tylko w grupie chłopców 10-letnich wartość wskaźnika jest nieznacznie niższa od normy (tab. 4.).

Tabela 4. Charakterystyka statystyczna średnich wartości wskaźnika BMI chłopców i dziewcząt szkół podstawowych dla całości materiału

| Wiek   | Dziewczęta |      | Chłopcy |      |
|--------|------------|------|---------|------|
|        | X          | SD   | X       | SD   |
| 10 lat | 18,58      | 2,83 | 18,48   | 1,97 |
| 11 lat | 19,00      | 3,65 | 20,24   | 4,51 |
| 12 lat | 19,33      | 4,07 | 19,74   | 3,78 |

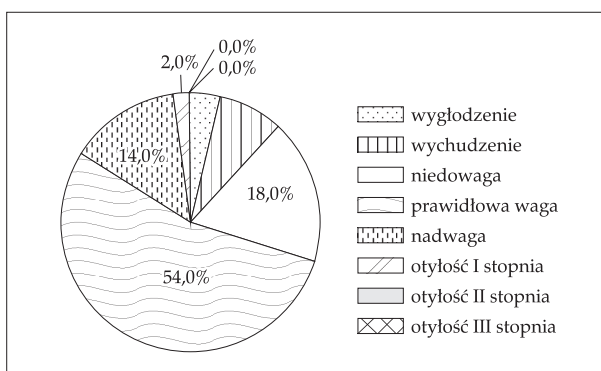
W zebranych materiale uczniów szkół gimnazjalnych wartość wskaźnika w badanej grupie chłopców obejmuje przedział od 13,34 do 34,35 przy średniej wartości 20,9, a u dziewcząt od 13,97 do 36,58 przy średniej wartości 20,58.

W szkołach gimnazjalnych rozkład wskaźnika w grupie chłopców wskazuje, iż 221 chłopców charakteryzuje się budową prawidłową, co stanowi 53,64% badanych, u 76 chłopców stwierdzono niedowagę (18,45%), oraz wychudzenie i wygłodzenie u 32 (7,77%) i 17 chłopców (4,13%), jak również u 56 stwierdzono nadwagę, co stanowi 13,59% oraz u 10 chłopców otyłość I°, co stanowi 2,43%.

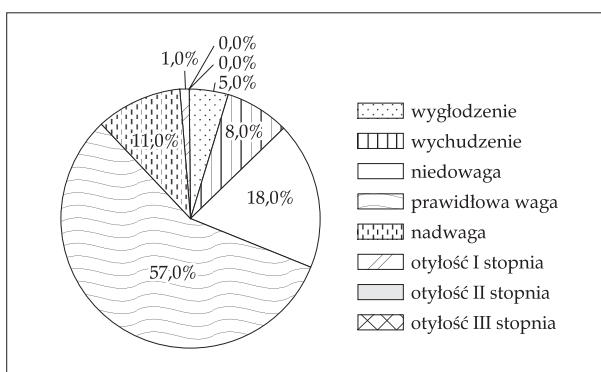
W badanej grupie dziewcząt u 273 stwierdzono prawidłową wagę, co stanowi 57,23% badanych, natomiast 85 wykazuje niedowagę (17,82%), 39 wychudzenie (8,18%) i 21 wygłodzenie (4,40%), co stanowi łącznie 30,4%. U 52 dziewcząt stwierdzono nadwagę, co stanowi 10,90% oraz u 6 otyłość I° i u jednej otyłość II°, co stanowi 1,47% badanych (tab. 5., ryc. 3., 4.).

Tabela 5. Charakterystyka statystyczna wskaźnika BMI chłopców i dziewcząt szkół gimnazjalnych dla całości materiału

| Stan masy ciała                       | Dziewczęta |       | Chłopcy |       |
|---------------------------------------|------------|-------|---------|-------|
|                                       | liczba     | proc. | liczba  | proc. |
| wyglodzenie                           | 21         | 4,40  | 17      | 4,13  |
| wychudzenie                           | 39         | 8,18  | 32      | 7,77  |
| niedowaga                             | 85         | 17,82 | 76      | 18,45 |
| prawidłowa masa ciała                 | 273        | 57,23 | 221     | 53,64 |
| nadwaga                               | 51         | 10,90 | 56      | 13,59 |
| otyłość I                             | 6          | 1,26  | 10      | 2,42  |
| otyłość II                            | 1          | 0,21  | –       | –     |
| otyłość III stopnia (otyłość skrajna) | –          | –     | –       | –     |



Rycina 3. Charakterystyka statystyczna wskaźnika BMI chłopców szkół gimnazjalnych dla całości materiału



Rycina 4. Charakterystyka statystyczna wskaźnika BMI dziewcząt szkół gimnazjalnych dla całości materiału

Analiza wartości wskaźnika w zebranych materiale chłopców i dziewcząt szkół gimnazjalnych pozwala stwierdzić, iż zarówno w grupie chłopców, jak i dziewcząt średnia wartość wskaźnika BMI rośnie wraz z wiekiem (tab. 6.).

Tabela 6. Charakterystyka statystyczna średnich wartości wskaźnika BMI chłopców i dziewcząt szkół gimnazjalnych dla całości materiału

| Wiek   | Dziewczęta |      | Chłopcy |      |
|--------|------------|------|---------|------|
|        | X          | SD   | X       | SD   |
| 13 lat | 20,25      | 3,78 | 20,44   | 2,25 |
| 14 lat | 20,55      | 3,21 | 21,01   | 3,33 |
| 15 lat | 20,88      | 3,37 | 21,23   | 3,69 |

## Dyskusja

Celem niniejszego doniesienia jest przedstawienie związków między budową somatyczną, a wartością wskaźnika BMI w ocenie zdrowia dziewcząt i chłopców szkół podstawowych i gimnazjalnych we Włocławku.

Problematyką badań nad stanem zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce zajmowało się wielu badaczy [17, 18].

Przeprowadzając badania przekrojowe, podjęto próbę przedstawienia aktualnych wartości wskaźnika BMI, który określa skład ciała, wskazując jednocześnie na związek z niebezpieczeństwem pojawienia się chorób i dysfunkcji. Porównując średnie wartości wskaźnika BMI w poszczególnych grupach wiekowych chłopców i dziewcząt, można stwierdzić, że wraz z wiekiem wzrasta poziom otłuszczenia wyrażony wartością wskaźnika BMI. Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, iż w szkołach podstawowych zarówno w grupie chłopców, jak i dziewcząt występuje podobny rozkład średnich wartości wskaźnika.

W przypadku grupy chłopców 40,17% mieści się w zakresie normy wykazując prawidłową wagę, a tylko 9,4% normę tę przekracza w kierunku wartości wyższych, co oznacza nadwagę i otyłość. W grupie dziewcząt 39,65% osiągnęło wartości mieszczące się w zakresie normy, a 7,18% normę tę przekroczyło w kierunku wartości wyższych. Na uwagę i zastanowienie zasługuje, więc fakt, że wartości niższe od zakresu normy, w grupie chłopców osiągnęło 50,93%, a w grupie dziewcząt 53,69%.

W szkołach gimnazjalnych, w grupie chłopców 53,64% mieści się w zakresie normy, a 16,02% tę normę przekracza w kierunku wartości wyższych. Ana-

logicznie w grupie dziewcząt 57,23% osiąga wartości w zakresie normy, a 12,37% osiąga wartości wyższe. Natomiast podobny rozkład występowania wartości niższych od zakresu normy odnotowujemy zarówno w grupie chłopców (30,35%), jak i u dziewcząt (30,40%). Analizując przytoczone dane, wypada zwrócić uwagę na potencjalne lub obecne skutki takiej sytuacji. Szczególnie na płaszczyźnie zdrowotnej, gdzie oznaczać to może ryzyko zwiększonej zapadalności na wiele poważnych chorób.

## Wnioski

1) W szkołach podstawowych około 7,18% wśród dziewcząt i 9,39% chłopców, a w szkołach gimnazjalnych wśród dziewcząt około 12,37% oraz 16,02% w grupie chłopców charakteryzuje się nadwagą lub otyłością pierwszego i drugiego stopnia.

2) Wraz z wiekiem wzrasta poziom otłuszczenia w badanych grupach wyrażony wskaźnikiem BMI.

3) Rozpatrywanie wskaźnika BMI w oparciu o interpretacje WHO daje pełniejszy obraz badanych w porównaniu z unormowaniem na średnią arytmetyczną i odchylenie standardowe.

4) Uczniowie o wysokim wskaźniku BMI wymagają podjęcia działań profilaktycznych w postaci właściwie dobranej diety, ćwiczeń fizycznych oraz pogłębienia wiedzy w zakresie „zdrowego stylu życia”.

5) Uczniowie charakteryzujący się niskimi i bardzo niskimi wartościami wskaźnika wymagają działań profilaktyczno-wychowawczych oraz badań przesiewowych mających na celu systematyczną diagnozę stanu zdrowia.

