

Edukacja Zdrowie Społeczeństwo



Zeszyty Naukowe
PWSZ w Koszalinie
Nr 4/2022


PAŃSTWOWA WYŻSZA
SZKOŁA ZAWODOWA
— W KOSZALINIE —

ZESZYTY NAUKOWE

PAŃSTWOWEJ WYŻSZEJ SZKOŁY ZAWODOWEJ W KOSZALINIE

NR 4/2022

EDUKACJA – ZDROWIE – SPOŁECZEŃSTWO

ZESZYTY NAUKOWE
PAŃSTWOWEJ WYŻSZEJ SZKOŁY ZAWODOWEJ
W KOSZALINIE

NR 4/2022

EDUKACJA – ZDROWIE – SPOŁECZEŃSTWO



PAŃSTWOWA WYŻSZA
SZKOŁA ZAWODOWA
— W KOSZALINIE —
KOSZALIN 2022

Komitet Naukowy

dr Jan Kuriata (PWSZ w Koszalinie),
prof. dr. phil. Helene Ignatzi (Evangelische Hochschule, Nürnberg),
prof. PD dr. theol. Barbara Städtler-Mach (Evangelische Hochschule, Nürnberg),
dr hab. Małgorzata Mołęda-Zdziech, prof. nadzw. (Szkoła Główna Handlowa w Warszawie),
prof. dr hab. Maria Laszczyńska (PWSZ w Koszalinie, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie),
dr hab. Renata Urban, prof. nadzw. (Uniwersytet Szczeciński), dr hab. Jarosław Klejnocki, prof. nadzw.
(Uniwersytet Warszawski), prof. dr hab. Krystian Kaletha (PWSZ w Koszalinie).

Komitet Redakcyjny

dr Danuta Apanel (redaktor naczelny, pedagogika),
dr Monika Pawłowska (z-ca redaktora naczelnego, pedagogika, socjologia),
dr Małgorzata Guzińska (redaktor statystyczny, ekonomia), dr Urszula Sokal (psychologia),
dr Renata Kaczmarek (pedagogika), dr Agnieszka Połaniecka (nauki o kulturze fizycznej),
dr Joanna Krawczyk (nauki medyczne), dr Joanna Łoś (nauki medyczne),
dr Jolanta Kowalska-Bigulak (nauki o zdrowiu), dr Magdalena Łuczowska (nauki o bezpieczeństwie),
dr hab. prof. nadzw. UŁ Julia Mazurkiewicz-Sułkowska (język rosyjski),
dr Agnieszka Kühnl-Kinel (język francuski), mgr Joanna Rudecka (język polski),
mgr Alicja Skoczypiec (język niemiecki), mgr Monika Lipiec-Karwowska (język angielski),
mgr Beata Żuber (opracowanie graficzne).

Projekt okładki: Bartosz Żuber

Recenzenci współpracujący

prof. dr hab. Tomasz Jurek (Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu),
prof. dr hab. inż. Piotr Sienkiewicz (Wojskowa Akademia Techniczna im. Jarosława Dąbrowskiego
w Warszawie), dr hab. Tomasz Maliszewski, prof. ucz. (Akademia Marynarki Wojennej w Gdyni),
dr hab. Jarosław Kowalik, prof. nadzw. (Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie), prof. zw. dr hab.
Marian Kopczewski (Akademia Wojsk Lądowych im. Gen. Tadeusza Kościuszki we Wrocławiu), dr Ewa
Murawska (Akademia Pomorska w Słupsku),), dr Beata Plitta-Michalak (Uniwersytet Warmińsko-Ma-
zurski w Olsztynie), dr Hanna Sommer (Politechnika Rzeszowska w Rzeszowie), dr n. med. Aleksandra
Bryndal (Akademia Pomorska w Słupsku), dr n. o zdr. Magdalena Tańska (Akademia Pomorska w Słupsku)

ISSN 2657-795X

Przygotowanie do druku i druk

Wydawnictwo WITANET
tel. 601 35 66 75; www.witanet.net; wydawnictwo@witanet.net

Wydawca

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koszalinie
ul. Leśna 1, 75-582 Koszalin
www.pwsz-koszalin.pl

Obj. 10,52 ark. wyd., format B5, nakład 130 egz.

SPIS TREŚCI

I. EDUKACJA – WYBRANE ASPEKTY PROCESU TERAPII W DAŻENIU DO ŻYCIOWEGO DOBROSTANU

MALWINA PASZYN

Muzykoterapia w procesie rewalidacji i wspierania w rozwoju –
czyli o wpływie muzyki na człowieka 9

EWA OLSZEWSKA

Metoda kynoterapii w rewalidacji osób z dziecięcym porażeniem mózgowym 23

AGNIESZKA GOSTOMCZYK, AGATA GZIEŁŁO, KLAUDIA POŁUDNIAK,
JOANNA KRAWCZYK

Wady postawy u dzieci w wieku 12 lat zamieszkałych na terenie miasta Koszalin
po pandemii covid-19 33

ЛИСЕНКО ОЛЕКСАНДРА

Професійна етика і норми професійних ділових відносинж педагогічний
контекст 41

II. ZDROWIE – WYBRANE ASPEKTY EDUKACJI ZDROWOTNEJ, PROFILAKTYKI I PROMOCJI ZDROWIA

AGNIESZKA STRUŻYNA

Wzrost zainteresowania konsumentów produktami typu superfoods na polskim
rynku żywności ekologicznej 53

JUSTYNA SALAMON, JOLANTA KOWALSKA-BIGULAK,
ANNA LEBIEDZIŃSKA

Wiedza i zachowania żywieniowe kobiet ciężarnych 63

MAGDALENA ZWOLAN-SCHMIDT, JOLANTA KOWALSKA-BIGULAK,
ANNA LEBIEDZIŃSKA

Ocena częstości spożycia ryb i owoców morza oraz świadomości konsumenta
o ich walorach odżywczych 75

MAŁGORZATA ŻUBRYJ, KRYSZYNA ZIÓŁKOWSKA
Wpływ wybranych czynników na jakość życia kobiet z nietrzymaniem moczu 89

JESICA BRUKSZTUS, KRYSZYNA ZIÓŁKOWSKA
Aktywność fizyczna a satysfakcja z życia społeczności Koszalina i okolic 113

MAGDALENA MIELNICZUK-GONCALVES, PAULINA FIGURA
Atopowe zapalenie skóry i łuszczyca, czyli jak negatywne emocje wpływają na skórę 141

DANUTA DUDZIEC-LIŚNIEWSKA
Zastosowanie dziurawca zwyczajnego w fitoterapii oraz w kosmetologii 151

DOMINIKA SZYSZKA
Historia podologii i rola współczesnego podologa 157

III. SPOŁECZEŃSTWO – WYBRANE ASPEKTY BEZPIECZEŃSTWA SPOŁECZNEGO

MAGDALENA WINTER, KRYSZYNA ZIÓŁKOWSKA
Realizacja narodowego programu szczepień przeciw Covid-19 na przykładzie Punktu Szczepień Regionalnego Centrum Medycznego w Białogardzie 167

ARTUR DĄBEK, AGATA TURBIARZ
Rola Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Manowie w kreowaniu poczucia bezpieczeństwa społecznego jej mieszkańców 187

ARTUR DĄBEK, NATALIA ZAKUBIŃSKA
Zakres wiedzy studentów kierunku bezpieczeństwo narodowe PWSZ w Koszalinie na temat przestępczości zorganizowanej w Koszalinie 201

**I. EDUKACJA – WYBRANE ASPEKTY
PROCESU TERAPII W DAŻENIU
DO ŻYCIOWEGO DOBROSTANU**

MALWINA PASZYN

absolwentka Akademii Pomorskiej w Słupsku

MUZYKOTERAPIA W PROCESIE REWALIDACJI I WSPIERANIA W ROZWOJU – CZYLI O WPŁYWIE MUZYKI NA CZŁOWIEKA¹

MUSIC THERAPY IN THE PROCESS OF REVALIDATION AND DEVELOPMENT SUPPORT – OR ON THE INFLUENCE OF MUSIC ON HUMAN

Współczesna muzykoterapia rozszerza swój zasięg już nie tylko na wszystkie zakresy medycyny (psychoterapia muzyczna, neuromuzykoterapia, muzykoterapia somatyczna), lecz niemalże na wszelkie dziedziny humanistyczne, a także niektóre ścisłe, budząc zainteresowanie różnych środowisk i stając się częścią szerokiej debaty naukowej i ogólnokulturowej.²

Elżbieta Galińska

Słowa kluczowe: muzykoterapia, terapia muzyką, zajęcia muzykoterapii, rewalidacja, rozwój

Abstrakt: Artykuł prezentuje zagadnienie muzykoterapii pod kątem oddziaływań i skuteczności tej techniki terapeutycznej w procesie wspierania rozwoju i rewalidacji. Ukazuje istotny aspekt samego sposobu prowadzenia zajęć z muzykoterapii oraz jak te zajęcia wpływają na klienta. Poruszony został również temat negatywnego wpływu muzyki. Dzięki tym rozważaniom można zrozumieć istotę całego procesu terapeutycznego i odpowiedzialności za prowadzenie terapii muzyką, w tym dostosowanie treści muzycznych i działań terapeutycznych odpowiednio dostosowanych do klienta.

Keywords: music therapy, music therapy classes, revalidation, development

Abstract: The article describes the issue of music therapy in terms of the impact and effectiveness of a given tool in the process of supporting development and revalidation. An important aspect of the method of conducting music therapy classes and how the classes affect the client is indicated. The negative influence of the musician was also discussed. Thanks to these considerations, it is possible to understand the essence of the entire therapeutic process and the responsibility for conducting music therapy, including the adaptation of musical content and therapeutic activities appropriately adapted to the client.

WSTĘP

W literaturze przedmiotu często spotykamy się z dobrostanem płynącym z terapii muzyką. Potwierdzeniem tego są prowadzone badania na temat oddziaływania muzyki w pedagogice, medycynie czy psychologii. Wiele badań pokazuje skuteczność działań muzykoterapeutycznych.

¹ Tekst opracowany został na podstawie pracy magisterskiej *Muzykoterapia w procesie rewalidacji i wspierania w rozwoju w opiniach i doświadczeniach terapeutów* przygotowanej w Instytucie Pedagogiki AP w Słupsku, w 2022 r. pod kierunkiem dr Danuty Apanel.

² Halina Kleszcz, *Muzyka a zdrowie człowieka w perspektywie psychologicznej*, „Alma Mater” nr 132, luty 2011, s. 132.

Terapia muzyką jest stosowana w wielu dziedzinach, między innymi takich jak psychiatria, medycyna czy pedagogika. Coraz częściej przedstawiciele różnych nauk sięgają po dobroczynny wpływ muzyki. Muzykoterapia to przede wszystkim terapia, a nie tylko słuchanie muzyki. To cały proces, który zaczyna się od diagnozy i stawiania celów terapeutycznych po ewaluację działań i wyników. Odpowiednio przygotowany proces niewątpliwie wpływa pozytywnie na poprawę funkcjonowania jednostki, pod względem emocjonalnym, fizycznym czy psychicznym.

Głównym komponentem muzykoterapii jest w rzeczy samej muzyka. Przybiera ona różny charakter oraz odbiór słuchacza. Muzyka może oddziaływać na człowieka zarówno pozytywnie jak i negatywnie. Dlatego tak ważne w muzykoterapii jest profesjonalne przygotowanie się do podjęcia pracy z klientem.

MUZYKA I JEJ POCZĄTKI

Dźwięki towarzyszą człowiekowi od zawsze, odkąd życie istnieje. Wokół człowieka jest wiele odgłosów, takich jak szum wiatru, grzmoty w czasie burzy, głos innych ludzi czy zwierząt. Można by tak wymieniać bez końca. Z czasem ludzie zaczęli sami tworzyć rytm i dźwięk, a łącząc je, powstawała właśnie muzyka. Już w dziejach plemion muzyka stanowiła istotny element w obrzędach i rytuałach plemiennych. Pierwszy pisemny zapis, który datuje się na XV w. p.n.e., pochodzi z egipskich papirusów. Są to bowiem karty Starego Testamentu. W Księdze Samuela czytamy „A kiedy za sprawą Boga nachodził Saula duch, Dawid brał lirę i zaczynał grać. Wtedy Saul doznawał ulgi, zaczynał czuć się lepiej i odstępował od niego duch zły”³. Zapis ten jasno określa i opisuje leczniczy wpływ muzyki na człowieka, w tym przypadku na króla Saula. W starożytnym Egipcie natomiast śpiew był nieodłącznym elementem wznoszonych modłów. Uważano wówczas, że właściwa intonacja, inaczej mówiąc, zaśpiew, był podstawą do ważności i skuteczności danej modlitwy. W starożytnej Grecji „Asklepiades Eskulap stosował czarodziejskie śpiewy jako środek pomocniczy w leczeniu chorych umysłowo. Kilka wieków później Platon wspomina o leczeniu opętania za pomocą muzyki (...). Po nim Arystydes Kwintylian stwierdza, że tańce i śpiewy przynoszą ukojenie”⁴. Starożytni Grecy muzykę, obok tańca i poezji, uważali za sposób wyrażania uczuć.

W dzisiejszych czasach muzyka towarzyszy człowiekowi w codziennym życiu już od najmłodszych lat. Pojawia się ona niemal wszędzie i jest częścią kultury.

³ *Biblia, to jest Pismo Święte Starego i Nowego Przymierza*, Ewangeliczny Instytut Biblijny, Poznań 2016, s. 347.

⁴ K. Stachyra, *Podstawy Muzykoterapii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2014, s. 15.

MUZYKOTERAPIA W TEORETYCZNYM UJĘCIU

Muzykoterapia to jednocześnie termin stosowany jako opis działalności praktycznej, która realizowana jest poprzez specjalistę – muzykoterapeutę oraz jako określenie dyscypliny naukowej. W świetle definicji, muzykoterapia to „dział psychoterapii, stosujący odpowiednio dobraną muzykę w leczeniu zaburzeń psychicznych”⁵. Krzysztof Stachyra, w książce „Podstawy muzykoterapii” określa, że „Muzykoterapia jest procesem, w którym wykwalifikowany muzykoterapeuta posługuje się muzyką lub jej elementami w celu przywracania zdrowia, poprawy funkcjonowania lub wspierania rozwoju osób z różnorodnymi potrzebami natury emocjonalnej, fizycznej, umysłowej, społecznej lub duchowej”⁶.

Terapia muzyką jest procesem, w którym panują ogólne zasady. Pierwszym elementem procesu jest diagnoza, w której najczęściej wykorzystywane są narzędzia diagnostyczne stosowane w pedagogice lub w psychologii. Kolejno stawiane są cele pozwalające określić miejsce, do którego należy dążyć. Następnie należy zaplanować cały proces oraz przejść do organizacji, która pozwoli nam na zebranie niezbędnych przedmiotów do przeprowadzenia zajęć. Nie można również zapomnieć dokumentacji, która pozwala na przegląd zapisu zajęć, dzięki czemu jest możliwość dostrzec elementy, na które prowadzący wcześniej nie zwrócił uwagi. Dzięki takiemu uporządkowaniu pracy z podopiecznym mamy do czynienia z prawdziwą muzykoterapią, a nie tylko ze słuchaniem muzyki czy wybijaniem rytmu.

Muzykoterapia jako nauka posiada ogólnie przyjęte modele i techniki, choć w literaturze przedmiotu możemy znaleźć różną klasyfikację modeli terapeutycznych. Trafnie określa to Kinga Lewandowska, która podkreśla, że „mimo tysiącletnich obserwacji i doświadczeń w zakresie terapeutycznego działania muzyki nie udało się jeszcze stworzyć teoretycznie ugruntowanego systemu metod muzykoterapeutycznych. Wyrastają one na podłożu różnych koncepcji psychologicznych, które w dużym uproszczeniu można wyprowadzić z psychoanalizy, teorii uczenia się (tzw. psychoterapia behawioralna) oraz z założeń filozofii egzystencjalnej (psychoterapia humanistyczna)”⁷.

Muzykoterapię można podzielić na indywidualną i grupową. Tę pierwszą, jak określa Christoph Schwabe, można podzielić na trzy obszary⁸. Mianowicie na muzykoterapię indywidualną analityczną, która w swym założeniu dąży do nieświadomych (bądź częściowo nieświadomych) związków konfliktowych; świadomą aktywizację własną, która dotyczy świadomej, twórczej i samodzielnej aktywności klienta oraz na regulację zaburzeń somatycznych. Z całą pewnością muzykoterapia indywidualna skoncentrowa-

⁵ Encyklopedia PWN, Wydawnictwo Naukowe PWN, <https://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/muzykoterapia.html> [dostęp: 1.05.2021].

⁶ K. Stachyra, *Podstawy Muzykoterapii...*, s. 27.

⁷ K. Lewandowska, *Muzykoterapia dziecięca*, Wyd. OPTIMA s.c., Gdańsk 2001, s. 47.

⁸ Ch. Schwabe, *Leczenie muzyką chorych z nerwicami i zaburzeniami czynnościowymi*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1972.

na jest na jednostce, problemowości, z jaką się boryka oraz, co istotne, na postawionych celach indywidualnych. Jest podyktowana uwarunkowaniami danej osoby, podąża za jej preferencjami dotyczącymi istoty samej muzyki.

Natomiast muzykoterapia grupowa jest często ukierunkowana w rozwoju kompetencji społecznych. Taka forma terapii muzyką niekiedy określana jest jako „terapia przyjemnościowa”, ponieważ ma charakter odprężający i relaksujący, gdzie klienci nie zawsze są świadomi celu leczniczego.

Warto tutaj wspomnieć, że muzykoterapię możemy podzielić na aktywną i receptywną. Muzykoterapia aktywna daje bardzo szerokie możliwości. Bardzo często stosowana jest w pedagogice specjalnej czy w rehabilitacji oraz gimnastyce korekcyjnej. Głównym celem tej metody jest usprawnienie różnorodnych dysfunkcji fizycznych. „Muzykoterapię nazywa się aktywną, jeżeli proponuje się podmiotowi nie tylko słuchanie muzyki interpretowanej przez innych (w postaci nagrań lub granej przez muzykoterapeutę), lecz również tworzonej przez niego samego, czyli wypowiedanie się przy zastosowaniu przedmiotów dźwiękowych, instrumentów muzycznych lub bezpośrednio za pomocą ciała i/lub głosu”⁹. W tej metodzie możemy wyróżnić między innymi technikę stymulacji osobistych technik dźwiękowych; technikę stymulacji sensorycznej, sensomotorycznej i afektywnej; ćwiczenia wykorzystujące mowę ciała czy też psychofonię. Dane techniki przede wszystkim skłaniają klienta do aktywności. Dlatego właśnie, niniejsza metoda najczęściej jest wykorzystywana do usprawnienia fizycznego danej osoby. Muzykoterapia aktywna odnosi się głównie do aktywności człowieka, który (nie określając co jest uznane za poprawne i piękne) posiada zdolności twórcze, czyli jest w mniejszy lub większy sposób kreatywny i spontaniczny.

Natomiast jeśli chodzi o muzykoterapię receptywną można mówić, iż klienci poddawani są oddziaływaniu muzyki w sposób bierny. Ta forma ściśle powiązana jest umiejętnością słuchania, oddziałuje wówczas na sferę emocjonalną, co generuje reakcje ukierunkowane na ekspresję werbalną i pozawerbalną. Wykorzystywana muzyka podczas takich zajęć pełni rolę bodźców, które stymulują wyzwolenie skojarzeń oraz wszelkich odczuć. Edith Lecourt muzykoterapię receptywną, twierdząc, że „jest to forma psychoterapii stosowana w leczeniu chorób psychicznych i nerwowych, uzależnień np. wykorzystująca potężną siłę nastrojotwórczą muzyki, jej wpływ na kształtowanie postaw i zachowań ludzkich, a także na emocjonalne reakcje człowieka. Ten rodzaj działalności terapeutycznej wymaga gruntownej wiedzy z zakresu teorii a przede wszystkim literatury muzyki, a także, a może przede wszystkim, ogromnego zasobu wiadomości i praktyki w dziedzinie psychiatrii”¹⁰. Najczęściej spotykane techniki muzykoterapii receptywnej to między

⁹ E. Lecourt, *Muzykoterapia, czyli jak wykorzystać siłę dźwięków*, Wyd. Videograf II, Katowice 2008, s. 126.

¹⁰ T. Żychowska, *Muzyka i jej właściwości terapeutyczne*, [W:] *Blżej muzyki, bliżej człowieka*, red. Białkowskiego A. i Smoleńskiej-Zielińskiej B., Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2002, s. 209.

innymi technika łączenia dwóch krótkich fragmentów, które są całkowitym przeciwieństwem po względem parametru muzycznego, psychologicznego czy fizycznego; technika relaksacyjna; technika GIM (Guided Imagery with Music), którą można określić jako: sterowaniem snu na jawie”; odsłuch muzyczny połączony z inną formą aktywności.

Jeśli chodzi o metody muzykoterapii warto przytoczyć, iż na IX Światowym Kongresie Muzykoterapii w Waszyngtonie w USA w 1999 roku zostało wyróżnionych pięć głównych modeli stosowanych na całym świecie.

- Muzykoterapia Kreatywna, której twórcami są Paul Nordoff¹¹ i Clive Robbins¹². Zbudowany został na podejściu humanistycznym, a głównym założeniem metody kreatywnej jest znajdowanie potencjału klienta a nie skupianie się na deficytach jednostki.
- Muzykoterapia Analityczna, której twórczynią jest Mary Priestley¹³. Model ten wywodzi się od nurtu psychodynamicznego. W tej metodzie wykorzystuje się doświadczenia muzyczne klienta, które mogą pomóc w swobodnej improwizacji, która łączy się z ruchem i werbalizacją.
- Muzykoterapia behawioralna, którą zajmowali się Clifford Madsen i Vanc Cotter. Głównym celem danej metody jest modyfikacja zachowań.
- Wizualizacja Kierowana z Muzyką, której twórczynią jest Helen Bonny. Ten model terapii muzyką głównie dedykowany jest dla osób zdrowych, którzy chcą pogłębić samoświadomość, poprawić samoocenę. Celem tej metody jest uruchomienie procesów wyobraźniowych poprzez słuchanie muzyki.
- Muzykoterapia Benenzowa, twórcą tego modelu jest Rolando Benenzon. Dana metoda terapii przyjmuje aktywną formę, a jej celem jest poprawa jakości życia oraz zwiększenie umiejętności komunikacyjnych.

Warto tutaj przytoczyć metody, które powstały w Polsce. Jak dotąd zostały udokumentowane dwa modele.

- Metoda Mobilnej Reakcji Muzycznej (MRM). Twórcą jest Maciej Kierył¹⁴. Model ten opiera się na aktualnej muzyce rozrywkowej. Jest to ściśle uporządkowany układ ćwiczeń oddechowych, ruchowych, relaksacyjnych i rytmicznych, które są stymulowane muzyką.

¹¹ Paul Nordoff – amerykański kompozytor, pianista i terapeuta

¹² Clive Robbins – brytyjski pedagog Special Needs, muzykoterapeuta.

¹³ Mary Priestley – brytyjska muzykoterapeutka, czerpiąca z teorii Z. Freuda, C. Junga i M. Klein.

¹⁴ Maciej Kierył – lekarz-anestezjolog. Stosował muzyczną premedykację w salach operacyjnych Centralnego Szpitala Kolejowego w latach 1970-2013. Jako muzykoterapeuta pracował w Domu Pomocy Społecznej w Warszawie, w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie oraz w Poradni Odwykowej. Muzykoterapeuta Domu. M. Kierył w pracy nad swoim modelem muzykoterapii inspirował się założeniami pedagogiki C. Orffa i E. Jaques-Dalcroze' a.

- Metoda Portretu Muzycznego. Autorką tego modelu jest Elżbieta Galińska¹⁵. Model ten opiera się na założeniach psychoterapii poznawczej. Celem jest budowanie poczucia tożsamości poprzez konfrontację oraz uświadomienie sobie zmian, które zaszły w procesie terapeutycznym.

Powyżej zostały opisane najpopularniejsze, zarówno na świecie, jak i w Polsce, modele i techniki muzykoterapii. Jak na początku zostało wspomniane, temat nie jest wyczerpujący, gdyż wielu muzykoterapeutów nadal opracowuje nowe techniki. Powyższe jednak stanowią pewną podstawę i w jasny sposób obrazują sposoby i formy pracy z klientem.

ZASTOSOWANIE MUZYKOTERAPII W PROCESIE WSPIERANIA W ROZWOJU I REWALIDACJI

Dla pedagogiki pojęcie rozwoju należy do kluczowych, gdyż głównym celem wychowania jest właśnie rozwój. Rzeczą oczywistą jest, że rozwój towarzyszy człowiekowi przez całe życie. Mówiąc o rozwoju warto przytoczyć tutaj myśl Arystotelesa, który „wymienia więc 3 czynniki kształtujące rozwój człowieka: Physis – naturę ludzką (rozumianą jako organizm biologiczny); Ethos – obyczaj, który sprawia, że człowiek „przyzwyczajają się” (pod wpływem życia społecznego) do pewnych form zachowań; Logos – rozum, umysł człowieka, który jako władza nadrzędna może działać i wbrew naturze, i wbrew przyzwyczajeniom”¹⁶. Rewalidacja zaś jest procesem, zarówno wychowawczym, edukacyjnym, jak i terapeutycznym. Z jednej strony proces rewalidacji wykorzystuje ćwiczenia do usprawnienia zaburzonych funkcji, a z drugiej jej celem jest kompensowanie deficytów poprzez wzmacnianie dobrych stron.

Na proces wspierania rozwoju oraz proces rewalidacji składa się wiele metod i technik. Jak w przypadku każdego oddziaływania wychowawczego, należy jasno określić cele wsparcia, które będą poprzedzone indywidualną diagnozą. Wówczas działanie będzie miało odpowiedni kształt dostosowany do danej osoby lub grupy.

Terapia muzyką jest jedną z metod, która stosowana jest w procesie rozwoju i rewalidacji zarówno dzieci, młodzieży jak i osób dorosłych. Muzykoterapia jest metodą wykorzystującą muzykę w wieloraki sposób i tym samym wpływa na ustrój psychosomatyczny. Możemy powiedzieć, że wręcz w muzykoterapię wpisana jest kreatywność, która może manifestować się na każdym etapie życia człowieka. Muzykoterapia nie wymaga od uczestnika jakiegoś specjalnego przygotowania ani jakichkolwiek umiejętności czy predyspozycji wzrokowych, intelektualnych czy motorycznych. Dlatego jej zastosowanie może być dla szerokiej gamy odbiorców, zarówno zdrowych, jak i osób z niepełnosprawnością.

¹⁵ Elżbieta Galińska – psycholog, muzykoterapeuta, absolwentka warszawskiej muzykologii. Jest twórczynią teoretycznych podstaw muzykoterapii zaburzeń psychicznych. Kierowała Międzykliniką Pracownią Muzykoterapii w Instytucie Psychiatrii i Neurologii.

¹⁶ J. Wilk, *Pedagogika Rodziny*, [W:] seria: *Pedagogika rodziny w teorii i praktyce*, tom 02, wyd. Episteme, Lublin 2016, s. 50.

Znaczną częścią zastosowań muzykoterapeutycznych są działania skierowane do dzieci i młodzieży borykających się z różnymi problemami. Dana technika terapeutyczna niezwykle cenna jest w pracy z dziećmi przedszkolnymi oraz wczesnoszkolnymi. Głównym powodem, dla którego wykorzystywana jest muzyka podczas zajęć dla dzieci, jest fakt, że są one niezwykle wrażliwe na muzykę. Dzięki muzyce dzieci rozwijają się twórczo i emocjonalnie. Muzykoterapia może być ukierunkowana na rekreację czy edukację, ale nie tylko, gdyż można wykorzystać ją w procesach profilaktycznych oraz korekcyjnych. Oczywiście terapia muzyką może spełniać różnego rodzaju zadania, znaczenie ma indywidualna diagnoza oraz odpowiedni dobór zadań co do zdiagnozowanych wcześniej zaburzeń i braków. Do najczęstszych i zarazem najważniejszych zadań terapii muzyką jest usprawnienie psychoruchowe oraz obniżenie skutków niepełnosprawności, w tym rozwoju umysłowego dziecka, stanów lękowych, nadpobudliwości, jak również aktywizacja procesów poznawczych, pobudzanie wyobraźni i twórczego myślenia. Innymi bardzo znaczącymi zadaniami muzykoterapii w pracy z dziećmi z niepełnosprawnością jest pomoc w nawiązywaniu kontaktów z innymi, tworzenie pozytywnego obrazu samego siebie, ale też nauka odpoczynku i relaksu oraz nierzadko rozwijanie nowych umiejętności.

Ludwika Konieczna-Nowak uważa, że „muzykoterapia wydaje się szczególnie użyteczną i dogodną formą terapeutycznego oddziaływania skierowanego do dzieci i młodzieży – ze względu na stosunek młodych ludzi do jej podstawowych narzędzi, tj. muzyki”¹⁷. Niewątpliwie muzyka kojarzona jest z czymś pozytywnym, dając młodemu człowiekowi element rozrywki życiowej. Muzykoterapia może być formą porozumiewania się. Często młodzież wykorzystuje różne gatunki muzyki do wyrażania swoich myśli i emocji. W dzisiejszych czasach jest bardzo popularny wśród młodzieży hip-hop. Wiele młodych ludzi odsłuchuje pewne nagrania tylko po to by znaleźć swoje „ja”. Można powiedzieć nawet, że utożsamiają się ze słuchaną muzyką. Już sam Erik Erikson mówił o poszukiwaniu swojej tożsamości w okresie adolescencji.

Muzyka może mieć w tym okresie bardzo znaczący wpływ na rozwój jednostki. Nie tylko twórczy, ale można powiedzieć tożsamościowy. Młodzież często szuka inspiracji i tzw. oddechu, czyli swojej przestrzeni. Poprzez muzykoterapię, możemy nie tylko dotrzeć do młodych ludzi, by wspierać i rozwijać ich człowieczeństwo, ale możemy pokazać im, że świat, podobnie jak muzyka, jest wielokolorowy. Młodzież przeżywa swoje własne problemy. Często nie dzieląc się nimi z nikim, zamykają się w swojej rzeczywistości. Nie rzadko prowadzi to do różnych stanów lękowych czy nawet depresji. Muzykoterapia jest jednym z narzędzi wspierania leczenia depresji zarówno wśród młodzieży, jak i dorosłych.

Muzykoterapia ma swoje zastosowanie również wśród osób dorosłych. Najbardziej znaną rolą muzykoterapii wśród tej grupy wiekowej jest rola relaksacyjna. Oczywiście jest

¹⁷ L. Konieczna-Nowak, *Wprowadzenie do muzykoterapii*, Oficyna wydawnicza IMPULS, Kraków 2013, s. 47.

to element wyciszenia i tzw. „resetowania się”. Jednakże coraz częściej terapia muzyką znajduje swoje zastosowanie w medycynie, m.in. w takich dziedzinach jak neurologia, onkologia, psychiatria czy profilaktyka zdrowia psychicznego. Muzykoterapia szczególnie zastosowanie ma w psychiatrii. „Wpływa na korekcję zaburzonych funkcji, stymulację rozwoju w warunkach ograniczonego dostępu do bodźców, usunięcie napięcia psychofizycznego i dostarczenia pozytywnych doświadczeń społecznych.”¹⁸ Coraz bardziej popularne staje się zastosowanie technik muzykoterapeutycznych w odniesieniu do seniorów. „Najczęstszą przyczyną interwencji muzycznych w tej grupie wiekowej jest przeciwdziałanie skutkom depresji, demencji, otępieniu typu alzheimerowskiego oraz deficytom w życiu społecznym”¹⁹. Osoby starsze bardzo często potrzebują bodźców zewnętrznych do utrzymania sprawności fizycznej i psychicznej. Muzykoterapia nie tylko pozwala na aktywność fizyczną seniorów, poprzez taniec, klaskanie, płaśnianie itp., ale również działa na sferę psychiczną. Pod względem wsparcia fizycznego umożliwia spowolnienie procesu starzenia się oraz poprawia zdolności fizyczne, które podnoszą i przedłużają postawę samodzielności. Bardzo częstą dolegliwością, poza chorobami somatycznymi, jest depresja. Istnieją czynniki ryzyka, które wskazują na wystąpienie symptomów depresyjnych, są to m.in. utrata bliskich osób, pogorszenie się funkcjonowania narządów wzroku i słuchu, przewlekłe choroby somatyczne czy samotność. Jak już wcześniej było wspomniane, muzyka oddziaływała na cały ludzki organizm. Toteż można uznać, że wpływ muzykoterapii aktywuje system neuroprzekazników i tym samym wspiera leczenie.

Zastosowanie terapii muzyką jest bardzo szerokie, a udział w niej może wziąć każdy człowiek bez względu na wiek, płeć czy stan zdrowia.

ODDZIAŁYWANIE MUZYKOTERAPII

Zastanawiając się nad funkcjami muzykoterapii należy określić, że sama muzyka oddziałuje na człowieka na trzech płaszczyznach. Na płaszczyźnie emocjonalnej, fizjologicznej oraz estetycznej.

Zważywszy na powyższe, muzykoterapia pełni określone funkcje. Do najważniejszych funkcji muzykoterapii należą:

- Funkcja wychowawcza. Polega na kształtowaniu i stwarzaniu sytuacji wychowawczych poprzez muzykę. Funkcja ta pozwala na kształtowanie kultury muzycznej, rozwijanie umiejętności słuchania, czy też kształtowanie umiejętności manualnych (np. gra na instrumentach). Muzykoterapia kształtuje umiejętności odczuwania piękna oraz w znaczny sposób oddziałuje na pamięć.

¹⁸ E. Paszkiewicz-Mes, *Muzykoterapia jako metoda wspomagająca leczenie*, Hygeia Public Health 2013, 48(2): 168-176, s. 170-171: <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2013/hyg-2013-2-168.pdf>. [dostęp: 02.08.2021]

¹⁹ M. Radzińska, Katedra i Klinika Geriatrii, Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy, *Muzykoterapia dla seniora*, Gerontologia Polska nr 26; 226-228, 2018, s. 228

- Funkcja rozwojowa. Najogólniej mówiąc stymuluje i wspiera indywidualny rozwój jednostki.
- Funkcja poznawczo-stymulująca. Dzięki niej następuje mobilizacja do aktywności poznawczej poprzez dostarczane informacje przede wszystkim o samym sobie.
- Funkcja kreatywna. Jej zadaniem jest rozwijanie twórczego potencjału i pobudzanie wyobraźni.
- Funkcja psychoterapeutyczna. Pozwala na redukcję obciążeń psychicznych, takimi jak lęk czy niepokój, z którymi zmagają się jednostki. Dzięki tej funkcji można kształtować samoakceptację.
- Funkcja integracyjna. Klient nabywa umiejętności społecznych poprzez nawiązywanie lub podtrzymywanie relacji.
- Funkcja fizjoterapeutyczna. Funkcja ta dotyczy usprawniania funkcji psychosomatycznych oraz ubytków somatycznych, które jednostka utraciła, bądź poziom sprawności obniżył się w mniejszy lub większy sposób.
- Funkcja readaptacyjna. Ma na celu przygotowanie klienta do opuszczenia placówki leczniczej bądź rehabilitacyjnej.
- Funkcja adaptacyjna. Służy przygotowaniu jednostki do pobytu i funkcjonowania w placówkach leczniczych czy rehabilitacyjnych, szkolnych czy rewalidacyjnych. Funkcja ta pozwala na zaakceptowanie pewnego stanu lub sytuacji.
- Funkcja ekspresyjna. Odpowiada na naturalne potrzeby ruchu i działania.
- Funkcja emocjonalna. W tym obszarze działa w sposób uwalniający pozytywne emocje i przeżycia emocjonalne²⁰.

Muzykoterapia poza wymienionymi wyżej posiada jeszcze szereg funkcji. Zależne są one od jednostki bądź grupy z jaką w danym momencie podejmuje się pracę. Można mówić również o funkcjach estetycznych czy rekreacyjnych, które występują, choć rzadziej, w programie muzykoterapeutycznym. Można również powiedzieć, że tego typu funkcje odbioru muzyki doświadczają ludzie na co dzień, bardziej lub mniej świadomie.

Warto również dodać, że muzykoterapia porusza się w kilku obszarach, takich jak: medycyna, dydaktyka czy relaksacja. „E. Galińska wyodrębniła obszary oddziaływań muzykoterapeutycznych, takie jak: psychosomatyczny, psychologiczny, psychomotoryczny oraz pedagogiczny. [...] Badaczka dostrzegła w muzykoterapii następujące metody: odreagowująco-wyobrażeniowe oraz aktywizujące emocjonalnie, treningowe, relaksacyjne, komunikatywne, kreatywne, psychodeliczne/ekstazyjne/estetyzujące/kontemplacyjne oraz muzyczny trening uwrażliwienia”²¹. Dzięki tak szerokiemu zastosowaniu

²⁰ Por. M. Kamper-Kubańska, *Muzyka jako środek oddziaływania terapeutycznego* [W:] *Teraźniejszość i przyszłość osób niepełnosprawnych w kontekście społecznych zmian*, red. G. Mikołajewska, B. Olszak-Krzyżanowska, Oficyna Wyd. „Impuls”, Kraków 2008, s. 321-322.

²¹ L. Konieczna-Nowak, *Wprowadzenie do muzykoterapii...*, s. 18.

muzykoterapia może być stosowana w wielu momentach kryzysowych danej osoby. Począwszy od kryzysów somatycznych do problemów natury psychicznej poprzez rehabilitację zarówno ruchową, jak i psychiczną. Wielość funkcji jakie pełni muzykoterapia pozwala na pracę z dziećmi, młodzieżą czy osobami starszymi, w tym z seniorami.

Muzyka wpływa na człowieka w obszarze fizjologicznym, estetycznym i emocjonalnym. Podczas słuchania wybranych treści muzycznych, w zależności od predyspozycji, świadomie lub nieświadomie wpływa ona na sferę emocjonalną słuchacza. Może być to wpływ pozytywny oraz negatywny. „Reakcje słuchacza na muzykę, zarówno fizjologiczne, jak i emocjonalne, uzależnione są od wielu czynników indywidualnych, np. upodobań muzycznych czy aktualnego nastroju. Istnieją jednak także mechanizmy odbioru muzyki, które są w dużej mierze uniwersalne. Bardzo naturalnym zjawiskiem związanym z oddziaływaniem muzyki na słuchacza na płaszczyźnie fizjologicznej jest np. wodzenie akustyczne polegające na dostosowywaniu się rytmu procesów fizjologicznych organizmu odbiorcy do rytmu słuchanej muzyki na zasadzie rezonansu. Z rytmem muzyki może się synchronizować np. praca serca, oddech czy przewodnictwo impulsów nerwowych”²². Towarzyszące słuchaniu muzyki emocje mogą być różne, m.in.: radość, smutek, strach, lęk, spokój czy złość. Alicja Ryczkowska w swoim artykule²³ wspomina o kilku mechanizmach wywoływania emocji przez muzykę. „Są to procesy związane z odruchami pnia mózgu, zjawiskiem warunkowania ewaluatywnego, mechanizmem tzw. „zarażania emocjami”, stymulacją wyobraźni wizualnej, aktywacją pamięci epizodycznej oraz z oczekiwaniami muzycznymi słuchacza”²⁴. Wyżej wymienione mechanizmy to bardzo szeroko rozumiana problematyka. Jednakże pozwalają na dostrzeżenie faktu, że muzyka może przynieść negatywny skutek. Oczywiście istotną rolę odgrywają tutaj doświadczenia i preferencje jednostki. Nie można jednoznacznie stwierdzić, że dany utwór będzie źle wpływał na większość osób. Taki odbiór emocjonalny ma charakter jednostkowy, dlatego tak ważne w pracy muzykoterapeutycznej jest dobór odpowiednich treści muzycznych po uprzedniej diagnozie i obserwacji.

Czy zatem muzyka może być szkodliwa? Oczywiście nie ma jednoznacznej odpowiedzi, jednakże słuchanie nieodpowiednich treści może znacząco obniżyć nastrój lub nawet pogłębić stan depresyjny. Dzieje się tak głównie na skutek doboru treści muzycznych, preferencji słuchacza i jego emocjonalnego zaangażowania się w daną treść.

Tutaj rodzi się istotne pytanie, dotyczące muzyki w muzykoterapii, a konkretniej rzecz ujmując jej doboru. Oczywiście istnieją tzw. „apteczki muzyczne”, które zawierają szereg sprawdzonych i wykorzystywanych utworów. Jakiej więc użyć muzyki? Należy zawsze

²² A. Ryczkowska, *Mechanizmy oddziaływania muzyki na procesy fizjologiczne i emocjonalne słuchacza*, Kwartalnik Młodych Muzykologów UJ 02 (29):139-155, <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=468586> [dostęp: 02.08.2021].

²³ A. Ryczkowska, *Mechanizmy oddziaływania...*, s. 139-155.

²⁴ A. Ryczkowska, *Mechanizmy oddziaływania...*, s. 145.

spojrzeć na preferencje klienta oraz cel działania. By można było mówić o skutecznej terapii muzyką, musi ona trafić do klienta, zatem należy wziąć pod uwagę w jakim muzycznym środowisku się „obraca”. Jeżeli muzyka ma być terapeutyczna należy podążać za klientem, dlatego można stwierdzić, że każdy gatunek muzyczny jest dopuszczalny i może znaleźć swoje zastosowanie.

METODOLOGICZNE ZAŁOŻENIA BADAŃ WŁASNYCH

Poszukiwania w przeprowadzonych badaniach koncentrowały się przede wszystkim na wpływie i skuteczności muzykoterapii w procesie wspierania w rozwoju i rewalidacji. W tym kontekście zbadano, na podstawie opinii i doświadczeń terapeutów, jak przedstawia się dana tematyka. Problematyka badań odnosi się także do skuteczności muzykoterapii oraz wpływu muzyki w stanach depresyjnych.

Prezentowane badania zostały przeprowadzone w kwietniu 2022 roku. Zastosowano metodę sondażową oraz przytoczony został indywidualny przypadek jako egemplifikacja i potwierdzenie skuteczności terapeutycznej muzyki. W badaniu sondażowym wzięło udział 84 osoby ze środowiska terapeutycznego. Natomiast metoda indywidualnego przypadku została przeprowadzona na podstawie doświadczeń kobiety, która dzięki muzykoterapii rozwinęła swoje umiejętności muzyczne, a poprzez zrozumienie stanu depresji zmieniła swoje preferencje muzyczne. Celem było zbadanie opinii specjalistów, w tym przypadku osób prowadzących zajęcia muzykoterapii. Terenem badań była cała Polska. Specjaliści, którzy brali udział w badaniu pracują w różnych instytucjach, takich jak: szkoły, przedszkola, Domy Pomocy Społecznej, ośrodki wychowawcze, ośrodki leczenia uzależnień oraz świetlice, w których prowadzone są zajęcia o charakterze warsztatowym, wspomagającym, terapeutycznym, itp.

