

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

Polish Nursing



praktyka kliniczna



badania naukowe



*promocja zdrowia
w pielęgniarstwie*



zarządzanie w pielęgniarstwie



PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE
POLISH NURSING

KOLEGIUM REDAKCYJNE
EDITORIAL COMMITTEE

Redaktor Naczelny

Editor-in-Chief

dr hab. Maria Danuta Głowacka

Zastępcy Redaktora Naczelnego

Vice Editor-in-Chief

dr hab. Krystyna Jaracz

prof. dr hab. Tomasz Opala

prof. dr hab. Włodzimierz Samborski

prof. dr hab. Jacek Wysocki

Sekretarz Naukowy

Scientific Secretary

dr Ewa Mojs

Sekretarz Redakcji

Scientific Secretary

dr Ewa Mojs

LISTA RECENZENTÓW ARTYKUŁÓW ZGŁASZANYCH DO DRUKU W „PIEŁĘGNIARSTWIE POLSKIM”

(THE LIST OF THE REVIEWERS COOPERATING WITH POLISH NURSING IN 2011)

Prof. Ryszard Barczyk

Prof. Henryk Mruk

Prof. Jan Galicki

Prof. UM Maciej Wilczak

Dr hab. Maria Danuta Głowacka

Dr hab. Ewa Mojs

Dr inż. Rafał Wójciak

Dr Marta Czarnecka-Iwańczuk

Dr Tomasz Niewiadomski

Dr Małgorzata Posłuszna

Dr hab. Krystyna Jaracz

Dr Beata Pięta

Dr Dorota Talarska

RADA NAUKOWA

EDITORIAL ADVISORY BOARD

dr hab. Antoni Czupryna

dr hab. Danuta Dyk

dr hab. Jolanta Jaworek

prof. Lotte Kaba-Schönstein

mgr Irmeli Katainen

prof. Christina Koehlen

prof. dr hab. Jerzy Konieczny

dr Maria Kózka

prof. UM dr hab. Anna Ksykiewicz-Dorota

dr hab. Piotr Małkowski

prof. Hildebrand Ptak

prof. dr hab. Jerzy Stańczyk

dr Frans Vergeer

prof. dr hab. Jerzy Warchoń

prof. UM dr hab. Maciej Wilczak

prof. dr hab. Krzysztof Wiktorowicz

prof. dr hab. Jan Wilczyński

ADRES REDAKCJI:

Pielęgniarstwo Polskie

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Smoluchowskiego 11, Poznań

tel. (61) 861-22-50, fax (61) 861-22-51

e-mail: pielengniarstwo.polskie@ump.edu.pl

EDITOR'S ADDRESS:

Polish Nursing

The Faculty of Health Sciences

Poznan University of Medical Sciences

11 Smoluchowskiego Str., Poznań, Poland

phone (+4861) 861-22-50 int. 191, fax (+4861) 861-22-51

e-mail: pielengniarstwo.polskie@ump.edu.pl

KOLPORTAŻ

Prowadzi Dział Promocji Wydawnictw Uczelnianych i Redakcja

DISTRIBUTION

By the Publishing House and Editor

Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Wydział Nauk o Zdrowiu

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

Nr 4 (42)

Poznań 2011

© Copyright by Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ISSN 0860-8466

Korekta:
Ewa Mojs
Alicja Strzelecka-Żyromska

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

Skład komputerowy:
Barbara Guździol

Projekt okładki:
Rafał Staszewski

Zdjęcia na okładce:
Rafał Staszewski, Maciej Sobkowski

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

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

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

Ark. wyd. 8,0. Ark. druk. 8,5. Papier offset, kl. III 80 g/m², 61 x 86.
Format A4. Zam. nr 4/13.

SPIS TREŚCI

<p><i>Od Redaktora</i> 197</p> <p style="text-align: center;">PRACE ORYGINALNE</p> <p><i>Mieczysława Irena Wyderka, Dorota Zalewska, Ewa Szelaq</i>: Endometrioza a jakość życia 199</p> <p style="text-align: center;">PRACE POGLĄDOWE</p> <p><i>Sebastian Nonn-Wasztan, Elżbieta Rostkowska, Włodzimierz Samborski</i>: Strategia postępowania w usprawnianiu osób z zespołem Turnera z wykorzystaniem metod rehabilitacji w środowisku wodnym 207</p> <p><i>Marta Khymko, Mirosława Cylkowska-Nowak</i>: Autyzm u dzieci – nowy problem terapeutyczny i społeczny 215</p> <p><i>Marta Khymko, Mirosława Cylkowska-Nowak</i>: Autyzm u dzieci – symptomatologia i postawy rodzicielskie 221</p> <p><i>Michał Szarycz</i>: Nowe technologie edukacyjne na przykładzie e-detailingu i ich wpływ na pracę pielęgniarki i położnej w Polsce 229</p> <p><i>Julia Jajor, Elżbieta Rostkowska, Włodzimierz Samborski</i>: Sprawność fizyczna kobiet z zespołem Turnera w aspekcie potrzeb usprawniania fizycznego ... 234</p>	<p style="text-align: center;">PRACE STUDENCKIE</p> <p><i>Ewa Krysztofiak</i>: Umiejętności menedżera opieki zdrowotnej 241</p> <p><i>Michał Sieński, Aleksandra Zajac</i>: Stres a nawyki żywieniowe w populacji studentów 246</p> <p><i>Dorota Łuczka, Natalia Walicka, Elżbieta Olek</i>: Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie – osiągnięcia, realizacje i nowe cele 254</p> <p style="text-align: center;">VARIA</p> <p>Sprawozdanie z Międzynarodowej Konferencji „KULTURA, MEDIA, ETYKA 2012. Media w perspektywie etycznej i kulturowej w kontekście rewolucji teleinformatycznej” 257</p> <p><i>Marcin Cybulski</i>: Recenzja książki „Dlaczego zebry nie mają wrzodów. Psychofizjologia stresu” 259</p> <p style="text-align: center;">INFORMACJE</p> <p>Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu. Deklaracja członkowska 260</p> <p>Informacje o nowym dziale „Prawo w Pielęgniarstwie” 262</p> <p>Podyplomowe Studium Zarządzania w Opiece Zdrowotnej – informacja 263</p>
--	--

CONTENTS

<i>Editor's note</i>	198
----------------------------	-----

ORIGINAL PAPERS

<i>Mieczysława Irena Wyderka, Dorota Zalewska, Ewa Szelaq</i> : The endometriosis and the quality of life	199
---	-----

REVIEW PAPERS

<i>Sebastian Nonn-Wasztan, Elżbieta Rostkowska, Włodzimierz Samborski</i> : Strategy of proceeding in improving of persons with the Turner's syndrome with using methods of the rehabilitation in the aquatic environment	207
<i>Marta Khymko, Mirosława Cylkowska-Nowak</i> : Autism in children: a new therapeutic and social problem	215
<i>Marta Khymko, Mirosława Cylkowska-Nowak</i> : Autism in children: symptomatology and parental attitudes	221
<i>Michał Szarycz</i> : New education technologies on the example of e-detailing, their influence on nurses and midwives work in Poland	229
<i>Julia Jajor, Elżbieta Rostkowska, Włodzimierz Samborski</i> : Physical fitness of women with Turner syndrome in consideration of physical rehabilitation	234

STUDENT'S PAPERS

<i>Ewa Krysztofiak</i> : Skills of health care manager ...	241
<i>Michał Sieński, Aleksandra Zajac</i> : Stress and diet habits among students	246
<i>Dorota Łuczka, Natalia Walicka, Elżbieta Olek</i> : Polish Nurses Association, the job of a nurse, undertakings, health schemes	254

VARIA

<i>Wojciech Strzelecki</i> : "CULTURE, MEDIA, ETHICS 2012. Media in the perspective of the ethical and cultural context of the teleinformatics revolution" – conference report	257
<i>Marcin Cybulski</i> : The review of the book „Dlaczego zebry nie mają wrzodów. Psychofizjologia stresu”	259

INFORMATION

Polish Society of Health Sciences. Member's declaration	260
The information about the new chapter "The law in nursing"	262
Postgraduate Course "The management in Health Care" – information	263

Od Redaktora

Szanowni Czytelnicy,

Kolejny numer naszego pisma oddajemy na koniec roku, kiedy większość z Państwa podsumowuje swoje działania edukacyjne, z satysfakcją ocenia osiągnięcia, ale także planuje szereg nowych działań. Z licznych rozmów z Czytelnikami wiemy, iż aktywnie uczestniczą w kursach specjalizacyjnych, szkoleniach podyplomowych i warsztatach i konferencjach. Prosimy o relacje z tych zdarzeń. Będziemy je prezentować na łamach pisma. My ze swojej strony także czynimy starania, aby informować Państwa o ofercie edukacyjnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu dla pielęgniarek i położnych. Świadomość potrzeby edukacji oraz aktywności Państwa w tym zakresie zdeteminowała do pewnego stopnia postać i zawartość tego numeru. Prezentujemy zatem i rekomendujemy do lektury artykuł Michała Szarycza pt.: „Nowe technologie edukacyjne na przykładzie e-detailingu i ich wpływ na pracę pielęgniarki i położnej w Polsce”.

Jak zazwyczaj, także i w tym numerze, sporo miejsca poświęcamy zagadnieniom klinicznym. W numerze przedstawiamy ciekawą pracę Autorów: Mieczysława Irena Wyderka, Dorota Zalewska, Ewa Szelaż pt.: „Endometrioza a jakość życia”. Zachęcamy do lektury.

W bieżącym numerze zwracamy także uwagę na prace: Sebastian Nonn-Wasztan, Elżbieta Rostkowska, Włodzimierz Samborski pt.: „Strategia postępowania w usprawnianiu osób z zespołem Turnera z wykorzystaniem metod rehabilitacji w środowisku wodnym” oraz dwie prace

Autorek: Marta Khymko i Mirosława Cyłkowska-Nowak dotyczące autyzmu u dzieci.

Nieodłączną częścią „Pielęgniarstwa Polskiego” i mocną stroną tego numeru są ciekawe prace studenckie, zachęcamy studentów z innych ośrodków do publikowania na naszych łamach, pierwszego zmierzania się z materiają jaką są badania naukowe.

Tradycją naszego czasopisma jest także przedstawianie sprawozdań, tym razem z konferencji „KULTURA, MEDIA, ETYKA 2012. Media w perspektywie etycznej i kulturowej w kontekście rewolucji teleinformatycznej”

W załączniku informacje o Polskim Towarzystwie Nauk o Zdrowiu i jego aktywności konferencyjno-szkoleniowej.

Zachęcamy Czytelników do nadsyłania prac oraz aktywnego kontaktu z Redakcją.

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

Dr hab. Maria Danuta Głowacka

Redaktor Naczelny

Dr hab. Ewa Mojs

Redaktor Naukowy

Editor's note

Dear Readers,

The current issue of our journal is published when most of you have completed your educational endeavors with feelings of pride and satisfaction with your achievements and are also making plans about future academic goals. During our numerous conversations with our readers we learned that you actively participate in specialization courses, postgraduate trainings as well as in workshops and conferences. We ask you to send us information about all these events because we would like to publish your reports in our journal. At the same time we try to provide you with information about our University's educational offer for nurses and midwives. The contents of this volume to a certain extent depict the scope of clinical and scientific interests of our readers.

We present and recommend the article by Michał Szarycz on E-detailing as an example of a new educational technology and its influence on the nurse's and midwife's work in Poland. As usual, we devote a lot of place in our journal to clinical issues. You can find the paper by Mie czysława Irena Wyderka, Dorota Zalewska and Ewa Szeląg on The influence of endometriosis on quality of life.

We wish you fruitful reading. Additionally, in the current issue of our journal please pay attention at such papers as The Management Strategy of Turner syndrome patients with the use of aquatic rehabilitation methods

by Sebastian Nonn-Wasztan, Elżbieta Rostkowska and Włodzimierz Samborski and two articles by Marta Khymko and Mirosława Cylkowska-Nowak on childhood autism.

Interesting articles written by students remain the strength of our journal. They are its indelible part so we encourage students from academic centers to publish their first attempts at scientific research in our journal. Traditionally, we present a report from the conference Culture, Media and Ethics 2012. Media in the ethical and cultural perspective in the context of Tele-Information revolution. Additionally, you can find information about the Polish Society of Health Sciences and its conferences in the attachment. We also encourage you to send us papers and to stay in touch with the Editorial staff. We hope the articles in this issue will be interesting to you and we send you an invitation to participate in the conferences organized by the Polish Society of Health Sciences.

*Maria Danuta Głowacka, PhD
Editor in Chief*

*Ewa Mojs, PhD
Scientific Editor*

ENDOMETRIOZA A JAKOŚĆ ŻYCIA

THE ENDOMETRIOSIS AND THE QUALITY OF LIFE

MIECZYŚLAWA IRENA WYDERKA, DOROTA ZALEWSKA, EWA SZELAĞ

Zakład Teorii Pielęgniarstwa
Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi
Kierownik: dr n. med. Mieczysława Irena Wyderka
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa

Streszczenie

Endometrioza jest chorobą polegającą na wszczęciu się struktur błony śluzowej macicy poza jej jamę. W Polsce choruje na nią ok. 1 mln kobiet. Problem jest poważny jednak ciągle bagatelizowany. Endometriozę charakteryzują trzy podstawowe objawy: bóle miednicy mniejszej, bóle w czasie współżycia seksualnego oraz problemy z zajściem w ciążę [12]. Celem pracy była odpowiedź na pytanie czy endometrioza wpływa na jakość życia chorujących na nią kobiet, czy pielęgniarki mają wpływ na proces zdrowienia i poprawę ich jakości życia, jak pacjentki oceniają opiekę pielęgniarską w oddziale, w którym przebywały. Przeprowadzając badania dowiedziono, że objawy choroby mogą ingerować we wszystkie sfery życia uniemożliwiając zaspokojenie wielu ważnych dla kobiet potrzeb. 54% badanych odczuwało niepokój, frustracje i osamotnienie. 14% miało problemy z zajściem w ciążę, a 44% nie posiadało własnego potomstwa. 94% odczuwało silne bóle w czasie miesiączki, natomiast 64% również poza menstruacją. Tylko 15 spośród 150 kobiet zadeklarowało, że nie używało środków przeciwbólowych. Dowodzi to, że ból jest dominującym objawem tej choroby i negatywnie wpływa na jakość życia chorych kobiet. W czasie pobytu w szpitalu pacjentki potrzebują wyspecjalizowanej pomocy pielęgniarek pracujących w oddziale ginekologicznym. Poprzez swój profesjonalizm pielęgniarki realizują plan opieki na najwyższym poziomie, edukują pacjentki. Współdziałając z całym zespołem terapeutycznym w szpitalu oraz rodziną chorej, pomagają znaleźć właściwe rozwiązania prozdrowotne, które ułatwią powrót do zdrowia. Wszystkie te działania mają duży wpływ na proces zdrowienia, odczuwania satysfakcji i zadowolenia, a co za tym idzie poprawę jakości życia, co potwierdziły badania.

Słowa kluczowe: endometrioza, jakość życia, ból, pielęgniarka.

Wstęp

Endometrioza to podstępna, przewlekła i nieuleczalna choroba ginekologiczna, na którą w Polsce cierpi około 1 mln kobiet, a blisko 200 mln na świecie. Pierwsze przypadki endometriozy zostały opisane ponad 100 lat temu. Pomimo prowadzonych badań etiologia tego schorzenia do dziś nie została wyjaśniona. Charakteryzuje się wszczęciem endometrium, czyli błony śluzowej macicy w różne miejsca. Najczęściej dotyczy to miednicy mniejszej – więzadeł, jajników, jajowodów, otrzewnej, pęcherza moczowego, czy jelit. Choroba rozwija się powoli, przebiega skrycie, a u wielu kobiet bezobjawo-

Summary

Endometriosis is a medical condition whereby endometrium cells flourish outside the uterine cavity. In Poland, an estimated 1 million women suffer from endometriosis. The issue is serious, yet constantly belittled. There are three main symptoms of the condition: pelvic pains, pain during sexual intercourse, and difficulties conceiving [12]. My thesis attempted to address the issue of whether endometriosis has a bearing on the well-being of the women affected, and to establish if the assistance of nurses is a factor in the patients' recovery and their improved well-being. I wanted to find out how the patients rate the quality of the nurse care in the ward where they were staying. My research revealed that the symptoms of endometriosis may intrude in all spheres of life and prevent the satisfaction of many needs which women consider crucial. 54% of the subjects experienced the feelings of anxiety, frustration, and desolation. 14% of the subjects had difficulties conceiving, and 44% of them were childless. 94% and 64% of the subjects suffered from severe pain during and also outside menstruation respectively. Only 15 out of 150 claimed they did not use painkillers, which proves that pain is the condition's main symptom and impinges on the well-being of endometriosis-affected women. Staying in the hospital, patients need the specialized assistance of gynecological ward nurses, who, through their professional approach, implement the nursing care plan of the highest standard and educate their patients. The nurses, in cooperation with the hospital's therapeutic team and the patient's family, help find the best health solutions which facilitate recovery. The research confirmed that the aforesaid forms of assistance make for the patient's recuperation, the increased level of satisfaction, and consequently, the improved well-being.

Key words: endometriosis, pain, quality of life, nurse.

wo. Często pojawiają się bóle w okolicy miednicy mniejszej. Endometrioza może być przyczyną ciągnącego się latami złego samopoczucia kobiety. Dolegliwości związane z endometriozą przeszkadzają jej normalnie funkcjonować: pracować, prowadzić dom, wypoczywać czy współżyć seksualnie. Może także być przyczyną braku potomstwa. Endometrioza stanowi poważny problem w ginekologii i położnictwie, a także istotny problem społeczny. Nasilający się ból pogarsza jakość życia, ma zły wpływ na funkcjonowanie w rodzinie i społeczeństwie. Złe wpływa na zdrowie psychiczne powodując obniżenie nastroju i zaburząc poczucie szczęścia. Pielęgniarka jako członek zespołu interdyscyplinarnego

podejmuje działania na płaszczyźnie bio-psycho-społecznej. Ma ku temu możliwości i okazje, ponieważ to ona spędza z pacjentkami najwięcej czasu, obserwuje w różnych sytuacjach, rozmawia, wspiera, edukuje, pielęgnuje, pomaga, rehabilituje. Każda kobieta chorująca na endometriozę reaguje w indywidualny i charakterystyczny dla siebie sposób. Jest to uzależnione od przebiegu i nasilenia objawów chorobowych. W procesie leczenia i zdrowienia bardzo ważne są działania na rzecz utrzymania równowagi psychicznej i społecznej chorych [7].

Człowiek w swoim życiu formułuje cele, dąży do rozwoju wewnętrznego i samorealizacji. Zależy mu na dobrym życiu. W psychologii jakość życia człowieka jest uważana za domenę klinicystów. Mimo iż była omawiana przez wielu teoretyków i badana przez badaczy można wyodrębnić wiele propozycji rozumienia tego pojęcia. Samo pojęcie jakości życia charakteryzuje się nieograniczoną możliwością interpretacji, wieloznaczności i dowolności definiowania. Wyniki wielu przeprowadzonych badań nad jakością życia sprowadzają się do jej konsumpcyjnego ujęcia. Na przykład w ekonomii o wysokim wskaźniku jakości życia decyduje sytuacja materialna rodziny, ilość posiadanych dóbr, pozycja społeczna. Uważa się również, że jakość życia ustalić można na podstawie zbioru pewnych, ogólnie przyjętych, jednakowych dla wszystkich kryteriów. Należą do nich: bogactwo przeżyć, poziom świadomości, poziom aktywności, twórczość, współuczestnictwo w życiu społecznym. Im większe jest ich spełnienie, tym wyższa jakość życia. Początkowo badania jakości życia miały służyć jako miernik tego, jak się żyje ludziom w danych warunkach: otoczeniu społecznym, miejscu pracy, środowisku naturalnym. Personel medyczny uczestniczący w procesie leczenia jest ważnym ogniwem kształtującym postawę pacjenta oraz jego nastawienie do nowej sytuacji życiowej. Swoimi działaniami pomaga w osiągnięciu stabilizacji samopoczucia fizycznego pacjenta. Oddziałując na sferę psychiczną aktywizuje do działania, motywuje do czynnego uczestnictwa w życiu rodzinnym i społecznym. Cała reszta pozostaje w rękach pacjenta. W jakim stopniu choroba zmieni jego życie zależy od wielu czynników: kim był i jak żył do tej pory, jak radził sobie w sytuacjach trudnych, do czego dążył i jakie wartości cenił najbardziej. Zarówno z literatury, jak i własnych obserwacji wynika, że jakość życia wyznaczona jest przez wiele jego aspektów począwszy od kryterium odczuć fizycznych poprzez estetyczne, kulturowe, materialne, duchowe i społeczne. Dla przeciętnego człowieka jakość życia wiąże się nierozdzielnie ze zdrowiem, udanym życiem rodzinnym, poczuciem własnej wartości, dobrymi kontaktami społecznymi, umiejętnością radzenia sobie w sytuacjach trudnych, poczuciem bezpieczeństwa. Jakość życia jest więc zdeterminowana wszystkimi czynnikami, których zaspokojenie pozwala jednostce na poczucie spełnienia i motywację do działania.

Pojęcie endometriozy wprowadził Samson w 1921 r. Teoria tego autora jest jedną z najbardziej szeroko przyjętych wyjaśnień dotyczących zjawiska endometriozy

w jamie otrzewnej, poparta badaniami doświadczalnymi. Według Samsona „endometrioza jajników oraz jej umiejscowienie wewnątrz jamy otrzewnej powstają w wyniku przemieszczania się cząstek błony śluzowej macicy, co może zachodzić podczas miesiączki. Cząstki endometrium wraz z krwią miesięczkową przedostają się do jajowodów, a stamtąd do jamy otrzewnej, gdzie przyczepiają się do narządów miednicy” [12]. Mimo wielu teorii etiologia tego schorzenia do dziś jeszcze nie jest wyjaśniona. Wydaje się, że istotną rolę w powstawaniu i rozwoju endometriozy odgrywa „wadliwie” działający układ immunologiczny. U zdrowych kobiet komórki błony śluzowej znajdujące się poza macicą są likwidowane przez układ odpornościowy, a u kobiet ze skłonnością do endometriozy są tolerowane. Z tego powodu powstają wszczepy nieprawidłowych komórek, z których tworzą się stany zapalne, a następnie powiększające się zrosty, które doprowadzają do nieodwracalnego włóknienia tkanek, zniekształceń i sklejanie się narządów miednicy. Na jajnikach mogą powstawać wypełnione starą krwią smoliste torbiele, które mogą mieć nawet 10 cm średnicy [7]. Przyczyn tej choroby jest wiele, jednak nie zostały one precyzyjnie określone. Większość specjalistów winą za powstawanie ognisk endometrium obarcza gospodarkę hormonalną kobiet. Podczas wahań hormonalnych w czasie menstruacji, ogniska endometriozy reagują w taki sam sposób, jakby nadal znajdowały się w macicy. Cyklicznie rosną i złuszczają się, powodując wzrost krwawienia, stany zapalne i silne bóle w okolicach podbrzusza. W badaniach nad źródłami choroby pojawiają się również predyspozycje genetyczne, dysfunkcja układu odpornościowego, a także wpływ środowiska i kwestie związane ze stanem psychicznym i osobowościowym [12]. Gruczolistość może pojawiać się w każdym narządzie kobiety. Najczęściej występuje w narządach płciowych miednicy mniejszej, tj.: mięśni macicy, jajowodzie, jajniku czy pochwie. Może być obecna również w innych narządach, tj.: w pęcherzu moczowym, jelitach, wyrostku robaczkowym i narządach odległych jak nerki, serce. Miejscem pojawienia się endometriozy może być blizna pooperacyjna. Najczęściej jest to blizna po cięciu cesarskim, jak również każda po operacji ginekologicznej na mięśni macicy. Endometriozę można podzielić w zależności od zaawansowania choroby. Postać łagodna to drobne ogniska endometriozy, drobne zrosty otrzewnowe w miednicy mniejszej, średniej ciężkości, ogniska wielkości około 2 cm. Postać ciężka przebiegająca z torbielami endometrialnymi, zrostami, niedrożnością jajowodów, z naciekami endometrialnymi w zagłębieniu maciczo-odbytniczym, zajęciu przez endometriozę jelit. Choroba ma indywidualny przebieg, może nie dawać jakichkolwiek objawów, co utrudnia rozpoznanie. Najczęściej chorują kobiety w wieku 25–35 lat, ale zdarza się u kobiet starszych, po menopauzie, jak też u nastolatek [5, 7]. Szacuje się, że choroba dotyka 7–15% w wieku reprodukcyjnym oraz 2–5% w wieku okołomenopauzalnym [2]. Endometriozę charakteryzują trzy podstawowe objawy: bolesne mie-

siączkowanie (dysmenorrhea), ból przy współżyciu (dyspareunia) i bezpłodność [9]. Bóle mogą być odczuwalne nad spojeniem łonowym, promieniować do odbytnicy i mogą mieć związek z oddawaniem stolca i moczu. Dolegliwości bólowe mogą być zlokalizowane w różnych miejscach w zależności od umiejscowienia zmian chorobowych oraz stopnia ciężkości endometriozy [1]. Obserwuje się nieregularne, obfite krwawienia miesięczkowe, a nawet krwawienia z pęcherza moczowego lub odbytnicy. W przypadku zaawansowanej endometriozy może występować krwiomocz, częstomocz, parcia naglące, nietrzymanie moczu. Bóle nadłonowe można wiązać z endometriozą tylko wtedy, gdy wykluczy się wszystkie choroby nerek i dróg moczowych [10]. Wiele pacjentek z endometriozą ma problemy jelitowe. Objawy przypominają zespół jelita drażliwego i okrężnicy, skurcze jelit, bolesne wypróżnianie, zaparcia, bóle brzucha, bóle odbytu z powstawaniem niedrożności włócznie [12]. Endometrioza umiejscowiona w wyrostku robaczkowym może dać objawy zapalenia tego narządu, a zrosty w obrębie jelit mogą manifestować się niedrożnością przewodu pokarmowego. Niektóre pacjentki mogą mieć jeden z tych objawów, podczas gdy inne mogą mieć je wszystkie. Często objawy te są nasilone przed i w czasie miesiączki. Gruczolistość jest procesem patologicznym, ale histopatologicznie łagodnym. Mimo to, powoduje niszczenie tkanek przez stopniowe naciekanie struktur narządowych. Powstają zrosty i blizny. Endometrioza jest chorobą przewlekłą, postępującą, pogarszającą jakość życia młodej kobiety. W dużym odsetku odpowiada za zaburzenia rozrodu [12]. Przyczyna niepłodności u kobiet z endometriozą nie jest jeszcze dokładnie poznana. Niepłodność w następstwie zajęcia przez proces chorobowy jajnika i jajowodu może być wytłumaczalna zmianami anatomicznymi, ale niepłodność przy występowaniu tylko minimalnych wszczepów w obrębie miednicy jest trudna do wyjaśnienia [7]. Torbiele endometrialne oraz liczne zrosty w miednicy mniejszej uniemożliwiają owulację, a także powodują zamknięcie światła jajowodów. Może uszkadzać komórkę jajową uszkadzając i niszcząc pęcherzyk. Jej rozpoznanie nie jest proste. Jedynym pewnym dowodem na jej istnienie jest wykonanie laparoskopii. Dzięki niej jest bezpośredni dostęp do zmiany, możliwość dokładnej oceny, stopnia jej zaawansowania, zniszczenie wszczepów endometriozy w możliwie jak najszerszym zakresie oraz pobranie materiału do badania histopatologicznego. Makroskopowo endometrioza występuje jako drobne ogniska o nierównej powierzchni i sinawym zabarwieniu, które krwawią podczas dotyku w czasie krwawienia miesięcznego. W jajnikach powstają zazwyczaj guzy lite, które po pewnym czasie zmieniają się w torbiele wypełnione hemolizowaną krwią tzw. guzy czekoladowe. Przy doborze odpowiedniego leczenia powinno się ustalić cel postępowania medycznego, to znaczy należy ustalić czy celem leczenia endometriozy jest zniesienie bólu, czy leczenie niepłodności. Należy również wybrać rodzaj leczenia: farmakologiczne, chirurgiczne lub obydwa. U młodych kobiet planujących

ciążę stosuje się w miarę możliwości metodę endoskopową z leczeniem hormonalnym [9]. Zdarza się, że trzeba zastosować doszczętne leczenie chirurgiczne endometriozy polegające na całkowitym wycięciu macicy wraz z przydatkami. Ten sposób stosuje się w przypadkach rozległych i guzowatych zmian obu gonad u kobiet, które nie planują potomstwa, a cierpią na znaczne dolegliwości. Postępowanie radykalne znajduje również zastosowanie wtedy, gdy endometrioza blokuje ważne dla życia narządy np. zwęża moczowody lub głęboko nacieka jelita. Samo usunięcie macicy powoduje cofanie endometriozy i jest zalecane u kobiet powyżej 40. roku życia. Postępowanie radykalne daje 90–100% wyleczeń. Nie powinno być jednak stosowane u chorych w okresie pełnej aktywności płciowej ze względu na burzliwe objawy pokastracyjne i pozbawienie płodności [12]. Podstawą hormonalnego leczenia jest zablokowanie miesiączki. Istnieje wiele metod i należy kierować się indywidualnymi wskazaniem w wyborze leku. Jest chorobą przewlekłą i jednorazowe włączenie kuracji hormonalnej nie powoduje wyleczenia. Nawroty występują po 1–2 lat i wymagają ponownego leczenia. Kobiety niepełne zachodzą w ciążę najczęściej po pierwszym roku po zakończeniu kuracji hormonalnej. Ciąża po tym leczeniu jest ciążą specjalnej troski. Dotyczy to kobiet po kilkuletniej niepłodności i długotrwałym uciążliwym leczeniu hormonalnym lub operacyjno-hormonalnym, w momencie porodu mających powyżej 35 lat. U takich kobiet zdrowie i stan ciąży powinny być ściśle kontrolowane co 2–3 tygodnie, a każde powikłanie ciążowe leczone w oddziale klinicznym [7]. Endometrioza jest chorobą podstępą, która może ingerować we wszystkie sfery życia uniemożliwiając zaspokojenie wielu ważnych dla kobiety potrzeb. Zespół bólowy miednicy mniejszej, bóle w czasie stosunków i bezpłodność, mogą być powodem pogorszenia jakości życia. Pacjentki z gruczolistością opisują ból jako palący, szczypiący, intensywny, przykry, promieniujący do pachwiny, pęcherza, odbytu, krzyża, rozdzierający, nieprzemijający [7]. Ma on wpływ na osobę dotkniętą, jak i osoby bliskie: rodzinę, przyjaciół, współpracowników. W przypadku endometriozy życie partnerów często zostaje podporządkowane chorobie. Poważnym problemem jest obniżona samoocena kobiety w roli m.in. partnerki, matki, pracownika. Przewlekłe dolegliwości utrudniają i uniemożliwiają wypełnianie codziennych obowiązków, mogą przyczynić się do izolacji psychicznej i społecznej, potęgować konflikty. Kobiety mają często depresyjny nastrój, bywają rozdrażnione. Zdarzają się wybuchy płaczu i gniewu. Pojawiają się trudności w zasypianiu. Często sen bywa niespokojny. Napady bólu mogą prowadzić do braku należytego wypoczynku i narastania przewlekłego zmęczenia. W konsekwencji zwiększenia wrażliwości na ból, szczególnie wtedy, gdy dolegliwości mają charakter przewlekły. Obniżeniu może ulec libido i aktywność seksualna. Kobieta odczuwająca ból ma problem z czerpaniem radości z seksu. Dolegliwości mogą występować w czasie współżycia jak i po, nawet do 48 godzin po

zbliżeniu. Niektóre kobiety odczuwają dolegliwości w każdej pozycji, a niektóre tylko przy głębokiej penetracji. Oprócz dyskomfortu może negatywnie wpływać na relację z partnerem. Może on nie rozumieć unikania współżycia lub mieć zawód z powodu braku satysfakcji partnerki. Dlatego ważne, by podjąć rozmowę z partnerem, szczerze opowiedzieć mu o swoich dolegliwościach i wspólnie ustalić najlepsze rozwiązania (np. czas i pozycje), dzięki którym ból jest najmniej odczuwalny [11]. Stwierdza się, że u 30–40% kobiet z rozpoznaną endometriozą występuje niepłodność [12]. O niepłodności mówi się wtedy, gdy występuje niemożność zajścia w ciążę po przynajmniej 12 miesiącach regularnych stosunków bez stosowania środków antykoncepcyjnych. Dla kobiety macierzyństwo jest istotnym elementem roli społecznej, czynnikiem rozwoju i sposobem samorealizacji. W związku z tym niemożność zaspokojenia potrzeby macierzyństwa może wywołać problemy psychologiczne [4]. Brak posiadania potomstwa wywołuje głęboką frustrację. Stres pojawia się już w chwili podejrzenia choroby. Jest ciężką próbą na jaką wystawiony jest związek dwojga kochających się ludzi. Mogą pojawić się problemy z komunikacją i zrozumieniem. Wynik podważający płodność zmniejsza status społeczny, może powodować uraz psychiczny prowadzący do obniżenia własnej wartości [11]. Pojawiają się trudności z myśleniem o czymś innym niż bezpłodność. Koncentracja na swoich dolegliwościach i uporczywe poszukiwania przyczyn oraz sposobów ich łagodzenia nasilają zamknięcie w sobie i często prowadzą chore do beznadziejności.

Rola pielęgniarki w opiece nad kobietą z endometriozą polega na profesjonalnej, holistycznej opiece oraz szeroko rozumianej edukacji zdrowotnej. Pacjentka zgłaszająca się do szpitala często nie jest świadoma swojej choroby. Przyjęcie jej do oddziału stanowi bardzo ważne wydarzenie życiowe dla niej i jej rodziny. Duża liczba wykonywanych czynności może działać stresująco na chorą. Skutkom tym można zapobiec troskliwością, szacunkiem i życzliwością. Przeprowadzenie dokładnego wywiadu chorobowego dotyczącego podstawowych dolegliwości badanej chorej należy do obowiązków lekarza. Jednak pielęgniarka podczas pierwszego kontaktu z chorą może uzyskać od niej wiele cennych informacji, których przedstawienie lekarzowi może stanowić dużą pomoc w rozpoznaniu endometriozy. Do tego celu powinien służyć wywiad pielęgniarski, czyli udokumentowana rozmowa w celu zebrania danych dotyczących problemów zdrowotnych pacjentki. Pielęgniarka musi umieć stworzyć atmosferę szczerości i zainteresowania, co wpłynie na dokładne skompletowanie pielęgniarskiej historii choroby. Ważne jest zachowanie osób przyjmujących pacjenta oraz otoczenie: wystrój i wielkość sal, wyposażenie, możliwość izolacji. Bardzo ważna jest organizacja życia szpitalnego i wynikające z niej wygody: dostęp do telefonu, prasy, łatwość wykonywania zakupów, łatwy kontakt z rodziną. Istotą sprawy jest odpowiedni dobór pacjentów w sali. Potrzeba komfortu psychicznego zostaje z reguły niezaspokojona. Kontakt

z pacjentem powinien polegać na bezpośrednim świadczeniu usług, dostarczeniu informacji na temat stanu zdrowia, przebiegu choroby, sposobu stosowanego leczenia, możliwości i rodzaju pojawienia się objawów ubocznych, nawiązaniu i podtrzymywaniu kontaktu emocjonalnego, np.: między pielęgniarką, a pacjentem [3]. Pielęgniarka powinna mieć doskonale umiejętności komunikacyjne, uczyć, informować i wspierać, podczas stresujących sytuacji i zabiegów, bo to ona spędza z pacjentką najwięcej czasu. Żeby postawić prawidłową diagnozę konieczne jest wykonanie laparoskopii, czyli wziernikowania jamy brzusznej. Laparoscopia jest mniejszym obciążeniem fizycznym dla pacjentki. Chore krócej przebywają w szpitalu, nie mają dużych okaleczeń zewnętrznych. Przygotowanie do zabiegu operacyjnego obejmuje sferę psychiczną i fizyczną. Oba te obszary są bardzo ważne, a czynności jakie podejmuje w ich ramach pielęgniarka należą do istotnych elementów stanowiących o bezpieczeństwie pacjenta i pomyślnym przebiegu zabiegu operacyjnego. Od tego przygotowania będzie zależało nastawienie pacjentki. Chore często nie wiedzą na czym polega zabieg laparoskopii. Czują się zagrożone i pełne obaw. Mają poczucie niewiedzy co do przebiegu choroby, leczenia i rokowania, co potęguje stres [3]. Dlatego powinna być poinformowana o celowości badania, czasie trwania, ewentualnych dolegliwościach i objawach, które mogą wystąpić po zabiegu ze zwróceniem szczególnej uwagi na te, o których pacjentka powinna zgłosić pielęgniarce. Powinna wykazać zrozumienie wszystkich problemów pacjentek. Każda musi mieć pewność, że w okresie pełnej zależności może liczyć na fachową jej pomoc, która swym działaniem i postawą stworzy najlepsze warunki, aby czuła się dobrze, odzyskała siły i zdrowie. Jeżeli u pacjentki występują problemy psychologiczne, takie jak niepokój, rozdrażnienie, nerwowość pielęgniarka powinna wysłuchać skarg chorej, a jeśli to nie wystarczy zasugerować pomoc psychologa. Pielęgniarka przygotowując chorą do opuszczenia szpitala dba, aby pacjentka otrzymała konieczne informacje na piśmie z uwzględnieniem daty kontroli ambulatoryjnej w celu ewentualnego zdjęcia szwów, czy podjęcia leczenia farmakologicznego. Opuszczenie szpitala przez pacjentkę nie jest zakończeniem leczenia endometriozy. Chora powinna umieć nawiązać współpracę z personelem lekarskim i pielęgniarskim, aby dalej mogła być skutecznie leczona. Powinna wiedzieć, że leki jakie otrzymuje muszą być bardzo dokładnie przyjmowane i odpowiednio przechowywane. Często zdarza się tak, że pacjentki po wyjściu ze szpitala czują się osamotnione, niepewne i zdezorientowane w dalszej drodze do uzyskania zdrowia i dobrego samopoczucia. Poprzez szeroko zakrojoną edukację prozdrowotną pacjentki jeszcze w szpitalu powinny uzyskać wiedzę i mieć głęboką świadomość, że tylko właściwy styl życia, w tym aktywność fizyczna dadzą im szansę na dobre samopoczucie i komfort życia. Pielęgniarka przez kształtowanie zachowań prozdrowotnych powinna tak wpłynąć na pacjentkę, aby ta poczuła się odpowiedzialna za własne zdrowie. Pacjentka powinna wiedzieć, że dopiero całokształt działań tzn. operacja, środki farmakologicz-

ne, aktywność fizyczna i dieta dadzą realne szanse na pozytywne efekty w walce z endometriozą. Dieta jest czynnikiem, na który pacjentka ma wpływ poprzez dobre odżywianie, wpływa na układ odpornościowy i samopoczucie. Antyoksydanty zawarte w owocach oraz warzywach wpływają na budowanie odporności organizmu oraz niezbędne są do utrzymania równowagi hormonalnej. Badania naukowców dowodzą, że spożywanie dużej ilości świeżych owoców i zielonych warzyw jest związane z 40% spadkiem ryzyka endometriozy. W diecie w endometriozie należy pamiętać o podstawowych zasadach racjonalnego odżywiania. Należy pamiętać o regularnych posiłkach co 3–4 godziny, urozmaiceniu diety i nawadnianiu organizmu, wyeliminowaniu alkoholu, kawy i produktów mocno przetworzonych. Jak najmniej należy spożywać czerwonego mięsa i jego przetworów, ponieważ mogą one pobudzać organizm do produkcji prostaglandyn, które prowadzą do zaostrzenia stanu zapalnego i bólu. Czerwone mięso najlepiej zamienić na ryby, mięso z indyka i kurczaka. Cynk zawarty w pestkach dyni i słonecznika wpływa pozytywnie na stan emocjonalny pacjentek z endometriożą. Naturalne steroły roślinne zawarte w czosnku, groszku, selerze blokują receptory estrogenowe obniżając tym samym aktywność estrogenów w organizmie. Wapń zawarty w produktach mlecznych nie tylko wzmacnia kości, ale również zmniejsza bóle głowy, okolic miednicy i rozkurcza mięśnie macicy podczas menstruacji. Skurczom macicy zapobiegają również kwasy omega 3 zawarte w rybach morskich lub psstrągu. Dieta bogata w błonnik pomaga regulować proces trawienia, zmniejsza poziom estrogenów krążących w organizmie, których nadmiar powoduje przerost błony śluzowej macicy. W diecie powinny znaleźć się pełnoziarniste produkty zbożowe, gruboziarniste kasze, brązowy ryż, kabaczki, rzepa, marchew, rabarbar i jabłka, olej rzepakowy, olej lniany, siemię lniane, włoskie orzechy. Dieta bogata w pełnotłuste produkty mleczne może przyczyniać się do zwiększonej produkcji prostaglandyn, nasilających objawy endometriozy. Należy również pamiętać, że zwykła witamina C jest najważniejszym związkiem pobudzającym układ odpornościowy, sprzyja dojrzewaniu nowych komórek, działa antybakteryjnie i antywirusowo. Dodatkowo łagodzi stan zapalny, dzięki właściwościom antyhistaminowym, stymuluje produkcję interferonu (białka o działaniu przeciwwirusowym i wzmacniającym odporność), kontroluje nadmierny poziom kortyzolu (hormonu stresu, który znacznie osłabia układ odpornościowy). Każdy zrzucony kilogram tkanki tłuszczowej w organizmie wpływa na pracę hormonów, a to korzystnie wpływa na równowagę organizmu. Wysiłek fizyczny, a szczególnie ćwiczenia ruchowe dotyczące obszaru miednicy mniejszej w sposób bardzo korzystny wpływają na perystaltykę jelit, a także powodują ruchy narządów w miednicy i w jej okolicach co zmniejsza ryzyko powstawania zrostów. Wysiłek fizyczny i ruch dobrze wpływają na produkcję tzw. hormonu szczęścia w organizmie, co poprawia samopoczucie i mobilizuje układ odpornościowy do

walki z chorobą [6]. Pielęgniarka odgrywa ważną rolę w promowaniu zdrowia poprzez zachęcanie do lektury związanej z endometriożą oraz zdobywanie potrzebnych informacji, aby chora miała jak najwięcej wiedzy na temat choroby, była jej świadoma. Ważne jest, aby oprócz doboru odpowiedniego leczenia, poszukać wsparcia w otoczeniu. Szczere i otwarte rozmowy pacjentki z rodziną na temat choroby niwelują nieporozumienia i niepotrzebne konflikty. Cenne są także, kontakty z innymi chorymi, które mają podobne problemy i radzą sobie z nimi. Świadomość ta sprawia, że pacjentki otwierają się na innych, lepiej radzą sobie z chorobą, mają większą motywację do leczenia [3]. Rozmawiając na forach ludzie dodają sobie otuchy, znajdują propozycje jak wykorzystać dzisiejsze osiągnięcia medycyny. Jak radzić sobie w sytuacjach silnego bólu i rozbitcia. Polskie Stowarzyszenie Endometriozy organizuje sympozja, dni otwarte, konsultacje z lekarzami, wykłady. Wiedza ta kierowana jest już do młodych kobiet, ponieważ objawy mogą pojawić się w młodym wieku i zwiastować niebezpieczeństwo. Aby uchronić je przed chorobą konieczna jest edukacja na temat zasad funkcjonowania organizmu i ochrona przed nieświadomym chorowaniem, które może w efekcie doprowadzić do niepłodności. Pielęgniarka powinna poinformować pacjentkę, że w sytuacji, kiedy ma problem z opanowaniem bólu może uzyskać pomoc w Poradni Leczenia Bólu, gdzie znajdzie wsparcie psychologiczne, fizjoterapeutyczne, a także socjalne. Ogromną rolę w leczeniu bólu odgrywa edukacja dotycząca samej choroby. Często wystarczą zmiany w diecie, aktywności fizycznej czy przebudowie relacji międzyludzkich w domu i miejscu pracy. Celem leczenia bólu jest osłabienie dolegliwości uniemożliwiających powrót do zwykłych codziennych zajęć i obowiązków. Kobiety chore na endometriozę nie powinny czuć się osamotnione i wiedzieć, gdzie szukać pomocy. Najważniejszym aspektem dla zdrowia i dobrego samopoczucia jest harmonia, zgodność, w każdym poszczególnym obszarze ducha i ciała. Jeśli człowiek się zorientuje, że w pewnej dziedzinie nie jest kompetentny idzie po pomoc. Jest samodzielny, ale nie osamotniony i bezradny [13].