## Streszczenie

Według Światowej Organizacji Zdrowia „zdrowie to nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności, lecz stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego”. Obecnie uważa się, iż poważnym problemem zdrowotnym polskich uczniów jest nadwaga i otyłość. Według wydanego w maju 2012 r. międzynarodowego raportu z badań HBSC wynika, iż odsetek młodzieży z nadmiarem masy ciała jest w Polsce większy niż w większości krajów europejskich. Celem niniejszego doniesienia jest przedstawienie wyników badań podstawowych parametrów budowy somatycznej oraz wskaźników BMI uczniów szkół podstawowych i młodzieży szkół gimnazjalnych miasta Włocławek z podziałem na poszczególne kategorie wiekowe. Materiał badawczy stanowią dane uzyskane z pomiarów somatycznych uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych, w tym 936 dziewcząt i 880 chłopców. Badania o charakterze przekrojowym przeprowadzono w miesiącach: październik–listopad 2016 r., obejmując nimi uczennice i uczniów Szkoły Podstawowej nr 2, 7, 20, 22, 23, Gimnazjum nr 1, 2, 3 oraz Gimnazjum nr 11 we Włocławku. Spośród badanych 1816 uczniów, 927 to uczniowie szkół podstawowych (468 chłopców, 459 dziewcząt) oraz 889 to uczniowie gimnazjów (412 chłopców i 477 dziewcząt). Zebrany materiał

podzielono na kategorie wiekowe. W szkołach podstawowych i gimnazjalnych ocena zebranego materiału pozwala stwierdzić, że u chłopców i dziewcząt średnie wartości takich parametrów jak wysokość i masa ciała wraz z wiekiem systematycznie rosną. Analiza wartości wskaźnika w zebranym materiale chłopców i dziewcząt szkół podstawowych pozwala stwierdzić, iż w grupie dziewcząt średnia wartość wskaźnika rośnie wraz z wiekiem, a w grupie chłopców widoczny wzrost wskaźnika obserwujemy pomiędzy 10. a 11. rokiem życia, po czym w grupie 12-latków nieznaczne jego obniżenie. Ocena średnich wartości wskaźnika pokazuje, iż tylko w grupie chłopców 10-letnich wartość wskaźnika jest nieznacznie niższa od normy. Analogicznie analiza wartości wskaźnika w zebranym materiale chłopców i dziewcząt szkół gimnazjalnych pozwala stwierdzić, iż zarówno w grupie chłopców, jak i dziewcząt średnia wartość wskaźnika BMI rośnie wraz z wiekiem. Porównując średnie wartości wskaźnika BMI w poszczególnych grupach wiekowych chłopców i dziewcząt, można stwierdzić, że wraz z wiekiem wzrasta poziom otyłości wyrażony wartością wskaźnika BMI. Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, iż w szkołach podstawowych zarówno w grupie chłopców, jak i dziewcząt występuje podobny rozkład średnich wartości wskaźnika. Natomiast w szkołach gimnazjalnych podobnym rozkładem występowania wartości niższych od zakresu normy odnotowujemy zarówno w grupie chłopców (30,35%), jak i u dziewcząt (30,40%). Analizując przytoczone dane, wypada zwrócić uwagę na potencjalne lub obecne skutki takiej sytuacji. Szczególnie na płaszczyźnie zdrowotnej, gdzie oznaczać to może ryzyko zwiększonej zapadalności na wiele poważnych chorób.

### Summary

According to the World Health Organization, "health is not merely the absence of disease or infirmity, but a state of complete physical, mental and social. Currently, it is believed that a serious health problem Polish students are overweight and obese. According issued in May 2012, the international HBSC research report shows that the proportion of young people with excess body weight is greater in Poland than in most European countries. The purpose of this study is to present the results of basic research of construction parameters and BMI somatic primary school and junior high school students Włocławek broken down by age categories. The research materials data obtained from measurements of somatic primary and secondary schools, including 936 girls and 880 boys. A transversal study was conducted in the months of October and November 2012, including in pupils at Primary School no. 2, 7, 20, 22, 23, Middle School no. 1, 2, 3, and High School no. 11 in Włocławek. Of the students surveyed in 1816, this 927 primary school pupils (468 boys, 459 girls) and 889 junior high school students is (412 boys and 477 girls). The collected material was divided into age categories. In elementary and junior high evaluation of the collected material shows that boys and girls, the mean values of parameters such as height and weight with age rising steadily. Analysis of the collected material ratio of boys and girls in primary leads to the conclusion at in the group of girls the average value of the index increases with age, and in the group of boys visible growth rate observed between 10 and 11 years, after which a group of 12-year-olds slight lowering it. Average rating index value shows that only in the group of boys 10-year value of the index is slightly lower than normal. Similarly, analysis of the collected material ratio of boys and girls secondary school can say that in both the boys and girls average BMI increases with age. Comparing the mean values of BMI indifferent age groups of boys and girls, we can say that with age increases the level of fat expressed BMI. Based on the survey can be concluded that in primary schools in both the boys and girls there is a similar distribution of the average values of the indicator. However, in secondary schools similar distribution of occurrence values below the normal range in both the note of boys (30.35%) and girls (30.40%). By analyzing the above data falls pay attention to potential or current effects of such a situation. Especially at the level of care, where this may mean an increased risk of incidence of many serious diseases.

Piśmiennictwo

1. Wojnarowska B., Sokołowska M., *Szkola Promująca Szkołę. Doświadczenia dziesięciu lat. Poradnik dla koordynatorów i zespołów promocji zdrowia szkolnych, lokalnych i wojewódzkich*, KOWEZ, Warszawa 2000.
2. Żołnierczuk-Kieliszek D., *Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem*, [w:] Kulik T.B., Latałski M., *Zdrowie publiczne*, Lublin 2002, s. 75–76.
3. Drabik J., *Aktywność fizyczna w treningu zdrowotnym osób dorosłych*, cz. II, AWF, Gdańsk 1996, s. 215.
4. *Teoria i metodyka rekreacji (zagadnienia podstawowe)*, pod red. I. Kiełbasiewicz-Drozdowskiej, W. Siwińskiego, AWF, Poznań 2001, s. 53.
5. Cendrowski Z., *Dlaczego nie chcą chcieć*, „Lider” 2013, 2, s. 12.
6. Mazur J., *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej na podstawie badań HBSC 2010, Nowe wyzwania w wychowaniu i profilaktyce. Materiały konferencyjne*, Warszawa 2012, s. 4.
7. [www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-wychowaniu-fizycznym-w-szkolach-2013.html](http://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-wychowaniu-fizycznym-w-szkolach-2013.html)
8. Osiński W., *Antropomotoryka*, AWF, Poznań 2000, s. 253.
9. Malinowski A., Wolański N., *Metody badań w biologii człowieka. Wybór metod antropologicznych*, PWN, Warszawa 1987.
10. Martin R., Saller K. (1957) *Lehrbuch der Anthropologie in systematischer Darstellung mit besonderer Berücksichtigung der anthropologischen Methoden*. G. Fischer Verlag, Stuttgart.
11. Jasicki B., *Zmienność rozwojowa proporcji ciała u młodzieży krakowskiej*, „Materiały i Prace Antropologiczne” 1965, 69, s. 77–132.
12. Burdukiewicz A., *Zmienność budowy ciała dzieci wrocławskich w wieku od 7 do 15 lat w badaniach longitudinalnych*, „Studia i Monografie AWF we Wrocławiu” 1995, 46.
13. Migasiewicz J., *Zróznicowanie dymorficzne wybranych cech morfofunkcjonalnych kobiet i mężczyzn uprawiających rzut dyskiem*, „Wychowanie Fizyczne i Sport” 1999, 3.
14. Welon Z., *Normy do oceny rozwoju fizycznego dziecka*, PAN, Wrocław 1984.
15. Przewęda R., Trzeźniowski R., *Przemiany sprawności fizycznej młodzieży w Polsce*, „Wychowanie Fizyczne i Sport” 1992, 4, s. 3–16.
16. Charzewska J., *Metody stosowane w ocenie stanu odżywiania*, [w:] *Antropologia*, pod red. J. Charzewskiego, AWF, Warszawa 1999.
17. Mazur J., Mierzejewska E., *Współczesne podejście do oceny stanu zdrowia dzieci i młodzieży na poziomie populacji*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2004, 8(3), cz. 1.
18. Mazur J., Wojnarowska B., *Zespół zachowań ryzykownych a zdrowie subiektywne i zadowolenie z życia młodzieży 15-letniej*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2004, 8(3), cz. 1.



*Barbara Ziółkowska*

(Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku)

## BIBLIOGRAFIA ZAWARTOŚCI PUBLIKACJI KUJAWSKIEJ SZKOŁY WYŻSZEJ WE WŁOCŁAWKU (2016)

### Wprowadzenie

Bibliografia jest kontynuacją zestawień publikacji za lata 1997–2000 oraz 2001–2003, które ukazały się w odrębnych opracowaniach w roku 2000 i 2004. Kolejne dwie edycje za lata 2004–2006 i 2007–2009 ukazały się w „Zeszytach Naukowych WSHE” — tom 26 (2009) i 31 (2010). Od 2010 r. ukazują się roczne zestawienia bibliograficzne w „Zeszytach Naukowych WSHE”. W sierpniu 2015 r. uczelnia zmieniła nazwę na: Kujawska Szkoła Wyższa, również „Zeszyty Naukowe WSHE” zmieniły swą nazwę i od tomu 41. (2015) ukazują się pt. „Zeszyty Naukowe KSW”. Bibliografia niniejsza obejmuje wszystkie wydawnictwa Kujawskiej Szkoły Wyższej we Włocławku (dawniej: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku) za rok 2016 i jest zestawieniem dorobku wydawniczego uczelni, zawierającego publikacje autorskie, jak również zbiorowe i ciągłe, opublikowane w „Zeszytach Naukowych KSW”.