Zebrany został dość obszerny materiał empiryczny, dlatego poniżej zaprezentowano najistotniejsze fragmenty i kluczowe odpowiedzi dotyczące problematyki badawczej.

WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

W pierwszej kolejności warto zaznaczyć, że zajęcia muzykoterapii są stosowane i praktykowane w każdej grupie wiekowej.

Profesjonalne podejście muzykoterapeutyczne często wykorzystuje różne gatunki muzyczne, zaczynając od muzyki klasycznej, przez pop, a kończąc na hip-hopie. Istotne jest w terapii muzyką dobrać takie treści, które przede wszystkim nie szkodzą, które nie generują złości, zdudzenia, czy traumatycznych wspomnień.

Muzykoterapia nie tylko wspiera rozwój człowieka, ale też prowadzi do kreatywnego myślenia, rozwija umiejętności społeczne, wspiera rozwój emocjonalny i psychoruchowy. Zajęcia te mają również wpływ na aktywność osób z niepełnosprawnością i pomagają w korygowaniu deficytów.

Muzyka może oddziaływać na człowieka zarówno pozytywnie i negatywnie. Analizując odpowiedzi dotyczące negatywnej strony słuchania muzyki, zazwyczaj odbywa się to bez kontroli specjalisty. Potwierdza to badany indywidualny przypadek. Muzyka może człowieka wzmacniać, ale też sprawić, że pogłębia się jego obniżony nastrój, czy nawet depresja. W dzisiejszej dobie Internetu mamy nieograniczony dostęp do różnego rodzaju muzyki, nie zawsze człowiek kieruje się tym co dla niego dobre. Muzyka jest dobra, lecz jeśli nie ma się świadomości, co dany utwór generuje w naszych emocjach, myślach i ciele, można samemu sobie robić krzywdę. Warto tu przytoczyć jedną z wypowiedzi terapeutów biorących udział w badaniu:

„Muzyka niesie w sobie silny ładunek emocjonalny. Połączona z tekstem niosącym szeroko rozumiane negatywne przesłanie wpływa na kształtujący się światopogląd, ogląd samego siebie i stosunek do drugiego człowieka”²⁵.

Zarówno wyniki ankiet, jak i analiza indywidualnego przypadku, pokazują, że muzykoterapia to nie tylko słuchanie muzyki, ale proces terapeutyczny, który ma na celu wspomóc uczestnika w dążeniu do osiągnięcia rezultatów, takich jakie na początku założono. Często okazuje się, że terapia muzyką wzbudza zainteresowania i popycha do odkrywania nowych pasji i talentów, dzięki czemu rośnie poziom własnej wartości. Muzykoterapia często też łączona jest z innymi formami zajęć, jak zajęcia plastyczne, taniec, czy choćby ćwiczenia relaksacyjne. Dzięki takiej formie osoby z niepełnosprawnością ruchową, mogą poprawiać swoją sprawność.

Najistotniejszym wnioskiem, uzyskanym z przeprowadzonych badań, jest fakt, że według opinii i doświadczeń terapeutów muzykoterapia jest skuteczną metodą w procesie rewalidacji i wspierania rozwoju dzieci, młodzieży i osób dorosłych. Oczywiście niniejsze badania nie wyczerpują podjętej problematyki.

PODSUMOWANIE

Muzykoterapia jest bardzo cennym narzędziem w procesie wspierania w rozwoju i rewalidacji. Świadczą o tym przeprowadzone badania, z których jasno wynika, że dana metoda ma niesamowicie szerokie zastosowanie oraz dobroczynny wpływ na poprawę funkcjonowania bądź rozwijania różnych umiejętności, zarówno artystycznych, jak i komunikacyjnych czy emocjonalnych. Muzykoterapia przede wszystkim powinna opierać się na odpowiednio skonstruowanym planie, co nie tylko ułatwi pracę, ale przede wszystkim pozwoli na dobranie odpowiednich technik i treści muzykoterapeutycznych.

²⁵ Wypowiedź jednego z respondentów w przeprowadzonych badaniach własnych.

Bibliografia:

Druki zwarte:

Biblia, to jest Pismo Święte Starego i Nowego Przymierza, Ewangeliczny Instytut Biblijny, Poznań 2016

Chełkowska-Zacharewicz M., Kaleńska-Rodzaj J., *Psychologia muzyki*, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa 2020

Cylulko P., Głodyszewska-Cylulko J., *Diagnoza i diagnostyka muzykoterapeutyczna*, Wydawnictwo Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego, Wrocław 2020

Galińska E., *Poglądy na lecznicze działanie muzyki „Albo Albo”*, Wydawnictwo ENETEIA, Warszawa 1992

Kamper-Kubańska M., *Muzyka jako środek oddziaływania terapeutycznego [W:] Terazniejszość i przyszłość osób niepełnosprawnych w kontekście społecznych zmian*, red. G. Mikołajewska, B. Olszak-Krzyżanowska, Oficyna Wyd. „Impuls”, Kraków 2008

Konieczna-Nowak L., *Wprowadzenie do muzykoterapii*, Oficyna wydawnicza IMPULS, Kraków 2013

Lecourt E., *Muzykoterapia, czyli jak wykorzystać siłę dźwięków*, Wyd. Videograf II, Katowice 2008

Lewandowska K., *Muzykoterapia dziecięca*, Wyd. OPTIMA s.c., Gdańsk 2001

Sacks O., *Muzykofilia. Opowieści o muzyce i mózgu*, Zysk, 2009

Stachyra K., *Podstawy Muzykoterapii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2014

Schwabe Ch., *Leczenie muzyką chorych z nerwicami i zaburzeniami czynnościowymi*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1972

Wilk J., *Pedagogika Rodziny, seria: pedagogika rodziny w teorii i praktyce*, tom 02, Wyd. Episteme, Lublin 2016

Żychowska T., *Muzyka i jej właściwości terapeutyczne, Bliżej muzyki, bliżej człowieka*, red. Białkowskiego A. i Smoleńskiej-Zielińskiej B., Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2002

Artykuły i rozprawy w wydawnictwach ciągłych:

Bogusz J., *Muzyka a zdrowie człowieka*, „Zeszyty Naukowe” PWSM we Wrocławiu, Wrocław 1973

Dymon M., *Preferencje muzyczne młodzieży w kontekście muzykoterapii – doniesienie z badań*, „Sztuka Leczenia”, Wydanie: 2010 / 3-4, (tom: XXI), [dostęp online] <http://www.sztukaleczenia.pl/pub/2010/3_4/8_MDymon_Preferencje.pdf>

Kilian M., Cichocka M., *Muzykoterapia w rewalidacji dzieci z niepełnosprawnością wzrokową na podstawie zajęć prowadzonych w Ośrodku Szkolno-Wychowawczym w Laskach*, „Szkoła Specjalna” 2012, 3 (maj-czerwiec), s. 184-196

Kleszcz H., *Muzyka a zdrowie człowieka w perspektywie psychologicznej*, „Alma Mater” nr 132, luty 2011

Paszkiewicz-Mes E., *Muzykoterapia jako metoda wspomagająca leczenie*, „Hygeia Public Health” 2013, 48(2): 168-176, [dostęp online] <<http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2013/hyg-2013-2-168.pdf>>

Poraj G., *Rola muzykoterapii w profilaktyce i terapii dzieci przejawiających zachowania agresywne*, „Wartości w muzyce” 4:406-427. Akademia Muzyczna im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów, Łódź [dostęp online] <<https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=270576>>

Radzińska M., *Muzykoterapia dla seniora*, „Gerontologia Polska” nr 26; 226-228, 2018

Ryczkowska A., *Mechanizmy oddziaływania muzyki na procesy fizjologiczne i emocjonalne słuchacza*, „Kwartalnik Młodych Muzykologów” UJ 02 (29):139-155, [dostęp online] <<https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=468586>>

Netografia:

Encyklopedia PWN, Wydawnictwo Naukowe PWN, [dostęp online], <<https://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/muzykoterapia.html>>

EWA OLSZEWSKA

Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy w Warninie

METODA KYNOTERAPII W REWALIDACJI OSÓB Z DZIECIĘCYM PORAZENIEM MÓZGOWYM

THE METHOD OF KYNOTHERAPY IN THE REVALIDATION OF PEOPLE WITH CHILD CEREAL PALSY

Słowa kluczowe: rewalidacja, pies, kynoterapia, dziecięce porażenie mózgowe, terapeuta, terapia, stymulacja polisensoryczna

Abstrakt: Osoby z dziecięcym porażeniem mózgowym potrzebują wszelkich dostępnych form rewalidacji, które pomogą im wzmacniać i rozwijać każdą z uszkodzonych sfer rozwoju. Jedną z metod pracy – stymulacja polisensoryczna – jest dla nich kluczowa. Taką metodą można pracować na zajęciach rewalidacyjnych z odpowiednio wyszkolonym psem-terapeutą.

Keywords: rehabilitation, dog, canine-assisted therapy (CAT), cerebral palsy, therapist, therapy, polysensory stimulation.

Abstract: People who suffer from cerebral palsy, need all available rehabilitation form. The rehabilitation would help them to enhance and develop each damaged sphere. One of the working methods – polysensory stimulation – is essential for them. This method could be used during rehabilitation classes, with appropriately trained dog-therapist.

REWALIDACJA

Rewalidacja osób z dziecięcym porażeniem mózgowym jest bardzo ważna w procesie ich edukacji, wychowania oraz rehabilitacji. Rewalidacja odnosi się do procesu wzmacniania osób z niepełnosprawnością i zwiększania szans na bycie samodzielnymi zmniejszonych przez niepełnosprawność. Celem oddziaływań rewalidacyjnych jest maksymalizowanie potencjału rozwojowego dziecka. Prowadząc rewalidację, zmierzamy do jak największego usamodzielnienia uczestnika zajęć i możliwie pełnego jego uczestnictwa w społeczeństwie. Cel ten możemy osiągnąć poprzez: rozwijanie jego mocnych stron i wykorzystywanie ich jako bazę do dalszej pracy, maksymalne usprawnianie najsilniejszych funkcji, korygowanie stwierdzonych zaburzeń, dynamizowanie rozwoju poprzez wykorzystywanie naturalnych sytuacji i aranżowanie przestrzeni do nabywania, rozwijania i ćwiczenia umiejętności¹.

Nie każda osoba z dziecięcym porażeniem mózgowym jest osobą z niepełnosprawnością intelektualną, jednak w mojej pracy skupię się na tych właśnie osobach. Rewalidacja jest ważnym elementem kształcenia specjalnego, stąd w jej organizowaniu pomocne mogą okazać się zasady znajdujące zastosowanie w dydaktyce specjalnej. Władysław Dyckik proponuje zwrócić uwagę na następujące aspekty: indywidualizacja

¹ U. Wesół, *Co to jest rewalidacja i jakie jest jej miejsce w systemie edukacji?*, <https://pedagogika-specjalna.edu.pl/rewalidacja/co-to-jest-rewalidacja/>, [dostęp: 20.09.2022].

oddziaływań – dostosowanie ich do potrzeb i możliwości dziecka, wczesna diagnoza – jak najszybsze stwierdzenie nieprawidłowości zwiększa szanse na udzielenie efektywnej pomocy, normalizacja życia – zastosowanie rozwiązań i środków, które umożliwią osobie z niepełnosprawnością uczestnictwo w życiu społecznym na równi z osobami bez niepełnosprawności, wielospecjalistyczność – współpraca pomiędzy specjalistami z różnych dziedzin, współpraca z rodzicami w procesie rewalidacji, podmiotowe traktowanie ucznia, nastawienie na sprawczość i samodzielność, wspieranie, a nie wyręczanie².

W pracy rewalidacyjnej zawsze trzeba uwzględnić przede wszystkim potrzeby i możliwości uczestnika zajęć oraz cele, które chcemy osiągnąć. Otoczenie, baza dydaktyczna, metody pracy oraz osoby pracujące z uczestnikami zajęć są głównym narzędziem do prowadzenia celowej i skutecznej rewalidacji. W pracy z osobami z dziecięcym porażeniem mózgowym największe znaczenie mają metody umożliwiające uczenie się przez działanie i bezpośrednie doświadczanie, wykorzystujące aktywność ruchową i stymulację wielozmysłową, które to sfery u tych osób są często bardzo zaburzone i w ogromnym stopniu ograniczone. Rewalidacja należy do jednej z form pracy w szkołach życia, ośrodkach specjalnych, domach pomocy społecznej itp. placówek.

Istnieje wiele metod rewalidacji osób z mózgowym porażeniem dziecięcym. Jedną z nich jest kynoterapia.

KYNOTERAPIA

Jedną z metod wspomagających pracę z osobami z niepełnosprawnością jest forma zajęć, w której biorą udział zwierzęta. Są to zajęcia prowadzone w ramach AAT – *Animal Assisted Therapy* – terapia z udziałem zwierząt. Polega ona na wyznaczaniu zadań dla uczestników zajęć z aktywnym współudziałem zwierzęcia, a efekty i postępy są mierzone przez prowadzącego terapię. Kynoterapia (inaczej: dogoterapia) należy do tej grupy metod. Kynoterapeuta jest specjalnie przeszkolony do pracy. Nie pracuje sam: zawsze w procesie rewalidacji bierze udział zespół specjalistów. Pies musi przejść odpowiednie szkolenie w zakresie posłuszeństwa oraz kynoterapii. Powinien mieć predyspozycje do takiej pracy. Samo przyjsię z psem nie oznacza zajęć kynoterapeutycznych, ponieważ działania na zajęciach muszą być celowe, długofalowe i mieć określone efekty.

Zwierzę jest czynnym terapeutą pod kierunkiem człowieka, który za nadrzędne cele ma pomóc uczestnikowi zajęć osiągnąć spodziewane efekty rewalidacji. Obecnie wiele zwierząt wykorzystuje się do tej pracy, np. psy, koty, konie, świnki morskie, delfiny. W odniesieniu do pracy rewalidacyjnej z osobami, które mają różne potrzeby oraz deficyty rozwojowe, w tym do osób z niepełnosprawnością intelektualną, kynoterapia jest w Polsce metodą dość popularną, bowiem wspomaganie osób niepełnosprawnych

² Tamże.

odbywa się na wiele sposobów. Ważne jest, aby były one skuteczne oraz akceptowane przez uczestników zajęć.

W 1962 roku amerykański psychiatra dziecięcy Boris Levinson zaczął pracować nad koncepcją, która zakładała, że pies może pomóc jako terapeuta w pracy z dziećmi z różnymi zaburzeniami. Lekarz pracował z dziećmi i obserwował ich zachowanie w stosunku do psów oraz badał wpływ ukierunkowanych zajęć na postępy swoich pacjentów. Pies stał się „łącznikiem” z dzieckiem, które nie łączyło się do ludzi, a otworzyło się właśnie na zwierzę, które zaakceptowało go takiego, jakim było. Levinson pracował głównie z dziećmi z autyzmem, a jego badania przyniosły ciekawe wnioski, do których należą m.in.:

- opieka nad zwierzęciem w dzieciństwie może wyrobić zwiększoną wrażliwość na uczucia i postawy innych ludzi, nauczyć tolerancji, samoakceptacji i panowania nad sobą;
- życie w towarzystwie zwierząt domowych pozwala wcześniej unaocnić dziecku fakty życia i śmierci;
- zwierzęta mogą sprzyjać rozwojowi emocjonalnemu, będąc w okresach wyobcowania, odrzucenia lub kryzysu stałym źródłem przyjaźni, poczucia bezpieczeństwa i otuchy³.

Od tego czasu na świecie zaczęły powstawać organizacje, których głównym celem jest propagowanie tej formy terapii.

Od czasu tej publikacji zaczęto interesować się pracą z udziałem psów na zachodzie i terapia z udziałem zwierząt została uznana za alternatywną metodę wspomaganie w krajach zachodnich. W Polsce metoda znana jest szerzej od 1996 roku, gdzie promowała ją Marta Czerwińska z fundacji „Cze-ne-ka”.

Kynoterapia – zajęcia z udziałem psa – to metoda wspomagająca inne metody terapii i jest używana jako metoda im towarzysząca. Terapeuta musi umiejętnie łączyć ją z dotychczas wypracowanymi, skutecznymi metodami, którymi pracuje z danym uczestnikiem.

Do takich zajęć używane są psy konkretnych, preferowanych ras – głównie golden retrievery, labradory, nowofundlandy. Psy terapeutyczne są odpowiednio szkolone; muszą być przewidywalne, społeczne, reprezentujące rozumne posłuszeństwo. Są pod stałą opieką weterynarza, mają wszystkie obowiązkowe szczepienia i ważne karty odrobaczeń w swoich osobistych książeczkach zdrowia.

Zajęcia z psami można podzielić na terapeutyczną zabawę i skuteczną współpracę. Terapeutyczna zabawa ma na celu nawiązanie kontaktu dotykowego i emocjonalnego z psem poprzez głaskanie, dotykanie, przytulanie, leżenie obok psa. Skuteczna współpraca to realizacja przez chorego i psa programu ćwiczeń sprzyjającego poprawie jego stanu

³ M. Włodarczyk-Dudka, (red.), *Terapia psychopedagogiczna z udziałem psa. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Drwęca, Ostróda 2006, s. 7.

zdrowia. Pies działa jako stymulator do działania, ruchu i wykonywania zadań o różnym stopniu trudności.

Jest to metoda pracy wspierająca rehabilitację, której zaletami są m.in.:

- indywidualny i bezpośredni kontakt z psem
- działanie na wszystkie sfery rozwoju
- ośmielenie się w kontaktach z psem, a poprzez to często wzrasta ośmielenie w kontaktach z ludźmi.

Pies nie dziwi się, nie ocenia, nie patrzy z niezdrowym zainteresowaniem na osobę niepełnosprawną. Pies-terapeuta nie denerwuje się, jest cierpliwy, tolerancyjny, pełen spokoju i ciepła⁴. Razem ze swoim przewodnikiem, opiekunem dziecka (rodzicem, nauczycielem, przyjacielem), rehabilitantem, czasami także lekarzem tworzą zespół pracujący nad usprawnianiem osoby niepełnosprawnej w każdej ze sfer rozwoju. Pies motywuje do działania, wprowadza radość, odprężenie, spontaniczność i nowe doznania. Pies nie krytykuje, nie nakazuje i nie udaje wszystkowiedzącego. Jest prawdziwym terapeutą pod okiem swojego przewodnika – kynoterapeuty.

REWALIDACJA OSÓB Z DZIECIĘCYM PORAŻENIEM MÓZGOWYM

Uczestnicy zajęć kynoterapeutycznych, które mają dziecięce porażenie mózgowie, bywają osobami w normie intelektualnej lub są osobami z niepełnosprawnością intelektualną w różnym stopniu. Zadania i efekty zajęć zależą od postawionej na wstępie pracy diagnozy umiejętności funkcjonalnych danej osoby. Kynoterapia jest metodą wspomagającą, a więc jest dodatkiem do wielu innych metod, którymi pracuje się na co dzień. Ma wspomóc ogólny rozwój uczestnika.

Cele zajęć rewalidacyjnych metodą kynoterapii w pracy z osobami z dziecięcym porażeniem mózgowym to przede wszystkim:

- obniżenie napięcia mięśniowego,
- zmniejszenie nadwrażliwości na dotyk,
- zwiększenie możliwości lokomocyjnych,
- stymulowanie sprawności motorycznej,
- poprawa funkcjonowania emocjonalno-uczuciowego,
- stymulacja rozwoju umysłowego,
- poszerzanie umiejętności werbalnych,
- rozwijanie umiejętności społecznych,
- zwiększenie motywacji do ćwiczeń,
- poprawa samopoczucia,

⁴ N. Bekasiewicz, (red.), *Dogoterapia, Przyjaciel, Terapia kontaktowa z udziałem psów: założenia i wykorzystanie w pracy z osobami niepełnosprawnymi*. Przyjaciel. Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym. Warszawa, 2003, s. 19.

- stymulacja wielozmysłowa (polisensoryczna),
- integrowanie ludzi ze zwierzętami i sobą nawzajem.

Do bardzo ważnych aspektów w pracy w ramach rewalidacyjnych zajęć z udziałem psa należą zasady pedagogicznego oddziaływania, którymi musi kierować się kynoterapeuta:

- zasada poczucia bezpieczeństwa u uczestników zajęć,
- zasada akceptacji – osobiście uważam, że każdy człowiek, aby mógł dobrze się rozwijać społecznie, emocjonalnie i wspierać swój rozwój fizyczny musi czuć się akceptowany przez innych – wraz ze swoimi schorzeniami, deficytami wszelkiego typu i problemami emocjonalnymi,
- zasada aktywności,
- zasada spontaniczności,
- zasada samodzielności w działaniu,
- zasada zespołowości,
- zasada stopniowania trudności,
- zasada indywidualizacji,
- zasada współpracy z rodzicami i osobami pracującymi z uczniem.

Prawidłowo, celowo prowadzone zajęcia oparte na dogłębnych diagnozach potrzeb rozwojowych uczniów dają m.in. efekty:

- wspieranie rozwoju ruchowego – aktywność ruchowa i sprawność motoryczna,
- wspieranie rozwoju emocjonalnego – poprawa nastroju, umiejętność relaksowania się, odporność na trudne zadania, umiejętność wyrażania własnych uczuć,
- wspieranie rozwoju społecznego – postawa integracji z grupą, akceptacja grupy, aktywność w działaniu,
- wspieranie rozwoju intelektualnego – większa koncentracja uwagi⁵.

Na podstawie diagnozy oraz we współpracy z psychologiem, nauczycielem, rodzicami, lekarzami i innymi osobami z otoczenia uczestnika powstaje Indywidualny Plan Pracy Rewalidacyjnej, który ma na celu podczas pracy z psem – terapeutą określenie zadań i ich celów dla jednostki tak, aby jak najlepiej wspomóc jej rozwój społeczny, fizyczny i emocjonalny.

PRACA PSA – TERAPEUTY W PRAKTYCE

W rewalidacji osób z dziecięcym porażeniem mózgowym, w tym osób z niepełnosprawnością intelektualną w różnym stopniu, pies – terapeuta może bardzo pomóc w stymulacji wielozmysłowej (polisensorycznej). Jeśli pies jest zaakceptowany przez uczestnika zajęć

⁵ B. Pawlik-Popielarska, *Terapia z udziałem psa*, GWP, Gdańsk 2005, s. 41.

i jest prowadzony przez terapeutę, który zna deficyty i mocne strony uczestnika oraz wie, co chce osiągnąć na zajęciach, pies może mu w tym doskonale pomóc. Stymulacja wielozmysłowa podlega rewalidacji całościowej na zajęciach, ale można wskazać jej poszczególne obszary. Pies – terapeuta działa we wszystkich tych obszarach.

WYZWALANIE POZYTYWNYCH EMOCJI

Pies-terapeuta często jest bardziej zaakceptowany niż człowiek-terapeuta. Osoby, które nie mają lęku przed psami (kynofobii) i chcą mieć z nimi kontakt, lepiej reagują na kontakt z nimi, co przekłada się na ich osiągane efekty w pracy. Można łatwiej ich zachęcić do wykonania ćwiczenia, nawiązać bliższy kontakt, ośmielić i zainteresować zajęciami. Zdarza się, że osoby wykazujące zachowania agresywne czy wyalienowane lub wykluczone ze społeczeństwa, nawiązują poprawny kontakt z psem, mimo że wcześniej nie były zainteresowane takim kontaktem z innymi osobami. Pozytywne emocje mają tutaj kluczowe znaczenie.

Fot. 1 Uczestnik przejawiający niechęć do kontaktu z ludźmi zżył się z psem. Mówił do niego, opiekował się nim, prowadził na spacer. Dotykał psa i pozwalał mu na dotyk, choć nie akceptował tego od ludzi. Chciał samodzielnie i decyzyjnie organizować sobie czas z psem. W kontaktach z nim nie przejawiał zachowań agresywnych, był bardziej kontaktowy, starał się współpracować z jednostkami. Jego samopoczucie uległo poprawie w długofalowym procesie działań.



Źródło: Prywatne archiwum autorki.

STYMULACJA WZROKOWA

Zaburzone czynności wzrokowe mogą być korygowane przez dostarczanie nowych, atrakcyjnych bodźców. Zafiksowanie wzroku na czymś nowym i zachęcającym, przesuwanie wzroku za bodźcem, zamykanie i otwieranie oczu może być motywowane obecnością psa. Jego wygląd – kolor, kształt, trzymane w pysku zabawki mogą być stymulatorem badania ich wzrokiem.

Fot. 2 Uczestniczka słabowidząca czesała psa, obserwując ruch szczotki tak, aby czesać psa prawidłowo po karku. Jednocześnie odwracała głowę za psem i przyjmowała najwygodniejszą dla siebie pozycję, aby sprawnie poruszać szczotką. Potem oczyszczała szczotkę, aby znów móc jej użyć. Musiała w tym celu rozejrzeć się po sali, znaleźć kosz i wrócić do psa. Wszystkie działania stymulowały jej wzrok.



Źródło: Prywatne archiwum autorki.

STYMULACJA DOTYKOWA

Zaburzenie w sferze dotyku, czucia głębokiego, odczucia ciepła i zimna, struktury i gęstości można rewalidować dotykiem psa, jego ciała, sierści; pomagają w tym jego budowa, różne rodzaje miękkości (kark, poduszki łap, uszy, język itd.), wyższa od ludzkiej temperatura ciała.

Fot. 3 Uczestnik czuł całym ciałem ciepło psa, mógł z nim współoddychać, co uspokaja rytm serca, może zmniejszać występowanie ataków epilepsji, zmniejsza ciśnienie krwi:



Źródło: Prywatne archiwum autorki.

STYMULACJA WĘCHOWA

Pies dostarcza wrażeń węchowych całym swoim ciałem: zapachem sierści mokrej lub suchej, zapachem z pyska, zapachem swoich zabawek, obroży, pokarmu, który mu podajemy. Jak każde żywe stworzenie wydziela różne intensywne zapachy:

Fot. 4 Uczestnik czuł psi zapach, czuł psi oddech blisko ucha, lizanie psa po dłoni, w której trzymał psi smakołyk, czuł zapach tego smakołyku.



Źródło: Prywatne archiwum autorki.

STYMULACJA SMAKOWA

Mogą to być ćwiczenia w jedzeniu tego, co podamy psu, np. warzyw (często psy je uwielbiają), picia wody itp. Zachęcamy do próbowania różnych posiłków, samodzielne jedzenie, podawanie.

Fot. 5 Uczestnicy jedli ciastko i podawali psu jego kawalek.



Źródło: Prywatne archiwum autorki.

STYMULACJA SŁUCHOWA

Pies wydaje odgłosy – szczeka, sapie, dyszy, ziaje, piszczy. Wszystko to jest nośnikiem dźwięków dla innych.

Fot. 6 Pies na spacerze to cała gama dźwięków – szczekanie, skakanie, szarpanie smyczy, szelest liści i zieleni, nawoływanie psa itp. Spacer z psem to stymulacja na dworze do słuchania otaczającego świata: przyrody i ludzi wokół.



Źródło: Prywatne archiwum autorki.

PODSUMOWANIE

W swojej dwudziestosześcioletniej pracy z osobami z niepełnosprawnościami, osobami bezdomnymi i chorymi spotkałam na drodze wielu wspaniałych terapeutów, od których dużo się mogłam nauczyć. Niewątpliwie także takim terapeutą był przez 13 lat mój pies – suka golden retriever o imieniu Junka, która 9 lat pracowała ze mną na zajęciach rewalidacyjnych. Junka jako psi terapeuta wzmacniała i rozwijała mocne strony uczestników moich zajęć, dzieci i dorosłych. Pracowałyśmy głównie z osobami z dziecięcym porażeniem mózgowym. Jej obecność i moje ukierunkowane działania dały wiele pozytywnych efektów w pracy stymulowania polisensorycznego, w pracy socjoterapeutycznej, edukacyjnej i wychowawczej. Dobrze prowadzony pies jest nie tylko atrakcyjnym nauczycielem, ale także mądrym terapeutą.

Wszystkie wzmacniane na zajęciach rewalidacyjnych sfery wzajemnie się przenikają, więc na zajęciach z psem pobudza się i stymuluje każdą z nich. Czasami na jakąś kładzie się większy nacisk, lecz wszystkie są powiązane ze sobą. Ćwiczenia mają na celu optymalizowanie możliwości uczestnika tak, aby efekty były trwałe i korzystne dla jego rozwoju w przyszłości. Jestem pewna, że pies-terapeuta niejednokrotnie pomaga w tym równie dobrze, a może czasem lepiej, niż człowiek.

Bibliografia:

Bekasiewicz N., (red.), *Dogoterapia, Przyjaciel, Terapia kontaktowa z udziałem psów: założenia i wykorzystanie w pracy z osobami niepełnosprawnymi*. Przyjaciel. Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym. Warszawa, 2003.

Kielin J. (red.), *Rozwój daje radość. Terapia dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.

Pawlik-Popielarska B., *Terapia z udziałem psa*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.

Wesół U., *Co to jest rewalidacja i jakie jest jej miejsce w systemie edukacji?*, <https://pedagogika-specjalna.edu.pl/rewalidacja/co-to-jest-rewalidacja/>, [dostęp: 20.09.2022].

Włodarczyk-Dudka M.(red.), *Terapia psychopedagogiczna z udziałem psa. Wybrane zagadnienia*, Ostróda, Wydawnictwo Drwęca, 2006.

AGNIESZKA GOSTOMCZYK, AGATA GZIEŁŁO, KLAUDIA POŁUDNIAK,
JOANNA KRAWCZYK

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koszalinie

WADY POSTAWY U DZIECI W WIEKU 12 LAT ZAMIESZKAŁYCH NA TERENIE MIASTA KOSZALIN PO PANDEMII COVID-19

DEFECTS OF ATTITUDE IN CHILDREN AGED 12 YEARS OLD RESIDENT IN THE CITY OF KOSZALIN AFTER THE COVID-19 PANDEMIC

Słowa kluczowe: wady postawy, COVID-19, pandemia, fizjoterapia, badanie wad postawy,

Abstract: Celem pracy było przedstawienie wyników badań dotyczących oceny postawy ciała. Ocenie poddano postawę ciała uczniów 12-letnich z oceną wzrostu, wagi oraz sylwetki w poszczególnych płaszczyznach.

Keywords: posture defects, COVID-19, pandemic, physiotherapy, posture defects testing,

Abstract: In order to present the results of research on the assessment of attitudes. Assessment, which formed students, 12-year-old students with an assessment of height, weight and figure at the posts.

W marcu 2020 roku przez pandemię COVID-19 zmianie uległo życie na wielu płaszczyznach, jedną z nich było nauczanie dzieci. Czasowo wprowadzono w szkołach i na uczelniach wyższych nauczanie zdalne, aby dbać o bezpieczeństwo. Klasyczna forma nauczania bezpośredniego zamieniona została na nauczanie na odległość¹. Obecnie fizjoterapeuci zauważają zwiększającą się ilość dzieci z problemami bólowymi kręgosłupa, a za przyczynę podają pozycję przyjmowaną podczas nauki zdalnej².

Postawa ciała jest indywidualną cechą każdego człowieka i obrazuje nawyk ruchowy ukształtowany poprzez neurofizjologię, układ kostno-stawowo-więzadłowy, układ mięśniowy, środowisko, a także poprzez stan emocjonalno-wolucjonalny. Sylwetka człowieka ulega zmianie w rozwoju osobniczy. oraz w ciągu dnia podczas poruszania lub różnych stanów emocjonalnych. Wyróżnia się postawę czynną, czyli wymuszoną inaczej nazwaną postawą baczna lub bierna. W ocenie postury ciała pacjenta powinno się analizować postawę nawykową, czyli habitualną, gdyż przedstawia faktyczną sylwetkę³.

Okres dojrzewania, który przypada pomiędzy dwunastym, a osiemnastym rokiem życia, to czas intensywnych zmian i kształtowania obrazu własnego ciała i samooceny.

¹ M. Toporek, *Rola nauczyciela w rozwijaniu autonomii ucznia w warunkach nauki zdalnej. Przykłady rozwiązań praktycznych*, „Języki Obce w Szkole”, Nr 2, Rok 2022, s. 65.

² N. Janus, *Jak nauczanie zdalne wpłynęło na zdrowie kręgosłupa u dzieci?* Na stronie: https://evereth-news.pl/newsy/jak-nauczanie-zdalne-wplynelo-na-zdrowie-kregoslupa-u-dzieci/?fbclid=IwAR37c-CV5eoY53QAGkqe4hw9QvnfrGiPUGTOK0E_bOzrlaG1J0q43-LlfEN4, [dostęp: 01.07.2022].

³ J. Wilczyński, *Korekcja wad postawy człowiek*, „Anthropos” 2005, Wyd. 3, s. 15.

W tym czasie dziecko wkracza w dorosłość. Duże wpływ ma to co się zadzieje w tym okresie na sylwetkę przyszłego dorosłego. W tym czasie zauważa się tendencję wzrostową występowania deformacji kostnych pojawia się głównie skolioza idiopatyczna, a to niekorzystnie przekłada się na obraz postawy ciała⁴. Czynnikiem ryzyka dla kształtowania się prawidłowej postawy ciała jest występowanie tak zwanych **skoków wzrostowych, które głównie przypadają na okres od szóstego do siódmego roku życia i od dwunastego do osiemnastego roku życia. Jest to czas, w którym organizm jest wrażliwy na działanie wielu bodźców zewnętrznych, a rozwój układu mięśniowego nie nadąża za szybkim wzrostem kości**⁵.

Postawa prawidłowa jest optymalnym, zharmonizowanym układem określonych segmentów ciała pozbawionych patologicznych zmian w budowie względem siebie oraz w odniesieniu do osi mechanicznej ciała. Odpowiednia sylwetka jest niezbędna do utrzymywania stabilności, stworzenia właściwych warunków do ułożenia narządów wewnętrznych, a napięcie układów mięśniowego i nerwowego powinno być zaangażowane w minimalnym i optymalnym stopniu⁶.

Wady postawy to zaburzenia przestrzennego ukształtowania ciała, wynikające z trwałych zmian w układzie kostnym. Wyrażają się przez zmianę wyprostnej, swobodnej pozycji ciała. Charakterystyczne jest to, że różnią się od typowego wzorca dla danej płci, wieku, budowy konstytucjonalnej i rasy. Wady postawy mogą być efektem zaburzeń genetycznych, urazów, stanów przeciążenia lub zużycia danych części struktur postawotwórczych⁷.

Postawa wadliwa przedstawia stan, który odbiega od prawidłowego utrzymywania postawy stojącej. Jest ona nieprawidłowym układem ciała. To jak ukształtuje się postawa ciała danego człowieka, będzie miało wpływ nie tylko na efekt wizualny, ale także między innymi na wydolność oddechową, pojemność życiową płuc, rozmieszczenie narządów wewnętrznych, szybsze zużywanie się elementów układu ruchu. Ważne jest, aby na problematykę wad postawy patrzeć w kontekście krótkoterminowym i długoterminowym. Prawidłowa postawa ciała zapewnia ekonomię wydatku energetycznego, nie zaburza czynności narządów wewnętrznych, zapewnia równowagę i stabilność ciała. Jest podstawą o dużej wydolności statyczno-dynamicznej i dobrą pozycją wyjściową do różnych ruchów, a także spełnia warunki estetyczne jak i psychiczne⁸.

Przyczyny wad postaw można podzielić na wrodzone i nabyte. Wrodzone wady postawy dotyczą patologii kości i mięśni. Przykładem są dodatkowe kręgi lub też

⁴ M. Biernat, M. Bąk-Sosnowska, *Postawa ciała a obraz siebie i funkcjonowanie psychospołeczne w okresie adolescencji*, „Pediatri Med Rodz.” 2018, 14(3), s. 282-285.

⁵ D. Matczak, D. Karaszewski, *Motywacja dzieci w fizjoterapii wad postawy*, „Głos Fizjoterapeuty”, Nr 21, 2021.

⁶ T. Kasperczyk, *Wady postawy. Diagnostyka i leczenie*, KASPER, Kraków 2004, s. 9-10.

⁷ Tamże, s. 10-11.

⁸ J. Wilczyński, *Korekcja wad postawy człowieka*, „Anthropos” 2005, Wyd. 3, s. 20-21.

niedorozwój jednego kręgu, dodatkowe żebra, zaburzenia kostnienia, asymetrie długości kończyn dolnych, wrodzone zwichnięcia stawu biodrowego, wrodzona atonia mięśniowa, postępujący zanik mięśni. Nabyte wady postawy dotyczą wad rozwojowych i nawykowych. Powstają one w wyniku takich chorób jak krzywica, gruźlica lub choroba Scheuremanna. Wady nawykowe tworzą się na skutek zadziałania czynników środowiskowych, morfologicznych lub fizjologicznych⁹. Struktura, funkcja i aktywność ruchowa są ze sobą ściśle związane. Dlatego każda zmiana w narządzie ruchu może mieć negatywne konsekwencje prowadzące do zaburzenia funkcji i zmiany fizjologicznych wzorców ruchu. Sposób funkcjonowania, poruszania się, asymetryczne ruchy i wadliwe nawyki ruchowe mogą przyczynić się do dysfunkcji na poziomie strukturalnym¹⁰. Na powstanie wady postawy może mieć wpływ również asymetryczna gra na instrumencie muzycznym, uprawianie dyscypliny sportowej wymagającej asymetrycznych ruchów, nieprawidłowa postawa podczas uczenia się, oglądania telewizji czy pracy¹¹.

Do wad kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej należą: plecy okrągłe (*dorsum rotundum*), tj. pogłębienie kifozy piersiowej, plecy wklęsłe (*dorsum concavum*), tj. pogłębienie lordozy lędźwiowej, plecy okrągło-wklęsłe (*dorsum rotundo-concavum*), tj. pogłębienie kifozy piersiowej i lordozy lędźwiowej, plecy płaskie (*dorsum planum*), tj. brak fizjologicznych wygięć kręgosłupa¹².

Wady kręgosłupa w płaszczyźnie czołowej (*scoliosis*), mogą występować w każdym odcinku kręgosłupa. Wyrażają się poprzez powstanie łuku bocznego prawo lub lewostronnego. Skoliozy mogą być jednołukowe lub dwułukowe¹³. Wady postawy mogą również dotyczyć klatki piersiowej. Patologiczne wady klatki piersiowej to: klatka piersiowa lejkwata (*pectus excavatum*), klatka piersiowa kurza (*pectus crinatum*)¹⁴.

Wady postawy mogą również dotyczyć klatki piersiowej. Patologiczne wady klatki piersiowej to: klatka piersiowa lejkwata (*pectus excavatum*), klatka piersiowa kurza (*pectus crinatum*)¹⁵. Wyróżnia się 4 typy stóp, tj. wydrążoną, prawidłową, spłaszczoną i płaską¹⁶.

W czasie pandemii dzieci były zmuszone do edukacji zdalnej. Według badań J. Pyżalskiego i N. Walter, styl życia uczniów bardzo zmienił się w tym okresie. Prawie

⁹ T. Kasperczyk, *Wady postawy. Diagnostyka i leczenie*, KASPER, Kraków 2004, s. 27-29.

¹⁰ A. Stępień, *Zakresy rotacji tułowia i miednicy u dziewcząt ze skoliozą idiopatyczną*, „Postępy Rehabilitacji”, Poznań 2013, 25(3), s. 5.

¹¹ J. Glista, T. Pop, A. Weres, E. Czenczek-Lewandowska, J. Podgórska-Bednarz, J. Rykała, J. Leszczak, K. Sowa, W. Rusek, *Change in Anthropometric Parameters of the Posture of Students of Physiotherapy after Three Years of Professional Training*, Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International, Nr 14, s. 9.

¹² T. Kasperczyk, *Wady postawy. Diagnostyka i leczenie*, KASPER, Kraków 2004, s. 46-49.

¹³ Tamże, s. 50-54

¹⁴ K. Kaniewska, A. Mirska, R. Terlikowski, *Wady postawy*, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2009, s. 4-39.

¹⁵ Tamże.

¹⁶ T. Kasperczyk, *Wady postawy. Diagnostyka i leczenie*, KASPER, Kraków 2004, s. 182-183.

połowa, bo około 46% uczniów w czasie pandemii rzadziej uprawiało sport, ale część uczniów ok. 23% wskazało, że robiło to częściej. W badaniu brano pod uwagę również siedzenie do późnych godzin nocnych, co było szkodliwe dla zdrowia pod względem cyklu dobowego. Niecała połowa około 43% uczniów częściej siedziała do późna w nocy, a rzadziej tylko 8% tej grupy. Część zmian jest zdecydowanie negatywna¹⁷.

MATERIAŁ I METODY

Badaniu poddano dziewiętnaścioro dzieci w tym dziewięć dziewczynek i dziesięciu chłopców w wieku dwunastu lat. Do oceny postawy ciała badanej populacji dzieci, posłużono się metodą punktowania wg Kasperczyka. Do badania stóp wykorzystano podoskop, a otrzymany obraz interpretowano na podstawie siedmiu typów stóp wg Clarke'a.



Metoda punktowania stanowiła bezpośrednią obserwację postawy ciała i polegała na przyznawaniu punktów za oceniane części ciała w następujących płaszczyznach: strzałkowej, gdzie ocenie podlegały: głowa, barki, łopatki, klatka piersiowa, brzuch i plecy. W płaszczyźnie czołowej z przodu oceniane były barki, klatka piersiowa i kolana. W płaszczyźnie czołowej z tyłu analizie podlegały barki, łopatki i kręgosłup.

Dodatkowo analizie poddano ustawienie kolan, a także ustawienie i wysklepienie stóp.