Cele pracy

Celem pracy było zbadanie – jaki według badanych pacjentek endometrioza ma wpływ na jakość życia, czy ból jest jednym z głównych objawów w endometriozie, czy pielęgniarki miały wpływ na proces zdrowienia i poprawę ich jakości życia i jak badane oceniają opiekę pielęgniarską w oddziale, w którym przebywały podczas leczenia endometriozy.

Materiały i metody badań

Ankieta stanowi dobrą technikę gromadzenia informacji. Jest podstawowym narzędziem kontaktu między bada-

nym, a badającym. Zawiera zestaw konkretnych pytań dotyczących konkretnego zagadnienia, których treść, słownictwo i kolejność są ściśle z góry określone [8]. Badanie przeprowadzono w grupie 150 pacjentek przyjętych z podejrzeniem endometriozy do oddziału ginekologicznego. Ankieta składała się z 31 pytań. Pierwszą część stanowiła tak zwana metryczka, gdzie otrzymano odpowiedzi na pytania dotyczące wieku, wykształcenia, zamieszkania, stanu cywilnego, statusu zawodowego. W drugiej, pytania odnosiły się do poziomu i źródeł wiedzy respondentek na temat endometriozy, jakości ich życia z tą chorobą, czy pielęgniarzki miały wpływ na proces zdrowienia i poprawę jakości życia. Uzyskane wyniki poddano analizie i zestawiono w postaci wykresów. Na przeprowadzenie badań otrzymałam zgodę ordynatora.

Omówienie wyników

W Polsce na endometriozę choruje blisko 1 mln kobiet w wieku reprodukcyjnym. Choroba ta jest często bagatelizowana i trudna do rozpoznania. Aby zdiagnozować endometriozę pacjentka musi poddać się laparoskopii. Wpływ na proces leczenia i poprawę jakości życia w dużym stopniu ma wiedza jaką przekazują pielęgniarki oraz ich współpraca z chorymi, ich rodzinami i całym zespołem terapeutycznym [7]. Badaniem objęto grupę stu pięćdziesięciu kobiet w czasie pobytu w oddziale ginekologicznym. Pacjentki były w różnym przedziale wiekowym. Najlicniejszą grupę stanowiły w wieku od 21 do 40 lat – 46%, powyżej 40 lat było 38%, 16% poniżej 20. Do szpitala zgłosiło się najwięcej kobiet zamężnych – 64%, pozostałe były pannami – 16%, po rozwodzie – 12% i wdowami – 8%. 60% mieszkało w dużym mieście, w małym – 22%, na wsi – 18%. Z wykształceniem średnim było 74%, z wyższym – 16%, zawodowym – 8% i podstawowym – 2%. 66% było czynnych zawodowo, 20% uczyło się, 16% było bezrobotnych. Badania wykazały, że największą grupę stanowiły kobiety wykonujące pracę siedzącą czyli 48%. Najwięcej informacji o chorobie uzyskało z Internetu co stanowiło 32%. Drugim źródłem dla 30% był lekarz ginekolog, na trzecim pielęgniarka i fachowa literatura po 18%, 6% czerpało wiedzę z radia i telewizji. Jeżeli chodzi o kontakty z członkami rodziny to według 44% badanych nie zmieniły się z powodu choroby, dla 16% zwiększyły się, 24% nie zwracało na to uwagi, natomiast dla 16% zmniejszyły się. Analizując podane wyniki można zauważyć, że objawy choroby nie miały wpływu na kontakty z rodziną, które trzeba określić, że w największym stopniu nie ulegały zmianie. U zdecydowanej większości pacjentek chorych na endometriozę dochodzi do powikłań psychotycznych związanych z pojawieniem się takich objawów, jak: niepokój u 38%, lęk u 30%, frustracje u 10%, niezrozumienie u 8%, osamotnienie 6%, przygnębienie u 4%, niskie poczucie własnej wartości według 2%, jak również brak zainteresowania życiem towarzyskim. Literatura podaje, że u 30–40% kobiet z roz-

poznana endometriozą występuje brak potomstwa [12]. Przeprowadzone badania potwierdziły tę teorię. Wśród pacjentek przebywających w oddziale 44% nie posiadało. Dla kobiety macierzyństwo jest istotnym elementem roli społecznej. Problem z zajściem w ciążę zgłaszało 40% respondentek, co stanowiło większość wszystkich ankietowanych, 24% nie ujawniło takiego problemu, 36% zadeklarowało, że ten problem ich nie dotyczy. Uznawają to, iż endometrioza jest przyczyną zmagania z niepłodnością. W związku z tym niemożność zaspokojenia potrzeby macierzyństwa może wywołać problemy psychologiczne [4], które są zwiększane przez brak akceptacji społecznej i prowadzą do frustracji, a nawet depresji [11]. Takie zjawisko wystąpiło również w badaniach. 14% stwierdziło, że spotkało się z odrzuceniem ze strony społeczeństwa. Narażone były na negatywne, często nieświadome komentarze i uwagi dotyczące braku dzieci. 26% nie spostrzegło takiego problemu, a 60% nie dotyczyło. Dolegliwości jakie wiążą się z endometriozą spowodowały, że 24% badanych musiało zmienić pracę. Konieczność leczenia endometriozy drogami lekami hormonalnymi, spowodował kłopoty finansowe u 44% badanych. W gruczołistości obniżeniu może ulec libido i aktywność seksualna. Kobieta odczuwająca ból ma problem z czerpaniem radości z seksu. Według 62% respondentek choroba miała negatywny wpływ na życie seksualne, pozostałe badane nie odczuwały by endometrioza zaburzyła ich życie intymne. Badania potwierdzają, że u 58% badanych miesiączki były nieregularne, co jest jednym z objawów tej uciążliwej choroby. W większości przypadków miesiączki wiążą się z dotkliwym bólem, które pacjentki opisują jako palący, szczypiący, intensywny, przykry, promieniujący do pachwiny, pęcherza, odbytu, krzyża, rozdzierający, nieprzemijający [7]. Ten fakt potwierdzają badania, w których aż 94% kobiet uznało, że odczuwało bóle w miednicy mniejszej w czasie miesiączki, a 64% poza menstruacją. 66% określiło swój ból jako silny, jako bardzo silny odczuwało 22%, słaby – 12%. Ból, który często staje się nie do zniesienia powoduje, że chore sięgają po coraz silniejsze środki przeciwbólowe i coraz częściej je stosują. 48% badanych potwierdziło, że bardzo często zażywało leki usmierzające ból. Kolejne 42% przyznało się do częstego zażywania takich środków, natomiast 10% nie przyjmowało ich wcale. Na rynku farmaceutycznym jest wiele leków skierowanych do pacjentów z dolegliwościami bólowymi. Między innymi są to: proste leki przeciwbólowe (np. paracetamol), mieszanki przeciwbólowe (połączenie z aspiryną lub paracetamolem), łagodny narkotyk (np. kodeina), narkotyczne przeciwbólowe (podobne do morfiny), niesterydowe leki przeciwzapalne (np. ibuprofen, ketonal). 60% zażywało leki „słabe”, dostępne bez recepty, natomiast pozostałe 40% stosowało silne środki przepisane przez lekarza. 78% badanych uznało, iż objawy endometriozy mają wpływ na życie codzienne. Wyniki te są zgodne z doniesieniami różnych autorów zajmujących się tym problemem, że choroba ta ingeruje i negatywnie wpływa na wszystkie aspekty życia, unie-

możliwiając zaspokojenie wielu ważnych dla kobiety potrzeb. Kobieta chorująca na endometriozę jest łatwo podatna na załamania nerwowe. Dlatego ważne jest, by w ciężkich chwilach otrzymała wsparcie innych osób. Badania te donoszą, że 48% respondentek było wspieranych przez swoich mężów, 38% przez innych członków rodziny, 12% przez znajomych, a 2% musiało zmagać się ze swoimi problemami samemu. Pojawienie się objawów tej choroby mającej charakter raczej choroby dość intymnej i osobniczej – może wiązać się z poczuciem „wstydu”, to jednak 78% uznało, iż łatwo przychodziło im dzielenie się swoimi uczuciami i emocjami z nią związanymi, pozostałe 22% były odmiennego zdania. Tak duży odsetek kobiet umiejących rozmawiać z innymi o swoich problemach ma związek z dużą świadomością na temat tej choroby, o czym już wspomniano. Jednak nie zawsze wystarczy wsparcie bliskich osób. W wielu przypadkach potrzebna jest pomoc psychologa. W oddziale, gdzie znajdowały się pacjentki z porady psychologa można skorzystać w każdej chwili. Tak też uczyniło 24% badanych. Pozostałe 76% nie zdecydowało się na tego typu wsparcie. O możliwości skorzystania z porady psychologa 44% dowiedziało się od pielęgniarek, od lekarzy – 40% i od rodziny – 16%. Najważniejszą wagę w leczeniu chorej należy przywiązać pracy zespołowej, w której pielęgniarka zajmuje bardzo ważne miejsce, dlatego że właśnie ona spędza z chorą najwięcej czasu, rozmawia, wspiera, informuje, edukuje. 86% potwierdziło duże wsparcie ze strony personelu pielęgniarskiego. Przygotowanie do zabiegu operacyjnego obejmuje sferę psychiczną i fizyczną. Oba te obszary są bardzo ważne, a czynności jakie podejmuje pielęgniarka należą do istotnych elementów stanowiących o bezpieczeństwie pacjenta i pomyślnym przebiegu zabiegu operacyjnego. Od tego przygotowania będzie zależało nastawienie pacjentki. Chore często nie wiedzą na czym polegają zabiegi. Czują się zagrożone i pełne obaw [3]. Dlatego muszą być przez pielęgniarki, w ramach ich kompetencji, poinformowane o celowości badania, czasie trwania, ewentualnych dolegliwościach i objawach, które mogą wystąpić po zabiegu. Informacje powinny przekazać w taki sposób, aby były dobrze zrozumiane i zaakceptowane. 96% badanych zostało rzetelnie wyedukowanych o sposobie przygotowania do zabiegów. 82% uznało, że opieka w oddziale była profesjonalna, a pielęgniarki tworzyły miłą i ciepłą atmosferę, natomiast 18% stwierdziło, że opieka była profesjonalna, ale istniała bariera pielęgniarka-pacjent. Po zakończeniu pobytu w oddziale pacjentki muszą kontynuować leczenie. Chora powinna umieć nawiązać współpracę z personelem lekarskim i pielęgniarskim, aby dalej mogła być skutecznie leczona. Powinna wiedzieć, że leki jakie otrzymuje muszą być bardzo dokładnie przyjmowane i odpowiednio przechowywane. Często zdarza się tak, że pacjentki po wyjściu ze szpitala czują się osamotnione, niepewne. Rolą pielęgniarki jest poinformowanie chorej o dalszym postępowaniu po wyjściu ze szpitala. Wykonane badania wskazują o dobrym przygotowaniu pacjen-

tek do wyjścia z oddziału szpitalnego, bo aż 96% uznało, że było poinformowanych o dalszym postępowaniu. Funkcje zawodowe pielęgniarek wynikają z celów i misji zawodu. Treścią roli zawodowej pielęgniarki są różnorodne zadania i czynności, przy wykonywaniu których obowiązują normy zawodowe, oczekiwane wzory zachowań i postaw. Działania pielęgniarek realizowane są na wielu obszarach. Do najczęstszych należy zaliczyć: ocenę sytuacji zdrowotnej i określenie potrzeb zdrowotnych podopiecznych, pielęgnowanie w zdrowiu, wychowanie zdrowotne, diagnostykę pielęgniarską, wstępne rozpoznawanie stanu chorobowego, opiekę, wsparcie, poradnictwo dla chorych i ich rodzin, pielęgnowanie w chorobie, określanie warunków komunikacji i współpracy z instytucjami medycznymi i spoza resortu opieki zdrowotnej, działalność naukowo-badawcza i publicystyczna. Dla największej liczby badanych pacjentek najważniejszą funkcją zawodową pielęgniarki jest opieka nad nimi – tak stwierdziło 46%, dla 20% wzmacnianie zdrowia poprzez jego promowanie, dla 14% najistotniejsza rola jaką wykonuje personel pielęgniarski to wykonywanie badań, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych oraz podawanie leków, po 10% uważało, że funkcje rehabilitacyjne i profilaktyczne są najważniejsze. Uzyskane dane wykazały, że udział i rola pielęgniarek w poprawie jakości życia chorych na endometriozę jest duża. Polega głównie na przygotowaniu pacjentek do operacji laparoskopowych, opieką po operacji, współpracą z zespołem terapeutycznym i rodziną pacjenta. Informowaniu pacjentek o postępowaniu po wyjściu ze szpitala. Pielęgniarki realizowały funkcję edukacyjną i profilaktyczną. Wszystkie te cele miały pozytywny wpływ na proces zdrowienia, a tym samym na poprawę ich jakości życia.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań oraz ich analizy uzyskano wnioski, że objawy endometriozy mają wpływ na jakość życia badanych pacjentek, bez względu na wykształcenie, czy wiek. Choroba zaburza normalny tryb życia kobiet, wywołuje u nich niepokój i frustracje. Ból jest dominującym objawem endometriozy, odczuwalnym przez prawie wszystkie pacjentki. W znacznym stopniu obniża jakość ich życia. Ma wpływ na życie codzienne, seksualne oraz kontakty międzyludzkie. Dprowadza do częstego zażywania silnych leków przeciwbólowych, bez których wiele kobiet nie mogło prawidłowo funkcjonować. W chorobie tej problemem jest zajście w ciążę, a co za tym idzie posiadanie własnych dzieci. Często jest to przyczyną braku akceptacji społecznej. Pacjentki przebywające w oddziale bardzo ceniły sobie wsparcie psychiczne ze strony personelu pielęgniarskiego. Uznały, że były dobrze informowane o sposobie przygotowania do zabiegów, a także o dalszym postępowaniu po wyjściu ze szpitala. Ocenily opiekę pielęgniarską jako profesjonalną, a według nich w od-

działe panowała miła i ciepła atmosfera, która miała duży wpływ na proces zdrowienia i poprawę ich jakości życia.

PIŚMIENNICTWO

1. Bręborowicz G., Położnictwo. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, s. 219-220.
2. Bręborowicz G., Położnictwo i ginekologia, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005–2006, tom 2, s. 875-880.
3. De Walden Gałuszko K., Psychoonkologia w praktyce klinicznej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, wyd. 1, s. 25-27, 124-125.
4. Iwanowicz-Palus G., Machara-Studzińska M., Psychologia w położnictwie i ginekologii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 153-167.
5. Maciejewska R., Torresa K., Anatomia Czynnościowa, Czelej, Lublin 2007, s. 184-185.
6. Niemiec T., Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat, UNDP, UNFPA, 2006, s. 11-15.
7. Palatyński A., Leczenie zachowawcze i chirurgiczne endometriozy, Medycyna Praktyczna: Ginekologia i położnictwo, 2008, s. 33-36.
8. Plich T., Zasady badań pedagogicznych, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2010, wyd.3, s. 40-43, 54-56.
9. Psyhyrembel W., Ginekologia praktyczna, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, wyd. 1, s. 440-451.
10. Pypno W., Endometrioza narządów układu moczowego, Prz. Urol., 2004/2005, s. 39-44.
11. Radwan J., Wólczyński S., Niepłodność i rozród wspomagany, Termedia, Poznań 2011, wyd. 1, s. 7-15.
12. Słomko Z., Ginekologia. Podręcznik dla lekarzy i studentów, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, wyd. 2, s. 349-394.
13. Waller W., Twoje zdrowie w twoich rękach, Dom Wydawniczy: Bellone, Warszawa 2005, s. 270-275.

Adres do korespondencji:

Mieczysława Wyderka
Kierownik Zakładu Teorii Pielęgniarstwa
Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna, Łódź
k. 698952622; praca 42 6804760
mwyderka1@wp.pl
adres do korespondencji:
Mieczysława Wyderka
Pływacka 112
94-127 Łódź

STRATEGIA POSTĘPOWANIA W USPRAWNIANIU OSÓB Z ZESPOŁEM TURNERA Z WYKORZYSTANIEM METOD REHABILITACJI W ŚRODOWISKU WODNYM

STRATEGY OF PROCEEDING IN IMPROVING OF PERSONS WITH THE TURNER'S SYNDROME WITH USING METHODS OF THE REHABILITATION IN THE AQUATIC ENVIRONMENT

SEBASTIAN NONN-WASZTAN, ELŻBIETA ROSTKOWSKA, WŁODZIMIERZ SAMBORSKI

Katedra Fizjoterapii, Reumatologii i Rehabilitacji
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Samborski

Streszczenie

Wstęp. Środowisko wodne sprzyja usprawnianiu kobiet z zespołem Turnera. Wpływ wody, w szczególności takie jej właściwości, jak: temperatura, opór, ciśnienie hydrostatyczne, mogą wspomagać proces rozwoju fizycznego, psychicznego i społecznego. Metody rehabilitacji w wodzie mogą być pomocne w holistycznym postępowaniu problemów osób z zespołem Turnera.

Cel pracy. W opracowaniu przedstawiono możliwości wykorzystania metod rehabilitacji w wodzie w łagodzeniu typowych dla kobiet z zespołem Turnera dolegliwości zdrowotnych. W grupie osób z zespołem Turnera spotyka się często problemy związane z nadciśnieniem, osteoporozą, zaburzeniami emocjonalnymi, problemy krążenia, obrzęki limfatyczne oraz liczne wady rozwojowe wynikające ze specyfiki rozwoju wad genetycznych.

Materiał i metoda. W badaniu zastosowano metaanalizę publikacji (raportów z badań, artykułów) na temat wykorzystania metod rehabilitacji w wodzie, celem łagodzenia typowych dla kobiet z zespołem Turnera dolegliwości zdrowotnych.

Wyniki i wnioski. Autor proponuje kompleksowe wykorzystanie metod rehabilitacji w wodzie ukierunkowane na możliwość usprawniania psychofizycznego oraz łagodzenia typowych dolegliwości zdrowotnych osób z zespołem Turnera.

Słowa kluczowe: rehabilitacja w wodzie, zespół Turnera, Halliwick, Watsu, Water Dance, Bad Ragaz Ring.

Summary

Introduction. The aquatic environment is supporting improvement for women with the Turner's syndrome. The properties of water in particular temperature, viscosity and hydrostatic pressure, have a beneficial influence on the physical, psychological and social development process. Methods of the rehabilitation in the water can be helpful in holistic perceiving problems of persons with the Turner's syndrome.

Aim of the study. The case study illustrates that water rehabilitation methods can be applied while working with typical of women with the Turner's syndrome of health complaints. In the group of people with the Turner's syndrome problems associated with hypertension, osteoporosis, emotional disorders, problems of the circulation, lymphoedemas and a lot of birth defects are resulting from the specificity of the development of genetic defects.

Method and material. The study case had used a meta-analysis of publications (research reports, articles), a potential of water rehabilitation methods in relieving health complaints characteristic for typical of women with the Turner's syndrome.

Results and conclusions. The author recommends a comprehensive use of water rehabilitation methods aiming for possibility of psychophysical improvement and reducing typical complaints of health persons with the Turner's syndrome.

Key words: water rehabilitation, Turner's syndrome, Halliwick, Watsu, Water Dance, Bad Ragaz Ring.

Wstęp

Zespół Turnera (ZT) to choroba wrodzona, która występuje wyłącznie u kobiet, objawia się niskim wzrostem, zazwyczaj brakiem lub niedostatecznym rozwojem płciowym oraz zespołem wad wrodzonych w budowie powłok ciała i wadami niektórych narządów wewnętrznych [1]. Wspomniany zespół wad wrodzonych wynika z całkowitego lub częściowego braku jednego z chromosomów X w komórkach organizmu (wszystkich lub tylko ich części). Wrodzone wady genetyczne są powodem występowania dużej liczby schorzeń klinicznych [2]. Najczęściej choroby i zaburzenia współtowarzyszące zespołowi Turnera są charakterystyczne w zakresie występowania: cho-

roby serca oraz układu krążenia, choroby nerek i układu moczowego, zaburzeń w funkcjonowaniu tarczycy, mogą występować również choroby skóry oraz zaburzenia narządów sensorycznych.

Kilkakrotnie częściej niż w ogólnej populacji kobiet, pojawiają się także takie choroby, jak otyłość i cukrzyca. W okresie dojrzewania, a także w życiu dorosłym, jednym z głównych problemów często jest osteoporoza. Schorzenie to znacznie utrudnia normalne funkcjonowanie osób z zespołem Turnera i może być powodem znacznego upośledzenia funkcji motorycznych.

Rozwój psychiczny zwykle nie odbiega od normy. Opóźnienie umysłowe stwierdza się tylko u około 5% chorych. Nierzadkie są natomiast zaburzenia osobowości, instynktu poznawczego, rozwoju emocjonalnego [3].

Opisane powyżej schorzenia znaczenie utrudniają prowadzenie typowego usprawniania fizycznego. Często spotykane nadciśnienie tętnicze i problemy z sercem mogą być powodem wykluczenia dużej grupy ćwiczeń sprawnościowych jako bezwzględne przeciwwskazanie medyczne. Jednakże, aktywność fizyczna prowadzona w środowisku wodnym, może w dużej mierze przyczynić się do poprawy jakości życia kobiet z zespołem Turnera. Terapia w środowisku wodnym umożliwia usprawnianie pacjentek poprzez połączenie różnych technik stosowanych powszechnie w rehabilitacji, takich jak: masaż, ćwiczenia oddechowe, mobilizacja stawów oraz ćwiczenia rozciągające.

Oddziaływanie środowiska wodnego jest dużym atutem, ponieważ stwarza uczucie utraty masy ciała, powoduje rozluźnienie mięśni i zwiększa mobilność zakresu ruchu w stawie [4]. Ruchy pacjentów stają się bardziej płynne i mniej bolesne. Wpływ wody, w szczególności takie jej właściwości, jak temperatura, opór, ciśnienie hydrostatyczne, działa korzystnie na organizm. Ciepła woda pozwala na całkowite odprężenie pacjentek, w trakcie terapii, powoduje obniżenie napięcia mięśniowego oraz poprawę ukrwienia narządów wewnętrznych oraz mięśni. Zwiększa się również produkcja endorfiny, co wpływa na redukcję bólu i w dużym stopniu poprawia nastrój.

Celem opracowania jest przedstawienie możliwości zastosowania terapii w środowisku wodnym w problemach zdrowotnych, które współtowarzyszą kobietom z zespołem Turnera. W pracy zostały omówione poszczególne metody stosowane w rehabilitacji w środowisku wodnym: Halliwick, Watsu, Water Dance, Bad Ragaz Ring. Dokonano także próby przedstawienia głównych problemów, jakie występują podczas rehabilitacji pacjentów z zespołem Turnera oraz przedstawiono możliwości ich rozwiązania za pomocą terapii w wodzie.

Choroby współlistniejące w zespole Turnera

Genetyczny defekt związany z monosomią chromosomu X albo innymi aberracjami chromosomalnymi w zespole Turnera przypuszczalnie sprzyjają częstszemu występowaniu niektórych chorób. Duży odsetek chorych na zespół Turnera, około 23–40%, cierpi na wrodzone wady serca, są to najczęściej dwupłatkowa zastawka aorty i koarktacja aorty. Zdarza się także, że chorobie tej towarzyszy dekstrokardia, czyli umiejscowienie serca po prawej stronie ciała [5].

W zespole Turnera, u niektórych kobiet, mogą również występować zaburzenia proporcji ciała, a także nieprawidłowości w budowie szkieletu. Często spotykanym schorzeniem jest młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, występuje ono 6 razy częściej u dziewcząt z zespołem Turnera niż w zdrowej populacji [6]. Zaobserwowano również, częściej występujące deformacje kręgosłupa i nieprawidłową budowę kręgów [7]. Względem zdrowych rówieśniczek, dziewczęta z zespołem Turnera charakteryzuje zazwyczaj gorszy rozwój motoryczny [8]. Około 10% pacjentek skarży się na przewlekły ból stawów kolanowych

i wymaga stałej opieki ortopedycznej. W literaturze dotyczącej zespołu Turnera wskazuje się na częste występowanie nieprawidłowej budowy stawów rzepkowo-udowych, jednak nie towarzyszą tej nieprawidłowości kliniczne objawy niestabilności rzepki [9]. W bezpośredni sposób na możliwości lokomocyjne pacjentek rzutują nieprawidłowości w ocenie postawy ciała. Wnikliwa analiza chodu dziewcząt z zespołem Turnera uwidoczniła problem z obniżeniem siły mięśni na podstawie zmniejszenia maksymalnych momentów siły mięśniowej stawów kolanowych. Duży problem stanowi również zmniejszone przodopochylenie miednicy, czego wynikiem może być obniżona siła mięśni obręczy biodrowej.

W przeciwieństwie do rozwoju somatycznego, rozwój intelektualny u osób z zespołem Turnera jest na ogół prawidłowy [2]. Pomimo tego w wyniku występowania bardzo niskiego wzrostu, często kobiety z zespołem Turnera mogą spotkać ze strony otoczenia nieprzychylną postawę. Niewłaściwe odnoszenie się jest szczególnie manifestowane w grupie młodzieży szkolonej.

Znaczna część osób chorujących na zespół Turnera ulega degradacji społecznej, gdyż jest nieakceptowana (izolowana) przez środowisko zarówno w miejscu zamieszkania, szkole, jak również przy podejmowaniu prób podjęcia pracy zawodowej [3]. Brak akceptacji przez środowisko prowadzi do gorszego rozwoju, szczególnie młodych osób. Często spotykana obojętność, a nawet niechęć społeczeństwa, doprowadza do ograniczenia aktywności życiowej, co znacznie hamuje rozwój intelektualny osób z zespołem Turnera.

Rehabilitacja w wodzie jako jeden z wielu aspektów procesu wspomagania leczenia

Metody fizjoterapeutyczne, prowadzone bez udziału wody, stwarzają niekorzystne warunki usprawniania kobiet z zespołem Turnera. Siła grawitacji, która występuje w rehabilitacji w warunkach lądowych, powoduje szybsze zmęczenie, znaczne dolegliwości bólowe oraz zniecierpliwienie ćwiczeniami. Proces usprawniania metodami terapii w wodzie osób z zespołem Turnera, może wspomóc leczenie w efekcie: wzmocnienia znacznych grup mięśni, poprawy zakresu ruchów w stawach, poprawy i doskonalenia reakcji równoważnych, obniżenia lub wzmocnienia napięcia mięśni, obniżenia dolegliwości bólowych, poprawy ogólnego stanu psychomotorycznego, zwiększenia relaksacji oraz korekcji postawy.

Terapia w wodzie stanowi bezpieczną i atrakcyjną dla pacjentów postać zajęć, która nie wymaga umiejętności pływania ani dużej sprawności fizycznej. Ponieważ wprowadza elementy treningu aerobowego, oporowego, jak i odciążającego aparat ruchu, może stanowić alternatywną formę treningu w rehabilitacji kardiologicznej. Badania wykazały, że rehabilitacja w ciepłej wodzie osób z chorobami serca wpływa korzystnie na: zmniejszenie się częstości skurczów serca i ciśnienia rozkurczowego, może nastąpić również wzrost pojemności minutowej, objętości wyrzutowej i frakcji wyrzutowej lewej komory [10].

W wyniku prowadzenia odpowiedniego i kontrolowanego zestawu ćwiczeń u osób z chorobą wieńcową (z niskim ryzykiem), po zawale serca i po operacyjnym leczeniu choroby wieńcowej, osób z niewydolnością serca, a także u osób starszych, można wykorzystać terapię w wodzie w celu poprawy stanu ogólnego organizmu [10].

Trening fizyczny stosowany w rehabilitacji kardiologicznej może zwiększać objętość tętnic wieńcowych i spowodować zwiększenie czynnościowych możliwości systemu naczyń obocznych. Ćwiczenia fizyczne prowadzą do tego, że serce, mięśnie obwodowe i naczynia pracują bardziej efektywnie. Regularnie wykonywana aktywność fizyczna wpływa korzystnie na mechanizm krzepnięcia krwi i równowagę neurohormonalną, zmniejsza niebezpieczeństwo tworzenia zakrzepu w tętnicach wieńcowych, może zwiększać oboczne krążenie krwi oraz przyczyni się do zmniejszenia skłonności do powstawania zaburzeń rytmu pracy serca.

Kontrolowana aktywność fizyczna, w przypadku zaistnienia wad serca, jest najczęściej nie tylko możliwa, ale wręcz konieczna, szczególnie w przypadku wad dobrze tolerowanych lub po zakończonym leczeniu kardiologicznym. Ćwiczenia fizyczne wykonywane w wodzie pomagają sercu powrócić do prawidłowych funkcji, wpływając na jego bardziej równomierną pracę przy mniejszym zużyciu tlenu. Ponadto bardzo korzystnie wpływają na psychikę. Umacniają pewność siebie, pozwalają ograniczyć stres i zlikwidować lęki oraz ułatwiają integrację z grupą [10].

W przypadku osób z zespołem Turnera nieleczonych hormonem wzrostu, bardzo często dochodzi do pojawienia się osteoporozy. Przyczyną szybkiego procesu niszczenia masy kostnej oraz niskiego poziomu gęstości mineralnej kości (BMD) u kobiet chorujących na zespół Turnera może być: zmieniona morfogeneza, przewlekły niedobór estrogenów oraz androgenów, mniejsza aktywność fizyczna, niewystarczająca suplementacja witaminy D3, wzrost poziomu parathormonu oraz choroby współistniejące [7]. Wysiłek fizyczny oraz mechaniczne obciążenie kości są najważniejszymi czynnikami, które pozytywnie działają na prawidłową budowę i wytrzymałość mechaniczną kości.

Metoda Bad Ragaz Ring, w wyniku stosowania odpowiednich technik, może być wykorzystana w przeciwdziałaniu skutkom osteoporozy. W środowisku wodnym, z wykorzystaniem metody Bad Ragaz Ring można prowadzić ćwiczenia korygujące wady postawy ciała (antykifotyczne, rozciągające, rozluźniające i wzmacniające mięśnie), ćwiczenia koordynacyjne, oporowe dla kończyn górnych i dolnych oraz oddechowe. Celem prowadzenia takich ćwiczeń jest: zmniejszenie dolegliwości bólowych, zwiększenie aktywności ruchowej, zapobieganie zmniejszeniu masy mięśniowej, łagodzenie objawów depresji.

Wady układu kostnego w postaci skoliozy u dziewcząt/kobiet z ZT występują z częstotliwością około 10%. Rozwijają się one głównie w okresie dzieciństwa i/lub wieku dojrzewania [7]. Do pracy z dziećmi ze skoliozą można z powodzeniem stosować metodę Watsu. Głównym czynnikiem, który pozwala zastosować metodę Watsu, jako

terapię wspomagającą proces leczenia skoliozy, jest środowisko wodne. Woda, pozornie eliminuje ciężar ciała, a także opóźnia proces zmęczenia organizmu ćwiczeniami. Zaletą metody jest oddziaływanie na mięśnie oddechowe zarówno główne, jak i pomocnicze oraz stopniowe zwiększanie amplitudy ruchów klatki piersiowej. Opór wody wpływa na harmonijne kształtowanie się ciała pacjenta, co bezpośrednio przekłada się na zachowanie właściwej postawy, korekcję patologicznych krzywizn kręgosłupa oraz odpowiednie ustawienie klatki piersiowej. Czynnikiem oddziałującym pozytywnie w terapii, jest działanie ciśnienia hydrostatycznego, szczególnie wobec osób, u których występuje typ restrykcyjnego zaburzenia oddechowego oraz z bocznym skrzywieniem kręgosłupa. Wspomniany opór wody kształtuje u nich mięśnie pomocnicze oddechowe, które wykonują większą pracę, działa także na przeponę i wpływa na zwiększenie przestrzeni klatki piersiowej, co przyczynia się do podwyższenia pojemności życiowej płuc [11]. Natomiast ciśnienie hydrostatyczne wpływa stymulująco na krążenie wrotne, ukrwienie tkanek, pracę serca i dużych pni żylnych. Jest także czynnikiem rozluźniającym. Wykorzystanie w terapii pozycji poziomej i możliwości redukcji napięcia mięśni pozwala na zachowanie optymalnych warunków do działań korekcyjnych. Praca terapeuty, który manipuluje zanurzonym ciałem pacjenta, ma charakter ćwiczeń izokinetycznych. Czynnikiem mechanicznym działającym na zanurzone w wodzie ciało jest lepkość i spójność wody. Odgrywają one dużą rolę w przywracaniu zaburzonej propriocepcji nerwowo-mięśniowej [12]. Metoda Watsu pozwala na rozluźnienie, odciążenie oraz działa wzmacniająco na określone grupy mięśni.

Działania korekcyjne w wodzie pozwalają na odciążenie kręgosłupa, zwiększają zakres ruchu, podnoszą odporność organizmu, rozluźniają mięśnie, wydłużają kręgosłup, zwiększają świadomość przyjmowania poprawnej postawy ciała i korygują powstałą wcześniej wadę.

Zaburzenia w układzie szkieletowo-mięśniowym, spotykane u osób z zespołem Turnera mogą być przyczyną dolegliwości bólowych kręgosłupa. Bóle kręgosłupa wynikają najczęściej z jego czynnościowych zaburzeń, ponieważ poddawany jest on szczególnym i częstym obciążeniom statycznym i dynamicznym. Bóle kręgosłupa mogą mieć również podłoże nerwicowe. Różnego rodzaju przeżycia, niekorzystne sytuacje środowiska zewnętrznego, mogą być przyczyną zaburzeń jego normalnego funkcjonowania. Głównym celem fizjoterapii w leczeniu zespołów bólowych kręgosłupa jest zmniejszenie dolegliwości bólowych i odczynu zapalnego oraz zmniejszenie wzmożonego napięcia mięśni przykręgosłupowych.

Metody rehabilitacji w wodzie mogą być wykorzystane w leczeniu zespołów bólowych kręgosłupa. Wykorzystanie czynnika termicznego wody cieplej oraz stosowanie zabiegów manualnych może ograniczyć częstość występowania bólów kręgosłupa. Gorąca woda rozluźnia napięte mięśnie, więzadła przykręgosłupowe oraz połączenia miednicy. Doświadczony terapeuta może poprowadzić sesję tak dobierając odpowiednie pozycje, aby ograniczyć szkodliwe czynniki działające na chory narząd ruchu [13].

Istotnym problemem w zespole Turnera jest zaburzenie prawidłowego wzorca chodu [7]. Obniżenie siły mięśni, głównie obręczy biodrowej oraz zmniejszone przodopochylenie miednicy, w bezpośredni sposób wpływa na możliwości lokomocyjne kobiet z zespołem Turnera. Środowisko wodne stwarza dogodne warunki do prowadzenia terapii poprawiającej funkcje lokomocyjne. Badania pacjentów z niedowładami kończyn uwidoczniły możliwość przyspieszenia reedukacji chodu dzięki wzmocnieniu mięśni, poprawy ich ukrwienia oraz ogólnej kondycji. Natomiast zastosowany w terapii stretching zapobiega występowaniu znacznych przykurczów mięśniowych. Dochodzi do uelastycznienia więzadeł, a także znacznego rozluźnienia struktur okołostawowych [14].

Dość często u osób z zespołem Turnera pojawia się także problem z nadciśnieniem tętniczym, choroby tarczycy czy zaburzenia budowy układu moczowego. Terapia metodą Water Dance wpływa korzystnie na obniżenie ciśnienia tętniczego.

W porównaniu ze zdrową populacją, pacjentki z zespołem Turnera częściej chorują na autoimmunologiczne choroby tarczycy, zwłaszcza na zapalenie tarczycy Hashimoto. Niedoczynność tarczycy stwierdzono u 15–30% chorych [2]. Zaburzenia w obrębie tarczycy, wpływają bezpośrednio na czynności wydzielnicze innych hormonów. Objawem zespołu Turnera jest również niedorozwój gonad żeńskich i problemy związane z produkcją hormonów wytwarzanych przez żeńskie gruczoły płciowe.

W zespole Turnera stwierdza się predyspozycję do otyłości, przypuszczalnie ma to związek z niedoborem hormonalnym. Przykładem kompleksowego wykorzystania metod rehabilitacji w wodzie, może być zapobieganie wystąpieniu otyłości. W terapii prowadzonej w środowisku wodnym istotny dla procesu zmniejszenia nadmiernej masy ciała jest wpływ ciepłej wody, który przyczynia się do przyspieszenia metabolizmu.

W trakcie prowadzonej terapii w wodzie, ćwiczący pokonując opór, jaki stawia woda, zużywa około 600–800 kcal/godzinę [15]. Dlatego odpowiednio dobrana aktywność fizyczna w środowisku wodnym, ukierunkowana na przyspieszenie przemiany materii może znacznie przyczynić się do zmniejszenia ilości tkanki tłuszczowej oraz wspomóc psychikę osoby otyłej [15]. Redukowanie otyłości jest bardzo ważne, dlatego że otyłość w bezpośredni sposób może przyczyniać się do występowania cukrzycy.

W grupie chorych, jaką stanowią pacjentki z zespołem Turnera, zapadalność na cukrzycę typu II jest 2 do 4 razy większa niż w zdrowej populacji [2]. Każde podwyższenie stężenia glukozy we krwi powoduje zwiększone wydzielanie insuliny, hormonu regulującego stężenie cukru w organizmie. Dzięki obfitemu wytwarzaniu insuliny początkowo nie dochodzi do nadmiernego podwyższania stężenia glukozy we krwi. Jednak organizm coraz oporniej reaguje na własną insulinę, co powoduje, że potrzeba coraz więcej insuliny do utrzymania prawidłowego stężenia cukru we krwi. W ten sposób rozwija się oporność na insulinę (insulinooporność), a u niektórych chorych po pewnym czasie dochodzi do wystąpienia cukrzycy typu drugiego. Uważa

się, że u chorych z zespołem Turnera może częściej niż u zdrowych pojawiać się oporność na insulinę, a także częściej cukrzyca typu II [3]. Dlatego osoby z zespołem Turnera powinny większą wagę przywiązywać do zachowania szczupłej sylwetki i bez względu na wiek być stale aktywne fizycznie. Trening w wodzie może być skuteczny w obniżeniu poziomu hemoglobiny glikowanej, przy jednoczesnym wzroście poziomu glikogenu mięśniowego. Istotne jest również, że w wyniku wysiłku fizycznego podwyższa się efektywność działania insuliny, transport glukozy oraz poprawa tolerancji komórkowej na tak zwaną wolną glukozę [16]. Opisane powyżej mechanizmy fizjologiczne doprowadzają do ograniczenia występowania niekorzystnych objawów związanych z podwyższonym poziomem glukozy w organizmie.

Kobiety z zespołem Turnera dwukrotnie częściej zapadają na wrzodziejące zapalenie jelita grubego i chorobę Leśniowskiego-Crohna, co prawdopodobnie wynika z niedoboru estrogenów [2]. Pozytywny wpływ metod rehabilitacji w wodzie na układ pokarmowy może stanowić prewencję w występowaniu schorzeń, których konsekwencją jest rak jelita grubego.

Efektom specyficznym metody Watsu jest korzystny wpływ na autonomiczny układ nerwowy, w wyniku relaksacji pacjenta. Wzmocnienie przywspółczulnego układu nerwowego prowadzi do lepszego zachowania funkcji trawienia, zwiększa się też aktywność mięśni gładkich. W metodzie Watsu występuje technika „shiatsu na brzuchu” czyli uciskanie określonych punktów na brzuchu, co wzmacnia ruch robaczkowy jelit, zapobiega zaparciom i wspomaga proces trawienia [17].

Powszechnym problemem spotykanym u osób z zespołem Turnera jest obrzęk limfatyczny, występujący na grzbietowej powierzchni stóp, rzadziej obejmujący także podudzie. Często takie obrzęki są tylko na jednej stopie. Mogą pojawić się w dowolnym wieku zarówno w dzieciństwie, jak i w późniejszym okresie życia [3]. Ciśnienie hydrostatyczne, które występuje w trakcie terapii w wodzie, może znacznie zredukować występowanie wspomnianych obrzęków limfatycznych.

Wrodzone wady układu moczowego występują u około 40% pacjentek z zespołem Turnera, najczęściej pod postacią nerki podkowiastej lub zdwojenia moczowodów [2]. Stosunkowo często u chorych z zespołem Turnera występuje zwężenie cewki moczowej, przyczyniające się do zapaleń dróg moczowych, a przede wszystkim objawiające się moczem nocnym, a niekiedy i dziennym. Korzystne działanie na organizm wywiera terapia w ciepłej wodzie. Stosowanie metod rehabilitacji w ciepłej wodzie, wywołuje zwiększenie filtracji w nerkach przy działaniu ciśnienia hydrostatycznego i doprowadza do lepszego krążenia krwi [17]. Dochodzi do wzrostu produkcji hormonów (antydiuretycznego ADH i aldosteronu). Hormony te wywołują odpowiedź organizmu w postaci produkcji moczu, wydalania potasu i sodu. Wzmocniona filtracja krwi w nerkach może zapobiegać częstemu występowaniu zapalenia dróg moczowych.

Terapia ruchem to istotny element kompleksowego wspomaganie osób z zespołem Turnera. Sprawność ruchowa

wa daje szansę na większą samodzielność, zdobywanie nowych doświadczeń, umiejętności radzenia sobie z problemami życia codziennego. Korzystny wpływ aktywności ruchowej widoczny jest w wielu sferach życia. Umiejętności ruchowe pozwalają na zdobywanie nowych doświadczeń i tym samym wspomagają rozwój osoby dotkniętej zespołem Turnera. Wspomaganie procesu leczenia dzięki wykorzystaniu wody jako środowiska terapeutycznego pozwoli na efektywniejszą sprawność rąk, zachowanie koordynacji wzrokowo-ruchowej, osiąganie równowagi w różnych pozycjach, orientacji w schemacie ciała i przestrzeni.

W środowisku wodnym możliwe jest przybieranie różnych pozycji ciała, które pozytywnie wpływają na rozwój psychomotoryczny. Zwraca się uwagę na umiejętności związane ze zmianą pozycji w leżeniu, kontroli głowy, przemieszczanie w wyniku wytworzenia turbulencji lub w inny specyficzny sposób. Istotne jest wyuczenie osiągania pozycji w siadzie, pionizowania się i chodzenia zarówno w płytkiej wodzie, jak i głębokiej. Badania naukowe prowadzone na pacjentach uczestniczących w terapii w wodzie pozwalają przypuszczać, że pozytywnym efektem terapii jest możliwość stymulowania rozwoju ruchowego oraz zapobieganie wadom postawy. W przypadku wspomagania ruchowego można wykorzystywać techniki z metod opierających się na zasadach neurofizjologicznego pobudzania mózgu. Przykładowo wykorzystanie metody Bad Ragaz Ring wspomaga proces torowania impulsu nerwowego.

Terapia w wyniku stosowania ciepłej wody, stretchingu oraz manipulacji ciałem pozwala na zmniejszenie tonusu mięśnia. Następuje aktywizacja receptorów, a tym samym znaczne obszary mózgu ulegają pobudzeniu dużą ilością impulsów, dzięki czemu zwiększa się system reagowania mózgu. Dodatkowe impulsy świetlne, dotykowe, słuchowe, zwiększają wrażliwość różnego typu receptorów, co pozwala na zachowanie dużej sprawności ogólnoustrojowej. W środowisku wodnym można oddziaływać na organizm za pomocą zmysłów: wzroku, słuchu, dotyku. Wykorzystując odpowiednio dobrane ćwiczenia, odbiera się informację zwrotną w postaci bodźca z ciała i otoczenia. Informacje z odpowiednich receptorów zmysłu przekazywane są do mózgu, następnie odpowiednio segregowane i interpretowane, tak aby można było zareagować w sposób adekwatny w danej sytuacji. Wspomagając proces rehabilitacji w wodzie można wpływać na prawidłową funkcję harmonijnego współdziałania wszystkich zmysłów. Z rozwojem integracji zmysłowej wiąże się całokształt funkcjonowania człowieka, ponieważ to, w jaki sposób odbiera się i interpretuje bodźce wzrokowe, słuchowe, dotykowe, proprioceptywne (czyli czucia głębokiego) i przedsionkowe (czyli związane z odczuwaniem równowagi i ułożenia ciała w przestrzeni), wpływa na jakość i precyzję wykonywanych czynności.

Metoda Watsu w neurologii zmniejsza spastyczność, poprawia koordynację oraz pozwala na zachowanie pamięci ruchowej. Zdolność zapamiętywania i uczenia się należą do cech świadczących o plastyczności układu nerwowego. Cecha ta jest możliwa za sprawą tak zwanego optymalnego pobudzenia kory mózgu [18].

Metoda Watsu wpływa korzystnie na system nerwowy, usprawnia jego działanie. Przyczynia się do podniesienia poziomu podzielności uwagi, co przekłada się bezpośrednio na możliwość łatwiejszego wykonywania ćwiczeń ruchowych. Powtarzanie sesji Watsu doprowadza do automatyzacji pewnych czynności ruchu, co wpływa pozytywnie na stan psychofizyczny pacjentów. Badania potwierdzają, że w wyniku wykonywania ruchu przez ciało, znacznie nasila się proces przepływu krwi w okolicy potylicy i mózdzku. Przemiany związane z przekrwieniem tych okolic wskazują na przeniesienie programu ruchowego do pamięci długotrwałej [19].