Piśmiennictwo zostało podzielone na działy, w obrębie których opisy ułożone są alfabetycznie. Jeżeli artykuły lub wydawnictwa obejmowały swą treścią tematykę dotyczącą więcej niż jednego działu, zostały umieszczone w kilku miejscach.

Opisy bibliograficzne artykułów i publikacji rozpoczynają się od tytułu zgodnie z normą PN-N-01152. W drugiej strefie odpowiedzialności po kresce ukośnej umieszczone jest imię i nazwisko autora, a w dalszej kolejności miejsce wydania, wydawnictwo i pozostałe elementy identyfikujące.

Bibliografia zawiera „Indeks autorów”, zamieszczono również „Indeks przedmiotowy”, który opisuje zagadnienie bardzo szczegółowo. Numery umieszczone przy hasłach odsyłają do pozycji w zrubie głównym.

Przy opracowaniu oparto się na następujących pozycjach:

*Bibliografia: metodyka i organizacja*, pod red. Zbigniewa Żmigrodzkiego, Warszawa 2000;

Janowska Maria, *Opis bibliograficzny artykułów (interpretacja postanowień PN-N-01152)*;

Janowska Maria, *Opis bibliograficzny wydawnictw ciągłych (interpretacja postanowień PN-N-1152-2)*;

Lenartowicz Maria, *Przepisy katalogowania książek, cz. 1: Opis bibliograficzny*, Warszawa 1983;

*Metodyka bibliograficzna. Poradnik dla autorów bibliografii specjalnych*, praca zbiorowa pod red. H. Hleb-Koszańskiej, M. Dembowskiej, H. Sawoniaka, Warszawa 1963.

## Wykaz pozycji wydawniczych

### A. Druki zwarte

- Bezpiecznie i zgodnie z przepisami prawa. Włocławskie sympozja o bezpieczeństwie i higienie pracy (2012–2016)*, pod red. Zdzisława Jana Zasady. – Włocławek: Włocławskie Towarzystwo Naukowe; Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – 151, [7] s.; il.; 23,5 cm; Bibliografia przy art.; ISBN 978-83-60150-73-3.
- Spoleczny wymiar ekonomii*, pod red. Stanisława Kunikowskiego: *Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia*. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – 157, [1] s.; 23,5 cm; Bibliografia przy art.; ISBN 978-83-61609-66-7.
- Wasicka Wanda: *Wędrujesz.../You Wander...* – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – 92 s.; 21 cm; ISBN 978-83-61609-72-8.
- Z Włocławka nad Arktykę. Jan Nagórski — w 100. rocznicę pierwszych lotów nad Arktyką*, pod red. Zbigniewa Karpusa i Władysława Kubiaka. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa; Włocławskie Towarzystwo Naukowe, 2016. – 217 s., il. fot., 23,5 cm; Bibliografia przy art.; ISBN 978-83-61609-71-1.

### B. Serie wydawnicze

- „Debiuty Naukowe KSW”, T. 11, red. Urszula Kempieńska, Włocławek 2016.
- „Zeszyty Naukowe KSW”, T. 42, Nauki o Bezpieczeństwie i Obronności, red. Henryk Stępień, Włocławek 2016, rec. tomu Zbigniew Karpus, Szymon Kubiak.
- „Zeszyty Naukowe KSW”, T. 43, Nauki Pedagogiczne, red. Beata Płaczekiewicz, Włocławek 2016, rec. tomu Marian Bybluk, Ryszard Gerlach.

### C. Periodyki

#### Administracja. Prawo

1. *Bezpiecznie i zgodnie z przepisami prawa. Włocławskie sympozja o bezpieczeństwie i higienie pracy (2012–2016) / pod red. Zdzisława Jana Zasady //*. – Włocławek: Włocławskie Towarzystwo Naukowe; Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – 151, [7] s.; il.; 23,5 cm  
Bibliografia przy art.  
ISBN 978-83-60150-73-3
2. *Materialnoprawne aspekty wykroczeń przeciwko prawom pracownika / Jan Piątkowski // W: Bezpiecznie i zgodnie z przepisami prawa. Włocławskie sympozja o bezpieczeństwie i higienie pracy (2012–2016)*, pod red. Zdzisława Jana Zasady. – Włocławek: Włocławskie Towarzystwo Naukowe; Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 23–47.

3. Relacje międzyludzkie w miejscu pracy na tle działań kontrolnych Państwowej Inspekcji Pracy / Małgorzata Porazińska // W: Bezpiecznie i zgodnie z przepisami prawa. Włocławskie sympozja o bezpieczeństwie i higienie pracy (2012–2016), pod red. Zdzisława Jana Zasady. – Włocławek: Włocławskie Towarzystwo Naukowe; Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 49–54.
4. Rola związków zawodowych w przeciwdziałaniu dyskryminacji w zatrudnieniu / Katarzyna Bogatko // W: Bezpiecznie i zgodnie z przepisami prawa: włocławskie sympozja o bezpieczeństwie i higienie pracy (2012–2016), pod red. Zdzisława Jana Zasady. – Włocławek: Włocławskie Towarzystwo Naukowe; Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – 63–67.
5. System zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy / Zdzisław Jan Zasada // W: Bezpiecznie i zgodnie z przepisami prawa. Włocławskie sympozja o bezpieczeństwie i higienie pracy (2012–2016), pod red. Zdzisława Jana Zasady. – Włocławek: Włocławskie Towarzystwo Naukowe; Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 81–98.
6. Współczesne wyznaczniki etosu pracy w obszarze bezpieczeństwa i higieny pracy / Zygmunt Wiatrowski // W: Bezpiecznie i zgodnie z przepisami prawa. Włocławskie sympozja o bezpieczeństwie i higienie pracy (2012–2016), pod red. Zdzisława Jana Zasady. – Włocławek: Włocławskie Towarzystwo Naukowe; Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 11–22.
7. Wydatek energetyczny i jego ujęcie w przepisach bezpieczeństwa i higieny pracy / Kazimierz Pikos // W: Bezpiecznie i zgodnie z przepisami prawa. Włocławskie sympozja o bezpieczeństwie i higienie pracy (2012–2016), pod red. Zdzisława Jana Zasady. – Włocławek: Włocławskie Towarzystwo Naukowe; Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 133–146.

#### Bezpieczeństwo. Obronność

8. Bezpieczeństwo państwa w świetle założeń polityki wojskowej Izraela i autonomii palestyńskiej / Ryszard Chodyncki // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki o Bezpieczeństwie i Obronności / KSW Włocławek. – T. 42 (2016), s. 129–147 (ser. H, z. 1).
9. Czy Polska jest dziś krajem bezpiecznym? / Władysław Kubiak // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki o Bezpieczeństwie i Obronności / KSW Włocławek. – T. 42 (2016), s. 149–166 (ser. H, z. 1).
10. Finansowanie jednostek ochrony przeciwpożarowej / Zdzisław Jan Zasada // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 47–55.
11. Geograficzne podstawy zabezpieczenia medycznego ludności w sytuacji kryzysowej / Włodzimierz Leszczyński // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki o Bezpieczeństwie i Obronności / KSW Włocławek. – T. 42 (2016), s. 81–92 (ser. H, z. 1).
12. Jakość i bezpieczeństwo w podmiotach leczniczych / Artur Piotrowicz // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki o Bezpieczeństwie i Obronności / KSW Włocławek. – T. 42 (2016), s. 167–184 (ser. H, z. 1).

13. Koncepcja strategii bezpieczeństwa ekologicznego / Waldemar Nowosielski // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki o Bezpieczeństwie i Obronności / KSW Włocławek. – T. 42 (2016), s. 93–110 (ser. H, z. 1).
14. NATO w obliczu zagrożeń hybrydowych. Po szczycie w Newport, przed szczytem w Warszawie / Piotr Gawliczek // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 93–100.
15. Potencjał wojenny Republiki Białorusi na początku XXI wieku / Waldemar Rezmer // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki o Bezpieczeństwie i Obronności / KSW Włocławek. – T. 42 (2016), s. 37–63 (ser. H, z. 1).
16. Rola interesariuszy w kreowaniu wizerunku piractwa i terroryzmu morskiego / Piotr Gawliczek, Aneta Nowakowska-Krystman // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki o Bezpieczeństwie i Obronności / KSW Włocławek. – T. 42 (2016), s. 65–79 (ser. H, z. 1).
17. Rosja — strategia imperium / Włodzimierz Zieliński // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki o Bezpieczeństwie i Obronności / KSW Włocławek. – T. 42 (2016), s. 11–35 (ser. H, z. 1).
18. Słabe elementy działań prowadzących do poprawy bhp w Polsce / Sławomir Kukielczyński // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki o Bezpieczeństwie i Obronności / KSW Włocławek. – T. 42 (2016), s. 197–212 (ser. H, z. 1).
19. Tradycje i współczesność kształcenia obronnego młodzieży w Polsce (cz. I). Powinności obrony ojczyzny od początków państwowości do 1914 roku / Zdzisław Jan Zasada // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki o Bezpieczeństwie i Obronności / KSW Włocławek. – T. 42 (2016), s. 111–128 (ser. H, z. 1).
20. Wybrane problemy i koszty profesjonalizacji i restrukturyzacji Sił Zbrojnych RP / Włodzimierz Zieliński // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 115–124.
21. „Zeszyty Naukowe KSW”, T. 42: Nauki o Bezpieczeństwie i Obronności: Współczesne problemy bezpieczeństwa w ujęciu wieloaspektowym / red. Henryk Stępień. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – 252, [4] s.; 23,5 cm (ser. H, z. 1).  
Bibliografia przy art.  
ISSN 1507-7403
22. Zjawisko terroryzmu / Ireneusz Wieczorek // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki o Bezpieczeństwie i Obronności / KSW Włocławek. – T. 42 (2016), s. 231–248 (ser. H, z. 1).