Wyniki badań

Z danych wynika, że z grupy badanych dzieci siedem osób posiadało masę ciała powyżej średniej klasowej. Jednak biorąc pod uwagę siatki centylowe tylko dwie osoby

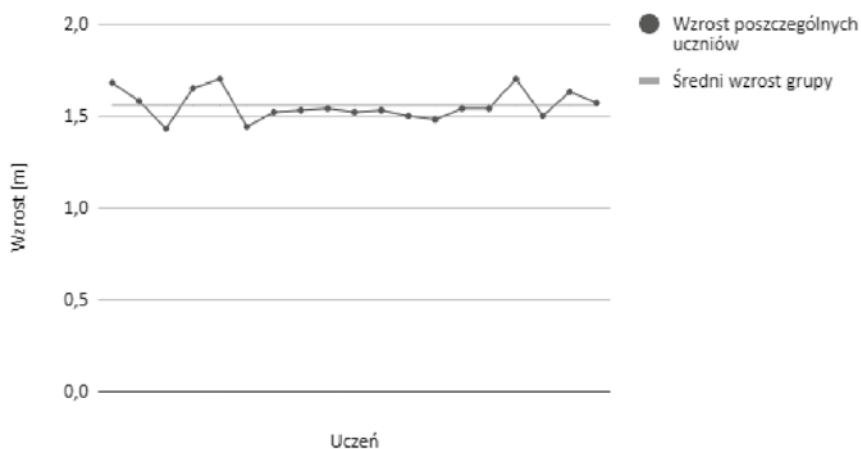
¹⁷ J. Pyżalski, N. Walter, *Edukacja zdalna w czasie pandemii COVID-19 w Polsce – mapa głównych szans i zagrożeń. Przegląd i omówienie wyników najważniejszych badań związanych z kryzysową edukacją zdalną w Polsce dla Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego w Gdańsku*, UAM w Poznaniu, Poznań 2021, s. 17.

płci męskiej posiadają masę ciała powyżej normy.

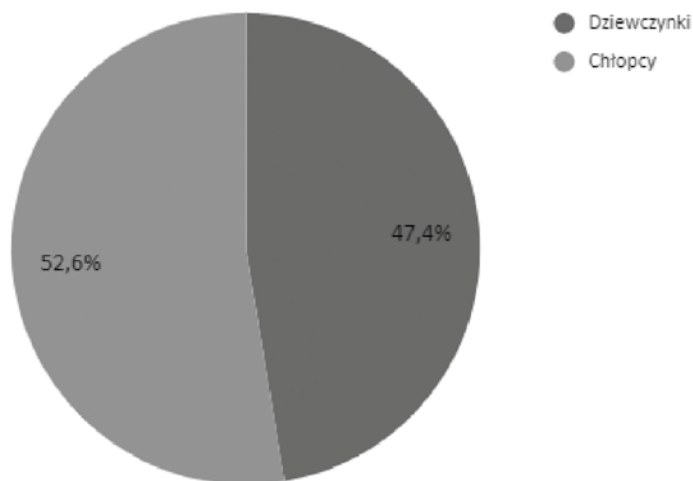
Analizując wzrost poszczególnych uczniów 100% uczniów mieści się we wzroście właściwym dla danego wieku, tj. dziewczęta 1,40-1,65m, chłopcy 1,39-1,67 m. Na podstawie wykresu 2, można stwierdzić, że siedem osób było wyższych od średniego wzrostu, a dwanaście osób było niższych niż średni wzrost.

Biorąc pod uwagę wady postawy możemy stwierdzić, iż jedenaście z dziewiętnastu badanych dzieci charakteryzowało się postawą skoliotyczną, co daje wynik 58% badanej grupy.

Wykres 2. Wzrost poszczególnych uczniów w odniesieniu do średniego wzrostu grupy

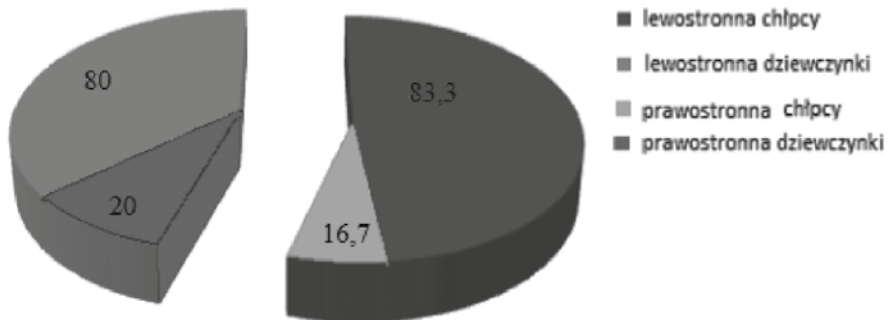


Wykres 3. Postawa skoliotyczna



Wada ta w większym stopniu występowała u chłopców niż u dziewcząt. U 60% chłopców w badanej grupie stwierdzono obciążenie postawą skoliotyczną.

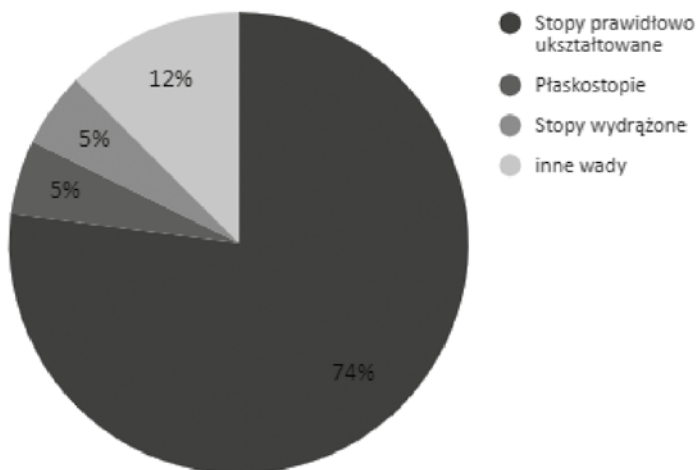
Wykres 4. Postawa skoliotyczna z podziałem na rodzaj i płeć



Na podstawie wykresu 4, można stwierdzić, że w większym stopniu była to postawa skoliotyczna lewostronna, prawostronną miało 10% chłopców. Natomiast u 55% dziewcząt stwierdzono głównie postawę skoliotyczną lewostronną, tylko jedna dziewczynka miała postawę skoliotyczną prawostronną.

Pozostałych wad dotyczących kręgosłupa nie odnotowano. Prawdopodobnie większość wad postawy zauważonych w grupie dwunastolatków było wadą nawykową spowodowaną złą ergonomią pracy przy biurku oraz komputerze podczas zajęć zdalnych. Odpowiednie ćwiczenia, zmiana pozycji przy pracy oraz edukacja na temat prawidłowej postawy powinny zapobiec dalszemu pogłębianiu się wad.

Wykres 5. Badanie stóp



Większość badanych dzieci, bo aż 74% miała prawidłowo ukształtowane stopy. Płaskostopie miało 5% grupy, stopy wydrążone posiadało również 5% uczniów, a inne wady stanowiły 12%. W dwóch przypadkach prawa stopa była prawidłowo wysklepiona natomiast lewa była wydrążona. W jednym przypadku stopy były obciążane w stronę szpotawości, czyli strona przysrodkowa w ogóle nie miała styczności z podłożem, co dało brak trzech punktów podparcia stóp.

PODSUMOWANIE

Wady postawy kształtują się całe życie. Najwięcej zmian możemy zauważyć, gdy dzieci zaczynają dojrzewać i szybciej rosnąć. Czasami zdarza się wtedy, że chowają się pod obszernymi ubraniami by zamaskować swoje niedoskonałości. Samo zdalne nauczanie mogło dodatkowo wpłynąć na pogłębienie się wad postawy, ale nie było ono jedynym aspektem, który wpływał na kształtowanie się młodego organizmu. Obecny styl życia stawia wiele wyzwań przed rodzicami i dziećmi. W celu profilaktyki zdrowotnej należy dbać już od samego początku o to, co kształtuje postawę ciała człowieka, ponieważ przekłada się to na całe życie danej osoby. Ważne jest również, aby w odpowiednim momencie reagować, gdy się zauważy niepokojące objawy i wdrożyć odpowiednie środki.

Bibliografia:

Biernat M., Bąk-Sosnowska M., *Postawa ciała a obraz siebie i funkcjonowanie psychospołeczne w okresie adolescencji*, „Pediatr. Med. Rodz.” 2018, 14(3).

Glista J., Pop T., Weres A., Czenczek-Lewandowska E., Podgórska-Bednarz J., Rykała J., Leszczak J., Sowa K., Rusek W., *Change in Anthropometric Parameters of the Posture of Students of Physiotherapy after Three Years of Professional Training*, Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International, Nr 14.

K. Kaniewska, A. Mirska, R. Terlikowski, *Wady postawy*, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2009, s. 4-39.

Kasperczyk T., *Wady postawy. Diagnostyka i leczenie*, KASPER, Kraków 2004.

Matczak D., Karaszewski D., *Motywacja dzieci w fizjoterapii wad postawy*, Głos Fizjoterapeuty, Nr 21, 2021.

Pyżalski J., Walter N., *Edukacja zadalna w czasie pandemii COVID-19 w Polsce – mapa głównych szans i zagrożeń. Przegląd i omówienie wyników najważniejszych badań związanych z kryzysową edukacją zdalną w Polsce dla Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego w Gdańsku*, AM w Poznaniu, Poznań 2021.

Stępień A., *Zakresy rotacji tułowia i miednicy u dziewcząt ze skoliozą idiopatyczną*, „Postępy Rehabilitacji”, Poznań 2013, 25(3).

Toporek M., *Rola nauczyciela w rozwijaniu autonomii ucznia w warunkach nauki zdalnej. Przykłady rozwiązań praktycznych*, „Języki Obce w Szkole”, Nr 2, 2022, s. 65.

Wilczyński J., *Korekcja wad postawy człowieka*, „Anthropos” 2005, Wyd. 3.

ЛИСЕНКО ОЛЕКСАНДРА

Precarpathian National University, Ukraine, Ivano-Frankivsk

ПРОФЕСІЙНА ЕТИКА І НОРМИ ПРОФЕСІЙНИХ ДІЛОВИХ ВІДНОСИНЖ ПЕДАГОГІЧНИЙ КОНТЕКСТ

PROFESSIONAL ETHICS AND NORMS OF PROFESSIONAL ETHICS AND NORMS OF PROFESSIONAL BUSINESS RELATIONS: PEDAGOG- ICAL CONTEXT

Keywords: professional ethics, behavior, morality, values, codes of conduct.

Abstract: The article analyzes the concept of professional ethics, which is defined as a set of ethical knowledge that reflects the moral level of a person's attitude to society and to himself in certain forms: in meanings, means, processes and consequences of activity.

It is argued that professional morality cannot be opposed to universal morality, it exists alongside it. Professional morality is an integral part of universal morality, exists within its framework and is formed on its basis.

Moral values include objects, phenomena and their properties, as well as abstract ideas that embody generalized ideals. This is a kind of standard. The moral values of good, moral duty, responsibility, justice, honor and dignity of a person, conscience have a special effect on the behavior of people, their relationships with others, on the nature and culture of communication.

It has been proven that in modern enterprises and organizations codes of communication and behavior of employees are being developed. In science, the concept of "ethical codes" is most often used.

The article accepts that professional ethics are diverse. The most significant professional ethics are the ethics of the doctor (deontological ethics), the ethics of the lawyer, the ethics of business, the ethics of the scientist, and, of course, the pedagogical ethics, which we intend to consider in more detail.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ:

Вихователь – це не лише професія, а й соціальний статус, якому потрібно відповідати. А для цього педагог повинен володіти педагогічною культурою. Всі вимоги до культури педагога записані в педагогічній етиці. Етика – (від грец. Ethos – звичай, вдача, характер) – наука про моральність. Найважливіша вимога педагогічної етики – любов до дітей [1].¹ Передусім ми з'ясуємо загальне поняття професійної етики, і лише після цього заглибимось в аналіз виховательської професії з етичної точки зору.

МЕТА СТАТТІ:

Професійна етика – це сукупність етичного знання, що відображає рівень морального ставлення людини до суспільства і до самого себе в опредмечених формах: в сенсі, засобах, процесі і наслідках діяльності. Професіоналізм – це здатність людини оволодіти навичками і вміннями певного виду діяльності

¹ Болонський процес: Документи / Уклад.: З. І. Тимошенко, А. М. Греков, Ю. А. Гапон, Ю. І. Пелеха. – К.: Освіта, 2004. – 169 с.

і розкрити на їх основі власні творчі здібності. Тобто професійна етика відображає рівень соціалізації особистості. Професіоналізмом вона предметно свідчить про повагу до суспільства. Разом з тим професіоналізм стає об'єктивною підставою для поваги з боку суспільства.

Поняття «професійна етика» може викликати ряд питань. По-перше, чим професійна етика відрізняється від етики як такої? По-друге, в чому необхідність виділення з усієї сфери етичного етики професійної? Будь-яка професія вимагає специфічної професійної етики? Найвища громадська і особистісна цінність моралі полягає в її загальній людяності. Людська совість всіх етнокультурних, групових та інших специфікацій не може бути сумлінням елліна чи іудея, хлібороба чи ремісника, вчителя чи лікаря. Воно єдине і моральний рівень людини не може визначатися її професією, так само, як національним походженням, класовою або груповою приналежністю.

Звісно, і те, і інше, і третє не можуть не породжувати певних особливостей, визначених акцентів в моральній свідомості і моральній практиці людей. Разом з тим ці змінні можуть докорінно змінити моральне обличчя особистості, в апеляції до якої і криється специфіка морального. Пояснюється це тим, що мораль впливає більш-менш явно на людей тоді, коли вона доходить до глибинних духовних структур кожної окремо взятої особистості. Мораль є суттєвим фактором життєдіяльності народів і класів, але, навіть апелюючи до цих людських спільнот, вона звертається насамперед до кожної окремої особистості. Тільки за умови саме такого звернення моральна проповідь, заклик, вимога вправі розраховувати на відгук.

Отже, професійна мораль не може виступати такою, що протистоїть загальнолюдській моралі, існує поряд з нею. Професійна мораль є невід'ємною частиною моралі загальнолюдської, існує в її рамках і формується на її основі.

Оскільки мораль виступає надзвичайно важливим елементом людської діяльності, сама діяльність людей в усій її різноманітності та специфічності не може не накладати відбиток і на специфіку моральної регуляції. Існують окремі види людської діяльності, висуваються особливо високі і навіть надвисокі моральні вимоги до осіб, що займаються цією діяльністю професійно. Це такі види діяльності, які здатні породжувати особливо гострі моральні колізії, що у інших видах діяльності виникають лише епізодично. Ці гострі моральні колізії з'являються там, де вирішуються питання життя і смерті, здоров'я, свободи і гідності людини, де моральні якості фахівця набувають вирішального значення, де доля одного може величезною мірою залежати від моральної спроможності іншого.

У цих професіях на основі загальних принципів моралі виробляються своєрідні кодекси честі, професійної поведінки, які поряд з загальноморальними правилами

вбирають часто драматичний (виділено нами, - авт.) досвід даного виду людської діяльності. Більше того, в деяких професіях навіть сама професійна здатність фахівця багато в чому залежить від його моральних якостей. Сказане насамперед стосується праці педагога, лікаря, юриста.

Прояви моральності в діяльності конкретних індивідів визначаються як добродесність, порядність, відповідальність тощо.

Моральна культура спілкування є складовою культури спілкування загалом. Останнім часом виокремлюють такі рівні моральної культури:

- ритуальний (спілкування людей у буденному житті з дотриманням загальноприйнятих правил етикету);
- маніпулятивний (спілкування людей із метою досягнення своїх цілей, часто за рахунок інших);
- гуманістичний (спілкування з повагою один до одного, з прагненням вирішити проблеми й урахувати інтереси кожного).

До моральних цінностей відносять об'єкти, явища та їхні властивості, а також абстрактні ідеї, які втілюють у собі узагальнені ідеали. Це своєрідний еталон. Моральні цінності добра, морального обов'язку, відповідальності, справедливості, честі й гідності людини, совісті особливо впливають на поведінку людей, їхні взаємини з іншими, на характер і культуру спілкування.

У житті людей моральні цінності регламентуються моральними нормами й принципами.

Моральні норми та принципи – це певні вимоги та заборони, що регулюють діяльність, поведінку людей, їхню взаємодію та спілкування. Ці норми та принципи, установлені людьми в суспільстві на певному етапі його розвитку, є взірцем поведінки та обов'язкові для виконання.

Люди у своїй поведінці та спілкуванні дотримуються різних моральних норм та правил. Розумна людина весь час намагається контролювати свої дії, вчинки.

У спілкуванні якнайкраще виявляються моральні якості людини, відповідність її поведінки загальноприйнятим моральним нормам та принципам.

Виконуючи професійні обов'язки, людина виявляє свої ділові та моральні якості, впливає через них на інших, ідучи до поставленої мети. При цьому виявляє свою професійну культуру. Це поняття означає відповідність поведінки, говоріння, слухання, мовлення в професійній діяльності загальноприйнятим моральним нормам і принципам, а також вимогам, що ставляться до професії.

Професійна мораль – це те, що конкретизує загальнолюдські моральні цінності (норми, принципи, поняття) в конкретних професіях. Особливості професійної моралі вивчає професійна етика.

Професійною етикою називають кодекси поведінки, що забезпечують моральний характер тих взаємовідносин між людьми, які впливають із їхньої професійної діяльності.

До поняття професійна етика відносять моральні обов'язки, у яких відбивається ставлення представника певної професії до об'єкта праці, до колег за професією, до партнерів, до суспільства загалом. Це насамперед усвідомлення своєї моральної відповідальності й готовність виконувати свій професійний обов'язок.

Кодекс етики – це зведення моральних принципів, моральних норм і правил поведінки однієї особи або групи осіб, що визначає оцінку їхніх дій із погляду взаємовідносин з іншими суб'єктами, відносин у колективі й у суспільстві на основі дотримання моральних норм і принципів, які поділяються ними.

У сучасних підприємствах та організаціях розробляються кодекси спілкування та поведінки працівників. У науці найчастіше вживається поняття «етичні кодекси».

ІСНУЮТЬ ТАКІ ТИПИ ЕТИЧНИХ КОДЕКСІВ

- кодекси, які регулюють документ із докладно розробленими правилами, включаючи санкції, передбачені у випадках порушення кодексу (наприклад, контракти);
- соціальні кодекси, які регулюють зобов'язання перед клієнтами, співробітниками, вкладниками тощо;
- корпоративні кодекси, які охоплюють положення про цінності організації, її філософію та мету (викладають основи корпоративної культури);
- професійні кодекси, які визначають міжособистісні стосунки в організації й погоджують інтереси працівників та організації (наприклад, угоди, які укладаються між адміністрацією та профспілкою).

ЕТИЧНІ ПОКЛИКАНІ ВИКОНУВАТИ ТАКІ ФУНКЦІЇ:

- управлінську – регламентують поведінку персоналу, пріоритети у взаємодії з клієнтами, партнерами, конкурентами, зовнішнім середовищем; визначають порядок прийняття рішення та неприйнятні форми поведінки;
- розвитку підприємницької культури в організації – транслюють бізнесові цінності; орієнтують працівників на єдині підприємницькі цілі, тим самим підвищують підприємницьку ідентичність працівників;
- репутаційну – формують довіру до організації з боку зовнішнього середовища.

З кодексом пов'язаний професійний етикет – установлений багаторічною практикою порядок і манери поведінки, а також ритуали форми безпосереднього спілкування.

ПРОФЕСІЙНА КУЛЬТУРА

Важливою ознакою професійної культури є дискретність. Дискретний працівник розмежує своє особисте й ділове життя. Взагалі на роботі недоцільно торкатися таких тем, як особисті фінанси, здоров'я, релігія, політика. Не варто ставити ці питання під час розмов, ніхто не зобов'язаний на них відповідати. Ви можете відбутися загальним коментарем обставин, обернути на жарт або цілком змінити тему.

Таким чином, мова йде про педагогічну, медичну та судову етики. Саме в цих сферах здійснюється безпосередній вихід на людську особистість і її долю, саме тут особливо велика залежність однієї людини від іншої, саме тут здійснюється відображення загальних принципів в конкретну поведінку в конкретній ситуації, реалізується поведінка воістину доленосна, гранично значуща для людей, які опиняються в сфері дії педагогіки, медицини, юстиції. В основному саме в цих сферах вирішуються питання життя, смерті, здоров'я, свободи і гідності людини, коли індивід може опинитися (особливо в галузі медицини) майже в повній залежності від знань, умінь, порядності та відповідальності іншого індивіда. Тому в названих сферах діяльності виникає суспільний феномен особливої моральної відповідальності, яку породжує ситуацією граничної гостроти моральної колізії.

У професійній етиці формується система конкретних моральних норм із супутніми їм практичними правилами, «обслуговують» ту чи іншу галузь людської діяльності. У кожній з цих областей головним об'єктом діяльності є людина, яка може розраховувати і сподіватися на ставлення до себе не як до об'єкта зовнішнього впливу, а саме як до людини, тобто розраховує на повагу, розуміння, співчуття і милосердя.

Названі вищі моральні норми є професійно-етичними, тому що їх виникнення і засвоєння не визначаються безпосередньо певними інституційними умовами (освітою, службовим становищем), а оволодіння ними забезпечується головним чином культурою особистості, її вихованістю, її моральним потенціалом.

Крім традиційних професій, що вимагають в силу своєї специфіки особливого морального регулювання на рівні професійних моральних кодексів, в сучасному світі з'являється в зв'язку з новітніми досягненнями науково-технічного прогресу цілий ряд нових професій, в яких визріває внутрішня потреба в певних, пройнятих моральним змістом, правилах. Складаються такі види виробничої та наукової діяльності, де швидко перевірка сумлінності виконуваної людиною надзвичайно важливої і відповідальної роботи практично неможлива. У цих сферах соціально-економічної активності людей їхні моральні якості стають іноді вирішальними факторами нормального функціонування підприємств і наукових установ. Важко не погодитися з твердженням, що в складних системах «людина – машина» на

авансцену трудової діяльності виходять фактори самоконтролю, саморегуляції поведінки, які знаходяться в сфері свідомості та самосвідомості, совісті людини. Кібернетика, як кажуть фахівці, простягає руки до справ нашої совісті, а автоматичні системи управління вимагають чесних людей.

Професійну мораль не слід ототожнювати з мораллю корпоративною, яка, відображаючи окремі групові інтереси, створює особливі норми поведінки та оцінок вузького людського прошарку, які часто протистоять нормам моралі суспільної і мають, по суті справи, антисоціальний характер. Іноді, з точки зору суспільства, ці норми корпоративної моралі виступають як явна аморальність, своєрідна антимораль, перевернуті норми моральності. Подібні норми існують в світі професійних кримінальників, так званих «злочинців в законі», де самої чесною оголошується презирство до праці, жорстокість до слабких, демонстративна неповага до закону і нехтування ним, рабська покірність, заснована на страху перед сильнішим і т. д.

Аналогічна по суті «мораль» панує часом і в цілком легальних сферах діяльності, наприклад в наукових колективах, де головним виявляється не служіння істині, а захист за всяку ціну корисливих інтересів представників «своєї» наукової школи, утиск талановитих «чужаків», прагнення створити замкнуту касту, куди немає доступу цим «чужинцям», спроби дискредитувати надзвичайно корисні, але «чужі» відкриття і т. п. У нашому суспільстві наявність подібної моралі в окремих соціальних і професійних групах обтяжується розбалансованістю ринку і фінансової системи, застійними явищами у виробництві, всеосяжним дефіцитом, підсилює спокуси для морально нестійких людей скористатися своїм професійним і службовим становищем для вирішення своїх проблем за рахунок інших.

Професійна етика різноманітна. Найбільш значущі професійні етики – це етика лікаря (деонтологіческая етика), етика юриста, етика бізнесу, етика вченого і, звісно, педагогічна етика, яку ми маємо намір розглянути більш детально.

Важливу роль у забезпеченні такої соціально значущої діяльності, як діяльність учителя, вихователя, відіграє педагогічна етика, що розглядає моральні проблеми виховання і освіти, спілкування вихователя з вихованцем, визначає моральні цілі виховання, а також моральну допустимість тих чи інших шляхів досягнення педагогічної мети. Професія педагога, як і професія лікаря, відрізняється високим рівнем єдності професійного та морального начал.

На сучасному етапі розвитку педагогічна етика отримала цілком заслужений статус самостійної галузі етичного знання. Це обумовлено перш за все розширенням сфери педагогічного впливу в суспільстві, який орієнтує особистість здобувати освіту впродовж життя, актуалізацією соціальних інститутів держави, зростанням потреб духовного розвитку індивіда.

Григорій Ващенко поняття «педагогічна етика» пов'язують з особливостями педагогічної діяльності, проблемами моральної свідомості суб'єктів навчання і їх взаємин².

Григорій Васянович характеризує педагогічну етику як складову науки етики, яка відображає особливості функціонування моралі в умовах цілісного педагогічного процесу, вивчає різнобічні аспекти моральної діяльності вчителя³. За радянських часів розробку проблем професійної етики ми знаходимо у Василя Сухомлинського.⁴ Він неодноразово підкреслював, що навчання – це живі людські відносини між педагогом і дітьми. Значний внесок у розробку теоретичних і практичних питань педагогічної моралі, вивчення рівня етичної свідомості вчителя, пошук шляхів вдосконалення етичних відносин у педагогічному колективі був зроблений такими вченими, як Олександр Гоноболін, Ніна Кузьміна, Віктор Гришин, Іван Чернокозови тощо. У сучасній вітчизняній педагогіці проблемами педагогічної етики займаються Григорій Васянович, Семен Мелешко, Володимир Кравець, Августин Волошин та інші, які формують свої погляди за принципом об'єднання європейського педагогічного досвіду та самобутніх здобутків української самосвідомості й національної неповторності вітчизняної школи педагогіки.

КАТЕГОРІЇ ПЕДАГОГІЧНОЇ ЕТИКИ:

Педагогічна етика – розділ професійної етики, який вивчає сутність і зміст, особливості педагогічної моралі, обґрунтовує її категорії, норми, принципи, функції в процесі педагогічної діяльності.

Предметом педагогічної етики є особливості прояву моралі в свідомості, поведінці, професійній діяльності педагога і його відносинах з учнями, батьками та колегами.

Педагогічна етика як наука оперує універсальними категоріями «добро» і «зло», «моральна відповідальність», «гідність», «щастя» і іншими і досліджує принципи педагогічного гуманізму, оптимізму, колективізму, громадянськості, патріотизму тощо.

Олена Власова ввела в визначення педагогічних понять категорії «гармонія» і «краса»⁵. Для педагогічної етики, яка формує гармонію відносин дорослих і дітей, найважливіший критерій - краса. Прекрасне в стосунках - це те, що викликає моральне задоволення у дітей і педагога в процесі спілкування. Суб'єктивними критеріями краси взаємин є індивідуальні моральні установки особистості (дітей,

² Ващенко Г. Виховний ідеал. – Полтава: вид-тво ППУ, 1994. – 191 с.

³ Васянович Г.П. Педагогічна етика. Навчально-методичний посібник. – Л.: Просвіта, 2004. – 344 с.

⁴ Сухомлинський В.О. Сто порад учителю. – К.: Освіта, 1988. – 254 с.

⁵ Власова О.І. Педагогічна психологія : Навч. посібник.– К.: ПАРОПАН, 2005. – 400 с.

педагогів, батьків), які залежать від рівня його вихованості, об'єктивними – якості особистості педагога, виявляються під час спілкування з дітьми і володіння якими ставиться до обов'язкового комплексу професійно значущих якостей: терпіння (відповіді на питання дітей, відсутність «репресивної реакції» на дитячі пустоші), доброзичливість (тон, стиль спілкування, поведінка); чуйність (вміння опитувати, а не карати) рівновага (однаковий стиль спілкування і поведінки як з «легкими», так і з «важкими» дітьми) делікатність; милосердя (емпатія), любов до кожного вихованця.

Ставлення «вчитель – учень», «вихователь – вихованець» будується на відносинах першого до другого як до унікальної людської особистості з її унікальними властивостями, здібностями, специфікою.

Специфіка педагогічної діяльності висуває підвищені моральні вимоги до педагога. Вимоги ці, звичайно, виступають певним ідеалом, досягнення якого слід прагнути. Ідеал педагога: мудра, добра, тактовна, вимоглива, освічена людина, непересічна особистість, істинний громадянин Вітчизни, який має власні тверді переконання і міцні моральні підвалини, здатний мужньо їх відстоювати, талановитий вихователь, прекрасний фахівець, вільна і незалежна натура, яка викликає повагу і симпатію учнів і співгромадян.

Вихователь сам повинен бути зразком вихованості, бо головним засобом виховання виступає особистість педагога, яку не можуть замінити новітні технічні засоби навчального процесу. Повага до вчителя створює найдорожчий його моральний і професійний капітал – авторитет, який необхідно всіма можливими способами оберігати і самому вчителю, і суспільству, і системі народної освіти.

Не менш важливою складовою педагогічної професії є озброєння учнів навичками громадських взаємодій, виходячи з розуміння навчальної діяльності як суспільно визначеною. Моральний обов'язок школи – формувати культуру суспільних відносин, не переносячи реально існуючу обмеженість повсякденного спілкування в межі школи. Школа покликана озброїти досвідом створення відносин в формах культури. Створюючи атмосферу міжособистісного спілкування в формах культури, педагог налаштовує на творче ставлення до світу в цілому.

Формулюючи завдання педагогічної етики, вчені відзначають теоретичне осмислення вимог суспільства до морального обличчя вчителя. Так, педагог повинен бути носієм глибоких і всебічних знань; систематично оновлювати і поповнювати свої знання; любити свою професію; знати дитячу психологію, цікавитися внутрішнім світом дітей і вивчати їх індивідуальні здібності; бути гуманістом, любити, проявляти принциповість, вимогливість, справедливість і великодушність; стати незаперечним авторитетом для вихованців; бути колективістом, активним громадянином, просвітителем і носієм знань, патріотом

свої батьківщини, активним носієм моральних переконань тощо. У цих вимогах до вчителя суспільство превалює над особистістю. Однак він як особистість має моральне право вимагати від суспільства забезпечення належних умов для самовираження і самореалізації.

Отже, теоретико-прикладними завданнями педагогічної етики в сучасних умовах є:

- Формування гуманістичної спрямованості педагогічної діяльності, орієнтації особистості вчителя на моральне виховання учнів;
- Виявлення чинників, які сприяють зростанню рівня моральності педагога і учнів або, навпаки, гальмують цей процес;
- Дослідження зв'язку між моральним досвідом дітей і їх батьків;
- Розкриття механізмів взаємозв'язку, гармонії моральних і професійних якостей вчителя;
- Дослідження механізму вдосконалення морально-правових відносин між особистістю педагога і суспільством;
- Рішення проблем моральної мотивації педагогічної діяльності, її морального, матеріального стимулювання і суспільного визнання.

Реалізація комплексу завдань педагогічної етики сприятиме моральному вихованню учнівської і студентської молоді та самовихованню вчителів, викладачів.

ВИСНОВОК:

Отже, суспільні явища «і» культура «і» мораль «і» складають зміст моральної культури педагога. Громадська за своїми джерелами, походженням, функціями моральна культура наділена всепроникливим характером. Водночас вона індивідуальна за способом існування і механізмами дії. Важливим проявом моральної культури педагога є його здатність до духовної творчості, активної самостійної діяльності, спрямованої на навчання і виховання підростаючого покоління. Внутрішню культуру, моральні цінності педагога відображає педагогічна етика як розділ етичної науки.

**II. ZDROWIE – WYBRANE ASPEKTY
EDUKACJI ZDROWOTNEJ, PROFILAKTY-
KI I PROMOCJI ZDROWIA**

AGNIESZKA STRUŻYNA

Absolwentka Uniwersytetu Gdańskiego

WZROST ZAINTERESOWANIA KONSUMENTÓW PRODUKTAMI TYPU *SUPERFOODS* NA POLSKIM RYNKU ŻYWNOŚCI EKOLOGICZNEJ

INCREASE OF CONSUMER INTEREST IN SUPERFOODS PRODUCTS ON THE POLISH ORGANIC FOOD MARKET

Słowa kluczowe: żywność ekologiczna, *superfoods*, rynek spożywczy

Abstrakt: Cel – Celem artykułu jest kompleksowe podejście do tematu produktów typu *superfoods* na rynku żywności ekologicznej w Polsce. Omówienie cech produktów, ich właściwości oraz motywacji konsumentów do zakupów tej kategorii produktowej. Ponadto analiza sprzedaży ilościowej wybranych asortymentów z grupy.

Metodologia – Do opracowania artykułu zastosowano przekrój literatury naukowej z ostatnich czternastu lat, najświeższe źródła internetowe oraz dane pozyskane bezpośrednio z przedsiębiorstwa Bio Planet S.A. Dane i informacje zostały przeanalizowane i opracowane w formie wykresów, tabel i rysunków.

Wnioski – Kategoria produktów *superfoods* dynamicznie się rozwija. Produkty typu *superfoods* są konkurencyjne, ponieważ są naturalnym zamiennikiem suplementów diety, posiadają charakterystyczne właściwości oraz są często egzotyczne i ciekawe dla konsumenta docelowego. Ilościowa sprzedaż analizowanych produktów spożywczych typu *superfoods* rośnie.

Keywords: organic food, *superfoods*, food market

Abstract: Objective – The aim of this article is a comprehensive approach to the topic of *superfoods* on the organic food market in Poland. Discussing the features of products, their properties and consumer motivation to buy in this category of products. In addition, quantitative sales analysis of selected products from the group.

Methodology – To prepare the article, a cross-section of scientific literature from the last fourteen years, the latest internet sources and data obtained directly from the company Bio Planet S.A. were used. The data and information have been analyzed and compiled into graphs, tables and figures.

Conclusions – The *superfood* category is developing dynamically. *Superfoods* are more favorable because they are a natural replacement for dietary supplements, have distinctive properties and are often exotic and interesting for the final consumer. The quantitative sales of the analyzed *superfoods* are growing.

WSTĘP

Rynek żywności ekologicznej jest dynamicznie rozwijającym się odłamek sektora spożywczego. Popyt na certyfikowaną żywność BIO rośnie nieprzerwanie, tak samo jak różnorodność certyfikowanych produktów spożywczych. Jedną ze stosunkowo nowych kategorii żywności ekologicznej są produkty typu *superfoods* – zwane również „super żywnością”.

Celem pracy jest omówienie tematyki ekologicznych produktów typu *superfoods*. Artykuł dzieli się na trzy części. Pierwsza część to wprowadzenie do tematu omawianej kategorii spożywczej. Druga to definicja produktów typu *superfoods*, przykłady

produktów, ich właściwości oraz analiza motywacji konsumentów do zakupu. Trzecia część to analiza sprzedaży ilościowej wybranych asortymentów z oferty przedsiębiorstwa Bio Planet S.A. – chlorelli w proszku 200 g oraz jarmużu sproszkowanego 125 g.

ROZWÓJ RYNKU ŻYWNOSCI EKOLOGICZNEJ W POLSCE I NA ŚWIECIE

Rolnictwo ekologiczne to, za słownikiem PWN, „naturalne metody uprawy roślin i chowu zwierząt gospodarskich, bez stosowania nawozów sztucznych i chemicznych środków ochrony roślin”¹. Inaczej określić można je jako produkcję wysokiej jakości produktów żywnościowych przy zachowaniu środowiskowej równowagi².

Kontrola nad procesem produkcji i jasne metody certyfikacji, które w Europie ujednolicone są na poziomie Unii Europejskiej, budzą zaufanie konsumentów i pozwalają produktom certyfikowanym pozostać konkurencyjnym, pomimo wyższej ceny od ich konwencjonalnych odpowiedników. Żywność ekologiczna w Unii Europejskiej oznaczona musi być logiem „euro-liścia” (patrz rys. 1). Liść musi być czytelny, nieusuwalny i znajdować się w widocznym miejscu – by jasno komunikować certyfikację zgodną z normami ustalonymi Unijnie.

Rys. 1 Logo produkcji ekologicznej UE.



Źródło: Logo produkcji ekologicznej UE, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, <https://www.gov.pl/web/rolnictwo/logo-produkcji-ekologicznej-ue>, [dostęp: 22.05.2022].

Rynek produktów ekologicznych jest dynamicznie rozwijającym się sektorem gospodarki. Od 1999 do 2011 roku liczba gospodarstw ekologicznych w Polsce wzrosła z 513 do 23 449³. W swoich strategiach (*Farm to Fork* oraz w strategii bioróżnorodności)

¹ Słownik języka polskiego PWN, *rolnictwo ekologiczne*, <https://sjp.pwn.pl/sjp/rolnictwo-ekologiczne;2515673.html> [dostęp: 22.05.2022].

² D. Komorowska, *Rozwój Produkcji I Rynku Żywności Ekologicznej*, Stowarzyszenie Ekonomistów Rolnictwa I Agrobiznesu, „Roczniki Naukowe” 1 tom XI 1 zeszyt 3, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, Warszawa, 2009, s. 183.

³ K. Jończyk, „*Rozwój rolnictwa ekologicznego w Polsce*”, „Zeszyty Naukowe WSEI seria: EKONOMIA”, 8(1/2014), Lublin, 2014, s. 131.

Komisja Europejska postawiła cel, by do 2030 roku 25% upraw w Unii Europejskiej było uprawami w systemie rolnictwa ekologicznego⁴. Ten ambitny cel pokazuje, że rynek certyfikowanej żywności ekologicznej cechuje ciągły rozwój i dynamika oraz przychylność organizacji międzynarodowych i ogółu społeczeństwa.

KATEGORIA PRODUKTÓW SPOŻYWCZYCH TYPU *SUPERFOODS*

Kategoria produktów typu *superfoods* jest dynamicznie rozwijającym się trendem żywieniowym. „Trend” na rynku produktów spożywczych rozumiany może być jako istniejący w danym momencie kierunek rozwoju, bądź monotoniczny składnik zależności badanej cechy od czasu⁵.

Mianem *superfoods* nazywa się zwyczajowo szeroką gamę produktów roślinnych cechujących się dużą zawartością składników odżywczych w małej masie produktu lub też koncentracją składników, których może brakować w pożywieniu przeciętnego mieszkańca Polski⁶. *Superfoodsem* określa się między innymi produkty importowane takie jak:

- jagody goji,
- jagody acai,
- korzeń ashwagandhy,
- sproszkowany baobab,
- glony chlorella,
- glony spirulina,
- camu camu,
- maca.

Oprócz produktów wywodzących się z diet mieszkańców kontynentów innych niż Europa, mianem *superfoods* określa się produkty z pochodzenia europejskie, w tym polskie. Przykładowe *superfoods*y o polskim pochodzeniu składników⁷:

- burak sproszkowany,
- błonnik jabłkowy,
- ziarno ostropestu plamistego,
- jarmuż sproszkowany.

⁴ Rolnictwo Ekologiczne, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, <https://www.gov.pl/web/rolnictwo/rolnictwo-ekologiczne1> [dostęp: 22.05.2022].

⁵ A. Dejnaka, „*Sposoby odżywiania się przez konsumentów – nowe trendy*”, Wyższa Szkoła Bankowa we Wrocławiu, Wrocław, 2019, s. 98.

⁶ K. Ekiert, M. Dochniak, *Superfoods – idealne uzupełnienie diety czy zbędny dodatek?*, Piel. Zdr. Publ. 2015, 5, 4, Uniwersytet Medyczny im Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław, 2015, s. 401.

⁷ Seria Superfoods, strona producenta Bio Planet S.A., <https://bioplanet.pl/bio-planet-seria-superfoods/pk100008> [dostęp: 22.05.2022].

Konsumenci sięgają po produkty typu *superfoods* z różnych powodów. Pierwszym z nich może być rosnący trend na zdrowe odżywianie się oraz na świadomą suplementację. Rosnąca świadomość konsumentów na temat żywności ekologicznej, wpływa również na to, że konsument *superfoodsów* zwraca uwagę, czy są one certyfikowaną żywnością ekologiczną.

Produkty typu *superfoods*, dzięki swoim bogatym wartościom odżywczym, mogą być traktowane przez konsumenta jako „naturalny” zamiennik suplementów diety. Sprzedawane są one najczęściej w formie zmielonego produktu luzem w opakowaniu jednostkowym (nie podzielonego na porcje w formie np. tabletek). Taki sposób sprzedaży pozwala dowolnie dozować ilość produktu, bądź spożywać go w różnych formach (wymieszany w koktajlu, jako posypka np. w owsiance, ale też dodany do pieczonego ciasta, zupy).

Zarówno zaletą, jak i wadą sposobu sprzedaży *superfoodsów* może być posiadany przez nie smak i zapach – niektóre z nich mają wyraźny aromat, co może być cechą pozytywną (produkt może być kupowany by osiągnąć oczekiwany efekt potrawy), bądź też cechą negatywną (może być nietolerowany w smaku dla części konsumentów i odtrącać od zakupu). Przykładowym, dodatkowym zastosowaniem *superfoodsów*, mogą być glony chlorella i spirulina, które oprócz specyficznego aromatu barwią potrawy na zielono-niebieski odcień, co wykorzystywane jest do intencjonalnego barwienia ciast, potraw ciepłych i koktajli.

Kolejnym powodem sięgania po produkty typu *superfoods*, mogą być przypisywane im właściwości zdrowotne. Rosnący na świecie problem chorób nowotworowych sprzyja rozwijaniu świadomości konsumentów na temat zdrowego odżywiania się. Nieprawidłowa dieta jest jednym z czynników sprzyjających rozwojowi nowotworów układu pokarmowego, gruczołu krokowego i sutka⁸. Z drugiej strony, prawidłowa dieta, bogata w błonnik pokarmowy, karotenoidy czy też polifenole może mieć właściwości przeciwnowotworowe. Związki aktywne, zawarte w żywności, mogą mieć działanie ochronne na każdym etapie nowotworu⁹. Produkty typu *superfoods*, takie jak baobab sproszkowany, błonnik akacjowy, czy też lucuma mają wysoką zawartość błonnika, co za tym idzie mogą być interesującym wyborem suplementacji tejże substancji (patrz. Tab. 1). Innymi często wymienianymi walorami *superfoodsów* są: wysoka zawartość witaminy C (np. acerola sproszkowana liofilizowana) lub białka roślinnego (np. białko z grochu w proszku).

8 I. Daniel, J. Sadowska, *Przeciwnowotworowe działanie produktów roślinnych – egzotyczne superfoods i produkty z polskiej piramidy żywienia*, KOSMOS Vol. 65, 3, Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie, Szczecin, 2016, s. 371.