Pamięć, czyli zdolność przechowywania informacji, jest przede wszystkim funkcją kory mózgu, ale w procesach uczenia się czynności ruchowych ważną rolę odgrywa również mózdzek i jądra podkorowe. Pamięć związaną ze zdolnością odtwarzania ruchów określa się jako pamięć ruchową. Zapamiętywanie i odtwarzanie z pamięci informacji jest podstawą uczenia się, a pamięć ruchowa oczywiście umożliwia proces uczenia się ruchów. Istotny jest stopień złożoności nauczanego ruchu oraz jego powtarzalność. Łatwiej jest bowiem uzyskać zauważalną poprawę szybkości i osiągnąć wprawę w wykonywaniu ruchów prostych. Należy jednak pamiętać, że to właśnie trudne zadania motoryczne umożliwiają uzyskanie większego postępu w odniesieniu do wprawy, z jaką są wykonywane. Ma to uzasadnienie neurobiologiczne, gdyż trudne zadania początkowo wykonywane są powoli i niesprawnie, a trening układu nerwowego w zakresie wykonywania tych zadań jest głównym czynnikiem umożliwiającym postęp [20].

W odniesieniu do procesu nauczania ruchów duże znaczenie ma możliwość przeniesienia wiedzy wynikającej z wcześniejszych doświadczeń i praktyki na nowe sytuacje i zadania motoryczne. Poprzez pracę w wodzie, można dzięki zastosowaniu odpowiednich sekwencji, uzyskać lepszą funkcję lokomocji pacjenta w środowisku pozbawionym wody.

Koncepcja Halliwick zakłada wykorzystanie zabaw w wodzie, w celu rozwijania sprawności manualnej, koordynacji wzrokowo-ruchowej, percepcji wzrokowo-przestrzennej. Terapia może bardziej przypominać zabawę niż leczenie. Ćwiczenia sprawiają, że rozwija się percepcja i współpraca między zmysłami, a zatem poprawie ulega sprawność w zakresie dużej i małej motoryki, koncentracja uwagi, percepcja wzrokowo-przestrzenna, jak również samoocena osoby uczestniczącej w terapii. Wybrane elementy z metody Halliwick można stosować jako sposób wspierania dużej i małej motoryki, a także orientacji w schemacie ciała i wzrokowo-przestrzennej, na przykład: bodźce działające na zmysł równowagi wywierają wpływ na napięcie dużej grupy mięśni. Tak więc kołysanie, subtelne ruchy wahałdłowe miednicy w formie ćwiczeń rotacji strzałkowej jest swoistą gimnastyką dla układu mięśniowego. Ponadto delikatne oddziaływanie na zmysł równowagi i dotyku wpływa stymulująco na wydobycie pozytywnych emocji.

Zaletą wszystkich metod rehabilitacji w wodzie jest przyjemne kołysanie w trakcie prowadzenia terapii, co pobudza do pracy błędnik i system przedsionkowy, dzie-

ki czemu pacjent jest w stanie znacznie łatwiej zachować równowagę w środowisku pozbawionym wody. Kołysanie działa kojąco, a kontakt cielesny z terapeutą wywołuje poczucie bezpieczeństwa. Doznania dotykowe (gdy pływak jest dotykany i gdy sam dotyka) wpływają również na poznanie własnego ciała, poczucie własnej, cielesnej odrębności i sprawczości [21]. Podobny wpływ ma wiele zabaw i ćwiczeń stosowanych w celu wspomaganie ruchu. Napór wody na klatkę piersiową pozwala na wzmocnienie terapii o ćwiczenia oddechowe. W wodzie uczestnik terapii nie obawia się o swoje bezpieczeństwo, co mogło być związane z brakiem równowagi. Może on wykonywać ruchy, których nie jest w stanie wykonywać w środowisku pozbawionym wody.

Metody rehabilitacji w wodzie kształtują umiejętność nawiązywania kontaktu, reakcje emocjonalne, spostrzeganie wzrokowe, rozumienie i zdolność komunikowania się. Zostają wypracowane pozytywne aspekty zdolności do funkcjonowania w grupie i współpracy w sytuacji zadaniowej, samodzielność, zdolność koncentracji uwagi i zapamiętywania. W trakcie prowadzenia terapii zwraca się uwagę na koordynację ruchową i sprawność manualną. Zajęcia prowadzone w małej grupie stwarzają okazje do zabawy, są więc źródłem radości, uczą też zasad współpracy i samodzielności, stymulują rozwój form komunikowania się, są okazją do zdobywania nowych umiejętności poprzez naśladowanie. Duże znaczenie ma pozytywny wpływ na neurohormonalny obszar organizmu człowieka. Za sprawą odpowiednich ruchów następuje obniżenie pobudzenia układu sympatycznego. Wykorzystuje się drogę psychicznej zależności napięcia mięśni sterowanych z ośrodkowego układu nerwowego. Pobudzony zostaje układ limbiczny oraz ośrodki kory mózgowej. Osłabienie aktywacji układu siatkowatego znacznie obniża poziom stresu organizmu. Pozytywnym efektem terapii będzie redukcja nadmiernego pobudzenia emocjonalnego osób z zespołem Turnera. Stosowanie metod relaksacyjnych, jak na przykład Water Dance, zwiększa koordynację nerwowomięśniową, skraca czas reakcji na bodziec, zwiększa dokładność i precyzję wykonania czynności, obniża ciśnienie skurczowe i rozkurczowe, częstoskurcz i objętość skurczową serca.

Według badań amerykańskich neurofizjologów proces leczenia organizmu jest znacznie przyspieszony, kiedy mózg znajduje się w określonym stanie relaksacji. Pojawienie się rytmów mózgowych alfa i theta powoduje wyraźne obniżenie się poziomu hormonów stresowych. Występowanie wymienionych fal mózgowych podwyższa także w sposób znaczący sprawność immunologiczną organizmu. Kilkanaście minut dziennie poświęconych relaksacji ma naukowo udowodniony bardzo pozytywny wpływ na zdrowie. Znaczące dla organizmu jest praktykowanie relaksacji, w celu osiągnięcia idealnego zdrowia oraz usunięcia problemów związanych z napięciem i stresem [22].

Stan głębokiej relaksacji jest uzdrawiający dla całego organizmu. Zwalnia się metabolizm, słabnie napięcie mięśniowe, a w zapisie EEG fal mózgu pojawia się rytm alfa,

charakterystyczny dla głębokiej relaksacji. Relaksacja uaktywnia prawą półkulę mózgową, dzięki czemu zwiększa się kreatywność, zapamiętywanie, poprawia się koncentracja, człowiek myśli bardziej twórczo i pozytywnie [23].

W rehabilitacji w wodzie problemem u osób z zespołem Turnera może być utrzymanie twarzy nad powierzchnią wody. Dla większości z nich ważne jest również niedopuszczenie do zanurzenia uszu, ze względu na częste występowanie infekcji ucha. Odpowiednie wsparcie szyi, w trakcie terapii, pomaga w utrzymaniu twarzy nad powierzchnią wody, a także rozluźnia mięśnie grzbietu. W celu zwiększenia bezpieczeństwa, w metodzie Watsu można stosować przybory wypornościowe [23].

Praca terapeuty w środowisku wodnym wymaga stałej obserwacji, stosowania ruchów, które podopieczny toleruje. Najczęściej są to ruchy wywołujące turbulencje w wodzie oraz ruchy kołysania. Potrzebna jest wzajemna ufność i respektowanie życzeń osoby poddanej terapii. Obserwacja pozwala na wykluczenie ruchów nieakceptowanych przez pacjenta, co zapewnia większą przyjemność i formę zabawy.

Zespół Turnera może cechować się, zwłaszcza w okresie dzieciństwa nadmierną pobudliwością, a nawet mogą u niektórych osób rozwinąć się objawy charakterystyczne dla zespołu hiperkinetycznego, znanego jako ADHD od angielskich słów Attention Deficit Hyperactivity Disorder [3]. Charakterystyczne dla zespołu hiperkinetycznego są nadmierna ruchliwość (nadruchliwość), impulsywność i znaczne trudności w koncentracji uwagi. W celu zwiększenia odporności psychicznej osób z zespołem Turnera można stosować metody rehabilitacji w wodzie.

Aspekt psychologiczny metod rehabilitacji w wodzie opiera się głównie na sposobie relaksacji pacjenta w trakcie terapii. Relaksacja to jedna z technik często stosowana w pracy terapeutycznej, ćwiczenia mają zawienny wpływ nie tylko na ciało, ale również na psychikę i dobre samopoczucie. Zły stan psychiczny, spowodowany jest przez stres, który nieleczony może doprowadzić do ciężkich zaburzeń. Stres powoduje w organizmie powstawanie napięć, wśród których występują: napięcia fizjologiczne, których źródłem są lęki i niepokoje, napięcia, które pochodzą z niezaspokojenia potrzeb psychicznych [24]. Redukcja napięcia mięśniowego daje stan równowagi emocjonalnej, uspokojenie wegetatywne. Dla osób z zespołem Turnera, które są nadmiernie pobudzone, można polecić metodę Watsu oraz Water Dance. Wspomniane metody działają podobnie do masażu i to zarówno w aspekcie masażu pasywnego, którego celem jest przekazanie energii do przykurczonych tkanek, rozciągnięcie mięśni, jak i w aspekcie masażu aktywnego, który dąży do wzmocnienia osłabionych mięśni i innych elementów budujących stawy. Wykonując terapię w ciepłej wodzie można oddziaływać na: rozszerzenie naczyń krwionośnych, pobudzenie do działania przysadki mózgowej, kory nadnerczy, zwiększenie poziomu regulacji endokrynowej. Działanie na receptory skórne za pomocą ucisków punktowych (techniki shiat-su) pozwala na uwolnienie czynników przyspieszających

regenerację organizmu [25]. Stosowanie rozciągania, szczególnie technik elongacji, pozwala na uelastycznienie elementów tkankowych budujących stawy, pobudzenie do pracy receptorów, które pozwalają na zwiększenie stanu świadomości, rozciągania i ucisku, powodują zwiększenie elastyczności i rozciągliwości włókien kolagenowych i elastynowych [26]. Zwiększona temperatura wody powoduje rozszerzenie naczyń krwionośnych skóry, przez co zwiększa się ilość krwinek czerwonych (efekt sprężenia zwrotnego powstały przy pobudzeniu mechanizmu termoregulacji, zwiększa się liczba kapilar w mięśniach i narządach wewnętrznych oraz ulega poprawie proces oksydacji całego organizmu). Wyższa temperatura wody sprzyja pełniejszej relaksacji ze względu na zwiększenie wydzielania hormonów adrenokortykotropowych przysadki: kortyzolu i katecholamin w nadnerczach [17].

Terapia w środowisku wodnym wpływa korzystnie na organizm. Przyspiesza proces leczenia, poprawia pracę systemu immunologicznego, usuwa negatywne skutki stresu. Pozwala odnaleźć wewnętrzną równowagę, przez co uzyskuje się uczucie wyciszenia i spokoju, a także powoduje lepsze nastawienie do życia, sprzyja poprawie wyników w nauce, dzięki usprawnieniu koncentracji i pamięci oraz poprawia sprawność organizmu.

Podsumowanie

Środowisko wodne stwarza korzystne warunki wielokierunkowego oddziaływania na organizm człowieka. Wykorzystując metody rehabilitacji w wodzie można stworzyć program usprawniania, podobnie jak w przypadku metod stosowanych w warunkach lądowych.

Założenia i techniki wykorzystane w metodzie Bad Ragaz Ring są podobnie stosowane, jak w przypadku metody PNF. Metoda Watsu łączy w sobie zakres ćwiczeń w odciążeniu, stretchingu, mobilizacji i manipulacji tkanek. Wykorzystuje również w swoich założeniach elementy akupresury, podobnie jak masaż Shiatsu.

Koncepcja Halliwick przypomina elementy pracy stosowane w metodzie Weroniki Sherborne oraz treningu integracji sensorycznej. W metodzie Water Dance występują elementy ćwiczeń oddechowych, masażu, jogi oraz ćwiczeń relaksujących.

Dużym atutem usprawniania w środowisku wodnym są korzystne właściwości środowiska, w jakim prowadzona jest terapia. Rehabilitacja w środowisku wodnym, szczególnie w cieplej wodzie, pozwala na całkowite odprężenie pacjenta w trakcie terapii, powoduje obniżenie napięcia mięśniowego oraz poprawę ukrwienia zarówno narządów wewnętrznych oraz mięśni. Zwiększa się produkcja hormonów (endorfyny, oksytocyna), co wpływa na redukcję bólu. Rehabilitacja w wodzie nie powoduje tak dużego zmęczenia, 10 minut ćwiczeń na lądzie odpowiada 30–40 minutom ćwiczeń w środowisku wodnym. Istotna jest znacznie mniejsza ilość przeciwwskazań do prowadzenia rehabilitacji w wodzie. W wyniku korzystnego działania środowiska wodnego na układ

krążeniowo-oddechowy problem nadciśnienia tętniczego nie wyklucza możliwości stosowania omawianych metod.

Metody rehabilitacji w wodzie mogą być skuteczne również w podnoszeniu ogólnej sprawności organizmu, zwiększeniu zakresu siły mięśniowej oraz poprawie wydolności oddechowej. Ćwiczenia w wodzie nie obciążają układu kostno-stawowego, dlatego tę formę ruchu poleca się przy problemach z kręgosłupem, zaawansowanej osteoporozie (gdy grożą złamania), po przebytych urazach kości oraz stawów. W wodzie zwiększa się ruchomość stawów, łatwiej więc wykonywać bardziej zaawansowane grupy ćwiczeń, jak ma to miejsce w metodzie Watsu czy Water Dance.

W zależności od wprowadzenia metody oraz wykorzystania odpowiedniej techniki można skutecznie zwiększyć przemianę materii i zredukować problem występowania otyłości u osób z zespołem Turnera. Rehabilitacja w wodzie działa jak drenaż limfatyczny – kiedy woda masuje ciało, limfa sprawniej krąży i szkodliwe produkty przemiany materii szybciej są usuwane z organizmu. Za każdym razem, kiedy terapia przeprowadzona jest w wodzie, redukcja poziomu lęku i stresu, związanego z obawą pacjenta o stan zdrowia, wywoła pozytywny efekt psychologiczny.

Przedstawione w artykule korzyści zdrowotne metod rehabilitacji w wodzie, przemawiają za ich użytecznością w leczeniu typowych dolegliwości zdrowotnych kobiet z zespołem Turnera. Dlatego przy tak dużej grupie korzyści i małej ilości przeciwwskazań, należy wprowadzić program usprawniania z wykorzystaniem metod rehabilitacji w wodzie.

Osoby u których występują liczne wady rozwojowe, poddane terapii, nie muszą umieć pływać. Zajęcia odbywają się w wodzie sięgającej do talii lub do klatki piersiowej, a obecność terapeuty oraz innych uczestników, zwiększa poziom zaufania do terapii. Trening terapeutyczny jest przeznaczony dla wszystkich – i młodych, i starszych, także tych, którzy cierpią na choroby współistniejące w zespole Turnera (o ile nie ma przeciwwskazań lekarskich).

Regularny wodny trening, w którym wykorzystana jest technika z poszczególnych metod rehabilitacji w wodzie, zapewnia nie tylko zdrowie i kondycję fizyczną, ale również odporność immunologiczną i poprawę jakości życia osób z zespołem Turnera. Poprzez logiczne wdrażanie programu usprawniania, można uczyć się m.in. przystosowania psychicznego do wody, w tym kontroli oddechu, kontrolowania równowagi ciała i ruchów w wodzie. Wyszczególnione powyżej umiejętności kontroli ciała, prowadzą do osiągnięcia lepszego rozwoju motorycznego, a docelowo do całkowitej niezależności zarówno w wodzie, jak i na lądzie. Wprowadzenie metod rehabilitacji w wodzie umożliwi skuteczniejsze wykonywanie konkretnych ćwiczeń korekcyjnych: głównie elongacyjnych, rozciągających, wzmacniających lub rozluźniających poszczególne grupy mięśniowe, derotacyjnych i koordynacyjnych.

Rekreacyjne i terapeutyczne efekty aktywności i zabaw prowadzonych w środowisku wodnym mogą wspomagać

proces terapii psychoruchowej i edukacji psychopedagogicznej. Każda sesja terapeutyczna może zawierać elementy zabawy, współpracy oraz współzawodnictwa, dlatego w naturalny sposób obejmuje wszystkie sfery rozwoju człowieka. Stosowanie metod rehabilitacji w wodzie jest pojmowane jako holistyczne podejście do problemów usprawniania osób z zespołem Turnera.

PIŚMIENNICTWO

- Wiśniewski A., Zespół Turnera. Przewodnik dla chorych i ich rodzin. Stowarzyszenie Pomocy Chorym z Zespołem Turnera, Publikacja wydana dzięki pomocy firmy Sandoz [81 ss. ekranowe]. Adres: http://www.turner.org.pl/dokumenty/broszura-zespol_turnera.pdf
- Łącka K., Zespół Turnera – korelacja pomiędzy kariotypem a fenotypem, *Endor. Pol.*, 2005, 56, 6, 986-993.
- Zadrożna I., Funkcjonowanie społeczne kobiet z zespołem Turnera, praca doktorska, Poznań 2010.
- Nowotny-Czupryna, O., Rudzińska, A., Czupryna, K. i wsp., Możliwości zastosowania terapii w wodzie u pacjentów z niektórymi dysfunkcjami narządu ruchu, *Fizjoter. Pol.*, 2001, 1(1), 67-73.
- Korpala-Szczyrska M., Aleszewicz-Baranowska J., Dorant B. i wsp., Wady układu sercowo-naczyniowego w zespole Turnera, *Endokr. Diabet.*, 2005, 11, 4, 211-214.
- Wikiera B., Jędrzejuk D., Noczyńska A., Mineralizacja kości u dziewcząt z późno rozpoznany zespół Turnera, *Endokr. Pediatr.*, 2010, Vol. 9, Nr 1(30), 71-78.
- Syczewska M., Wiśniewski A., Jakubczak-Morawska M. i wsp., Problemy funkcjonalne pacjentek z zespołem Turnera – doniesienie wstępne, *Endokr. Diabet.*, 2008, 14, 3, 157-159.
- Sienkiewicz-Dianzenza E., Milde K., Tomaszewski P. i wsp., Ocena poziomu aktywności fizycznej dziewcząt z zespołem Turnera, *Pediatr. Endocr. Diabet. Metab.*, 2011, 17, 3, 134-137.
- Olszewska E., Wiśniewski A., Madej M., Postawa ciała w zespole Turnera, *Pediatr. Endocr. Diabet. Metab.*, 2010, 16, 3, 189-195.
- Borgosz-Guźda A., Bartczyszyn M., Rożek K., Trening w wodzie u chorych z chorobami sercowo-naczyniowymi, *Fizjoterapia*, 2011, 10, 1-12.
- Barczyk K., Zawadzka D., Hawrylak A. i wsp., Wpływ ćwiczeń korekcyjnych w środowisku wodnym na kształt krzywizn przednio-tylnych kręgosłupa i stan funkcjonalny narządu ruchu dzieci ze skoliozą 1°, *Ortop. Traumat. Rehab.*, 2009, 3(6), 11, 209-221.
- Becker B., *Aquatic Therapy: Scientific foundations and clinical rehabilitation Applications*. American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation, 2009, 1(9). 859-872.
- Dull H., *Watsu: freeing the body in water*. Watsu Publish. Middletown 2004.
- Chon Ch.S., Oh W.D., Shim H.J., Watsu approach for improving spasticity and ambulatory function in hemiparetic patients with stroke, *Psychother. Res. Int.*, 2009, 14(2), 128-136.
- Fall-Lawryniuk M., Wilk B., *Terapia ruchowa w wodzie - autorski program redukcji masy ciała u osób z nadwagą i otyłością*, *Medycyna Sportowa*, 2004, 20, 40-44.
- Molenda E., Pływanie jako forma wspomagania terapii osób chorych na cukrzycę, *Med. Sport.*, 2004, 20, 153-157.
- Schoedinger P., *Watsu Adapted for clients with special needs*. Peggy Schoedinger, PT 2010.
- Czajkowski Z., Rola układu nerwowego w uczeniu się czynności ruchowych. Część I, *Sport Wyczyn.*, 1999, 1-2, 65-73.
- Czajkowski, Z., Rola układu nerwowego w uczeniu się czynności ruchowych. Część II, *Sport Wyczyn.*, 1999, 3-4, 47-55.
- Górski J., Celichowski J., *Fizjologiczne podstawy wysiłku fizycznego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
- Andersen F.S., Podstawowe informacje na temat terapii w wodzie, *Rehab. Med.*, 2002, 6 (4). 70-76.
- Kulmatycki L., Szczuka E., Rola relaksacji w relacji fizjoterapeuta pacjent, *Fizjoterapia*, 2007, 15(1), 75-84.
- Wieser, A., *Watsu for Children with Severe and Profound Disabilities*. *Aquatic Therapy Journal* 2007, 11(9), 2.
- Walicki, K. *Fizjoterapia osób z chorobami psychosomatycznymi*. *Fizjoterapia* 1995, 3(3), 3-6.
- Berwecka M., Kasperczyk T.: *Usuwanie bólów głowy metodą medycyny naturalnej*, *Fizjoterapia*, 2001, 9(3), 55-60.
- Miłkowski, K., *Watsu-kompleksowe podejście do terapii w wodzie*. *Prakt. Fizjoter. Rehab.*, 2010, 9, 32-37.

Adres do korespondencji:

Sebastian Nonn-Wasztan
 Doktorant Katedry Fizjoterapii, Reumatologii i Rehabilitacji
 Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
 ul. 28 Czerwca 1956 roku 135/147
 61-545 Poznań
 sebw@interia.pl

AUTYZM U DZIECI – NOWY PROBLEM TERAPEUTYCZNY I SPOŁECZNY

AUTISM IN CHILDREN: A NEW THERAPEUTIC AND SOCIAL PROBLEM

MARTA KHYMKO*, MIROŚŁAWA CYLKOWSKA-NOWAK**

*Program Stypendialny im. L. Kirklanda

**Zakład Edukacji

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

p.o. kierownika Zakładu: dr. n. hum. Mirosława Cyłkowska-Nowak

Streszczenie

Wstęp. Autyzm definiowany jest jako zaburzenie, które przejawia się we wczesnym dzieciństwie i trwa przez całe życie. Osoby cierpiące na autyzm słabo nawiązują kontakty interpersonalne, źle opanowują umiejętności potrzebne do komunikacji, skłonni są do przejawiania zachowań uporczywych i stereotypowych działań.

Cel. Głównym celem pracy jest dekonstrukcja poglądów psychologicznych i pedagogicznych na temat autyzmu u dzieci oraz sytuacji rodziców w rodzinach wychowujących dziecko autystyczne.

Materiał i metoda. Metaanaliza wybranych prac naukowych anglo-, polsko-, rosyjsko-, ukraińskojęzyczne z ostatnich 30 lat.

Wyniki. Problematyka dotychczasowych badań zmieniała się od zagadnień *stricte* klinicznych i społeczno-psychologicznych do psychologiczno-pedagogicznych. W oparciu o pierwsze i drugie z podejść główną przyczyną zaburzenia są oddziaływania rodzicielskie. Wyodrębnienie autyzmu jako samodzielnego problemu psychologiczno-pedagogicznego odbywało się sukcesywnie i przyniosło zgoda odmienne uogólnienia. Podobnie jak w przypadku większości innych zaburzeń psychicznych etiologia autyzmu jest złożona i nie do końca poznana. W artykule zaprezentowano różne koncepcje stosowane w wyjaśnianiu przyczyn autyzmu.

Słowa kluczowe: autyzm, koncepcje, dziecko autystyczne.

Wstęp

Rodzina zawsze była i pozostanie najważniejszą instytucją w rozwoju ludzkich wartości. Jest też podstawą socjalizacji jednostki, fundamentem rozwoju osobistego, w rodzinie otrzymujemy pierwsze umiejętności współdziałania. Rodzina, w której wychowuje się dziecko autystyczne jest inna, specyficzna.

Dzieci z autyzmem opisano po raz pierwszy w latach 40-tych XX wieku. Autyzm dziecięcy znajduje się na czwartym miejscu wśród różnego rodzaju chorób neuropsychiatrycznych u dzieci po upośledzeniu umysłowym, padaczkę i mózgowym porażeniu dziecięcym. Według statystyk, częstość występowania autyzmu na Ukrainie wynosi 2 na 1000 dzieci. Ten problem jest badany z różnych perspektyw: medycznej, socjalnej i psychologicznej. W ciągu ostatnich 20–25 lat problemowi temu poświęciło liczne prace wielu lekarzy i psychologów: W.M. Baszina, K.S. Lyebiedinskaya,

Summary

Introduction. Autism is defined as a disorder that manifests itself in early childhood and continues throughout a lifetime. People suffering from autism have problems with establishing interpersonal relationships, their mastery of the skills needed to communicate is bad, and they tend to exhibit persistent behavior and stereotypical activity.

Aim. The main aim of the study is the deconstruction of psychological and pedagogical views on autism in children and of the differences between individual concepts, which account for this phenomenon.

Material and method. Meta-analysis of selected research papers in English, Polish, Russian and Ukrainian published over the last 30 years.

Results. The topics of previous research have shifted from strictly clinical and socio-psychological issues to psychological and pedagogical ones. According to both approaches parents are the main cause of the disorder. The separation of autism as an independent psychological and pedagogical problem took place gradually and it resulted in very different generalizations. As in the case of the majority of other disorders the etiology of autism is complex and not fully understood. The article presents various concepts applied in explaining the causes of autism.

Key words: autism, concepts, autistic child.

O. Nikolskaya, E.R. Bayenskaya, O.B. Bogdashina, S. Baron-Cohen, L. Wing, B. Sheldon, E. Shopler, I. Lovaas, J. Fryta, I.B. Karvasarskaya, O.S. Arshatskaya, W.E. Kagan, K.O. Ostrovskaya, M.T. Skrypnik, I.A. Martsenkovskyy, O.W. Druzhynska, J.B. Bikshayeva i inni.

Autyzm jest bardzo trudnym czynnikiem stresowym dla rodziny, skomplikowany przez fakt, że dziecko fizycznie wygląda na całkowicie zdrowe. W czasie, gdy rodzice dowiadują się, że u dziecka rozpoznano autyzm, zmuszeni są do przemyślenia swojej postawy i zmiany swoich przyzwyczajzeń, zainteresowań, wartości. W nowoczesnych warunkach problem autyzmu wydaje się być coraz bardziej ostrym, ponieważ zauważalnym jest brak informacji, specjalistów. Poważnym jest problem przyjęcia takich dzieci przez społeczeństwo. Naukowcy coraz częściej podejmują problem funkcji rodziny, w której jest wychowywane dziecko z autyzmem, jej społecznych i psychologicznych trudności. Wcześniej akcent stawiano bardziej na pracę

z dzieckiem. Badania takich uczonych, jak: J. Holroyd, D. McArthur, R. Boum, R. Schweitzer, A. Bahenholm, C. Gilberg, S. Fisman, L. Wolf wskazują na to, że autyzm powoduje więcej sytuacji stresowych w rodzinie niż inne zaburzenia w rozwoju dziecka. Badania K. Houps i S. Harris zwracają uwagę na ten fakt, że rodzice skarżą się na niski poziom zaangażowania ze strony dziecka, niski poziom satysfakcji z jego wychowania, brak więzi międzyludzkiej, a to z kolei powoduje wzrost stresu u rodziców [1]. Zdaniem J. MacArthur i J. Holroyd, w rodzinach, w których wychowuje się dziecko z autyzmem, takie codzienne czynności, jak wspólne posiłki, wakacje lub wycieczki negatywnie wpływają na relacje rodzice-dziecko [1].

Specyfika autyzmu polega na specyficzności sfery emocjonalnej, co powoduje oddzielenie dziecka od środowiska. Przejawia się to w nieprzewidywalnym zachowaniu dziecka autystycznego. Dziwne zachowanie dziecka, które wygląda na fizycznie zdrowe, powoduje wstręt i potępienie ze strony środowiska, które traktuje go jako „dziecko źle wychowane”, a jego rodziców jako takich, którzy nie wiedzą jak go trzeba wychować. To zazwyczaj prowadzi do konfliktów z otoczeniem, a ostatecznie – do całkowitej izolacji rodziny.

Dotychczas opublikowano też niewiele badań dotyczących emocji, potrzeb i szczególnych stanów psychicznych, które występują w rodzinach wychowujących dzieci z autyzmem. Psycholodzy E. Pisula, T. Galkowski, J. Holroyd, D. McArthur, M. Bristol uważają, że rodzice dzieci autystycznych są bardziej podatni na emocjonalne wypalenie, niż rodzice dzieci z innymi zaburzeniami. Taka sytuacja pojawia się, ponieważ dziecko autystyczne potrzebuje stałej opieki. Opieka i wychowanie dziecka autystycznego wywołuje uczucie opuszczenia, izolacji i poczucie, że wysiłek związany z opieką i wychowaniem dziecka jest pozbawiony sensu. Jednakże w pracach tych badaczy nie opisuje się specyfiki postaw rodziców wobec dzieci autystycznych oraz systemu współpracy z rodzicami dzieci autystycznych.

Edukacja dziecka z autyzmem jest przeżywana przez rodziców jako uraz psychiczny, który znajduje bardzo silne odbicie w relacji rodzice-dziecko, wewnętrznych relacjach osobistych i systemie wartości. Zwykle ma to negatywny wpływ na dziecko.

Cel pracy

Problem postawy rodziców wobec dzieci autystycznych zasługuje na szczególną uwagę. Celem pracy jest dekonstrukcja poglądów psychologicznych i pedagogicznych na temat autyzmu u dzieci oraz sytuacji rodziców w rodzinach wychowujących dziecko autystyczne.

Material i metoda

Metaanalizie poddano prace naukowe anglo-, polsko-, rosyjsko-, ukraińskojęzyczne z ostatnich 30 lat.

Teoretyczna analiza problemu – historyczny aspekt rozwoju problematyki autyzmu

We współczesnej literaturze medyczno-psychologicznej autyzm jest zaburzeniem, które przejawia się we wczesnym dzieciństwie i trwa przez całe życie. Ludzie z autyzmem słabo reagują na innych, źle opanowują nawyki potrzebne dla komunikacji, skłonni są do uporczywego zachowania i stereotypowego działania [2].

Autyzm jest problemem nieschizofrenicznym, lecz psychospołecznym, powodującym rodzaj społecznej nieodpowiedniości, komunikacyjnych i językowych zaburzeń, grę i aktywność rytualną, a także opór przed jakimikolwiek zmianami [3].

Psychiatra Lorna Wing sformułowała tzw. triadę upośledzeń u ludzi cierpiących na zaburzenia o charakterze autystycznym: 1) upośledzenia w zakresie interakcji społecznych; 2) upośledzenia komunikacyjne; 3) upośledzenia wyobraźni [4].

Akcenty w badaniach zmieniały się od klinicznego i społeczno-psychologicznego (koniec XIX. wieku – druga poł. XX wieku) do psychologiczno-pedagogicznego (lata 80-90-te XX. wieku). Wyodrębnienie autyzmu jako samodzielnego psychologiczno-pedagogicznego problemu odbywało się sukcesywnie. Można wyodrębnić tu cztery etapy rozwoju koncepcji wyjaśniającej autyzm u dzieci [6]: przednozologiczny, przedkannerowski, kannerowski, postkannerowski.

Etap przednozologiczny (kon. XIX w. – pocz. XX w.) charakteryzuje się pewnymi wspomnieniami o dzieciach, które pragnęły samotności i ucieczki. Źródła wspominające o autyzmie sięgają do starych legend i baśni o porwaniu dzieci przez elfy, podrzuconych lub zafascynowanych dzieci. Od XVIII wieku pojawiają się teksty medyczne zawierające opisy osób, które prawdopodobnie cierpiały na autyzm (choć termin ten nie był używany), one nie rozmawiały, były zbyt zamknięte, posiadały bardzo dobrą pamięć.

Pierwszy kliniczny opis dziecka autystycznego został dokonany przez francuskiego lekarza J. Itarda, który zajął się edukacją chłopca, znalezionego w lasach Aveyron pod koniec XVIII wieku.

W 1911 roku szwajcarski psychiatra E. Blauler wprowadza termin „autyzm”, w tłumaczeniu z greckiego autos – skierowany na siebie. Blauler twierdził, że autyzm jest oderwaniem od rzeczywistości z obecnością życia wewnętrznego, szczególnego świata marzeń i wyobraźni, współistniejącego ze schizofrenią. Autor ten uważał, że podstawą autyzmu są kompleksy afektywne i zaburzenie myślenia. Autyzm jest oznaką fenomenologiczną, która przedstawia dość skomplikowaną kategorię i nie układa się w żaden symptom, a spowodowany jest połączeniem różnych symptomów, które charakteryzują schizofrenię.

Drugi etap rozwoju koncepcji wyjaśniających autyzm, przedkannerowski obejmuje lata 20–40-te XX wieku, kiedy kształtowało się pojęcie o autyzmie. Oprócz tego, że „autyzm” był pojęciem wprowadzonym przez Blaulera, wielu lekarzy wniosło własne uzupełnienie w

ten termin. Według E. Minkowskiego (1927) autyzm jest skutkiem zaburzenia instynktu „witalnego”.

Trzeci etap rozwoju problematyki autyzmu określony został jako kannerowski (lata 40–80-te XX w.). Ten okres odznaczał się publikacją prac naukowych o autyzmie dziecięcym. Pierwszą publikację zawdzięczamy L. Kannerowi [4]. Kanner opisał 11 dzieci autystycznych i wyodrębnił tę grupę jako osobną kategorię diagnostyczną. Jego zdaniem autyzm spowodowany był przez oziębłych, sztywnych i wysoko wykształconych rodziców, których określa jako „rodzice-lodówki”. Kanner też uważa, że izolacja społeczna jest podstawową przyczyną tego zaburzenia [4].

Hans Asperger, psychiatra z Wiednia, opublikował w 1944 roku artykuł o grupie nastoletnich chłopców, którzy mają problemy w relacjach społecznych. Zwrócił uwagę na brak kontaktu wzrokowego, ubogą ekspresję mimiczną i gestykulację oraz występowanie wielu stereotypowych ruchów. Osoby te miały izolowane obszary zainteresowań i dobrą pamięć.

W 1964 roku Bernard Rimland, amerykański psycholog, ojciec autystycznego dziecka opublikował kluczową dla rozwoju wiedzy o autyzmie książkę. W swojej książce oskarża specjalistów, którzy stereotypowo widzieli przyczynę autyzmu w „zimnych rodzicach” i uzasadnia swoją opinię na temat tego zaburzenia jako problemu organicznego zaburzenia mózgu. Jego książka zmieniła pogląd na podejście do autyzmu.

W tzw. etapie postkannerowskim (lata 50–90-te XX w.) sposoby wyjaśniania autyzmu różnicowały się. Przede wszystkim kontynuowane było dookreślenie kliniczno-

psychopatologicznych osobliwości autyzmu wczesnodziecięcego. W rezultacie pracy wielu naukowców (W. Baszina, G. Piwowska, E. Antoni, B. Rimland, L. Wing, M. Rutter) w strukturze autyzmu udało się ujawnić takie zaburzenia jak: zaburzenia trawienia, problemy adaptacyjne, zaburzenia afektywne [4]. Pojawiły się prace, w których autorzy udowodniali niespecyficzną etiologię autyzmu wczesnodziecięcego. Zwolennicy psychogenezy [4] powiązali formowanie autyzmu z zaburzeniem symbiozy między matką a dzieckiem, zaburzeniem mechanizmów adaptacyjnych, ze słabością procesów integracyjnych układu nerwowego dziecka, z wpływem takich zewnętrznych czynników, jak poród, rozwojowymi okresami kryzysowymi, infekcjami. Z psychiatrii dziecięcej wyodrębniono i szczegółowo opisano syndrom Retta, który charakteryzuje się symptomami autystycznymi [4].

Badania autyzmu przynoszą ogromne zróżnicowanie perspektyw. W zależności od poziomu rozwoju psychiatrii i psychologii, naukowego kierunku, w jakim opisuje się autyzm, jego osobliwości i klinika definiuje się jako symptom, syndrom, chorobę lub patologię rozwoju.

Autyzm jako problem biologiczny, społeczny i psychologiczny

Podobnie jak w przypadku większości innych zaburzeń psychicznych etiologia autyzmu nie jest do końca poznana. W jego wyjaśnieniu stosowano różne koncepcje. Analiza podejść teoretycznych pozwala na klasyfikację zawieszoną w tabeli 1.

Tabela 1. Klasyfikacja koncepcji wyjaśnienia autyzmu
Table 1. Theories of explanation of the autism pathogenesis

Podejście	Koncepcja	Autor	Treść koncepcji
Biomedyczne	Kognitywistyczna	J. Frith, A. Leslie, S. Baron-Cohen	Wady systemu ośrodkowego układu nerwowego, wrodzone zaburzenia funkcji poznawczych i percepcyjnych, naruszenie „teorii umysłu”
	Biologiczna	B. Rimland, J. Ayers i inni	Rola czynników genetycznych, kruchość chromosomu X, problemy podczas ciąży i porodu, nieprawidłowości w mózdku, układu limbicznego i kory mózgowej, zaburzenia integracji sensorycznej
Społeczno-psychologiczne	Etologiczna	N. Tinbergen, W. Sanua	Strach w sytuacji zagrożenia, (zmniejsza odporność na czynniki chorobotwórcze) autystycznogenne czynniki (związane z postępowaniem cywilizacji i urbanizacji, zmiany stylu funkcjonowania w rodzinie)
	Społeczno-kulturowa	L. Kanner	Rodzice są wybitnie inteligentni, zabezpieczeni finansowo, posiadają wysoki status społeczny, ale „zimno” traktują swoje dzieci
Psychologiczno-pedagogiczne	Psychoanalityczna	M. Klein, M. Mahler	Zatrzymanie na psychotycznej fazie rozwoju, naruszenie procesu separacji-indywidualizacji
	Psychogenna	L. Kanner B. Bettelheim	Emocjonalny chłód rodziców, niekorzystny klimat dla rozwoju dziecka Strach, destrukcyjne uczucia, złe postawy rodziców, presja wywierana na dzieci

Źródło: opracowanie własne. Source: own's conception.

1. Podejście biomedyczne

A) Koncepcja kognitywistyczna

Współcześnie wiele faktów przemawia za tym, że autyzm spowodowany jest defektem ośrodkowego układu nerwowego, choć dotychczas nie udało się zidentyfikować konkretnego uszkodzenia struktur mózgu. Defekt ten sprawia, że osoby autystyczne nie mają świadomości własnych procesów myślowych i nie potrafią wyobrazić sobie, ani zrozumieć, co może dziać się w umyśle drugiego człowieka.

Psychologia stara się więc znaleźć taką składową procesów poznawczych, której brak wyjaśniałby wszystkie obserwowane w autyzmie deficyty. Zespół naukowców z Medical Research Council's Cognitive Development Unit w Londynie zidentyfikował taką właśnie składową [6]. Jest ona elementem mechanizmu poznawczego o bardzo złożonej naturze zachodzącego na poziomie abstrahowania. Najprościej można tę składową określić poprzez jedną z jej głównych funkcji: zdolność do myślenia o myśleniu innej osoby lub do wyobrażania sobie stanu umysłu innego człowieka. Przypuszcza się, że u osób autystycznych właśnie ta zdolność jest upośledzona, czyli - innymi słowami – upośledzony jest rozwój teorii umysłu.

U prawidłowo rozwijającego się dziecka tworzenie się teorii umysłu zaczyna się bardzo wcześnie. Począwszy już od drugiego roku życia dzieci zaczynają dzielić się spostrzeżeniami, doznaniem i przeżyciami z innymi. Dziecko pokazuje coś tylko po to, aby podzielić się z osobami znaczącymi swoim odkryciem, którego właśnie dokonało. Dziecko autystyczne nigdy tego nie uczyni. Jeśli wskazuje przedmiot, to tylko po to, aby go otrzymać. Fakt, że dziecko nie stara się zwracać uwagi otoczenia na coś, co dostrzegło, aby podzielić się swoim odkryciem, może być jedną z najwcześniejszych oznak autyzmu.

W drugim roku życia teoria umysłu przejawia się w zabawie symbolicznej, w której dzieci odgrywają role i angażują się w wyobrażone sytuacje. Dziecko autystyczne zupełnie nie rozumie działań pozorowanych i w czasie zabawy nie potrafi udawać. Różnicę między dziećmi zdrowymi i autystycznymi widać wyraźnie podczas „karmienia” lalki lub pluszowego misia pustą łyżeczką. Normalne dziecko wykonuje poprawną sekwencję ruchów karmienia i mlaska smakowicie „w imieniu” misia. Natomiast, dziecko autystyczne obraca trzymaną łyżeczkę, rzuca ją, nie rozumie, co właściwie ma zrobić z misiem czy lalką. Wyraźnie nie przejawia chęci odegrania roli. Gdy zdrowe dziecko widzi matkę trzymającą przy uchu banana, jakby to była słuchawka telefoniczna, w jego umyśle istnieją pierwszorzędowe reprezentacje dla banana i telefonu. Dziecko wie, do czego służy i jedno, i drugie, i na pewno nie zacznie jeść telefonu ani mówić do banana. W tej sytuacji dziecko domyśla się, iż matka pozornie rozmawia przez telefon. Sytuacja wyobrażona nie myli się więc z rzeczywistością, a przekonanie o czymś można traktować tak samo jak udawanie. Jeśli tak jest, to

dzieci autystyczne nie będą w stanie zrozumieć, że ktoś może mieć błędne wyobrażenia o faktach zachodzących w świecie zewnętrznym.

Wiele badań potwierdziło, iż u dzieci autystycznych wybiórczo upośledzona jest zdolność do wyobrażania sobie, czy też do zrozumienia stanu psychicznego innej osoby [6]. Umiejętność ta jest wrodzoną zdolnością, ujawniającą się we wczesnym okresie rozwoju i mającą szereg konsekwencji dla rozwoju poznawczego i rozwoju świadomości. Jest to specyficzna właściwość ludzkiego umysłu, dzięki której wiemy, że mamy świadomość oraz potrafimy przewidywać i wyjaśniać motywy zachowania ludzi nie wynikające z bezpośrednich fizycznych przesłanek. Teoria umysłu odgrywa istotną rolę w rozumieniu komunikatów zarówno werbalnych, jak i niewerbalnych, pozwala na prowadzenie dialogu dzięki rozumieniu motywacji i intencji rozmówcy oraz rozumieniu ukrytego znaczenia wypowiedzianych słów.

B) Koncepcja biologiczna

Autyzm intryguje badaczy już ponad pół wieku. To bardzo złożone zaburzenie zachowania charakteryzuje się różnorodnymi objawami, z których większość ujawnia się przed czwartym rokiem życia dziecka. U chorych na autyzm stwierdza się zmiany w położonym tuż nad rdzeniem kręgowym pniu mózgu. W pniu mózgu pacjenta autystycznego nie ma także jądra górnego oliwki, a jądro nerwu twarzowego jest mniejsze niż u osoby zdrowej. Takie zmiany mogą powstawać jedynie we wczesnym okresie życia zarodkowego.

Badania nad dziedziczeniem autyzmu wykazały, że przypadki tego schorzenia często powtarzają się w danej rodzinie. Prawdopodobieństwo jego wystąpienia u brata lub siostry osoby cierpiącej na autyzm wynosi 3-8%. Natomiast jest bez porównania mniejsze niż 50-procentowe ryzyko, związane z chorobami genetycznymi spowodowanymi przez mutację jednego dominującego genu (gdy do powstania choroby wystarcza wadliwy gen odziedziczony po jednym z rodziców) czy 25% zagrożenie w przypadku jednej mutacji recesywnej (wówczas kopia nieprawidłowego genu musi być odziedziczona po każdym z rodziców) [7]. A zatem wyniki badań najlepiej pasują do modelu, w którym chorobę wywołują mutacje kilku genów. Sprawę komplikuje fakt, że krewni chorych na autyzm miewają często niepełnoobjawową jego postać.

Wyniki badań bliźniąt, przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii potwierdzają, że autyzm ma składową dziedziczną, ale wskazują także na rolę czynników środowiskowych. Gdyby przyczyną autyzmu były tylko geny, na tę chorobę zapadałoby każde z bliźniąt jednojajowych, mających ten sam komplet genów. Jednakże kiedy jedno z nich jest chore, ryzyko wystąpienia tego schorzenia u drugiego wynosi 60%, jednocześnie prawdopodobieństwo pojawienia się niektórych jego objawów sięga 86% [7]. Dane te wskazują na to, że muszą istnieć również inne czynniki, które modyfikują genetyczną predyspozycję do autyzmu.