#### Bibliografia

23. Bibliografia zawartości publikacji Kujawskiej Szkoły Wyższej we Włocławku (2015) / Barbara Ziółkowska // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki Pedagogiczne / KSW Włocławek. – T. 43 (2016), s. 193–214 (ser. C, z. 15).

24. Publikacje naukowe i popularne Jubilata [Henryka Stępnia] // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 19–21.

#### Biografie

25. Droga życiowa i naukowa Jubilata [Henryka Stępnia] // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 15–18.
26. Jan Nagórski — pochodzenie, środowisko społeczne i młodość / Józef Dębiński // W: Z Włocławka nad Arktykę. Jan Nagórski — w 100. rocznicę pierwszych lotów nad Arktyką, pod red. Zbigniewa Karpusa i Władysława Kubiaka. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa; Włocławskie Towarzystwo Naukowe, 2016. – s. 117–132.
27. Jan Nagórski — polarnik z Włocławka. Dlaczego pamiętamy o pionierach lotnictwa? / Andrzej Brzoza // W: Z Włocławka nad Arktykę. Jan Nagórski — w 100. rocznicę pierwszych lotów nad Arktyką, pod red. Zbigniewa Karpusa i Władysława Kubiaka. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa; Włocławskie Towarzystwo Naukowe, 2016. – s. 157–161.
28. Jan Nagórski — problemy nawigacji podczas pierwszego lotu polarnego / Roman Sajnaga // W: Z Włocławka nad Arktykę. Jan Nagórski — w 100. rocznicę pierwszych lotów nad Arktyką, pod red. Zbigniewa Karpusa i Władysława Kubiaka. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa; Włocławskie Towarzystwo Naukowe, 2016. – s. 175–180.
29. Jan Nagórski (1888–1976) — pierwszy lotnik arktyczny / Stanisław Alexandrowicz // W: Z Włocławka nad Arktykę. Jan Nagórski — w 100. rocznicę pierwszych lotów nad Arktyką, pod red. Zbigniewa Karpusa i Władysława Kubiaka. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa; Włocławskie Towarzystwo Naukowe, 2016. – s. 133–155.
30. Jan Nagórski. Pierwszy pilot polarny / Roman Woźniak // W: Z Włocławka nad Arktykę. Jan Nagórski — w 100. rocznicę pierwszych lotów nad Arktyką, pod red. Zbigniewa Karpusa i Władysława Kubiaka. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa; Włocławskie Towarzystwo Naukowe, 2016. – s. 163–169.
31. Mikro i makro spojrzenia oraz działania Jubilata [Henryka Stępnia] / Zygmunt Wiatrowski // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 33–36.
32. Z Włocławka nad Arktykę. Jan Nagórski — w 100. rocznicę pierwszych lotów nad Arktyką, pod red. Zbigniewa Karpusa i Władysława Kubiaka. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa; Włocławskie Towarzystwo Naukowe, 2016. – 217 s.; 23,5 cm Bibliografia przy art.  
ISBN 978-83-61609-71-1

Kultura. Literatura. Sztuka. Sport

33. Jan Nagórski — polarnik z Włocławka. Dlaczego pamiętamy o pionierach lotnictwa? / Andrzej Brzoza // W: Z Włocławka nad Arktykę. Jan Nagórski — w 100. rocznicę pierwszych lotów nad Arktyką, pod red. Zbigniewa Karpusa i Władysława Kubiaka. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa; Włocławskie Towarzystwo Naukowe, 2016. – s. 157–161.
34. Jan Nagórski — problemy nawigacji podczas pierwszego lotu polarnego / Roman Sajnaga // W: Z Włocławka nad Arktykę. Jan Nagórski — w 100. rocznicę pierwszych lotów nad Arktyką, pod red. Zbigniewa Karpusa i Władysława Kubiaka. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa; Włocławskie Towarzystwo Naukowe, 2016. – s. 175–180.
35. Jan Nagórski. Pierwszy pilot polarny / Roman Woźniak // W: Z Włocławka nad Arktykę. Jan Nagórski — w 100. rocznicę pierwszych lotów nad Arktyką, pod red. Zbigniewa Karpusa i Władysława Kubiaka. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa; Włocławskie Towarzystwo Naukowe, 2016. – s. 163–169.
36. Pierwszy samolot PLL „LOT” nad północnym biegunem magnetycznym / Zbigniew Kwiatek // W: Z Włocławka nad Arktykę. Jan Nagórski — w 100. rocznicę pierwszych lotów nad Arktyką, pod red. Zbigniewa Karpusa i Władysława Kubiaka. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa; Włocławskie Towarzystwo Naukowe, 2016. – s. 171–173.
37. Polacy w lotnictwie rosyjskim (do 1917 r.) / Zbigniew Karopus // W: Z Włocławka nad Arktykę. Jan Nagórski — w 100. rocznicę pierwszych lotów nad Arktyką, pod red. Zbigniewa Karpusa i Władysława Kubiaka. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa; Włocławskie Towarzystwo Naukowe, 2016. – s. 103–116.
38. Samotność ludzi w szufladach pisarzy / Julita Maciejewska // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 159–168.
39. Wędrujesz.../You Wander... / Wanda Wasicka //. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – 92 s.; 21 cm  
ISBN 978-83-61609-72-8
40. Wiedza i praca wyznacznikiem aktywności kulturowej człowieka / Stanisław Kunikowski // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 23–32.
41. Z tradycji lotnictwa sportowego na Kujawach / Władysław Kubiak // W: Z Włocławka nad Arktykę. Jan Nagórski — w 100. rocznicę pierwszych lotów nad Arktyką, pod red. Zbigniewa Karpusa i Władysława Kubiaka. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa; Włocławskie Towarzystwo Naukowe, 2016. – s. 23–88.
42. Zarys dziejów rosyjskiego lotnictwa polarnego 1914–1945 / Michał Glock // W: Z Włocławka nad Arktykę. Jan Nagórski — w 100. rocznicę pierwszych lotów nad Arktyką, pod red. Zbigniewa Karpusa i Władysława Kubiaka. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa; Włocławskie Towarzystwo Naukowe, 2016. – s. 89–101.
43. Zasady dobrego wystąpienia publicznego / Sławomir Kukielczyński // W: Bezpiecznie i zgodnie z przepisami prawa. Włocławskie sympozja o bezpieczeństwie

i higienie pracy (2012–2016), pod red. Zdzisława Jana Zasady. – Włocławek: Włocławskie Towarzystwo Naukowe; Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 117–131.

Nauka. Oświata. Wychowanie

44. Андрагогічні аспекти виховання у слухачів вищих навчальних закладів навичок і вмінь здоров'я зберігачої поведінки / Mykola Rudenko // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 45–56.
45. Działalność Włocławskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Dysleksji w latach 1999–2016 / Mirosława Żbikowska // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki Pedagogiczne / KSW Włocławek. – T. 43 (2016), s. 123–131 (ser. C, z. 15).
46. Dziecko z dysleksją — w domu i w szkole / Joanna Osowska // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki Pedagogiczne / KSW Włocławek. – T. 43 (2016), s. 115–122 (ser. C, z. 15).
47. Emocje a uczenie się / Maria Posłuszna-Owczarz // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki Pedagogiczne / KSW Włocławek. – T. 43 (2016), s. 15–25 (ser. C, z. 15).
48. Kształcenie ustawiczne w kontekście rozwoju zawodowego w szczególności nauczycieli / Larysa Lukianova // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki Pedagogiczne / KSW Włocławek. – T. 43 (2016), s. 133–141 (ser. C, z. 15).
49. Najwyższy cel edukacji szkolnej w opinii studentów pedagogiki — kandydatów do zawodu nauczyciela / Joanna Borowiak // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki Pedagogiczne / KSW Włocławek. – T. 43 (2016), s. 143–152 (ser. C, z. 15).
50. Neurodydaktyka. Szansa czy złudzenie? / Robert Bielecki // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki Pedagogiczne / KSW Włocławek. – T. 43 (2016), s. 79–89 (ser. C, z. 15).
51. Obraz siebie i samoocena uczniów ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się — analiza teoretyczna i przegląd badań / Beata Płaczkiwicz // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki Pedagogiczne / KSW Włocławek. – T. 43 (2016), s. 27–41 (ser. C, z. 15).
52. Postawy studentów wobec osób z dysleksją / Urszula Wilińska // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 111–122.
53. Pozaszkolne możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników na przykładzie PKP Polskie Linie Kolejowe S.A. Zakład Linii Kolejowych w Warszawie / Janusz Weremczuk // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 139–151.
54. Poziomy wiedzy studentów WSHF na temat życia i twórczości Janusza Korczaka / Katarzyna Kopycińska, Joanna Łoch, Edyta Sobczak // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 169–182.
55. Procesy integracji sensorycznej a uczenie się / Paweł Jurkiewicz // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki Pedagogiczne / KSW Włocławek. – T. 43 (2016), s. 69–77 (ser. C, z. 15).
56. Професійно-педагогічна підготовка вчителів в Україні / Oleksandr Kuczaj // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki Pedagogiczne / KSW Włocławek. – T. 43 (2016), s. 173–179 (ser. C, z. 15).
57. Psychologiczno-pedagogiczne aspekty dysleksji rozwojowej (refleksja wstępna) / Zygmunt Wiatrowski // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki Pedagogiczne / KSW Włocławek. – T. 43 (2016), s. 13–14 (ser. C, z. 15).