9 Ibidem.

Tab. 1 Zawartość błonnika w wybranych produktach typu *superfoods*

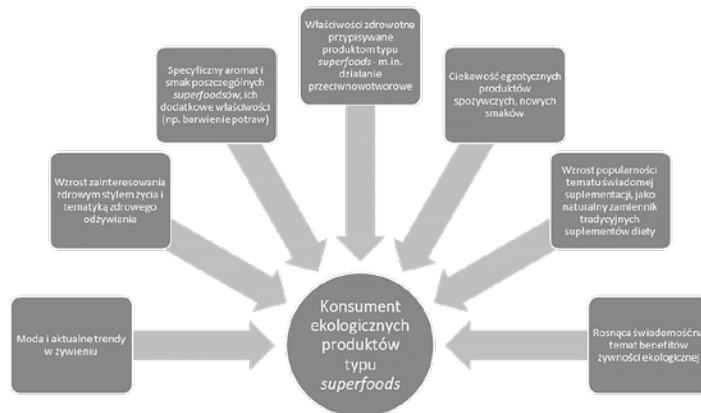
Lp.	Produkt typu <i>superfoods</i>	Wartość odżywcza w 100g – Błonnik
1	BAOBAB SPROSZKOWANY BIO	51 g
2	BŁONNIK AKACJOWY BIO	90 g
3	BŁONNIK ARONIOWY BIO	62 g
4	BŁONNIK JABŁKOWY BIO	55 g
5	DZIKA RÓŻA SPROSZKOWANA BIO	56 g
6	GUARANA SPROSZKOWANA BIO	27 g
7	ŁUSKI BABKI JAJOWATEJ BIO	85 g
8	NASIONA BABKI PŁESZNIK BIO	64 g

Źródło: opracowanie własne. na podstawie oferty produktów typu *superfoods* przedsiębiorstwa Bio Planet S.A.

Produkty typu *superfoods*, które pochodzą z odległych geograficznie zakątków świata są też dla konsumenta nowe, intrygujące i ciekawe. Człowiek, uważający się za świadomego konsumenta bądź kierujący się ciekawością, może wybierać je ze względu na chęć poznania czegoś nowego i spróbowania egzotycznych produktów spożywczych.

Podsumować można więc motywacje konsumentów do zakupu ekologicznych produktów typu *superfoods* na wykresie (patrz rys. 2).

Rys. 2 Motywacje konsumentów do zakupu ekologicznych produktów typu *superfoods*



Źródło: opracowanie własne.

ANALIZA SPRZEDAŻY WYBRANEGO ASORTYMENTU NA PODSTAWIE PRZEDSIĘBIORSTWA BIO PLANET S.A.

Jednym z liderów sprzedaży produktów typu *superfoods* jest przedsiębiorstwo Bio Planet S.A. Jest to lider rynku dystrybucji certyfikowanej żywności ekologicznej w Polsce. Przedsiębiorstwo Bio Planet S.A. w drugim kwartale 2022 roku zatrudnia

256 osób oraz posiada w swojej ofercie około 7000 produktów, z czego ok. 600 pod markami własnymi. W asortymencie przedsiębiorstwa występują produkty ponad 300 producentów¹⁰. Produkty te importowane są z kilkudziesięciu krajów świata.

Kategorię *superfoods* przedsiębiorstwo wprowadziło na rynek w 2014 roku. Pierwszymi wprowadzonymi do obrotu asortymentami z tej kategorii były:

- Maca (korzeń) w proszku BIO 150 g
- Chlorella w proszku (glony) BIO 200 g
- Spirulina w proszku (glony) BIO 200 g
- Nasiona babki płesznik BIO 250 g
- Pszenica młoda – trawa sproszkowana BIO 150 g
- Kakao ziarna kruszone surowe BIO 250 g
- Kakao sproszkowane surowe nieodtłuszczone BIO 150 g

Produkty typu *superfoods* konfekcjonowane, a następnie sprzedawane są przez Bio Planet S.A. w gramaturze od 100 g (np. *Acerola sproszkowana liofilizowana BIO 100 g*) do 600 g (np. *Chlorella w proszku [glony] BIO 600 g*)¹¹. Gramatury zależą od ceny surowca oraz od powszechności zastosowań dla poszczególnego produktu.

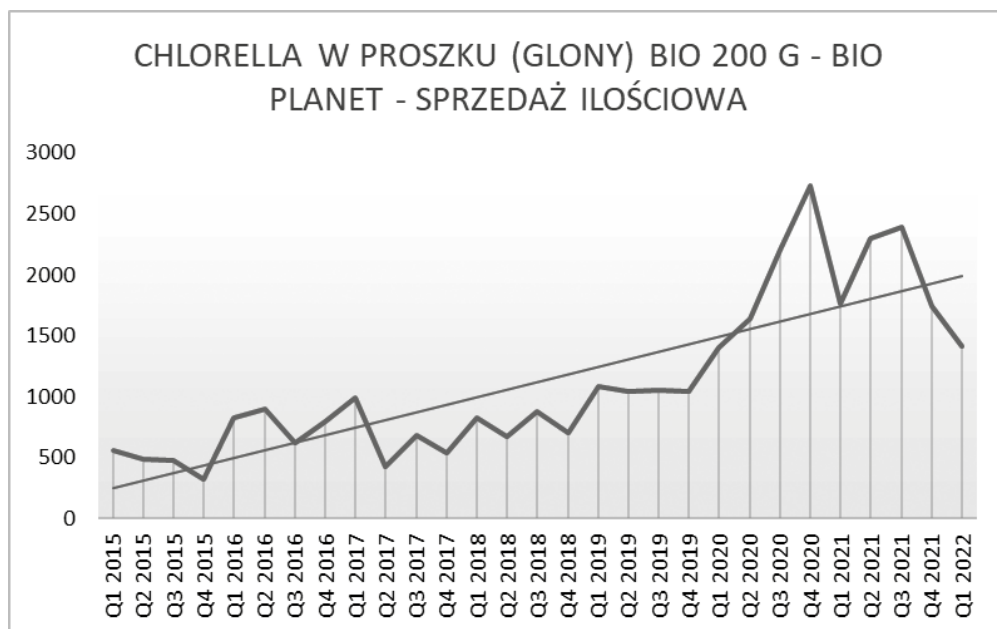
Wzrost zainteresowania konsumenta docelowego produktami typu *superfoods* można ocenić analizując sprzedaż wybranego asortymentu z tej kategorii.

Analizując sprzedaż ilościową produktu „Chlorella w proszku (glony) BIO 200 G – Bio Planet „możemy odnotować wyraźny wzrost sprzedaży produktu. Od pierwszego kwartału 2015 roku sprzedaż produktu do sklepów w Polsce wzrosła z poziomu 557 szt./kwartał do, w najwyższym momencie sprzedaży (Q4 2020), 2727 szt./kwartał (patrz. Rys. 3). Chlorella w proszku jest przykładem *superfoods*a, który produkowany jest z surowca importowanego, stosunkowo nowego w diecie Europejczyków. Chlorella charakteryzuje się specyficznym aromatem i smakiem, posiada właściwości barwiące oraz przypisuje się jej wiele właściwości prozdrowotnych.

¹⁰ Bio Planet – o nas, <https://bioplanet.pl/o-nas> [dostęp: 27.05.2022].

¹¹ Seria *Superfoods*, strona producenta Bio Planet S.A., <https://bioplanet.pl/bio-planet-seria-superfoods/pk100008> [dostęp: 22.05.2022].

Rys. 3 Sprzedaż ilościowa wyrobu *Chlorella* w proszku (glony) BIO 200 g – Bio Planet

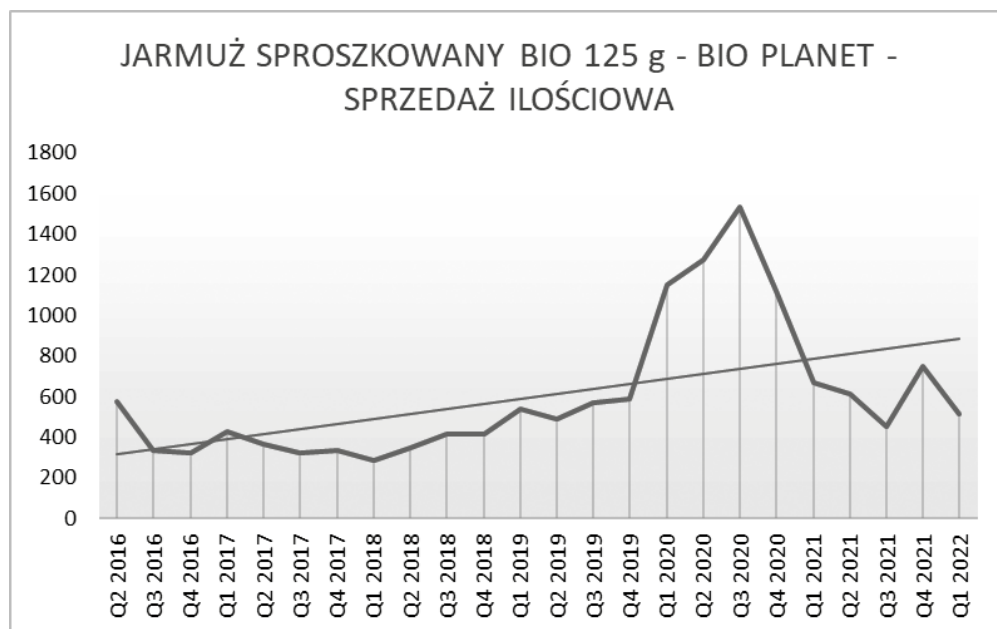


Źródło: opracowanie własne.

Biorąc pod uwagę sprzedaż ilościową produktu „JARMUŻ SPROSZKOWANY BIO 125 g – BIO PLANET” widać podobne zależności, jak przy *Chlorelli*. Jarmuż sproszkowany BIO 125 g został wprowadzony na rynek przez Bio Planet S.A. w drugim kwartale 2016 roku. Sprzedaż utrzymuje się na podobnym poziomie, wyłączając rok 2020 (który jako rok pandemii Covid-19 cechował się dużą nieprzewidywalnością na rynku) sprzedaż ilościowa na kwartał waha się pomiędzy 287 szt./kwartał (Q1 2018), a 751 szt./kwartał (Q4 2021). Linia trendu pokazuje wzrost sprzedaży ilościowej w czasie (patrz. Rys. 4). Jarmuż sproszkowany jest *superfoodsem* o polskim pochodzeniu¹². Jarmuż znany jest jako produkt spożywczy o wysokiej wartości odżywczej oraz ciekawym smaku z nutą goryczy. Dla konsumenta docelowego jarmuż sproszkowany może być nowatorską i interesującą formą podania tradycyjnego jarmużu.

¹² Jarmuż sproszkowany, <https://bioplanet.pl/jarmuz-sproszkowany-bio-125-g-bio-planet/p336> [dostęp: 27.05.2022].

Rys. 4 Sprzedaż ilościowa wyrobu Jarmuż sproszkowany BIO 125 g – Bio Planet



Źródło: opracowanie własne.

Podsumowując dane sprzedażowe wybranego asortymentu typu *superfoods* przedsiębiorstwa Bio Planet S.A. widać wzrost tego segmentu rynku oraz wzrost zainteresowania produktami tego rodzaju.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Rynek certyfikowanej żywności ekologicznej jest interesującym przykładem segmentu rynkowego, który jest w fazie dynamicznego rozwoju. Ciągłe rosnąca świadomość społeczeństwa na temat benefitów płynących z certyfikacji żywności oraz ze świadomej suplementacji powoduje powstawanie nowych kategorii produktów, w tym *superfoodsów*. Produkty typu *superfoods* cechują się wyraźnym wzrostem ilościowej sprzedaży, a jako kategoria rozwijają się wciąż o nowe rodzaje produktów. Konsument *superfoodsów* może posiadać różne motywacje do zakupu – te zdrowotne, jak i związane z ciekawością i niedostępnością danych produktów w innych formach na rynku. W przyszłości różnorodność produktów typu *superfoods* będzie najpewniej rosła, tak samo jak ich udział w rynku żywności BIO ogólnie.

Bibliografia:

Daniel I., Sadowska J., *Przeciwnowotworowe działanie produktów roślinnych – egzotyczne superfoods i produkty z polskiej piramidy żywienia*, KOSMOS Vol. 65, 3, Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie, Szczecin 2016.

Dejnaka A., *Sposoby odżywiania się przez konsumentów – nowe trendy*, Wyższa Szkoła Bankowa we Wrocławiu, Wrocław 2019.

Ekiert K., Dochniak M., *Superfoods – idealne uzupełnienie diety czy zbędny dodatek?*, Piel. Zdr. Publ. 2015, 5, 4, Uniwersytet Medyczny im Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2015.

Jończyk K., *Rozwój rolnictwa ekologicznego w Polsce*, „Zeszyty Naukowe WSEI seria: EKONOMIA”, 8(1/2014), Lublin 2014.

Komorowska D., *Rozwój Produkcji I Rynku Żywności Ekologicznej*, Stowarzyszenie Ekonomistów Rolnictwa I Agrobiznesu, „Roczniki Naukowe” I tom XI I zeszyt 3, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, Warszawa 2009.

Netografia:

Bio Planet – o nas, <https://bioplanet.pl/o-nas>, [dostęp: 27.05.2022].

Jarmuż sproszkowany, <https://bioplanet.pl/jarmuz-sproszkowany-bio-125-g-bio-planet/p336>, [dostęp: 27.05.2022].

Logo produkcji ekologicznej UE, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, <https://www.gov.pl/web/rolnictwo/logo-produkcji-ekologicznej-ue>, [dostęp: 22.05.2022].

Rolnictwo Ekologiczne, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, <https://www.gov.pl/web/rolnictwo/rolnictwo-ekologiczne1>, [dostęp: 22.05.2022].

Seria *Superfoods*, strona producenta Bio Planet S.A., <https://bioplanet.pl/bio-planet-seria-superfoods/pk100008>, [dostęp: 22.05.2022].

Słownik języka polskiego PWN, rolnictwo ekologiczne, <https://sjp.pwn.pl/sjp/rolnictwo-ekologiczne;2515673.html>, [dostęp: 22.05.2022].

WIEDZA I ZACHOWANIA ŻYWIENIOWE Kobiet CIĘŻARNYCH

KNOWLEDGE AND NUTRITION BEHAVIOR OF PREGNANT WOMEN

Słowa kluczowe: kobiety w ciąży, żywienie, zmiany w diecie

Abstrakt: Okres ciąży wiąże się ze wzmożonym zapotrzebowaniem na składniki odżywcze, a odpowiednia proporcja w podaży składników energetycznych, budulcowych oraz witamin i mikroelementów warunkuje zachowanie prawidłowych funkcji organizmu kobiety i rozwijającego się dziecka. Prezentowana praca dotyczy oceny wiedzy i wyborów żywieniowych kobiet ciężarnych. Badania były prowadzone w okresie od listopada 2021 r. do lutego 2022 roku w dwóch grupach kobiet z terenu całej Polski w przedziale wiekowym od 17. do 25. roku życia (38 kobiet) i od 26. do 42. roku życia (122 kobiety). Przeprowadzono jednorazową ankietę, która dostarczyła informacji o aktualnym stanie wiedzy na temat odżywiania się kobiet ciężarnych i ich aktywności fizycznej. Badane kobiety wykazały rozbieżność w swoich odpowiedziach, jednak znacząca część ciężarnych (głównie kobiety po 25 roku) posiada wiedzę na temat prawidłowego żywienia w okresie ciąży. Niemal wszystkie uczestniczki badań czytają informacje o składzie produktów spożywczych, a znacząca większość badanych kobiet (130) stosuje suplementację diety zaleconą przez lekarza.

Keywords: pregnant women, nutrition, dietary changes

Abstract: The period of pregnancy is associated with an increased demand for nutrients, and the appropriate proportion of the supply of energy and building components as well as vitamins and microelements determines the maintenance of the proper functions of the woman's body and the developing child. The presented work concerns the assessment of knowledge and nutritional choices of pregnant women.

The research was conducted in the period from November 2021 to February 2022 in two groups of women from all over Poland in the age range from 17 to 25 (38 women) and from 26 to 42 (122 women). A one-off questionnaire was carried out, which provided information on the current state of knowledge on the nutrition of pregnant women and their physical activity.

The surveyed women showed a discrepancy in their answers, however, a significant proportion of pregnant women (mainly women over 25) have knowledge about proper nutrition during pregnancy. Almost all study participants read information about the composition of food products, and the vast majority of the surveyed women (130) use dietary supplementation recommended by a doctor.

WSTĘP

Sposób żywienia przyszłej mamy jest kluczowy do utrzymania zdrowia kobiety i prawidłowego rozwoju płodu w łonie oraz po narodzeniu niemowlęcia i przez całe życie dziecka.

Realizacja zasad racjonalnego żywienia polega na stosowaniu zrównoważonej i urozmaiconej diety, która ogranicza występowanie zarówno niedoborów, jak i nadmiaru składników odżywczych. Kobieta powinna realizować zapotrzebowanie energetyczne, dostarczać do organizmu odpowiednią ilość witamin i związków mineralnych poprzez zbilansowany codzienny jadłospis. Dieta uboga w mikroskładniki i makroskładniki wiąże się z ryzykiem wystąpienia wad rozwojowych dziecka. Kobieta ciężarna powinna

odpowiednio układać swój jadłospis poprzez stosowanie różnorodnych produktów spożywczych, tak aby nie wystąpiły niedobory żadnych składników pokarmowych.¹

DIETA KOBIETY CIĘŻARNEJ

Odpowiedni przyrost masy ciała kobiety ciężarnej związany jest z kontrolą przyjmowania pokarmów. W pierwszych trzech miesiącach ciąży zwiększenie kaloryczności w diecie nie jest konieczne, jeżeli kobieta jest w pełni zdrowa. Przemiany energetyczne nasilają się szczególnie w II oraz III trymestrze trwania ciąży, dlatego należy zabezpieczyć ustrój w odpowiednią ilość energii. W drugim trymestrze nadwyżka energetyczna jest niezbędna do przystosowania kobiety do macierzyństwa, natomiast w trzecim trymestrze do kształtowania się oraz przrastania masy dziecka. W drugim trymestrze ciąży należy zwiększyć całodzienną dietę o 360 kcal, a w trzecim trymestrze ciąży o 475 kcal²

Całodzienna podaż energii w diecie kobiety ciężarnej jest uzależniona od wieku, aktywności fizycznej, masy ciała przed zajściem w ciążę, codziennych zwyczajów oraz od rodzaju pracy. Nieodpowiednio zbilansowana dieta przyszłej matki może przyczynić się do wad rozwojowych płodu. Z diety kobiety spodziewającej się potomstwa należy wykluczyć surowe produkty, takie jak surowe mięso i ryby, mleko niepasteryzowane, które mogą zawierać bakterie chorobotwórcze.

Dieta wyłącznie roślinna nie jest zalecana kobietom będącym w ciąży, ponieważ nie dostarczy odpowiedniej ilości aminokwasów, witamin i biopierwiastków. Konsekwencje zbyt dużej podaży kalorii w diecie ciężarnej to nadmierny przyrost masy ciała kobiety, występowanie powikłań tj. otyłość, cukrzyca typu 2. oraz nadciśnienie.³

Suplementację diety kobiety ciężarnej należy uwzględnić po rozmowie z lekarzem prowadzącym ciążę. Najlepszym rozwiązaniem jest suplementowanie lekami, których skład jest dokładnie przebadany. Kluczowymi składnikami odżywczymi w okresie ciąży są foliany, witamina D₃, jod, żelazo oraz wielonienasycone kwasy tłuszczowe z grupy omega-3.

Suplementacja kwasem foliowym zalecana jest kobietom planującym potomstwo w ilości 400 µg na dobę w okresie w okresie sześciu tygodni przed zajściem w ciążę. Zarówno nadmiar kwasu foliowego, jak i niedobór mogą być niebezpieczne dla zdrowia płodu. Zbyt duża podaż folianów może być przyczyną wystąpienia odporności insulinowej, może także przyczyniać się do wystąpienia anemii megaloblastycznej zakrywając

¹ Dziura A., Falkiewicz K., Girtler M., Stanley-Kałuża V. *Zdrowa dieta przyszłej mamy*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2021.

² Szostak-Węgierek D. *Żywność w czasie ciąży i karmienia piersią*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2021.

³ Jarosz M., Rychlik E., Stoś K., Charzewska J. *Normy żywienia dla populacji Polski i ich zastosowanie*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, 2020, s.43.

poziom witaminy B₁₂ w organizmie kobiety. Opublikowano wiele przypadków niedoboru witaminy B₁₂ u dzieci urodzonych przez matki wegetarianki oraz matki weganki. Zdarza się, że niemowlęta i małe dzieci diagnozowane są z opóźnieniem rozwoju i uszkodzeniem układu nerwowego. Wielu naukowców uważa, że witamina B₁₂ powinna być podawana noworodkom tuż po urodzeniu, podobnie jak witamina K.⁴

Kwas foliowy zapobiega wadom cewy nerwowej u dziecka, w pierwszych trzech miesiącach ciąży kobieta powinna uzupełniać dietę dawką 400-600 µg folianów w ciągu dnia, natomiast w II oraz III trymestrze o 600-800 µg dziennie. Badania naukowe potwierdzają lepszą biodostępność aktywnych form folianów w porównaniu z kwasem foliowym. Kwas foliowy jest w organizmie przekształcany do biologicznie aktywnej formy, jednak w niektórych przypadkach jest to niemożliwe. Biologicznie dostępną formą jest metafolina. W aptekach dostępny jest preparat dla ciężarnych (Femibion), który zawiera i kwas foliowy, i metafolinę.⁵

Woda jest niezbędna do budowy każdej komórki organizmu, jest otoczeniem koniecznym do prawidłowego przebiegu całej ciąży, wchodzi w skład płynu pęcherzykowego oraz uczestniczy w drodze zygoty aż do jamy macicy⁶. Obniżenie zawartości wody w ustroju przewyższające 8% może doprowadzać do śmierci. Dbając o odpowiednie nawodnienie przyszła mama powinna obliczyć swoje zapotrzebowanie dzienne, które zakłada przyjęcie 30-35 ml płynów na kilogram masy ciała, do uzyskanego wyniku należy dodać 300 ml płynów niezbędnych do przemian zachodzących w organizmie kobiety. Woda zawarta jest w znaczącej ilości w warzywach (95%), w owocach (87%) oraz w mleku i jego przetworach (87-89%)⁷.

Zbyt duża ilość kofeiny spożywana przez ciężarne wiąże się z ryzykiem utracenia płodu, wczesnemu urodzeniu dziecka, a także niewielką masą ciała dziecka.

Soki owocowe zawierają dużo cukrów prostych, z tego powodu powinny być rzadko spożywane, w ilości nie większej niż 250 ml dziennie. Ciężarna powinna wyeliminować słodkie napoje gazowane ze swojej diety ze względu na znaczną ilość cukru, substancji barwiących oraz konserwantów. Słodzone napoje mogą także w swoim składzie zawierać kofeinę.⁸

⁴ Więch M., i in. *Żywność kobiet w ciąży w odniesieniu do aktualnych zaleceń*. Bromat. Chem. Toksykol., 2019, 2, 114-120.

⁵ Bomba-Opoń D. i in. *Suplementacja folianów okresie przedkoncepcyjnym, w ciąży i porożu. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników*. „Ginekologia i Perinatologia Praktyczna” 2017, tom 2, nr 5.

⁶ Karowicz-Bilińska A. *Woda i jej znaczenie dla organizmu kobiety*. Ginekol. Pol. 2011, 82, 455-459.

⁷ Ciborowska H., Ciborowski A. *Dietetyka. Żywność zdrowego i chorego człowieka*. PZWL. Warszawa 2021.

⁸ Wiśniewska-Łowigus M., Drobik P. *Zagrożenia związane ze spożywaniem kofeiny w ciąży*. „Pielęgniarstwo Polskie” 2013, 1(47), 28-33.

CEL PRACY

Celem pracy była ocena wiedzy i wyborów żywieniowych kobiet ciężarnych na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Badanie przeprowadzono w okresie od listopada 2021 r. do lutego 2022 r. Grupę badawczą stanowiło 160 kobiet będących w ciąży.

Wśród badanych kobiet ciężarnych 9 miało niedowagę, a 80 kobiet prawidłową masę ciała, co stanowi połowę wszystkich badanych ochotniczek. Dwadzieścia sześć badanych wykazało ponadnormatywną masę ciała. Trzydzieści dwie kobiety były otyłe, natomiast 13 kobiet odpowiedziało „nie wiem”, prawdopodobnie nie umiały obliczyć wskaźnika BMI (wzór był podany w kwestionariuszu).

Kobiety, które zgłosiły się do badań zostały podzielone na dwie grupy. Pierwsza grupa to kobiety w przedziale wiekowym od 17. do 25. roku życia (38 kobiet), natomiast w drugiej grupie były ciężarne od 26. do 42. roku życia (122 kobiety).

WYNIKI BADAŃ I DYSKUSJA

Odżywianie i stan odżywienia kobiet w okresie prokreacyjnym są istotnymi czynnikami mającymi wpływ na przebieg ciąży. Ciąża i okres karmienia piersią wiążą się ze wzmożonym zapotrzebowaniem na składniki odżywcze, a odpowiednia proporcja w podaży składników energetycznych, budulcowych oraz witamin i mikroelementów warunkuje zachowanie prawidłowych funkcji organizmu kobiety i rozwijającego się dziecka.

Większość respondentek była w trzecim trymestrze ciąży, taką odpowiedź zaznaczyły 83 ciężarne. W drugim trymestrze ciąży było 57 kobiet, natomiast 20 kobiet zadeklarowało pierwszy trymestr ciąży.

Na pytanie o liczbę ciąż 105 kobiet odpowiedziało, że to ich pierwsza ciąża, w większości były to kobiety w wieku powyżej 25 roku życia. W drugiej ciąży było 36 kobiet z przewagą kobiet po 25 roku życia. Jedynie 19 kobiet zadeklarowało trzecią lub ilościowo wyższą ciążę.

Uczestniczki badań na pytanie o sposób żywienia w trakcie ciąży (104 kobiety) odpowiedziały, że zmieniły swój sposób żywienia. Pozostała część kobiet ciężarnych stanowiąca 35% (56 kobiet) nie zmieniła zwyczajów żywieniowych.

Ciężarne zapytane o właściwe dla ich stanu zdrowe odżywianie w większości (76%) odpowiedziały twierdząco, natomiast 38 kobiet (24%) nie uważa, że odżywiają się właściwie.

Na pytanie o źródło wiedzy o żywieniu przyszłe mamy w zdecydowanej większości (85%) odpowiedziały, że wiedzę o żywieniu w czasie ciąży czerpią z internetu, aż 137 kobiet zaznaczyło taką odpowiedź. Innymi wybieranymi przez kobiety ciężarne źródłami

był lekarz prowadzący ciążę oraz książki. Sześć badanych kobiet ciężarnych stwierdziło, że wiedzę o prawidłowym żywieniu pozyskują z telewizji.

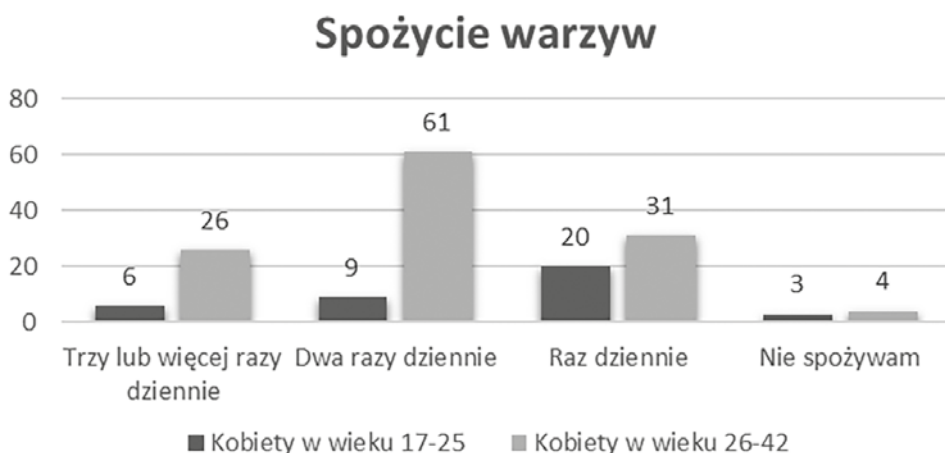
Zapytane o regularność spożycia posiłków 111 kobiet odpowiedziało twierdząco (91 kobiet w wieku od 26 do 42 lat i 20 kobiet w wieku od 17 do 25 lat), większość kobiet po 25 roku życia żywi się w równych odstępach czasowych. Niemal wszystkie kobiety uczestniczące w badaniu odpowiedziały, że spożywają trzy i więcej posiłków dziennie.

Większość kobiet podjada między posiłkami, zarówno z pierwszej jak i z drugiej grupy wiekowej. Na 160 odpowiedzi tylko 22. kobiety żywią się zgodnie z ustalonym jadłospisem.

Odpowiednie nawodnienie organizmu przyszłej mamy zapobiega zaparciom, niewystarczającej ilości płynów owodniowych, krystalizacji składników moczu, infekcjom układu moczowego. Uczestniczące w badaniach kobiety wypijają około 2. litrów płynów dziennie (102 odpowiedzi), na drugim miejscu kształtuje się odpowiedź 3 litry lub więcej (33 odpowiedzi). Natomiast 25 kobiet wypija tylko około jednego litra płynów w ciągu całego dnia.

Uczestniczki badania najczęściej spożywały niegazowaną wodę mineralną (136 kobiet), na drugim miejscu wskazały kawę i herbatę (121 kobiet), a kolejną pozycję zajmują soki owocowe (100 kobiet). Soki z owoców zawierają dużo cukrów prostych, z tego powodu powinny być rzadko spożywane, w ilości nie większej niż 250 ml dziennie. Ciężarna powinna wyeliminować słodkie napoje gazowane ze swojej diety ze względu na znaczną ilość cukru, substancji barwiących oraz konserwantów. Słodzone napoje mogą także w swoim składzie zawierać kofeinę.⁹

Rys. 1 Ocena częstości spożywania warzyw.



⁹ Wendołowicz A., Stefańska E., Ostrowska L. *Żywność kobiet w okresie ciąży*. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 2014, Tom 20, Nr 3, 341-345.

Kobiety z w wieku od 17 do 25 lat deklarowały, że spożywają warzywa jeden raz dziennie (20 odpowiedzi), na drugim miejscu wskazywały odpowiedź dwa razy dziennie (9 odpowiedzi), a 3 kobiety z omawianej grupy nie spożywają warzyw.

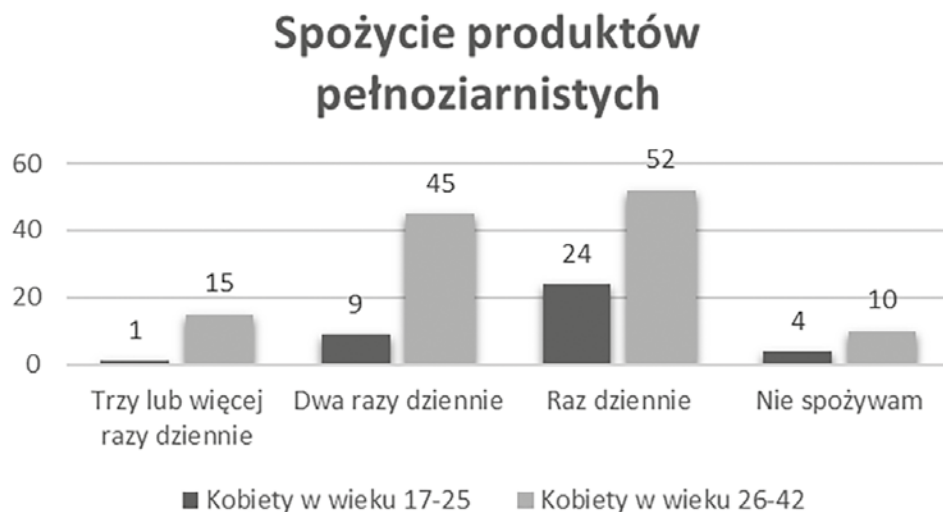
Natomiast kobiety powyżej 25 roku życia najczęściej wybierały odpowiedź dwa razy dziennie (61 głosów), a na kolejnym miejscu podobnie jak ciężarne z pierwszej grupy była odpowiedź raz dziennie. Natomiast 4 kobiety nie jedzą warzyw na co dzień.

Na pytanie o spożywanie owoców młodsze respondentki (17 do 25 lat) odpowiedziały, że spożywają owoce jeden raz dziennie (16 głosów), natomiast 11 pań spożywa owoce dwa razy dziennie. W grupie kobiet po 25 roku życia na odpowiedź jeden raz dziennie wskazały 53 kobiety, a na drugim miejscu znajduje się odpowiedź dwa razy dziennie (48 głosów). Po cztery kobiety z obu grup nie spożywają owoców.

Warzywa i owoce powinny znajdować się w diecie ciężarnej w jak największej ilości, w każdym posiłku. W drugim oraz trzecim trymestrze ciąży kobieta powinna jeść około 600g warzyw oraz 400g owoców dziennie.

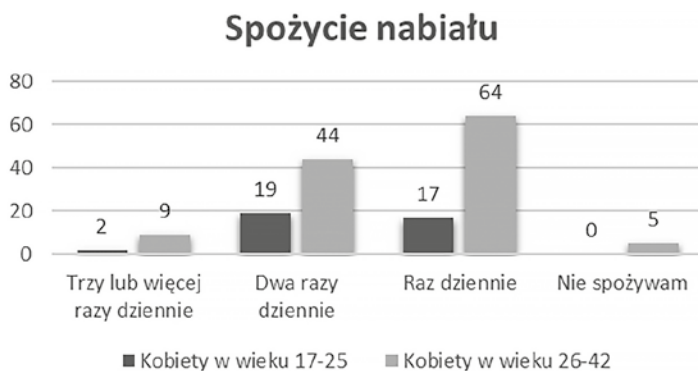
Pełnoziarniste produkty zbożowe zawierają węglowodany, białko, witaminy z grupy B, włókno pokarmowe oraz składniki mineralne. Produkty zbożowe powinny być spożywane w kilku porcjach całodzienną diety, zwłaszcza w drugim trzecim trymestrze ciąży.

Rys. 2 Spożycie produktów pełnoziarnistych.



Pięćdziesiąt dwie kobiety ciężarne powyżej 25. roku życia spożywają produkty pełnoziarniste jeden raz dziennie (42,6%), na drugim miejscu znalazła się odpowiedź dwa razy dziennie (36,8%). Młodsze kobiety najczęściej wybierały odpowiedź jeden raz dziennie (63,1% kobiet). Natomiast 14 kobiet nie spożywa produktów pełnoziarnistych.

Rys. 3 Częstość spożywania produktów mleczarskich.



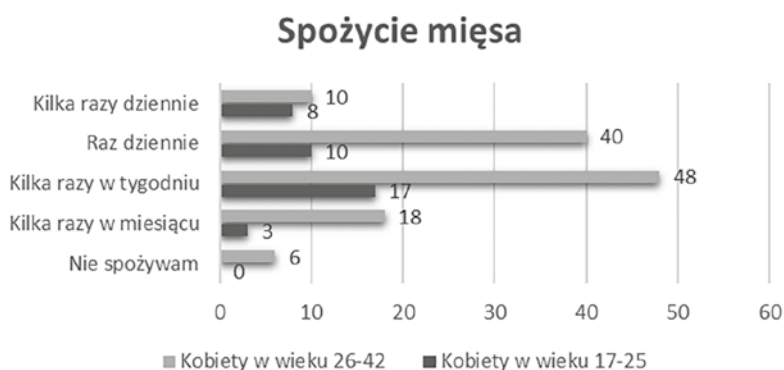
Biorąc udział w badaniach kobiety w wieku od 17 do 25 lat deklarowały, że spożywają nabiał dwa razy dziennie (50%), a 44,7% kobiet spożywa nabiał jeden raz dziennie. Żadna kobieta nie zaznaczyła odpowiedzi „nie spożywam”.

Natomiast kobiety z grupy wiekowej od 26 lat do 42. lat spożywają produkty nabiałowe jeden raz dziennie (40%) oraz dwa razy dziennie (27,5%), a pięć kobiet z tej grupy wieku nie jada nabiału. Kobiety ciężarne powinny spożywać produkty mleczarskie codziennie, gdyż są one źródłem pełnowartościowego białka, wapnia oraz witamin z grupy B.

Osiemdziesiąt jeden kobiet ciężarnych spożywa jaja kilka razy w tygodniu (50,6%), natomiast kilka razy w miesiącu 44 kobiety (27,5%). Dziewięć spośród wszystkich ankietowanych kobiet nie jada jaj (5,6%).

Mięso obecne w diecie dostarcza cennych składników odżywczych tj. np. żelazo, które zapobiega wystąpieniu anemii, zakażeniom dróg moczowych, wcześniejszemu urodzeniu dziecka. Ponadto, w mięsie są cenne witaminy zarówno rozpuszczalne w tłuszczach jak i w wodzie. Jedną z tych witamin, którą możemy pozyskać z mięsa i z ryb jest witamina B₁₂. W drugim i trzecim trymestrze ciąży kobieta powinna spożywać chude produkty mięsne w porcji 200-250g.dziennie.

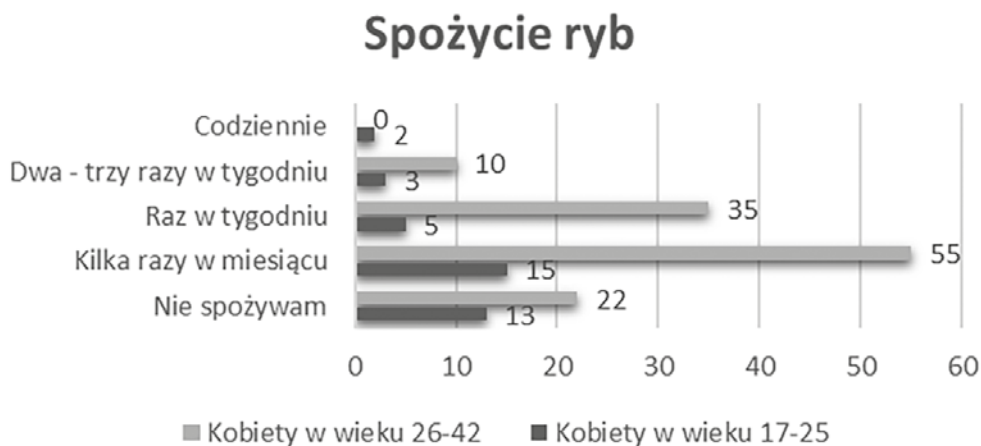
Rys. 4 Częstość spożywania mięsa.



Pytanie dotyczyło częstości spożycia mięsa (niezależnie od rodzaju). Najwięcej głosów uzyskała odpowiedź kilka razy w tygodniu (65 głosów) co daje ogólny wynik 40,6%. Na kolejnym miejscu znalazła się odpowiedź dotycząca spożycia mięsa jeden raz dziennie (31,3%), natomiast 6 kobiet powyżej 25 roku życia nie spożywa mięsa.

W przeprowadzonym badaniu zapytano również o częstość spożycia różnych produktów mięsnych. Kobiety z grupy od 17 do 25 lat spożywają wyroby mięsne codziennie (14 odpowiedzi) i kilka razy w tygodniu (13 odpowiedzi). Kobiety ciężarne z grupy powyżej 25 roku życia spożywają wędliny, kiełbasy, kabanosy i parówki kilka razy w tygodniu (46 odpowiedzi) oraz kilka razy w miesiącu (37 odpowiedzi). Szesnaście kobiet ciężarnych z obu grup nie jada wyrobów mięsnych (10%).

Rys. 5 Częstość spożywania ryb.



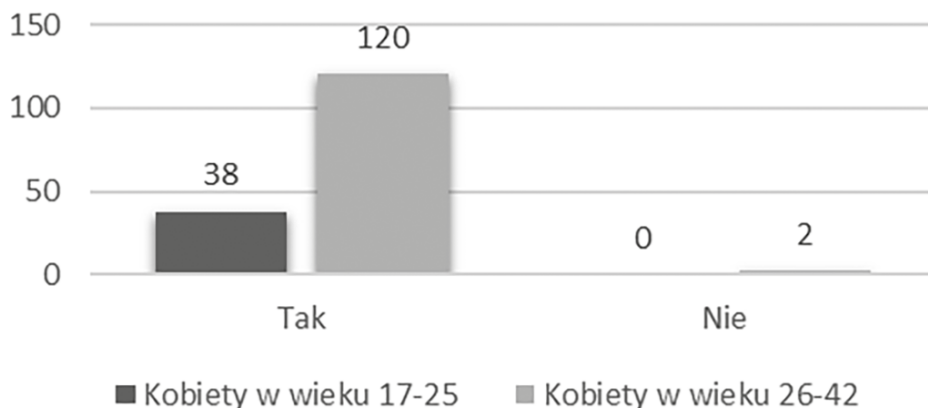
Pełnotłuste ryby powinny znaleźć się w jadłospisie przyszłej matki dwa lub trzy razy w tygodniu. Z przeprowadzonych badań ankietowych wynika, że 55 badanych kobiet ciężarnych w wieku 26 do 42. roku życia spożywa ryby kilka razy w miesiącu (43,5%). Jeden raz w tygodniu ryby znajdują się w jadłospisie 40 kobiet z obu grup badanych (25%). Trzydzieści pięć przyszłych matek (21,9%) nie spożywa ryb.

Badane kobiety na pytanie o tłuszcze odpowiedziały, że najczęściej używają masła (78,1% badanych), a w drugiej kolejności oleje roślinne (71,9%). Sześćdziesiąt siedem kobiet spożywa orzechy i nasiona.

Badane kobiety w przeważającej ilości (93,1%) na pytanie o częstość spożycia słodczy odpowiedziały twierdząco. Tylko 11 ciężarnych nie spożywa słodkości.

Rys. 6 Opieka lekarska dotycząca badanych kobiet.

Czy jesteś pod opieką ginekologa?



Wszystkie kobiety z grupy badanej od 17. do 25. lat (38 kobiet) są pod opieką specjalisty. 120 kobiet w wieku od 26. do 42. lat również uczęszcza regularnie do lekarza ginekologa, natomiast dwie panie nie kontaktują się z lekarzem.

Zdecydowana większość kobiet w obu badanych grupach stosuje suplementację diety (89,4%). Tylko 17 kobiet nie spożywa suplementów diety.

Kobiety w ciąży stosujące suplementację diety wybierają sprawdzone źródło, z polecenia lekarza (130 głosów), w szczególności panie po 25 roku życia. Dwadzieścia trzy ciężarne same decydują o suplementacji. Pozostałe kobiety w liczbie 17. nie suplementują diety.

DYSKUSJA

W dzisiejszych czasach wiedza o prawidłowym żywieniu kobiet ciężarnych jest łatwo dostępna. Wiele informacji można pozyskać z internetu, książek, czasopism oraz od lekarza prowadzącego ciążę.