Poznano już kilka środowiskowych czynników ryzyka. Gdy kobieta podczas ciąży choruje na różyczkę albo gdy płód narażony jest na działanie substancji uszkadzających mózg, takich jak alkohol etylowy i kwas walproinowy (lek przeciwpadaczkowy), prawdopodobieństwo wystąpienia autyzmu u dziecka wzrasta. Ludzie z pewnymi chorobami dziedzicznymi, takimi jak fenyloketonuria i stwardnienie guzowate są również bardziej zagrożeni autyzmem. Czynniki te pojawiają się jednak zbyt rzadko, aby mogły odpowiadać za tak wiele przypadków tego schorzenia. Narażenie zarodków na choroby lub szkodliwe substancje powinno ponadto powodować jednakowo negatywne skutki u obojga bliźniąt. Muszą zatem istnieć inne, trudniejsze do uchwycenia wpływy środowiskowe niż te zidentyfikowane do tej pory. Badacze wciąż nie wiedzą, jaka kombinacja różnych czynników powoduje, że jedni ludzie mają symptomy choroby, innym zaś udaje się jej uniknąć. Poszukiwanie przyczyn autyzmu jest więc szczególnie trudne.

2. Podejście społeczno-psychologiczne

A) Koncepcja etologiczna

Chociaż etologia należy do nauk biologicznych, ale w tym przypadku uważamy, że właściwe jest włączenie tej koncepcji do podejścia społeczno-psychologicznego, ponieważ zwracamy swoją uwagę na naruszenie interakcji społecznych i psychologicznych między matką a dzieckiem. Zoolodzy K. Lorenz i N. Tinbergen, którzy badali związki między procesami ewolucyjnymi i zachowaniami zwierząt rozszerzyli swoje badania na ludzkie zachowanie, a mianowicie zachowanie terytorialne, komunikację niewerbalną, przestrzeń osobistą, zaangażowanie.

Według N. Tinbergena, autyzm – jest procesem, który prowadzi od stanu normy do patologii [8]. Naukowcy uważają, że dziecko od najmłodszych lat nie „wzmacnia” zachowania matki: nie uśmiecha się do niej, nie chce iść na ręce, nie zapewnia korzyści wynikających z interakcji. Tak więc, dziecko nie wywołuje u matki satysfakcji emocjonalnej, radości komunikacji bezpośredniej. N. Tinbergen podkreśla, że zachowanie występuje w ramach zdrowego rozwoju dziecka. Jego ujawnienie jest związane ze strachem w sytuacji zagrożenia, a wyraża się poprzez krzyk, ucieczkę, chaotyczne ruchy, dziecko zachowuje się tak, jakby nic nie widziało i nie słyszało. W swoich badaniach N. Tinbergen wykazuje, że reakcja ta może być spowodowana przez ból nowych bodźców, co jest dziwne lub pojawia się nagle, w nowym miejscu, niezaspokojone potrzeby fizjologiczne [8]. Autyzm, według N. Tinbergena, rozwija się, kiedy zaistnieje między innymi dwa czynniki: podatność na zranienia i patogenne czynniki zewnętrzne. Jeżeli dziecko jest wrażliwe i często przejawia lęk oraz jeżeli znajdzie się w niekorzystnych warunkach, gdzie nie ma możliwości odczuwania bliskości drugiego człowieka, np. w szpitalu, może to spowodować utrwalenie się zachowań mających na celu zagłuszenie lęku, a tym samym może doprowadzić do powstania u dziecka autyzmu.

Ciekawe jest też badanie W. Sanua, który zwrócił uwagę na autystycznogenne czynniki związane z postępem cywilizacyjnym [8]. Naukowiec ten twierdzi, że w Afryce i Ameryce Południowej autyzm dziecięcy nie został wykryty. Ze względu na bardzo niski poziom wpływu cywilizacji. B. Spock [8], obserwując dzieci, które zostały wychowane w prymitywnej wsi indyjskiej, podkreśla, że nie było tam prawie żadnych dzieci, które denerwowały się i płakały. W takich prymitywnych warunkach, kiedy matka zawsze nosi dziecko przy sobie, ono jest w stanie poczuć ciepło jej ciała i uczestniczyć w jej ruchach. Dziecko odczuwa wibrację matki, jej język i śpiew. Według B. Spocka, tak bliski kontakt, przypomina dziecku warunki prenatalne.

B) Koncepcja społeczno-kulturowa

Zdaniem wielu naukowców podstawowym czynnikiem wywołującym autyzm są niesprzyjające warunki w rodzinie i stres społeczny. Leo Kanner wiąże powstanie autyzmu wczesnodziecięcego z sytuacją rodzinną dziecka, a w szczególności z osobą matki. Zakładał on, że autyzm powstaje gdy zimna, odrzucająca matka nie jest w stanie lub nie chce zaspokoić potrzeb emocjonalnych dziecka. W owym czasie uważano, że wczesne osierocenie (oznaczające bądź fizyczne bądź emocjonalne odrzucenie przez matkę) doprowadza do głębokich, często nieodwracalnych zmian w zachowaniu dziecka. W latach sześćdziesiątych koncepcja „depriującej matki” została całkowicie odrzucona. Sam Kanner zresztą wycofał się ze swego podejścia w zakresie etiologii autyzmu. Jednak „plama” winy, która została nałożona na rodziny, a przede wszystkim na matki chorych dzieci, towarzyszyła im jeszcze przez długie lata. W obecnej chwili uważa się, że dysfunkcja rodziny dziecka autystycznego ma charakter wtórny.

Podobnie kilku innych lekarzy uważa, że wysoki poziom stresu społecznego i warunków środowiskowych może być jedną z przyczyn autyzmu. Ale badania nie potwierdziły tej hipotezy. W swoim badaniu A. Cox, porównując dzieci autystycznych z dziećmi, które nie mają tego zaburzenia, nie zauważył żadnych różnic w częstości takich wydarzeń, jak śmierć rodziców lub ich rozwód lub kłopoty finansowe w rodzinie [9].

3. Podejście psychologiczno-pedagogiczne

A) Koncepcja psychoanalityczna

Melanie Klein po raz pierwszy opisuje przyczyny zaburzeń psychotycznych w pierwszym i na początku drugiego roku życia [8]. Według jej teorii, dziecko od urodzenia ma płód Ego, które pozwala poznać strach, tworzyć mechanizmy ochronne i wczesne relacje z obiektem. Na niedojrzałe Ego dziecka działa strach, który spowodowany konfliktem między pociąganiem do życia i pociąganiem do śmierci. Ego dziecka próbuje przezwyciężyć strach przez projekcję na

oryginalny obiekt, którym jest pierś matki. Ten stan M. Klein nazywa paranoidalno-schizofrenicznym.

Kolejnym krokiem, według M. Klein, jest pozycja depresyjna, w której dziecko zaczyna akceptować matkę jako kompletny obiekt. Dziecko zaczyna rozumieć, że mama to jedna osoba, która może jednocześnie kochać i nie. Dziecko przeżywa lęk i obawia się, że jej destrukcyjne uczucia mogą zniszczyć obiekt miłości. Smutek dziecka wywołuje pragnienie zrekonstruowania zniszczonego obiektu. Ego wzmacnia się i rozwija [10]. Zgodnie z teorią M. Klein, autyzm dziecięcy jest zatrzymaniem na psychotycznej fazie rozwoju.

Margaret Mahler uważa, że stan autyzmu przejawia się przez krótki okres po urodzeniu w rozwoju każdego dziecka [11]. Według M. Mahler autyzm jest zaburzeniem procesu separacji-indywiduacji. Pozytywne doświadczenie symbiozy jest podstawą separacji oraz warunkiem prawidłowego rozwoju. Według podejścia psychoanalitycznego autyzm stanowi skutek zaburzenia, które spowodowane jest obojętnością matki wobec dziecka. Wczesny stres psychologiczny i patologia specyficznych postaw rodzicielskich powoduje patologiczny rozwój osobowości. Jednak badania pozwalają odrzucić twierdzenie, że autyzm jest powodowany przez negatywny stosunek matki do dziecka [8].

B) Koncepcja psychogenna

Pomysły L. Kannera na temat przyczyn autyzmu mogą być przypisane do dwóch podejść: społeczno-kulturowego i psychogenego (porównaj tabela 1). Według psychogenego punktu widzenia przyczyną autyzmu są niekorzystne warunki w rodzinie i stres społeczny. Niektóre cechy osobowości rodziców tworzą niekorzystny klimat dla rozwoju dziecka i w ten sposób wywołują zaburzenia [9].

Zdaniem autora pracy naukowej „Pusta forteca” B. Bettelheima, przyczyną autyzmu jest zła postawa rodziców, którzy wywierają presję na dziecko [12]. Autor obwinia większość matek, że to one pozbawiają dzieci pozytywnych uczuć. W swojej książce autor twierdzi, że matki dzieci autystycznych traktują je tak samo źle, jak naziści traktowali więźniów w obozach koncentracyjnych, powodując tym samym u dzieci (lub więźniów) poczucie beznadziei, rozpacz i apatii i zmuszając je do unikania kontaktu z rzeczywistością [12]. Leczenia autyzmu w ujęciu B. Bettelheima polega na izolowaniu dzieci autystycznych od ich rodzin w internatach i prowadzenia z nimi intensywnej psychoterapii.

Teoria B. Bettelheima, który obwinia rodziców za powstawanie autyzmu u dzieci, była bardzo popularna w połowie lat 70. XX wieku. Kiedy nowe badania w tej dziedzinie wykazały przekonująco absurdalność i szkodliwość tego podejścia, ani B. Bettelheim, ani jego zwolennicy nie przedstawili żadnych dowodów prawdziwości swojej teorii autyzmu. Nie ma zatem przekonujących dowodów, że zalecane „leczenie” jest przydatne dla wszystkich osób z autyzmem.

Zakończenie

Niepełnosprawność jest poważnym problemem społecznym w wymiarze jednostkowym, rodzinnym i ogólnospołecznym. Potrzeby ludzi niepełnosprawnych nie różnią się od potrzeb osób zdrowych, choć ich zaspokajanie wymaga dodatkowych wysiłków i specjalnych warunków. Niepełnosprawność jednego z członków rodziny jest przyczyną pojawienia się zróżnicowanych potrzeb wsparcia całej rodziny. Etiologia autyzmu nie jest do końca poznana, a dla jego wyjaśnienia stosowano różne koncepcje, m.in. biomedyczną, społeczno-psychologiczną, psychologiczno-pedagogiczną. W podejściu psychologiczno-pedagogicznym szczególną uwagę zwraca się na postawy rodzicielskie wobec dzieci z autyzmem. Wychowując dziecko autystyczne rodzice rozwijają specyficzne postawy. Jak wynika z literatury, podejście to otwiera nowe możliwości dla zajmujących się problemem postaw rodzicielskich.

PIŚMIENNICTWO

1. Randall P., Autyzm, Jak pomóc rodzinie, Gdańsk 2001.
2. Vrono M.Š., K probleme adaptacii bolnych sindromom rannego detskogo autizma, *Žurnal Nevrologii i Psichiatrii im. Korsakova*, 1987, 10, 1511-16.
3. Bogdašina O.B., Autizm: opredelenie i diagnostika, *Lebed'*, Doneck 1999.
4. Wing L., *The autistic spectrum: a parents' guide to understanding and helping your child*. Ulysses Press. Berkeley, California 2001.
5. Bašina V.M., *Autizm w detstve*, Medicina, Moskva 1999.
6. Bašina V.M., Pivovarova G.H., *Sindrom autizma u detej*, *Žurnal Nevropatologii i Psichiatrii*, 1970, 70, 6, 941-3.
7. Davydov V.V., *Problemy razvuvaušego obučeniâ*, Pedagogika, Moskva 1986.
8. Bobkowicz-Lewartowska L., *Autyzm dziecięcy: zagadnienia diagnozy i terapii*. Impuls. Kraków 2005.
9. Komer R., *Patopsichologiâ povedeniâ, Narušenje i patologii psihiki*, Olma-Press, Sankt-Petersburg 2005.
10. Binięda E., *Zespól wypalania się sił u rodziców dzieci niepełnosprawnych*. *Wychowanie na co Dzień 2000*, 1/2, 15-18.
11. Mahler M., Pine F., Bergman A., *The psychological birth of the human infant. Symbiosis and Individuation*, Basic Books. New York 1975.
12. Bettel'heim B., *Pustaâ Krepost'*. *Detskij autizm i roždienie A. Tradiciâ*, Moskva 2004.

Adres do korespondencji:

dr n. psych. Marta Khymko
Lwowski Obwodowy Instytut
Podyplomowego Kształcenia Pedagogicznego
martakh@meta.ua

dr n. hum. Mirosława Cylkowska-Nowak
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
mcykowska-nowak@wp.pl

AUTYZM U DZIECI – SYMPTOMATOLOGIA I POSTAWY RODZICIELSKIE

AUTISM IN CHILDREN: SYMPTOMATOLOGY AND PARENTAL ATTITUDES

MARTA KHYMKO*, MIROŚLAWA CYLKOWSKA-NOWAK**

*Program Stypendialny im. L. Kirklanda

**Zakład Edukacji

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

p.o. kierownika: dr. n. hum. Mirosława Cyłkowska-Nowak

Streszczenie

Wstęp. Autyzm stanowi jedno z trudniejszych do rozpoznania całościowych, trwałych zaburzeń rozwoju, warunkowanych funkcjonowaniem mózgu.

Cel pracy. Głównym celem pracy jest deskrypcja objawów autyzmu oraz poglądów psychologicznych i pedagogicznych na temat postaw rodziców dzieci cierpiących na autyzm.

Materiał i metody. Meta-analiza prac naukowych anglo-, polsko-, rosyjsko-, ukraińskojęzycznych z ostatnich 30 lat.

Wyniki. Autyzm przejawia się we wczesnym dzieciństwie i trwa przez całe życie; Występuje częściej u chłopców niż u dziewcząt; ludzie z autyzmem reprezentują pewną grupę charakterystycznych symptomów. Psychologiczna charakterystyka dzieci z autyzmem pozwala na sklasyfikowanie problemów rozwoju oraz opis najbardziej typowych reakcji rodziców na nie.

Słowa kluczowe: autyzm, dzieci, symptomatologia, postawy rodzicielskie.

Wstęp

W każdym społeczeństwie istnieje pewien odsetek osób, które z przyczyn dziedzicznych, wrodzonych, w wyniku chorób, wypadków czy też nieprawidłowych warunków życia nie mają pełnej sprawności fizycznej lub psychicznej. Wśród nich znajdują się osoby cierpiące na autyzm. Stopień zaburzeń autystycznych może być bardzo zróżnicowany – poczynając od ciężkiego do łagodnego. Ale bez względu na nasilenie zaburzeń, jego skutki są zawsze poważne. Wpływ autyzmu na poziom inteligencji waha się od głębokich zaburzeń i trudności w uczeniu się aż do rzadkich przypadków geniuszu. Chociaż nie znamy podstawowej przyczyny (a raczej – przyczyn) autyzmu, przecież wiadomo, że jest to biologicznie uwarunkowane zaburzenie rozwoju dotyczące rozwijającego się mózgu. Niestety, nie ma sposobów pozwalających na rozpoznanie autyzmu w tej chwili kiedy dziecko przychodzi na świat. Diagnoza opiera się na ocenie wzorców zachowania pojawiających dopiero pomiędzy 18. miesiącem a trzecim rokiem życia. Czasami po okresie całkowicie prawidłowego rozwoju, dziecko zaczyna się wycofywać lub traci nabyte umiejętności. Powody tego nie są w pełni znane.

Summary

Introduction. Autism is one of the most difficult to identify, comprehensive, permanent developmental disorders conditioned by the functioning of the brain.

Aim of the study. The main aim of the study is the description of the symptoms of autism and psychological and pedagogical views on the attitudes of parents whose children suffer from autism.

Material and methods. Meta-analysis of research papers in English, Polish, Russian and Ukrainian published over the last 30 years.

Results. Autism manifests itself in early childhood and continues throughout a lifetime; it is more common among boys than girls; people with autism exhibit a specific group of symptoms. Psychological description of children with autism provides a classification of developmental problems and the description of the most common reactions of parents to these problems.

Key words: autism, children, symptomatology, parental attitudes.

Psychologiczna charakterystyka dzieci z autyzmem – zaburzenia sensoryczne

Kluczową rolę w rozwoju, edukacji i adaptacji dziecka w sytuacjach społecznych odgrywają jego dyspozycje poznawcze, komunikacyjne, behawioralne, dlatego na tych problemach warto skupić się. Temple Grandin [1] twierdzi, że deficyty percepcji czy nadwrażliwość należy umieścić na kontinuum „od bardzo chaotyczny i niezorganizowany” do znaczenia tej równowagi w zakresie normy.

Osobliwości percepcji wzrokowej u dzieci z autyzmem spostrzegane są od wczesnego wieku. Etiologicznie, istotne bodźce, nie powodują reakcji, która jest typowa dla dzieci zdrowych. Liczne badania i obserwacje wykazały, że oczy – najbardziej znacząca część twarzy ludzkiej dla zdrowego dziecka – funkcjonują inaczej [2]. Umiejętność odróżniania przez dzieci wyrazu szczęścia i radości, specyficzne naśladowanie twarzy osób bliskich, prawdopodobnie jest umiejętnością wrodzoną i odgrywa ważną rolę w społeczno-emocjonalnym rozwoju regulacji zachowań w starszym wieku. Oczywiście, rozwój zdolności odróżniania ekspresji emocjonalnej zależy od środowiska i interakcji dzieci i dorosłych, ale warunkiem tego rozwoju

jest wrodzona możliwość rozróżniania pewnych bodźców i ich właściwości z otoczenia. Dzieci z autyzmem są zainteresowane nie tylko treścią – szczegóły są najważniejsze, i nie tracą znaczenia nawet po otrzymaniu całego obrazu.

Niektóre dzieci z autyzmem mają problemy z tak zwaną nadwrażliwością. Dzieci autystyczne często nie reagują nawet na głośne dźwięki. Z pozoru wydaje się, że one są głuche. Jednocześnie co do niektórych dźwięków wykazują nadwrażliwość, na przykład zasłaniają uszy, kiedy słyszą szczekanie psa. Bardzo często nie mają selektywnej uwagi na dźwięki mowy. Ludzie z autyzmem mają problemy z odfiltrowaniem szumu, który działa w tle. Np. nie mogą używać telefonu na hałaśliwym lotnisku. T. Grandin (kobieta z autyzmem) powiedziała, że mimo posiadania normalnego słuchu nie może korzystać z telefonu, ponieważ nie może abstrahować jego dźwięków z hałasu otoczenia [3].

Problemy ze słuchem, mogą być bardzo różne, mieć różne poziomy i mogą wzmacniać się, kiedy osoba autystyczna jest bardzo wesoła lub zdenerwowana, np. silny i głośny hałas może uszkodzić ucho [3].

U wielu dzieci z autyzmem występuje nadmierna wrażliwość dotykowa: negatywna reakcja na mokre pieluchy, kąpiel, obcinanie paznokci i włosów.

Wymienione obszary osobowości odgrywają ważną rolę w jej kształtowaniu i rozwoju w przyszłości. Jak wynika z praktyki, właśnie one są istotnym elementem tworzenia programu rehabilitacyjnego.

Rozwój intelektualny a zaburzenia komunikacji

Intelektualny rozwój dziecka także ma swoje właściwości. W wielu przypadkach istnieje opóźnienie umysłowe. Przede wszystkim, istnieje kontrast pomiędzy wczesnym rozwojem abstrakcyjno-logicznym i opóźnieniem praktycznych aspektów życia (bezradność w domu, brak umiejętności samoobsługi, itd.). Jednocześnie w bardzo krótkim czasie dziecko może zgromadzić dużą ilość wiedzy w różnych dziedzinach (nazwy kwiatów, owadów, kraju, itp.). W przypadku braku zainteresowania przeznaczenia funkcjonalnego przedmiotem obserwowano pociąg do wiedzy znaków, kształtu, koloru. Dzieci z autyzmem różnią się doskonałą właściwością pamięci mechanicznej, dźwiękowej, wizualnej i przestrzennej: pamiętają długie wiersze, fragmenty tekstu, trasy, rozmieszczenie drobnych szczegółów w pokoju. Jednak istnieje problem kontroli czasu, planowania i jego odczucia.

Badania wykazują, że połowa osób autystycznych nie komunikuje się w sposób konkretny [4]. Pod koniec lat sześćdziesiątych XX wieku brytyjski dziecięcy psycholog M. Rutter zaproponował tezę, że język jest wyznacznikiem w dziedzinie rozwoju kontaktów społecznych i procesów poznawczych, naruszenie których definiują zestaw objawów autyzmu. Jednym z najbardziej charakterystycznych cech wczesnego autyzmu jest naruszenie użycia języka i gestów [5].

Deborah G. Garfin i Catherine Lord [6] uważają, że autystyczne dzieci mają „podwójny” problem w sferze komunikacji. Z jednej strony – rozwój języka charakteryzuje się opóźnieniem, a z drugiej strony – mają poważne problemy z wykorzystaniem nabytych umiejętności w zakresie komunikacji.

Najbardziej typową cechą mowy dziecka z autyzmem jest echolalia. Jacek Błęszyński podkreśla, że tylko w przypadku autyzmu echolalia dzieli się na kategorie pod względem czasu i okoliczności [7]:

1) natychmiastowa echolalia – powtarzanie dźwięków, fraz, zdania zaraz po usłyszeniu;

2) prolongowana echolalia – powtarzanie całej treści usłyszanego po jakimś czasie;

3) echolalia funkcyjna – w języku dziecka występuje wiele poszczególnych wyrażen związanych z określonymi sytuacjami, które są interesujące dla dziecka, jeśli dziecko jest w stanie do odpowiedniego wykorzystania echolalii i może prowadzić prosty dialog – to jest to wielki sukces w komunikacji.

Tadeusz Gałkowski uważa, że echolaliczne wypowiedzi mogą być spowodowane u dziecka doświadczeniem zdobytym podczas tego, kiedy rodzice mówią niektóre zwroty podwyższonym tonem. Dziecko, które wygląda w tym czasie biernie rejestruje silne sygnały w świadomości, co pomaga później reaktywować zwroty, które zapamiętało. Echolalia może zwiększyć się w nowej, nieznannej dziecku sytuacji, w której ma miejsce kontakt z nieznaną osobą lub występują jakieś zmiany w otoczeniu [8].

Ważna jest także komunikacja niewerbalna, która wyraża się poprzez gesty, wyraz twarzy, pozycję ciała. Komunikacja niewerbalna pomaga podtrzymać werbalną. Jest to istotny element, przez który może być interpretowana informacja słowna. Autystyczne dzieci mają problemy związane z wypowiedzią i zrozumieniem elementów komunikacji niewerbalnej. Charakterystycznym jest także brak gestów używanych dla kompensacji problemu związanego z komunikacją werbalną.

De Meyer, Jackson i in. [6] podkreślają, że kolejnym problemem komunikacji w autyzmie jest brak cech produkcyjnych mowy, czyli odpowiedniej intonacji, modulacji głosu, rytmu i ekspresji.

Zaburzenie kontaktów społecznych i zachowania związane z zabawą

Głównym impulsem dla rozwoju dziecka jest zabawa. Ona odgrywa ważną rolę w procesie poznawczym. Podczas gry u dziecka rozwijają się podstawowe formy myślenia, komunikacji i wyobraźni, kształcą się osobliwości charakteru i sfery emocjonalnej oraz komunikacji, a także percepcji społecznej. Podczas gry dziecko oddziałuje na środowisko, rozwija fabułę, w wyniku czego kształtują się nowe społeczne normy i reguły.

Theo Peeters wyróżnia cztery główne etapy rozwoju zabawy u dziecka autystycznego [9]:

- Etap prostej manipulacji: to jest czas odkrycia świata przedmiotów. Następnie ten entuzjazm słabnie i co innego staje się ważne, a mianowicie – świat relacji społecznych. Zazwyczaj osoba jest zawsze ważnym obiektem dla dziecka, z czasem zmienia się tylko styl i intensywność komunikacji. Głównym motywem do manipulowania obiektem i zabawką u dzieci z autyzmem są atrakcyjne cechy sensoryczne. Chęć otrzymywania różnych bodźców sensorycznych od środowiska tłumaczy żywe zainteresowania dziecka z autyzmem do przedmiotów: chcą dotykać, obracać, rzucać, upuszczać na podłogę, wachać, próbować smak.
- Gra kombinowana: w wieku 8–9 miesięcy dziecko zaczyna odczuwać potrzebę połączenia różnych przedmiotów. Początkowo te kombinacje są losowe. Zdolność do łączenia mówi o tym, że dziecko rozumie pewną więź między tymi obiektami. Autyści prawie nie wykorzystają materiałów i nie używają różnych sposobów dla poznania i badania świata zewnętrznego. Najprawdopodobniej one będą w nieskończoność powtarzać te same nieświadome kombinacje.
- Gra funkcjonalna: w drugim roku życia zdrowe dziecko pokazuje, że rozumie przeznaczenia przedmiotów. Większość dzieci z autyzmem będzie, na przykład, porządkować stół i krzesła w rzędy lub budować wieżę. Uzdolnione dzieci czasami zdobywają pewne umiejętności zabawy funkcjonalnej, ale jeśli dobrze przyjrzeć się, ta gra zredukowana jest do dosłownej imitacji scen z życia codziennego i polega na dokładnym odtwarzaniu działania.
- Gra symboliczna: to, co nie istnieje w rzeczywistości, jest ważne. W pełni sprawne dzieci nie mają problemów z zabawą „na niby”. One bawią się w „ojca i matkę”, wyobrażają sobie siebie jako niedźwiedzia lub pociąg. Jednak dziecko autystyczne nie potrzebuje innej rzeczywistości, jeżeli ma wiele problemów z istniejącą. W symbolicznej zabawie wymagane są umiejętności, które wykraczają poza proste postrzeganie, poza dosłowne granice. Dla wielu osób autystycznych to powoduje problemy przez całe życie.

Specjalny rodzaj zabawy – zabawa sensoryczna, która ma na celu pomóc dziecku nauczyć się nowych odczuć. Dla dziecka autystycznego sensoryczny komponent świata ma szczególne znaczenie i jest aktualny wystarczająco długo. Dla wielu osób z autyzmem otaczające przedmioty są jak abstrakcyjne obiekty, które mają szereg właściwości sensorycznych.

Gra fabularna jest najwyższą formą zabawy dziecka [10, 11, 12]. To właśnie podczas tych gier dziecko może przyjmować różne role i przeżywać różne sytuacje życia społecznego. Ponieważ stosunki z otoczeniem u dziecka z autyzmem są zakłócone, bardzo trudno jest im przyswoić się do norm życia społecznego.

Zachowania stereotypowe

Stereotypowe zachowanie jest uważane za nienaturalne i niepożądane oraz utrudnia edukację i komunikację [13]. Jednak w grze dzieci autystycznych faktycznie gra stereotypowa zajmuje ważne miejsce. W takiej grze dziecko wiele godzin może manipulować obiektami, wykonując dziwne czynności. I właśnie gra stereotypowa staje się podstawą do budowania współpracy z autystycznym dzieckiem.

Mówiąc o „trudnym” zachowaniu mamy na uwadze dominację rodziców, nauczycieli i innych osób sprawujących opiekę. E. Emerson i inni proponują następującą definicję: zachowanie „trudne” – jest zachowaniem, które pod względem natężenia, częstotliwości lub czasu trwania zagraża bezpieczeństwu fizycznemu osoby lub tych, którzy znajdują się wokół niej, albo zachowaniem, które może ograniczyć dostęp do przyjętych sposobów społecznej komunikacji [14].

Tak więc, dziecko z przejawami zachowania „trudnego” nie może korzystać maksymalnie z życia rodzinnego i społecznego, utrudnia własny rozwój. Wiele osób uważa, że do takiego zachowania należą tylko przejawy agresji, widać, że te zjawiska mają znacznie szersze znaczenie.

Jednym z takich zachowań są zachowania stereotypowe, które często występują w rozmaitych sferach funkcjonowania osób autystycznych. Niektóre z nich dotyczą wyłącznie sfery motorycznej, inne bardziej psychologicznej, wiążą się między innymi z przywiązaniem do przedmiotów, miejsc, ustalonych porządków, w których osoby te czują się bezpiecznie.

Mówiąc o stereotypach motorycznych, mamy na myśli wszelkie ruchy ciała wykonywane w sposób powtarzający się, rytmiczny, monotony, bez pobudzenia emocjonalnego, raczej niedbale. Jest to przede wszystkim kiwanie, kołysanie się, kręcenie wokół własnej osi, przebieranie rękami lub palcami przed oczami. Niekiedy są to zachowania kompulsywne na przykład wielokrotnie mycie rąk.

Czasami u dzieci autystycznych może rozwinąć się pewne rytualistyczne przywiązanie do liczb, liter, kształtów geometrycznych, kolorów. Mogą spędzać wiele godzin na liczeniu czy też na uczeniu się na pamięć rozkładów jazdy, kalendarzy.

Rytuály uwidaczniają się również w takich zachowaniach, jak naleganie na jedzenie określonych potraw, używanie określonych naczyń do jedzenia, ubieranie tylko pewnych ubrań, dotykanie określonych przedmiotów lub wielokrotne zadawanie tych samych pytań [14].

Nic dziwnego, że wymaganie niezmienności otoczenia przez dzieci autystyczne pozostaje jednym z najbardziej fascynujących aspektów tego zaburzenia. Pomimo to nadal jest cechą mało zrozumianą.

Zachowania stereotypowe są interpretowane na wiele sposobów, najpopularniejsze wyjaśnienia nawiązują do ich działania autostymulacyjnego lub uspakajającego, bądź widzą je jako efekt uszkodzenia mózgu.

Stereotypowe zachowania są społecznie postrzegane jako niepożądane, anormalne, problemowe, ponieważ ludzie widzą je jako utrudnienie do nawiązywania kontaktu, w integracji. Hamują one rozwój jednostki.

Jedną z hipotez wyjaśniających zachowania stereotypowe jest uznanie ich za działania odporne, bądź relaksacyjne. Do tego typu zachowań należą: ucieczka do miejsc bezpiecznych, chronienie się, wycofywanie się, autostymulacja w celu zagłuszenia bodźców przykrych i dezorientujących. Np. poruszanie dłonią przed oczami jest odcinaniem się od wrażeń wzrokowych. Inne z kolei to czynności obniżające zawartość informacyjną bodźców, tak jak zainteresowanie ruchami wahadłowymi i kołowymi.

Według Lovaasa zachowania stereotypowe mogą być samostymulujące i posiadają moc wzmocnień. Istnienie wielu typów samostymulacji świadczy o tym, że są to zachowania wyuczone, nabyte w procesie uczenia się oraz kontrolowane przez jednostkę [15]. Samostymulacja zanika tylko wówczas, kiedy przestaje zaspakajać potrzeby podmiotu. Samostymulacja powoduje wzrost pobudzenia w warunkach niedostarczających optymalnej ilości bodźców zewnętrznych, bądź obniżenie pobudzenia w otoczeniu przestymulowanym. Istnieją duże różnice indywidualne w odniesieniu do warunków wywołujących zachowania stereotypowe, jak i różnice indywidualne w zakresie efektów, jakie są powodowane przez różnorodne zachowania.

Kolejnym zachowaniem bardzo często spotykanym u dzieci autystycznych jest powtarzająca się, trwała autostymulacja (automatyczne wzmocnienie), obejmujące uzyskanie wzmocnienia dzięki swemu własnemu ciału.

Na poziomie motoryki dużej typowe zachowania autostymulacyjne zawierają: rytmiczne kołysanie ciała (stanie i kołysanie się z nogi na nogę, siedzenie i kołysanie tułowiem lub kołysanie się do przodu i do tyłu kłęcząc na kolanach i podpierając się rękoma), podskakiwanie, bieganie lub chodzenie w kółko, kręcenie głową, trzepotanie ramionami lub dłońmi, przybieranie dziwnych póz. Na bardziej subtelnym poziomie zachowania te mogą zawierać: wpatrywanie się w światła, w wyciągniętą rękę, wywracanie oczami, napinanie mięśni, machanie palcami przed twarzą, kręcenie włosów lub robienie min. Dzieci autystyczne często włączają przedmioty do swych zachowań autostymulacyjnych. Na przykład kręcą przedmiotami, takimi jak przykrywki od garnków lub monety, lub kartkują strony w książkach. Podczas gdy wiele z tych zachowań dostarcza stymulacji kinestetycznej (np. kołysanie, skakanie, trzepotanie), wiele przynosi stymulację wzrokową lub słuchową.

Autostymulacja wzrokowa zawiera często wpatrywanie się w migotanie światła, również kręcenie kawałkami sznurka, machanie ołówkiem przed twarzą, wyskubywanie wełny ze swetrów lub wypchanych zwierząt, lub wprawianie w ruch obrotowy kółek samochodów-zabawek.

Często obserwowana autostymulacja słuchowa zawiera powtarzanie bezsensownych dźwięków lub pew-

nych słów czy fraz, stukanie przedmiotami lub słuchanie określonych piosenek bądź ich fragmentów.

Dzieci autystyczne mogą spędzać dużą część ze swych godzin czuwania zaangażowane w autostymulację. Zachowanie to wydaje się być dla nich niezwykle ważne. Do tego stopnia, że niektóre dzieci angażują się niewiele poza tym. Co więcej, opierają się próbom przerwania tego zachowania i mogą nawet czasem ryzykować ból lub utratę jedzenia, gdy są zaangażowane w autostymulację. Zachowanie to różni się zdecydowanie od normalnych aktywności zabawowych charakterystycznych dla normalnego dzieciństwa. Na ogół wygląda niezwykle czy nawet dziwacznie. Może zawierać groteskowe ruchy ciała lub grymasy twarzy, które są szczególnie dziwaczne, gdy dziecko jest starsze. Kolejną różnicą pomiędzy normalną zabawą a autostymulacją jest to, że występowanie autostymulacji wpływa niekorzystnie na reaktywność dziecka i na nabywanie bardziej normalnych zachowań. Uderzający jest widok dziecka siedzącego w kącie, kołyszącego się lub machającego sznurkiem, podczas gdy pokój wokół niego jest wypełniony aktywnymi dziećmi, bawiącymi się zabawkami. Dziecko to jest całkowicie obojętne na otaczające je wydarzenia. Nic dziwnego, że o dzieciach tak zaabsorbowanych w izolowane aktywności mówi się, że są „w swoim własnym świecie” lub „w muszli”.

Zachowania agresywne

Żadne inne zachowania prezentowane przez dzieci autystyczne nie są bardziej dramatyczne niż zachowania autoagresywne. Zalicza się do nich wszystkie te zachowania, w których jednostka zadaje fizyczną szkodę swojemu ciału. Najczęstsze formy autoagresji u dzieci autystycznych to uderzanie głową i gryzienie się po rękach lub nadgarstkach. Inne często występujące formy autoagresji to uderzanie się w łokcie i nogi, ciągnięcie lub pocieranie włosów, drapanie lub klepanie się po twarzy oraz klepanie się po bokach.

Autoagresja może różnić się intensywnością i dlatego wielkość zniszczenia jakie przynosi może wahać się od niewielkiego do ekstremalnie poważnego. Dzieci, które klepią się po twarzy, uderzają głową, gryzą swoje nadgarstki – pozostawiają sobie siniaki, zaczerwienienia lub zgrubienia na skórze. Natomiast dzieci, które angażują się w ten typ zachowań bardzo intensywnie lub angażują się w bardziej niebezpieczne formy autoagresji (np. wbieganie na ścianę głową do przodu), mogą doznać pęknięcia czaszki, odklejenia siatkówki oka czy też złamania szczęki lub nosa.

Podczas gdy negatywny wpływ autoagresji na kondycję fizyczną dziecka jest oczywisty, to należy również pamiętać, że autoagresja powoduje dalsze ograniczenie rozwoju psychologicznego i edukacyjnego dziecka. Dzieci te mają często ograniczoną możliwość angażowania się w aktywność społeczną i edukacyjną.

Uogólniając problemy dzieci autystycznych na podstawie literatury i własnych doświadczeń, stworzyliśmy klasyfikację głównych zaburzeń autystycznych z krótkim opisem [16], a także podstawowe reakcje rodziców na konkretny problem (Tabela 1).

Jak pokazano w tabeli 1, główne reakcje rodziców na zakłócenia rozwoju autystycznego dziecka to szok, stres emocjonalny, brak zrozumienia takiego zachowania, drażliwość, niepokój, gniew, wyczerpanie, emocjonalny dystans, frustracja, depresja, poczucie winy i inne. Często,

Tabela 1. Klasyfikacja problemów rozwoju u dzieci z autyzmem i reakcja rodziców
Table 1. Developmental problems of autistic children and parents' behaviours

Problem	Cechy dziecka	Reakcja rodziców
1. Sfera sensoryczno-percepcyjna		
a) wzrok	<ul style="list-style-type: none"> – problem z postrzeganiem czasu – macha rękami przed oczyma – często mruży oczy – zamyka oczy rękoma – kręci obiektami w zasięgu wzroku 	niepokój, strach, uważają, że dziecko ma kłopoty ze słuchem, niepewność, obawa, lęk, trwoga, zdziwienie
b) słuch	<ul style="list-style-type: none"> – nie reaguje na bodźce dźwiękowe – nie odwraca głowy w kierunku bodźca dźwiękowego – zamyka uszy przy głośnym dźwięku – lubi słuchać nietypowych dźwięków 	
c) węch	<ul style="list-style-type: none"> – unika niektórych zapachów – lubi szczególne zapachy 	
d) smak	<ul style="list-style-type: none"> – przejawia niechęć do niektórych pokarmów – lubi niektóre pokarmy 	
e) dotyk	<ul style="list-style-type: none"> – nie lubi nosić rękawiczek, pończoch, skarpet – nie lubi obcinać włosów 	
2. Sfera kognitywna	<ul style="list-style-type: none"> – nie interesuje się funkcjonalną wartością przedmiotu – ma dobrze rozwiniętą mechaniczną optyczną i akustyczną pamięć – ma dobrze rozwiniętą pamięć przestrzenną – koncentruje się na szczegółach – ma problem z koncentracją uwagi – ma problem z myśleniem metaforycznym – niezwykle używa zabawki 	drażliwość, zamieszanie, niepokój, zdziwienie, duma
3. Komunikacja	<ul style="list-style-type: none"> – przejawia płacz trudny do zinterpretowania – wybiórczo naśladuje dźwięki – przejawia echolalię – nie może prowadzić konwersacji – ma problem ze zrozumieniem instrukcji – przejawia zaburzenie rytmu i intonacji języka – reprezentuje ubogą gestykulację – używa języka stereotypowego – przejawia zakłócenie używania zaimków – nie rozumie metafor 	nieporozumienie, drażliwość, nerwowość, niepokój, złość, lęk, napięcie emocjonalne, irytacja
4. Zachowanie	<ul style="list-style-type: none"> – ma problem ze snem – przejawia agresję i/lub autoagresję – przejawia zachowania destrukcyjne – przejawia zachowania stereotypowe 	emocjonalne napięcie, wstrząs, przeżycie, wyczerpanie, strach, zamieszanie, frustracja, lęk, emocjonalny dystans
5. Interakcja społeczna	<ul style="list-style-type: none"> – unika kontaktu wzrokowego – unika przytulania – reprezentuje niski poziom interakcji – nie tęskni, kiedy jest oddzielone od matki – nie komunikuje się z rówieśnikami – nie rozumie zasad gry – nie szuka wsparcia u innych ludzi – brakuje mu empatii – nie reaguje na ludzi wokół – bawi się najczęściej samodzielnie 	niepokój wewnętrzny, niepokój, frustracja, emocjonalny dystans, brak zrozumienia, stres emocjonalny, depresja, poczucie winy, nadmierna koncentracja na dziecku, rozpacz

zamiast wprowadzać dziecko w świat społeczny, pracować z nim na co dzień, rodzice aktywnie szukają przyczyny tej sytuacji, natomiast oni tylko oddalają dziecko od siebie, co w efekcie negatywnie wpływa na jego rozwój.

Psychologiczne uwarunkowania postaw rodzicielskich wobec dzieci z autyzmem

Rodzice są podstawową grupą społeczną, która ma najdłuższy wpływ na edukację i formację dziecka. Współczesna rodzina średnio zajmuje się dzieckiem około 20 lat. Dla dzieci niepełnosprawnych ten czas jest nieco dłuższy. Często rodzina zajmuje się dzieckiem przez całe życie.

Rodzaj interakcji z dzieckiem w dużej mierze zależy od postawy rodziców. Postawy rodziców dziecka autystycznego w dużym stopniu są zależne od sposobu reagowania na zaburzenia rozwojowe. Niektórzy rodzice odczuwają złość, poczucie bezradności i winy, przeżywają szok lub zaczynają wierzyć, że ich wysiłki nie są wystarczające, inni doznają depresji. Takie emocjonalne reakcje wzmacnia fakt, że większość dzieci autystycznych wygląda normalnie i zdrowo [14]. Gdy dziecko wygląda dobrze i jest w stanie spełnić oczekiwania rodziców, przyjęcie stopniowego wzrostu objawów choroby i diagnozy jest bardzo trudnym i stresującym dla rodziców. Niektórzy spośród nich doświadczają paradoksalnie skrajnych uczuć nadziei i rozpacz. Wielu myśli o śmierci. Innych ogarnia złość na partnera, który jest oskarżany o to, że dziecko jest niepełnosprawne. Przejawiają się także zupełnie inne reakcje: wielu rodziców, zwłaszcza matek, obwinia siebie, że dały dziecku za mało pozytywnych uczuć [6, 17]. Rodzicom trudno pogodzić się z faktem, że ich dziecko jest niepełnosprawne, dla tego korzystają one z różnych mechanizmów obronnych, czyli deformują obraz rzeczywistości odnośnie do swoich pragnień [17]. W rezultacie, tworzą fałszywy obraz dziecka, który dominuje nad rzeczywistością. Często używanym mechanizmem obronnym jest zaprzeczenie niepełnosprawności dziecka. Rodzice charakteryzują dziecko jako leniwe, bezmyślne, uparte, źle wychowane. Inny mechanizm – bezpodstawna wiara w możliwość wyleczenia dziecka. Rodzice zaczynają zwracać się do paramedycznych technik, takich jak: bioenergoterapia, akupunktura, wróżki itp. Innym sposobem ochrony – jest projekcja poszukiwania winnych niepełnosprawności dziecka. Wszystkie te czynniki razem mogą zmienić postawy rodziców wobec dziecka.

Psycholog i badacz problematyki rodzinnej J. Rembowski przedstawia postawy rodzicielskie jako formę adaptacji matki i ojca do dziecka, do problemów edukacji, które powstały w trakcie wykonywania funkcji rodzicielskiej [18].

Anna Kozłowska twierdzi, że postawa jest długotrwałym, niezmiennym sposobem postępowania, które dotyczy konkretnej sytuacji lub osoby [19]. W postawach odzwierciedlają się uczucia, myśli i konkretne działania, które przejawiają rodzice wobec dziecka.

Z kolei Maria Ziemska określa postawy rodzicielskie jako tendencję do zachowania się w szczególny sposób wobec dziecka, która pojawia się w pewnym czasie [19]. Autorka twierdzi, że postawy rodzicielskie mają pewien zakres czasowy, są plastycznymi i ciągle zmieniają się. Gdy dziecko rośnie i rozwija się, rodzice powinni również dostosować swoje podejście do etapu rozwoju w którym jest dziecko. Jeśli rodzice nie odpowiadają etapowi rozwoju dziecka – może prowadzić to do konfliktów, wpływających niekorzystnie na rozwój.

A. Wurga i W. Stolin rozumieją rodzicielskie postawy jako system postrzegania dziecka oraz stereotypy behawioralne, które są wykorzystywane do komunikowania się z nim, właściwości percepcji i zrozumienia charakteru i osobowości oraz jego działań [20].

Próby klasyfikacji postaw rodzicielskich rozpoczęto jeszcze w pierwszej połowie XX w. i trwają one nadal. Ogólny typologiczny model postaw rodzicielskich rozwinęła M. Firth-Simons w 1935 roku [19]. Wyróżnia ona dwa rodzaje postaw, a mianowicie przyjęcie i dominację, a także ich przeciwieństwo – odrzucenie i podporządkowanie.

Jedną z pierwszych typologii postaw rodzicielskich należy do psychiatry i psychoanalityka L. Kanner, który wyróżnia cztery ich rodzaje [19]:

- 1) akceptacja i miłość
- 2) odrzucenie, co przejawia się w nadmiernej wrogości i obojętności wobec dziecka
- 3) perfekcjonizm w stosunku do dziecka
- 4) nadmierna opieka.