58. Rodzicielstwo zastępcze moją drogą życiową / Marta Trela // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 57–63.
59. Rola matki w uświadomieniu i wychowaniu seksualnym córek (na podstawie badań przeprowadzonych wśród kobiet z terenów wiejskich w wybranych gminach powiatu włocławskiego) / Żaneta Stypuła-Cichalska // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 99–109.
60. Rola ruchu w procesie uczenia się / Marek Zieliński, Jolanta Zielińska // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki Pedagogiczne / KSW Włocławek. – T. 43 (2016), s. 61–68 (ser. C, z. 15).
61. Samotność widziana oczami matematyka / Joanna Majczak // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 21–33.
62. Соціально-педагогічна робота з сім'ями військовослужбовців Збройних Сил України / Anna Kryżna // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 153–158.
63. Stymulowanie rozwoju mowy u dzieci w przedszkolu przez nauczycieli we współpracy z rodzicami (na przykładzie działań w Przedszkolu Publicznym nr 19 „Bajka” we Włocławku) / Tomasz Borowiak // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki Pedagogiczne / KSW Włocławek. – T. 43 (2016), s. 91–103 (ser. C, z. 15).
64. Szansa bycia i człowiekiem, i obywatelem, i pracownikiem zarazem / Zygmunt Wiatrowski // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 13–20.
65. Środki audiowizualne w kształceniu osób dorosłych stosowane w praktyce szkoleń związanych z ochroną przeciwpożarową / Maria Kędzierska // W: Bezpiecznie i zgodnie z przepisami prawa. Włocławskie sympozja o bezpieczeństwie i higienie pracy (2012–2016), pod red. Zdzisława Jana Zasady. – Włocławek: Włocławskie Towarzystwo Naukowe; Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 99–116.
66. Теоретичні засади самовдосконалення вчителів в умовах неперервної освіти / Tetiana Kuczaj, Viktorija Bondar // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki Pedagogiczne / KSW Włocławek. – T. 43 (2016), s. 165–171 (ser. C, z. 15).
67. Trauma dziecka a funkcjonowanie szkolne / Lidia Anna Wiśniewska // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki Pedagogiczne / KSW Włocławek. – T. 43 (2016), s. 43–60 (ser. C, z. 15).
68. Usamodzielnianie jako proces realizowany w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. Podstawowe zagadnienia / Jarosław Pułanecki // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki Pedagogiczne / KSW Włocławek. – T. 43 (2016), s. 181–192 (ser. C, z. 15).
69. Wiedza i praca wyznacznikiem aktywności kulturowej człowieka / Stanisław Kunikowski // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 23–32.
70. Використання мультимедійних технологій у підготовці фахівців / Oleksandr Kuczaj // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 125–136.

71. Wypalenie zawodowe nauczycieli // Joanna Majczak / „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki o Bezpieczeństwie i Obronności / KSW Włocławek. – T. 42 (2016), s. 185–196 (ser. H, z. 1).
72. Zaburzenia funkcji językowych jako jeden z symptomów dysleksji / Jolanta Zielińska // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki Pedagogiczne / KSW Włocławek. – T. 43 (2016), s. 105–113 (ser. C, z. 15).
73. Zaspokajanie potrzeb opiekuńczych dzieci na gruncie rodziny i ich profilaktyczne znaczenie / Ireneusz Jan Pyrzyk // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki Pedagogiczne / KSW Włocławek. – T. 43 (2016), s. 153–164 (ser. C, z. 15).
74. „Zeszyty Naukowe KSW”, T. 43: Nauki Pedagogiczne: Nauczyciel, rodzic i uczeń w przestrzeni edukacyjnej / red. Beata Płaczkiewicz. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – 216, [4] s.; 23,5 cm (ser. C, z. 15).  
Bibliografia przy art.  
ISSN 2543-585X

#### Zagadnienia gospodarcze

75. Czy możliwy jest rozwój innowacyjności polskiej gospodarki? / Witold Kasperkiewicz // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 69–80.
76. Finansowanie jednostek ochrony przeciwpożarowej / Zdzisław Jan Zasada // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 47–55.
77. Gospodarowanie kapitałem ludzkim w warunkach kryzysu: doświadczenia Europy Środkowo-Wschodniej na tle Unii Europejskiej / Wojciech Kosiedowski // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 101–113.
78. Kapitał intelektualny w rozwoju ekonomiczno-gospodarczym jednostek terytorialnych / Ireneusz Pyrzyk // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 143–149.
79. Koncepcja „3xM” jako narzędzie badawcze na gruncie nauk ekonomicznych / Adam Żwirbla // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 151–158.
80. Praca w teorii ekonomii — zarys problematyki / Henryk Stępień // W: Bezpiecznie i zgodnie z przepisami prawa. Włocławskie sympozja o bezpieczeństwie i higie-

- nie pracy (2012–2016), pod red. Zdzisława Jana Zasady. – Włocławek: Włocławskie Towarzystwo Naukowe; Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 69–79.
81. Społeczna odpowiedzialność biznesu w działalności przedsiębiorstwa / Lech Nieżurawski // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 81–91.
82. Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – 157, [1] s.; 23,5 cm.  
Bibliografia przy art.  
ISBN 978-83-61609-66-7.
83. Sytuacja osób niepełnosprawnych na rynku pracy i możliwości ich zatrudniania / Jadwiga Jolanta Izdebska // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 123–137.
84. Wartości etyczne w koncepcji ekonomii w ujęciu Jana Pawła II / Marian Włosiński // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 37–45.
85. Wybrane problemy i koszty profesjonalizacji i restrukturyzacji Sił Zbrojnych RP / Włodzimierz Zieliński // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 115–124.
86. Zamówienia publiczne a klauzule społeczne w procesie integracji europejskiej / Wacława Starzyńska // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 57–67.

#### Zagadnienia społeczne

87. Choroby przewlekłe w populacji seniorów a ich kontekst zdrowotny, społeczny i ekonomiczny / Beata Haor // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 137–142.
88. „Debiuty Naukowe KSW”, T. 11 / red. Urszula Kempieńska. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – 191, [1] s.; 23,5 cm.  
Bibliografia przy art.  
ISSN 1505-6775
89. Gospodarowanie kapitałem ludzkim w warunkach kryzysu: doświadczenia Europy Środkowo-Wschodniej na tle Unii Europejskiej / Wojciech Kosiedowski //

- W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 101–113.
90. Moda na bezpieczeństwo — marzenia czy rzeczywistość? / Konrad Rudniewski // W: Bezpiecznie i zgodnie z przepisami prawa. Włocławskie sympozja o bezpieczeństwie i higienie pracy (2012–2016), pod red. Zdzisława Jana Zasady. – Włocławek: Włocławskie Towarzystwo Naukowe; Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 55–61.
91. NATO w obliczu zagrożeń hybrydowych. Po szczycie w Newport, przed szczytem w Warszawie / Piotr Gawliczek // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 93–100.
92. Pierwszy samolot PLL „LOT” nad północnym biegunem magnetycznym / Zbigniew Kwiatek // W: Z Włocławka nad Arktykę. Jan Nagórski — w 100. rocznicę pierwszych lotów nad Arktyką, pod red. Zbigniewa Karpusa i Władysława Kubiaka. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa; Włocławskie Towarzystwo Naukowe, 2016. – s. 171–173.
93. Poglądy kobiet na temat zdrady małżeńskiej na podstawie badań przeprowadzonych wśród kobiet mieszkanek Włocławka i Osiecin (komunikat z badań) / Dorota Wódecka // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 81–98.
94. Portret mieszkańców Włocławka i regionu w dobie transformacji ustrojowej i kształtowania się społeczeństwa obywatelskiego / Wiesław Marciniak // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki o Bezpieczeństwie i Obronności / KSW Włocławek. – T. 42 (2016), s. 213–229 (ser. H, z. 1).
95. Postawy studentów wobec osób z dysleksją / Urszula Wilińska // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 111–122.
96. „Przyjaciel przy Pracy” — patron prasowy włocławskich sympozjów / Małgorzata Szymańska // W: Bezpiecznie i zgodnie z przepisami prawa. Włocławskie sympozja o bezpieczeństwie i higienie pracy (2012–2016), pod red. Zdzisława Jana Zasady. – Włocławek: Włocławskie Towarzystwo Naukowe; Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 147–152.
97. Relacje międzyludzkie w miejscu pracy na tle działań kontrolnych Państwowej Inspekcji Pracy / Małgorzata Porazińska // W: Bezpiecznie i zgodnie z przepisami prawa. Włocławskie sympozja o bezpieczeństwie i higienie pracy (2012–2016), pod red. Zdzisława Jana Zasady. – Włocławek: Włocławskie Towarzystwo Naukowe; Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 49–54.
98. Rodzicielstwo zastępcze moją drogą życiową / Marta Trela // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 57–63.
99. Rola matki w uświadomieniu i wychowaniu seksualnym córek (na podstawie badań przeprowadzonych wśród kobiet z terenów wiejskich w wybranych gminach powiatu włocławskiego) / Żaneta Stypuła-Cichalska // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 99–109.