Wyniki badań prowadzonych przez Palkę i współpracowników potwierdzają powszechność i dostępność tych źródeł, 13% badanych kobiet czerpie swą wiedzę ze szkół rodzenia.¹⁰

Możliwe, że wiek przyszłych matek, a także wykształcenie ma istotny wpływ na wybory żywieniowe oraz większą świadomość dotyczącą odżywiania w czasie ciąży. W badaniach prowadzonych przez Bojar i współpracowników, którzy poddali ocenie zachowania żywieniowe kobiet ciężarnych wiąże wykształcenie, status ekonomiczny

¹⁰ Palka A., Rzeźnikowski K. *Zmiany odżywiania się kobiet w czasie ciąży*. Zeszyty Naukowe Akademii Morskiej w Gdyni, nr. 93, czerwiec 2016.

oraz cywilny z posiadaną wiedzą na temat żywienia w okresie ciąży. W wynikach badań wykazali, że kobiety mniej zamożne oraz gorzej wykształcone posiadały mniejszą wiedzę z zakresu żywienia.¹¹

Większość kobiet deklaruje, że zmieniło swój sposób żywienia podczas ciąży, natomiast część z nich nie zmieniła dotychczasowych przyzwyczajeń, być może wynika to z faktu, że kobiety przed zajściem w ciążę odżywiały się w sposób racjonalny. W badaniach prowadzonych przez Palkę oraz Rzeźnikowskiego przeważały kobiety, które także zmieniły swój sposób żywienia po zajściu w ciążę (69% badanych).

Uczestniczki badania (76,3%) uważają, że się zdrowo odżywiają. Podobnej odpowiedzi udzieliły kobiety w badaniach Myszkowskiej-Ryciak J. i współautorów.¹²

Nieregularność spożywanych posiłków zaobserwowano u wielu kobiet będących w ciąży, a fakt ten może wpłynąć na poziom stężenia glukozy we krwi. Ciężarna kobieta powinna spożywać 5-6 posiłków w ciągu dnia co jest zgodne z zaleceniami żywieniowymi dla opisanej grupy kobiet.^{13,14}

Warzywa powinny być spożywane jak najczęściej w jak największej ilości, ze względu na ich wartość odżywczą. Uczestniczki badania spożywają zbyt mało warzyw i owoców odniesieniu do rekomendacji żywieniowych.

Ankietowane kobiety spożywają niewystarczającą ilość produktów z pełnego ziarna (pieczywo, makarony, kasze). Tylko 16 kobiet z grupy badanej spożywa trzy i więcej razy dziennie produkty zbożowe.

Na pytanie o konsumpcję produktów pełnoziarnistych w trzech posiłkach odpowiedziało 15% ankietowanych. Zarówno w wynikach badań autorskich jak i przytoczonej literatury spożycie produktów zbożowych jest niskie. Artykuły te powinny być spożywane w kilku porcjach każdego dnia.¹⁵

Nabiał w codziennym jadłospisie jest źródłem białka, witamin i wapnia. Kobieta ciężarna powinna spożywać 1000-1300 mg wapnia na dobę w kilku porcjach. Z przeprowadzonych badań wynika, że kobiety spożywają zbyt mało nabiału. Połowa ciężarnych spożywa nabiał jeden raz dziennie.

Ryby w jadłospisie przyszłej mamy powinny znaleźć się 1 do 2. razy w tygodniu. Szczególnie ważne są ryby morskie, które zawierają kwasy tłuszczowe z grupy omega-3

¹¹ Bojar I., Humeniuk E., Wdowiak L., Miotła P., Warchoń-Sławińska E., Włoch K. *Zachowania żywieniowe kobiet ciężarnych*. Probl Hig Epidemiol 2007, 88(1): 74-77.

¹² Myszkowska-Ryciak J., Gurtatowska A., Harton A., Gajewska D. *Poziom wiedzy żywieniowej a wybrane aspekty sposobu żywienia kobiet w okresie ciąży*. Probl Hig Epidemiol 2013, 94(3): 600-604.

¹³ Ostrowska L. *Dietetyka kompendium*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2020.

¹⁴ Szostak-Węgierek D. *Żywnie w czasie ciąży i karmienia piersią*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2021.

¹⁵ Kobus-Cisowska J. i in. *Ocena poziomu wiedzy żywieniowej i sposobu żywienia kobiet w okresie ciąży*. BROMAT. CHEM. TOKSYKOL. – XLIX, 2016, 3, str. 531-535

oraz witaminę D.¹⁶ Z przeprowadzonych badań wynika, że ciężarne spożywają niewystarczającą ilość ryb podobnie jak w badaniach Kobus-Cisowskiej i współautorów, 30% kobiet spożywało ryby jeden raz w miesiącu. Być może wpływ na taki stan ma status ekonomiczny.

Mięso oraz produkty mięsne powinny być spożywane w określonej ilości – około 250g w ciągu dnia rozdzielone na posiłki. Tłuste gatunki mięs powinno się ograniczyć, ponieważ zawierają znaczną ilość nasyconych kwasów tłuszczowych przyczyniając się do rozwoju różnych chorób.

Chude mięso jest źródłem pełnowartościowego białka. Większość badanych respondentek spożywa mięso kilka razy w tygodniu. Jednak sześć kobiet nie spożywa mięsa. W badaniach prowadzonych przez Kobus-Cisowską i in. kobiety spożywały mięso znacznie częściej, nawet w trzech posiłkach dziennie. Najczęstszymi błędami żywieniowymi kobiet ciężarnych jest podjadanie pomiędzy posiłkami. Niemal wszystkie kobiety deklarowały spożywanie słodczy.^{17,18} W przeprowadzonych badaniach wykazano, że przyszłe mamy spożywały znaczną ilość cukru oraz słodczy. Słodczy przyczyniają się do wzrostu masy ciała, zawierają niekorzystne izomery trans kwasów tłuszczowych oraz puste kalorie, mają też znikomą wartość odżywczą.

WNIOSKI

W przeprowadzonych badaniach wykazano, że nie wszystkie przyszłe matki zachowują właściwy, zalecany sposób żywienia skierowany do kobiet w okresie ciąży.

Badane kobiety wykazały rozbieżność w swoich odpowiedziach, jednak znacząca część ciężarnych (głównie kobiety po 25.roku) posiada wiedzę na temat prawidłowego żywienia w okresie ciąży. Niemal wszystkie uczestniczki badań czytają informacje o składzie produktów spożywczych, a znacząca większość badanych kobiet (130) stosuje suplementację diety zaleconą przez lekarza.

¹⁶ Płudowski P, Karczmarewicz E, Bayer M. et al.: *Practical guidelines for the supplementation of vitamin D and the treatment of deficits in Central Europe – recommended vitamin D intakes in the general population and groups at risk of vitamin D deficiency*. Endokrynol Pol. 2013; 64: 319-327.

¹⁷ Pudło H., Respondek M.: *Programowanie żywieniowe – wpływ odżywiania kobiet w ciąży na zdrowie dziecka*. Journal of Education, Health and Sport, 2016; 6, 589.

¹⁸ Dziura A., Falkiewicz K. i in. *Zdrowa dieta przyszłej mamy* PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2021.

Bibliografia:

- Ciborowska H., Ciborowski A. *Dietetyka. Żywienie zdrowego i chorego człowieka*. PZWL. Warszawa 2021.
- Bomba-Opoń D., Hirnle L., Kalinka J., Seremak-Mrozikiewicz A. *Suplementacja folianów okresie przedkoncepcyjnym, w ciąży i porożu. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników*. „Ginekologia i Perinatologia Praktyczna” 2017, tom 2, nr 5.
- Dziura A., Falkiewicz K., Girtler M., Stanley-Kałuża V. *Zdrowa dieta przyszłej mamy*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2021.
- Jarosz M., Rychlik E., Stoś K., Charzewska J. *Normy żywienia dla populacji Polski i ich zastosowanie*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, 2020, s.43.
- Karowicz-Bilińska A. *Woda i jej znaczenie dla organizmu kobiety*. Ginekol Pol. 2011, 82, 455-459.
- Kobus-Cisowska J., Kmiecik D., Przeor M., Jędrusek-Golińska A., Waszkowiak K., Żoła H. *Ocena poziomu wiedzy żywieniowej i sposobu żywienia kobiet w okresie ciąży*. BROMAT. CHEM. TOKSYKOL. – XLIX, 2016, 3, str. 531 – 535.
- Myszkowska-Ryciak J., Gurtatowska A., Harton A., Gajewska D. *Poziom wiedzy żywieniowej a wybrane aspekty sposobu żywienia kobiet w okresie ciąży*. Probl Hig Epidemiol 2013, 94(3): 600-604.
- Ostrowska L. *Dietetyka kompendium*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2020.
- Palka. A, Rzeźnikowski K. *Zmiany odżywiania się kobiet w czasie ciąży*. Zeszyty Naukowe Akademii Morskiej w Gdyni, nr. 93, czerwiec 2016.
- Szostak-Węgierek D. *Żywienie w czasie ciąży i karmienia piersią*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2021. Szostak-Węgierek D., Cichocka A. *Żywienie kobiet w ciąży*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2019.
- Wendołowicz A., Stefańska E., Ostrowska L. *Żywienie kobiet w okresie ciąży*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, Tom 20, Nr 3, 341–345.
- Wierzejska R. *Wpływ spożycia kofeiny na przebieg ciąży i rozwój płodu*. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia, tom 5, zeszyt 2, 110-113, 2012.
- Wiśniewska-Łowigus M., Drobik P. *Zagrożenia związane ze spożywaniem kofeiny w ciąży*. Pielęgniarstwo Polskie 2013, 1(47), 28–33.
- Płudowski P, Karczmarewicz E, Bayer M. et al.: *Practical guidelines for the supplementation of vitamin D and the treatment of deficits in Central Europe – recommended vitamin D intakes in the general population and groups at risk of vitamin D deficiency*. Endokrynol Pol. 2013; 64: 319-327
- Pudło H., Respondek M.: *Programowanie żywieniowe – wpływ odżywiania kobiet w ciąży na zdrowie dziecka*. Journal of Education, Health and Sport, 2016; 6(7): 589-600.
- Więch Małgorzata, i in. *Żywienie kobiet w ciąży w odniesieniu do aktualnych zaleceń*. Bromat. Chem. Toksykol., 2019, 2, 114-120

MAGDALENA ZWOLAN-SCHMIDT, JOLANTA KOWALSKA-BIGULAK,
ANNA LEBIEDZIŃSKA

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koszalinie

OCENA CZĘSTOŚCI SPOŻYCIA RYB I OWOCÓW MORZA ORAZ ŚWIADOMOŚCI KONSUMENTA O ICH WALORACH ODŻYWCZYCH

ASSESSMENT OF FREQUENCY OF FISH AND SEAFOOD CONSUMPTION AND CONSUMER AWARENESS ABOUT THEIR NUTRITIONAL VALUES

Słowa kluczowe: ryby, owoce morza, wartość odżywcza, częstość spożycia

Abstrakt: Prezentowana praca dotyczy preferencji i częstości spożycia ryb i owoców morza w celu uzyskania informacji na temat znajomości konsumenta produktów pochodzenia morskiego. Konsumpcja ryb i owoców morza na świecie systematycznie wzrasta, natomiast w naszym kraju jest niewystarczająca. Badania przeprowadzono wśród konsumentów z terenu całej Polski w grupie wiekowej od 18. do 30. roku życia w okresie od grudnia 2021 r. do marca 2022 r. W badaniach uczestniczyło 137 osób, które zostały podzielone na dwie grupy badawcze pod kątem płci. 51,1% spośród badanych stanowili mężczyźni, a 48,9% kobiety.

Większość badanych kobiet i mężczyzn jest świadoma korzystnego wpływu spożywania ryb i owoców morza na organizm człowieka. Jednak spożycie ryb najczęściej ograniczone jest do kilku popularnych gatunków, a preferowanym sposobem obróbki kulinarnej jest odradzane przez dietetyków smażenie i grillowanie.

Keywords: fish, seafood, nutritional value, frequency of consumption

Abstract: The presented work concerns the preferences and frequency of consumption of fish and seafood in order to obtain information on consumer knowledge of seafood products. The consumption of fish and seafood in the world is systematically growing, while in our country it is insufficient. The research was conducted among consumers from all over Poland in the age group from 18 to 30 years of age in the period from December 2021 to March 2022. 137 people participated in the research and were divided into two research groups in terms of gender. 51.1% of the respondents were men and 48.9% women.

Most of the surveyed women and men are aware of the beneficial effects of eating fish and seafood on the human body.

However, the consumption of fish is most often limited to a few popular species, and the preferred method of culinary processing is frying and grilling, which is not recommended by dietitians.

RYBY I OWOCY MORZA ŹRÓDŁEM SUBSTANCJI ODŻYWCZYCH

W ostatnich latach wzrasta świadomość konsumenta o wpływie spożywanej żywności na jakość i długość życia. Pojawiła się moda na zdrowy i ekologiczny tryb życia, prowadzone są kampanie społeczne informujące o korzyściach zdrowotnych produktów rybnych w diecie.

Ryby i przetwory rybne są naturalnym źródłem składników odżywczych diety człowieka. Pod pojęciem *produkty rybne* rozumie się zwierzęta morskie i słodkowodne z wyjątkiem ssaków oraz żab. Do grupy *produktów rybnych* zaliczamy również wiele gatunków skorupiaków (np. krewetki, homary, langusty i raki) i mięczaków (np. kalmary i ostrygi).

Wydaje się, że ryby pojawiają się na naszych stołach jedynie okazjonalnie, np. podczas świąt, chociaż ich mięso jest bardziej strawne, ma większą zawartość aminokwasów egzogennych i jest dużo zdrowsze niż wielokrotnie częściej spożywane mięso ssaków.

Ze względu na korzystne oddziaływanie prewencyjne produktów rybnych w chorobach układu krążenia, chorobach autoimmunologicznych oraz na rozwój i funkcjonowanie systemu nerwowego należałoby zwiększyć spożycie ryb.¹

Ryby i owoce morza są dobrym źródłem pełnowartościowego białka (tabela 1), które jest wysoce przyswajalne w organizmie człowieka podobnie jak np. białko mięsa kurczaka i innych zwierząt.

Tabela 1. Zawartość białka w 100g części jadalnych wybranych gatunków ryb i owoców morza.^{2,3}

Gatunek ryby	Zawartość białka [g]
Tuńczyk, świeży	23,7
Sardynka, świeża	20,6
Łosoś, świeży	19,9
Pstrąg strumieniowy, świeży	19,2
Makreła, świeża	18,7
Karp, świeży	18,0
Dorsz, świeży	17,7
Krewetki	18,6
Ostrygi	9,0

Proteiny pochodzące z ryb i skorupiaków morskich zawierają biologicznie aktywne peptydy, które cechują się dużą zawartością reszt aminokwasowych. Te substancje mają pozytywny wpływ na zdrowie człowieka, ponieważ zawierają substancje antyoksydacyjne, które mogą zapobiegać starzeniu się. Ponadto, zmniejszają niebezpieczeństwo chorób związanych z nadciśnieniem oraz chorób serca.⁴

Obok wysokiej zawartości odżywczej białek na podkreślenie zasługuje obecność długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC n-3 PUFA).

¹ Januszko O., Kałuża J., *Znaczenie ryb i przetworów rybnych w żywieniu człowieka – analiza korzyści i zagrożeń*, Kosmos. 2019, Nr 2, 68, 269-281.

² Kmiołek-Gizara A., *Podstawy gastronomii i technologii żywności*, część 1. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, 2017.

³ Kunachowicz H., Przygoda B., Nadolna I. i Iwanow K., *Wartość odżywcza wybranych produktów spożywczych i typowych potraw*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2012.

⁴ Darewicz M., Borawska-Dziadkiewicz J., Iwaniak A. i Minkiewicz P., *Produkty hydrolizy białek ryb jako prewencyjne czynniki stresu oksydacyjnego oraz czynniki kardioprotekcyjne*, Probl Hig Epidemiol 2016, 97(2), 113-117.

W diecie i życiu człowieka ważną rolę odgrywają tłuszcze, są one bowiem źródłem energii dla organizmu, pełnią funkcje materiału zapasowego, ale również rozpuszczają witaminy A, D, E, K, ułatwiając ich przyswajalność. Kwasy tłuszczowe dzielą się na nasycone i nienasycone, wszystkie z nich powinny znajdować się w diecie, lecz te drugie są uznawane za zdrowsze. Kwasy tłuszczowe n-3 i n-6 dla człowieka są egzogenne i muszą być dostarczane wraz z pożywieniem. Można je spotkać głównie w rybach i owocach morza jak ostrygi, krewetki, kraby i homary (tabela 2). Do tej rodziny należą EPA i DHA, czyli tzw. oleje rybne.

Tabela 2. Zawartość tłuszczu w 100g części jadalnych wybranych gatunków ryb i owoców morza^{5,6}

Gatunek ryby	Zawartość tłuszczu [g]	Zawartość EPA i DHA [mg]
Łosoś	13,6	2860
Makrela	11,9	1750
Śledź	10,7	1290
Sardynki	9,6	1000
Dorsz	0,7	180
Krewetki	1,4	-
Ostrygi	1,2	-

Wpływ tłuszczów n-3 na organizm jest wszechstronny. Odpowiadają za prawidłowe działanie układu nerwowego redukując możliwość występowania stanów depresyjnych, przeciwdziałają demencji, wykazują cechy przeciwzapalne i przeciwwirusowe, zmniejszają ryzyko wystąpienia chorób metabolicznych.^{5,6}

Ryby, zwłaszcza tłuste, są dobrym źródłem witaminy D₃ w formie cholekalcyferolu (tabela 3). Może ona być również dostarczana jako składnik tranu. Witamina D jest w dużym stopniu witaminą endogenną, produkowaną przez skórę w przemianach z udziałem promieniowania UVB. Produkcja witaminy D przez organizm, zwłaszcza u ludzi w podeszłym wieku lub z ograniczoną ekspozycją na światło słoneczne, nie jest w stanie zaspokoić całego zapotrzebowania, przez co musi być suplementowana w diecie. Witamina D działa razem z kalcytoniną i parathormonem w regulowaniu wapnia i fosforu. Przyczynia się do prawidłowego rozwoju kości. Przeprowadzone badania potwierdzają, że witamina D pomaga lepiej wchłaniać insulinę przez tkanki, co zapobiega powstaniu

⁵ Sasiadek W., Michalski J. i Ulatowski P., *Charakterystyka nienasyconych kwasów tłuszczowych zawartych w rybach*, Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu 2018, nr 542, 161-176.

⁶ Ciborowska H., Rudnicka A., *Dietetyka. Żywnienie zdrowego i chorego człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2014.

cukrzycy. Często jest suplementowana u osób chorych na nowotwory i u osób cierpiących na choroby autoimmunologiczne, np. Hashimoto, zapalenie stawów, czy nawet stwardnienie rozsiane.⁷

Tabela 3. Zawartość witaminy D w 100g części jadalnych wybranych gatunków ryb.⁸

Gatunek ryby	Zawartość witaminy D [µg]
Dorsz, wędzony	1,00
Flądra, świeża	0,80
Sandacz, świeży	0,70
Mintaj, świeży	0,10
Morszczuk, świeży	0,10

W rybach i owocach morza występują karotenoidy, które są prekursorem witaminy A. Badania wykazują, że u zwierząt morskich jest aż 250 typów tych związków, w tym astaksantyna, o najsilniejszym działaniu przeciwutleniającym.

Zwierzęta morskie zawierają również witaminę E, oraz witaminy z grupy B, w tym znaczącą zawartość witaminy B₁₂. Szczególnie bogate w witaminę B₁₂ są ostrygi. 100 g świeżych ostryg hodowlanych zawiera 16,2 µg witaminy B₁₂. W skład tych cennych produktów morskich wchodzi również sole mineralne, które mają wpływ regulacyjny i budulcowy dla organizmu i stanowią 4-5 % jego masy. Są to zwłaszcza związki jodu, selenu, cynku, fosforu, potasu, sodu i wapnia. Morza są bogate w związki jodu, które gromadzone są w tkankach żyjących w nich zwierząt. Są one jego naturalnym źródłem przyczyniając się do prawidłowej pracy tarczycy. Selen znajdujący się w rybach i skorupiakach pomaga w mechanizmie detoksykacji rtęci, którą zawierają ryby pochodzące z zanieczyszczonych chemicznie łowisk.

PODZIAŁ RYB I OWOCÓW MORZA POD WZGLĘDEM TOWAROZNAWCZYM

Istnieje wiele kryteriów podziału ryb pod względem towaroznawczym. Z punktu widzenia dietetycznego istotny jest podział ze względu na zawartość tłuszczu. Wyróżniamy ryby: chude (do 1,5% tłuszczu), średnio tłuste (od 1,5 do 5% tłuszczu) a tłuste (ponad 5% tłuszczu).

Ze względu na formę, w jakiej surowiec występuje w handlu możemy wyróżnić ryby żywe, świeże, mrożone i przetwory rybne, a uwzględniając środowisko

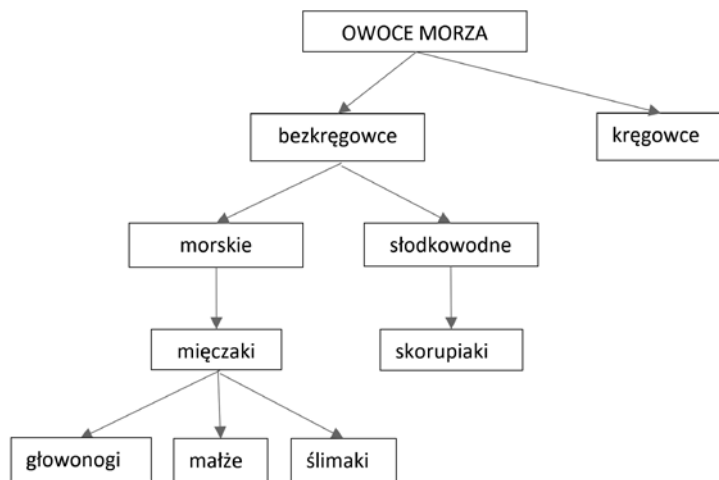
⁷ Heberlej A., *Ocena spożycia i stanu zaopatrzenia organizmu w witaminę D oraz potencjału antyoksydacyjnego u osób zdrowych i chorych na niektóre choroby cywilizacyjne w województwa zachodniopomorskiego*, Szczecin: Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie, 2019.

⁸ Malesa-Ciećwierz M., Usydus Z., *Vitamin D: can fish food-based solutions be used for reduction of vitamin D deficiency in Poland?* Nutrition 2015. 31, 187-192.

życia wyróżniamy ryby słodkowodne, morskie, dwuśrodowiskowe i hodowlane. Ryby od zawsze były częścią kuchni polskiej, zarówno warstw społeczności bogatszych jak i ubogich. Ryby występują również wśród tradycyjnych potraw związanych z obchodem świąt chrześcijańskich, np. ryba po grecku, karp.

W tradycyjnej kuchni polskiej nie występują owoce morza, chociaż spożywane były pochodzące z rzek i jezior skorupiaki, np. raki i małże. Uwarunkowania kulturowe spożycia owoców morza w Polsce pojawiły się praktycznie dopiero po otwarciu rynku europejskiego.

Rys. 1 Podział owoców morza pod kątem towaroznawczym.



Źródło: opracowanie własne.⁹

Polska jest krajem, który posiada bezpośredni dostęp do Morza Bałtyckiego, bogatą sieć rzek i jezior oraz flotę rybacką. W 2020 roku złowiono oficjalnie 191 496 ton ryb i bezkręgowców morskich, co daje ok. 5 kg na mieszkańca.¹⁰

Pomimo w/w korzystnych czynników spożycie ryb w porównaniu do innych krajów, jest stosunkowo niskie. Zgodnie z danymi GUS w 2020 roku wyniosło 3,24 kg na osobę w skali roku.¹¹

CEL PRACY

Celem pracy była ocena częstości spożycia ryb i owoców morza oraz świadomości konsumenta o ich wartościach odżywczych.

⁹ Kmiołek-Gizara A., *Podstawy gastronomii i technologii żywności*, część 1. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, 2017.

¹⁰ *Rocznik Statystyczny Gospodarki Morskiej*. Warszawa, Szczecin: GUS, 2021.

¹¹ *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*. Warszawa, Szczecin: GUS, 2022

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Ocenę częstości spożycia ryb i owoców morza przeprowadzono na podstawie badania ankietowego opartego o kwestionariusz będący opracowaniem własnym utworzonym na potrzeby niniejszej pracy. Kwestionariusz zawierał 14 pytań podzielonych na trzy kategorie. Pierwsza z nich dotyczyła częstości spożycia, rodzaju i sposobu przygotowania produktów rybnych i owoców morza, w kolejnej osoba badana była proszona o ocenę wpływu, jaki na organizm ludzki ma spożycie ryb i owoców morza pod kątem zdrowotnym, a także o wskazanie motywacji, dla której spożywa się ryby. Ostatnia kategoria pytań dotyczyła informacji o osobie badanej, zawierała m.in. pytanie o status społeczny oraz miejsce zamieszkania.

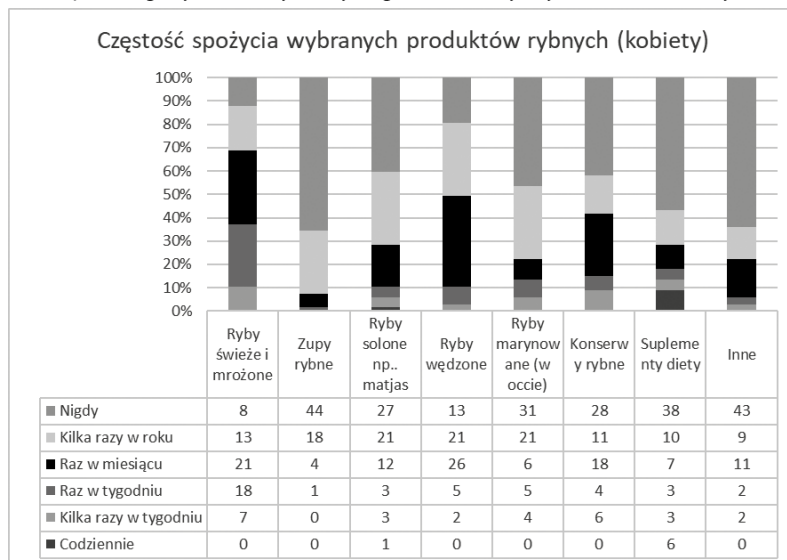
Badania przeprowadzono wśród konsumentów z terenu całej Polski w grupie wiekowej od 18. do 30. roku życia w okresie od grudnia 2021 r. do marca 2022 r. W badaniach uczestniczyło 137 osób, które zostały podzielone na dwie grupy badawcze pod kątem płci. 51,1% spośród badanych stanowili mężczyźni, a 48,9% kobiety.

WYNIKI BADAŃ I DYSKUSJA

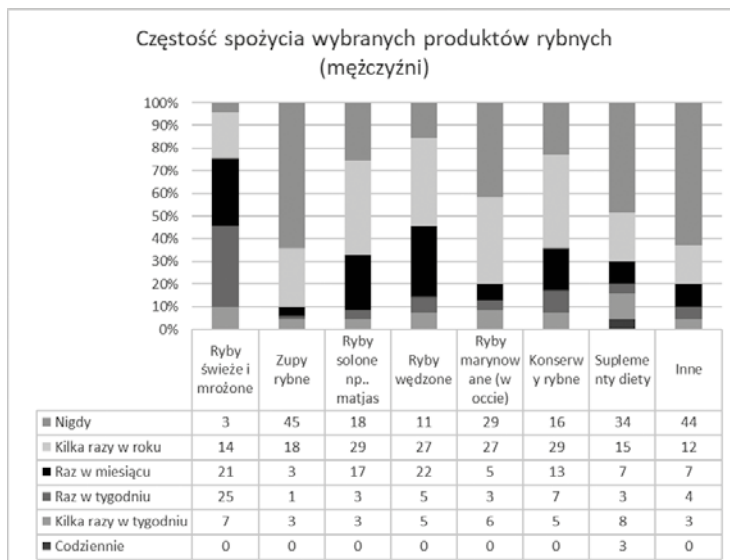
Ankietowanych uczestników badań zapytano o częstość spożywania najpopularniejszych rodzajów produktów rybnych. Blisko połowa ankietowanych odpowiedziała, że przynajmniej raz w tygodniu przygotowuje do spożycia ryby świeże i mrożone. Najmniej popularną grupą produktów zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn okazały się zupy rybne.

Wśród ankietowanych znalazły się osoby spożywające produkty rybne każdego dnia – najczęściej w postaci suplementów diety zawierających tłuszcz rybi.

Rys. 2 Częstość spożywania wybranych produktów rybnych wśród badanych kobiet

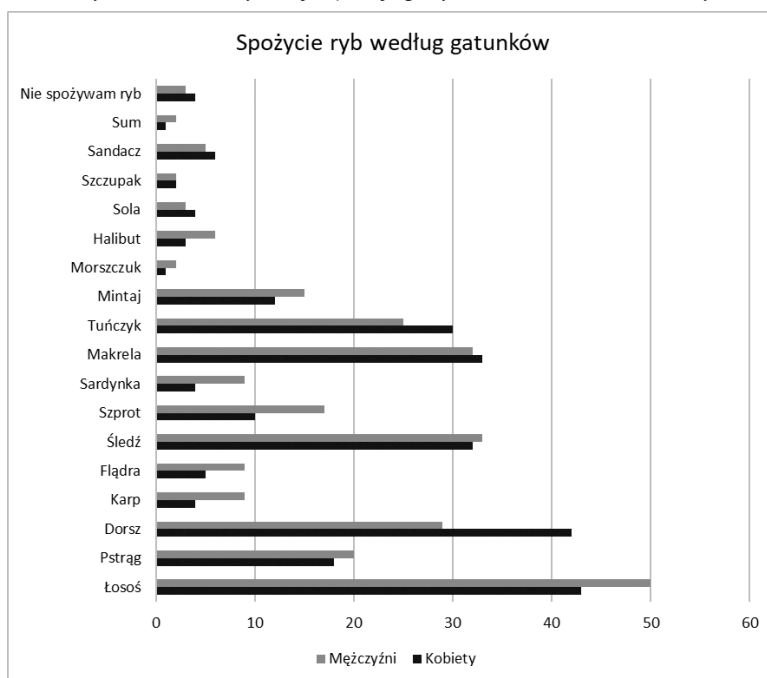


Rys. 3 Częstość spożywania wybranych produktów rybnych wśród badanych mężczyzn.



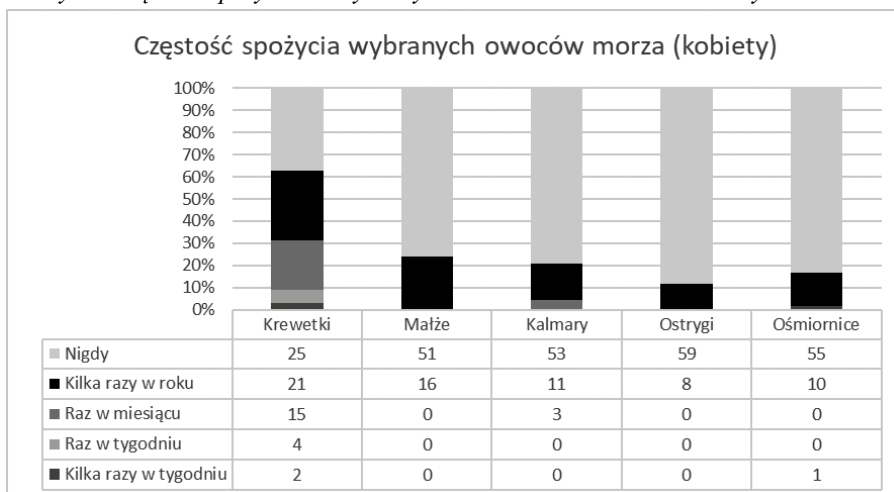
Respondenci zostali poproszeni o wskazanie, który gatunek ryb spożywają najczęściej. Zarówno kobiety jak i mężczyźni najczęściej wskazywali łososia, dorsza, makrele, tuńczyka i śledzia.

Rys. 4 Gatunki ryb najczęściej spożywane wśród osób badanych

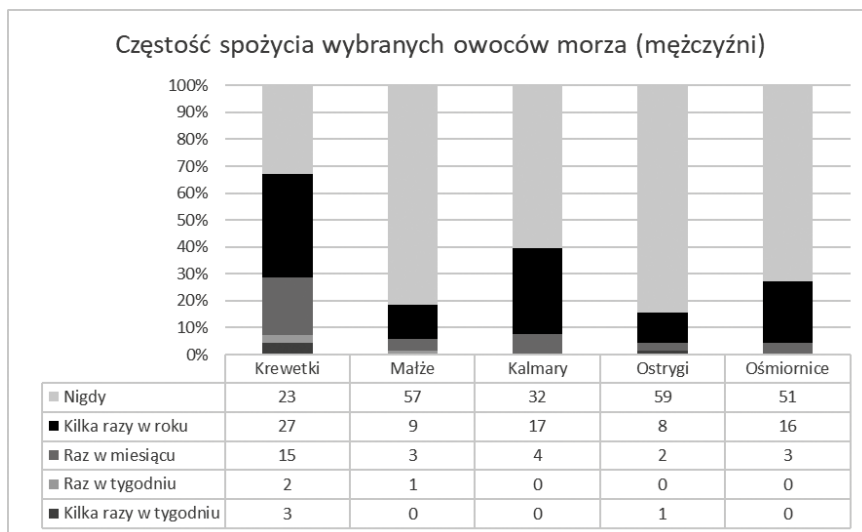


Spośród owoców morza respondenci wskazali, że najczęściej spożywają krewetki i kalmary. Najrzadziej spożywanym produktem okazały się małże i ostrygi.

Rys. 5 Częstość spożywania wybranych owoców morza wśród badanych kobiet.

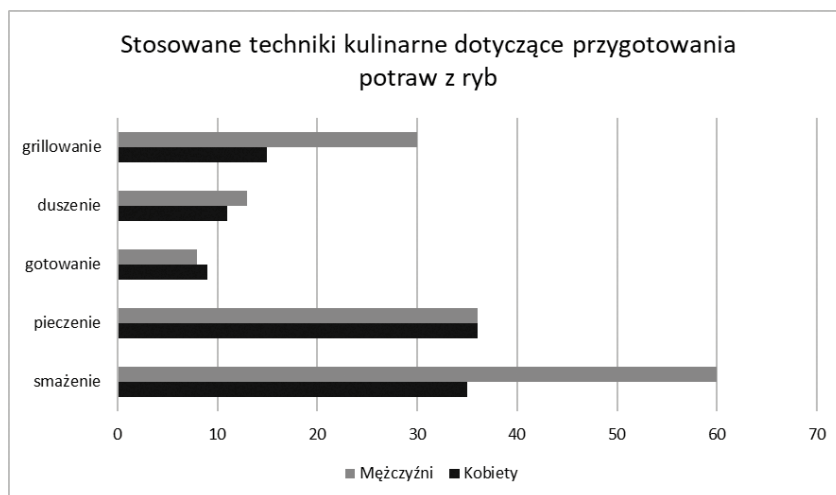


Rys. 6 Częstość spożywania wybranych owoców morza wśród badanych mężczyzn.

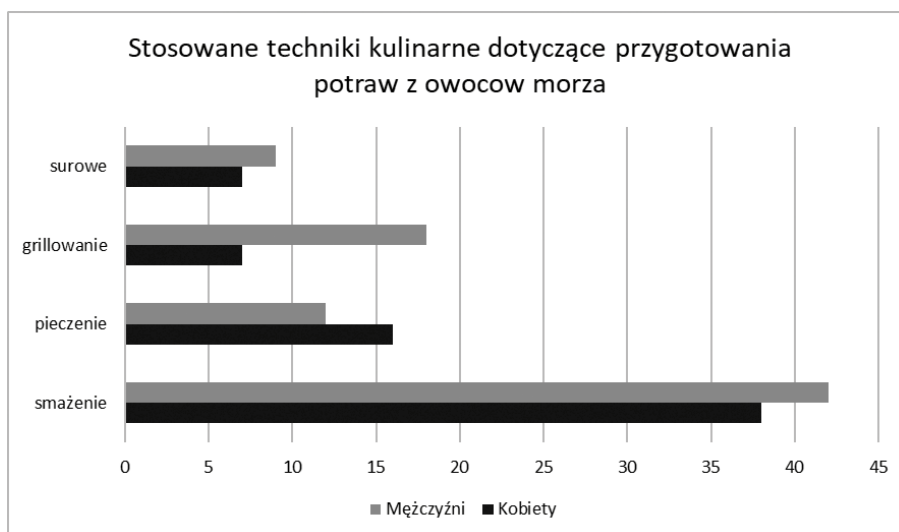


Ankietowani zostali poproszeni o wskazanie technik kulinarnych, jakie stosują w celu przygotowania potraw zawierających ryby i owoce morza (rys.: 7 i 8.). Najczęściej wykazywaną w odpowiedziach techniką obróbki kulinarnej wśród mężczyzn było smażenie (86% odpowiedzi), natomiast wśród kobiet pieczenie (54% odpowiedzi). W odniesieniu do owoców morza wśród obu grup badawczych przeważało smażenie (60% odpowiedzi mężczyzn i 57% odpowiedzi kobiet).

Rys. 7 Techniki kulinarne stosowane przy przygotowaniu potraw z ryb.



Rys. 8 Techniki kulinarne stosowane przy przygotowaniu potraw z owoców morza.



Badani byli zapytani, czy wprowadzenie ryb i owoców morza do jadłospisu ma korzystny wpływ na zdrowie. W przypadku ryb odpowiedzi były dość jednoznaczne, aż 96% kobiet i 84% mężczyzn odpowiedziało twierdząco. Tylko 2 osoby uczestniczące w badaniu uważały, że spożywanie ryb ma niekorzystny wpływ na stan zdrowia.

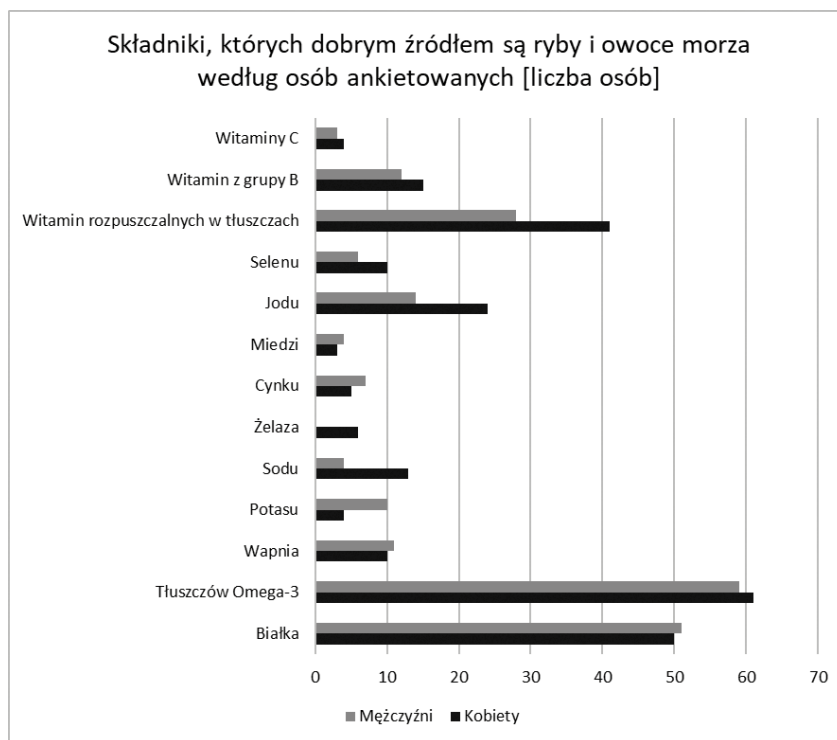
W przypadku owoców morza ogólny trend odpowiedzi był zbliżony do udzielanych w odniesieniu do ryb. 75% kobiet i 56% mężczyzn uznała, że umieszczenie owoców morza w diecie ma pozytywny wpływ na zdrowie, jednak aż 24% kobiet i 39% mężczyzn nie było w stanie udzielić jednoznacznej odpowiedzi na zadane pytanie.

Badanych zapytano, jak często według nich powinno się spożywać ryby. Najwięcej, bo aż 72% kobiet i 47% mężczyzn odpowiedziało, że 2-3 razy w tygodniu, a 21% kobiet i 31% mężczyzn udzieliło odpowiedzi, że raz w tygodniu.

Ankietowali zostali poproszeni o zaznaczenie, źródłem których składników odżywczych w diecie mogą być ryby i owoce morza. Uczestniczący w badaniach wskazywali najbardziej istotne składniki odżywcze, które zawierają ryby i owoce morza:

- tłuszcze omega-3 (91% kobiet, 84% mężczyzn),
- białko (75% kobieta i 73% mężczyzn),
- witaminy rozpuszczalne w tłuszczach (61% kobiet i 40% mężczyzn).
- jod (36% kobiet i 20% mężczyzn).

Rys. 9 Opinia osób badanych na temat składników odżywczych, których dobrym źródłem są ryby i owoce morza.



WYNIKI BADAŃ I DYSKUSJA

W wielu badaniach naukowych potwierdzono prozdrowotne działanie ryb i owoców morza ze względu na składniki odżywcze, które zawierają. Ryby, przetwory rybne i owoce morza są produktami bogatymi w wielonienasycone kwasy tłuszczowe n-3, pełnowartościowe białko oraz jod, selen i fluor, a także witaminy: D i B₁₂.

Są one dobrą alternatywą dla osób, które chcą ograniczyć spożywanie mięsa białego i czerwonego lub urozmaicić dietę. W Polsce można zaobserwować coraz większą dostępność różnych gatunków ryb i owoców morza, do czego w dużej mierze przyczyniają się trendy związane ze zdrowym trybem życia. Pomimo wymienionych zalet ich spożycie jest nadal stosunkowo niskie. Interesujące jest zatem zbadanie, jaka jest wiedza i preferencje osób młodych w stosunku do tej grupy żywności. Uzyskane wyniki badań pokazują, że niezależnie od płci ryby najczęściej spożywane są w postaci świeżej i mrożonej, przy czym częściej niż raz w tygodniu tylko 10% kobiet i 10% mężczyzn, a raz w tygodniu 27% kobiet i 36% mężczyzn.

Nieliczne osoby (9% kobiet i 4% mężczyzn) codziennie spożywają suplementy diety zawierające składniki pochodzące z ryb. Podobne rezultaty uzyskano w badaniu przeprowadzonym przez Tkaczewską i in., gdzie spożycie ryb w każdej postaci częściej niż raz na tydzień wskazało 15% kobiet i 14% mężczyzn, a jeden raz na tydzień 46% kobiet i 50% mężczyzn.¹⁵ Wyniki przeprowadzonych badań udowadniają, że spożycie ryb w Polsce jest w wielu przypadkach niższe niż rekomendowane.