A. Wurga i W. Stolin [20] wyróżniają następujące typy postaw rodzicielskich:

- akceptacja – odrzucenie: ilustruje emocjonalny stosunek do dziecka – rodzice przyjmują dziecko takim jakim ono jest i szanują jego indywidualność albo przeciwnie – ich zdaniem dziecko jest przegrany, odrzuconym;
- współpraca: rodzice są zainteresowani działalnością dziecka, starają się pomóc, szanują jego intelektualne i twórcze zdolności, podtrzymują inicjatywę i samodzielność;
- symbioza: rodzice mają bardzo bliski stosunek emocjonalny ze swoim dzieckiem, starają się zaspokoić potrzeby dziecka i rozwiązać wszystkie problemy;
- autorytarna hipersocjalizacja: w tym przypadku rodzice wymagają posłuszeństwa i dyscypliny, nadmiernie wymagają, oni decydują o wszystkim zamiast dziecka, kontrolując każdy jego ruch;
- „mały przegrany”: dziecko infantylizuje się przez rodziców, którzy przypisują mu niesamodzielność osobistą i społeczną.

Postawa rodziców składa się z trzech elementów [18]:

1. Wartościowo-motywacyjny: włącza wartości, potrzeby i motywy, mające na celu urodzenie i wychowanie dziecka, uczucie gotowości stania się rodzicami.
2. Emocjonalny: uczucia wobec dziecka i siebie – przeżywanie rodzicielskich ról i obowiązków, poziom zadowolenia z tego.

3. Behawioralny: styl wychowania obejmuje konkretne działania związane z opieką dziecka, komunikacji z nim.

Aby pewne zachowanie można było nazwać postawą rodzicielską, powinno ono być przejawiane przez dziecko w jakimś czasokresie. Zwykle, postawy rodziców się zmieniają i są modyfikowane w zależności od wieku i rozwoju dziecka.

Najważniejszym krokiem pomocy dziecku z autyzmem jest rodzicielska akceptacja, obejmująca uczucia i zachowania rodziców, które charakteryzują się bezwarunkową miłością do dziecka, uznają dziecko jako osobę potrzebującą uczuć od rodziców, poszanowania autonomii i uznania potrzeb. Jest to też pogodzenie się z tymi ograniczeniami, które nie mogą zostać zlikwidowane, a za-dowolenie z tych cech, które są i z których mogą korzystać [21].

Postawa rodziców jest ważnym czynnikiem w kształtowaniu relacji i atmosfery rodzinnego domu. Jednak rodziny i wychowanie autystycznego dziecka prowadzi do odbudowy modelu tworzonego przez rodziców wobec dziecka.

W 1979 r. R. Sullivan przedstawiła koncepcję syndromu wypalenia się sił u rodziców dzieci upośledzonych umysłowo i autystycznych [22]. Charakterystyczne dla tego zespołu są rezygnacja, pozbawienie energii, a nawet pełne wyczerpanie psychiczne i fizyczne wskutek przeciążenia intensywną opieką nad dzieckiem, wyłączną odpowiedzialnością za jego los i poczuciem osamotnienia.

Rodzice potrzebują pomocy w rozwiązywaniu pojawiających się konfliktów. Potrzebują pomocy zarówno pedagogicznej, jak i psychologicznej, często także materialnej. Trudna jest również sytuacja normalnie rozwiniętego rodzeństwa. Zaniebawane przez rodziców i jednocześnie obarczane opieką oraz pracą domową, może doznawać uczuć żalu i niesprawiedliwości. Wstydząc się brata czy siostry, napotykają problemy adaptacyjne w swoim środowisku rówieśniczym. Konflikty przeżywane w rodzinie bywają tak głębokie i trudne do rozwiązania. Mogą doprowadzić nawet do jej rozpadu. Dlatego też każda rodzina, nawet bardzo spójna, w okresie przeżywania kryzysów potrzebuje pomocy terapeutycznej.

Autyzm jest jednym z najbardziej złożonych i najtrudniejszych dla rodzin zaburzeniem rozwoju. Cierpienie rodziny zaostrza się w miarę ujawniania się kolejnych zaburzeń rozwojowych. Do tej pory przeprowadzono jednak niewiele badań na temat uczuć, doświadczeń, potrzeb i stresów obecnych w rodzinach posiadających dziecko autystyczne.

W przeprowadzonym przez Liwag badaniu [23] podkreślała obecność stresu w rodzinach dzieci autystycznych i opisywała techniki radzenia sobie, stosowane w takich rodzinach. Określa ona autyzm jako „jedną z najokrutniejszych chorób wieku dziecięcego” i mówi o dzieciach autystycznych i ich rodzicach jako o „ofiarach” [23]. Większość rodziców przeżywa szok, dowiadując się, że ich dziecko jest dotknięte autyzmem. Liwag odnotowuje, że uczucia dominujące wówczas zarówno wśród matek, jak i wśród ojców to załamanie i smutek [23]. Liwag twierdzi też, że ojcowie są na ogół mniej zaszokowani, wykazują

mniej poczucie winy czy żalu, natomiast bardziej zależy im na znalezieniu natychmiastowej pomocy dla dziecka i uzyskaniu jak największej liczby informacji o samym autyzmie i jego przebiegu. Matki częściej niż ojcowie pytały, dlaczego autyzm dotknął właśnie ich dziecko. Niektórzy rodzice, nie znając zupełnie przyczyn powstania autyzmu, stworzyli własne teorie wyjaśniające wystąpienie tej choroby u ich dziecka. Zwykle przyczyny powstania autyzmu szukano w wydarzeniach, które nastąpiły w czasie ciąży lub w trakcie porodu. Niekiedy przyczyny te wiązano z charakterem samej rodziny lub interakcjami z ludźmi spoza rodziny (np. osobami opiekującymi się dziećmi). Na szczęście niewielu rodziców winiło samych siebie za zaistniałą sytuację, gdyż to oni właśnie przeżywali największe stresy.

Liwag stwierdziła, że matki i ojcowie w odmienny sposób reagują na stresy związane z posiadaniem dziecka autystycznego. Dla matek najbardziej stresujące są zachowania dzieci, to jest napady złego humoru, nadaktywność, zaburzenia mowy, zachowania w miejscach publicznych, niemożność nawiązania przez dzieci kontaktów towarzyskich i zawarcia przyjaźni oraz zachowania destrukcyjne. Ojcowie bardziej przeżywają fakt, że choroba ich dziecka jest nieuleczalna, że bez względu na ilość troski im okazanej i pracy włożonej w ich edukację dzieci te na zawsze pozostaną autystycznymi. Niektórzy ojcowie obawiają się tego, że stan ich dziecka może się pogorszyć. Ojcowie częściej niż matki martwią się faktem, że dziecko zawsze będzie od kogoś zależne, i tym uczuciom towarzyszy strach o to, co stanie się z ich dzieckiem, gdy rodzice będą za starzy, by się nim opiekować. Ta obawa u matek ma charakter bardziej osobisty – martwią się o to, co stanie się z ich dzieckiem, gdy ich nie będzie w pobliżu. Matki uważają, że to na nich spoczywa główna odpowiedzialność za opiekę nad dzieckiem autystycznym.

Jednakże najbardziej stresującym dla rodziców jest niepokój o zdolności komunikacyjne ich dziecka oraz wynikające z nich – jak przewidują – długotrwałe problemy w kontaktach międzyludzkich. Kłopoty te dotyczą nie tylko kontaktów interpersonalnych na zewnątrz rodziny, ale także z poszczególnymi członkami rodziny, a w szczególności z rodzeństwem dziecka autystycznego.

Ponadto Liwag uważa, że rodzice stosują najczęściej jedną z dwóch podstawowych strategii. Pierwsza polega na skoncentrowaniu się rodziny wokół dziecka autystycznego. Potrzeby tego dziecka wysuwają się na plan pierwszy pod względem czasu, uwagi, wysiłku i kosztów ponoszonych z uwagi na ich zaspokajanie. Ojcowie zwracają większą, uwagę na źródła utrzymania – na to, by dać swoim autystycznym dzieciom wszystko, na co ich stać, natomiast matki prezentują postawę skoncentrowaną bardziej na działaniu i „byciu razem”.

Druga strategia polega na przystosowaniu zachowań i emocji poszczególnych członków rodziny do potrzeb dziecka autystycznego. Rodzice preferujący tę strategię kładą większy nacisk na to, by lepiej zrozumieć swoje dziecko i okazywać mu więcej cierpliwości; czują po-

trzebę „pogodzenia się z nieszczęściem” i nauczania się akceptowania dziecka takim, jakie jest.

Różnice pomiędzy matkami i ojcami dzieci autystycznych polegają na wysiłku wkładanym w opiekę nad dzieckiem i gotowości do poświęceń. Matki na ogół uważają że sytuacja wymaga od nich pewnych poświęceń, na przykład porzucenia kariery zawodowej czy rezygnacji z przyjemności materialnych. Ojcowie natomiast uważają, że ich obowiązkiem jest pracować więcej, by zapewnić rodzinie środki pieniężne na zaspokajanie potrzeb dziecka autystycznego. Opieka nad nim zwykle spada na matkę. Ojcowie, którzy opiekują się dzieckiem autystycznym, zwykle bardziej koncentrują się na czynnikach negatywnych i z większym żalem myślą o tym, co ich ominęło. Porównując różnice w nastawieniu matek i ojców, Burke i Cigno [23] mówią o różnym podejściu do rodzicielstwa i różnych sposobach zaangażowania się w obowiązki rodzicielskie. Wykazują wyraźny brak wsparcia przede wszystkim ze strony mężczyzn oraz przytaczają przykład ojców, którzy radzą sobie, starając się pracować jak najwięcej poza domem, odchodząc od rodziny.

Zakończenie

Niestety rodziny wychowującej dziecko w jakiś sposób upośledzone nie traktuje się w sposób konsekwentny. Z jednej strony, mamy szereg opracowań teoretycznych poświęconych psychologicznym skutkom pojawienia się w rodzinie dziecka niepełnosprawnego. Z drugiej – praktyka terapeutyczna jest zupełnie odmienna. Nie wiele rodzin może zaświadczyć o zadowalającej pomocy uzyskanej od instytucji do tego powołanych.

Z czasem człowiek przystosowuje się do trwałego upośledzenia i zaczyna traktować niepełnosprawność jedynie jako jedną z wielu cech. Ale im dziecko jest młodsze, tym ono bardziej potrzebuje akceptacji ze strony rodziny. Rodzina stanowi ważny czynnik wpływający na proces akceptacji ze względu na to, że jest to najbliższe otoczenie osoby niepełnosprawnej. Utrata zdrowia jednego z członków rodziny niejednokrotnie przekształca całą jej strukturę, zmieniając jej dotychczasowy profil.

Sytuacja w rodzinach, w których znajduje się osoba autystyczna, jest różna – w jednych występuje nadmierna troska nad niepełnosprawnym członkiem rodziny, w innych, co stanowi przykład skrajny, rodzina usiłuje pozbyć się z domu osoby niepełnosprawnej. Znajdują się jednak między tymi skrajnymi biegunami rodziny, które potrafią dostosować się do normalnego życia – ani się nie rozpadają, ani nie przesadzają w opiece nad osobą niepełnosprawną. Dla tego rodzina może okazać się najważniejszym źródłem rozwoju dla autystycznego dziecka.

PIŚMIENNICTWO

1. Grandin T., Scariano M., Byłam dzieckiem autystycznym, PWN, Wrocław 1995.

2. McGurk H., Visual perception in young infants, Early cognitive development, London 1979.
3. Grending T., Skariano M., Otworâ dveri hadeždy: Moj opit preodolenia. Centr lečebnoj pedagogiki, Moskva 1999.
4. Bobkiewicz-Lewartowska L., Autyzm dziecięcy: zagadnienia diagnozy i terapii, Impuls, Kraków 2005.
5. Schopler E., Mesibov G., Introduction to communication in autism, New York 1986.
6. Pisula E.: Jak rodzice radzą sobie ze stresem związanym z problemami w rozwoju dzieci. http://sonia.low.pl/sonia/konf_bk/8_pisula.htm
7. Błęszyński J., Mowa i język dzieci z autyzmem, Wybrane zagadnienia, Słupsk 1998.
8. Gałkowski T., Autyzm. Diagnoza i terapia zaburzeń mowy, Wyd. UMCS, Lublin 1993.
9. Piters T., Autizm ot teoretičeskogo ponimania k pedagogičeskomu rozdejstbiu, Moskva 1999.
10. Kaufman B.N., Przebudzenie naszego syna. Zwycięstwo miłości nad chorobą, Fundacja "Synapsis", Warszawa 1994.
11. Elkoniv D., Psychologia gry, Vlados, Moskva 1999.
12. Anuszko E.A., Igry S., Igry s autičnym rebenkom: ustanovlenie kontakta sposoby vzaimodejstviâ, razvitie reči, psihoterapaniâ, Terevinf, Moskva 2004.
13. Piętka M., Trudne zachowania u osób z autyzmem. Dziecko autystyczne, 2001, 9 (1), 63-81.
14. Randall P., Autyzm. Jak pomóc rodzinie, Gdańsk 2001.
15. Lovaas O.J., Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo, Warszawa 1993.
16. Himko M.B., Psihologični osoblivosti bat'kivs'kogo stavlenia do ditej z autizmom: avtoref. dic. Kand. Psihol. Nauk 19.00.07, In-t Psihologii im. G.C.: Kostuka IVAN Ukraini, Kijev 2010.
17. Wyczesany J., Problemy rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym w kontekście jakości życia. Konspekt 2006. 2-3, <http://www.wsp.krakow.pl/konspekt/27/index.php?i=010>
18. Rembowski J., Rodzina w świetle psychologii, WSiP, Warszawa 1986.
19. Ziemska M., Postawy rodzicielskie, Wiedza Powszechna, Warszawa 1973.
20. Rajgorodskij D.A., red. Sost., Praktičeskaâ psihodiagnostika, Samara 1999.
21. Boczar K., Młodzież umysłowo upośledzona w rodzinie i środowisku pracy, Warszawa 1982.
22. Sullivan R., The burn-out syndrome. Journal of autism and development disorders, 1979, 9, 111-26.
23. Basikiuk F.E., Psihologiâ perezivaniâ. Analiz preodoleniâ kritičeskich situacij, Moskva 1984.

Adres do korespondencji:

dr n. psych. Marta Khymko
Lwowski Obwodowy Instytut
Podyplomowego Kształcenia Pedagogicznego
martakh@meta.ua
dr n. hum. Mirosława Cylkowska-Nowak
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
mcykowska-nowak@wp.pl

NOWE TECHNOLOGIE EDUKACYJNE NA PRZYKŁADZIE E-DETAILINGU I ICH WPŁYW NA PRACĘ PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ W POLSCE

NEW EDUCATION TECHNOLOGIES ON THE EXAMPLE OF E-DETAILING, THEIR INFLUENCE ON NURSES AND MIDWIVES WORK IN POLAND

MICHAŁ SZARYCZ

Katedra Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

Celem pracy jest przedstawienie rozwoju procesu uczenia się i koncepcji e-detailingu w kontekście pracy pielęgniarek i położnych. E-detailing został opisany w szerokiej perspektywie, nie tylko jako narzędzie marketingowe w rękach firm farmaceutycznych, ale także jako istotny instrument w procesie uczenia się. Wskazany został rozwój, zarys historyczny i podstawowe techniki uczenia się. Szerzej poruszono kwestię e-learningu i e-detailingu. Opisano wymagania związane z ciągłym uczeniem się i przekazywaniem wiedzy pacjentom przez pielęgniarki i położne wynikające z ustawy o tych zawodach. Zaznaczony został cel prowadzenia działań e-detailingowych przez firmy farmaceutyczne. Za ważne winno się uznać możliwość korzystania pielęgniarek i położnych z e-detailingowej formy przyswajania wiedzy.

Słowa kluczowe: uczenie się, e-detailing, e-learning, pielęgniarka, położna.

Zawody pielęgniarki i położnej są związane bezpośrednio z dużą odpowiedzialnością za drugiego człowieka. Odpowiedzialność ta dotyka różnych obszarów, można wskazać, że z jednej strony pielęgniarki i położne odpowiadają za fizyczny stan zdrowia pacjentów, z drugiej zaś za psychiczny. Te obszary wydają się być oczywiste z punktu widzenia każdej osoby, natomiast zapominany jest wciąż wymiar odpowiedzialności, już nie bezpośredniej, za dalsze losy pacjentów. Pielęgniarki i położne posiadają autorytet wśród swoich pacjentów, który daje im legitymację do przekazywania cennych wskazówek dotyczących dalszego funkcjonowania pacjenta, wynika to m.in. ze statusu zawodów pielęgniarki i położnej jako zawodów społecznego zaufania. Szczególna jest rola położnej, która swoją wiedzą kształtuje postawy przyszłej mamy. W dobie łatwego dostępu do Internetu wiele kobiet po zajęciu w ciążę czerpie wiedzę z tego źródła, niestety często zawarte tam informacje, będące niepewnego pochodzenia, nijak mają się do rzeczywistości i mogą mamie oraz dziecku nie tylko nie pomóc, ale i wyrządzić szkodę.

Ustawa z dn. 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w rozdziale II Zasady wykonywania zawodów, mówi wprost, że rolą pielęgniarki jest edukacja zdrowotna i promocja zdrowia [1]. Ta sama ustawa jeszcze mocniej

Summary

The purpose of my work is to present the development of a learning procedure and the conception of e-detailing from the view point of nurses and midwives work. E-detailing is described in wide perspective, not only as a marketing tool in the hands of pharmaceutical companies, but also as an important instrument in the learning process. It describes historical facts, the development and basics learning techniques, with emphasis on e-learning and e-detailing questions. It shows the fact that nurses and midwives are required to learn constantly and share the knowledge with patients due to Act on the Professions of Nurse and Midwife. It presents the goal of e-detailing tasks conducted by pharmaceutical companies. It shows how important it is that nurses and midwives have the possibility to use an e-detailing form of acquisition of knowledge.

Key words: learning, e-detailing, e-learning, nurse, midwife.

akcentuje rolę edukacyjną położnej, która prowadzić winna ją w zakresie przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa, przygotowania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia [2]. Praktyka zawodowa położnej pokazuje, że obszar poradnictwa jest znacznie szerszy i dotyka chociażby kwestii suplementacji dziecka produktami farmaceutycznymi dostępnymi bez recepty.

Pielęgniarki i położne zaliczają się do tych grup zawodowych, które zobowiązane są do ciągłego doskonalenia swoich umiejętności i kwalifikacji zawodowych. Obowiązkiem pielęgniarki/położnej jest ciągłe podnoszenie kwalifikacji zawodowych [3]. Realizacja tego obowiązku odbywa się przez uczestnictwo w różnych szkoleniach organizowanych przez naczelną bądź regionalne izby pielęgniarek i położnych, udział w studiach podyplomowych, konferencjach naukowych czy spotkaniach z przedstawicielami firm farmaceutycznych.

Rozwój zawodowy pielęgniarek i położnych bezpośrednio związany jest z procesem ustawicznego kształcenia. Jego celem jest zdobywanie i gromadzenie informacji, doświadczeń. Proces ten odbywa się zarówno w sposób świadomy, jak i nieświadomy. Obecnie istnieje wiele opra-

cowań naukowych dotyczących zjawiska uczenia się, które można zestawić w dwóch grupach. Pierwsza, to teorie koneksjonistyczne, których przedstawicielami są m.in. I.P. Pawłow [4], B.F. Skinner [5] czy E.L. Thorndike [6], wg nich podstawą uczenia się są relacje, połączenia pomiędzy bodźcami i reakcjami. Drugi typ, to teorie poznawcze, które reprezentują E.Ch. Tolman [7] czy K. Lewin [8], mówiące o uczeniu się jako zmianie schematów poznawczych.

Proces uczenia się stał się obiektem szerszego zainteresowania badaczy w ostatnim dwudziestolecu. Szczególną uwagę temu procesowi poświęcają badacze amerykańscy, którzy w oparciu o szereg kryteriów wskazali na istnienie różnych rodzajów i form uczenia się. Biorąc pod uwagę technikę i sposoby uczenia się można wyróżnić: uczenie się pamięciowe polegające na biernym powtarzaniu informacji celem zapisu w zasobach pamięci; uczenie się przez zrozumienie opierające się o istotę opanowywanej informacji, gdzie najistotniejsze jest uchwycenie sensu; uczenie się sensoryczne polegające na wywoływaniu odruchów warunkowych pod wpływem intensyfikacji doświadczeń; uczenie się przez przeżywanie bazujące na ludzkich wartościach; uczenie się przez naśladownictwo; uczenie się przez działania polegające na praktycznym wykorzystywaniu opanowanej wiedzy; uczenie się metodą prób i błędów.

Brakuje badań, które jasno wskazywałyby, jakie techniki uczenia się są najczęściej wykorzystywane przez pielęgniarki i położne. Z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że kształcące się, jeszcze niepraktykujące swojego zawodu pielęgniarki i położne częściej używają techniki pamięciowej i uczenia się przez naśladownictwo, podczas gdy uczenie się praktykujących, już pracujących pielęgniarek i położnych opiera się na zrozumieniu i przeżywaniu.

Wskazane wyżej metody uczenia się mają swoją historię, która wywodzi się głównie z wieku XIX. W obecnych czasach wciąż wykorzystuje się opisane metody, jednak przyjmują one często zmodyfikowaną postać, która wynika z przemiany cywilizacyjnej. Lata 80. XX wieku to szybki rozwój technologii informacyjnych, które zaczęły odgrywać kluczową rolę w przemianach wielu narodów. Z punktu widzenia człowieka, jako jednostki, znaczące zmiany dzięki tym procesom pojawiły się w sposobie komunikacji. Ewolucja ta dostrzegalna była w zakresie zarówno mikro jak i makro, co ma niebagatelne znaczenie dla rozwoju systemów rozwoju uczenia się. Rozwój technologii informacyjnej w stosunkowo krótkim czasie doprowadził do ewolucji społeczeństwa z przemysłowego na informacyjne, czy też coraz częściej nazywane społeczeństwem wiedzy [9].

Termin społeczeństwo wiedzy w sposób jasny wskazuje kierunek obrany przez współczesne cywilizacje. Odwołanie się do wartości i znaczenia wiedzy, a co za tym idzie rozwoju nauki wiąże się bezpośrednio z technologią informacyjno-komunikacyjną, która stała się integralną częścią procesu zdobywania i upowszechniania wiedzy.

Rola jednostki w społeczeństwie zależy dziś w coraz większym stopniu od miejsca, jakie pełni ona w łańcuchu informacyjnym: generuje informację i tworzy wiedzę, upowszechnia ją, czy jest tylko jej odbiorcą i konsumentem [10]. Dziś kluczowymi terminami związanymi z dostępem

do zasobów informacji i poszerzania wiedzy stał się głównie e-learning.

E-learning to technika nauczania i szkolenia wykorzystująca dostępne media elektroniczne. Głównym medium wykorzystywanym w e-learningu jest posiadający ogromne zasoby Internet, poza nim wykorzystuje się także sieci intranet, extranet, przekazy satelitarne, nagrania na nośnikach audio i wideo, telewizję interaktywną oraz materiały na nośnikach, jak CD, DVD, Pendrive.

Różnica pomiędzy tradycyjnymi formami edukacji a e-learningiem występuje na wielu poziomach, jednym z podstawowych jest poziom przebiegu procesu dochodzenia do wiedzy. E-learning w prosty sposób daje możliwość indywidualizacji takiego procesu zarówno w podejściu do treści, jak i formy komunikatu. Dostrzegalna i znacząca różnica pomiędzy tradycyjnym a e-learningowym podejściem występuje w materiałach edukacyjnych, gdzie formy drukowane zastępowane są przez formy interaktywne, multimedialne (obecnie występuje zmiana w podejściu do przekazywania informacji w wielu obszarach, naukowcy publikują swoje artykuły w Internecie, podobnie czynią publicyści i media drukowane – czasopismo Newsweek w USA od 1.01.2013 r. będzie wydawane tylko w Internecie, co ma zmienić podejście do czytania gazet z papierowych na te będące aplikacjami na tabletach).

E-learning posiada wiele zalet, wymienione powyżej stanowią tylko małą część wartości oferowanych przez zastosowanie tej metody edukacji. Wydaje się, że z punktu widzenia każdej jednostki chcącej/zobowiązanej do poszerzania swojej wiedzy istotne jest urozmaicenie procesu uczenia się. Pielęgniarki i położne rozwijając swoją wiedzę chętniej obejrzą multimedialną prezentację przedstawiającą wizualnie mechanizm działania danej substancji w organizmie człowieka niż przeczytają kilkustronicowy tekst wydrukowany na papierze. Większe będzie zaangażowanie uczących się, użyte zostaną kolejne zmysły – słuch, wzrok, pojawią się emocje, co jak wynika z literatury przedmiotu, wzmacnia odbiór i przyswajalność treści. E-learning pozwala na szybkie zmiany w zasobach informacji, co pozwala nadażyć za najnowszymi osiągnięciami i przekazać je bez zbędnej zwłoki. Elastyczność czasowa, którą daje e-learning jest kolejnym argumentem na korzyść tej metody, pozwala ona na swobodny powrót do danych informacji o dowolnej porze z dowolnego miejsca – wystarczy urządzenie (smartfon, tablet, komputer) i łącze z Internetem.

Metoda uczenia e-learningowego posiada przeciwników, którzy wskazują jej wady. Jako podstawową wskazuje się brak bezpośredniego kontaktu z nauczycielem, choć jak wiadomo istnieją możliwości kontaktu, nie face to face, za pomocą maili czy też specjalnych aplikacji. Rozumienie istoty tego argumentu nabiera szerszego znaczenia w kontekście zdolności motywacyjnych nauczycieli względem swoich uczniów. Także z punktu widzenia zawodów specjalnych, jak pielęgniarki i położnej wydaje się koniecznym móc na bieżąco weryfikować zebraną i zrozumianą informację z prowadzącym zajęcia. Kolejną wadą e-learningu jest odosobnienie uczącego się od innych jednostek, z którymi podczas tradycyjnych

metod nauczania musiałby się spotkać, co powodowałoby wymianę doświadczeń, poglądów, wzajemne rozwiązywanie problemów. Ta kwestia także, z punktu widzenia zawodów specjalnych, jest bez wątpienia bardzo ważna, gdyż pozwala spojrzeć na pewne sytuacje z innej, szerszej perspektywy i daje możliwość wymiany doświadczeń.

Obecnie metody uczenia się z wykorzystaniem technologii informacyjnych są powszechne. Odnaleźć je można w kształceniu studentów, czego sztandarowym przykładem są studia eksternistyczne, także na kierunkach medycznych z pielęgniarstwem i położnictwem włącznie. Możliwość stosowania tych metod dają także biblioteki, tu jako przykład może posłużyć Wielkopolska Biblioteka Cyfrowa umożliwiająca czytanie książek zapisanych w formie plików dostępnych przez Internet. Ilość takich przykładów można mnożyć, istotne wydaje się jednak znaczenie technologii informacyjnych w przekazywaniu wiedzy przez przedsiębiorstwa zarówno wewnątrz organizacji, jak i poza nią.

W przemyśle farmaceutycznym szkolenia wewnętrzne w dużej części składają się z e-learningu, co od lat pozwala na szybkie kształcenie pracowników bez względu na ich miejsce zamieszkania. Organizacje: np. Johnson & Johnson, Merck, GlaxoSmithKline, Roche stosują takie narzędzie czerpiąc z tego ogromne korzyści – przekaz jednakowych informacji, w ten sam sposób do wszystkich pracowników danego szczebla w każdym miejscu na świecie. Możliwość szybkiej reakcji i przekazania wiedzy w obliczu wystąpienia szczególnych zdarzeń, czy też możliwość łatwego zebrania informacji zwrotnej to tylko niektóre zalety takiego systemu.

Organizacje działające na rynku farmaceutycznym zajmują się promocją i sprzedażą produktów i wyrobów farmaceutycznych. Promocja taka od zawsze odbywała się poprzez kontakt ze specjalistami (lekarze, farmaceuci) oraz bezpośrednimi odbiorcami, czyli pacjentami. Biorąc pod uwagę zapisy Ustawy Prawo Farmaceutyczne z 2001 r. [11] należy nadmienić, że producenci leków na receptę nie mogą z promocją tych produktów wychodzić poza obszar kręgu specjalistów – lekarzy, farmaceutów. Zgoła inaczej wygląda to z produktami znajdującymi się w szerokiej kategorii OTC (na potrzeby niniejszej pracy w tej kategorii zamieszczać będą: leki bez recepty, suplementy diety, wyroby medyczne, dietetyczne środki specjalnego przeznaczenia medycznego, kosmetyki apteczne), które to promowane mogą być szerszej grupie, w tym wśród pacjentów.

Wśród narzędzi promocyjnych znajdujących się w katalogu używanych przez firmy farmaceutyczne odnaleźć można e-detailing. Jest to z jednej strony nowy system przekazywania wiedzy i zarazem uczenia się przez odbiorcę, z drugiej strony jest to innowacyjny kanał promocyjny/marketingu produktów farmaceutycznych. Funkcjonuje on na rynku Stanów Zjednoczonych od początku 2000 r., w Polsce rozwinął się kilka lat później. Polega on na zaprezentowaniu przez przedstawiciela danej organizacji informacji np. o firmie i jej produktach za pomocą prezentacji umieszczonej na urządzeniu, tj. tablet, czy dawniej DVD-player, która z jednej strony pozwala realizować cel promocyjny firmy, z drugiej edukuje odbiorcę.

E-detailing czerpie z doświadczeń e-learningu i właściwie można przyjąć, że jest w dużej części metodą uczenia e-learningowego wzbogaconą o tradycyjne formy uczenia się. Koncepcja uczenia się przez e-detailing zakłada przekaz istotnych z punktu widzenia odbiorcy danych, które są prezentowane w bardzo przystępny i klarowny sposób. Do prezentacji poza statycznymi tekstami i obrazami używa się pełnoekranowego video, animacji. Można przedstawić szczegółowe dane statystyczne w różnych formach. Proces tworzenia takiej prezentacji jest stosunkowo prosty i nie wymaga praktycznie żadnych umiejętności poza znajomością podstawowej obsługi komputera. Bardziej rozwinięte prezentacje tworzą wyspecjalizowane agencje reklamowe, interaktywne.

Prezentacje e-detailingowe tworzone głównie dla celów marketingowych/promocyjnych – przekazywania informacji produktowych leków na receptę lekarzom. Podkreślenie cech, zalet i korzyści produktu farmaceutycznego, ma za zadanie zmianę opinii lekarza i jego zwyczajów perskrypcyjnych. To podejście z biegiem czasu ewoluowało, dziś promocja produktowa za pośrednictwem tabletek odbywa się w podobnym celu jednak dla szerszej grupy odbiorców i dotyczy produktów z różnych kategorii, w tym OTC.

Rozwój rynku farmaceutycznego wymusił poszukiwanie nowych możliwości dotarcia do większej grupy docelowej. Pielęgniarki i położne z racji wykonywania obowiązków zawodowych często mają styczność z pacjentami. Ten fakt spowodował, że przedstawiciele tych zawodów stali się obiektem zainteresowania przedstawicieli firm farmaceutycznych.

Pielęgniarki i położne z racji wypełniania zawodu społecznego zaufania mają duży wpływ na pacjentów, a co za tym idzie na ich decyzje dotyczące kwestii ochrony zdrowia. Decyzje takie wiążą się niejednokrotnie z procesem zakupowym pacjentów i wydatkowaniem środków na produkty farmaceutyczne.

Nie jest tajemnicą, że samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych współpracuje z wieloma firmami realizując jeden ze swoich obowiązków wynikający z Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej – edukacji zdrowotnej. Np. wspólnie z firmą GlaxoSmithKline, zorganizowano i przeprowadzono wiele programów, m.in.: „Edukacja rodziców w zakresie szczepień ochronnych u dzieci”, „Diagnostyka i edukacja pacjentów z astmą i przewlekłą obturacyjną chorobą płuc”, a także program skierowany do dziewcząt i ich matek: „Profilaktyka raka szyjki macicy”, co jest potwierdzeniem działalności w tym zakresie.

Udział w takich projektach służy głównie pacjentom, jednak odgrywa też ważną funkcję edukacyjną pielęgniarek i położnych. Jest to jeden z modeli przekazywania wiedzy produktowej, informacji nt. jednostek chorobowych czy nowych badań przez firmy farmaceutyczne. Kolejnym jest kontakt face to face przedstawiciela firmy z pielęgniarkami i położnymi. Taki kontakt odbywa się najczęściej podczas godzin pracy pielęgniarek i położnych. Rodzi to konieczność szybkiego a co za tym idzie intensywnego przekazywania wiedzy. Okazuje się, że model promocji i edukacji z zastosowaniem tradycyjnych ma-

teriałów drukowanych jest niewystarczający. Dlatego pojawienie się e-detailingu jest odpowiedzią na potrzeby w zakresie przekazywania wiedzy odbiorcom. Nie bez powodu w ogłoszeniach o pracę na stanowiska przedstawicieli/konsultantów medycznych, pojawia się w zakresie obowiązków – edukacja środowiska medycznego, jest to jeden z głównych celów.

E-detailing jako jeden z modeli uczenia się pielęgniarstwa/łożnych zyskuje coraz większą popularność. Jego atrakcyjność jest bezsporna, wynika to głównie z efektywności tej metody, która łączy podstawowe techniki uczenia się. Podczas prezentacji e-detailingowej występują elementy uczenia się pamięciowego – poprzez powtarzanie najistotniejszych kwestii pojawiających się w kolejnych slajdach czy też ujęciach podczas prezentacji. Bardzo ważne jest wykorzystanie techniki uczenia się przez zrozumienie, e-detailing pozwala w przystępny sposób zobrazować skomplikowane działanie, co w przypadku wiedzy medycznej jest na ogół trudne. Prezentacje e-detailingowe nawiązują do uczenia się sensorycznego, mogą bazować na emocjach. Uczestnictwo w takich prezentacjach może zmuszać do aktywnego zaangażowania się poprzez wybór kolejnych etapów interesujących z punktu widzenia odbiorcy. Ważny jest udział w takiej prezentacji przedstawiciela firmy farmaceutycznej i poziom jego kompetencji. Przedstawiciel potrafiący zbadać potrzeby w zakresie wiedzy pielęgniarstwa i położnej może w prosty sposób odpowiadać na nie poprzez pokazywanie odpowiednich informacji w prezentacji z zachowaniem logicznej kolejności. Rola przedstawiciela jest o tyle ważna, że na te kilka minut prezentacji musi stać się chwilowym mentorem z danej dziedziny, wzbudzić zaufanie i pozytywne emocje, które służą uczeniu się przez odbiorcę. Obowiązkiem prowadzącego takie szkolenie jest ciągła kontrola przepływu i rozumienia informacji oraz powracanie i tłumaczenie w przypadkach niezrozumienia.

Same prezentacje są przygotowane w taki sposób, aby pozwalały na intuicyjną obsługę, co pozwala płynnie przekazywać wiedzę. Ich budowa pozwala na kreatywne, a co ważne bardzo elastyczne zmiany w obszarach posiadających zapisaną informację.

Z punktu widzenia zawodu pielęgniarstwa i położnej uczestnictwo w takiej prezentacji daje możliwość nie tylko zdobycia wiedzy, ale i jej rozwoju. Po takiej prezentacji istnieje możliwość przesłania najważniejszych, interesujących odbiorcę informacji na adres mailowy, co pozwala wrócić do tych informacji i poszerzać wiedzę.

W Stanach Zjednoczonych pojawiają się firmy farmaceutyczne, które e-detailing traktują w jeszcze szerszym zakresie. Dla tych firm e-detailing to możliwość ciągłego kontaktu z lekarzem, nawet codziennego, co pozwala na szybki zbiór informacji zwrotnych, kontrolę działań lekarza i budowę statystyk. Model ten jest praktykowany poprzez tablet, który jest przekazywany lekarzom godzącym się na prowadzenie pewnych statystyk za jego pośrednictwem.

Wydaje się, że samo uczenie się z zastosowaniem nowych technologii jest uwarunkowane umiejętnościami korzystania z narzędzi i metod technologii informacyjnych oraz innych cyfrowych narzędzi medialnych. Na szczęście rozwój technologii pozwala na korzystanie ze skomplikowanych urządzeń w sposób prosty. Co jest niezwykle ważne dla osób w wieku 65+, którzy także chcą się dokształcać.

Niektórzy badacze, jak M. Kąkolewski [12] uważają, że model uczenia się za pomocą nowych technologii, elektronicznych źródeł i narzędzi niesie zagrożenie w postaci wirtualizacji środowiska uczenia się, co wiąże się z pokusą do zastępowania poznawania bezpośredniego prezentacjami medialnymi. Trudno nie zgodzić się w pewnej części z tą tezą, należy jednak pamiętać, że takie narzędzia służą głównie zdobyciu wiedzy teoretycznej.

E-detailing jest bez wątpienia kolejnym środkiem do zdobywania wiedzy, pochodzącej z różnych źródeł. Dzięki wykorzystaniu zdobyczy technologicznych i nauk, takich jak pedagogika czy psychologia, e-detailing jest skuteczną, efektywną i przyjemną formą zdobywania wiedzy. Na pewno ta forma niesie za sobą pewne zagrożenia ze względu na zdarzające się odchylenia od etycznych postaw występujące na rynku farmaceutycznym.

Przedstawiciele zawodów pielęgniarstwa i położnej mają możliwość korzystania z najnowszych osiągnięć nauki w zakresie edukacji, służy to zarówno ich rozwojowi, ale przede wszystkim wzrostowi komfortu i bezpieczeństwa pacjentów. Pielęgniarki i położne dokształcają się z poczucia odpowiedzialności za drugiego człowieka, pacjenta. Dobrze, że mogą to robić z wykorzystaniem takich form, jak e-detailing.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa o zawodach pielęgniarstwa i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. art. 4, ust. 1, pkt. 7.
2. Ustawa o zawodach pielęgniarstwa i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. art. 1, ust. 1, pkt. 13.
3. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych z dnia 9.12.2003 r. ust. 2, pkt. 4.
4. Pawłow I.P., Odpowiedź fizjologa psychologom i inne prace, PWN, Warszawa 1990.
5. Skinner B.F., Zachowanie się organizmów, PWN, Warszawa 1995.
6. Thorndike E.L., Uczenie się ludzi, PWN, Warszawa 1990.
7. Tolman E.Ch., Zachowanie celowe u zwierząt i ludzi, PWN, Warszawa 1995.
8. Lewin K., Principles of Topological Psychology Principles of Topological Psychology, McGraw-Hill, New York 1935.
9. Levy P., Collective Intelligence: Mankind's Emerging World in Cyberspace, Perseus Books, Cambridge, Mass. 1997, [...] nikt nie wie wszystkiego, każdy wie coś, całą wiedzę posiada ludzkość..., [za:] H. Jenkins, Convergent Culture, New York University Press, Nowy Jork, Londyn 2006.

10. Kąkolewski M., Uwarunkowania procesu uczenia się w trybie e-learning, Referat wygłoszony podczas konferencji: Rozwój E-edukacji w ekonomicznym szkolnictwie wyższym, Poznań 2008.
11. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne Dz. U. 2001 nr 126 poz. 1381.

Adres do korespondencji:
Michał Szarycz
Katedra Nauk o Zdrowiu
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań
Tel.: 669 355 275
michalszarycz@hotmail.com

SPRAWNOŚĆ FIZYCZNA KOBIET Z ZESPOŁEM TURNERA W ASPEKCIE POTRZEB USPRAWNIANIA FIZYCZNEGO

PHYSICAL FITNESS OF WOMEN WITH TURNER SYNDROME IN CONSIDERATION OF PHYSICAL REHABILITATION

JULIA JAJOR¹, ELŻBIETA ROSTKOWSKA^{1,2}, WŁODZIMIERZ SAMBORSKI¹

Katedra Fizjoterapii, Reumatologii i Rehabilitacji

¹Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik: prof. dr hab. med. Włodzimierz Samborski

²Wyższa Szkoła Informatyki i Umiejętności w Łodzi

Katedra Motoryczności Człowieka

Kierownik: dr hab., prof. WSiU Elżbieta Rostkowska

Streszczenie

Kobiety z zespołem Turnera stanowią bardzo specyficzną grupę chorych. Odmienne budowa ciała powoduje nieco odmiennie funkcjonowanie układu ruchu, co znajduje odzwierciedlenie w wynikach różnych prób sprawnościowych. Te oraz inne czynniki, między innymi estetyczne, powodują, że chore niechętnie podchodzą do zajęć ruchowych. Konieczne jest jednak zachęcanie do różnych form aktywności fizycznej, dla zapobiegania obniżaniu się wydolności wysiłkowej, zapobiegania osteoporozie, cukrzycy, poprawy estetyki ciała oraz w celu podnoszenia ogólnej sprawności fizycznej. W artykule przedstawiono wyniki badań naukowych wielu autorów nad aktywnością fizyczną i wydolnością wysiłkową tych chorych oraz podano wskazania i przeciwwskazania dotyczące zajęć ruchowych dla dziewcząt i kobiet z zespołem Turnera.

Słowa kluczowe: sprawność fizyczna, zespół Turnera, usprawnianie, rehabilitacja ruchowa.

Summary

Women with Turner syndrome constitute a very special group of patients. Their distinct body build causes a slightly different functioning of the organ of locomotion, which is reflected in the results of various fitness tests. These as well as aesthetic aspects make Turner syndrome patients undertake physical exercises very reluctantly. It is necessary, however, to encourage them to engage in different forms of physical activity to prevent the deterioration of their physical performance, osteoporosis and diabetes; and to improve their body aesthetics and general physical fitness. The article demonstrates the results of research of many authors on the physical activity and performance efficiency of girls and women with Turner syndrome. It also presents indications and contraindications related to the performance of physical exercises by girls and women with Turner syndrome.

Key words: physical fitness, Turner syndrome, improvement, rehabilitation.

Wstęp

Systematyczna aktywność fizyczna powinna stanowić podstawowy element zdrowego stylu życia każdego człowieka. Wpływa ona przede wszystkim na zachowanie zdrowia, zapobiega powstawaniu różnych chorób, a także służy podnoszeniu kondycji [1, 2]. W związku z tym, jej nawyk powinien być kształtowany od najwcześniejszych lat życia. Programy wychowania fizycznego powinny być ukierunkowane na zachęcanie do udziału w zajęciach sportowych. Niestety nie zawsze taka sytuacja ma miejsce. Jednolite testy oceniające sprawność fizyczną faworyzują dzieci, które posiadają lepsze uwarunkowania fizyczne, dyskryminując przy tym dzieci niższe lub dzieci z problemami rozwojowymi [3].

Dziewczęta chorujące na zespół Turnera, charakteryzują się zazwyczaj odmienną budową i funkcjonowaniem

ciała, stąd ocena sprawności fizycznej na podstawie jednolitych testów sprawności jest nieadekwatna do ich odmienności [3]. Pojawiają się zatem pytania: Jaki poziom sprawności fizycznej reprezentują osoby z zespołem Turnera? Czy są one bardziej, mniej bądź tak samo sprawne jak osoby zdrowe? Jakie czynniki determinują jej poziom? A jeśli poziom sprawności jest obniżony u tych osób – w jaki sposób to zmienić?

Niniejszy artykuł jest przeglądem literatury opublikowanej od 2000 roku na temat sprawności fizycznej osób z zespołem Turnera. Dokonano w nim analizy oceny sprawności fizycznej w świetle wyników różnych badań, częstotliwości podejmowania aktywności fizycznej oraz rozpatrzone potrzeby usprawniania tych osób. Należy dodać, iż dostępna literatura skupia się głównie na charakterystyce zespołu Turnera i sposobach leczenia, jednak istnieje bardzo niewiele doniesień na temat sprawności fizycznej kobiet z tym zespołem (przynajmniej tych opublikowanych), stąd konieczność przybliżenia problemu.

Częstość podejmowania aktywności fizycznej przez osoby z zespołem Turnera

Wielu badaczy przeprowadziło badania nad częstotliwością podejmowania aktywności fizycznej przez kobiety chorujące na zespół Turnera.

Sienkiewicz-Dianzenza i wsp. zbadali metodą ankietową 36 dziewcząt z zespołem Turnera w wieku 10–19 lat, które przebywały na kolonii letniej. Wykazano, że ¼ ankietowanych w ogóle nie uczestniczy w zajęciach wychowania fizycznego, ponieważ korzysta ze zwolnienia lekarskiego. Analiza aktywności fizycznej pozostałych dziewcząt na podstawie wskaźnika MVPA (moderate-to-vigorous physical activity – którego wartość odpowiada liczbie dni w tygodniu, podczas których spędza się minimum 60 minut dziennie na różnych formach aktywności fizycznej) wykazała, że dziewczęta te spędzają średnio trzy i pół całych dni w tygodniu na różne rodzaje aktywności fizycznej. W przypadku tego badania uznano, że dopiero wynik na poziomie 5 dni w tygodniu zaspokaja potrzeby zdrowotne i rozwojowe. Niestety, taki poziom osiągnęło niecałe 20% badanych [2]. Jednakże wyniki badań pokazują, że chore lubią zajęcia wychowania fizycznego i wyrażają pozytywną opinię na ich temat.