100. Rola związków zawodowych w przeciwdziałaniu dyskryminacji w zatrudnieniu / Katarzyna Bogatko // W: Bezpiecznie i zgodnie z przepisami prawa. Włocławskie sympozja o bezpieczeństwie i higienie pracy (2012–2016), pod red. Zdzisława Jana Zasady. – Włocławek: Włocławskie Towarzystwo Naukowe; Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 63–67.
101. Samotni z wyboru? / Natalia Musidlak // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 35–43.
102. Samotność ludzi w szufladach pisarzy / Julita Maciejewska // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 159–168.
103. Samotność widziana oczami matematyka / Joanna Majczak // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 21–33.
104. Соціально-педагогічна робота з сім'ями військовослужбовців Збройних Сил України / Anna Kryżna // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 153–158.
105. Społeczna odpowiedzialność biznesu w działalności przedsiębiorstwa / Lech Nieżurawski // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 81–91.
106. System zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy / Zdzisław Jan Zasada // W: Bezpiecznie i zgodnie z przepisami prawa. Włocławskie sympozja o bezpieczeństwie i higienie pracy (2012–2016), pod red. Zdzisława Jana Zasady. – Włocławek: Włocławskie Towarzystwo Naukowe; Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 81–98.
107. Sytuacja osób niepełnosprawnych na rynku pracy i możliwości ich zatrudniania / Jadwiga Jolanta Izdebska // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 123–137.
108. Szansa bycia i człowiekiem, i obywatelem, i pracownikiem zarazem / Zygmunt Wiatrowski // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 13–20.
109. Wartości etyczne w koncepcji ekonomii w ujęciu Jana Pawła II / Marian Włosiński // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 37–45.
110. Wiedza i praca wyznacznikiem aktywności kulturowej człowieka / Stanisław Kunikowski // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 23–32.
111. Wolontariat szansą odkrycia drogi życiowej / Jakub Zemlak // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 65–74.
112. Współczesne wyznaczniki etosu pracy w obszarze bezpieczeństwa i higieny pracy / Zygmunt Wiatrowski // W: Bezpiecznie i zgodnie z przepisami prawa. Włocławskie sympozja o bezpieczeństwie i higienie pracy (2012–2016), pod red.

- Zdzisława Jana Zasady. – Włocławek: Włocławskie Towarzystwo Naukowe; Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 11–22.
113. Zamówienia publiczne a klauzule społeczne w procesie integracji europejskiej / Wacława Starzyńska // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 57–67.
114. Zasady dobrego wystąpienia publicznego / Sławomir Kukiełczyński // W: Bezpiecznie i zgodnie z przepisami prawa. Włocławskie sympozja o bezpieczeństwie i higienie pracy (2012–2016), pod red. Zdzisława Jana Zasady. – Włocławek: Włocławskie Towarzystwo Naukowe; Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 117–131.
115. Z Włocławka nad Arktykę. Jan Nagórski — w 100. rocznicę pierwszych lotów nad Arktyką, pod red. Zbigniewa Karpusa i Władysława Kubiaka. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa; Włocławskie Towarzystwo Naukowe, 2016. – 217 s.; 23,5 cm. Bibliografia przy art.  
ISBN 978-83-61609-71-1

#### Zdrowie

116. Андрагогічні аспекти виховання у слухачів вищих навчальних закладів навичок і вмінь здоров'я зберігачої поведінки / Mykola Rudenko // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 45–56.
117. Choroby przewlekłe w populacji seniorów a ich kontekst zdrowotny, społeczny i ekonomiczny / Beata Haor // W: Społeczny wymiar ekonomii, pod red. Stanisława Kunikowskiego: Księga Pamiątkowa wydana przez Kujawską Szkołę Wyższą we Włocławku wydana z okazji 70. Rocznicy Urodzin Profesora nadzwyczajnego KSW Henryka Stępnia. – Włocławek: Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 137–142.
118. Geograficzne podstawy zabezpieczenia medycznego ludności w sytuacji kryzysowej / Włodzimierz Leszczyński // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki o Bezpieczeństwie i Obronności / KSW Włocławek. – T. 42 (2016), s. 81–92 (ser. H, z. 1).
119. Jakość i bezpieczeństwo w podmiotach leczniczych / Artur Piotrowicz // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki o Bezpieczeństwie i Obronności / KSW Włocławek. – T. 42 (2016), s. 167–184 (ser. H, z. 1).
120. Rola matki w uświadomieniu i wychowaniu seksualnym córek (na podstawie badań przeprowadzonych wśród kobiet z terenów wiejskich w wybranych gminach powiatu włocławskiego) / Żaneta Stypuła-Cichalska // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 99–109.
121. Sytuacja osób niepełnosprawnych na rynku pracy i możliwości ich zatrudniania / Jadwiga Jolanta Izdebska // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 123–137.
122. Usamodzielnianie jako proces realizowany w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. Podstawowe zagadnienia / Jarosław Pułanecki // „Zeszyty Naukowe KSW”, Nauki Pedagogiczne / KSW Włocławek. – T. 43 (2016), s. 181–192 (ser. C, z. 15).

123. Wydatek energetyczny i jego ujęcie w przepisach bezpieczeństwa i higieny pracy / Kazimierz Pikos // W: Bezpiecznie i zgodnie z przepisami prawa. Włocławskie sympozja o bezpieczeństwie i higienie pracy (2012–2016), pod red. Zdzisława Jana Zasady. – Włocławek: Włocławskie Towarzystwo Naukowe; Kujawska Szkoła Wyższa, 2016. – s. 133–146.
124. Zdrowie w opinii pielęgniarek / Małgorzata Adamczyk // „Debiuty Naukowe KSW” / KSW Włocławek. – T. 11 (2016), s. 75–79.

#### Indeks autorów

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Adamczyk Małgorzata 124               | Osowska Joanna 46                          |
| Alexandrowicz Stanisław 29            | Piątkowski Jan 2                           |
| Bielecki Robert 50                    | Pikos Kazimierz 7, 123                     |
| Bogatko Katarzyna 4, 100              | Piotrowicz Artur 12, 119                   |
| Bondar Viktorija 66                   | Placzkiewicz Beata 51                      |
| Borowiak Joanna 49                    | Porazyńska Małgorzata 3, 97                |
| Borowiak Tomasz 63                    | Posłuszna-Owczar Maria 47                  |
| Brzoza Andrzej 27, 33                 | Pułanecki Jarosław 68, 122                 |
| Chodyncki Ryszard 8                   | Pyrzyk Ireneusz Jan 73, 78                 |
| Dębiński Józef 26                     | Rezmer Waldemar 15                         |
| Gawliczek Piotr 14, 16, 91            | Rudenko Mykola 44, 116                     |
| Glock Michał 42                       | Rudniewski Konrad 90                       |
| Haor Beata 87, 117                    | Sajnaga Roman 28, 34                       |
| Izdebska Jadwiga Jolanta 83, 107, 121 | Sobczak Edyta 54                           |
| Jurkiewicz Paweł 55                   | Starzyńska Wacława 86, 113                 |
| Karpus Zbigniew 37                    | Stępień Henryk 80                          |
| Kasperkiewicz Witold 75               | Stypuła-Cichalska Żaneta 59, 99, 120       |
| Kędzierska Maria 65                   | Szymańska Małgorzata 96                    |
| Kopycińska Katarzyna 54               | Trela Marta 58, 98                         |
| Kosiedowski Wojciech 77, 89           | Wasicka Wanda 39                           |
| Kryżna Anna 62, 104                   | Weremczuk Janusz 53                        |
| Kubiak Władysław 9, 41                | Wiatrowski Zygmunt 6, 31, 57, 64, 108, 112 |
| Kuczaj Oleksandr 56, 70               | Wieczorek Ireneusz 22                      |
| Kuczaj Tetiana 66                     | Wilińska Urszula 52, 95                    |
| Kukielczyński Sławomir 18, 43, 114    | Wiśniewska Lidia Anna 67                   |
| Kunikowski Stanisław 40, 69, 110      | Włosiński Marian 84, 109                   |
| Kwiatek Zbigniew 36, 92               | Woźniak Roman 30, 35                       |
| Leszczyński Włodzimierz 11, 118       | Wódecka Dorota 93                          |
| Lukianova Larysa 48                   | Zasada Zdzisław Jan 5, 10, 19, 76, 106     |
| Łoch Joanna 54                        | Zemlak Jakub 111                           |
| Maciejewska Julita 38, 102            | Zielińska Jolanta 60, 72                   |
| Majczak Joanna 61, 71, 103            | Zieliński Marek 60                         |
| Marciniak Wiesław 94                  | Zieliński Włodzimierz 17, 20, 85           |
| Musidlak Natalia 101                  | Ziółkowska Barbara 23                      |
| Nieżurawski Lech 81, 105              | Żbikowska Mirosława 45                     |
| Nowakowska-Krystman Aneta 16          | Żwirbła Adam 79                            |
| Nowosielski Waldemar 13               |  |