Ankietowani spośród wymienionych gatunków ryb najczęściej wskazywali spożycie łososia, dorsza, śledzia, makreli, tuńczyka, pstrąga i mintaja. Natomiast w badaniu przeprowadzonym przez Rejman i in. respondenci wskazywali najczęściej spożycie mintaja, dorsza, karpia, pstrąga, pangii i łososia. W badaniach prowadzonych w ramach niniejszej pracy spożycie pangii nie było uwzględnione w ankiecie. Zdecydowanie różni się spożycie karpia, który był wykazywany stosunkowo rzadko. Spożycie owoców morza zadeklarowało 35% osób ankietowanych, przy czym 62% z nich rzadziej niż raz w miesiącu.¹²

Wyniki badań prowadzonych przez Autorkę są odmienne, aż 63% ankietowanych kobiet i 67% mężczyzn zaznaczyło spożywanie przynajmniej jednego z wymienionych rodzajów owoców morza. Wpływ na wyniki może mieć węższa grupa wiekowa, uwzględniająca tylko ludzi młodych. W omawianym badaniu ankietowani za najbardziej lubiane owoce morza uznali krewetki, kraby i kalmary. Preferencje kulinarne nie muszą jednak pokrywać się z rzeczywistym spożyciem. Spożycie krewetek deklarowały wszystkie osoby spożywające owoce morza, co potwierdziło się również w wynikach niniejszego badania.

Tkaczewska i in. w wynikach swoich badań uzyskali informację, że konsumenci spożywają ryby głównie, ponieważ są zdrowe (44% kobiet, 30% mężczyzn) i ze względu na ich walory smakowe (25% kobiet, 39% mężczyzn). Jedną z rzadziej wykazywanych powodów była tradycja (12% kobiet, 16% mężczyzn).¹³ Wyniki te są odmienne od uzyskanych w badaniu przeprowadzonym w ramach niniejszej pracy, gdzie jako

¹² Rejman K., Kowrygo B., Janowska M., *Wybory konsumentów na rynku ryb, owoców morza i ich przetworów wobec sytuacji w branży rybnej*, „Handel wewnętrzny” 2015, Nr 3, 216-226.

¹³ Tkaczewska J., Migdał W., Kulawik P., *Preferencje konsumentów w zakresie spożycia ryb*, „Komunikaty rybackie” 2014, Nr 1, 10-14.

przyczynę ankietowani w zbliżonej liczbie podawali odpowiedź trendy (w tym zdrowe odżywianie) oraz tradycję. Na różnicę w wynikach mogła wpłynąć różnica w zakresie wieku badanej grupy.

Zdecydowana większość osób badanych, bo aż 96% kobiet i 84% mężczyzn uznała, że ryby w diecie mają korzystny wpływ na zdrowie konsumenta. Jest to wynik wyższy niż wynika z badań przytoczone przez Knap i Włodarczyk, w których 84% badanych uznało, że dania rybne są zdrowe i pożywne.¹⁴

Ryby, zarówno chude, jak i tłuste, są dobrym źródłem witamin. Ryby tłuste (śledź, łosoś, pstrąg, makrela) zawierają znaczne ilości witaminy A i witaminy D.

Niedobór witaminy D jest ważnym i powszechnym problemem zdrowotnym w Polsce (Rusińska i in. 2018). Źródłem tej witaminy dla człowieka, poza endogenną syntezą skórną, mogą być tłuste ryby i oleje rybne. Jednak pokrycie zapotrzebowania na tę witaminę poprzez spożycie ryb wydaje się niemożliwe.¹⁵

Według szacunków przeprowadzonych przez Malesę-Ciećwierz i Usydus (2015), żeby dostarczyć dziennie 20 µg witaminy D należałoby rocznie zjeść około 68 kg śledzia lub 26 kg łososia, natomiast rzeczywiste roczne spożycie wynosi odpowiednio około 1,3 i 0,4 kg/osobę. Znaczenie witaminy D w regulacji homeostazy wapnia i fosforanów oraz metabolizmie tkanki kostnej znane jest od dziesięcioleci. Natomiast w ostatnich latach prowadzono szereg badań, które dowodzą, iż witamina ta wykazuje również działanie plejotropowe, uczestnicząc w regulacji kilkuset genów genomu człowieka. Wykazano, że kalcytriol wspomaga proliferację i różnicowanie komórek należących do układu immunologicznego. Niedobór witaminy D częściej występuje u pacjentów z chorobami zapalnymi jelit, reumatoidalnym zapaleniem stawów i w chorobach tarczycy. Wiele badań wskazuje na istnienie związku między niskim stężeniem 25(OH)D w surowicy krwi a zwiększonym ryzykiem zachorowania na stwardnienie rozsiane (Galant i in. 2016).

Najczęściej przygotowywane dania rybne przez konsumenta wykorzystują ryby świeże i mrożone. Preferowane są łososie, dorsze, śledzie, makrele i tuńczyki. Owoce morza spożywane są okazjonalnie, najczęściej krewetki, a najpopularniejszym sposobem przygotowania potraw z ryb i owoców morza jest smażenie i grillowanie.

Prawie wszystkie ankietowane osoby uważały ryby za zdrowe, większość również wskazywała na owoce morza. Spożycie ryb w grupie badanych jest w podobnym stopniu uzasadnione tradycją oraz trendami.

Respondenci w większości uważają, że ryby powinno spożywać się 1-3 razy w tygodniu, gdyż są dobrym źródłem białka, tłuszczów omega-3 i witamin rozpuszczalnych w tłuszczach.

¹⁴ Tkaczewska J., Migdał W., Kulawik P., *Preferencje konsumentów w zakresie spożycia ryb*, Komunikaty rybackie 2014, Nr 1, 10-14.

¹⁵ Rusińska A., Płudowski P., Walczak M. i in, *Zasady suplementacji i leczenia witaminą D – nowelizacja 2018 r.*, „Postępy Neonatologii” 2018, 1, 1-24.

WNIOSKI

Pomimo wiedzy o korzyściach zdrowotnych związanych z wprowadzaniem ryb do diety, osoby w wieku od 18 do 30 roku życia spożywają je rzadziej niż wynika to z ogólnych zaleceń dietetycznych. Spożycie ryb najczęściej ograniczone jest do kilku popularnych gatunków, a preferowanym sposobem obróbki kulinarnej jest odradzane przez dietetyków smażenie i grillowanie.

Owoce morza spożywane są okazjonalnie. Większość badanych kobiet i mężczyzn jest świadoma korzystnego wpływu spożywania ryb i owoców morza na organizm ludzki, jednak nie jest w stanie ocenić, czy mają one korzystny wpływ na zdrowie człowieka.

Pojedyncze odpowiedzi o niekorzystnym wpływie ryb na konsumenta mogą wynikać z informacji o zawartości metali ciężkich w rybach pochodzących z połowów morskich z obszarów zanieczyszczonego środowiska.

Bibliografia:

Ciborowska H., Rudnicka A., *Dietetyka. Żywność zdrowego i chorego człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2014.

Darewicz M., Borawska-Dziadkiewicz J., Iwaniak A., Minkiewicz P., *Produkty hydrolizy białek ryb jako prewencyjne czynniki stresu oksydacyjnego oraz czynniki kardioprotekcyjne*, Probl Hig Epidemiol 2016, 97(2), 113-117.

- Galant K., Barg E., Kazanowska B., *Witamina D a choroby metaboliczne, autoimmunologiczne i nowotworowe*. *Pediatr. Endocrinol. Diabetes Metab.* 2016. 1, 31-37.
- Heberlej A., *Ocena spożycia i stanu zaopatrzenia organizmu w witaminę D oraz potencjału antyoksydacyjnego u osób zdrowych i chorych na niektóre choroby cywilizacyjne z województwa zachodniopomorskiego*, Szczecin: Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie, 2019.
- Hryszko K., Lirski A., Mytlewski A., *Sytuacja na światowym rynku ryb i jej wpływ na rozwój sektora rybnego w Polsce*, Warszawa: Instytut Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej – Państwowy Instytut Badawczy, 2018.
- Januszko O., Kałuża J., *Znaczenie ryb i przetworów rybnych w żywieniu człowieka – analiza korzyści i zagrożeń*, *Kosmos*. 2019, Nr 2, 68, 269–281.
- Kmiołek-Gizara A., *Podstawy gastronomii i technologii żywności*, część 1. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, 2017.
- Knap R., Włodarczyk K., *Zdrowotne i środowiskowe uwarunkowania decyzji konsumentów a tendencje rozwoju spożycia artykułów rybnych*, *Studia i Prace WNEiZ US* 2016, Nr 43, 165-175.
- Kunachowicz H., Przygoda B., Nadolna I., Iwanow K., *Wartość odżywcza wybranych produktów spożywczych i typowych potraw*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2012.
- Lebiedzinska A., *Fish and shellfish as a source of vitamins B-own results in a view of literature data*, *Polish Journal of Environmental studies* 2006, 15, 1322-1327.
- Malesa-Ciećwierz M., Usydus Z., *Vitamin D: can fish food-based solutions be used for reduction of vitamin D deficiency in Poland?* *Nutrition* 2015. 31, 187-192.
- Mania M., Wojciechowska-Mazurek M., i in. *Ryby i owoce morza jako źródło narażenia człowieka na metylortęć*, *Rocz Państw Zakł Hig* 2012, 63, Nr 3, 257-264.
- Rejman K., Kowrygo B., Janowska M. *Wybory konsumentów na rynku ryb, owoców morza i ich przetworów wobec sytuacji w branży rybnej*, *Handel wewnętrzny* 2015, Nr 3, 216-226. *Rocznik Statystyczny Gospodarki Morskiej*. Warszawa, Szczecin: GUS, 2021.
- Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*. Warszawa, Szczecin: GUS, 2021.
- Rusińska A., Płudowski P., Walczak M. i in. *Zasady suplementacji i leczenia witaminą D – nowelizacja 2018 r.* *Post. Neonatol.* 2018, 1, 1-24.
- Sąsiadek W., Michalski J. i Ulatowski P., *Charakterystyka nienasyconych kwasów tłuszczowych zawartych w rybach*, *Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu* 2018, nr 542, 161-176.
- Tkaczewska J., Migdał W., Kulawik P., *Preferencje konsumentów w zakresie spożycia ryb*, „Komunikaty rybackie” 2014, Nr 1, 10-14.

MAŁGORZATA ŻUBRYJ

Absolwentka kierunku pielęgniarstwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Koszalinie

KRYSTYNA ZIÓŁKOWSKA

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koszalinie, Instytut Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego

WPLYW WYBRANYCH CZYNNIKÓW NA JAKOŚĆ ŻYCIA KOBIEC Z NIETRZYMANIEM MOCZU

EFFECT OF SELECTED FACTORS ON THE QUALITY OF WOMEN'S LIFE WITH INCIDENTAL URINARY

Słowa kluczowe: kobiety, wskaźnik masy ciała, wysiłek fizyczny, nietrzymanie moczu, jakość życia

Streszczenie: Nietrzymanie moczu, ze względu na przykre objawy negatywnie wpływa na jakość życia kobiet i często prowadzi do wystąpienia zaburzeń psychosocjalnych. Na potrzeby niniejszej pracy dokonano oceny wpływu wybranych czynników na jakość życia kobiety z nietrzymaniem moczu. Grupą badaną było 300 kobiet, w wieku 18. a 75. lat. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, oceniający okoliczności i rodzaj nietrzymania moczu oraz standaryzowany kwestionariusz do oceny jakości życia (WHOQOL-BREF, *The World Health Organization Quality of Life-BREFF*). Na podstawie wyników badań własnych sformułowano wnioski. Starsze kobiety oraz kobiety z wyższym wskaźnikiem masy ciała istotnie częściej wykazują problem nietrzymania moczu, a nietrzymanie moczu istotnie wpływa na obniżenie poziomu jakości ich życia.

Keywords: women, body mass index, exercise, urinary incontinence, quality of life

Abstract: Due to unpleasant symptoms, urinary incontinence negatively affects the quality of life of women and often leads to psychosocial disorders. For the purposes of this study, the impact of selected factors on the quality of life of a woman with urinary incontinence was assessed. The study group consisted of 300 women, aged 18 and 75. The research tool was a proprietary questionnaire, assessing the circumstances and type of urinary incontinence, and a standardized questionnaire for assessing the quality of life (WHOQOL-BREF, *The World Health Organization Quality of Life-BREFF*). Based on the results of the author's own research, conclusions were drawn. Older women and women with a higher body mass index significantly more often show the problem of urinary incontinence, and urinary incontinence significantly reduces the level of their quality of life.

WSTĘP

Prawidłowa czynność dolnych dróg moczowych (ang. *lower urinary tract* – LUT), które tworzą pęcherz moczowy i cewka moczowa wraz z aparatem zwieraczowym, polega na gromadzeniu moczu w pęcherzu moczowym oraz jego skutecznym, zależnym od woli wydalaniu. Manifestacją kliniczną upośledzenia tej czynności jest zespół objawów określanych mianem dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych (ang. *lower urinary tract symptoms* – LUTS)^{1,2}.

¹ P. Chłosta, J. Dobruch, M. Oszczudłowski, T. Rechberger i wsp., *Standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla pacjentów dorosłych z dolegliwościami dolnych dróg moczowych, Raport przygotowany przez Polskie Towarzystwo Urologiczne, Fundację Ekspertów dla Zdrowia*, Warszawa, maj 2019.

² A. Adamiak, K. Jankiewicz, *Epidemiologia nietrzymania moczu. W: Nietrzymanie moczu i zaburzenia statyki dna miednicy u kobiet*. Red. Rechberger T. Termedia, Poznań 2009; II: 19-27.

Nietrzymanie moczu (NTM) to niezależny od woli człowieka wyciek moczu z pęcherza moczowego^{3,4}. Jest to problem powszechny, który dotyka miliony ludzi. Na podstawie literatury oraz doniesień naukowych wyliczono, że w 2008 roku wśród osób powyżej 20. roku życia aż 1,9 miliarda było dotkniętych dolegliwościami z dolnych dróg moczowych. Przewiduje się, że w 2018 liczba ta wzrosła o 18,4% i wyniosła około 2,3 miliarda osób^{5,6}. Natomiast szacowana liczba osób z problemem nietrzymania moczu na całym świecie wynosi około 423 miliony, w tym 303 miliony kobiet. W Polsce z nietrzymaniem moczu zmagają się ponad 2 miliony osób. Choć odsetek ten może być znacznie wyższy, gdyż intymny charakter schorzenia utrudnia zebranie rzetelnych danych⁷. Szacuje się, że u 5-69% kobiet występuje co najmniej jeden incydent nietrzymania lub gubienia moczu w okresie 12 miesięcy⁸.

Nietrzymanie moczu jest określane jednostką cywilizacyjną. Od 20 lat w Polsce długość życia wzrasta, średnia wieku u kobiet to 80 lat. W Polsce liczba kobiet po menopauzie wkrótce przekroczy 5 milionów, a częstość występowania różnych dolegliwości związanych z zaburzoną czynnością dolnych dróg moczowych w tej grupie określana jest na ponad 33%⁹. Aż 76,3% kobiet powyżej 40. roku życia doświadcza LUTS, których częstotliwość określa jest na co najmniej umiarkowaną, przy czym aż 52,5% kobiet w tej grupie wiekowej zgłasza objawy o znacznym nasileniu^{10,11}. Częstość występowania LUTS zwiększa się wraz z wiekiem.

Powszechne występowanie oraz znamieny wpływ dolegliwości dolnych dróg moczowych, w tym nietrzymanie moczu na codzienne funkcjonowanie to istotny problem społeczno-ekonomiczny. Dolegliwości dolnych dróg moczowych są uznawane przez Światową Organizację Zdrowia za jeden z ważniejszych problemów zdrowotnych XXI wieku¹².

³ P. Abrams, L. Cardozo, M. Fall, et al., *The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the of the International Standardisation Sub-Committee Continence Society*. „Neurourology and Urodynamics”. 2002;21(2): 167-178.

⁴ P. Chłosta, J. i wsp., *Standardy postępowania*, s. 7.

⁵ DE. Irwin, ZS. Kopp, B. Agatep, I. Milsom, P. Abrams, *Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction*. „Bju International”. 2011;108(7):1132-1138.

⁶ P. Chłosta, J. i wsp., *Standardy...*, s. 7.

⁷ *Nietrzymanie moczu – nie tylko kobiecy problem*, Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, <https://pacjent.gov.pl/jak-zyc-z-choroba/nie-tylko-kobiecy-problem> [dostęp: 08.06.2022].

⁸ A. Schröder, P. Abrams (Co-Chairman), K-E. Andersson, W. Artibani, et al., *Zasady postępowania u chorych z nietrzymaniem moczu, Guidelines on Incontinence*, „Polskie Towarzystwo Urologiczne”, Warszawa 2010, s. 5.

⁹ P. Chłosta, J. i wsp., *Standardy...*, s. 12.

¹⁰ Tamże, s. 12.

¹¹ Coyne KS, Sexton CC, Thompson CL, et al. *The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: results from the Epidemiology of LUTS (EpiLUTS) study*. „Bju International”. 2009;104(3):352-360.

¹² P. Chłosta, J. i wsp., *Standardy...*, s. 4.

Objawy LUTS mogą być traktowane przez samych pacjentów, a także ich partnerów oraz rodziny, jako oznaka słabości i starzenia się^{13,14}. W Polsce, jedna trzecia pacjentów z dolegliwościami dolnych dróg moczowych używa w sposób ciągły różnego rodzaju zabezpieczeń, są to pieluchy, podpaski lub wkładki. Z jednej strony generuje to tzw. koszty pośrednie i bezpośrednie powstające podczas opieki, rehabilitacji, diagnostyki oraz przy leczeniu powikłań.^{15,16,17} Natomiast z drugiej strony wpływa na obniżoną jakość życia i nieraz jest powodem nasilania się objawów LUTS¹⁸.

DEFINICJE NIETRZYMANIA MOCZU

Według Ekspertów Polskiego Towarzystwa Urologicznego nietrzymanie moczu dzieli się na¹⁹:

- Wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM) to wyciek moczu w trakcie wysiłku fizycznego, kichania, kaszlu.
- Nagłące nietrzymanie moczu (NNM) to wyciek moczu, poprzedzony uczuciem parcia nagłącego (nagłej, niemożliwej do opanowania potrzeby oddania moczu).
- Mieszane nietrzymanie moczu (MNM) to wyciek moczu związany z parciem nagłym oraz wysiłkiem, kichaniem, kaszlem.
- Pęcherz nadreaktywny (OAB) to występowanie parcia nagłącego, częstomoczu dziennego i/lub nocnego z lub bez nietrzymania moczu.

Dla pęcherza nadreaktywnego bez nietrzymania moczu stosuje się nazwę „suchy” pęcherz nadreaktywny, dla pęcherza nadreaktywnego z nietrzymaniem moczu stosuje się nazwę „mokry” pęcherz nadreaktywny.

¹³ S. Wong, J. Woo, J. Leung, P. Leung, *Depressive symptoms and lifestyle factors as risk factors of lower urinary tract symptoms in Southern Chinese men: a prospective study*. „Aging Male” 2010; 13(2): 113-119.

¹⁴ P. Chłosta, J. i wsp., *Standardy ...*, s. 7.

¹⁵ Lamb S.E., Pepper J., Lall R. i wsp., *Group treatments for sensitive health care problems: a randomized controlled trial of group versus 167 individual physiotherapy sessions for female urinary incontinence*. „BMC Women’s Health” 2009; 9: 26-35.

¹⁶ Morkved S., Bo K., *Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one-year follow up*. „Br J Obstet Gynaecol” 2000; 107: 1022-1028.

¹⁷ Pisarska M., Sroka Ł., Wilczak M., *Analiza przydatności doustnej terapii hormonalnej w leczeniu zachowawczym wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet w okresie pomenopauzalnym*. „Przegląd Ginekologiczno-Położniczy” 2003; 2: 69-72.

¹⁸ P. Chłosta, J. i wsp., *Standardy ...*, s. 7.

¹⁹ Tamże, s. 7.

CZYNNIKI RYZYKA ZACHOROWANIA

Czynnikami ryzyka wystąpienia nietrzymania moczu mogą być^{20,21,22}:

- wiek,
- otyłość,
- ciąża i połóg,
- liczba porodów,
- rodzaj porodu – większe ryzyko w przypadku porodów siłami natury, szczególnie z wykorzystaniem kleszczy położniczych i próżnościagu,
- palenie tytoniu,
- hormonalna terapia zastępcza,
- cukrzyca,
- depresja,
- rasa biała,
- stan po radykalnym usunięciu macicy.

WPLYW CZYNNIKÓW NA JAKOŚĆ ŻYCIA

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organisation*), jakość życia (QOL, *quality of life*) to „subiektywna ocena przez jednostkę jej sytuacji życiowej w odniesieniu do kultury, w której ta jednostka żyje, jej systemu wartości, celów, oczekiwań, zainteresowań i obejmuje wszystkie aspekty życia człowieka”²³.

Nauki medyczne częściej posługują się pojęciem jakości życia zależnej od stanu zdrowia (HRQOL, *health-related quality of life*). Definicja HRQOL opiera się na definicji zdrowia wg WHO, która mówi, że zdrowie jest to stan pełnego dobrobytu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko nieobecność choroby. Każdy człowiek, bez względu na rasę, religię, przekonania polityczne, warunki ekonomiczne czy socjalne ma prawo do najlepszego możliwego stanu zdrowia²⁴.

Ocena jakości życia może być analizowana dla konkretnego pacjenta lub większej grupy pacjentów. W przypadku oceny sytuacji zdrowotnej, badanie jakości życia u pojedynczego pacjenta umożliwia identyfikację aspektów życia, szczególnie upośledzonych z powodu jego stanu zdrowia oraz ocenę podejścia pacjenta do własnego stanu zdrowia. Ocena jakości życia w określonej populacji może być wskaźnikiem stanu zdrowia tej populacji. Jakość życia dzieli się na domeny, a domeny na składowe.

²⁰ E. E. Devore, V. A. Minassian, F. Grodstein, *Factors associated with persistent urinary incontinence*. „American Journal of Obstetrics and Gynecology”. 2013; 209(2).

²¹ A. Schröder, P. et al, *Zasady...*, s. 6.

²² P. Chłosta, J. i wsp., *Standardy...*, s. 11.

²³ J.L. Shifren, *Increasing our understanding of women's sexuality at midlife and beyond*. „Menopause”. 1 listopad 2011; 18(11): 1149-51.

²⁴ J.L. Shifren, *Increasing...*, s. 1149-51.

Podstawowymi domenami mogą być: ogólne postrzeganie zdrowia, zdrowie fizyczne, zdrowie psychiczne i emocjonalne, funkcjonowanie społeczne²⁵.

JAKOŚĆ ŻYCIA KOBIEC Z NIETRZYMANIEM MOCZU

Nietrzymanie moczu to objaw polegający na mimowolnym jego wycieku. Ze względu na intymny charakter symptomów i częstość występowania uważany jest za poważny problem zdrowotny. Wpływa destrukcyjnie na jakość życia, ogranicza aktywność fizyczną, zawodową, seksualną oraz negatywnie oddziałuje na sferę psychologiczną. Inkontynencja u kobiet często jest czynnikiem wywołującym poczucie wstydu i zażenowania. Nieleczona może doprowadzić do wycofania się z życia społecznego, zawodowego, a także być przyczyną izolacji i zaburzeń sfery psychicznej. Wczesne wdrożenie diagnostyki pozwala na zastosowanie odpowiedniego sposobu leczenia oraz przyczynia się do poprawy jakości życia kobiet z zaburzeniami uroginekologicznymi²⁶.

Niewątpliwie nietrzymanie moczu wpływa na jakość życia kobiet. Analizując holistyczny charakter jakości życia można wyróżnić takie wyznaczniki jak: stan somatyczny, możliwość funkcjonowania, ogólny stan zdrowia, objawy chorobowe, dobrostan psychiczny, zmaganie się z przeciwnościami, satysfakcja z życia i wsparcie społeczne. Choroba, jak i leczenie wywierają bezpośredni wpływ na stan fizyczny i psychiczny pacjentki, jak również pośredni na jej sytuację społeczną oraz ekonomiczną. W literaturze proponuje się nowe ujęcie jakości życia w medycynie, które akcentuje aktywne wykorzystanie procesu leczenia na wprowadzanie zmian przez chorego w poznawczym charakterze jakości życia oraz przyspieszeniu procesu jego zdrowienia²⁷.

Sfera życia społecznego – nasilenie objawów nietrzymania moczu oraz czas trwania choroby powodują w znacznym stopniu obniżenie komfortu życia, aktywności w życiu prywatnym i zawodowym. Powodują stopniowe wycofywanie się z życia towarzyskiego. Większość kobiet z powodu nietrzymania moczu jest zmuszona do zmiany swoich przyzwyczajeń oraz unikania kontaktów towarzyskich. Objawy tej choroby w dużym stopniu oddziałują na życie społeczne i mogą być przyczyną izolacji na skutek zakłopotania i wstydu. Dlatego tak duży nacisk kładzie się na wczesne rozpoznanie objawów choroby i wdrożenie odpowiedniego leczenia, które pozwoli na poprawę jakości życia pacjentek²⁸.

Strefa życia seksualnego – większość kobiet uważa seksualność za istotną część swojego życia. Wśród czynników, które przyczyniają się do satysfakcjonującej funkcji seksualnych można wymienić: stan zdrowia w aspekcie fizycznym i psychicznym, zmienne

²⁵ Tamże, s. 1149-51.

²⁶ K. Bar, T. Ossoliński, *Przegląd współczesnych poglądów na temat etiopatogenezy i leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet*. „Lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej” 1-5/05.

²⁷ B. Wojtycka, B. Haor, *Wiedza i opinie kobiet na temat wybranych aspektów nietrzymania moczu*, Centrum Diagnostyczno-Lecznicze Barska we Włocławku, Instytut Nauk o Zdrowiu, „Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku, Wydawnictwo PUZ”, Włocławek 2020.

²⁸ K. Bar, T. Ossoliński, *Przegląd...*, 1-5/05.

odnoszące się do relacji uczuciowych, a także dostępność partnera, nietrzymanie moczu oraz suchość pochwy. Kobiety dotknięte nietrzymaniem moczu odczuwają obniżone poczucie atrakcyjności, które negatywnie wpływa na poczucie spełnienia i zadowolenia w związku z partnerem. Udowodniono, że istnieje związek między nasileniem objawów a poczuciem atrakcyjności. Im czas trwania dolegliwości jest dłuższy i większa częstotliwość gubienia moczu, tym poczucie atrakcyjności mniejsze, co przekłada się na jakość związku pary. Właściwe leczenie uroinekologiczne i poprawna opieka ginekologiczna, która uwzględnia aspekt seksuologiczny daje kobietom możliwość realizowania swoich potrzeb seksualnych²⁹.

Sfera życia emocjonalnego i psychicznego – choroba w codziennym życiu wywiera ogromny wpływ na kondycję psychiczną kobiet, jak również ich rodzin i najbliższego otoczenia. Jest źródłem frustracji wielu potrzeb o charakterze psychologicznym, społecznym i egzystencjalnym. Udowodniono, iż kobiety leczone na nietrzymanie moczu chorują na depresję lub lęki i występuje u nich w dużym stopniu ryzyko zachorowania na depresję.

CEL PRACY

Celem pracy była ocena wpływu wybranych czynników na jakość życia kobiety z nietrzymaniem moczu.

MATERIAŁ I METODYKA

W sondażu diagnostycznym wzięły udział kobiety pełnoletnie i pracujące zawodowo. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety składający się z trzech części. Pierwsza część to 8 pytań: wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, waga i wzrost do obliczenia wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*), wykonywany zawód, charakter wykonywanej pracy, pozycja, w której wykonywana jest praca w większości czasu.

Druga część to kwestionariusz ankiety utworzony na podstawie Wytycznych Zespołu Ekspertów odnośnie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u kobiet z nietrzymaniem moczu i pęcherzem nadreaktywnym,³⁰ który składał się z 3 pytań dotyczących potwierdzenia wycieku moczu, okoliczności występowania parć i/lub nietrzymania moczu i rodzaju nietrzymania moczu.

²⁹ A. Miedziejko, G. Jarząbek-Bielecka, A. Król, M. Pisarska-Krawczyk i wsp., *Ocena potrzeb i reakcji seksualnych kobiet ze stwierdzonym w wywiadzie problemem zaburzeń statyki narządów płciowych i nietrzymania moczu*. „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu”, 2014; 1(38); 9-12.

³⁰ P. Radziszewski, W. Baranowski, E. Nowak-Markwitz, T. Rechberger T. et al., *Wytyczne Zespołu Ekspertów odnośnie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u kobiet z nietrzymaniem moczu i pęcherzem nadreaktywnym. Expert panel recommendations on therapeutic and diagnostic management of urinary incontinence and overactive bladder in women*”, „Ginekol Pol.”, 2010, 81, 789-793.

Trzecia część to standaryzowany kwestionariusz ankiety Światowej Organizacji Zdrowia (WHOQOL-BREF, *The World Health Organization Quality of Life-BREF*), służący do oceny jakości życia³¹. Kwestionariusz zawiera 26 pytań, według których analizowane są cztery dziedziny życia: fizyczna, psychologiczna, społeczną i środowiskową. Ponadto zawiera dwa pytania, które analizowane są oddzielnie. Pierwsze dotyczy indywidualnej, ogólnej percepcji jakości życia, drugie dotyczy indywidualnej percepcji własnego zdrowia³².

Punktacja pytań zawarta jest w przedziale od 1 do 5 i ma kierunek pozytywny – im większa liczba punktów, tym lepsza jakość życia³³.

ORGANIZACJA I PRZEBIEG BADANIA

Badania ankietowe prowadzono między innymi w Poradni Medycyny Pracy w Klinice Ars Medical w Pile, w listopadzie i grudniu 2021 roku, w dniach przyjęć lekarza medycyny pracy. Na przeprowadzenie badań ankietowych uzyskano zgodę Dyrekcji Kliniki.

W poradni rozdano 47 kwestionariuszy ankiety w wersji papierowej. Wszystkie kwestionariusze wróciły prawidłowo wypełnione. Jednak w celu poszerzenia grupy badanej, dalszą ankietyzację kontynuowano w trybie online, tj. za pośrednictwem Internetu. Po uzyskaniu 253 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy, które dały ogółem 300 wypełnionych kwestionariuszy, zablokowano dalsze prowadzenie badań. Wszystkie badania miały charakter anonimowy i dobrowolny.

METODY ANALIZY STATYSTYCZNEJ

Aby zweryfikować postawione hipotezy badawcze przeprowadzono analizy statystyczne przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 25. Przy jego użyciu wykonano analizę statystyk opisowych wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa, test t Studenta dla prób niezależnych, test Kruskala-Wallisa, jednoczynnikowe analizy wariancji w schemacie międzygrupowym, analizy korelacji r Pearsona, analizy korelacji rangowej ρ Spearmana, testy χ^2 . Za poziom istotności uznano klasyczny próg $\alpha = 0,05$.

³¹ B. Cieślík, H. Podbielska, *Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia*, „Acta Bio-Optica et Informatica Medica Inżynieria Biomedyczna”, vol. 21, nr 2, 2015, s. 108.

³² K. Zawisza, A. Gałaś, B. Tobiasz-Adamczyk, *Walidacja polskiej wersji skali oceny jakości życia WHOQOL-AGE w populacji osób starszych*, *Validation of the Polish version of the WHOQOL-AGE scale in older population*, „Gerontologia Polska”, 2016; 24: 7-16.

³³ Tamże, s. 7-16.

WYNIKI

CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY

W badaniu ankietowym wzięło udział 300 kobiet. Z nietrzymaniem moczu było od 173 do 186 kobiet, w zależności od okoliczności wycieku moczu.

Wiek badanych był zróżnicowany, najmłodsza liczyła 18. lat, najstarsza 75. lat ($M = 43,29$; $SD = 10,61$). Najliczniejszą podgrupę stanowiły kobiety pozostające w związku małżeńskim (189; 63%), dalej w stanie panieńskim (42; 14%), kobiety rozwiedzione (36; 12%), w wolnym związku (22; 7,3%), owdowiałe (11; 3,7%). Wykształceniem średnim legitymowały się 102 (34%), 90 (30%) wyższym zawodowym, 62 (20,7%) wyższym magisterskim, 46 (15,3%) gimnazjalnym lub zawodowym. Zdecydowana większość respondentek (238; 79,3%) zamieszkiwała w mieście, w tym (94; 31,3%) w małych miastach do 50 tys. mieszkańców, (76; 25,3%) w miastach od 50 do 100 tys., (68; 22,7%) w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców, 62 (20,7%) mieszkały na wsi.

Spośród przebadanych osób 113 deklarowało wykonywanie pracy o charakterze mieszanym (37,7%), 94 kobiety pracowały umysłowo (31,3%), 93 fizycznie (31%). Deklarowane były różne zawody, przy czym 70 kobiet wskazało na zawód pielęgniarstwa (23,3%), 57 sprzedawczyń (19%), 30 kobiet było nauczycielkami (10%), 16 respondentek zadeklarowało się jako studentki (5,3%). Pozostałe 127 osób miało inny zawód (42,3%). Spośród całej badanej grupy, większość pracę zawodową 151 (50,3%) wykonuje w pozycji mieszanej, 81 (27%) w pozycji siedzącej, a 68 (22,7%) w pozycji stojącej.

WYNIKI NIETRZYMANIA MOCZU

W badanej próbie odnotowano 173 przypadki wycieku moczu (57,7%). Co ciekawe, na kolejne pytanie – o to, kiedy wystąpił wyciek – odpowiedzi udzieliło 186 kobiet (62%), zaś w zakresie pytania o to, w jakiej sytuacji podczas ostatnich trzech miesięcy wyciek moczu występował najczęściej 185 odpowiedzi (61,7%). Nie mogąc jednoznacznie zweryfikować, które dane są prawidłowe (wskazanie, czy wystąpił wyciek moczu, czy też sytuacja, w jakiej wystąpił) postanowiono wykorzystywać posiadane dane w analizach dotyczących kolejnych pytań badawczych i hipotez bez ich modyfikacji. Dane te zestawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Rodzaj nietrzymania moczu i najczęstszy moment wycieku.

		N	%
Moment wycieku	w czasie kaszlu, kichania lub podczas ćwiczeń fizycznych	73	39,2
	przy braku czynności fizycznych i braku odczuwania parcia	18	9,7
	przy odczuwaniu parcia lub potrzeby opróżnienia pęcherza	77	41,4
	mieszane nietrzymanie moczu	18	9,7
Najczęstszy moment wycieku	w czasie kaszlu, kichania lub podczas ćwiczeń fizycznych	82	44,3
	przy braku czynności fizycznych i braku odczuwania parcia	17	9,2
	równie często w czasie wykonywania czynności fizycznych, jak i podczas odczuwania parcia	29	15,7
	przy odczuwaniu parcia lub potrzeby opróżnienia pęcherza	57	30,8

Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych ilościowych

W pierwszym kroku obliczono podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych ilościowych wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa sprawdzającymi normalność rozkładów badanych zmiennych ilościowych. Jak można zauważyć w tabeli 2 w zakresie poziomu BMI odnotowano rozkład zbliżony do rozkładu normalnego. W przypadku pozostałych zmiennych odnotowano rozkłady odmienne od rozkładu Gaussa. W takim przypadku wskazana jest weryfikacja wartości skośności rozkładu badanych zmiennych. Jeśli mieści się ona w przedziale +/- 2, można przyjąć, że rozkład badanej zmiennej nie jest znacząco asymetryczny względem średniej (George i Mallery, 2019). Taką wartość odnotowano w przypadku wszystkich badanych zmiennych. Z tego względu postanowiono, że wykonywane będą analizy statystyczne przy użyciu testów parametrycznych.

Tabela 2. Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych ilościowych.

	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	W	p
Poziom jakości życia	3,46	4	0,99	-0,37	-0,40	1	5	0,24	<0,001
Poziom zadowolenia ze zdrowia	3,31	3	0,97	-0,16	-0,60	1	5	0,22	<0,001
Domena somatyczna	13,27	12,57	2,55	0,25	-0,10	6,29	20	0,11	<0,001
Domena psychologiczna	14,10	14	2,56	0	-0,13	6	20	0,07	0,004
Domena socjalna	13,61	13,33	2,80	0,01	-0,31	5,33	20	0,13	<0,001

Domena środowiskowa	13,51	13	2,20	0,20	-0,28	8	19,50	0,12	<0,001
Wiek	43,29	45	10,61	-0,50	0,14	12	75	0,08	<0,001
BMI	26,45	26,52	4,27	0,44	0,62	16,73	43,42	0,05	0,200

M – średnia; Me – mediana; SD – odchylenie standardowe; Sk. – skośność; Kurt. – kurtoza; Min i Maks. – najniższa i najwyższa wartość rozkładu; W – wynik testu Kołmogorowa-Smirnowa; p – istotność

Wiek badanych osób a nietrzymanie moczu oraz poziom jakości życia

W kolejnym kroku postanowiono sprawdzić czy wiek badanych osób jest powiązany z nietrzymaniem moczu. Wykonano więc test t Studenta porównując wiek osób, u których taki problem występował i nie występował. Jak widać w tabeli 3 odnotowano wynik istotny statystycznie. Osoby, u których występował problem nietrzymania moczu były starsze od osób, które tego problemu nie deklarowały. Siła odnotowanego efektu mierzona współczynnikiem d Cohena, była umiarkowanie duża. Następnie sprawdzono, czy zachodzi związek pomiędzy wiekiem respondentek a poziomem jakości ich życia. Wykonano serię analiz korelacji r Pearsona. Jak widać w tabeli 4 odnotowano cztery związki istotne statystycznie. Poziom jakości życia w wymiarze ogólnym oraz w zakresie domeny somatycznej i psychologicznej, a także poziom zadowolenia ze zdrowia malał wraz z wiekiem badanych osób. Siła odnotowanych związków była jednak nikła. Korelacje między wiekiem a poziomem jakości życia w zakresie domeny socjalnej i środowiskowej nie były istotne statystycznie.

Tabela 3. Wiek badanych osób, u których występował bądź nie był notowany problem nietrzymania moczu.

	nie (n = 127)		tak (n = 173)		t	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD			LL	UL	
Wiek	39,38	11,81	46,16	8,60	-5,49	0,000	-9,22	-4,35	0,67

Tabela 4. Wiek badanych kobiet a poziom jakości ich życia.

		Wiek
Poziom jakości życia	r Pearsona	-0,148
	istotność	0,016
Poziom zadowolenia ze zdrowia	r Pearsona	-0,174
	istotność	0,005
Domena somatyczna	r Pearsona	-0,241
	istotność	<0,001

Domena psychologiczna	r Pearsona	-0,164
	istotność	0,008
Domena socjalna	r Pearsona	-0,103
	istotność	0,095
Domena środowiskowa	r Pearsona	0,012
	istotność	0,852

BMI badanych osób a nietrzymanie moczu oraz poziom jakości życia

W kolejnym kroku postanowiono sprawdzić, czy BMI badanych osób jest powiązany z nietrzymaniem moczu. Wykonano więc test t Studenta, porównując poziom wskaźnika BMI osób, u których taki problem występował i nie występował. Jak widać w tabeli 5 odnotowano wynik istotny statystycznie. Osoby, u których występował problem nietrzymania moczu uzyskiwały wyższe wartości wskaźnika BMI od osób, które tego problemu nie deklarowały. Siła odnotowanego efektu ponownie była umiarkowanie duża.

Tabela 5. BMI badanych osób, u których występował bądź nie był notowany problem nietrzymania moczu.

	nie (n = 127)		tak (n = 173)		t	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD			LL	UL	
BMI	25,22	4,01	27,35	4,25	-4,39	0,000	-3,08	-1,17	0,51

Następnie sprawdzono, czy zachodzi związek pomiędzy poziomem BMI respondentek a poziomem jakości ich życia. Wykonano serię analiz korelacji r Pearsona. Jak widać w tabeli 6 odnotowano cztery związki istotne statystycznie. Poziom jakości życia w wymiarze ogólnym oraz w zakresie domeny somatycznej i psychologicznej, a także poziom zadowolenia ze zdrowia malał wraz ze wzrostem poziomu BMI badanych osób. Siła odnotowanych związków była niska. Korelacje między poziomem BMI a poziomem jakości życia w zakresie domeny socjalnej i środowiskowej nie były istotne statystycznie.

Tabela 6. BMI badanych kobiet a poziom jakości ich życia.

		BMI
Poziom jakości życia	r Pearsona	-0,122
	istotność	0,048
Poziom zadowolenia ze zdrowia	r Pearsona	-0,197
	istotność	0,001
Domena somatyczna	r Pearsona	-0,275
	istotność	<0,001
Domena psychologiczna	r Pearsona	-0,269
	istotność	<0,001

Domena socjalna	r Pearsona	-0,103
	istotność	0,097
Domena środowiskowa	r Pearsona	-0,031
	istotność	0,619

Stan cywilny a nietrzymanie moczu oraz poziom jakości życia

W kolejnym kroku sprawdzono, czy stan cywilny wiąże się z występowaniem problemu nietrzymania moczu. Wykonano test χ^2 , który okazał się istotny statystycznie, $\chi^2(4) = 40,70$; $p < 0,001$. Jak widać w tabeli 7 problem ten występował wyraźnie częściej u rozwódek, wdów oraz – w mniejszym stopniu – u kobiet zamężnych, rzadziej zaś u kobiet będących w związku wolnym oraz panien. Siła odnotowanego efektu, mierzona współczynnikiem V Cramera, była umiarkowanie duża, $V = 0,37$.

Tabela 7. Stan cywilny a nietrzymanie moczu.

		Wyciek moczu	
		nie	tak
panna	N	30	12
	%	71,40%	28,60%
mężatka	N	79	110
	%	41,80%	58,20%
związek wolny	N	14	8
	%	63,60%	36,40%
rozwód	N	3	33
	%	8,30%	91,70%
wdowa	N	1	10
	%	9,10%	90,90%

Sprawdzono także, czy stan cywilny badanych kobiet wiązał się w znaczący sposób z ich jakością życia. Ze względu na skrajną nierównoliczność porównywanych grup wykonano testy Kruskala-Wallisa. Jak widać w tabeli 8 odnotowano pięć istotnych statystycznie wyników. Wykonano więc analizy post-hoc przy użyciu testu Dunn-Sidak'a z poprawką Bonferroniego na wielokrotne porównania.

W zakresie ogólnego poziomu jakości życia odnotowano dwie różnice istotne statystycznie. Wyższy poziom jakości życia odnotowano u panien w porównaniu do osób w związku wolnym ($p = 0,012$) i rozwódek ($p = 0,029$). Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie.