Nad badaniem aktywności fizycznej kobiet z zespołem Turnera skupili się również Lew-Starowicz i wsp. [4]. Pod uwagę wzięli 176 chorych z terenu całej Polski. Dowiedli, że 42% badanych w ogóle nie zajmuje się rekreacją ruchową, 41% uczestniczy okazjonalnie w zajęciach ruchowych, a tylko 17% jest regularnie aktywna ruchowo i w odpowiedniej ilości (minimum 3 godziny w tygodniu). Chore podejmowały bardzo różnorodne formy aktywności ruchowej. Najczęściej wybieraną aktywnością była gimnastyka, jazda na rowerze, pływanie oraz spacer. Mogłoby się wydawać, że 17% przebadanych kobiet to mało, jednak autorzy są zadowoleni z wyniku. Aktywność fizyczna kobiet z zespołem Turnera wypadła bardzo optymistycznie w porównaniu z aktywnością ruchową populacji kobiet zdrowych (zaledwie 1,5% zdrowej populacji jest aktywna) [4].

Podobne wyniki otrzymali Naess oraz wsp. [5]. Przeprowadzili badania aktywności fizycznej dziewcząt z zespołem Turnera i stwierdzili, że 33% z nich cechowało się regularną aktywnością fizyczną, a w grupie kontrolnej dziewcząt zdrowych tylko 22% było fizycznie aktywnych. Choć dziewczęta z zespołem Turnera uprawiały więcej ruchu, ich maksymalny pobór tlenu VO_{2max} , będący wskaźnikiem radzenia sobie układu krążenia i oddechowego z wysiłkiem fizycznym był niższy w porównaniu z dziewczętami zdrowymi. Ten wynik badań wskazuje, że dziewczęta z zespołem Turnera powinny ćwiczyć systematycznie, by ich wydolność wysiłkowa osiągała poziom właściwy dla zdrowego stylu życia.

Innym badaniem, w którym respondentki deklarowały dość wysoki poziom aktywności fizycznej było badanie przeprowadzone na grupie 45 dziewcząt z zespołem Turnera, które przebywały na dwutygodniowych koloniach letnich [1]. Otrzymane wyniki dowodzą, że większość badanych podejmuje tzw. minimum aktywności fizycznej (cho-

dzenie, co najmniej 10 minut dziennie każdego dnia tygodnia). Dobrą wiadomością jest fakt, iż 31% badanych wykazuje wysoki poziom aktywności, czyli podejmuje wysiłek (np. aerobik, szybki bieg, kopanie ziemi) przez minimum 10 minut bez przerwy przez 7 dni w tygodniu. Największy procent, 47% badanych deklarowała niski poziom aktywności. Jednakże autorzy sugerują, że otrzymane wyniki mogą być zawyżone ze względu na brak zrozumienia pytań bądź chęci pokazania się lepszą.

Czynniki wpływające na poziom sprawności fizycznej

Zaburzenia wzrostowo-rozwojowe osób z zespołem Turnera mogą sugerować, że poziom niektórych parametrów sprawności fizycznej będzie się różnił w stosunku do osób zdrowych. Kobiety te cechuje przede wszystkim znaczny niedobór wzrostu oraz krępa budowa ciała. Dochodzą do tego zaburzenia długości kończyn dolnych w stosunku do długości tułowia oraz poszerzony pas barkowy. Charakterystyczna jest również skrócona szeroka szyja, szeroka i stosunkowo krótka klatka piersiowa oraz masywne palce dłoni i stóp [6, 7].

Przeprowadzono pomiary antropometryczne w grupie 93 kobiet z zespołem Turnera w wieku 18–25 lat, biorąc pod uwagę wysokość ciała, wysokość siedzeniową, długość kończyn górnych oraz szerokość obręczy barkowej. Wyniki wskazują na wyraźne zmiany w proporcjach ciała, a mianowicie wystąpiły u nich większe proporcje wysokości siedzeniowej oraz długości kończyn górnych w stosunku do wysokości ciała. Stosunek obręczy barkowej do wzrostu również był większy [8]. Co ciekawe, ich masa ciała jest mniejsza w porównaniu ze zdrowymi osobnikami, jednak wraz z wiekiem zwiększa się [7]. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono u kobiet z zespołem Turnera niższy wzrost oraz mniejszą masę ciała, jednak wyższe BMI w porównaniu z grupą kontrolną [9]. Jako główne determinanty wywierające wpływ na poziom sprawności fizycznej wymienia się u kobiet z zespołem Turnera wiek, wysokość oraz masę ciała.

W badaniach przeprowadzonych na grupie 180 dziewcząt chorych na zespół Turnera w wieku od 10 do 18 lat dokonano analizy wpływu poszczególnych czynników na sprawność fizyczną. Sprawność fizyczną zbadano za pomocą 8 prób sprawnościowych Europejskiego Testu Sprawności Fizycznej – Eurofit, takich jak: stukanie w krążki (PLT), wysięg do przodu w siadzie (SAR), skok w dal z miejsca (SBJ), siła dłoni (HGR), bieg wahadłowy (SHR), zwis na ugiętych ramionach (BAH), siady z leżenia (SUP), próba równowagi (FLB). W związku z próbą równowagi, nie odnotowano zależności z wysokością oraz masą ciała, jedynie wiek miał dodatni wpływ na utrzymanie równowagi. Można zatem wywnioskować, iż umiejętność utrzymania równowagi poprawia się u tych dziewcząt wraz z wiekiem. Z kolei na szybkość kończyn górnych, która cenna jest w przypadku próby PLT uzyskano ujemny związek z wysokością ciała i wiekiem. Wykazano dużą zależność między wiekiem a gibkością, mierzoną w próbie SAR.

Umiarkowany wpływ wieku i wysokości ciała odnotowano w przypadku próby skoku w dal z miejsca (SBJ). Jeśli chodzi o próbę HGR, szczególnie duży wpływ na wielkość siły ręki miał wiek badanych, a także wysokość ciała. Znaczenia wieku, masy oraz wysokości ciała dla sprawności fizycznej nie odnotowano w przypadku próby SUP oraz próby biegu wahadłowego (SHR). Niewielki, ujemny wpływ masy ciała zauważono w próbie zwisu na ugiętych ramionach (BAH).

W wyniku przeprowadzonych badań, stwierdzono, że wiek oraz wysokość ciała w dużym stopniu determinują wyniki poszczególnych prób sprawności fizycznej, natomiast masa ciała nie ma takiego dużego znaczenia [10].

Ocena sprawności fizycznej kobiet z zespołem Turnera w świetle empirycznych badań

Test Sprawności Fizycznej „Eurofit” jest najczęściej stosowaną formą oceny sprawności fizycznej w kontekście zdrowego stylu życia. W tym celu opracowano siatki centylowe, które umożliwiają odniesienie rozwoju fizycznego do wieku kalendarzowego, a jeśli chodzi o osoby z zespołem Turnera – odniesienie do wieku wzrostowego [2].

Stupnicki [11] także zbadał sprawność 39 dziewcząt z ZT opierając się na 8 próbach baterii Eurofit. W swoich badaniach wykazał, iż dziewczęta chore uzyskują niższe w porównaniu z dziewczętami zdrowymi w tym samym wieku wyniki w próbach siłowych, czyli w próbie HGR, SBJ oraz SUP, próbie gibkości – SAR oraz w próbach związanych z szybkością oraz koordynacją ruchów (PLT). Niższą wartość próby HGR oraz SBJ autor tłumaczy niższą masą ciała dziewcząt z zespołem Turnera, natomiast niski wynik próby SAR – niższym wzrostem. Z kolei przyczynę gorszego wyniku próby SUP upatruje w słabszej sile mięśniowej mięśni grzbietu oraz brzucha. Próba SHR wypadła porównywalnie ze zdrowymi dziewczętami.

Jedyną próbą, w której chore uzyskały znacznie lepsze wyniki była próba zwisu na ugiętych ramionach (BAH), co zapewne wiąże się z ich bardzo dobrze rozwiniętą obręczą barkową. Nie oceniono próby równowagi (FLB), ze względu na małą liczbę dziewcząt, które wykonały tę próbę. Jak wskazują badania, nieco słabsze wyniki dziewcząt z zespołem Turnera spowodowane są głównie różnicami w rozmiarach ciała [12].

Bardzo podobne badanie przeprowadzili Milde i wsp. [12]. Zbadali 30 kobiet z zespołem Turnera w wieku powyżej 17 lat. W tym przypadku uzyskały one gorsze wyniki w zakresie próby SBJ i SHR. Jako przyczynę uznano stosunek długości tułowia do długości kończyn dolnych. Niższe wyniki odnotowano również w zakresie próby SUP. W przeciwieństwie do poprzedniego badania oceniona została tutaj próba FLB, w której kobiety chore uzyskały gorsze wyniki w porównaniu ze zdrowymi. Z kolei lepsze wyniki odnotowano w próbach BAH (jako skutek silniejszych mięśni obręczy barkowej) oraz SAR. Nie wykazano różnic w przypadku próby HGR. Niespodziewanie lepsze rezultaty osiągnęły w próbie PLT [12].

Milde oraz wsp. dokonali również jeszcze innego pomiaru, podczas którego przeprowadzili ocenę sprawności wśród 180 dziewcząt z zespołem Turnera w wieku od 10–18 lat [3]. W przypadku tego badania dziewczęta uzyskały znamienne gorsze wyniki w próbach FLB, SBJ, SUP i SHR. Najgorszy wynik uzyskano w próbie równowagi (FLB), co autorzy tłumaczą występowaniem u nich wad stóp, m.in. koślawości pięty, a także zaburzeń koordynacji psychoruchowej. Natomiast niskie wyniki prób SBJ oraz SHR tłumaczono krępą budową ciała, krótszymi kończynami dolnymi w stosunku do tułowia oraz słabszym umięśnieniem kończyn dolnych. Ostatnią próbą, która gorzej wypadła w przypadku dziewcząt z zespołem Turnera jest SUP. Jako przyczynę upatruje się w tym przypadku słabe mięśnie tułowia. Dziewczęta uzyskały porównywalne bądź lepsze wyniki w próbach angażujących głównie kończyny górne (próba HGR, BAH), co według autorów wiąże się z bardzo dobrze rozwiniętą obręczą barkową. Najlepiej wypadła próba SAR, co wynika zapewne z zaburzeń proporcji ciała, próba PLT nie została wzięta pod uwagę. Z przeprowadzonych badań można wywnioskować, że chore na zespół Turnera uzyskują lepsze wyniki w próbach angażujących kończyny górne, gorsze zaś w przypadku prób, które wymagają pracy kończyn dolnych [3].

Kolejnym badaniem Milde oraz wsp. była ocena wytrzymałości mięśniowej za pomocą próby BAH [13]. Wykazano, że dziewczęta z zespołem Turnera nie różnią się w stosunku do zdrowych pod względem wyników próby BAH. Siła mięśni kończyn górnych okazała się porównywalna z dziewczętami zdrowymi. Stwierdzono jedynie negatywny wpływ masy ciała na tę próbę [13].

Milde i wsp. zajęli się także badaniem siły mięśniowej u osób z zespołem Turnera, biorąc pod uwagę wybrane próby baterii Eurofit [14]. Próbą objęto 63 dziewczynki z zespołem Turnera w wieku 11–15 lat w czasie kolonii letnich. Pod uwagę wzięto próbę HGR, SUP, SBJ oraz BAH. Uzyskano gorsze wyniki w zakresie próby SBJ oraz SUP, porównywalne, jeśli chodzi o HGR oraz prawie dwukrotnie lepsze wyniki w próbie BAH. Autorzy udowodnili, że bardziej rozwinięta obręcz barkowa warunkuje większą wytrzymałość izometryczną w obrębie górnej części ciała (próba BAH) oraz porównywalną siłę mięśniową dłoni w porównaniu z próbą osób zdrowych (próba HGR). Z drugiej strony, słabsze mięśnie brzucha oraz kończyn dolnych znajdują odzwierciedlenie w gorszych wynikach prób SUP i SBJ [14].

Innym pomiarem, w którym chore na zespół Turnera uzyskały niskie wartości w próbie równowagi (FLB) było badanie przeprowadzone w grupie 54 dziewcząt z zespołem Turnera w wieku 10–18 lat [15]. W tym przypadku przeprowadzono próbę oceny równowagi dwukrotnie, a mianowicie na początku i na końcu kolonii letnich w 2002 roku, następnie powtórzono badania w 2003 roku. Różnica wynikała jedynie z tego, że podczas kolonii w 2003 roku dziewczęta uczestniczyły w 10-dniowym treningu ogólnospornościowym. Podczas pierwszych kolonii dziewczęta z zespołem Turnera wykazały gorsze wyniki próby równowagi (FLB). Natomiast po treningu w 2003 roku odnoto-

wano już lepsze rezultaty. Badacze dowiedli zatem, iż próba równowagi ulega w pewnym stopniu „wytrenowaniu” u dziewcząt z zespołem Turnera. Można pokusić się o stwierdzenie, że także inne parametry sprawności fizycznej udałoby się poprawić zlecając chorym udział w systematycznych ćwiczeniach fizycznych [15].

Zespół badaczy Nijhuis-van der Sanden oraz wsp. [16] skupili się także na osobach chorujących na zespół Turnera. Zwrócili uwagę na obniżoną szybkość ruchów u tych dziewcząt. W tym celu zastosowali The Movement Assessment Battery for Children (MABC). Dowiedli, że dziewczęta z zespołem Turnera wykonywały zadania ruchowe testów wolniej. Szczególnie powoli wykonywały ruchy wówczas, gdy chciały wykonać zadania ruchowe z dużą dokładnością. Należy pamiętać, że mniejsze zdolności szybkościowe pociągają za sobą trudności koordynacyjne ruchów. Z kolei gorsza koordynacja ruchowa może być przyczyną częstego uderzania się o przedmioty w otoczeniu lub upadków.

Na podstawie przeprowadzonych badań można wnioskować, że kobiety z zespołem Turnera – w porównaniu ze zdrowymi kobietami – nie różnią się znacząco pod względem poszczególnych parametrów sprawności fizycznej. Biorąc pod uwagę wszystkie przytoczone powyżej wyniki badań, największe niekorzystne odchylenia zaobserwowano w przypadku prób SBJ (skok w dal z miejsca), SHR (bieg wahadłowy), SUP (siady z leżenia) oraz FLB (próba równowagi). Jako przyczynę upatruje się odmienną budowę ciała chorych na zespół Turnera. Jediną próbą, która wypadła lepiej u chorych, była próba BAH (zwis na ugiętych ramionach). Jest to zapewne związane z dobrze rozwiniętą obręczą barkową w stosunku do masy pozostałych części ciała. Z kolei niejednoznaczne wskazania dały wyniki prób PLT (stukanie w krążki), SAR (wysięg do przodu w siadzie), HGR (siła dłoni). W przypadku tych prób wskazane byłyby dalsze badania.

Możliwości usprawniania kobiet z zespołem Turnera

Osoby z zespołem Turnera stanowią bardzo specyficzną grupę chorych. Ich odmienna budowa ciała oraz odmiennie funkcjonowanie organizmu znajduje odzwierciedlenie w różnych wynikach prób sprawnościowych. Jako osoby, które posiadają krótsze kończyny dolne, dłuższe kończyny górne oraz szerszy pas barkowy, a przy tym często cechują się nadwagą bądź otyłością, niechętnie podchodzą do aktywności fizycznej [17]. Pomimo iż osoby z zespołem Turnera posiadają taką samą procentową zawartość tłuszczu w organizmie w porównaniu z osobami zdrowymi (lub nieco wyższą według innych badaczy [18]), to wykazują one podwyższoną masę ciała w stosunku do swojego wzrostu. Tomaszewski i wsp. uważają, że ma to związek z zaburzonymi proporcjami ciała, a nie z nadmierną masą tłuszczową [17]. Grupa badaczy Landin-Wilhelmsen oraz wsp. zbadali rozmieszczenie tkanki tłuszczowej w tej grupie chorych. Wykazano niebezpieczne odfuszczenie brzuszne, czyli bardziej centralne jej osadzenie. Przypuszczano, że

może to być skutek mniejszej aktywności fizycznej niż u grupy kontrolnej. Autorzy podkreślają, że połączenie wysokiej zawartości tkanki tłuszczowej z centralnym jej rozmieszczeniem i niekorzystnym wskaźnikiem WHR (proporcja obwodu talii do obwodu bioder) wskazują na częstsze niż w grupie kontrolnej występowanie u tych kobiet zespołu metabolicznego, który stanowi wiele zagrożeń dla zdrowia. W związku z tym, odpowiednio dawkowana aktywność fizyczna jest w tym przypadku niezbędna [9].

Często zdarza się, że z powodu niskiej samooceny osoby takie nie chcą uczestniczyć w zajęciach wychowania fizycznego. Nauczyciel powinien zachęcać do udziału w lekcjach wychowania fizycznego i odpowiednio je motywować. Zarówno zajęcia, jak i sposoby oceny, powinny być dostosowane do osób o odmiernej budowie somatycznej [2]. Istotne jest zatem merytoryczne przygotowanie nauczycieli do pracy z dziewczętami z zespołem Turnera. Bardzo często dziewczęta z zespołem Turnera zwalniane są przez rodziców z zajęć ruchowych. Takie sytuacje mogą mieć oczywiście miejsce, jednak wówczas rodzice powinni zapewnić swoim dzieciom odpowiedni poziom aktywności fizycznej. Również odpowiednie rozmowy z rodzicami mogłyby zachęcić ich do zalecania swoim córkom lekcji wychowania fizycznego. Byłoby to bardzo wskazane, o ile nauczyciel wychowania fizycznego byłby merytorycznie przygotowany do modyfikacji swojego działania, uwzględniającego obecność w klasie dziewczynki z zespołem Turnera.

Innym istotnym problemem jest otyłość w tej grupie osób. Jak wiadomo, masa ciała zależy między innymi od ilości kalorii spożytych w żywieniu w proporcji do ilości kalorii wydatkowanych [19]. Proces wydatkowania kalorii jest zmniejszony u osób o niskim wzroście, a więc u kobiet z zespołem Turnera może być ten proces utrudniony. W związku z tym, ważne jest monitorowanie masy ciała w celu zapobiegania nadwadze. Chore powinny przestrzegać diety oraz wykonywać odpowiednio dobrane ćwiczenia fizyczne. Zaleca się jogging, jazdę na rowerze oraz szybki marsz 2–3 razy w tygodniu przez godzinę. Należy dodać, że nadwaga pociąga za sobą dość często nadciśnienie tętnicze oraz cukrzycę [19]. Na podstawie badań przeprowadzonych przez Landin-Wilhelmsen oraz wsp. stwierdzono częściej w tej grupie chorych za wysokie ciśnienie krwi. Badacze odnotowali również zagrożenie cukrzycą oraz hipercholesterolemię [9]. Z kolei Gravholt oraz wsp. w swoich badaniach również wskazują na zagrożenie tych kobiet cukrzycą. Akumulacja odfuszczenia wisceralnego, w połączeniu ze stwierdzonymi zmianami hormonalnymi, każą przewidywać wyższe ryzyko rozwoju cukrzycy. To także skłania do zwiększonej aktywności fizycznej, która może częściowo zapobiegać cukrzycy lub po jej wystąpieniu, łagodzić przebieg choroby pozwalając na mniejsze stosowanie diety bądź środków farmakologicznych [18].

U 45% osób z zespołem Turnera stwierdza się anomalie układu sercowo-naczyniowego. Do najczęstszych należą wady serca, zwężenia aorty, dwupłatkowa zastawka aorty, a także możliwość rozwarstwiania i pęknięcia aorty [7]. W związku z tym wskazana jest umiarkowana aktywność

fizyczna. Ze względu na duże zmiany kardiologiczne, zaleca się wysoce specjalistyczne planowanie zajęć ruchowych [9]. Rywalizacja sportowa oraz bardzo forsowne ćwiczenia izometryczne, które związane są ze wzrostem tętna i ciśnienia krwi, mogą mieć negatywny wpływ na osoby z rozszerzoną aortą. Nie powinny one uczestniczyć w intensywnym wysiłku fizycznym [7].

Luckstead [20] przestrzega, na podstawie odnotowanych faktów, przed nagłą śmiercią podczas zajęć ruchowych u dzieci z chorobami kardiologicznymi. Wymienia także takie zagrożenia związane z wadami serca u dziewcząt z zespołem Turnera. To powinno zwrócić uwagę na niezwykle profesjonalne przygotowanie zajęć ruchowych dla dziewcząt z tą chorobą. W świetle wszystkich innych wyników badań naukowych zwalnianie ich ze szkolnych lekcji wychowania fizycznego nie jest właściwym rozwiązaniem. Uprawianie jakiegokolwiek rywalizacji sportowej powinno zostać zabezpieczone poprzez odpowiednie badanie kardiologiczne, z uwzględnieniem ostatniego badania MRI aorty [21].

Kolejnym problemem jest tolerancja wysiłkowa osób z zespołem Turnera. W badaniach przeprowadzonych w grupie 50 kobiet z tym zespołem wykazano, iż posiadają one niższą maksymalną wydolność tlenową, a także niższą tolerancję wysiłku [22]. Także Gravholt oraz wsp. [18] porównywali kobiety z zespołem Turnera ze zdrowymi pod względem cech fizjologicznych i składu ciała. Stwierdzili, że VO_{2max} i inne cechy fizjologiczne świadczące o wydolności wysiłkowej oraz aktywność fizyczna były zdecydowanie niższe u chorych kobiet. Fakt ten należy uwzględnić dobierając odpowiedni zestaw ćwiczeń. Co ważne, w przypadku tych osób należy także tak dobierać obciążenia, aby nie dopuścić do przeciążeń siłowych, ponieważ często występuje u nich osteoporoza. Za pomocą aktywności fizycznej można zapobiegać osteoporozie poprzez stymulowanie procesu tworzenia się kości, dodatkowo wzmacniając mięśnie oraz poprawiając równowagę. Jako efekt pośredni można wymienić zminimalizowanie ryzyka upadków oraz złamań [23]. A więc zaleca się wykonywanie ćwiczeń, które będą wzmacniać mięśnie, odciążając przy tym stawy.

Chore na zespół Turnera cierpią także z powodu licznych wad postawy. W badaniu przeprowadzonym na 63 chorych w wieku od 6 do 27 lat, u 2/3 stwierdzono odchylenia od prawidłowej postawy ciała zarówno w płaszczyźnie strzałkowej, jak i czołowej.

Z kolei Syczewska i wsp. [24] wykryli u chorych zmniejszone przodopochylenie miednicy, jako skutek obniżonej siły mięśniowej obręczy biodrowej. A ta, jak sugerują autorzy, może negatywnie wpływać na możliwości lokomocyjne. Stwierdzono także przypadki skoliozy, koślawości stóp oraz kolan. Występowanie licznych i bardzo zróżnicowanych zaburzeń postawy ciała nasuwa konieczność profilaktyki oraz korekcji wad postawy [25].

Główna metoda leczenia zespołu Turnera polega na podawaniu hormonu wzrostu. Badania dowodzą, iż za pomocą ćwiczeń fizycznych możliwe jest stymulowanie wydzielania tego hormonu [26, 27]. Ten wynik badań podkreśla

znaczenie aktywności fizycznej w życiu dziewcząt z zespołem Turnera.

Z kolei Trolle i wsp. zajęli się badaniem wpływu hormonalnej terapii zastępczej na sprawność fizyczną tej grupy chorych. Udowodniono pozytywne oddziaływanie połączone z uzyskiwaniem zwiększonej masy mięśniowej [28].

Chore na zespół Turnera charakteryzują się często niską samooceną. Najczęściej ma to związek z niskim wzrostem oraz otyłością, co powoduje izolację od zdrowych rówieśników. Takie emocjonalne zaburzenia mogą również skutkować unikaniem zajęć wychowania fizycznego. Przez udział w takich zajęciach osoby te mogą zintegrować się ze zdrowymi rówieśniczkami, uwierzyć w siebie oraz podnieść samoocenę [14]. Zespół badaczy Bogin i wsp. zajęli się badaniem długości kończyn dolnych oraz wpływem środowiska na ich rozwój. Długość kończyn dolnych oraz ich proporcje są istotne w postrzeganiu ludzkiego piękna, uważane są za oznakę zdrowia i płodności. Niekiedy proporcje długościowe oraz wysokość siedzeniowa ciała wykorzystywane są jako markery epidemiologiczne w celu stwierdzenia ryzyka nadwagi (otyłości), choroby wieńcowej, cukrzycy czy niektórych nowotworów. Uważa się, że otoczenie może mieć wpływ na relatywną długość kończyn dolnych (stosunek długości kończyny dolnej do wysokości ciała). W przypadku osób krótkonogich stwierdza się negatywny wpływ środowiska dorastania. Należy dodać, iż szereg badań wskazuje właśnie środowisko jako siłę kształtującą kończyny dolne i ich proporcje, odsuwając wpływ genów na dalsze miejsce. Można zatem wywnioskować, że rozwój długości kończyn dolnych nie zależy wyłącznie od uwarunkowań genetycznych, ale w dużym stopniu także od środowiska w jakim dorastał człowiek. Gen SHOX (short homeobox-containing gene) jest pierwszym genem, który uważa się, że jest odpowiedzialny za proporcje ludzkiego ciała. Zespół Turnera jest jedną z chorób, powiązanych z genem SHOX [29].

Inny czynnik motywujący może stanowić fakt, iż niektóre parametry sprawności fizycznej ulegają w pewnym stopniu „wytrenowaniu” [15]. Udowodniono poprawę równowagi ciała po cyklu ćwiczeń wykonywanych w krótkim czasie. Poprawa świadczy o pewnym potencjale wyćwiczenia, być może również w odniesieniu do innych parametrów sprawności fizycznej. Ten potencjał powinien motywować otoczenie dziewcząt z zespołem Turnera do ich aktywizowania pod kątem regularnych wysiłków fizycznych.

Podsumowanie

Reasumując, można potwierdzić, że, jak dotychczas, nie powstało wiele publikacji na temat sprawności fizycznej kobiet z zespołem Turnera. Konstruuąc programy zajęć fizycznych, zawsze należy brać pod uwagę specyficzną budowę chorych, a także fakt, iż są one zazwyczaj leczone hormonem wzrostu. Leczenie skutkuje wydłużaniem kości, co z kolei może prowadzić do ich osłabienia oraz zwiększa ich podatność na wszelkiego rodzaju urazy oraz złamania

[27]. Choroba ta związana jest z osteoporozą, skutkuje często złamaniami, niekiedy określana jest jako „syndrom wczesnego starzenia” [30]. W związku z tym, dobierając odpowiedni rodzaj ćwiczeń należy pamiętać, aby nie były zbyt intensywne.

Podsumowując powyższe wyniki badań można stwierdzić, że chore na zespół Turnera często wypadają gorzej w różnych próbach sprawności fizycznej ze względu na odmienną budowę ciała. Dotyczy to zwłaszcza prób siłowych oraz niektórych szybkościowych [11]. Stanowi to wskazówkę dla specjalistów prowadzących zajęcia ruchowe z chorymi na zespół Turnera. Powinni oni rozwijać u tych chorych szybkość ruchów, a na precyzyjne zadania ruchowe, szczególnie koordynacyjne, przeznaczać więcej czasu niż u ćwiczących zdrowych. Koordynacja ruchowa i takie jej składowe jak: równowaga ciała, precyzja ruchów, różnicowanie kinestetyczne powinny być rozwijane przy pomocy specjalnych ćwiczeń [16]. Konieczne jest zatem rozwijanie ogólnej sprawności fizycznej oraz koordynacji ruchowej, aby przeciwdziałać obniżaniu się wydolności oraz w celu podnoszenia sprawności ruchowej [11].

Po przeanalizowaniu dostępnej literatury na ten temat, można wywnioskować, iż istnieje duża potrzeba dodatkowych badań nad sprawnością fizyczną kobiet z zespołem Turnera oraz stworzenie odpowiednich dla tej grupy chorych scenariuszy zajęć wychowania fizycznego.

PIŚMIENNICTWO

- Sienkiewicz-Dianzenza E., Milde K., Tomaszewski P., Frąc M., Ocena poziomu aktywności fizycznej dziewcząt z zespołem Turnera, *Pediatr. Endocr. Diabetes Metab.*, 2011, 17, 3, 134-137.
- Sienkiewicz-Dianzenza E., Milde K., Frąc M., Lekcje wychowania fizycznego w opinii dziewcząt z zespołem Turnera, *Endokrynologia, Diabetol.*, 2006, 12, 2, 48-50.
- Milde K., Sienkiewicz-Dianzenza E., Tomaszewski P., Wiśniewski A., Niedobory sprawności fizycznej dziewcząt z zespołem Turnera, *Wych. Fiz. i Sport*, 2006, 1, 17-20.
- Lew-Starowicz Z., Jeż W., *Physical Recreation of Women with Turner Syndrome, Sexuality and Disability*, 2005, 23, 3.
- Næss E., Bahr D., Gravholt C., Health status in women with Turner syndrome: a questionnaire study on health status, education, work participation and aspects of sexual functioning. *Clin. Endocrinol.*, 2010, 72, 678-684.
- Milde K., Majcher A., Tomaszewski P., Sienkiewicz-Dianzenza E., Wiśniewski A., Wybrane proporcje ciała dziewcząt z zespołem Turnera, *Endokr. Diabet.*, 2007, 13, 113-115.
- Jeż W., *Kobiety z zespołem Turnera. Pomiar jakości życia, próba zastosowania pomocy, Rozprawa habilitacyjna*. Katowice 1999.
- Milde K., Jeż W., Piechaczek H., Skład M., Stupnicki R., Selected anthropometric characteristics of adult women with the Turner's syndrome, *Papers on Anthropology*, 2004, 13, 154-159.
- Landin-Wilhelmsen K., Bryman I., Wilhelmsen L., Cardiac Malformations and Hypertension, but not metabolic risk factors, are common in Turner Syndrome, *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2001, 86 (9), 4166-70.
- Milde K., Tomaszewski P., Sienkiewicz-Dianzenza E., Przewęda R., Wpływ wieku, wysokości i masy ciała dziewcząt niskorosłych na wyniki poszczególnych prób baterii testu Eurofit, *Wych. Fiz. i Sport*, 2007, 51(2), 85-89.
- Stupnicki R., Sprawność fizyczna dziewcząt z zespołem Turnera, *Med. Sport.*, 2001, 17, 60-62.
- Milde K., Włoch G., Sienkiewicz E., Janiak J., Stupnicki R., Studies on selected indices of physical fitness of women with Turner's syndrome aged over 17 years, *Phys. Ed. Sport.*, 2009, 46/supl.1(1), 490-491.
- Milde K., Sienkiewicz-Dianzenza E., Tomaszewski P., Wiśniewski A., Muscle and cardiorespiratory endurance of girls with Turner's syndrome, *Acta Kinesiologiae Universitatis Tartuensis*, 2007, 12, Suppl., 143.
- Milde K., Sienkiewicz E., Domino G., Stupnicki R., Skład M., Analysis of selected strength variables in girls with Turner's syndrome, *Papers on Anthropology*, 2003, 12, 167-172.
- Milde K., Tomaszewski P., Sienkiewicz-Dianzenza E., Wiśniewski A., Równowaga statyczna dziewcząt z zespołem Turnera, *Wych. Fiz. i Sport*, 2007, 51(1), 17-19.
- Nijhuis-van der Sanden MW, Smits-Engelsman BC, Eling PA, Nijhuis BJ, Van Galen GP, Low elementary movement speed is associated with poor motor skill in Turner's syndrome. *Dev. Neuropsychol.*, 2002, 22 (3), 643-70.
- Tomaszewski P., Milde K., Sienkiewicz-Dianzenza E., Stupnicki R., Weight - height relationship in girls with normal fat content - Turner's syndrome vs. healthy short - statured, *Pediatr. Endocrinol. Diabetes Metab.*, 2009, 15, 149-151.
- Gravholt C., Hjerrild B., Mosekilde L., Hansen T., Rasmussen L., Frystyk J., Flyvbjerg A., Christiansen J., Body composition is distinctly altered in Turner syndrome: relations to glucose metabolism, circulating adipokines, and endothelial adhesion molecules, *Eur. J. Endocrinol.*, 2006, 155 (4), 583-92.
- <http://www.endocrineonline.org/ts2.htm>
- Luckstead EF, Sudden death in sports. *Pediatr Clin North Am.*, 1982, 29 (6), 1355-62.
- Carolyn A., Bondy and for the The Turner Syndrome Consensus Study Group. Care of Girls and Women with Turner Syndrome: A Guideline of the Turner Syndrome Study Group, *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2007, 92(1), 10-25.
- Tancredi G., Versacci P., Pasquino Am., Vittucci Ac., Pucarelli I., Cappa M., Di Mambro C., Marino B., Cardiopulmonary Response to Exercise and Cardiac Assessment in Patients With Turner Syndrome, *Am. J. Cardiol.*, 2011 (4), 107, 7, 1076-1082.
- Borer K., Physical activity in the prevention and amelioration of osteoporosis in women. Interaction of mechanical, hormonal and dietary factors, *Sports Med.*, 2005, 35 (9), 780-781.
- Syczewska M., Wiśniewski A., Jakubczak-Morawska M., Madej M., Kalinowska M., Problemy funkcjonalne pacjentek z zespołem Turnera - doniesienie wstępne, *Endokrynologia, Diabetologia i Choroby Przemiany Materii Wieku Rozwojowego*, 2008, 14, 3, 157-159.

25. Olszewska E., Wiśniewski A., Madej M., Trzcińska D., Tabor P., Milde K., Syczewska M., Postawa ciała w zespole Turnera, *Pediatr. Endokr. Diabetes Metab.*, 2010, 16, 3, 189-195.
26. Opaszowski B.H., Wpływ różnych form wysiłku fizycznego i nawodnienia w saunie na stężenie hormonu wzrostu (GH) we krwi, *Med. Sport.*, 2002, 4.
27. Zadrozna I., Funkcjonowanie społeczne kobiet z zespołem Turnera, Praca doktorska, Poznań 2010.
28. Trolle C., Hjerrild B., Cleemann L., Mortensen K., Gravholt C., Sex hormone replacement in Turner syndrome, *Endocrine*, (2012) 41, 200-219.
29. Bogin B., Varela-Silva Mi., Bericht uber die biologisch – anthropologische Literatur, *Anthropol. Anz.*, 2009, 67(4), 439-59.
30. El – Mansoury M., Barrenast M., Bryman I., Hanson C., Landin-Wilhelmsen K., Impaired body balance, fine motor function and hearing in women with Turner syndrome, *Clin. Endocrinol.*, 2009, 71, 273-278.

Adres do korespondencji:

Julia Jajor
ul. Botaniczna 4/3
60-586 Poznań
Tel.: 793-389-071
e-mail: julia.jajor@gmail.com

UMIĘJĘTNOŚCI MENEDŻERA OPIEKI ZDROWOTNEJ

SKILLS OF HEALTH CARE MANAGER

EWA KRYSZTOFIAK

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
Wydział Nauk o Zdrowiu w Poznaniu
Studentka II SUM – kierunek pielęgniarstwo

Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie stanowiska menedżera i jego umiejętności w zakładzie opieki zdrowotnej. Funkcja ta wymaga wszechstronnego wykształcenia z różnych dziedzin: prawa, medycyny, ekonomii i psychologii. Pomimo tego osoba pełniąca takie stanowisko powinna charakteryzować się innymi kluczowymi kompetencjami tak, aby jego działania były pozytywnie skorelowane z efektywnością pracy. Ważne jest posiadanie odpowiednich cech w zakresie motywowania, koordynowania i organizowania pracy personelu. Menedżerem zakładu opieki zdrowotnej w Polsce może być osoba spełniająca wymogi określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17.05.2000 r. Zarządzanie to proces planowania, przewodzenia i kontrolowania działalności organizacji i wykorzystania posiadanych zasobów zmierzających do określonych celów. Nie jest to zadanie łatwe do wykonania, dlatego menedżer musi być świetnym specjalistą w zakresie pełnienia tych funkcji. Cały czas istnieje popyt na profesjonalne przygotowanie do zarządzania menedżerów służby zdrowia. Jest to zadanie pasjonujące, nieustannie rzucające coraz to nowe wyzwania, stawiające coraz trudniejsze zadania do wykonania.

Słowa kluczowe: menedżer, zakład opieki zdrowotnej, zarządzanie.

Wstęp

Cały czas istnieje popyt na profesjonalnie przygotowanych do zarządzania menedżerów służby zdrowia, a słówko „nowoczesne” przypomina o konieczności stałego aktualizowania zdobytej wiedzy menedżerskiej, bo to, czego nauczyliśmy się kilka lat temu staje się nieaktualne, stare, nieprzydatne. Teoretycy uznają zarządzanie za naukę ścisłą z dającymi się opisać dokładnie mechanizmami podejmowania decyzji, spodziewanymi skutkami i różnicznymi ponadczasowymi prawidłowościami. Zarządzanie opieką zdrowotną, szczególnie, tak jak w Polsce w okresie totalnej transformacji wszystkiego we wszystko nie poddaje się takiej „naukowej” definicji. Zarządzanie w sektorze ochrony zdrowia staje się sztuką umiejętnego wykorzystywania wiedzy z różnych dziedzin: prawa, medycyny, ekonomii, psychologii itp. Nic zatem dziwnego, że przedstawiciele każdej z podstawowych profesji mają szansę na skuteczne pełnienie funkcji menedżerskich w służbie zdrowia, oczywiście

Summary

This article presents the position of manager and his skills in a healthcare institution. This feature requires a comprehensive education in various fields: law, medicine, economics and psychology. Despite this, a person holding such a position should be characterized by other core competencies, so that his action were positively correlated to performance. It is important to have the appropriate characteristics in motivating, coordinating and organizing the work of staff. A health care manager in Poland may be a person meeting the requirements specified in the Ministry of Health of 05.17.2000, the management is the process of planning, guiding and controlling the activities of the organization and use of resources intended for specific purposes. This is not an easy task to do, because a manager needs to be a great specialist in performing these functions. All the time there is a demand for professionally trained managers to manage health care. This is an exciting task, constantly throwing new challenges, placing themore difficult tasks to accomplish.

Keywords: manager, healthcare facility management.

pod warunkiem, że uzupełnią wykształcenie, co najmniej o wiedzę o abecadle zarządzania, a zwłaszcza o mechanizmach zarządzania zasobami ludzkimi.

Kierowanie placówką zdrowotną jest zajęciem trudnym, a jednocześnie pasjonującym, nieustannie rzucającym coraz to nowe wyzwania, stawiającym coraz trudniejsze do rozwiązania problemy.

Funkcje zarządzania ZOZ-em

Zakład opieki zdrowotnej zgodnie z art. 8 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej może w Polsce założyć i zarejestrować każda osoba prawna i fizyczna poza samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej.

Podstawą działania zakładu opieki zdrowotnej jest jego statut. Zgodnie z art. 11 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. powinien zawierać zapisy: nazwę zakładu odpowiadającą zakresowi udzielanych świadczeń zdrowotnych, cele i zadania zakładu,

siedzibę i obszar działania, rodzaje i zakres udzielanych świadczeń, organy zakładu i strukturę organizacyjną oraz formę gospodarki finansowej.

Kierownikiem zakładu opieki zdrowotnej może być osoba spełniająca wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej.

Zarządzanie to proces planowania, organizowania, przewodzenia i kontrolowania działalności organizacji i wykorzystania posiadanych zasobów zmierzających do określonych celów.

Pierwszoplanowym celem zakładu opieki zdrowotnej jest zaspokajanie potrzeb zdrowotnych ludzi zamieszkujących i przebywających w otoczeniu danego zakładu opieki zdrowotnej lub specjalnie przybywających do danego zakładu w celu leczenia z innych rejonów.

Proces zarządzania opiera się na czterech bazowych funkcjach. Należy tu wymienić: planowanie, organizowanie, kierowanie i kontrolowanie.

Przywództwo w organizacji

Z przywództwem możemy się spotkać w każdej działalności gospodarczej zarówno prywatnej, państwowej czy w życiu codziennym. Warto zatem pokusić się o przybliżenie tego pojęcia, jak również innych kategorii z nim związanych. Definicje słowa przywództwo możemy rozpatrywać w dwóch aspektach: jako proces i jako właściwość. Pierwsza z tych kategorii charakteryzuje to zagadnienie jako proces, który nie wymusza wpływu w toku kierowania i koordynowania działań uczestników skoordynowanej grupy, zmierzającej do osiągnięcia celów danej organizacji. Właściwością przywództwa zaś jest zestaw cech lub charakterystyk przypisanych tym, którzy są powszechnie postrzegani i uznawani za efektywnych przy wywieraniu tego rodzaju wpływu na inne jednostki. Z powyższych zdań wprost wynika, iż przywódcą nie jest tylko kierownik w organizacji, ale również inna osoba, która pełni rolę przywódcy w innych kontaktach interpersonalnych. Proces przywództwa w organizacji można określić także, jako wywieranie szczególnego wpływu kierownika na innych pracowników, w wyniku którego wykonują oni założone przez niego zadania i cele.

Przywództwo w organizacji jest procesem złożonym z kilku podstawowych składników, warto zatem pokusić się o ich wymienienie i charakterystykę. Są to:

- **Władza lidera** – w organizacji sprowadza się do podejmowania decyzji przez kierownika, jak również egzekwowania ich wykonania. Upoważnienie to wypływa z tytułu zajmowanego przez niego stanowiska w organizacji.
- **Zdolność rozumienia sił motywujących** – przywódca w danej organizacji, powinien wiedzieć, jakie czynniki motywują jego podwładnych.
- **Zdolność do tworzenia klimatu wzbudzającego motywację** – wynika ona wprost z cech osobi-

stych lidera – kierownika organizacji, takich jak urok osobisty, atrakcyjność czy elokwencja.

- **Styl** – jest to sposób w jaki oddziałuje kierownik na swoich podwładnych. Odpowiedni styl kierownika, który jest akceptowalny przez resztę grupy pracowniczej, wywołuje pozytywne rezultaty w postaci wykonywania celów całej organizacji.

Rozbudowany proces przywództwa w organizacji nie mógłby się odbyć bez osoby na samym szczycie przedsiębiorstwa – przywódcy, lidera, menedżera czy kierownika. Określeń tego stanowiska jest wiele i można stosować je zamiennie. Jest oczywiste, że sam proces przywództwa, jak i sukces danej organizacji zależy w dużej mierze od kierownika.

Kierownik to stanowisko w przedsiębiorstwie, zajmowane przez ludzi, którzy dzięki swojej pracy, inteligencji i kreatywności dążą do sukcesu. Aby utrzymać wypracowaną pozycję nie mogą spocząć na laurach, muszą ciągle dostosowywać się do zmian zachodzących w gospodarce, polityce i otoczeniu społecznym. Przyszłość a nawet już dzień dzisiejszy rysuje kontury nowoczesnych menedżerów, nie urzędników i biurokratów, lecz przedsiębiorców, moderatorów i promotorów. Efektywność ich działania w dużej mierze zależy od cech osobowości, zdolności, kompetencji i kreatywności, rozumianej jako odkrywanie, projektowanie, twórcza inwencja. Współcześni menedżerowie muszą sprostać o wiele bardziej poważnym i skomplikowanym wymaganiom niż te, które stały przed nimi w kończącym się stuleciu. Od tego, jak potrafią przygotować do nadchodzących zmian siebie, swój personel i firmę zależeć będzie ich sukces, jak i całej organizacji.

Warto zatem pokusić się o wymienienie i scharakteryzowanie podstawowych funkcji jakie musi wypełniać kierownik w organizacji. Są to:

- planowanie
- organizacja pracy
- przewodzenie projektom
- szeroko rozumiana kontrola (personalna, jakościowa, rzeczowa).

Pierwsza funkcja ogólnie wykazuje, że kierownicy – przywódcy koordynują ludzkie i materialne zadania, określają cele, działania, które zazwyczaj są oparte na określonym wzorcu. W sekcji specjalizacyjnej (fachowej) planowania kierownik odpowiada za ustalenie kosztorysu i daty realizacji projektu, zaopatrzenie w czynniki produkcji, najefektywniejsze rozdysponowanie zasobów produkcyjnych. Ponadto konstruuje zespół – dobiera ludzi o odpowiednich kwalifikacjach i wiedzy, adekwatnych do przyporządkowanej im pracy. Uzgadnia plan pracy i cele zespołów a także indywidualne plany i zamierzenia poszczególnych pracowników oraz ich miejsce w ogólnych sektorach projektu.