## Indeks przedmiotowy

- aktywność zawodowa 40, 69  
 andragogika 44, 64, 116  
 Arktyka — badania 32, 115  
 – loty samolotowe 32, 115  
 armia — Białoruś 15  
 – ekonomia 85  
 – Polska 20  
 Autonomia palestyńska — bezpieczeństwo 8  
 bezpieczeństwo — 21, 90  
 bezpieczeństwo ekologiczne 13  
 bezpieczeństwo i higiena pracy 1, 6, 7, 18, 121  
 bezpieczeństwo medyczne ludności — sytuacje kryzysowe 11, 118  
 bezpieczeństwo państwa — Autonomia Palestyńska 8  
 – Izrael 8  
 – Polska 9, 20  
 bezpieczeństwo podmiotów lecznictwa 12, 119  
 Białoruś — armia 15  
 bibliografia — Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku 23  
 choroby przewlekłe — seniorzy 87, 117  
 dyskryminacja — zatrudnienie — przeciwdziałanie 5, 106  
 dysleksja 52, 57, 72, 95  
 dysleksja — dziecko 46  
 – organizacje 45  
 dziecko — opieka rodzinna 73  
 – rozwój mowy 63  
 – szkoła 67  
 edukacja szkolna — cele 49  
 ekonomia — narzędzia badawcze 79  
 – teoria 80  
 – ujęcie według Jana Pawła II 84, 109  
 emocje 47  
 etos pracy 6, 112  
 etyka — ekonomia — ujęcie Jana Pawła II 84, 109  
 geopolityka — Rosja 17  
 gospodarka regionalna — innowacje 78  
 gospodarka innowacyjna — Polska 75  
 innowacyjność — gospodarka 75  
 – gospodarka regionalna 78  
 integracja sensoryczna 55  
 interesariusze 16  
 Izrael — bezpieczeństwo 8  
 Jakość podmiotów lecznictwa 12, 119  
 Jan Paweł II — wartości 84, 109  
 kapitał ludzki — gospodarowanie — Europa Środkowo-Wschodnia 77, 89  
 koncepcja 3×M 79  
 Korczak Janusz 54  
 kształcenie ustawiczne — nauczyciele 48  
 kształcenie wojskowe — młodzież — do 1914 r. 19  
 Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku — publikacje 23  
 kultura komunikatywna 62  
 kwalifikacje zawodowe 53  
 lotnictwo — historia — Arktyka 32, 115  
 lotnictwo — historia — Polska 36, 92  
 lotnictwo — historia — Rosja 37, 42  
 lotnictwo — nawigacja 28, 34  
 lotnictwo sportowe — historia 41  
 – Kujawy 41  
 małżeństwo — badania 93  
 – patologie 93  
 mowa dziecka — rozwój 63  
 Nagórski Jan 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 115  
 narzędzia badawcze — ekonomia 79  
 NATO — zagrożenia hybrydowe 14, 91  
 nauczyciele — edukacja 56  
 – wypalenie zawodowe 71  
 – rozwój zawodowy 48  
 – samokształcenie 66  
 neurodydaktyka 50  
 niepełnosprawni — rynek pracy 83, 107, 121  
 ochrona przeciwpożarowa — finansowanie 10, 76  
 – kształcenie 65  
 Osiećciny — małżeństwo — badania 93  
 Państwowa Inspekcja Pracy — funkcje kontrolne 3, 97  
 Pedagogika — nauki pedagogiczne 74  
 Pedagogika opiekuńcza — seniorzy 68, 122  
 Pielęgniarki opinii na temat zdrowia 124  
 Piractwo 16  
 PKP Polskie Linie Kolejowe S.A. Zakład Linii Kolejowych w Warszawie — pracownicy — kwalifikacje 53  
 Polacy — lotnictwo — Rosja 37  
 Polska — armia 20  
 – edukacja wojskowa 19  
 Polskie Towarzystwo Dysleksji oddział Włocławski 45  
 praca — stosunki interpersonalne 3, 97  
 – teoria ekonomii 80

- pracownicy — prawa 2
- prawo pracy 2
- przedsiębiorstwo 81, 105
- Przedszkole Publiczne nr 19 „Bajka” we Włocławku 63
- „Przyjaciel przy Pracy” — czasopismo 96
- rodzicielstwo zastępcze 58, 98
- rodzina — opieka nad dzieckiem 73
- rodziny wojskowych — Ukraina 62
- Rosja — geopolityka 17
- samoocena uczniów 51
- samotność 61, 101, 103
  - w twórczości literackiej 38
- seniorzy — choroby przewlekłe 87, 117
  - zdrowie 87
- socjologia — badania — Włocławek 94
- specjaliści — kształcenie 70
- Sępień Henryk — biografia 25, 31
  - publikacje 24
- stres 62
- studenci — postawy 52, 95
- sytuacje kryzysowe 11, 118
- technologie multimedialne — kształcenie specjalistów 70
- terroryzm morski 16
- twórczość literacka 38, 39, 102
- uczenie się 47, 55
- uczenie się — a ruch 60
- uczenie się — problemy 51
- Ukraina — nauczyciele — edukacja 56
- Ukraina — siły zbrojne 62
- Włocławek — socjologia — badania 94
  - małżeństwo — badania 93
  - Polskie Towarzystwo Dysleksji 45
- wolontariat 111
- wychowanie seksualne — 59, 99, 120
  - rola matki 59, 99
- wypalenie zawodowe — nauczyciele 71
- Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku — studenci 54
- zagrożenia hybrydowe 14, 91
- zamówienia publiczne 86, 113
- zatrudnienie — dyskryminacja 5, 106
  - niepełnosprawni 83, 107, 121
- zdrowie — opinie — pielęgniarki 124
- zespół stresu posttraumatycznego 62
- związki zawodowe 4, 100



## INFORMACJE O AUTORACH

**Dorota Bąk** — dr n. med., specjalista fizjoterapii, adiunkt na Wydziale Nauk o Zdrowiu Kujawskiej Szkoły Wyższej we Włocławku, Prywatny Gabinet Rehabilitacyjny.

**Robert Bielecki** — mgr, politolog-administratywista, specjalista zdrowia publicznego i środowiskowego, wieloletni pracownik administracji publicznej (rządowej i samorządowej) oraz nauczyciel akademicki, członek kilku towarzystw naukowych i organizacji społecznych, obecnie dyrektor Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego UM Włocławek.

**Grzegorz Brzuzy** — dr nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, adiunkt na Wydziale Nauk Pedagogicznych Kujawskiej Szkoły Wyższej we Włocławku.

**Magdalena Chartusz-Zasiewska** — dr n. med., fizjoterapeuta, wykładowca Kujawskiej Szkoły Wyższej we Włocławku.

**Adam Grudzień** — mgr, psycholog i pedagog, asystent na Wydziale Nauk Pedagogicznych Kujawskiej Szkoły Wyższej we Włocławku. Doktorant Instytutu Psychologii Polskiej Akademii Nauk.

**Robert Irzmański** — dr hab. n. med., kardiolog, specjalista chorób wewnętrznych, prodziekan ds. Programowo-Organizacyjnych Fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, starszy asystent w Klinice Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej — Centralny Szpital Weteranów.

**Kamila Kalinowska** — mgr fizjoterapii, wykładowca Kujawskiej Szkoły Wyższej we Włocławku, dyrektor Centrum Rehabilitacji Fizjo-fit.

**Beata Małecka** — dr n. med., adiunkt na Wydziale Nauk o Zdrowiu Kujawskiej Szkoły Wyższej we Włocławku.

**Krystyna Parysjanowicz** — dr, kurator Sądowy w Sądzie Okręgowym we Włocławku.

**Kamila Pasternak-Mnich** — dr n. med., fizjoterapeuta, adiunkt w Klinice Rehabilitacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

**Anna Pawłowska** — studentka II stopnia pielęgniarstwa na Wydziale Nauk o Zdrowiu Kujawskiej Szkoły Wyższej we Włocławku.

**Maria Posłuszna-Owczar** — dr n. med., psycholog, dyrektor Instytutu Nauk o Zdrowiu Kujawskiej Szkoły Wyższej we Włocławku. Zastępca dyrektora Kujawsko-Pomorskiego Ośrodka Adopcyjnego w Toruniu, kierownik oddziału we Włocławku.

**Barbara Sikora** — dr n. o zdr., mgr pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, pedagog specjalny, doradca zawodowy i personalny. Adiunkt na Wydziale Nauk o Zdrowiu Kujawskiej Szkoły Wyższej we Włocławku. Klinika Patologii Cięży i Klinika Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Powiatu Pabianickiego.