W zakresie poziomu zadowolenia ze stanu zdrowia także odnotowano dwie różnice istotne statystycznie. Wyższy poziom zadowolenia ze stanu zdrowia odnotowano u panien w porównaniu do wdów ($p = 0,002$) i rozwódek ($p = 0,001$). Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie.

W zakresie poziomu jakości życia w aspekcie domeny somatycznej także odnotowano dwie różnice istotne statystycznie. Wyższy poziom jakości życia odnotowano u panien w porównaniu do osób w związku wolnym ($p = 0,007$) i rozwódek ($p = 0,003$). Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie.

W zakresie poziomu jakości życia w aspekcie domeny psychologicznej odnotowano jedną różnicę istotną statystycznie. Wyższy poziom jakości życia odnotowano u panien w porównaniu do rozwódek ($p = 0,023$). Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie.

W zakresie poziomu jakości życia w aspekcie domeny socjalnej także odnotowano jedną różnicę istotną statystycznie. Wyższy poziom jakości życia odnotowano u mężatek w porównaniu do rozwódek ($p < 0,001$). Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie.

W zakresie poziomu jakości życia w aspekcie domeny środowiskowej wynik testu Kruskala-Wallis nie był z kolei istotny statystycznie.

Tabela 8. Stan cywilny a poziom jakości życia.

		M	SD	
Poziom jakości życia	panna	3,96	0,88	H (4) = 18,17 p = 0,001
	mężatka	3,52	1,01	
	związek wolny	2,94	1,00	
	rozwód	3,20	0,80	
	wdowa	3,00	0,67	
Poziom zadowolenia ze zdrowia	panna	3,91	0,95	H (4) = 22,88 p < 0,001
	mężatka	3,35	0,96	
	związek wolny	3,28	0,90	
	rozwód	2,91	0,85	
	wdowa	2,50	0,85	
Domena somatyczna	panna	15,25	3,06	H (4) = 19,33 p = 0,001
	mężatka	13,39	2,42	
	związek wolny	12,38	2,24	
	rozwód	12,20	2,20	
	wdowa	12,06	2,31	
Domena psychologiczna	panna	15,42	2,89	H (4) = 12,05 p = 0,017
	mężatka	14,20	2,42	
	związek wolny	14,11	2,83	
	rozwód	12,97	2,73	
	wdowa	13,07	1,45	

Domena socjalna	panna	13,86	2,81	H (4) = 18,28 p = 0,001
	mężatka	13,99	2,71	
	związek wolny	13,33	3,48	
	rozwód	11,85	2,50	
	Ogółem	13,61	2,80	
Domena środowiskowa	panna	13,43	2,53	H (4) = 8,37 p = 0,079
	mężatka	13,73	2,10	
	związek wolny	13,44	2,63	
	rozwód	12,60	2,21	
	wdowa	13,05	1,85	

Poziom wykształcenia a nietrzymanie moczu oraz poziom jakości życia

W kolejnym kroku sprawdzono, czy poziom wykształcenia badanych kobiet wiąże się z występowaniem problemu nietrzymania moczu. Wykonano test χ^2 , który okazał się nie być istotny statystycznie, $\chi^2(4) = 4,17$; $p = 0,383$. Jak widać w tabeli 9 problem nietrzymania moczu nie był znacząco powiązany z poziomem wykształcenia respondentek.

Tabela 9. Poziom wykształcenia a nietrzymanie moczu.

		Wyciek moczu	
		nie	tak
podstawowa	N	1	3
	%	25,00%	75,00%
gimnazjalne / zawodowe	N	20	22
	%	47,60%	52,40%
średnie	N	47	55
	%	46,10%	53,90%
wyższe zawodowe	N	39	51
	%	43,30%	56,70%
wyższe magisterskie	N	20	42
	%	32,30%	67,70%

Następnie sprawdzono, czy zachodzi związek pomiędzy poziomem wykształcenia respondentek a poziomem jakości ich życia. Wykonano serię analiz korelacji rangowej ρ Spearmana. Jak widać w tabeli 10 wszystkie zależności były istotne statystycznie. Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia rósł poziom jakości życia zarówno w wymiarze ogólnym, jak i w zakresie wszystkich czterech domen, a także poziom zadowolenia ze stanu zdrowia. Siła tych związków była jednak niska.

Tabela 10. Poziom wykształcenia badanych kobiet a poziom jakości ich życia.

		Wykształcenie
Poziom jakości życia	r Pearsona	0,214
	istotność	<0,001
Poziom zadowolenia ze zdrowia	r Pearsona	0,127
	istotność	0,041
Domena somatyczna	r Pearsona	0,150
	istotność	0,015
Domena psychologiczna	r Pearsona	0,168
	istotność	0,006
Domena socjalna	r Pearsona	0,169
	istotność	0,006
Domena środowiskowa	r Pearsona	0,264
	istotność	<0,001

Wielkość miejsca zamieszkania a nietrzymanie moczu oraz poziom jakości życia

W kolejnym kroku sprawdzono, czy wielkość miejsca zamieszkania badanych kobiet wiąże się z występowaniem problemu nietrzymania moczu. Wykonano test χ^2 , który okazał się nie być istotny statystycznie, $\chi^2(3) = 0,52$; $p = 0,915$. Jak widać w tabeli 11 problem nietrzymania moczu nie był znacząco powiązany z wielkością miejsca zamieszkania respondentek.

Tabela 11. Wielkość miejsca zamieszkania a nietrzymanie moczu.

		Wyciek moczu	
		nie	tak
wieś	N	27	35
	%	43,50%	56,50%
miasto do 50 tys. mieszkańców	N	42	52
	%	44,70%	55,30%
miasto 50-100 tys. mieszkańców	N	31	45
	%	40,80%	59,20%
miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	N	27	41
	%	39,70%	60,30%

Sprawdzono także, czy wielkość miejsca zamieszkania badanych kobiet wiązała się w znaczący sposób z ich jakością życia. Wykonano serię jednoczynnikowych analiz wariancji w schemacie międzygrupowym bądź też – w przypadku niespełnienia założenia odnośnie homogeniczności wariancji – mocnych testów równości średnich Browna-Forsyth. Jak widać w tabeli 12 nie odnotowano jednak żadnych wyników istotnych

statystycznie. Należy więc przyjąć, że poziom jakości życia badanych kobiet nie zależał w znacznym stopniu od wielkości miejsca ich zamieszkania.

Tabela 12. Wielkość miejsca zamieszkania a poziom jakości życia.

	wieś (n = 48)		miasto do 50 tys. mieszkań- ców (n = 84)		miasto 50-100 tys. mieszkań- ców (n = 67)		miasto powyżej 100 tys. mieszkań- ców (n = 63)		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Poziom jakości życia	3,40	1,11	3,62	0,92	3,31	0,96	3,44	1,01	1,29	0,277
Poziom zadowolenia ze zdrowia	3,15	1,13	3,40	0,92	3,19	0,89	3,41	0,98	1,28	0,281
Domena somatyczna	12,94	3,32	13,52	2,38	13,30	2,20	13,17	2,44	0,54	0,658
Domena psychologiczna	13,58	3,08	14,12	2,36	14,19	2,28	14,36	2,67	0,85	0,470
Domena socjalna	13,31	2,96	13,95	2,87	13,43	2,36	13,59	3,03	0,70	0,555
Domena środowiskowa	13,31	2,31	13,54	2,34	13,33	1,89	13,81	2,25	0,67	0,570

Wykonywany zawód a nietrzymanie moczu oraz poziom jakości życia

W kolejnym kroku sprawdzono, czy wykonywany zawód badanych kobiet wiąże się z występowaniem problemu nietrzymania moczu. Wykonano test χ^2 , który okazał się być istotny statystycznie, $\chi^2(4) = 13,95$; $p = 0,007$. Jak widać w tabeli 13 problem wyraźnie najrzadziej dotykał studentki. Siła odnotowanego efektu była niska, $V = 0,22$.

Tabela 13. Wykonywany zawód a nietrzymanie moczu.

		Wyciek moczu	
		nie	tak
nauczycielka	N	10	20
	%	33,30%	66,70%
pielęgniarka	N	32	38
	%	45,70%	54,30%
sprzedawczyni	N	18	39
	%	31,60%	68,40%

studentka	N	13	3
	%	81,30%	18,80%
inne	N	54	73
	%	42,50%	57,50%

Sprawdzono także, czy zawód badanych kobiet wiązała się w znaczący sposób z ich jakością życia. Wykonano serię testów Kruskala-Wallisa ze względu na skrajną nierównoliczność porównywanych grup, przy czym z analizy usunięto dwa wyniki studentek (tylko tyle osób z tej próby uzupełniło kwestionariusz WHOQOL). Jak widać w tabeli 14 odnotowano pięć wyników istotnych statystycznie. Wykonano więc analizy post-hoc przy użyciu testów Dunn-Sidak z poprawką Bonferroniego na wielokrotne porównania.

W zakresie ogólnego poziomu jakości życia odnotowano dwie różnice istotne statystycznie. Wyższy poziom odnotowano w grupie pielęgniarek w porównaniu do sprzedawczyń ($p = 0,007$) oraz kobiet wykonujących inne zawody ($p = 0,007$). Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie.

W zakresie poziomu zadowolenia ze zdrowia nie odnotowano żadnych różnic istotnych statystycznie. Taki wynik wskazuje, że choć ogólnie występowało znaczne zróżnicowanie międzygrupowe, różnice między poszczególnymi parami grup nie były wystarczająco duże, by móc je uznać za nieprzypadkowe. Podobną sytuację odnotowano dla jakości życia w domenie somatycznej.

W zakresie poziomu jakości życia w domenie socjalnej odnotowano dwie różnice istotne statystycznie. Wyższy poziom odnotowano w grupie pielęgniarek w porównaniu do sprzedawczyń ($p = 0,017$) oraz kobiet wykonujących inne zawody ($p = 0,029$). Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie.

W zakresie poziomu jakości życia w domenie środowiskowej odnotowano cztery różnice istotne statystycznie. Wyższy poziom odnotowano w grupie pielęgniarek w porównaniu do sprzedawczyń ($p = 0,025$) oraz kobiet wykonujących inne zawody ($p = 0,042$). Wyższy był także poziom jakości życia w grupie nauczycielek w porównaniu do sprzedawczyń ($p = 0,011$) oraz kobiet wykonujących inne zawody ($p = 0,022$). Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie.

W zakresie poziomu jakości życia w domenie psychologicznej wynik testu Kruskala-Wallisa nie był istotny statystycznie.

Tabela 14. Zawód badanych kobiet a poziom jakości życia.

	nauczycielka (n = 25)		pielęgniarka (n = 66)		sprzedaw- czyńi (n = 47)		inne (n = 122)		H	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Poziom jakości życia	3,52	0,92	3,83	0,60	3,21	1,02	3,33	1,11	13,91	0,003

Poziom zadowolenia ze zdrowia	3,32	0,95	3,56	0,83	3,17	1,03	3,22	1,01	7,87	0,049
Domena somatyczna	13,28	3,26	13,95	2,33	12,83	2,72	13,08	2,41	8,50	0,037
Domena psycholo- giczna	14,29	3,04	14,53	2,54	13,83	2,60	13,96	2,45	4,86	0,182
Domena socjalna	13,71	2,92	14,53	2,38	13,02	2,78	13,34	2,93	11,16	0,011
Domena środowisko- wa	14,70	2,26	14,03	2,20	12,99	2,24	13,19	2,07	17,01	0,001

Charakter wykonywanej pracy a nietrzymanie moczu oraz poziom jakości życia

W kolejnym kroku sprawdzono, czy charakter wykonywanej pracy badanych kobiet wiąże się z występowaniem problemu nietrzymania moczu. Wykonano test χ^2 , który okazał się nie być istotny statystycznie, $\chi^2(2) = 1,55$; $p = 0,460$. Jak widać w tabeli 15 nie odnotowano znaczącej zależności między badanymi zmiennymi.

Tabela 15. Charakter wykonywanej pracy a nietrzymanie moczu.

		Wyciek moczu	
		nie	tak
umysłowa	N	37	57
	%	39,40%	60,60%
fizyczna	N	37	56
	%	39,80%	60,20%
mieszana	N	53	60
	%	46,90%	53,10%

Sprawdzono także, czy charakter wykonywanej pracy badanych kobiet wiązała się w znaczący sposób z ich jakością życia. Wykonano serię jednoczynnikowych analiz wariancji. Jak widać w tabeli 16 odnotowano trzy wyniki istotne statystycznie – w zakresie ogólnego poziomu jakości życia oraz jakości życia w domenie psychologicznej i środowiskowej. Wykonano więc analizy post-hoc przy użyciu testów Sidaka.

W zakresie ogólnego poziomu jakości życia odnotowano dwie różnice istotne statystycznie. Niższy poziom odnotowano w grupie kobiet pracujących fizycznie w porównaniu do kobiet pracujących umysłowo ($p = 0,008$) i w sposób mieszany ($p = 0,009$). Różnica między tymi grupami nie była istotna statystycznie.

W zakresie poziomu jakości życia w domenie psychologicznej odnotowano jedną różnicę istotną statystycznie. Niższy poziom odnotowano w grupie kobiet pracujących fizycznie w porównaniu do kobiet pracujących w sposób mieszany ($p = 0,047$). Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie.

W zakresie poziomu jakości życia w domenie środowiskowej odnotowano dwie różnice istotne statystycznie. Niższy poziom odnotowano w grupie kobiet pracujących fizycznie w porównaniu do kobiet pracujących umysłowo ($p = 0,011$) i w sposób mieszany ($p = 0,027$). Różnica między tymi grupami nie była istotna statystycznie.

W zakresie pozostałych zmiennych wynik jednoczynnikowej analizy wariancji nie był istotny statystycznie.

Tabela 16. Charakter wykonywanej pracy a poziom jakości życia.

	umysłowa (n = 83)		fizyczna (n = 87)		mieszana (n = 92)		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Poziom jakości życia	3,61	1,01	3,16	1,01	3,60	0,89	6,12	0,003
Poziom zadowolenia ze zdrowia	3,25	1,03	3,22	0,93	3,43	0,94	1,29	0,276
Domena somatyczna	13,54	2,65	12,81	2,59	13,47	2,36	2,22	0,111
Domena psychologiczna	14,38	2,66	13,49	2,59	14,41	2,36	3,68	0,026
Domena socjalna	13,69	2,98	13,09	2,80	14,04	2,57	2,68	0,071
Domena środowiskowa	13,87	2,34	12,90	2,13	13,76	2,05	5,17	0,006

Pozycja, w której wykonywana jest praca a nietrzymanie moczu oraz poziom jakości życia

W kolejnym kroku sprawdzono, czy rodzaj pozycji, w jakiej wykonywana jest praca badanych kobiet wiąże się z występowaniem problemu nietrzymania moczu. Wykonano test χ^2 , który okazał się nie być istotny statystycznie, $\chi^2(2) = 1,39$; $p = 0,465000$. Jak widać w tabeli 17 nie odnotowano znaczącej zależności między badanymi zmiennymi.

Tabela 17. Pozycja, w której wykonywana jest praca a nietrzymanie moczu.

		Wyciek moczu	
		nie	tak
umysłowa	N	33	35
	%	48,50%	51,50%
fizyczna	N	33	48
	%	40,70%	59,30%

mieszana	N	61	90
	%	40,40%	59,60%

Sprawdzono także, czy rodzaj pozycji, w jakiej wykonywana jest praca badanych kobiet wiązał się w znaczący sposób z ich jakością życia. Wykonano serię testów Kruskala-Wallisa ze względu na znaczną nierównoliczność porównywanych grup. Jak jednak widać w tabeli 18 nie odnotowano żadnych wyników istotnych statystycznie. Tak więc rodzaj pozycji, w jakiej wykonywana jest praca badanych kobiet nie wiązał się znacząco z poziomem jakości życia badanych kobiet.

Tabela 18. Rodzaj pozycji, w jakiej wykonywana jest praca badanych kobiet a poziom jakości życia.

	stojąca (n = 57)		siedząca (n = 72)		mieszana (n = 133)		H	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Poziom jakości życia	3,39	0,98	3,53	1,09	3,45	0,94	0,64	0,726
Poziom zadowolenia ze zdrowia	3,40	0,88	3,24	1,08	3,30	0,95	0,83	0,660
Domena somatyczna	13,52	2,77	13,24	2,68	13,19	2,38	0,26	0,866
Domena psychologiczna	13,73	2,63	14,25	2,78	14,17	2,41	0,71	0,701
Domena socjalna	13,45	2,91	13,57	2,97	13,70	2,67	0,20	0,906
Domena środowiskowa	12,97	2,06	13,79	2,27	13,59	2,20	3,97	0,138

Rodzaj sytuacji wystąpienia nietrzymania moczu a poziom jakości życia

W ostatnim kroku sprawdzono, czy rodzaj sytuacji wystąpienia nietrzymania moczu wiązał się w znaczący sposób z ich jakością życia. Wykonano serię testów Kruskala-Wallisa ze względu na znaczną nierównoliczność porównywanych grup. Jak jednak widać w tabeli 19 nie odnotowano żadnych wyników istotnych statystycznie. Tak więc rodzaj sytuacji wystąpienia nietrzymania moczu nie wiązał się znacząco z poziomem jakości życia badanych kobiet.

Tabela 19. Rodzaj sytuacji wystąpienia nietrzymania moczu a poziom jakości życia.

	w czasie kaszlu, kichania lub podczas ćwiczeń fizycznych (n = 64)		przy braku czynności fizycznych i braku odczuwania parcia (n = 13)		przy odczuwaniu parcia lub potrzeby opróżnienia pęcherza (n = 73)		mieszane nietrzymanie moczu (n = 17)		H	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Poziom jakości życia	3,36	0,98	3,00	1,08	3,23	0,87	3,59	0,80	3,05	0,384

Poziom zadowolenia ze zdrowia	3,14	0,94	2,77	0,93	3,07	0,95	3,12	0,99	1,36	0,714
Domena somatyczna	12,69	2,06	12,09	2,70	12,46	1,86	12,74	2,61	0,29	0,962
Domena psychologiczna	13,67	2,33	14,00	2,24	13,47	2,46	13,33	2,31	0,88	0,829
Domena socjalna	13,10	2,75	13,44	2,95	13,02	2,92	13,73	2,70	0,60	0,895
Domena środowiskowa	13,05	2,18	14,27	2,10	13,15	2,18	13,35	1,69	3,37	0,338

DYSKUSJA

Nietrzymanie moczu i pęcherz nadreaktywny stanowią coraz częstszą przyczynę niskiej jakości życia. Brak kontroli nad tym zaburzeniem powoduje spadek pewności siebie, poczucia własnej wartości oraz w znacznym stopniu, w ocenie kobiety zmniejsza jej atrakcyjność. Wszystkie konsekwencje wynikające z nietrzymania moczu prowadzą do znacznego pogorszenia komfortu życia i wycofania się z życia zawodowego, społecznego i rodzinnego.

W prezentowanej pracy podjęto próbę oceny jakości życia kobiet z nietrzymaniem moczu zależnie od czynników charakteryzujących badane kobiety. Do analizowanych czynników zaliczono wiek, BMI, wykonywany zawód, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, charakter wykonywanej pracy, pozycję, w której jest ona wykonywana w większości czasu.

Przeprowadzone badania własne wykazały, że problem nietrzymania moczu częściej występował i wiązał się z wiekiem badanych kobiet oraz z wyższym BMI, a co za tym idzie, wraz z wiekiem obniżał się również poziom jakości życia borykających się z tą dolegliwością kobiet. Podobnie wyglądało to w badaniach przeprowadzonych przez Kanadys i wsp.³⁴, którzy wykazali, że wiek ankietowanych kobiet warunkował bezpośredni wpływ objawów na ogólny stan zdrowia, aktywność w domu czy w pracy, relacje z partnerem oraz przyjaciółmi i rodziną, zaburzenia snu, obniżone poczucie własnej wartości oraz samooceny. Stwierdzili oni, że kobiety w wieku powyżej 60. roku wykazywały niższą jakość życia w analizowanych wymiarach niż kobiety w młodszych grupach wiekowych. Ponadto w badaniach przeprowadzonych przez Wójtowicz i wsp.³⁵ zaobserwowano, że problem nietrzymania moczu również częściej występuje u kobiet będących w okresie okołomenopauzalnym lub po menopauzie. Wykazali oni podobnie jak Kanadys i wsp.³⁶, że wiek badanych kobiet ma istotny wpływ na nietrzymanie moczu.

³⁴ K. Kanadys, K. Szczekala, G. Stadnicka, E. Woźnica, H. Wiktor, *Analysis of quality of life in women treated for incontinence dependent on sociodemographic factors*, Wydawnictwo Uniwersytet Medyczny w Lublinie 2020.

³⁵ UA. Wójtowicz, L. Płaszewska-Żywko, E. Kołacz, *Inkontynencja – cichy problem. Analiza czynników ryzyka*, „Piel. Chir. Angiol.”, 2013; 3: 92-97.

³⁶ K. Kanadys I wsp., *Analysis ...*

Z badań własnych wynika, że wybrane czynniki socjodemograficzne jedynie w nielicznych przypadkach wykazują związek z ocenianą przez kobiety jakością życia. I tak, panny wyżej oceniają ogólny poziom jakości życia, w tym zadowolenia ze zdrowia. Jakość życia oceniają wyżej w domenach somatycznej i psychologicznej. Natomiast kobiety zamężne istotnie wyżej oceniają jakość życia w domenie socjalnej. Jak widać, najprawdopodobniej ma to związek z wiekiem kobiet, przypuszczalnie panny były młodsze od pozostałych kobiet, chociaż nie dokonano przeliczenia takich zależności. Zaobserwowano też, że wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia, wzrastał też poziom jakości życia zarówno w wymiarze ogólnym, jak i w zakresie wszystkich czterech domen, a także poziomu zadowolenia ze stanu zdrowia. Jednak nie wykazano, by oceniany poziom jakości życia był w znacznym stopniu zależny od wielkości zamieszkującej przez kobiety miejscowości, chociaż Stadnicka i wsp.³⁷ wykazali, że miejsce zamieszkania badanych kobiet miało wpływ na konsekwencje społeczne nietrzymania moczu.

Z prowadzonych badań własnych wynika, że nie ma związku pomiędzy rodzajem wykonywanej pracy, a także pozycją w jakiej jest ona wykonywana a problemem nietrzymania moczu. Jednak zaobserwowano, że kobiety wykonujące pracę fizyczną najniżej oceniają jakość swojego życia w zakresie ogólnym, a także w domenie psychologicznej i środowiskowej. Prawdopodobnie może się to wiązać z dźwiganiem dużych ciężarów, chociaż nie zostało to zbadane. Jednak można tak przypuszczać na podstawie wyników badań Połockiej-Molińskiej i wsp.³⁸. Według nich u 65% kobiet do nietrzymania moczu dochodzi podczas dźwigania, natomiast u 56% podczas kaszlu.

Warto byłoby poszerzyć badania, by uzyskać odpowiedź, jakie dodatkowe czynniki, szczególnie związane z pracą zawodową mogą wpływać na nietrzymanie moczu.

WNIOSKI

Nietrzymanie moczu istotnie wpływa na obniżenie poziomu jakości życia kobiet.

Kobiety starsze oraz kobiety z wyższym wskaźnikiem masy ciała istotnie częściej wykazują problem nietrzymania moczu.

Panny oraz kobiety legitymujące się wyższym wykształceniem wyżej oceniają jakość swojego życia, natomiast kobiety wykonujące pracę fizyczną istotnie niżej oceniają jakość życia, a także swoje zdrowie.

Nie wykazano związku między wykształceniem, miejscem zamieszkania, pozycją wykonywania pracy a problemem nietrzymaniem moczu.

Brak zależności między wielkością miejscowości zamieszkania, pozycją wykonywania pracy i rodzajem nietrzymaniem moczu a ocenianą przez kobiety jakością życia.

³⁷ G. Stadnicka, M. Janik, C. Łepecka-Klusek, A. Pilewska-Kozak, *Psychospołeczne następstwa nietrzymania moczu*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 2014, Tom 20, Nr 2, 136-140.

³⁸ M. Połocka-Molińska, B. Jakóbczak, K. Plagens-Rotman, *Wpływ nietrzymania moczu na jakość życia kobiet*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu”, 2 (51) 2017.

Bibliografia:

- Abrams P., Cardozo L., Fall M. et al., *The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the of the International Standardisation Sub-Committee Continence Society*. „Neurourology and Urodynamics”, 2002; 21(2):167-178.
- Adamiak A., Jankiewicz K., *Epidemiologia nietrzymania moczu*. W: Nietrzymanie moczu i zaburzenia statyki dna miednicy u kobiet., Red. Rechberger T., „Termedia”, Poznań 2009; II: 19-27.
- Bar K., Ossoliński T., *Przegląd współczesnych poglądów na temat etiopatogenezy i leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet*. „Lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej”, 1-5/05.
- Chłosta P., Dobruch J., Oszczudłowski M., Rechberger T. i wsp., *Standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla pacjentów dorosłych z dolegliwościami dolnych dróg moczowych*, „Raport przygotowany przez Polskie Towarzystwo Urologiczne, Fundację Ekspertki dla Zdrowia”, Warszawa, maj 2019.
- Cieślik B., Podbielska H., *Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia*, „Acta Bio-Optica et Informatica Medica Inżynieria Biomedyczna”, vol. 21, nr 2, 2015.
- Coyne KS., Sexton CC., Thompson CL. et al., *The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: results from the Epidemiology of LUTS (EpiLUTS) study*. „Bju International”, 2009;104(3):352-360.
- Devore EE, Minassian VA, Grodstein F. *Factors associated with persistent urinary incontinence*, „American Journal of Obstetrics and Gynecology”, 2013;209(2).
- Irwin DE., Kopp ZS., Agatep B., Milsom I., Abrams P., *Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction*. „Bju International”, 2011; 108(7):1132-1138.
- Kanadys K., Szczekala K., Stadnicka G., Woźnica E., Wiktor H., *Analysis of quality of life in women treated for incontinence dependent on sociodemographic factors*, „Uniwersytet Medyczny w Lublinie” 2020.
- Lamb SE., Pepper J., Lall R. et al., *Group treatments for sensitive health care problems: a randomized controlled trial of group versus 167 individual physiotherapy sessions for female urinary incontinence*, „BMC Women’s Health”, 2009; 9: 26-35.
- Miedziejko A., Jarzabek-Bielecka G., Król A., Pisarska-Krawczyk M. i wsp., *Ocena potrzeb i reakcji seksualnych kobiet ze stwierdzonym w wywiadzie problemem zaburzeń statyki narządów płciowych i nietrzymania moczu*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu”, 2014; 1(38):9-12.
- Morkved S., Bo K., *Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one – year follow up.*, „Br J Obstet Gynaecol”, 2000; 107: 1022-1028.

Nietrzymanie moczu – nie tylko kobiecy problem, „Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia”, Internet <https://pacjent.gov.pl/jak-zyc-z-choroba/nie-tylko-kobiecy-problem> [dostęp: 08.06.2022].

Pisarska M., Sroka Ł., Wilczak M., *Analiza przydatności doustnej terapii hormonalnej w leczeniu zachowawczym wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet w okresie pomenopauzalnym*, „Przegląd Ginekologiczno-Położniczy”, 2003; 2: 69-72.

Połocka-Molińska M., Jakóbczak B., Plagens-Rotman K., *Wpływ nietrzymania moczu na jakość życia kobiet*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu”, 2 (51) 2017.

Radziszewski P., Baranowski W., Nowak-Markwitz E., Rechberger T. i wsp., *Wtyczne Zespołu Ekspertów odnośnie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u kobiet z nietrzymaniem moczu i pęcherzem nadreaktywnym Expert panel recommendations on therapeutic and diagnostic management of urinary incontinence and overactive bladder in women*, „Ginekol Pol.”, 2010, 81, 789-793.

Schröder A., Abrams P. (Co-Chairman), Andersson K-E., Artibani W., *Zasady postępowania u chorych z nietrzymaniem moczu*, „Guidelines on Incontinence, Polskie Towarzystwo Urologiczne”, Warszawa 2010.

Shifren JL., *Increasing our understanding of women's sexuality at midlife and beyond*, „Menopause”, 1 listopad 2011; 18(11): 1149-51.

Stadnicka G., Janik M., Łepecka-Klusek C., Pilewska-Kozak A., *Psychospołeczne następstwa nietrzymania moczu*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 2014, Tom 20, Nr 2, 136-140.

Wojtycka B., Haor B., *Wiedza i opinie kobiet na temat wybranych aspektów nietrzymania moczu*, Centrum Diagnostyczno-Lecznicze Barska we Włocławku, Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku, Wydawnictwo PUZ, Włocławek 2020.

Wong SY., Woo J., Leung JC., Leung PC., *Depressive symptoms and lifestyle factors as risk factors of lower urinary tract symptoms in Southern Chinese men: a prospective study*, „Aging Male”, 2010; 13(2): 113-119.

Wójtowicz UA., Płaszewska-Żywko L., Kołacz E., *Inkontynencja – cichy problem. Analiza czynników ryzyka*, „Piel. Chir. Angiol.”, 2013; 3: 92-97.

Zawisza K., Gałaś A., Tobiasz-Adamczyk B., *Walidacja polskiej wersji skali oceny jakości życia WHOQOL-AGE w populacji osób starszych. Validation of the Polish version of the WHOQOL-AGE scale in older population*, „Geront. Pol.”, 2016; 24: 7-16.

JESICA BRUKSZTUS

Absolwentka kierunku pielęgniarstwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Koszalinie

KRYSTYNA ZIÓŁKOWSKA

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koszalinie, Instytut Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA A SATYSFAKCJA Z ŻYCIA SPOŁECZNOŚCI KOSZALINA I OKOLIC

PHYSICAL ACTIVITY AND LIFE SATISFACTION OF KOSZALIN AND THE SURROUNDING AREA COMMUNITY

Słowa kluczowe: społeczność, aktywność fizyczna, satysfakcja z życia

Streszczenie: Aktywność fizyczna to jeden z głównych składników zdrowego stylu życia. Osoby aktywne fizycznie cieszą się lepszym samopoczuciem, rzadziej odczuwają dolegliwości psychiczne lub fizyczne. Celem pracy była ocena wpływu aktywności fizycznej na poczucie zadowolenia z życia wśród społeczności Koszalina i okolic. Grupę badawczą stanowiły osoby w wieku 18-70 lat. Narzędziem badawczym był Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej oraz Skala Satysfakcji z Życia. Z badań własnych wynika, że aktywność fizyczna wśród respondentów mieściła się w zakresie od 0 do 34800 MET – minut na tydzień, średnio 4327,5 MET – min/tydzień. Intensywny wysiłek stanowił średnio 1761,47 ± 3837,17 MET – minut na tydzień, wymagający umiarkowanego wysiłku średnio 2054,83 ± 3245,28 MET – minut na tydzień. Chodzenie stanowiło średnio 1335,3 ± 1632,17 MET – minut na tydzień, natomiast w pozycji siedzącej respondenci przebywają w ciągu dnia średnio 219,21 ± 168,03 minut. Respondenci satysfakcję z życia ocenili jako przeciętną, średnio 22,17 ± 4,86 punkty. Im wyższa aktywność fizyczna tym wyższej oceniana przez respondentów satysfakcja z życia.

Keywords: community, physical activity, life satisfaction

Abstract: Physical activity is one of the main components of a healthy lifestyle. Physically active people feel better and feel less often mental or physical ailments. The aim of the study was to evaluate the influence of physical activity on the sense of satisfaction with life among the community of Koszalin and the surrounding area. Research group were people aged 18-70. The research tool was the International Physical Activity Questionnaire and Life Satisfaction Scale. The research shows that physical activity among the respondents ranged from 0 to 34,800 MET-minutes per week, on average 4,327.5 MET-minutes/week. The intense effort was on average 1,761.47 ± 3,837.17 MET-minutes per week, requiring moderate exercise on average 2,054.83 ± 3,245.28 MET-minutes per week. Walking averaged 1,335.3 ± 1632.17 MET-minutes per week, while the respondents spend a day sitting on average 219.21 ± 168.03 minutes. The respondents assessed their satisfaction with life as average, mean 22.17 ± 4.86 points. The higher the physical activity the higher the rating of satisfaction with life by the respondents.

WSTĘP

Aktywność fizyczna to jeden z głównych składników zdrowego stylu życia. Optymalny jej poziom przynosi wiele korzyści, między innymi stymuluje rozwój, zabezpiecza potrzeby ruchowe, poprawia elastyczność mięśni i stawów, wzmacnia mięśnie i kości, wzmacnia wydolność serca. Osoby aktywne fizycznie cieszą się lepszym

samopoczuciem, rzadziej odczuwają dolegliwości psychiczne lub fizyczne, takie jak obniżony nastrój, bóle głowy, bóle kręgosłupa i inne dolegliwości^{1,2,3,4}.

Aktywność fizyczna pomaga zachować sprawność ruchową, zmniejsza się ryzyko urazów czy kontuzji, zwiększa odporność organizmu, a przez to zmniejsza ryzyko występowania chorób cywilizacyjnych⁵. Podejmowanie aktywności fizycznej przyczynia się do zwiększenia koncentracji, produktywności oraz usprawnienia procesów myślowych. Dzięki niej wzrasta poczucie własnej wartości, wiary w siebie, a także umiejętność pokonywania stresu⁶. Ruch powoduje też uruchamianie w organizmie procesów produkcji hormonów szczęścia. Wśród osób aktywnych fizycznie obserwuje się poprawę jakości snu, zwiększenie energii życiowej oraz wydłużenie życia⁷. Ostatecznie wzrasta wśród tych osób poczucie zadowolenia z życia.

Aktywność fizyczna to nie tylko intensywne uprawianie różnych dyscyplin sportowych, ale przede wszystkim systematyczne wykonywanie czynności ruchowych, które pozytywnie wpłyną na zdrowie.

Aktualne wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) zawierają przesłanie: „każda aktywność fizyczna jest lepsza niż żadna oraz to, że zwiększenie aktywności fizycznej jest niezbędne dla uzyskania optymalnych wyników zdrowotnych”. Ponadto wytyczne te podkreślają znaczenie regularnego wykonywania ćwiczeń aerobowych i wzmacniających mięśnie^{8,9}. Zgodnie z nowymi rekomendacjami osoby dorosłe w wieku 18-64 lata powinny wykonywać aktywność fizyczną przez 150-300 minut tygodniowo o umiarkowanej intensywności (MVPA – *Moderate-to-Vigorous Physical Activity*) lub 75-150 minut o dużej intensywności. Natomiast wśród dzieci i młodzieży wymaga się średnio 60 minut dziennie aktywności o umiarkowanej lub dużej intensywności aerobowej. Wytyczne zalecają regularne ćwiczenia wzmacniające mięśnie dla wszystkich grup wiekowych. Dzieci i młodzież powinny wykonywać ćwiczenia aerobowe o dużej intensywności, a także te wzmacniające mięśnie i kości

¹ W. Ostrenga, *Aktywność fizyczna jako kluczowy element zdrowego stylu życia*, Instytut Matki i Dziecka, Narodowy Program Zdrowia, Warszawa, listopad 2019, s. 4.

² T. Kasperczyk, D. Mucha, *Zarys kinezylogii*, Wydawnictwo JET, Kraków, 2016.

³ W. Ostrenga, *Aktywność fizyczna...*

⁴ J. Górski, *Fizjologia wysiłku i treningu fizycznego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2015.

⁵ W. Ostrenga, *Aktywność fizyczna...*, s. 3.

⁶ E. Szczepanowska, L. Pławińska, B. Korzeniewska, *Rekreacja ruchowa jako aspekt życia w opinii młodzieży*, „Pielęgniarstwo Polskie”, nr 3 (53) 2014.

⁷ D. Zawadzka, J. Mazur, A. Oblacińska, *Samoocena sprawności fizycznej i witalności a aktywność fizyczna młodzieży szkolnej*, „Probl Hig Epidemiol” 2015, 96(1):149-156.

⁸ *WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behavior*, World Health Organization”, listopad 2020.

⁹ K. Wolnicka, *Nowe zalecenia WHO dotyczące aktywności fizycznej*, Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej. <https://ncez.pzh.gov.pl/aktywnosc-fizyczna/nowe-zalecenia-who-dotyczace-aktywnosci-fizycznej/> [dostęp: 30.08.2022].

co najmniej 3 dni w tygodniu. Osoby dorosłe również powinny wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie o umiarkowanej lub większej intensywności, które obejmują wszystkie główne grupy mięśni. Ćwiczenia te powinny być wykonywane 2 lub więcej dni w tygodniu, ponieważ zapewniają one dodatkowe korzyści zdrowotne. W przypadku osób po 65. roku życia należy zachować ostrożność i przed podjęciem ćwiczeń skonsultować się z lekarzem¹⁰.

CEL PRACY

Celem pracy była analiza i ocena wpływu aktywności fizycznej na zadowolenie z życia wśród społeczności Koszalina i okolic.

MATERIAŁ I METODYKA

Grupą badaną były osoby dorosłe, w wieku 18. lat i powyżej, samodzielnie poruszające się (wykluczono osoby korzystające z wózka inwalidzkiego lub kul ortopedycznych – inwalidzkich).

Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Narzędziami użytymi w ankietyzacji były dwa standaryzowane kwestionariusze ankiety. W części wstępnej kwestionariusza ankiety umieszczono informację o dobrowolności, anonimowości i celu badania oraz pytania dotyczące: płci, wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, miejsca zamieszkania, statusu zawodowego, charakteru wykonywanej pracy zawodowej, wartości (masa ciała i wzrost) do wyliczenia wskaźnika masy ciała (BMI, *Body Mass Index*) oraz choroby (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, hipercholesterolemia, choroby tarczycy, stan po zawale serca, stan po udarze mózgu oraz inne).

Pierwszy standaryzowany kwestionariusz ankiety to Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (*International Physical Activity Questionnaire; IPAQ*) – wersja polska autorstwa Elżbiety Biernat¹¹. Pozwala on obliczyć poziom aktywności fizycznej wśród ankietowanych. Kwestionariusz zawiera 7 pytań dotyczących wszystkich rodzajów aktywności fizycznej związanej z życiem codziennym, pracą i wypoczynkiem. Poziom aktywności fizycznej oblicza się poprzez „współczynniki intensywności, odpowiadające wielokrotności przemiany podstawowej (*Metabolic Equivalent of Work; MET*), służące do oceny poszczególnych rodzajów aktywności. Na podstawie uzyskanych wyników badania, osoby zostają sklasyfikowane do jednego z trzech poziomów prezentowanej przez nich aktywności fizycznej: wysokiego, wystarczającego albo niewystarczającego.

Do poziomu wysokiego klasyfikowane są osoby, które spełniają jeden z dwóch poniższych kryteriów:

¹⁰ Tamże.

¹¹ E. Biernat, R. Stupnicki, AK. Gajewski, *Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ) – wersja polska*, „Wychowanie Fizyczne i Sport”, 2007, 51(1), 47-54.

- 3 lub więcej dni intensywnych wysiłków fizycznych, łącznie co najmniej 1500 MET – min/tydzień,
- 7 lub więcej dni którejkolwiek kombinacji wysiłków (chodzenia, umiarkowanych lub intensywnych wysiłków) przekraczającej 3000 MET – min/tydzień).
- Do poziomu wystarczającego – osoby, które spełniają jedno z poniższych trzech kryteriów:
 - 3 lub więcej dni intensywnych wysiłków fizycznych nie mniej niż 20 minut dziennie,
 - 5 lub więcej dni umiarkowanych wysiłków lub chodzenia nie mniej niż 30 minut dziennie,
 - 5 lub więcej dni którejkolwiek kombinacji aktywności fizycznej (chodzenia, umiarkowanych lub intensywnych wysiłków) przekraczającej 600 MET – min/tydzień.

Do poziomu niewystarczającego – osoby, które nie wykazywały żadnej aktywności fizycznej, bądź nie spełniały warunków dla poziomu wystarczającego i wysokiego¹².

Drugi kwestionariusz ankiety to Skala Satysfakcji z Życia (SWLS, *Satisfaction With Life Scale*), opracowana przez Dienera, Larsena i Griffin¹³. Narzędzie składa się z 5 stwierdzeń, ocenianych w skali siedmiostopniowej i pozwala obliczyć poziom satysfakcji z życia ankietowanych. Respondent ocenia, w jakim stopniu każde stwierdzenie odnosi się do jego życia. Po zsumowaniu dają one ogólny wynik, który oznacza się w granicach od 5 do 35 punktów. Interpretacja wyniku badania wyrażona jest w skali stenowej. Im wyższy wynik, tym większe poczucie satysfakcji z życia. Wyniki interpretowane są w graniach: od 1. do 4. stena jako niskie, od 5. do 6. stena przeciętne oraz od 7. do 10. stena to wysokie¹⁴, tabela 1.

Tabela 1. Ocena satysfakcji z życia wg kwestionariusza SWLS.

Wynik surowy	Sten	Ocena
5-9	1	Niska
10-11	2	
12-14	3	
15-17	4	

¹² E. Biernat i wsp., *Międzynarodowy ...*, s. 47-54.

¹³ E. Diener, RA. Emmons, RJ. Larsen, S. Griffin, *Satisfaction with Life Scale, tłumaczenie: Jankowski K.S., Is the Shift In chronotype associated with an alteration in well-being?*, „Biological Rhythm Research”, 2015, 46, 237-248.

¹⁴ Z. Juczyński, *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. „Pracownia Testów Psychologicznych PTP”, Warszawa 2009:128-136.

18-20	5	Przeciętna
21-23	6	
24-26	7	Wysoka
27-28	8	
29-30	9	
31-35	10	

Organizacja i przebieg badania

Miejscem badania był Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Centrum Medyczne Beta-Tarnowski” w Koszalinie. Otrzymano zgodę dyrekcji ZOZ na prowadzenie ankiety-zacji, która trwała w okresie od grudnia 2021 roku do lutego 2022 roku.

Każdy ankietowany pacjent otrzymał kwestionariusz ankiety w momencie rejestracji medycznej. Przekazywał je personel medyczny, udzielając wskazówek o sposobie wypełniania każdej części kwestionariusza. Po wypełnieniu kwestionariusza ankiety pacjenci przekazywali je do rąk rejestratorki medycznej. Rozdano 162 kwestionariusze, wypełnionych wróciło 153 sztuki.