Organizacyjna rola na wyżej wymienionym stanowisku polega na odpowiednim połączeniu wszystkich sektorów wykorzystywanych do realizacji projektu. Przywódca reguluje godziny pracy podzespołów, zarządza zmianami pracowników, wydaje zasoby materialne poszczególnym jednostkom. Przygotowuje szkolenia i treningi przystosowują-

ce do określonych zadań. Ustala płace i rodzaj rozliczenia, zróżnicowane zgodnie z wniesionym wkładem pracy i osiąganymi rezultatami, dysponuje budżetem zespołu. Do organizacyjnych zadań kierownika należy również zapewnienie bezpieczeństwa pracy, zabezpieczenie maszyn i innych dóbr kapitałowych zaangażowanych w realizację projektu.

Kolejnym zakresem obowiązków osoby usytuowanej na stanowisku przywódczym jest „przewodzenie” nad podwładnymi. Funkcja ta określa, w jaki sposób kierownicy, wpływają na podwykonawców doprowadzając do wykonania zlecenia. Kwestia skuteczności oddziaływania kierowników na podwładnych interesuje badaczy organizacji od dziesięcioleci. Na początku lat trzydziestych XX w. amerykański psycholog K. Lewin w serii eksperymentów wykazał wpływ stylu kierowania na klimat społeczny grupy i na zachowania poszczególnych jej członków.

Powyższe charakterystyki zadań i funkcji kierownika pozwalają na identyfikację podstawowych typów zachowań przywódczych:

Kierownik autokrata: wyznacza cele i kieruje aktywnością grupy i poszczególnych jej członków; przydziela każdemu członkowi przedmiot i zakres działania oraz współpracowników. Przy ocenie działalności nie podaje kryteriów.

Kierownik demokrata: zachęca podwładnych do wspólnego rozmawiania, dyskusowania, ustalania priorytetów, a przy ocenie działalności zabiega o przedstawienie obiektywnych podstaw oceny.

Kierownik uchylający się od interwencji: odgrywa przyjacielską, ale pasywną rolę. Członkowie grupy mają pełną swobodę w podejmowaniu decyzji dotyczących projektu. Kierownik uchylający się od odpowiedzialności na pytania odpowiada zgodnie z oczekiwaniami osoby pytającej i nie przedstawia własnych propozycji; unika oceniania niezależnie od tego, czy ocena byłaby pozytywna czy negatywna.

W tym miejscu trzeba podkreślić, że kierowanie jest to proces planowania, organizowania, przewodzenia i kontrolowania działalności członków organizacji oraz wykorzystania wszystkich innych jej zasobów dla osiągnięcia ustalonych celów. Z tego powodu nie każdy człowiek ma predispozycje do objęcia tego stanowiska.

Wybór stylu zarządzania jest ściśle uzależniony od rozmiarów i rodzaju przedsiębiorstwa oraz osobistych kwalifikacji osoby zatrudnionej na stanowisku przywódcy w organizacji. Kierownik musi zapewnić, by działania członków organizacji rzeczywiście prowadziły do osiągnięcia ustalonych przez nią celów, ocenia jakość wykonania powierzonych zadań przez jednostki podwykonawcze. Funkcja kontrolowania wiąże się z podejmowaniem różnego rodzaju decyzji. Problemem decyzyjnym dużej wagi jest ustalenie ocenianej dziedziny. Kontrola merytoryczna może polegać zarówno na pełnym sprawdzeniu stanu rzeczywistego w porównaniu z zamierzonym, jak i jedynie niektórych zadań ze względu na ich istotność w przebiegu całego projektu. Po zastosowaniu właściwych środków, metod i technik opiniują-

cych decyduje kierownik, biorąc pod uwagę najlepsze w danej sytuacji. Za pomocą funkcji kontrolnej kierownik może utrzymać organizację na właściwym torze, nie pozwalając jej na nadmierne odchylenia od celów.

Określenie kierownika jako planisty, organizatora, przywódcy i kontrolera jest dużym uszczupleniem jego roli w organizacji, przedsiębiorstwie. Osoby pracujące na tym stanowisku pracują praktycznie z każdym i na każdym szczeblu wewnątrz i na zewnątrz macierzystej organizacji – nie tylko z podwładnymi. Kooperantem jest każdy, kto może przyczynić się do osiągnięcia celów jednostki lub całej organizacji. Kierownicy doprowadzają do równowagi między konkurencyjnymi celami i ustalają priorytety. W dowolnym momencie każdy z nich stoi wobec wielu organizacyjnych celów, problemów i potrzeb, współzawodniczących o czas i zasoby kierownika (zarówno ludzkie, jak i materialne). Ze względu na to, że zasoby te zawsze są ograniczone, przywódca musi doprowadzić do najbardziej efektywnej ich alokacji między różnymi celami i potrzebami. Tak więc, kierownik oprócz podstawowych funkcji musi być także dobrym analitykiem oraz negocjatorem chociażby w dziedzinie współpracy ze współpracownikami spoza organizacji. Ponadto zakres obowiązków kierownika jest rozszerzany w zależności od gałęzi przemysłowej, do której odnosi się stanowisko.

Czynniki wpływające na wybór określonego stylu kierowania

Kierowanie „jest procesem planowania, organizowania, przewodzenia i kontrolowania pracy członków organizacji oraz wykorzystywania wszelkich dostępnych zasobów organizacji do osiągnięcia jej celów.”

Styłem kierowania określić można specyficzne techniki, czyli zestawy bodźców, dzięki którym przełożony może oddziaływać na podwładnych. Kierownik może stosować jednocześnie kilka technik kierowania w zależności od sytuacji i celów jakie ma zamiar osiągnąć. Czynniki, które mają wpływ na wybór stylu kierowania to, przede wszystkim:

- cechy osobowości kierownika
- szczebel instancyjny
- indywidualne cechy poszczególnych pracowników
- sytuacja organizacji.

Sposób zachowania się kierownika w poszczególnych sytuacjach zależy zatem od:

- potencjału menedżera, na który składa się: wiedza fachowa, wykształcenie, umiejętność oceny, współpraca z ludźmi, odwaga, umiejętności organizatorskie, trafność podejmowania decyzji
- potencjału podwładnych: ich wykształcenia, zdobytej wiedzy fachowej, doświadczenia, umiejętności pracy w zespole, zaufania do przełożonego
- rodzaju sytuacji, czyli środowiska pracy kierownika
- zasad i technik kooperacji panujących w danej firmie.

Biorąc pod uwagę wymienione czynniki wpływające na dobór stylu kierowania, trzeba przyznać, że nie ma jednego, doskonałego stylu kierowania, sprawdzającego się w każdym warunkach. Dobór stylu zależy od szeregu czynników i wpływu otoczenia. Jednakże warto zwrócić uwagę, że: „W organizacjach, w których kadry w przeważającej części stanowią osoby o dużych kwalifikacjach, szczególnego znaczenia nabiera partycypacja i partnerstwo w procesie podejmowania decyzji. Oznacza to konieczność odchodzenia od autorytarnych koncepcji kierowania w kierunku stylów demokratycznych – nastawionych między innymi na współuczestnictwo pracowników w procesie decyzyjnym. Wynika to głównie z faktu większych ambicji, aspiracji i wyższego poczucia własnej wartości wśród pracowników kompetentnych i dobrze wykształconych – co przekłada się na ich większą chęć współdecydowania o firmie.”

Główne role i umiejętności

Role menedżerskie

Wiele interesujących spostrzeżeń na temat charakteru ról kierowniczych podaje Henry Mintzberg. Obserwował on blisko codzienną działalność grupy dyrektorów naczelnych, dosłownie śledząc każdy ich krok i odnotowując wszystkie ich czynności. Na podstawie swoich obserwacji doszedł do wniosku, że menedżerowie odgrywają dziesięć różnych ról, które można zaliczyć do trzech podstawowych kategorii: interpersonalnej, informacyjnej i decyzyjnej.

Role interpersonalne. Istnieją trzy role interpersonalne, właściwe pracy kierowniczej. Po pierwsze, menedżer jest proszony, by wystąpić jako postać reprezentacyjna. Są to działania bardziej ceremonialne i symboliczne niż merytoryczne. Menedżera często prosi się również, aby wystąpił jako przywódca – angażując, szkoląc i motywując pracowników. Menedżerowie mogą też wypełniać rolę łącznika. Często należy do niej koordynowanie lub inicjowanie więzi międzyludzkich, międzygrupowych albo międzyorganizacyjnych.

Role informacyjne. Trzy role informacyjne opisane przez Mintzberga wynikają w sposób naturalny z opisanych wyżej ról interpersonalnych. Proces wykonywania tych ról daje menedżerowi strategiczną pozycję z punktu widzenia gromadzenia i upowszechniania informacji. Pierwszą z ról informacyjnych jest rola obserwatora, który aktywnie poszukuje wartościowych informacji. Menedżer jest także propagatorem, przekazując odpowiednie informacje innym.

Role decyzyjne. Zazwyczaj role informacyjne menedżera prowadzą do ról decyzyjnych. Po pierwsze, menedżer odgrywa rolę przedsiębiorcy...

Druga rola decyzyjna (...) Menedżer odgrywa rolę przeciwdziałającego zakłóceniom ...

Trzecia rola decyzyjna to rola dysponenta zasobów.

Czwartą rolą decyzyjną jest rola negocjatora.

Umiejętności menedżerskie

Oprócz wykonywania rozlicznych ról, menedżerowie muszą również dysponować konkretnymi kwalifikacjami, by osiągnąć powodzenie w swojej pracy. Jedno z klasycznych studiów na temat menedżerów wskazuje na trzy typy umiejętności kierowniczych: techniczne, interpersonalne (społeczne) i koncepcyjne. Umiejętności diagnostyczne i analityczne są również przesłanką powodzenia w pracy kierowniczej.

- Umiejętności techniczne.
- Umiejętności techniczne są to umiejętności niezbędne do wykonywania pracy lub zrozumienia sposobu, w jaki wykonywana jest konkretna praca w ramach organizacji.
- Umiejętności interpersonalne (społeczne).

Menedżerowie spędzają dużo czasu na stosunkach z ludźmi zarówno wewnątrz organizacji, jak i poza nią. Z oczywistych więc powodów menedżer musi być wyposażony również w umiejętności interpersonalne (społeczne) – w zdolność do nawiązywania łączności z jednostkami i grupami, rozumienia ich i motywowania.

- Umiejętności koncepcyjne

Umiejętności koncepcyjne zależą od zdolności menedżera do myślenia abstrakcyjnego. Menedżerowie muszą mieć potencjał intelektualny, który pozwoli im zrozumieć ogólne funkcjonowanie organizacji i jej otoczenia, uchwycić sposób, w jaki poszczególne części organizacji łączą się w jedną całość, i patrzeć na samą organizację właśnie w sposób całościowy. Pozwala im to myśleć strategicznie, w szerokiej skali i podejmować na tej podstawie decyzje służące organizacji jako całości.

- Umiejętności diagnostyczne i analityczne

Menedżer, któremu się powiodło, posiada również umiejętności diagnostyczne i analityczne, czyli umiejętności umożliwiające mu zaprojektowanie najwłaściwszej reakcji w danej sytuacji. Lekarz stawia diagnozę analizując symptomy choroby pacjenta i określając ich prawdopodobną przyczynę. Podobnie menedżer może diagnozować i analizować problem w organizacji, badając jego symptomy i przygotowując na tej podstawie stosowne rozwiązanie.

Większość menedżerów uzyskuje swoje kwalifikacje w wyniku kształcenia i zdobywania doświadczenia, mimo że niektórzy z obecnych kierowników nie posiadają tytułów akademickich. Dla większości przyszłych kierowników uzyskanie stopnia nie jest na ogół końcem kształcenia, stanowi bowiem klucz do powrotu na uczelnię w celu doskonalenia wiedzy i rozwoju. Ponadto wiele dużych firm posiada własne, wewnętrzne programy szkoleniowe dla swoich pracowników. Główna przewaga kształcenia, jako źródła kwalifikacji kierowniczych polega na zaznajamianiu się ze współczesnymi badaniami i poglądami na zarządzanie personelem.

Oczywiście nie istnieje idealny kierownik, który posiadał wszystkie zdolności i umiejętności kierowania ludźmi. W wielu miejscach na świecie, w wielu firmach dużych i małych są kierownicy z pasją oddający się swo-

jej pracy i osiągający w niej sukcesy. Każdy z nich zapewne jest inny, różni się wykształceniem, wrażliwością, percepcją, indywidualnym podejściem do zarządzania ludźmi.

Nie istnieje uniwersalny sposób pozyskiwania umiejętności koniecznych do tego, by stać się menedżerem osiągającym powodzenie w swojej pracy. Kierowanie ludźmi musi być oparte na wiedzy, ale też na powołaniu do pełnienia tychże funkcji. Uzdolnienia, które predysponują do pełnienia funkcji kierowniczych to inteligencja i sprawność umysłowa, umiejętność analizowania i perspektywicznego myślenia, silna wola, czy też zdolność nauczania innych. Wielcy menedżerowie posiadają jeszcze coś nieuchwytnego, wycucie, intuicję, coś niemierzalnego, no i wszyscy z nich kochają to, co robią i zachęcają do tego swoich ludzi.

Zakończenie

Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej wymaga wiedzy interdyscyplinarnej: medycznej, prawniczej, ekonomicznej, socjologicznej i w praktyce każdej innej. Nie ma zatem znaczenia, jakiego rodzaju wykształcenie bazowe ma menedżer, bo i tak musi doksztalić się w pozostałych dziedzinach, jeżeli nie chce bez przerwy polegać na zdaniu i opiniach innych specjalistów. Zarządzanie jest sztuką, która powstaje z połączenia w różnych proporcjach nabytej wiedzy, własnego doświadczenia, osobistych predyspozycji i sprzyjających warunków w otoczeniu.

Reasumując, przewodzenie ludźmi w organizacji wymaga specyficznych umiejętności osoby zarządzającej, co sprawia, iż menedżer musi charakteryzować się specjalistycznym wykształceniem ale także wszechstronnością i innymi kluczowymi kompetencjami, tak aby jego działania były pozytywnie skorelowane z efektywnością pracy. Nie jest to zadanie łatwe. Menedżer może być świetnym spe-

cjalistą w zakresie motywowania, koordynowania i organizowania pracy personelu, lecz problemy mogą mu sprawiać zadania związane z komunikacją, kontaktami z otoczeniem itd. To sprawia, iż trudno jest być menedżerem kompletnym i jeśli mamy z takim do czynienia tym większa jest jego rola w zarządzaniu personelem oraz jego pośredni wkład w zarządzanie całym przedsiębiorstwem.

PIŚMIENNICTWO

1. Drucker P.F., Praktyka w zarządzaniu, AE, Kraków 1998.
2. Gros U., Zachowania organizacyjne, PWN, Warszawa 2003.
3. Kiezun W., Podstawy organizacji i zarządzania, Książka i Wiedza, Warszawa 1987.
4. Penc J., Kreatywne kierowanie, Placet, Warszawa.
5. Stoner F., Wankel C., Kierowanie, Warszawa 1992.
6. Kaplan S.N., Warto być twardzielem, Personel i zarządzanie, 2008, 4.
7. Wiśniewski Z., Poczrowski A., Zarządzanie zasobami ludzkimi w warunkach nowej gospodarki, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2004.
8. Guryn H., Alternatywa dla szkoleń, Personel i zarządzanie, 2008, 5.
9. Gros U., Zachowania organizacji w teorii i praktyce zarządzania, PWN, Warszawa 2003.
10. Penc J., Zarządzanie w warunkach globalizacji, Wydawnictwo Diffin, Warszawa 2003.
11. Adamiec M., Kozusznik B., Sztuka zarządzania sobą, PWE, Warszawa 2001.
12. Robbins S.P., Zachowania w organizacji, PWE, Warszawa 2004.

Adres do korespondencji:

Zakład Organizacji i Zarządzania
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań
e-mail: orgzarz@ump.edu.pl

STRES A NAWYKI ŻYWIENIOWE W POPULACJI STUDENTÓW

STRESS AND DIET HABITS AMONG STUDENTS

MICHAŁ SIENSKI, ALEKSANDRA ZAJĄC

Opiekun Koła Naukowego: dr Michał Ziarko
Instytut Psychologii UAM
Dyrektor: prof. dr hab. Jerzy Brzeziński

Streszczenie

Badania zostały oparte o poznawczo-transakcyjny paradygmat stresu Lazarusa. Teoria Lazarusa zakłada postrzeganie stresu jako relacji między osobą i otoczeniem, która została oceniona przez tę osobę, jako obciążająca, zagrażająca jej dobrostanowi, a tym samym przekraczająca jej zasoby. W badaniu mającym na celu potwierdzenie występowania zależności pomiędzy natężeniem odczuwanego stresu i strategiami radzenia sobie z nim a jakością stosowanej diety wzięły udział 43 osoby w przedziale wiekowym od 20 do 26 lat, w tym 26 kobiet i 17 mężczyzn. Procedura badawcza obejmowała wypełnienie trzech kwestionariuszy: Kwestionariusz Zdrowego Odżywiania (własnego autorstwa), PSS 10 (Skala Odczuwanego Stresu) i COPE (Wielowymiarowy Inwentarz do Radzenia Sobie ze Stresem) wraz z załączoną metryczką dostarczającą danych demograficznych na temat osób badanych. Analiza korelacji ani mediacje otrzymanych wyników nie potwierdziły zakładanej hipotezy, jednakże ujawniły inne zależności. Z badania wynika, że strategie radzenia sobie ze stresem (pozytywne przewartościowanie, aktywne radzenie sobie, poczucie humoru, zaprzeczenie, zachowania unikowe) korelują pozytywnie ze spożyciem niektórych produktów (fast-foody, przekąski, drób, rośliny strączkowe, orzechy) np. na poziomie istotności $p = 0,05$ strategia radzenia sobie ze stresem jaką jest pozytywne przewartościowanie koreluje dodatnio ze spożyciem przekąsek i fast foodów.

Słowa kluczowe: stres, strategie radzenia sobie ze stresem, dieta, studenci.

Wprowadzenie

Słowo „stres” u większości ludzi wywołuje skojarzenia negatywne i nieprzyjemne, i pomimo faktycznej wieloaspektowości tego zjawiska, to badania skupiające się na jego negatywnych cechach budzą największe zainteresowanie wśród opinii publicznej. Często podkreśla się rolę stresu jako czynnika wpływającego na pogorszenie sprawności i efektywności funkcjonowania w różnych sferach życia człowieka. Stres traktuje się także jako jeden z ważniejszych czynników prowadzących do zaburzeń w stanie zdrowia [1]. Jednym z wielu modeli teoretycznych wyjaśniających naturę stresu psychologicznego oraz jego możliwych następstw jest koncepcja transakcyjna Lazarusa [2]. Autor definiuje stres jako: „szczególny rodzaj relacji między człowiekiem a otoczeniem, które to otoczenie człowiek ocenia jako nadwyrężające lub przekraczające jego zasoby

Summary

The research was aimed on making a confirmation to appearance of a correlation between perceived stress intensity and the quality of an individual diet, including mediating role of strategies for managing stress. Research group consisted of 43 participants (26 females, 17 males) between 19 to 26 years old. Research procedure consisted in filling out three forms: Healthy Diet Questionnaire, PSS10, COPE and moreover, filling out demographics data. The analysis of both correlations, mediations and regressions brought no proves to the theoretical assumption tested. However, the study provides negative correlation between improper dietary habits (such as amount of consumed fast foods and snacks) and level of perceived stress, as well as some coping with stress strategies.

Key words: stress, coping with stress, diet, students.

i zagrażające jego dobrostanowi” [2]. Przy czym mowa tu o transakcji, przez co należy rozumieć, że nie tylko środowisko wpływa na człowieka, ale również człowiek poprzez swoje działanie modyfikuje środowisko. Istotą tego ujęcia jest traktowanie stresu jako procesu, w którym można wyróżnić kilka następujących po sobie faz. W procesie tym kluczowa jest ocena poznawcza, występująca w dwóch odmiennych rodzajach, jako ocena pierwotna i wtórna. Ocena pierwotna wyraża się w odpowiedzi na pytanie: czy docierający do mózgu bodziec jest zagrażający, czy nie. Bodźce oceniane jako stresogenne mogą należeć do jednej z kategorii: krzywda lub strata, zagrożenie albo wyzwanie. W odróżnieniu od oceny pierwotnej w ocenie wtórnej wartościowaniu podlegają możliwości i zasoby radzenia sobie ze stresem. Przy czym umiejętność radzenia sobie ze stresem definiuje się jako: „stałe zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki mające na celu opanowanie określo-

nych wewnętrznych i zewnętrznych wymagań ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby” [3]. Czynności radzenia sobie ze stresem mogą przybierać dwie formy: działania służące zwalczaniu stresu i działania o charakterze obronnym [2]. Stres jest układem bodźców środowiskowych, jednostkowej oceny tych bodźców i sposobów radzenia sobie z nimi. Proces radzenia sobie ze stresem jest silnie związany z procesem oceny. Sposób, w jaki jednostka odbiera zaistniałą sytuację będzie warunkował kierunek i metody działań, jakie podejmie, co może mieć z kolei wpływ na zmianę pierwotnej oceny. Proces radzenia sobie ma naturę dynamiczną, obejmuje zmieniające się działania i decyzje w odpowiedzi na stresujące doświadczenia. Zmianom w czasie ulega również sama sytuacja generująca stres. Proces radzenia sobie w trudnej sytuacji jest ukierunkowany na cel, którym jest przezwyciężenie odbieranego zagrożenia [4].

W sytuacji stresowej człowiek podejmuje specyficzną aktywność, którą określa się jako radzenie sobie ze stresem. Ma ona na celu zarówno zmianę na lepsze samej relacji możliwości do wymagań (zmianie sytuacji wywołującej stres), jak i poprawę dokuczliwego stanu emocjonalnego. W tym ujęciu radzenie sobie jest ciągiem celowych wysiłków, podejmowanych w wyniku określonej oceny sytuacji. Radzenie sobie ma ponadto charakter procesu, o czym decyduje kontynuacja wysiłków przez pewien czas oraz charakteryzująca je zmienność. Według autorów ani ocena sytuacji, ani cel aktywności nie muszą być uświadomione, aby uznać je za radzenie sobie ze stresem. Lazarus i Folkman wprowadzają także rozróżnienie między dwiema funkcjami radzenia sobie. Pierwsza z nich określana jest jako instrumentalna, zadaniowa, zorientowana na problem i polega na poprawie niekorzystnej sytuacji. Z kolei druga to funkcja samoregulacji emocji, której głównym celem jest obniżanie napięcia i łagodzenie negatywnych stanów emocjonalnych. Endel i Parker proponują radzenie sobie skoncentrowane na unikaniu jako kolejną strategię [5]. Uwzględniono także aspekt społeczny, w postaci strategii polegającej na poszukiwaniu wsparcia społecznego. Teoria ta cały czas jest rozwijana i kolejni badacze proponują coraz to nowe ujęcia strategii radzenia sobie ze stresem.

Zainteresowanie społeczne dietą i nawykami żywieniowymi z roku na rok rośnie, o czym świadczą licznie wydawane publikacje i poradniki. Fakt ten można również wiązać ze wzrostem wrażliwości społecznej na zaburzenia odżywiania. Raport Światowej Organizacji Zdrowia z 2002 roku szczegółowo opisuje, jakie czynniki ryzyka są odpowiedzialne za zachorowalność i umiarkowość na choroby niezakaźne. Zauważa się wpływ m.in. spożywania owoców i warzyw, braku aktywności fizycznej, a także takich chorób, jak nadwaga i otyłość na szereg zaburzeń związanych z pracą organizmu. Zła dieta i brak aktywności fizycznej są jednymi z najważniejszych przyczyn zachorowalności na choroby niezakaźne, w tym: zaburzenia układu krążenia, cukrzyca typu 2 oraz niektórych rodzajów nowotworów. Łańcuch

powiązań między dietą i brakiem aktywności fizycznej, a wyżej wymienionymi chorobami może być jeszcze bardziej skomplikowany. Złe nawyki żywieniowe i zbyt mała ilość ruchu są też związane z rozwojem schorzeń, takich jak choroby jamy ustnej oraz osteoporoza, które to z kolei powodują wzrost zachorowalności na inne choroby niezakaźne. Wskaźniki zachorowalności i zapaadalności na choroby niezakaźne są w obecnym czasie najwyższe i nie przestają rosnąć, szczególnie w krajach rozwijających się. Średnia wieku osób dotkniętych tymi chorobami jest niższa niż w krajach rozwiniętych, a dane statystyczne informują o 66% poziomie umieralności w tej grupie schorzeń. Negatywne zmiany w nawykach żywieniowych i brak podejmowania aktywności fizycznej powodują, że statystyki te wciąż rosną.

Życie w XXI wieku jest dynamiczne i zmienne, codziennie stawiając przed ludźmi nowe wyzwania. Choć umiarkowany stres motywuje organizm człowieka do działania, to jego wysokie natężenie i długotrwałe oddziaływanie może być zagrażające dla zdrowia. We współczesnym świecie wysoki poziom stresu stał się wręcz normą, normą obecną w każdym aspekcie życia. Już od lat naukowcy doszukują się związków między stresem a dietą. Badania na modelach zwierzęcych doprowadziły naukowców do rozwinięcia teorii odżywiania się powodowanego stresem (stress-induced eating model). Selye w swoich badaniach poszukiwał biologicznego podłoża związku stresu i odżywiania się. Dowodzą one, że stres powoduje nadmierne wydzielanie kortykoidów, które z kolei, w zbyt dużej ilości przyczyniają się do powstawania chorób somatycznych. Według autora można mówić o dwóch grupach zmian wywołanych kortykoidami: energetycznych i obronnych [6]. Zmiany energetyczne mają przygotować organizm do zwiększonego wysiłku. Polega to na uwolnieniu zmagazynowanych zasobów energii w postaci glukozy i wolnych kwasów tłuszczowych [7]. Nadmiar tych substancji we krwi powoduje zmiany miażdżycowe w naczyniach, co zwiększa ryzyko występowania chorób serca lub udaru mózgu. Można się więc spodziewać, że człowiek pod wpływem stresu będzie potrzebował dostarczać sobie więcej energii niż zazwyczaj, gdyż naruszane zostają jej zmagazynowane zasoby. Zakłada się, że powinno się to przełożyć w bezpośredni sposób na nawyki żywieniowe. Druga grupa zmian skutkuje osłabieniem odporności komórkowej organizmu, polegającej na aktywnym niszczeniu patogenów przez komórki odpornościowe (zwiększa to ryzyko wystąpienia np. chorób nowotworowych), przy jednoczesnym wzmocnieniu aktywności odporności humoralnej, polegającej na produkcji antyciał (zwiększone ryzyko zaburzeń atopowych, np. astmy) [6]. Badania nad zależnościami między stresem a dietą koncentrują się zazwyczaj na ilości spożywanego pokarmu, jednakże stres może też wpływać na jakość spożywanych posiłków. Wykazano wzmogoną ilość energii dostarczanej wraz z jedzeniem, jak i wzrost udziału tejże energii pochodzącej z tłuszczów w ogólnym metabolizmie. Może to przejawiać się w prefero-

waniu raczej tłustych pokarmów lub po prostu w zmniejszonej diecie. Badania prowadzone nad wpływem poziomu natężenia przeżywanego stresu a jakością odżywiania wykazały mieszane rezultaty [8]. Praca Steptoe, Lipsey i Wardle [9], wskazuje m.in. na wzrost spożycia fast foodów w okresie nasilonego stresu.

Badacze wielokrotnie sugerowali, że okres edukacji akademickiej może wiązać się z pojawieniem się lub rozwojem zaburzeń żywienia [8]. Wskazywano również, że z racji przeżywania silnego stresu, w trakcie wymagającej edukacji akademickiej, a także odczuwania wysokiej potrzeby osiągnięć studenci są szczególnie narażeni na nieprawidłowe odżywianie (Rosen, Compas, Tacy, 1993; Striegel-Moore i in., 1986) [8]. Amerykańscy badacze wskazują, że problemy z odżywianiem wśród studentów to nie jednostkowe przypadki, ale duży problem społeczny. W jednym z badań naukowcy odkryli, że niemal 80% kobiet i 50% mężczyzn objadało się w czasie pierwszego roku studiów [9].

Oczywiście wyniki badań na populacji polskich studentów mogłyby przynieść wyniki odmienne, więc należy podchodzić do nich z dużą dozą ostrożności, jednakże zaprezentowana skala występowania zjawiska problemów z żywieniem powinna stanowić sygnał do bliższego zbadania problemu. Ze względu na pozytywną korelację stresu i zaburzeń żywienia, a także na obserwację, że problemy z radzeniem sobie z silnymi emocjami stają się często początkiem zaburzeń żywienia nasuwa się sugestia, że studenci są grupą ryzyka wystąpienia zaburzeń żywienia, jak i nieadaptacyjnych sposobów radzenia sobie ze stresem [8].

W naszej pracy badawczej szukaliśmy odpowiedzi na pytanie, czy i jaki jest związek między poziomem odczuwanego stresu a jakością odżywiania.

Metoda

Osoby badane

Grupa badanych liczyła 43 osoby, w wieku od 20. do 26. roku życia (mieszczących się w przedziale oznaczonym ramami rozpoczęcia edukacji akademickiej, a zdobyciem dyplomu magistra). W badaniu wzięło udział 26 kobiet i 17 mężczyzn. Podstawą rekrutacji było spełnienie określonych powyżej kryteriów.

Narzędzia

Badania miały charakter kwestionariuszowy. Były dobrowolne i anonimowe. Wykorzystano w nich trzy kwestionariusze. Kwestionariusz Zdrowego Odżywiania mierzący nawyki żywieniowe. Kwestionariusz służy do pomiaru adekwatności diety badanego w oparciu o pira-

midę zdrowego żywienia. Badany określa ilość spożywaną porcji wymienionych produktów w ciągu jednego tygodnia. Przykładowe stwierdzenie: „Ile porcji ryby (filet) jesz zazwyczaj w ciągu tygodnia?”. Porcje nie są w żaden sposób limitowane. Skala Odczuwalnego Stresu PSS-10 [10] służąca do pomiaru poziomu postrzeganego stresu. Skala ta składa się z 10 pytań dotyczących subiektywnych odczuć związanych z problemami (np. „Jak często w ciągu ostatniego miesiąca odczuwałeś/aś zdemotywowanie i napięcie?”). Odpowiedzi udzielane są na 5-stopniowej skali. Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem COPE [10] służący do pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem. Jest to narzędzie składające się z 60 stwierdzeń wchodzących w skład 15 strategii (4 twierdzenia dla każdej). Inwentarz COPE ma na celu ustalenie charakterystycznego dla jednostki wzorca strategii radzenia sobie ze stresem. Respondenci określają na 4-stopniowej skali swój stosunek do podanych twierdzeń. Przykładowe stwierdzenie: „Gdy jestem w bardzo trudnej sytuacji szukam porady u innych, co należy robić?” [10].

Wyniki

Statystyki opisowe. Najważniejsze wartości dla podstawowych zmiennych w badaniu zawiera tabela 2. Wzrost wartości wyniku w kwestionariuszu badającym nawyki żywieniowe jest tożsamy ze wzrostem jakości nawyków żywieniowych. Średni wynik diety badanych wyniósł 16, a odchylenie standardowe 3.29, co może sugerować, że studenci, którzy brali udział w badaniu, na ogół odżywiają się zdrowo.

Również wartości poziomu natężenia stresu przedstawiają się w grupie badanych różnorodnie. Wartość przeciętna (mediana) dla tej zmiennej wynosi 19, co może sugerować, że studenci odczuwają duży poziom stresu. Wartości poszczególnych strategii radzenia sobie ze stresem informują, jakie strategie badani używali najczęściej zwalczając stres. Im więcej punktów, tym dana strategia była częściej używana. Wartość mediany strategii opartej na zachowaniach unikowych równa się 46. Patrząc na drugą strategię skoncentrowaną na problemie widać, że wartość przeciętna to 55. Trzecia strategia polegająca na poszukiwaniu wsparcia i koncentracji na emocjach charakteryzuje się medianą 39.

Z powyższych danych liczbowych wynika, że strategia radzenia sobie ze stresem polegająca na skoncentrowaniu na problemie była najczęściej stosowana przez badanych, natomiast najrzadziej posługiwali się oni w redukcji stresu strategią opartą na poszukiwaniu wsparcia i koncentracji na emocjach.

Tabela. 1 Statystyki opisowe oraz współczynniki rzetelności zmiennych uwzględnionych w badaniu (n = 43)
Table 1. Statistical characteristic and reliability parameters in the study

	Min	Max	Me	SD	Cronbach's Alpha
Dieta					
Dieta suma	9	26	16	3,29	-
Stres					
Natężenie stresu	7	32	19	6,93	0,89
Strategie radzenia sobie ze stresem					
Zachowanie unikowe	27	67	46	7,38	0,45
Skoncentrowane na problemie	24	72	55	9,71	0,84
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	23	64	39	8,61	0,60

Źródło: opracowanie własne. Source: own's Konzept.

Analiza danych

Do zbadania związków pomiędzy poziomem stresu a jakością diety użyto współczynnika korelacji r-Pearsona. Analiza wyników nie pozwoliła potwierdzić hipotezy wyjściowej, zakładającej, że istnieje związek pomiędzy natężeniem stresu a jakością odżywiania się. Natomiast częściowo potwierdziła się hipoteza o wpływie stresu na dietę. Z badania wynika, że ludzie niezestresowani spożywają więcej produktów wysokoenergetycznych (fast-food, przekąski). Ujawnił się związek pomiędzy różnymi strategiami radzenia sobie ze stresem a nawykami żywieniowymi. Na poziomie istotności $p = 0,05$ strategia radzenia sobie ze stresem jaką jest pozytywne przewartościowanie koreluje dodatnio ze spożywaniem przekąsek ($r = 0,33^*$) i ze spożywaniem fast foodów ($r = 0,33^*$). Istotne na poziomie $p = 0,05$ są dodatnie korelacje pomiędzy stosowaniem strategii aktywnego radzenia sobie a spożywaniem przekąsek ($r = 0,32^*$). Zaobserwowano również występowanie ujemnej korelacji między konsumpcją produktów typu Fast food a poczuciem humoru jako strategią obrony przed stresem ($r = 0,35^*$). Wyniki te wskazują na to, że nie potwierdziła się jedna ze stawianych hipotez, mówiąca o tym, że niski poziom odczuwanego stresu związany ze skutecznymi strategiami radzenia sobie ze stresem potencjalnie wiąże się z właściwymi nawykami żywieniowymi. Spożycie drobiu z kolei koreluje dodatnio ze strategią przejawiającą się zaprzeczeniem ($r = 0,32^*$). Ponadto zaobserwowano ujemną korelację między spożywaniem orzechów i roślin strączkowych a zachowaniami unikowymi ($r = -0,3^*$). Całościową analizę korelacji przedstawia tabela 3.

Analiza mediacji

Przeprowadzono analizę mediacji między poziomem stresu (zmienna niezależna) a poszczególnymi rodzajami spożywanych produktów (zmienna zależna), przy użyciu mediatorów w postaci strategii radzenia sobie ze stresem. Spodziewając się mediacyjnej roli owych strategii,

przeanalizowano 5 mediacji, używając bootstrap na poziomie 2000. Mediacje były testowane na całej grupie badawczej. Do analizy dwóch pierwszych mediacji między stresem a konsumpcją przekąsek jako mediatorzy zastosowano strategię aktywnego radzenia sobie oraz pozytywne przewartościowanie. Zarówno w pierwszej, jak i w drugiej mediacji wyłącznie efekt bezpośredni okazał się istotny statystycznie ($t = -3,62$ dla aktywnego radzenia sobie oraz $t = -2,53$ dla pozytywne przewartościowania).

Efekt całkowity, czyli ścieżki c (bezpośredni wpływ stresu na dietę), okazał się istotny statystycznie przy podwyższeniu progu istotności (z racji małej próby). Natomiast efekt mediacyjny (ścieżka ab) oraz podsumowanie modelu R^2 okazały się nie istotne statystycznie wobec mediacji pierwszej, co nasuwa wniosek, że aktywne radzenie sobie nie pośredniczy pomiędzy poziomem stresu a spożywaniem przekąsek. W drugiej mediacji podsumowanie modelu R^2 okazało się istotnie statystycznie, natomiast nie zmienia to interpretacji wyników.

Kolejno testowane mediacje między spożywaniem produktów fast food a stresem przy mediatorach w postaci strategii radzenia sobie ze stresem, a dokładnie przy pozytywnym przewartościowaniu i poczuciu humoru, nasuwają podobne interpretacje. Istotne efekty bezpośrednie ścieżki a ($-2,53$) dla pozytywnego przewartościowania i ($-1,06$) dla poczucia humoru oraz efekt całkowity ścieżki c kolejno ($-2,19$) i ($-2,19$) to za mało, by móc nazwać jakąkolwiek mediację istotną z punktu widzenia interpretacji wyników. Wszystkie testowane mediacje okazały się nieistotne statystycznie.

Analiza regresji. Przeprowadzono analizę regresji, w której zmienną zależną była ilość spożywanych produktów typu fast food – badano jej związek z poziomem odczuwanego stresu, częstością stosowania strategii pozytywne przewartościowanie oraz poczucie humoru (zmiennie niezależne). Analiza regresji przeprowadzona została na całej grupie badanych. Otrzymane wyniki potwierdziły częściowo hipotezy badawcze. Badane zmienne niezależne tłumaczą około 18% zmienności zmiennej zależnej (R -skorygowane = 0,18) na poziomie istotności $p = 0,12$.

Tabela 2. Związki pomiędzy poziomem stresu, strategiami radzenia sobie a nawykami żywieniowymi
Table 2. The relationship between stress, coping processes and diet habits

	Na- biał	Owo- ce	Orzechy i rośliny strączkowe	Pełne ziarno i tłusz- cze	Drób	Ma- karon	Mię- so	Prze- kąski	Fast Food	Suma dieta
Natężenie stresu	-,11	-,25	-,23	-,07	-,16	-,18	-,13	-,29	-,32*	-,02
Aktywne Radzenie Sobie	,03	,20	,18	,03	,06	,101	,09	,32*	,14	-,05
Planowanie	-,24	,01	,29	-,07	-,13	,02	-,04	,07	-,05	,06
Pozytywne Przewartościowanie	-,09	,05	,18	,05	,07	,13	,06	,33*	,33*	,07
Akceptacja	-,19	-,17	-,24	-,28	-,27	,19	,09	-,03	,07	-,19
Poczucie Humoru	-,04	-,06	-,04	-,09	-,12	,19	,16	,15	,35*	-,01
Zwrot ku Religii	-,14	,13	,19	-,03	,11	,06	,01	,11	-,08	-,21
Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego	-,25	-,11	,18	-,02	-,19	,16	,09	-,04	-,17	-,16
Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego	-,15	-,07	,15	-,03	-,14	,05	,14	-,05	-,16	-,06
Odwracanie Uwagi	,02	-,11	-,18	-,07	-,17	-,06	-,03	-,14	-,10	,12
Zaprzeczenie	-,02	,13	-,16	,24	,32*	-,12	,18	-,03	-,25	,03
Wyładowanie	,01	-,06	,02	,03	-,12	,03	,06	-,16	-,26	-,08
Zażywanie Substancji Psy- choaktywnych	-,21	-,09	-,12	,03	-,18	-,23	-,10	-,23	-,12	,16
Unikanie działań Konkuren- cyjnych	,05	,02	,17	-,06	,02	,10	-,03	,16	,06	-,11
Powstrzymywanie Się od Działania	-,11	-,06	-,09	-,18	-,05	,08	,07	,23	,27	-,06
Zaprzestanie Działania	-,25	-,20	-,25	-,11	-,10	,02	,06	-,22	-,23	-,23
Skoncentrowane na Problemie	-,09	,05	,19	-,06	-,01	,11	,03	,27	,17	-,02
Zachowania Unikowe	-,23	-,17	-,30*	-,11	-,20	,02	,11	-,14	-,04	-,04
Poszukiwanie Wsparcia i Koncentracja na Emocjach	-,20	-,01	,21	-,02	-,09	,11	,10	-,02	-,23	-,20

*p < 0,05

Źródło: opracowanie własne. Source: own's concept.

Tabela 3. Wyniki mediacji pomiędzy stresem a konsumpcją przekąsek
Table 3. The mediation effects stress and eating between main courses

Potencjalne mediatory	Współczynniki				Test Sobela		Podsumowanie modelu			95% CI	
	a	b	c	c'	z	p	R2	F	p	dolny	górnny
Aktywne radzenie sobie	-3,62*	1,31	-1,98**	-1,1	-1,26	0,21	0,13	2,87	0,07	-0,32	0,01
Pozytywne przewartościowanie	-2,53*	1,6	-1,98**	-1,3	-1,38	0,17	0,14	3,36	0,05	-0,64	0,01

Źródło: opracowanie własne. Source: own's concept.

Tabela 4. Wyniki mediacji pomiędzy stresem a konsumpcją fast food'ów
Table 4. The mediation stress and fast food intake

Potencjalne mediatory	Współczynniki				Test Sobela		Podsumowanie modelu			95% CI	
	a	b	c	c'	z	p	R2	F	p	dolny	górnny
Pozytywne przewartościowanie	-2,53*	1,57	-2,19**	-1,49	-1,36	0,17	0,16	3,71	0,03	-0,64	0,01
Poczucie humoru	-1,06	2,09*	-2,19*	-1,9	-0,96	0,34	0,19	4,78	0,01	-0,37	0,02

Źródło: opracowanie własne. Source: own's concept.

Tabela 5. Wyniki mediacji pomiędzy stresem a konsumpcją drobiu
Table 5. The mediation stress and poultry

Potencjalne mediator	Współczynniki				Test Sobela		Podsumowanie modelu			95% CI	
	a	b	c	c'	z	p	R2	F	p	dolny	górnny
Zaprzeczenie	2,31*	2,80*	-1,06	-2,03*	1,82	0,07	0,19	4,59	0,02	-0,01	0,81

Źródło: opracowanie własne. Source: own's concept.

Tabela 6. Wyniki mediacji pomiędzy stresem a konsumpcją orzechów i roślin strączkowych
Table 6. The mediation stress and nuts and leguminous plants

Potencjalne mediator	Współczynniki				Test Sobela		Podsumowanie modelu			95% CI	
	a	b	c	c'	z	p	R2	F	p	dolny	górnny
Zachowania unikowe	2,15*	-1,61	-1,54	-0,98	-1,31	0,19	0,11	2,53	0,09	-0,69	0,03

*p < 0,05; **p < 0,06

Źródło: opracowanie własne. Source: own's concept.

Tabela 7. Uwarunkowania spożywania fast foodów – wyniki analizy regresji metoda krokowa
Table 7. The determinants of fast food intake the results of regression analysis

	Beta	t	Istotność
Natężenie stresu	-,187	-1,236	,224
Pozytywne przewartościowanie	,238	1,588	,120
Poczucie humoru	,296	2,094	,043

R2 = ,24; F(3; 39) = 4,145; p = 0,12

Źródło: opracowanie własne. Source: own's concept.

Dyskusja

Głównym celem przeprowadzonych badań było przetestowanie hipotez o związku pomiędzy stresem a jakością diety w grupie studentów. Czas, w którym młodzi ludzie rozpoczynają naukę na wyższej uczelni może być dla nich stresujący i wpływać na zdrowie psychiczne. Podejrzewamy, że wynika to z konieczności podjęcia przez nich samodzielnego życia. W badaniach uwzględniono nie tylko związki bezpośrednie, ale także pośrednie w postaci mediatorów – strategii radzenia sobie ze stresem [2, 9].

W projekcie badawczym założono, że osoby mające lepsze strategie radzenia sobie ze stresem (np. aktywne radzenie sobie ze stresem, poczucie humoru) będą wykazywać lepsze nawyki żywieniowe, gdyż ich strategie pozwalają na skuteczniejszą redukcję stresu. Z kolei u osób stosujących niższe rozwojowo sposoby radzenia sobie ze stresem (np. unikanie, zaprzestanie działań) będzie odzwierciedlał się wyraźnie wpływ stresu na pogorszenie diety.

Założenia badawcze nie potwierdziły się. Zaistniałe zjawisko można próbować wyjaśnić tym, że osoby bardziej zestresowane są silniej motywowane do redukcji napięcia w

każdy możliwy sposób, przy założeniu, że nieprawidłowe nawyki żywieniowe wzmagają dodatkowo poziom napięcia. Z jednej strony osoby te mogą postrzegać złe nawyki żywieniowe jako czynnik wzmacniający przeżywany stres, dlatego będą się starały ich uniknąć. Z drugiej strony może być tak, że osoby zestresowane będą starały się na każdy możliwy sposób usunąć napięcie, również przez wzmoczoną dbałość o jakość życia i lepsze samopoczucie, co będzie się przejawiać w dbaniu o prawidłową dietę. Analogicznie osoby pozbawione silnego stresu, wyjściowo nie mają wysokiego poziomu napięcia z czego nieprawidłowe nawyki żywieniowe nie powodują u nich przekroczenia akceptowalnego progu napięcia.