**Anita Ewa Sikora-Szubert** — dr n. med., fizjoterapeuta, psycholog (specjalność kliniczna i zdrowia), psychoonkolog. Asystent w Klinice Patologii Ciąży i w Klinice Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Powiatu Pabianickiego.

**Anna Sobiesiak** — mgr, pedagog, dyrektor Kujawsko-Pomorskiego Ośrodka Adopcyjnego w Toruniu, Społeczny Doradca Rzecznika Praw Dziecka.

**Jolanta Zielińska** — logopeda z ponad 25-letnim stażem, specjalista w dziedzinie neurologopedii pracujący z dziećmi, młodzieżą oraz osobami dorosłymi z zaburzeniami mowy i głosu. Od 15 lat zajmuje się diagnozowaniem i terapią dzieci i młodzieży z niepełnością mowy.

**Marek Zieliński** — dr n. o kul. fiz., dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu Kujawskiej Szkoły Wyższej we Włocławku.

**Barbara Ziółkowska** — mgr, starszy kustosz Biblioteki Głównej KSW we Włocławku.



## „ZESZYTY NAUKOWE KSW”

### Zasady przygotowania materiałów — informacje dla Autorów

#### UWAGI OGÓLNE

1. Objętość tomu nie może przekraczać 15 arkuszy wydawniczych.
2. Obowiązuje złożenie wersji elektronicznej (w programie Microsoft Word) i jednostronnego wydruku materiału. Wydruk musi być zgodny z zapisem elektronicznym.
3. Artykuł nie może być nigdzie wcześniej publikowany.

#### BUDOWA ARTYKUŁU

1. Imię i nazwisko autora/autorów (w pełnym brzmieniu) oraz afiliacja (podać pełną nazwę uczelni lub instytucji wraz z siedzibą).
2. Tytuł pracy w języku polskim i angielskim.
3. Streszczenie w języku polskim (do 6 wierszy).
4. Streszczenie w języku angielskim (do pół strony).
5. Słowa kluczowe (6–8 słów) w języku polskim i angielskim.
6. Tekst artykułu.
7. Notka o autorze: tytuł, stopień naukowy, aktualne miejsce pracy.

#### SKŁAD ARTYKUŁU

1. Artykuł nie może liczyć więcej niż 1 arkusz wydawniczy (ok. 13–15 stron wydruku komputerowego, wliczając w to materiał graficzny (mapy, wykresy, tabele, fotografie).

2. Tekst należy składać na formacie A4, przy uwzględnieniu marginesów: górnym i lewym — po 25 mm, czcionką Times New Roman 12-punktową z odstępami międzywierszowymi — 1,5. Tekst powinien być złożony do lewego marginesu z zachowaniem wcięć akapitowych (niejustowany). Nie można samodzielnie dokonywać adiustacji, np. poprzez stopniowanie pisma. Należy unikać stosowania wyróżnień i podkreśleń w tekście (zwłaszcza wielozdaniowych, np. kursywy, pogrubień, wersalików). Kartki dostarczonego wydruku powinny mieć numerację ciągłą.

Podział na śródtytuły należy ograniczyć do pierwszego i drugiego rzędu. Wtręty obcojęzyczne w tekście należy pisać kursywą, cytaty — w cudzysłowie pismem prostym, natomiast źródło cytatu zamieścić w przypisie. Nie należy opatrywać przypisami tytułów, śródtytułów, tytułów tabel itp. Jeżeli wymagają one objaśnienia — opatrzyć gwiazdką. Notki źródłowe (przy tabelach, ilustracjach, rycinach itp.) podaje się bezpośrednio pod odpowiednim materiałem.

3. Dostarczona praca powinna być kompletna i zawierać: tekst główny, przypisy, literaturę, streszczenie, przewidziane dodatki i załączniki (aneksy, tabele, ryciny, mapy, ilustracje itp.).

#### INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

##### Przypisy

##### Cytowanie dokumentów piśmienniczych

**Publikacja zwarta:** A. Olubiński, *Konflikty małżeńskie a warunki i efekty wychowania w rodzinie*, Toruń 1987, s. 76.

**Artykuł w publikacji zbiorowej:** Z. Węgiński, *Swoistość polskiego pedagoga a problemy edukacji globalnej*, [w:] *Etos pedagogów i edukacji wobec problemów globalizacji*, pod red. U. Ostrowskiej, Bydgoszcz–Olsztyn 2002, s. 89–90.

**Artykuły w czasopismach:** E. Kośmicki, *Jak żyć w warunkach globalizacji*, „Przegląd Pedagogiczny” 2002, nr 2, s. 26.

**Maszynopisy lub rękopisy (wzór):** J. Krzemiński, *Dzieje pożarnictwa powiatu morskiego*, mps (lub rkps), Gdańsk 1971, s. 22.

## Cytowanie dokumentów elektronicznych

Obowiązkowe elementy zapisu (kursywą zaznaczono komponenty istotne dla opisów publikacji elektronicznych): autor/autorzy, tytuł, *nośnik* (online, CD-ROM), miejsce wydania, wydawca, data wydania, *data dostępu* (element obowiązkowy dla dokumentów online), *warunki dostępu* (adres internetowy). Przykłady:

**Książka elektroniczna:** *Encyklopedia Omnia* [CD-ROM]. Warszawa: De Agostini Polska, cop. 2001. ISBN 83-907040-4-8.

**Czasopismo:** „Biuletyn Oświatowy” [online]. Gliwice: Nowator, 2004 [dostęp: 25 listopada 2004]. Dostępny w World Wide Web: <http://www.muza.art.pl/0703/home.htm>.

**Inne artykuły ze stron internetowych:** *Annual report for the year 2001–2002* [online]. Cambridge: The University of Cambridge Library, 2004 [dostęp: 6 maja 2004]. Dostępny w internecie: [http://www.lib.cam.ac.uk/About/annual\\_report\\_2001-2.pdf](http://www.lib.cam.ac.uk/About/annual_report_2001-2.pdf).

Szczegółowe informacje o elementach i ich kolejności w opisach dokumentów elektronicznych znajdują się w normie PN-ISO 690-2:1999.

**Tabele:** opracowane w programie MS Word lub MS Excel. Każda tabela powinna posiadać kolejny numer, tytuł własny (u góry) oraz źródło (u dołu tabeli). Nie stosować edycji ramek, cieniowania wierszy, kolumn itp.

**Ryciny:** Ryciny lub rysunki powinny mieć jednolitą numerację. Należy dostarczyć czarno-białe. Legendy powinny być zamieszczone na rycinach, ale tytuł i źródło należy wpisać nad lub pod ryciną. Wykresy mogą być opracowane w MS Excel lub MS Word.

W rycinach opracowanych komputerowo linie nie powinny być cieńsze niż 0,3 pkt., a symbole i opisy muszą być czytelne nawet po zmniejszeniu. Jeśli ryciny opracowane są ręcznie, powinny mieć postać bardzo czytelnego czystorysu nadającego się do skanowania.

Ryciny powinny odpowiadać wielkości, w jakiej wystąpią w publikacji, tj. maksymalnie 126×190 mm. Należy je dostarczyć w postaci odrębnych plików (program graficzny CorelDRAW X3). Ryciny wykonane w innych aplikacjach powinny być zapisane w formacie \*.eps lub \*.wmf umożliwiającymi import do Corela.

**Ilustracje:** Fotografie muszą być opatrzone podpisem wraz z podaniem nazwiska autora, datą wykonania fotografii, podaniem źródła i/lub nazwy właściciela. Wymagana jest pisemna zgoda autora lub właściciela na bezpłatne reprodukowanie. Zgoda wymagana jest także w przypadku, gdy fotografia lub obiekt znajdujący się na fotografii pochodzi ze zbiorów określonej instytucji. Brak zgody, którą winien dostarczyć autor, uniemożliwi reprodukowanie.

Skanowane fotografie barwne i czarno-białe powinny mieć rozdzielczość minimum 600 dpi, rysunki liniowe czarno-białe 1200 dpi. Autor może dostarczyć materiał ilustracyjny oryginalny, jednakże o wysokiej jakości technicznej, gwarantującej dobrą jakość reprodukcji.

Niedopuszczalne jest wlamywanie fotografii do MS Word. Materiał skanowany powinien być dostarczony w osobnych plikach w postaci bitmapy zapisanej w formatach: TIFF, JPG lub EPS. Miejsce wlamania należy zaznaczyć na lewym marginesie.

**Uwaga:** Nie przyjmuje się kserokopii materiałów graficznych ani materiałów z internetu.

Jeżeli cytowane fragmenty tekstu lub element graficzny są chronione prawem autorskim, wymagana jest pisemna zgoda autora oryginału lub właściciela praw autorskich na bezpłatne wykorzystanie w pracy.

Książki i czasopisma Wydawnictwa Uczelnianego KSW  
można zamawiać: listownie, telefonicznie  
i pocztą elektroniczną

Books and magazines of the Publishing House of KSW  
can be ordered: by mail, by telephone, by e-mail

Wydawnictwo Uczelniane KSW  
87-800 Włocławek, pl. Wolności 1  
tel. +48 660 722 691  
e-mail: [wydawnictwa@ksw.wloclawek.pl](mailto:wydawnictwa@ksw.wloclawek.pl)

---

**Dwieście trzydziesta piąta publikacja  
Kujawskiej Szkoły Wyższej  
we Włocławku**