Nie udało się też potwierdzić głównej hipotezy w badaniu, która mówiła o związkach pomiędzy stresem a dietą. Uważamy, że rezultat ten jest wynikiem odmiennych reakcji ludzi na przeżywany stres. Może to wynikać z różnic indywidualnych i osobniczych preferencji badanych osób, niektóre osoby reagują na stres zwiększoną ilością przyjmowanych pokarmów, inne natomiast ograniczają spożycie, może również zdarzyć się tak, że stres nie ma wpływu na zmiany w diecie [1]. Dlatego dane statystyczne wówczas nie będą wykazywały takiej zależności.

Ponadto istnieją teorie, które zakładają, że zmiana diety sama w sobie może być potencjalnym źródłem stresu. Holmes i Rahe w opracowanym przez siebie kwestionariuszu do badania stresujących wydarzeń w życiu człowieka umieścili pozycję związaną ze zmianą nawyków żywieniowych oceniając ją jako bardziej stresogenną niż na przykład wyjazd na wakacje, czy drobne wykroczenia przeciw prawu. Można zatem zakładać, że osoby znajdujące się w sytuacji stresowej, poprzez niekorzystne zmiany w swojej diecie pogłębiłyby tylko poczucie psychicznego dyskomfortu.

Dzięki zastosowaniu kwestionariusza zdrowego odżywiania przetestowaliśmy hipotezę opartą na teorii Selyego, a dotyczącą wpływu stresu na ilość spożywanych produktów wysokoenergetycznych. Jako grupę produktów wysokoenergetycznych, w oparciu o piramidę zdrowego żywienia, uznaliśmy posiłki typu fast food oraz słone i słodkie przekąski. Korelacja wykazała ujemny związek pomiędzy spożyciem fast foodów a poziomem stresu. Zauważono także odwrotnie proporcjonalną zależność między ilością spożywanych przekąsek a poziomem stresu (istotność na poziomie 0,56). Testowana hipoteza nie potwierdziła się. W wielu badaniach wykazano jednak związki stresu z zaburzeniami w nawykach żywieniowych, takimi jak bulimia czy anoreksja [8]. Możliwe, że osoby zestresowane nie uzupełniają ubywających wciąż zasobów energetycznych (glukozy i wolnych kwasów tłuszczowych), co w efekcie przyczynia się do powstawania u nich zaburzeń. Ich zdrowa dieta może zatem być jedynie zjawiskiem pozornym, widocznym w testach, w których nie odbiegają oni od normy. Jednak okazuje się, że zapotrzebowanie na glukozę i tłuszcze osób będących pod wpływem stresu jest większe niż osób, u których jego natężenie jest niższe. Dlatego pomimo dobrych wyników w kwestionariuszach są oni bardziej podatni na zaburzenia odżywiania.

Związek między wysokim poziomem stresu a niskim spożyciem produktów typu fast food można próbować wyjaśnić różnicami kulturowymi. W Stanach Zjednoczonych, gdzie prowadzona jest większość badań, restauracje typu fast food są nie tylko miejscem, gdzie można najszybciej dostać jedzenie, ale także miejscem, gdzie jest ono najtańsze. Prawdopodobnie stołują się tam osoby o niższym statusie ekonomicznym, co do których można przypuszczać, że mają bardziej stresujące życie. Sytuacja odwrotnie przedstawia się w Polsce, gdzie jedzenie w tych restauracjach jest raczej kosztowne. Klienci zatem to osoby o wyższych zarobkach, jak można przypuszczać mniej zestresowani. Być może właśnie ta zależność jest źródłem ujemnej korelacji między poziomem odczuwanego stresu, a ilością spożywanych fast foodów, która w badaniach amerykańskich zazwyczaj jest odwrotna.

Interesujący może być fakt, że tylko niektóre ze strategii korelowały z ilością konsumowanych produktów wysokoenergetycznych. Były to: aktywne radzenie sobie, poczucie humoru i pozytywne przewartościowanie. Nie opierają się one na poszukiwaniu wsparcia u innych,

czy biernej akceptacji lub rozładowywaniu napięcia w inny sposób. Każda z tych strategii wydaje się zakładać optymistyczne podejście do życia jednostki, która ją stosuje oraz wiarę we własne możliwości walki ze stresem. Uważamy, że związek ten powinien być sprawdzony w dalszych badaniach.

Hipoteza o związku niskiego poziomu odczuwanego stresu związanego ze skutecznymi strategiami radzenia sobie ze stresem, co wpływa na właściwe nawyki żywieniowe nie potwierdziła się. Nie udało się potwierdzić działania mediatorów – strategii radzenia sobie ze stresem – nie pośredniczą one w związku pomiędzy odczuwalnym stresem a nawykami żywieniowymi.

Badania nie uwzględniły grupy porównawczej, która mogłaby się składać, np. z osób dorosłych po studiach, a dzięki której można by sprawdzić czy nawyki żywieniowe studentów są ogólnie gorsze niż innych grup społecznych. Pozwoliłoby to też na lepsze skontrolowanie związków pomiędzy poziomem odczuwanego stresu a dietą. Istnieje bowiem możliwość, że badana grupa studentów uzyskała zbyt homogeniczne wyniki w kwestionariuszu badającym poziom odczuwanego stresu, aby można było dokonać porównań wewnątrzgrupowych. Nie dokonano także porównań nawyków żywieniowych studentów na pierwszych latach studiów ze studentami kończącymi studia. Być może starsi studenci lepiej adaptowali się już do sytuacji życiowej, w związku z czym ich poziom odczuwanego stresu byłby niższy, a co za tym idzie można by dokonać trafniejszych porównań dotyczących diety.

Bez wątplenia należy zaznaczyć, że opisywane badania zostały przeprowadzone na niereprezentatywnej grupie studentów, co z pewnością mogło wpłynąć na uzyskane wyniki. Grupa badana, sama w sobie była dość jednolita – badano w większości studentów psychologii, studiujących na tej samej uczelni, więc można przypuszczać, że w związku z podobnymi zainteresowaniami i kulturą panującą w tej grupie, również nawyki żywieniowe i preferencje są charakterystyczne, niemożliwe do zgeneralizowania na inne grupy studentów.

Odbiegające od oczekiwań wyniki, które przyniosły przeprowadzone badania, skłaniają do głębszej ich analizy. Ujawniono, że w specyficznych warunkach hipotezy oparte o wyniki publikowane w literaturze fachowej nie muszą znaleźć potwierdzenia. Warto, więc zastanowić się, gdzie leży przyczyna takiego stanu rzeczy oraz podjąć wysiłki celem zapoznania się z czynnikami wpływającymi na związek stresu z dietą. Przyszłe badania mogą przynieść wiele interesujących rezultatów odnośnie związku przeżywanego napięcia z nawykami żywieniowymi, jak również zaburzeniami w odżywianiu, jak np. bulimia, anoreksja, czy problemy z nadwagą.

PIŚMIENNICTWO

1. Selye H., *The Stress of life*, Nowy Jork 1956, McGraw-Hill.
2. Terelak J., *Człowiek i stres*, Warszawa 2008, Oficyna Wydawnicza Branta.

3. Lazarus R., Folkman S., Stress, Appraisal, and Coping, New York 1984, Springer.
4. Lazarus R., Stress and emotion: A new synthesis, Nowy Jork 1999, Springer Pub.
5. Park L., Folkman S., Meaning the context of stress and coping, *Rev. Gen. Psychol.*, 1997, 1, 155-144.
6. Łosiak W., *Psychologia Stresu*, Warszawa 2008, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
7. Lovallo W., *Stress & health: Biological and psychological interactions*, Kalifornia 1997, 9Thousand Oaks.
8. Sobal J., Bisogni A., Sandwiching it in: spillover of work onto food choices and family roles in low- and moderate-income urban households, *Soc. Sci. Med.*, 2003, 56, 617-630.
9. Steptoe A., Lipsey Z., Wardle J., Stress, hassles and variations in alcohol consumption, food choice and physical exercise: A diary study, *Br. J. Health Psychol.*, 1998, 3, 51-53.
10. Juczyński Z., *Narzędzie pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.

Adres do korespondencji:

Michał Ziarko
Instytut Psychologii
ul. Szamarzewskiego 89
Poznań
e-mail: ziarko@amu.edu.pl

POLSKIE TOWARZYSTWO PIELEŃNIARSKIE – OSIĄGNIĘCIA, REALIZACJE I NOWE CELE

POLISH NURSES ASSOCIATION, THE JOB OF A NURSE, UNDERTAKINGS, HEALTH SCHEMES

DOROTA ŁUCZKA, NATALIA WALICKA, ELŻBIETA OLEK

Zakład Organizacji i Zarządzania
Wydział Nauk o Zdrowiu
Katedra Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka

Streszczenie

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP) to organizacja zrzeszająca pielęgniarki z całego kraju, jej początki sięgają 1924 roku. W środowisku pielęgniarskim istotną rolę odgrywa International Classification for Nursing Practice (ICNP), który jest wyznacznikiem wkładu pielęgniarek w pracę wielodyscyplinarnego zespołu opieki zdrowotnej. Jednym z celów Towarzystwa jest promowanie zawodu pielęgniarki, wspieranie ich naukowego rozwoju i samorealizacji zawodowej. PTP bardzo prężnie rozwija się na terenie całego kraju. Rok 2012 zapowiada wiele sukcesów; jednym z celów jest powołanie kół naukowych (m.in.: przy Wydziale Nauk o Zdrowiu na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu) i realizacja nowych projektów, co udowadnia prężne rozwijanie się Towarzystwa.

Słowa kluczowe: Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, praca pielęgniarki, przedsięwzięcia, systemy ochrony zdrowia.

Summary

Polish Nurses Association is an organisation which unites nurses from the entire country and whose origins go back to 1924. The main indicator of nurses' contribution to the work of the multi-disciplinary health care team of specialists is International Classification for Nursing Practice (ICNP) which plays the leading role in the nurses' environment. The primary purposes of the Association are promoting the job of a nurse as well as supporting nurses' scientific development and their professional self-fulfilment. The Association is robustly growing in the whole country. The year 2012 is expected to bring many successes; among which are: establishing scientific clubs (e.g. at the Faculty of Health Sciences at Karol Marcinkowski Poznan University of Medical Sciences) and realisation of new projects which proves the dynamic progress of the Association.

Key words: Polish Nurses Association, the job of a nurse, undertakings, health schemes.

SKRÓTY:

PTP – Polskie Towarzystwo Pielęgniarek
PSPZ – Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych
ICN – Międzynarodowa Rada Pielęgniarek
EFN – Europejska Federacja Stowarzyszeń Pielęgniarek
WHO – Światowa Organizacja Zdrowia
WENR – Europejska Grupa Pielęgniarek Badaczy
EFNMA – Europejskie Forum Narodowych Stowarzyszeń Pielęgniarek i Położnych
ICNP – Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej
ICD – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób
WNoZ – Wydział Nauk o Zdrowiu

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie to organizacja zrzeszająca pielęgniarki z całego kraju. Posiada wpis do rejestru Organizacji Pożytku Publicznego oraz osobowość prawną, a strukturę organizacyjną, zadania i cele określa Statut. W związku z tym, że przynależność do Towarzystwa jest dobrowolna, zrzesza ono osoby, które swoim zaangażowaniem chcą kształtować i rozwijać przyszłość pielęgniarstwa.

Początki PTP sięgają 1924 roku, kiedy to absolventki pierwszych szkół pielęgniarstwa zaczynają tworzyć pierwszą organizację zawodową pielęgniarek polskich. 3 kwietnia 1925 roku powstało Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych, którego jednym z zadań było stworzenie ustawy o zawodzie. Po ponad trzydziestu latach nastąpiło przekształcenie PSPZ, w Polskie Towarzystwo Pielęgniarek. W kolejnych latach prace Towarzystwa skupiały się na organizowaniu studiów wyższych dla pielęgniarek, Olimpiad Pielęgniarskich oraz opracowywaniu zasad etyki zawodu.

Jednym z celów Towarzystwa jest promowanie zawodu pielęgniarki, wspieranie ich naukowego rozwoju i samorealizacji zawodowej. Wiodącym zadaniem jest współpraca w zakresie poszerzania działalności pielęgniarstwa z organizacjami pielęgniarskimi oraz organami rządowymi i samorządowymi, również na płaszczyźnie międzynarodowej. Znaczącym celem jest także prowadzenie badań naukowych oraz wprowadzanie innowacji w pielęgniarstwie klinicznym. Towarzystwo dąży do ciągłego powiększania liczby członków i podnoszenia ich kwalifikacji.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie należy do Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN), w której to towarzystwa z poszczególnych krajów działają razem w zakresie promocji zdrowia oraz wymieniając doświadczenia dążą do rozwoju opieki pielęgniarskiej, a także do Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN), gdzie członkowie działają na rzecz zwiększenia znaczenia pielęgniarstwa na terenie Unii Europejskiej. PTP działa także przy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w organizacji Europejskiej Grupy Pielęgniarek Badaczy (WENR), której zadaniem są badania nad standardami opieki pielęgniarskiej w Europie oraz w Europejskim Forum Narodowych Stowarzyszeń Pielęgniarek i Położnych (EFNMA) dającym możliwość podjęcia dyskusji z WHO nad istotnymi problemami zdrowotnymi, co zwiększa wpływ środowiska pielęgniarskiego na programy rządowe w ich krajach.

Na terenie Polski PTP współpracuje m.in. z Departamentem Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia, samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych, akredytowanymi uczelniami wyższymi kształcącymi pielęgniarki i położne, z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Związkami Zawodowymi Pielęgniarek i Położnych, specjalistycznymi stowarzyszeniami pielęgniarek i położnych, samorządem zawodowym lekarzy, Polską Akademią Nauk, Fundacją Rozwoju Pielęgniarstwa oraz konsultantami krajowymi i wojewódzkimi poszczególnych dziedzin medycyny.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie realizuje cele statutowe, poprzez organizowanie szerokiej gamy projektów. W bieżącym roku już po raz drugi zorganizowano Ogólnopolski Konkurs dla studentów na Najlepszy Film Promujący Zawód Pielęgniarki w Polsce. Konkurs miał na celu upowszechnienie zawodu i kierunku studiów oraz przedstawienie pielęgniarstwa w świetle wolnego, samodzielnego zawodu, który ma znaczenie w zachowaniu zdrowia społecznego i promowaniu prac badawczo–naukowych. Filmy miały zachęcać młode osoby do podejmowania studiów, a następnie pracy w tak prestiżowym zawodzie. Miał ukazywać rolę społeczno–zawodową, oraz funkcje profesji, takie jak funkcję opiekunczą, terapeutyczną, wychowawczą, zarządczą, promocji zdrowia i naukowo–badawczą. W konkursie uczestniczyli studenci pierwszego i drugiego stopnia różnych specjalności i kierunków.

Ciekawym przedsięwzięciem skierowanym głównie do pracodawców pielęgniarek jest projekt Przyjazne Środowisko Pracy – Bezpieczna Pielęgniarka = Bezpieczny Pacjent, charakteryzujący się motywowaniem i odpowiednim wynagradzaniem pracowników. Wskazuje on narzędzia umożliwiające osiąganie wyżej wymienionych celów. Przykładem jest kierowanie na studia podyplomowe, skutkujące awansem oraz wyposażenie i zaopatrzenie w sprzęt, które zapewnią bezpieczeństwo wykonywanej pracy.

Pomocny w rozpowszechnianiu zachowań prozdrowotnych jest program „Rozmawiaj z Pacjentem”; składający się z dwudziestu broszur, które mają na celu przekazanie istotnych informacji, dotyczących różnego rodzaju zagadnień zdrowotnych. Ulotki poruszają m.in. takie tematy jak: ból głowy i radzenie sobie z migreną, walka z otyłością,

zdrowe starzenie się, depresja – stan, który można wyleczyć, wirus brodawczaka ludzkiego, samoopieka powszechnym priorytetem, HIV/AIDS. Prowadzone badania pokazały, że klienci (pacjenci) aktywnie uczestniczący w procesie podejmowania decyzji o własnym zdrowiu, są bardziej zadowoleni z opieki medycznej oraz chętniej uczestniczą w leczeniu, a wyniki ich badań są korzystniejsze. Broszury stały się nowym kanałem komunikacyjnym pielęgniarka – pacjent oraz pewnego rodzaju pomocą naukową, w stosunku do tych klientów, którzy oczekują szybkiej i rzetelnej informacji zdrowotnej.

Co roku odbywa się Ogólnopolski Konkurs Pielęgniarka Roku, posiadający wielu zwolenników. Ma on na celu wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek o wysokim przygotowaniu zawodowym i etycznym, które są zaangażowane na rzecz środowiska pielęgniarskiego. Składa się z trzech etapów.

W pierwszym z nich podmioty działalności leczniczej wyłaniają uczestników na podstawie ocen okresowych, zaangażowania w pracę zawodową, wzorowej postawy etycznej i wiedzy zawodowej.

W drugim etapie odbywają się eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, gdzie uczestniczki muszą odpowiedzieć na pytania testowe z ogólnej wiedzy zawodowej, zasad etyki, historii zawodu oraz działalności PTP.

Ostatni dotyczy prezentacji multimedialnej, a jego zasady zostają określone po zakończeniu drugiego etapu. Udział w Konkursie jest dobrowolny i skierowany do pielęgniarek, które bezpośrednio sprawują opiekę nad pacjentem. Tytuł Pielęgniarki Roku 2011 otrzymała pani Anna Smoszna, pracująca w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie. Pani Anna Smoszna jest pielęgniarką z 26-letnim stażem pracy, posiada tytuł magistra pielęgniarstwa, obecnie pracuje w Klinice Endokrynologii i Terapii Izotopowej. Została ona uhonorowana pucharem okolicznościowym, natomiast puchar przechodni ma swoje honorowe miejsce w macierzystym podmiocie leczniczym laureatki, aż do chwili wyłonienia kolejnej laureatki. W roku 2009 po raz pierwszy Pielęgniarką Roku została przedstawicielka Wielkopolski – pani Joanna Kaczmarek z Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu.

W środowisku pielęgniarskim istotną rolę odgrywa International Classification for Nursing Practice (ICNP), czyli Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej. Jest to narzędzie służące ujednoczeniu terminologii w pielęgniarstwie – odpowiednik ICD (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób). ICNP daje możliwość, aby pielęgniarki z całego świata mogły systematycznie dokumentować swoją pracę z klientami zarówno indywidualnymi, jak i ich rodzinami i społecznościami. Dokonuje się to poprzez stosowanie standardowych opisów interwencji, diagnoz i wyników pielęgniarstwa. System ten pozwala porównywać metody klasyfikacji w czasie, między populacjami pacjentów, ośrodkami klinicznymi i obszarami geograficznymi na terenie lokalnym, regionalnym i krajowym. Jest również wyznacznikiem wkładu pielęgniarek w pracę wielodyscyplinarnego zespołu

opieki zdrowotnej. Zagadnienie okazało się na tyle istotne, że PTP zorganizowało Konferencję we wrześniu 2010 roku, na której zapoznano uczestników z istotą, celami, zakresem oraz praktycznym zastosowaniem i wdrożeniem ICNP. Patronatem Konferencji był ówczesny Minister Zdrowia i Marszałek Województwa Mazowieckiego. Podczas jej trwania odbywały się także warsztaty z zakresu ICNP, dzięki współpracy z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

PTP organizuje Kongresy Pielęgniarek Polskich; pierwszy z nich odbył się w 1993 roku i był poświęcony „Jedności dla jakości”, kolejny w 1994 roku i następnie cyklicznie co dwa lata. Podczas zjazdów poruszano m.in. takie tematy jak: „Humanizm w pielęgniarstwie”, „Współczesne pielęgniarstwo to wiedza, profesjonalizm, pasja”, „Człowiek podmiotem opieki pielęgniarskiej”. W tym roku w maju odbył się już XI Kongres, pt.: „Innowacje w pielęgniarstwie klinicznym, dydaktyce i nauce”, umożliwiający podzielenie się doświadczeniami, badaniami i ideami, dotyczącymi tego jak prowadzić opiekę wysokiej jakości, politykę zdrowotną, oraz rozwijać opiekę pielęgniarską. Prowadzono dyskusje poruszające tematy wiedzy, przywództwa i kształtowania zdrowia społeczeństwa.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie bardzo pręźnie się rozwija na terenie całego kraju. Rok 2012 zapowiada się, jako rok licznych sukcesów również w Wielkopolskim Oddziale PTP. Przy Wyższej Szkole Zawodowej w Kaliszu zostało utworzone Koło PTP-u, mające na celu rozwijanie dziedziny pielęgniarstwa na płaszczyźnie naukowej, poprzez pozyskiwanie nowych i chętnych do działania członków. Pod koniec roku 2011 została podpisana zgoda Rektora Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu odnośnie utworzenia Koła PTP przy Wydziale Nauk o Zdrowiu, gdzie jednym z kierunków jest pielęgniarstwo. Warto zaznaczyć, iż Kierownik Katedry Organizacji i Zarządzania (jednostka wydziałowa WNoZ) jest również członkiem PTP.

W czerwcu 2011 roku dzięki inicjatywie grupy zainteresowanych pielęgniarek we współpracy z Pielęgniarką Naczelną Wielkopolskiego Centrum Onkologicznego w Poznaniu, odbyło się spotkanie dotyczące utworzenia Koła Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy Centrum. Zostały przekazane stosowne dokumenty i informacje, potrzebne do powołania Koła.

Główna Komisja Historyczna, która działa przy Zarządzie Głównym PTP we współpracy z Fundacją Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego i otrzymanych środków w ramach Programu Operacyjnego Fundusz Inicjatyw Obywatelskich utworzyła Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego. Ma ono na celu rozpowszechnianie znajomości historii tego zawodu. Na stronie internetowej www.wmp.org.pl, można znaleźć informacje m.in. o szkołach i organizacjach pielęgniarskich, symbolach zawodu, zasłużonych i odznaczonych pielęgniarkach.

PTP bierze ustawowo udział w posiedzeniach komisji kwalifikacyjnej na specjalizacje w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa i innych formach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych oraz w pracach komisji konkursowych na stanowisko Pielęgniarki Naczelnej/Przełożonej.

PTP opiniuje uregulowania prawne dotyczące zawodu, samorządu zawodowego oraz kształcenia pielęgniarek i położnych oraz opracowuje stanowiska w sprawach kłuczowych dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej. Przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego biorą udział w pracach Wojewódzkiej Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych.

Reasumując, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie odniosło wiele sukcesów, nadal poszerza swoją działalność, realizuje nowe projekty i stawia przed sobą kolejne cele. Mamy nadzieję, że Towarzystwo będzie pozyskiwać nowych zwolenników, zachęci do podejmowania studiów w tym kierunku, a zawód pielęgniarki będzie doceniany i nadal postrzegany pozytywnie.

PIŚMIENNICTWO

1. www.ptp.na1.pl
2. Wywiad podczas praktyk w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Wielkopolskiego z Panią Aleksandrą Kopyńską – Przewodniczącą Oddziału PTP im. Stefanii Wołyński w Poznaniu

Adres do korespondencji:

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie:
strona internetowa PTP: www.ptp.na1.pl
Zarządu Głównego PTP: (22) 398 18 72
e-mail: zgptpiel@gmail.com / ptp.poznan@gmail.com

**Sprawozdanie z Międzynarodowej Konferencji
„KULTURA, MEDIA, ETYKA 2012.
Media w perspektywie etycznej i kulturowej w kontekście rewolucji teleinformatycznej”**

*„CULTURE, MEDIA, ETHICS 2012.
Media in the perspective of the ethical and cultural context of the teleinformatics revolution” –
conference report*

WOJCIECH STRZELECKI¹, PIOTR PAWLAK²

¹Zakład Psychologii Klinicznej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik Zakładu: dr hab. Ewa Mojs
Instytut Kultury Europejskiej w Gnieźnie
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Kierownik Instytutu: prof. dr hab. Leszek Mrozewicz
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. Beata Frydryczak

17 października 2012 w Instytucie Kultury Europejskiej UAM w Gnieźnie odbyła się Międzynarodowa Konferencja zatytułowana „KULTURA, MEDIA, ETYKA. Media w perspektywie etycznej i kulturowej w kontekście rewolucji teleinformatycznej”.

Była to już druga z cyklu konferencji poświęconych problemom współczesnego społeczeństwa informacyjnego. Tematem przewodnim tegorocznej konferencji była dyskusja nad szeregiem aspektów rozwoju nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych, dokonywana z humanistycznej perspektywy. Podczas tegorocznej konferencji organizatorzy konferencji położyli szczególny nacisk na aspekty psychologiczne i politologiczne.

Cechą charakterystyczną współczesnego postępu technologicznego w obszarze środków komunikacji jest ogromna dynamika tego procesu, wymusza konieczność ciągłej refleksji przedstawicieli nauk społecznych, badających zjawiska towarzyszące owemu postępowi. Fakt ten stanowi asumpt do organizowania opisywanego cyklu konferencji, bowiem brak takiej refleksji, przy obecnym tempie przemian skutkowałby dezaktualizacją wielu koncepcji. Celem konferencji była dyskusja nad szeregiem zjawisk natury psychologicznej, politologicznej i filozoficznej, towarzyszących rozwojowi nowoczesnych technologii.

Z punktu widzenia Uniwersytetu Medycznego najistotniejsze pojawiające się na konferencji wątki dotyczyły przede wszystkim aspektów etycznych e-learningu wkraczającego w coraz bardziej wyrazisty sposób w medycynę, teleinformatycznej edukacji, telemedycyny w świetle problemów etycznych, aspektów etycznych środowisk uniwersyteckich w ujęciu historycznym, korzyści i zagrożeń związanych z autodiagnozą dotyczącą zdrowia psychicznego w oparciu o źródła oraz wsparcia fundacyjnego dzieci zagrożonych niedostosowaniem społecznym.

W Komitecie naukowym konferencji z Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

znaleźli się: Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Medycznego prof. dr hab. Jacek Wysocki, Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu prof. dr hab. Włodzimierz Samborski oraz Kierownik Zakładu Psychologii Klinicznej dr hab. Ewa Mojs. Z Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu: Dyrektor Instytutu Kultury Europejskiej UAM w Gnieźnie prof. dr hab. Leszek Mrozewicz, prof. dr hab. Kazimierz Dopierała, prof. dr hab. Beata Frydryczak oraz prof. dr hab. Ryszard Stachowski. W Komitecie Naukowym znalazł się również Prezes Honorowy Polskiego Towarzystwa im. Alberta Schweitzera w Poznaniu prof. dr hab. Henryk Gaertner.

Wśród jednostek organizacyjnych znalazły się: Instytut Kultury Europejskiej Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Zakład Psychologii Klinicznej na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Polskie Towarzystwo im. Alberta Schweitzera w Poznaniu oraz Studenckie Psychologiczne Koło Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Partnerami organizatorów byli: Starostwo Powiatowe w Gnieźnie, Miasto Poznań oraz Pracownia Psychologii Transportu (www.kierowcy.poznan.pl).

Podczas konferencji wygłoszono dziesięć referatów w trzech sesjach. Konferencja adresowana była głównie do studentów oraz pracowników nauki, a poruszane tematy dotyczyły licznych zagadnień dotyczących szeroko pojętej kultury oraz mediów i ich etycznych aspektów.

Oficjalnego otwarcia konferencji dokonał przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Konferencji – dr Piotr Pawlak (UAM). W słowie wstępnym dr Pawlak wspominał o zmianach zachodzących we współczesnej komunikacji, wzroście znaczenia Internetu jako medium masowego oraz rozwoju międzynarodowych korporacji medialnych – pociągających za sobą zmiany w szeroko pojętej kulturze, które to zmiany należy rozpatrywać w różnych perspekty-

wach etycznych. Następnie po powitaniu wszystkich gości wyraził nadzieję, że konferencja nabierze charakteru cyklicznego, jednocześnie życząc wszystkim owocnych obrad, dyskusji i rozmów kulturalnych.

Sesję pierwszą prowadzili: przewodniczący Komitetu Organizacyjnego – dr Piotr Pawlak (UAM) oraz wiceprzewodniczący Komitetu – dr Wojciech Strzelecki (UMP). Podczas jej trwania ogłoszono cztery referaty. Pierwszy referat zatytułowany „Kwestie etyczne w refleksji poznańskiego środowiska uniwersyteckiego w okresie dwudziestolecia międzywojennego” wygłosił dr Józef Malinowski z Archiwum Polskiej Akademii Nauk. Drugi referat, autorstwa mgr Mai Strzeleckiej z Katedry Profilaktyki Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego, nosił tytuł „Analiza wsparcia kulturalnego dzieci zagrożonych niedostosowaniem społecznym na terenie Starego Miasta i Jeźyc w Poznaniu”. W swoim referacie autorka przedstawiła formy wsparcia kulturalnego i arteterapeutycznego prezentowane dzieciom przez poznańskie fundacje: „SIC!” i „Serdecznik”. Duże zainteresowanie wzbudził referat mgr. Angelo Sollano noszący tytuł „Rekordowa oglądalność monologów Roberta Saviano góruje nad piłką nożną i Big Brotherem”. Mgr Solano przybliżył postać Roberta Saviano, autora ‘Gomorry’, głośnej książki podejmującej trudny temat funkcjonowania struktur mafijnych we Włoszech. Wystąpienie to było impulsem do dalszych ciekawych rozmów kulturalnych. Ostatni referat w sesji pierwszej zatytułowany „Egipska pop-królowa podbija Hollywood” wygłosiła mgr Karolina Kulpa, przedstawiając interesujący temat funkcjonowania wizerunku Kleopatry we współczesnej przestrzeni kultury masowej.

Po przerwie obiadowej uczestnicy konferencji wznowili obrady. Podczas trwania sesji drugiej ogłoszono trzy referaty. Sesję prowadzili: dr Marcin Cybulski (UMP) oraz absolwentka kierunku Elektroradiologia na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu – mgr Jolanta Tomczak. Referat otwierający zatytułowany „Kulturowe aspekty technik medialnych” wygłosiła dr Małgorzata Dużewska. Mgr Magdalena Dobkiewicz przedstawiła referat pod tytułem „Wpływ techniki na logikę pojęciową”, ujmując omawiane zagadnienie w sposób wielowymiarowy. Zamykając sesję w kulturowo-edukacyjny wymiar rewolucji teleinformatycznej przeniósł uczestników konferencji mgr Adam Pietrzykowski, rozważając możliwości elektronicznej edukacji,

obecnie oraz w perspektywie najbliższej przyszłości, przedstawiając referat „Ekranu mądrości – kulturowy wymiar rewolucji teleinformatycznej w edukacji”.

Następnie w przerwie obrad uczestnicy mieli okazję uczestniczyć w koncercie zespołu Kwartet ProForma. Zespół osadzony jest w nurcie piosenki poetyckiej i autorskiej. Koncentruje się przede wszystkim na własnych utworach, jednak w repertuarze ma również utwory wykonawców, takich jak: Jacek Kaczmarski, trio Kaczmarski-Gintrowski-Łapiński czy Stanisław Staszewski. Zespół wykonuje też tłumaczone na język polski utwory Georgesa Brassensa, Nicka Cave’a i Toma Waitsa. Podczas czterdziestominutowego koncertu zespół zaprezentował różnorodne utwory z nurtu piosenki poetyckiej.

Ostatniej sesji przewodniczył dr Piotr Pawlak. Otwierając sesję dr Andrzej Belkot wygłosił referat poświęcony aplikacjom teorii przeciwstawnego kodowania Stuarta Halla w badaniach kultury. Dr Belkot przywołał interesującą refleksję na temat ‘trendów mody’ we współczesnej nauce, jakże często negatywnie wpływających na żywotność wielu klasycznych teorii (co skutkuje często ich porzuceniem z powodów pozamerytorycznych). Kolejny referat zatytułowany „Pokusa nadużyć jako etyczne wyzwanie współczesnego świata finansów” wygłosił mgr Bartosz Tomyślak. W swoim wystąpieniu mgr Tomyślak przedstawił zagadnienie pokusy nadużycia jako etyczne wyzwanie współczesnej bankowości. Omówił również funkcje etyki w banku oraz cechy pokusy nadużycia.

Konferencję zamknął referat dr. Wojciecha Strzeleckiego zatytułowany „Korzyści i niebezpieczeństwa płynące z autodiagnozy psychologicznej w oparciu o źródła internetowe”. W swoim wystąpieniu przedstawił zarówno pozytywne, jak i zagrażające elementy korzystania z równych form autodiagnozy opartej o źródła internetowe w zakresie zdrowia psychicznego.

Na zakończenie głos zabrał ponownie dr Piotr Pawlak (UAM). Zamykając konferencję dr Pawlak podziękował prelegentom, organizatorom oraz uczestnikom i wyraził nadzieję, że drugie już spotkanie konferencyjne z cyklu „KULTURA, MEDIA ETYKA” nie jest ostatnim, i że cykliczny charakter konferencji pozwoli na jej rozbudowanie i pozyskanie nowych obszarów do dyskusji.

Recenzja książki
„Dlaczego zebry nie mają wrzodów? Psychofizjologia stresu”
Autor: Robert M. Sapolsky

The review of the book
“Dlaczego zebry nie mają wrzodów? Psychofizjologia stresu”
Author: Robert M. Sapolsky

Profesor Robert Maurice Sapolsky, światowej sławy neurolog, biolog oraz prymatolog badający zwyczaje pawianów, posiadał unikalny dar łączenia aktualnego przekazu naukowego z niezwykle atrakcyjnym dla odbiorcy językiem. Polscy czytelnicy mogą kojarzyć sylwetkę prof. Sapolsky'ego m.in. z cyklu wykładów on-line publikowanych przez Uniwersytet Stanforda, a także poprzez jego wcześniejsze publikacje, które się w Polsce ukazały drukiem (np. *Małpie amory i inne pouczające historie o zwierzęciu zwanym człowiekiem*, Wydawnictwo Prószyński i Spółka, Warszawa 2008). Autor przez lata wypracował charakterystyczny dla siebie styl pisania i strategię publikowania – jego dokonania naukowe, publikowane m.in. w „Scientific American”, „The Science” i „Discovery”, przyjmują najczęściej formę esejów naukowo-publicystycznych i okraszone są dużymi dawkami wysmakowanego humoru, odwołań do świata popkultury oraz ciętego i dosadnego języka.

Recenzowana książka, wydana w ramach serii „Biblioteka psychologii współczesnej”, stanowi kompendium aktualnej wiedzy dotyczącej stresu – jego natury, skutków oraz wpływu na zdrowie człowieka. Osiemnaście rozdziałów (m.in. „Udar, zawały serca i śmierć voodoo”, czy też „Dlaczego zebry nie mają wrzodów?”) to najwyższej jakości naukowa wiedza z pogranicza psychologii, biologii, medycyny, antropologii i nauk o kulturze. Robert Sapolsky nie tylko podsumowuje w nich dotychczasowe odkrycia dotyczące wpływu stresu na układ odpornościowy, pamięć, sen, aktywność seksualną i rozmnażanie, ale także przekonująco opisuje relacje między stresem a chorobami układu sercowo-naczyniowego, nowotworami, starzeniem się i zaburzeniami nastroju. Przy okazji niejako zapewnia nas, iż uciekająca przed drapieżnikiem tytułowa zebra nie odczuwa napięć i nie cierpi na wrzody żołądka – w całkowitym przeciwieństwie do nas, ludzi żyjących w świecie fizycznego bezpieczeństwa i psychicznych napięć. Autor nie unika rów-

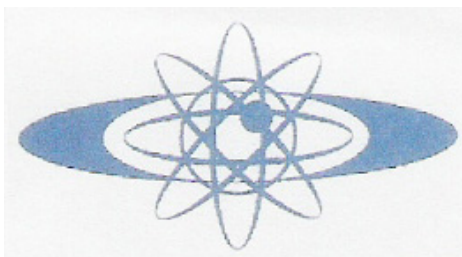
nież tematów mało w nauce popularnych – stara się m.in. wyjaśnić zjawisko śmierci psychofizjologicznej w wyniku czarów voodoo. Rozważania te stanowią jednak margines wobec rzetelnie opracowanego i opisanego obszaru wiedzy dotyczącej stresu. Osobny rozdział książki poświęcony jest skutecznemu radzeniu sobie ze stresem. Dodatkowym atutem każdego rozdziału książki są czytelnie opracowane przypisy z odnośnikami do tekstów źródłowych. Z jednej strony mamy więc formę lekką i atrakcyjną, z drugiej zaś – mocne empiryczne podstawy naukowe dla prezentowanych treści.

Książka „Dlaczego zebry nie mają wrzodów? Psychofizjologia stresu” Roberta Sapolsky'ego winna być obowiązkowym źródłem rzetelnych informacji dla studentów psychologii, biologii, kulturoznawstwa, antropologii i socjologii, ale przede wszystkim dla kierunków medycznych. Dla doświadczonych klinicystów stanowić może uzupełnienie posiadanej już wiedzy, ale także może być źródłem doskonałej intelektualnej rozrywki, gdyż niewątpliwym atutem prezentowanej pozycji jest jej język. Książka ta będzie zarówno doskonałym towarzyszem wakacyjnych wojaży, jak i chwilą wieczornego wypoczynku – przysłowiową książką „do poduszki”.

Marcin Cybulski

Szczegóły wydawnicze:

Robert M. Sapolsky, *Dlaczego zebry nie mają wrzodów? Psychofizjologia stresu* (w oryginale: *Why Zebras Don't Get Ulcers: The Acclaimed Guide to Stress, Stress-Related Diseases, and Coping*), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, okładka miękka, 450 stron.



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu powstało w 1998 roku. Inicjatorami powstania Towarzystwa była grupa entuzjastów nauk o zdrowiu i promocji zdrowia pod kierunkiem Pani dr hab. Marii Danuty Głowackiej.

Towarzystwo powołano w celu inspirowania, popierania i popularyzowania rozwoju nauk o zdrowiu oraz promocji zdrowia. W zatwierdzonym statucie Towarzystwa przedstawiono środki umożliwiające realizację wyżej wymienionych celów, do których zalicza się działalność naukową, popieranie działalności wydawniczej, popieranie badań naukowych, organizowanie wymiany naukowej z zagranicą, organizowanie konferencji, sympozjów i seminariów, dofinansowywanie uczestnictwa członków w innych konferencjach, sympozjach i seminariach. Członkowie Towarzystwa aktywnie uczestniczą w działalności naukowej, badawczej i publikacyjnej Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Towarzystwo dofinansowuje uczestnictwo swoich członków w konferencjach organizowanych przez inne uczelnie, a także współuczestniczy w organizowanych przez Wydział Nauk o Zdrowiu konferencjach i sympozjach. Zgodnie z prawem o działalności stowarzyszeń i towarzystw, PTNoZ składa na bieżąco sprawozdania finansowe i podatkowe oraz organizuje walne zebrania członków Towarzystwa zatwierdzając sprawozdania i oceniając działalność statutową.

W roku bieżącym Towarzystwo jest głównym organizatorem m.in. konferencji „Profilaktyka zagrożeń zdrowotnych u dzieci w młodszym wieku szkolnym” i „Ochrona Zdrowia Społecznego”. Zgodnie z uchwałą podjętą na walnym zebraniu planowane jest wydawanie zeszytów naukowych Towarzystwa.

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



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Miejsce pracy, stanowisko

Ukończona uczelnia/szkoła, kierunek, specjalność

Uzyskany tytuł/stopień/zawód

Data urodzenia

Telefon kontaktowy

E-mail

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

Data

Podpis

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

Informacja o nowym dziale „Prawo w Pielęgniarstwie”

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



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

cjaliści w dziedzinie ochrony zdrowia dołożą wszelkich starań, aby przedstawiane zagadnienia i odpowiedzi na Państwa pytania były rzetelne i w pełni zadowalające.

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

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

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
Wydział Nauk o Zdrowiu
w Poznaniu

proceeds recruitment of candidates for

SPECJALIZACJĘ Z ORGANIZACJI I ZARZĄDZANIA

Specialization will be conducted on the basis of a shortened 12-month program and is intended for persons with a higher master's nursing education or a nursing diploma, who have at least two years of work experience in a profession, holding a managerial position in organizational health service entities or preparing to take up such positions.

Specialization ends with a state exam conducted in CKPPIP in Warsaw.

Classes will be conducted in a mixed system (lectures on Fridays, Saturdays and Sundays and 1 or 2 1-day seminars from Monday to Sunday).

Applications in person or by mail and **additionally by electronic mail**:

Zakładzie Organizacji i Zarządzania
Wydziału Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego
60-179 Poznań, ul. Smoluchowskiego 11 (pokój 201)
tel. /061/ 8612-250, fax 8612-251
e-mail: orgzarz@ump.edu.pl

Cost of participation – 4,000.00 zł (possibility of payment in 4 installments).

Kierownik specjalizacji z organizacji i zarządzania
dr hab. Maria Danuta Głowacka

ZASADY RECENZJI NADSYŁANYCH PRAC DO PIELEŃNIARSTWA POLSKIEGO

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

REVIEW SYSTEM OF THE POLISH NURSING

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

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC

„**Pielęgniarstwo Polskie**” zamieszcza prace oryginalne, poglądowe, kazuistyczne, sprawozdania ze zjazdów i konferencji, recenzje z książek oraz opracowania z zakresu historii pielęgniarstwa w języku polskim oraz angielskim.

Prace należy przysyłać na adres redakcji w dwóch egzemplarzach drukowanych oraz na nośniku elektronicznym – CD lub dyskietka 3,5” zapisanym w edytorze tekstu program Word. **Tekst nie powinien być adiustowany.** Do każdej pracy należy dołączyć oświadczenie Autorów, iż praca nie była drukowana wcześniej w innym czasopiśmie oraz zgodę kierownika jednostki na publikację.

Do pracy należy na osobnej kartce dołączyć adres do korespondencji oraz numer telefonu kontaktowy do Autora pracy.

Pierwsza strona pracy powinna zawierać:

- tytuł pracy w języku polskim i angielskim
- Autora (Autorów)
- afiliację Autora
- nazwisko kierownika jednostki
- streszczenie w języku polskim i angielskim. Streszczenia powinny mieć charakter strukturalny – zawierać w sobie cel, materiał i metody badań, wyniki oraz podsumowanie, nie powinny przekraczać objętością 200 słów
- słowa kluczowe – nie więcej niż pięć.

Prace podlegają dwóm recenzjom, przy czym recenzenci nie znają nazwisk autorów, ani też nazwy ośrodka, z którego praca pochodzi. Recenzenci decydują o dopuszczeniu pracy do druku oraz wskazują na konieczność dokonania poprawek jako warunek dopuszczenia do druku. Autorzy mają obowiązek ustosunkować się na piśmie do poprawek oraz nanieść je w tekście w określonym przez redakcję terminie. Niedotrzymanie terminu wiąże się z niedopuszczeniem pracy do druku.

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

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

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

Tytuły w języku polskim i angielskim nad tabelami.

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

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

- a. tytuł czasopisma z zastosowaniem obowiązujących skrótów (wg Index Medicus), rok, tom, numer strony pierwszej i ostatniej, np.: Kowalski J., Nowak J., Nozologiczne aspekty bólów głowy, *J. Med.*, 2007, 1, 12–27.
- b. tytuł książki, nazwę i siedzibę wydawnictwa, rok wydania, numer strony pierwszej i ostatniej, np.: Pawlak P., Życie i umieranie, w: *Gerontologia*, Malinowski A. (red.), PWN, Warszawa 2007, 12–32.
- c. tytuł rozdziału cytowanej książki, nazwisko/nazwiska i pierwsze litery imion Autora/Autorów tegoż rozdziału, tytuł książki, nazwisko i imię autora (redaktora) książki, nazwę i siedzibę wydawnictwa, rok wydania, numer pierwszej i ostatniej strony cytowanego rozdziału.

Wymagania co do objętości prac

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

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

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

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

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

Adres Redakcji:

Pielęgniarstwo Polskie, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań
e-mail: pielęgniarstwo.polskie@ump.edu.pl

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE EDITOR'S REQUIREMENTS
GUIDANCE FOR POTENTIAL CONTRIBUTORS

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

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

The first page of a paper should include:

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

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

The Editor reserves the right to make any adjustments of style, terminology and abbreviations as well as corrections of the English version, without asking for the Author's consent. Articles must be edited in line with the adopted style, spelling and terminology requirements. Abbreviations must be defined in full in the text.

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

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

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

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

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

Length requirements

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

The phenomena of „ghostwriting” or „ghost authorship” are considered dishonest and unacceptable. To counteract their occurrence the Editorial Board asks all listed authors of submitted papers to provide information on their contribution in manuscript preparation. The information has to be qualitative in character i.e. the authors should state whether their work included preparation of conceptual framework, assumptions, methods, protocol etc. Authors are also asked to state sources of funding for research, the results of which are presented in the submitted paper. In addition, each author must complete and submit a statement which should be attached to the manuscript.

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

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