Metody analizy statystycznej

Do analizy danych użyto TIBCO Software Inc. (2017), Statistica (data analysis software system), wersja 13 oraz Microsoft Excel (wersja 2019) – Microsoft Office. Rozkład zmiennych oceniono za pomocą testu Shapiro-Wilka. Ocenę homogeniczności wariancji wykonano za pomocą testów Levene’a oraz Browna-Forsythe’a. Do porównań między grupami wykorzystano test t studenta, U Manna-Whitney’a, ANOVA test Kruskala Wallisa, test Tukey’a oraz test NIR. Używając testu R Spearmana, tau Kendalla oraz testu Chi²NW (najwyższej wiarygodności) przeprowadzono badanie zależności pomiędzy zmiennymi. Za poziom istotności we wszystkich obliczeniach przyjęto $p < 0,05$.

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy

W badaniu wzięły udział 153 osoby, 79 kobiet (51,63%) oraz 74 mężczyzn (48,36%). Wiek respondentów mieścił się w przedziale od 18. do 70. lat. Przeciętny wiek osób badanych wyniósł 38 lat (39,92 ±12,43). Najlicniejszą podgrupę 52,94% stanowiły osoby w przedziale wiekowym 31-50 lat (81), następnie 26,14% (40) w przedziale wiekowym 18-30 lat i 20,91% (32) osoby najmłodsze, w przedziale wiekowym 18-30 lat. Poniżej 40. roku życia było 56,21% (86 osób).

W tabeli 2 przedstawiono pomiary antropometryczne respondentów: wzrost i masę ciała oraz wyznaczony na ich podstawie wskaźnik BMI.

Tabela 2. Pomiary antropometryczne.

	N	M ±SD	Min-Max	Me [Q1-Q3]
Wzrost	153	172,41 ±10,78	152-202	170 [164-180]
Masa ciała	153	74,21 ±16,53	42-120	75 [58-88]
BMI	153	24,81 ±4,3	16,41-34,82	23,88 [21,61-27,77]

Większość respondentów 53,59% (82) wykazała prawidłowe BMI, z nadwagą było 30,72% (47), otyłych 12,42% (19) i z niedowagą 3,27% (5).

W związku małżeńskim było 50,98% (78), panien/kawalerów 26,80% (41), wdów/wdowców lub osób rozwiedzionych łącznie było 16,34% (25), w związku wolnym 5,88% (9) respondentów.

Wykształceniem wyższym magisterskim legitymowało się 32,68% (50) osób, wyższym licencyjnym 17,65% (27), średnim 41,83% (64) osoby i niższym 7,84% (12).

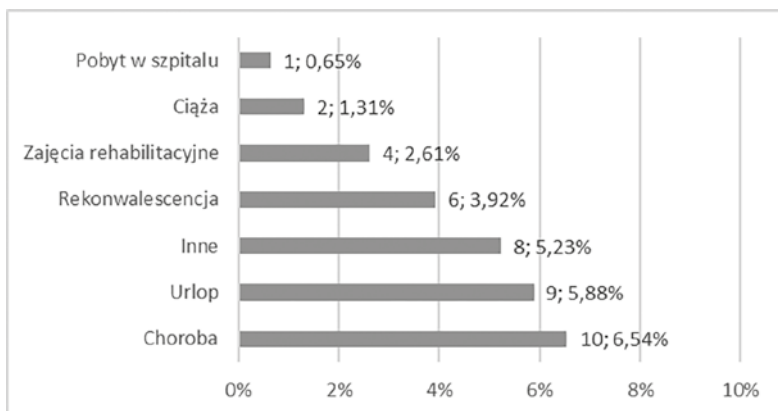
W mieście powyżej 100 tys. mieszkańców zamieszkiwało 48,37% (74), w mieście do 100 tys. 33,98% (52), na wsi 17,65% (27) osób.

Aktywnych zawodowo było 83,01% (127) osób, rencistów i emerytów 8,5% (13), studentów 5,2% (8) i bezrobotnych 3,3% (5). Wśród osób pracujących, 27,6% (35) wykonywało pracę w pozycji siedzącej, 44,1% (56) pracę mieszaną, natomiast 28,3% (36) pracę fizyczną.

Choroby przewlekłe występowały wśród 64 badanych (41,83%). Na nadciśnienie tętnicze chorowało 20,3% (31) osób, choroby tarczycy 13,1% (20), cukrzycę 10,5% (16), hipercholesterolemię 2,0% (3), chorobę wieńcową 1,3% (2), po zawale serca było 2,6% (4) osoby.

Charakterystyka ostatnich 7 dni osób badanych wykazano na rysunku 1.

Rys. 1 Charakterystyka 7 ostatnich dni.



Aktywność fizyczna osób badanych

W tabeli 3 zestawiono ocenę aktywności fizycznej respondentów wobec czynności wymagających intensywnego wysiłku. Wśród badanych, 13 osób (8,50%) nie wiedziało przez ile dni wykonywało taką aktywność oraz 15 osób (9,80%) nie określiło czasu jej trwania.

Tabela 3. Czynności wymagające intensywnego wysiłku.

	N	M \pm SD	Min-Max	Me [Q1-Q3]
Dni	138	1,91 \pm 1,88	0-7	2 [0-3]
Min	137	60,37 \pm 84,89	0-600	60 [0-90]
MET – min/tydzień	136	1761,47 \pm 3837,17	0-28800	960 [0-1920]

W tabeli 4 zestawiono ocenę aktywności fizycznej respondentów wobec czynności wymagających umiarkowanego wysiłku. Wśród badanych, 4 osoby (2,61%) nie wiedziały przez ile dni wykonywały taką aktywność oraz 9 osób (5,88%) nie określiło czasu jej trwania.

Tabela 4. Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku.

	N	M \pm SD	Min-Max	Me [Q1-Q3]
Dni	148	3,22 \pm 2,44	0-7	3 [1-5]
Min	144	104,34 \pm 128,47	0-720	60 [27,5-120]
MET – min/tydzień	143	2054,83 \pm 3245,28	0-20160	720 [240-2880]

W tabeli 5 zestawiono ocenę aktywności fizycznej respondentów wobec chodzenia oraz czas siedzenia w ciągu dnia. Wśród badanych, 2 osoby (1,31%) nie wiedziały przez ile dni wykonywały taką aktywność oraz 13 osób (8,5%) nie określiło czasu jej trwania, 27 osób (17,65%) nie określiło czasu siedzenia w ciągu dnia.

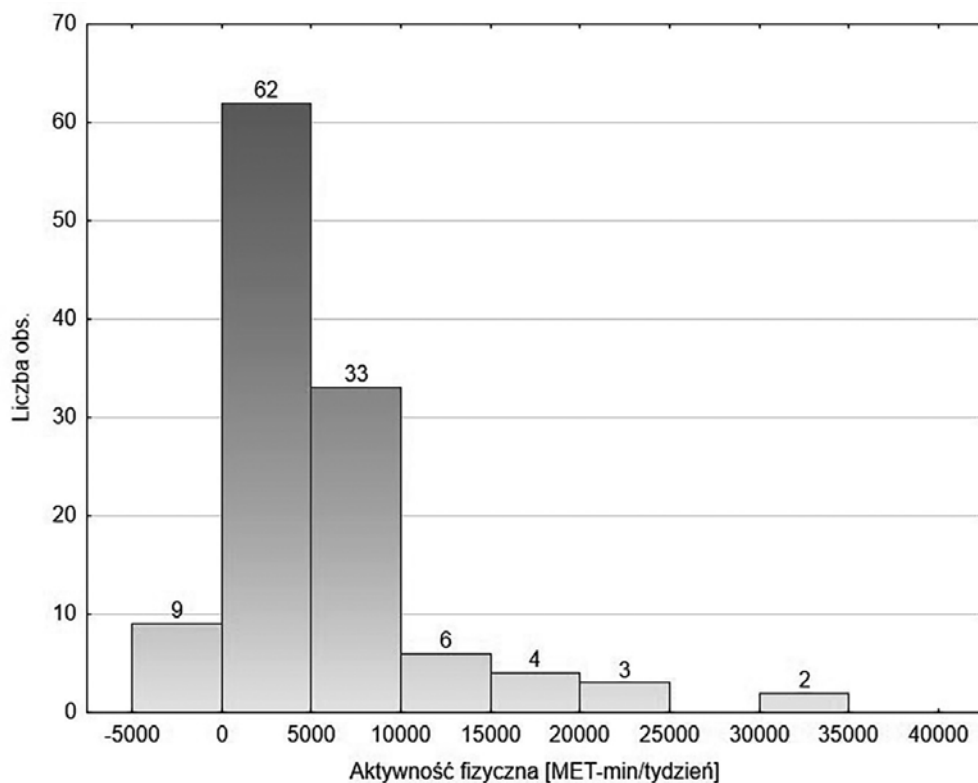
Tabela 5. Chodzenie i siedzenie.

	N	M \pm SD	Min-Max	Me [Q1-Q3]
Dni	148	5,1 \pm 2,23	0-7	6 [3-7]
Min	140	69 \pm 74,05	0-480	60 [30-77,5]

MET – min/tydzień	137	1335,3 ±1632,17	0-9702	693 [346,5-1386]
Siedzenie	126	219,21 ±168,03	5-960	180 [60-300]

Aktywność fizyczna wśród respondentów mieściła się w zakresie od 0 do 34800 MET – minut na tydzień. Wynik aktywności fizycznej wśród respondentów przedstawiono na rycinie 2. Przeciętny wynik wśród badanych wynosił 4327,5 MET – min/tydzień (5622,24 ±6042,92). U 21 osób badanych nie było możliwości wyznaczenia wskaźnika aktywności fizycznej.

Rys. 2 Aktywność fizyczna.



W badaniu nie stwierdzono istotnych różnic między kobietami a mężczyznami wobec aktywności fizycznej oraz czasu siedzenia – tabela 6.

Tabela 6. Płeć a aktywność fizyczna.

	Płeć		U	p
	Kobieta	Mężczyzna		
	Me [Q1-Q3]	Me [Q1-Q3]		
I ^a	2 [0-3]	2 [0-3]	2319	0,79
II ^b	45 [0-60]	60 [0-120]	2093	0,27
III ^c	960 [0-1920]	960 [0-2880]	2140	0,45
IV ^d	3 [1-5]	3 [1-5]	2711,5	0,93
V ^e	60 [20-120]	60 [30-120]	2510	0,75
VI ^f	720 [180-2400]	840 [240-2880]	2485	0,78
VII ^g	5 [4-7]	6 [3-7]	2613,5	0,62
VIII ^h	60 [30-60]	50 [25-110]	2350,5	0,68
IX ⁱ	792 [462-1386]	676,5 [247,5-1980]	2190,5	0,50
X ^j	3954 [1545-6580,5]	4746 [1620-8013]	1634,5	0,47
XI ^k	120 [60-300]	200 [120-300]	1812,5	0,42

^a Czynności wymagające intensywnego wysiłku [dni], ^b Czynności wymagające intensywnego wysiłku [min], ^c Czynności wymagające intensywnego wysiłku [MET – min/tydzień], ^d Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [dni], ^e Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [min], ^f Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [MET – min/tydzień], ^g Chodzenie [dni], ^h Chodzenie [min], ⁱ Chodzenie [MET – min/tydzień], ^j Aktywność fizyczna [MET – min/tydzień], ^k Siedzenie [min].

W badaniu obserwowano, iż osoby poniżej 40. roku życia cechowały się istotnie wyższą liczbą dni chodzenia – tabela 7. W badaniu nie stwierdzono zależności między wiekiem a pozostałymi pomiarami aktywności fizycznej i siedzenia.

Tabela 7. Wiek a aktywność fizyczna.

	Wiek		U	p
	<40 lat	>40 lat		
	Me [Q1-Q3]	Me [Q1-Q3]		
I ^a	2 [0-3]	1 [0-3]	2133,5	0,29
II ^b	60 [0-90]	42,5 [0-60]	2137	0,36
III ^c	960 [0-2160]	600 [0-1320]	2064	0,27

IV ^d	3 [2-5]	3 [0,5-5]	2590,5	0,57
V ^e	82,5 [30-120]	60 [10-120]	2297	0,23
VI ^f	930 [240-3360]	720 [0-2400]	2312	0,32
VII ^g	7 [4,5-7]	5 [3-7]	2240	0,04
VIII ^h	60 [30-120]	60 [30-60]	2143,5	0,20
IX ⁱ	693 [346,5-2343]	693 [264-1386]	1972	0,11
X ^j	4645,5 [2010-7981]	3954 [1398-6000]	1590	0,37
XI ^k	220 [60-300]	170 [120-300]	1887	0,68

^a Czynności wymagające intensywnego wysiłku [dni], ^b Czynności wymagające intensywnego wysiłku [min], ^c Czynności wymagające intensywnego wysiłku [MET – min/tydzień], ^d Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [dni], ^e Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [min], ^f Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [MET – min/tydzień], ^g Chodzenie [dni], ^h Chodzenie [min], ⁱ Chodzenie [MET – min/tydzień], ^j Aktywność fizyczna [MET – min/tydzień], ^k Siedzenie [min].

W badaniu obserwowano, iż osoby o prawidłowej masie ciała cechowały się istotnie wyższą liczbą dni wykonywania czynności wymagających umiarkowanego wysiłku, a także dłuższym czasem trwania takich aktywności – tabela 8. W badaniu nie stwierdzono zależności między oceną masy ciała a pozostałymi pomiarami aktywności fizycznej i siedzenia. W badaniu obserwowano, iż wyższe BMI wiązało się z niższą liczbą dni umiarkowanych aktywności ($r=-0,17$; $p=0,002$), krótszym czasem wykonywania takich aktywności ($r=-0,24$; $p=0,003$) oraz niższą aktywnością umiarkowaną liczoną w jednostce MET ($r=-0,26$; $p=0,002$). Wyższe BMI wiązało się z niższą całkowitą aktywnością fizyczną ($r=-0,20$; $p=0,03$).

Tabela 8. Ocena wskaźnika masy ciała – BMI a aktywność fizyczna.

	Prawidłowa	Nadmierna	U	p
	Me [Q1-Q3]	Me [Q1-Q3]		
I ^a	2 [0-3]	1 [0-3]	1953,5	0,24
II ^b	60 [0-90]	50 [0-80]	2034	0,51
III ^c	960 [0-1920]	480 [0-1920]	1951	0,38
IV ^d	3 [2-6]	2 [0-5]	1844,5	0,005
V ^e	90 [30-120]	60 [0-120]	1904	0,04
VI ^f	1200 [240-3360]	480 [0-1440]	1758	0,01

VII ^g	5 [3-7]	6,5 [3-7]	2452	0,75
VIII ^h	52,5 [30-67,5]	60 [30-100]	2194,5	0,71
IX ⁱ	693 [330-1386]	924 [346,5-1386]	2119,5	0,77
X ^j	4746 [2034-7455]	3171 [1386-5946]	1408,5	0,18
XI ^k	180 [60-300]	200 [120-300]	1796,5	0,81

^a Czynności wymagające intensywnego wysiłku [dni], ^b Czynności wymagające intensywnego wysiłku [min], ^c Czynności wymagające intensywnego wysiłku [MET – min/tydzień], ^d Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [dni], ^e Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [min], ^f Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [MET – min/tydzień], ^g Chodzenie [dni], ^h Chodzenie [min], ⁱ Chodzenie [MET – min/tydzień], ^j Aktywność fizyczna [MET – min/tydzień], ^k Siedzenie [min].

W badaniu nie stwierdzono istotnych różnic między osobami w związku małżeńskim a pozostałymi respondentami wobec aktywności fizycznej oraz czasu siedzenia – tabela 9.

Tabela 9. Stan cywilny a aktywność fizyczna.

	Mężatka/Żonaty	Inny	U	p
	Me [Q1-Q3]	Me [Q1-Q3]		
I ^a	2 [0-3]	2 [0-3]	2228	0,50
II ^b	45 [0-60]	60 [0-90]	2220	0,58
III ^c	960 [0-1680]	960 [0-2160]	2142,5	0,45
IV ^d	3 [0-5]	3 [2-5]	2625,5	0,66
V ^e	60 [0-120]	60 [30-120]	2348	0,32
VI ^f	660 [0-2460]	960 [240-2880]	2354	0,41
VII ^g	5 [3-7]	6,5 [3-7]	2579	0,52
VIII ^h	45 [30-60]	60 [30-90]	2368,5	0,73
IX ⁱ	693 [297-1386]	693 [346,5-1584]	2304,5	0,86
X ^j	4044 [1386-7572]	4561,5 [1986-6708]	1746,5	0,92
XI ^k	160 [60-300]	200 [120-300]	1745,5	0,24

^a Czynności wymagające intensywnego wysiłku [dni], ^b Czynności wymagające intensywnego wysiłku [min], ^c Czynności wymagające intensywnego wysiłku [MET – min/tydzień], ^d Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [dni], ^e Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [min], ^f Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [MET – min/tydzień], ^g Chodzenie [dni], ^h Chodzenie [min], ⁱ Chodzenie [MET – min/tydzień], ^j Aktywność fizyczna [MET – min/tydzień], ^k Siedzenie [min].

– min/tydzień], ^g Chodzenie [dni], ^h Chodzenie [min], ⁱ Chodzenie [MET – min/tydzień], ^J Aktywność fizyczna [MET – min/tydzień], ^k Siedzenie [min].

W badaniu obserwowano, iż osoby z wyższym wykształceniem cechowały się istotnie dłuższym czasem siedzenia w ciągu dnia – tabela 10. W badaniu nie stwierdzono zależności między wykształceniem a pomiarami aktywności fizycznej.

Tabela 10. Wykształcenie a aktywność fizyczna.

	Wyższe	Inne	U	p
	Me [Q1-Q3]	Me [Q1-Q3]		
I ^a	2 [0-3]	1 [0-3]	1991	0,09
II ^b	60 [0-90]	37,5 [0-80]	2117,5	0,31
III ^c	960 [0-2160]	480 [0-1920]	1957	0,11
IV ^d	3 [1-5]	3 [0-5]	2564	0,50
V ^e	60 [30-120]	82,5 [0-180]	2294	0,23
VI ^f	720 [240-1440]	1200 [0-3360]	2225	0,18
VII ^g	7 [4-7]	5 [3-7]	2322	0,09
VIII ^h	60 [30-60]	60 [20-120]	2426,5	0,92
IX ⁱ	693 [478,5-1386]	693 [297-1584]	2137,5	0,37
X ^j	3943,5 [1662-6643,5]	4746 [1398-8390]	1595,5	0,35
XI ^k	240 [120-360]	120 [60-300]	1471,5	0,01

^a Czynności wymagające intensywnego wysiłku [dni], ^b Czynności wymagające intensywnego wysiłku [min], ^c Czynności wymagające intensywnego wysiłku [MET – min/tydzień], ^d Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [dni], ^e Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [min], ^f Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [MET – min/tydzień], ^g Chodzenie [dni], ^h Chodzenie [min], ⁱ Chodzenie [MET – min/tydzień], ^J Aktywność fizyczna [MET – min/tydzień], ^k Siedzenie [min].

W badaniu obserwowano, iż osoby zamieszkujące w miastach powyżej 100 tysięcy mieszkańców cechowały się wyższą liczbą dni wykonywania czynności wymagających intensywnego wysiłku, dłuższym czasem ich trwania oraz wyższą aktywnością fizyczną dla czynności intensywnych – tabela 11. Osoby zamieszkujące w miastach powyżej 100 tysięcy mieszkańców cechowały się również istotnie dłuższym czasem chodzenia.

Tabela 11. Miejsce zamieszkania a aktywność fizyczna.

	Wieś lub miasto <100 tys.	Miasto >100 tys.	U	p
	Me [Q1-Q3]	Me [Q1-Q3]		
I ^a	1 [0-3]	2 [0-3]	1832,5	0,02
II ^b	22,5 [0-60]	60 [0-90]	1645	0,002
III ^c	340 [0-1280]	1140 [0-2880]	1632,5	0,003
IV ^d	3 [0,5-5]	3 [1-5]	2728	0,98
V ^e	60 [0-120]	60 [30-120]	2562	0,90
VI ^f	720 [0-3360]	900 [240-2400]	2543	0,96
VII ^g	6 [3-7]	6 [4-7]	2563,5	0,49
VIII ^h	40 [20-60]	60 [30-120]	1879,5	0,02
IX ⁱ	627 [313,5-1386]	990 [577,5-1980]	1892,5	0,053
X ^j	3312 [939-6924]	4668 [2281,5-7620]	1525	0,20
XI ^k	180 [90-300]	220 [60-300]	1872,5	0,59

^a Czynności wymagające intensywnego wysiłku [dni], ^b Czynności wymagające intensywnego wysiłku [min], ^c Czynności wymagające intensywnego wysiłku [MET – min/tydzień], ^d Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [dni], ^e Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [min], ^f Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [MET – min/tydzień], ^g Chodzenie [dni], ^h Chodzenie [min], ⁱ Chodzenie [MET – min/tydzień], ^j Aktywność fizyczna [MET – min/tydzień], ^k Siedzenie [min].

W badaniu obserwowano, iż osoby wykonujące pracę siedzącą cechowały się istotnie dłuższym czasem siedzenia w porównaniu do osób z pracą fizyczną ($z=3,32$; $p=0,002$) oraz mieszaną ($z=2,93$; $p=0,01$) – tabela 12. W badaniu nie stwierdzono zależności między rodzajem pracy a pomiarami aktywności fizycznej.

Tabela 12. Rodzaj pracy a aktywność fizyczna.

	Rodzaj pracy			H	p
	Fizyczny	Mieszany	Siedzący		
	Me [Q1-Q3]	Me [Q1-Q3]	Me [Q1-Q3]		
I ^a	0 [0-3]	2 [0-3]	2,5 [0-3]	4,45	0,11
II ^b	0 [0-90]	60 [0-60]	60 [0-90]	1,65	0,44

III ^c	0 [0-1440]	960 [0-1920]	1180 [0-2280]	4,02	0,13
IV ^d	5 [0-7]	3 [1-5]	3 [1-5]	2,96	0,23
V ^e	120 [0-300]	60 [20-120]	60 [30-120]	3,94	0,14
VI ^f	2880 [0-6000]	720 [180-2400]	480 [240-1200]	5,43	0,07
VII ^g	6 [3-7]	7 [3-7]	5 [4-7]	0,46	0,80
VIII ^h	30 [15-120]	60 [30-120]	40 [20-60]	1,31	0,52
IX ⁱ	478,5 [297-1980]	841,5 [321,75-2194,5]	693 [330-990]	1,70	0,43
X ^j	6696 [2217-13668]	3954 [1620-7572]	3988,5 [1941,75-5563,25]	4,45	0,11
XI ^k	120 [60-180]	150 [60-300]	300 [200-360]	12,96	0,002

^a Czynności wymagające intensywnego wysiłku [dni], ^b Czynności wymagające intensywnego wysiłku [min], ^c Czynności wymagające intensywnego wysiłku [MET – min/tydzień], ^d Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [dni], ^e Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [min], ^f Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [MET – min/tydzień], ^g Chodzenie [dni], ^h Chodzenie [min], ⁱ Chodzenie [MET – min/tydzień], ^j Aktywność fizyczna [MET – min/tydzień], ^k Siedzenie [min].

W badaniu nie stwierdzono istotnej zależności między występowaniem chorób przewlekłych wobec aktywności fizycznej oraz czasu siedzenia – tabela 13.

Tabela 13. Choroby przewlekłe a aktywność fizyczna.

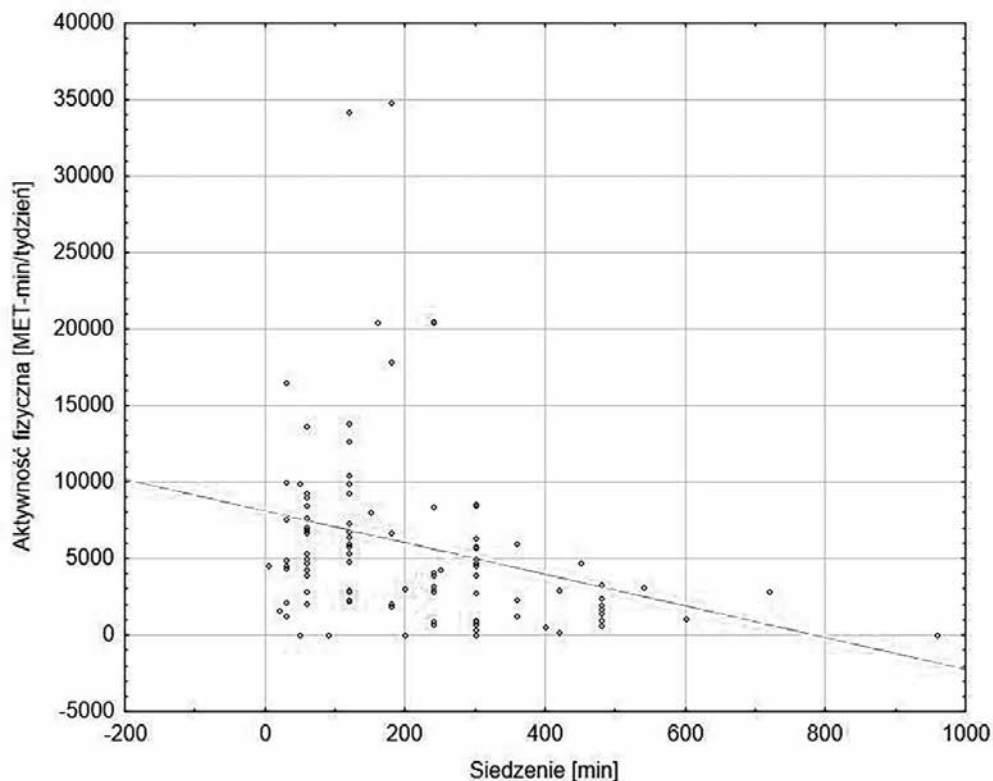
	Tak	Nie	U	p
	Me [Q1-Q3]	Me [Q1-Q3]		
I ^a	1 [0-3]	2 [0-3]	2046	0,26
II ^b	52,5 [0-60]	60 [0-90]	2001	0,23
III ^c	480 [0-1680]	960 [0-2160]	1977	0,23
IV ^d	3 [2-5]	3 [0-5]	2612	0,87
V ^e	60 [30-120]	60 [0-120]	2384,5	0,58
VI ^f	840 [240-2880]	720 [0-2640]	2367	0,65
VII ^g	5 [3-7]	7 [4-7]	2311	0,14
VIII ^h	60 [30-95]	50 [25-67,5]	2259,5	0,55

IX ⁱ	693 [396-1386]	693 [330-1584]	2289,5	0,96
X ^j	3171 [1398-6696]	4746 [1986-7572]	1477	0,18
XI ^k	135 [60-300]	220 [90-300]	1802	0,48

^a Czynności wymagające intensywnego wysiłku [dni], ^b Czynności wymagające intensywnego wysiłku [min], ^c Czynności wymagające intensywnego wysiłku [MET – min/tydzień], ^d Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [dni], ^e Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [min], ^f Czynności wymagające umiarkowanego wysiłku [MET – min/tydzień], ^g Chodzenie [dni], ^h Chodzenie [min], ⁱ Chodzenie [MET – min/tydzień], ^j Aktywność fizyczna [MET – min/tydzień], ^k Siedzenie [min].

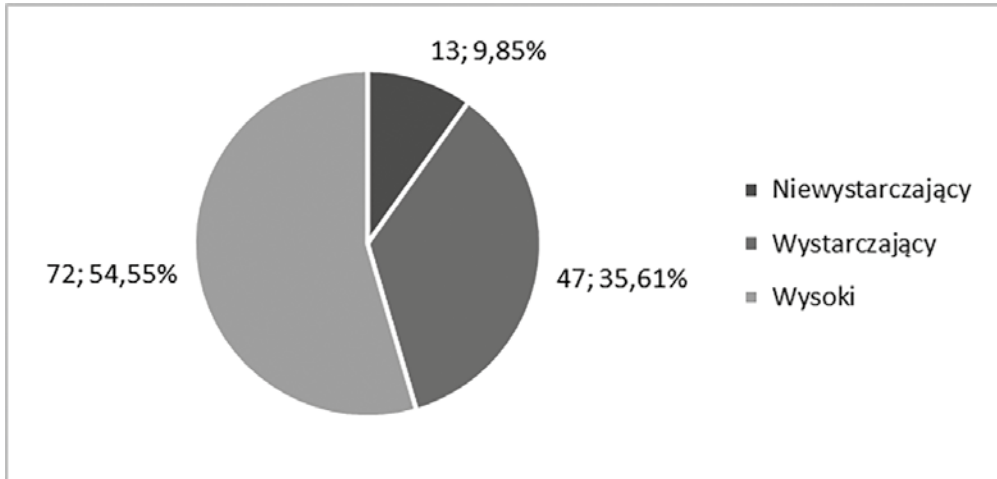
W badaniu obserwowano, iż dłuższy czas siedzenia w ciągu dnia wiązał się z niższą aktywnością fizyczną ($r=-0,38$; $p<0,001$) – rys. 3.

Rys. 3 Siedzenie a aktywność fizyczna.



Poziom aktywności fizycznej respondentów przedstawiono na rycinie 4.

Rys. 4 Poziom aktywności fizycznej.



Ocena satysfakcji z życia osób badanych

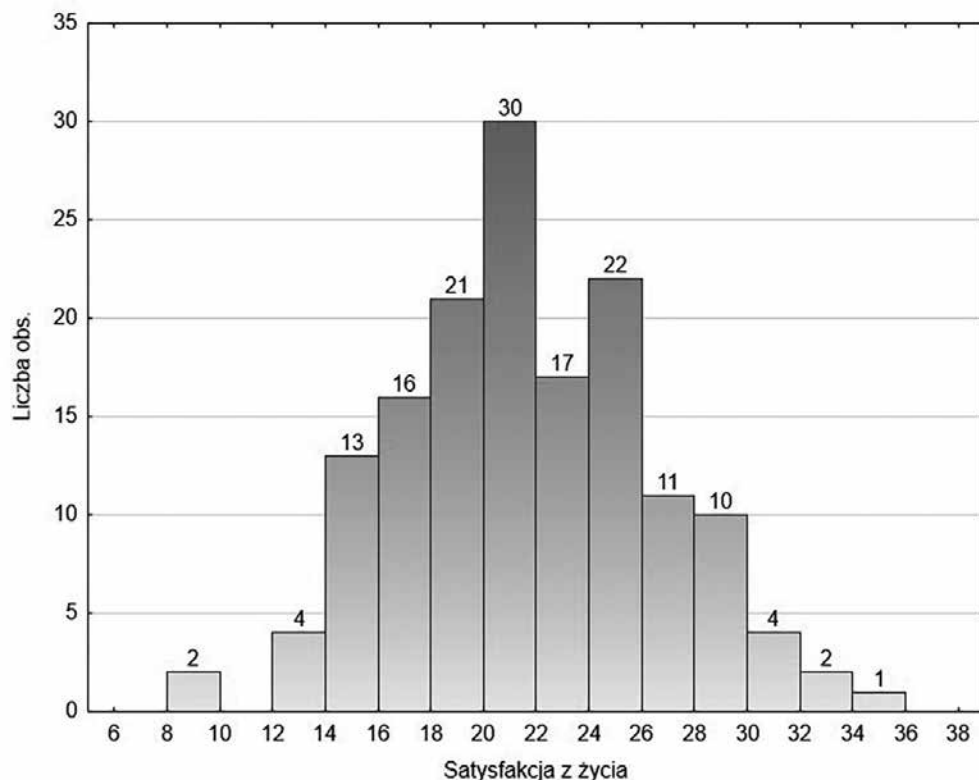
W tabeli 14 przedstawiono ocenę badanych względem aspektów satysfakcji z życia.

Tabela 14. Satysfakcja z życia.

	N	M \pm SD	Min-Max	Me [Q1-Q3]
Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału	153	4,48 \pm 1,41	1-7	5 [4-5]
Warunki mojego życia są wspaniałe	153	4,61 \pm 1,22	2-7	5 [4-5]
Jestem zadowolony z mojego życia	153	5,14 \pm 1,08	1-7	5 [5-6]
Jak dotąd uzyskiwałem wszystko to, czego potrzebowałem od życia	153	4,29 \pm 1,18	1-7	4 [3-5]
Jeżeli mógłbym przeżyć moje życie ponownie, nie zmieniłbym prawie nic	153	3,65 \pm 1,41	1-7	3 [3-5]

Satysfakcja z życia wśród respondentów mieściła się w przedziale od 10 do 35 punktów. Liczbę osób w zależności od uzyskanego wyniku przedstawiono na rycinie 5. Przeciętny wynik w badanej grupie wyniósł 22 punkty (22,17 \pm 4,86).

Rys. 5 Satysfakcja z życia.



W badaniu nie stwierdzono zależności między płcią badanych a satysfakcją z życia – tabela 15.

Tabela 15. Płeć a satysfakcja z życia.

Płeć	N	M \pm SD	Min-Max	Me [Q1-Q3]	t	p
Kobieta	79	22,52 \pm 5,17	10-35	22 [19-25]	0,92	0,36
Mężczyzna	74	21,8 \pm 4,5	10-32	22 [18-25]		

W badaniu obserwowano, iż wyższy wiek respondentów wiązał się z niższą satysfakcją z życia ($r=-0,19$; $p=0,02$) – rys. 6. Nie stwierdzono istotnych różnic między osobami poniżej 40. roku życia a starszymi wobec oceny satysfakcji z życia – tabela 16.

Rys. 6 Wiek a satysfakcja z życia.

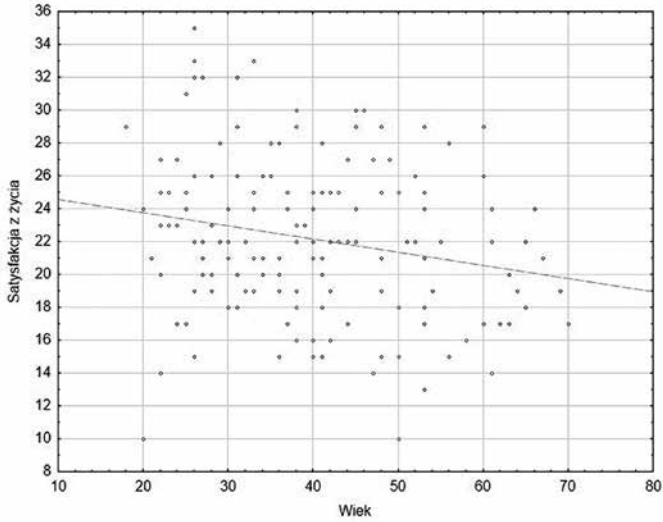


Tabela 16. Wiek a satysfakcja z życia.

Wiek	N	M \pm SD	Min-Max	Me [Q1-Q3]	t	p
>40 lat	75	21,4 \pm 4,71	10-30	22 [17-25]	-1,94	0,054
<40 lat	78	22,91 \pm 4,92	10-35	22,5 [19-26]		

W badaniu obserwowano, iż wyższe BMI respondentów wiązało się z niższą satysfakcją z życia ($r=-0,24$; $p=0,0025$) – rys. 7. Nie stwierdzono istotnych różnic między osobami o prawidłowej masie ciała a osobami o nadmiernej masie ciała wobec oceny satysfakcji z życia – tabela 17.

Rys. 7 BMI a satysfakcja z życia.

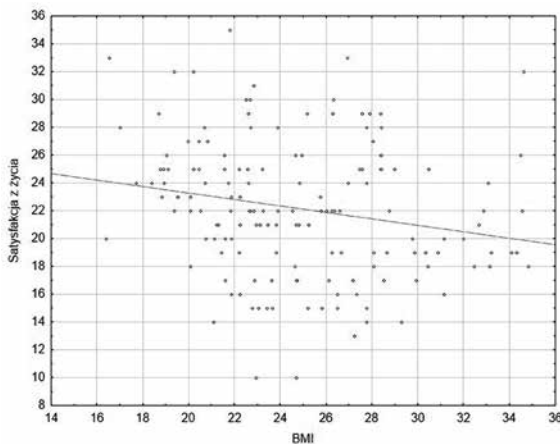


Tabela 17. Ocena masy ciała a satysfakcja z życia.

Ocena masy ciała	N	M ±SD	Min-Max	Me [Q1-Q3]	t	p
Prawidłowa	82	22,46 ±4,8	10-35	22 [20-25]	-1,17	0,24
Nadmierna	66	21,53 ±4,84	13-33	21 [18-25]		

W badaniu nie stwierdzono zależności między stanem cywilnym badanych a satysfakcją z życia – tabela 18.

Tabela 18. Stan cywilny a satysfakcja z życia.

Stan cywilny	N	M ±SD	Min-Max	Me [Q1-Q3]	t	p
Mężatka/Żonaty	78	22,08 ±4,7	13-32	22 [18-25]	-0,24	0,81
Inny	75	22,27 ±5,04	10-35	22 [19-25]		

W badaniu obserwowano, iż osoby o wyższym wykształceniu cechowały się wyższą satysfakcją z życia – tabela 19.

Tabela 19. Wykształcenie a satysfakcja z życia.

Wykształcenie	N	M ±SD	Min-Max	Me [Q1-Q3]	t	p
Wyższe	77	23,08 ±4,5	13-35	23 [20-26]	2,36	0,02
Inne	76	21,25 ±5,07	10-33	21 [17-24]		

W badaniu obserwowano, iż osoby zamieszkujące w miastach powyżej 100 tysięcy mieszkańców cechowały się wyższą satysfakcją z życia – tabela 20.

Tabela 20. Miejsce zamieszkania a satysfakcja z życia.

Miejsce zamieszkania	N	M ±SD	Min-Max	Me [Q1-Q3]	t	p
Wieś lub miasto <100 tys.	79	21,35 ±4,79	10-35	22 [18-25]	-2,17	0,03
Miasto >100 tys.	74	23,04 ±4,81	13-33	23 [19-27]		

W badaniu nie stwierdzono zależności między rodzajem wykonywanej pracy wśród badanych a satysfakcją z życia – tabela 21.

Tabela 21. Rodzaj pracy a satysfakcja z życia.

Rodzaj pracy	N	M ±SD	Min-Max	Me [Q1-Q3]	para	pHSD
Siedzący	35	22,94 ±4,12	16-32	22 [19-25]	1-2	0,85
Mieszany	56	22,29 ±4,94	13-35	22 [18,5-25]	1-3	0,55
Fizyczny	36	21,69 ±5,74	10-33	22 [17-26]	2-3	0,87

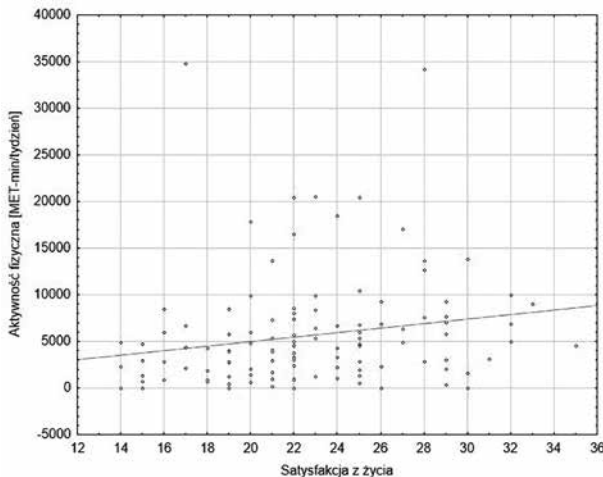
W badaniu nie stwierdzono zależności między występowaniem chorób przewlekłych a satysfakcją z życia – tabela 22.

Tabela 22. Choroby przewlekłe a satysfakcja z życia.

Choroby przewlekłe	N	M ±SD	Min-Max	Me [Q1-Q3]	t	p
Tak	64	21,47 ±4,92	10-33	22 [17-25]	-1,52	0,13
Nie	89	22,67 ±4,78	10-35	22 [19-25]		

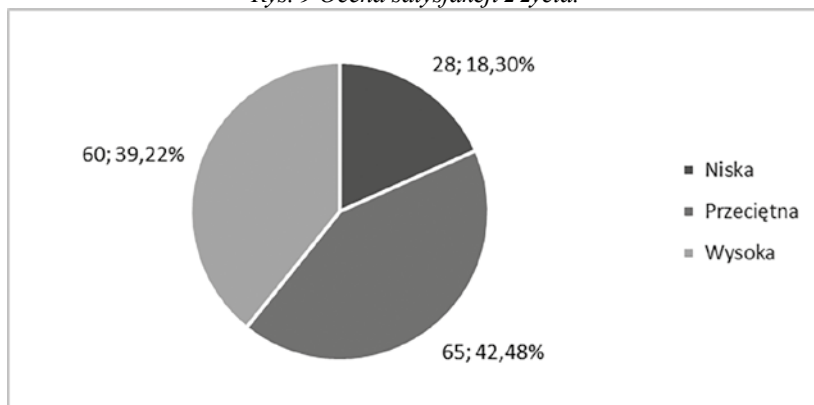
W badaniu obserwowano, iż wyższa satysfakcja z życia wiązała się z wyższą aktywnością fizyczną ($r=0,29$; $p=0,001$) – rys. 8. Powyższa zależność dotyczyła zarówno całkowitej aktywności, jak i liczby dni intensywnych ($\tau=0,14$; $p=0,01$) i umiarkowanych wysiłków ($\tau=0,2$; $p<0,001$), czasu trwania wysiłków intensywnych ($r=0,23$; $p=0,007$) i umiarkowanych ($r=0,23$; $p=0,006$) oraz wyznaczonej aktywności intensywnej ($r=0,24$; $p=0,006$) i umiarkowanej ($r=0,26$; $p=0,002$). Nie stwierdzono zależności między chodzeniem i siedzeniem a satysfakcją z życia.

Rys. 8 Satysfakcja z życia a aktywność fizyczna.



Ocena satysfakcji z życia wśród respondentów została przedstawiona na rycinie 9.

Rys. 9 Ocena satysfakcji z życia.



W badaniu obserwowano, iż osoby z wyższym wykształceniem cechowały się wyższą oceną satysfakcji z życia – tabela 23.

Tabela 23. Wykształcenie a ocena satysfakcji z życia.

	Wykształcenie	
	Wyższe	Inne
Niska	7 (9,09%)	21 (27,63%)
Przeciętna	34 (44,16%)	31 (40,79%)
Wysoka	36 (46,75%)	24 (31,58%)
<i>Chi² NW</i>	$\chi^2=9,87; df=2; p=0,007$	

W badaniu obserwowano, iż osoby z siedzącym typem pracy cechowały się wyższą oceną satysfakcji z życia – tabela 24.

Tabela 24. Rodzaj pracy a ocena satysfakcji z życia.

	Rodzaj pracy		
	Siedzący	Mieszany	Fizyczny
Niska	1 (2,86%)	11 (19,64%)	11 (30,56%)
Przeciętna	19 (54,29%)	22 (39,29%)	11 (30,56%)
Wysoka	15 (42,86%)	23 (41,07%)	14 (38,89%)
<i>Chi² NW</i>	$\chi^2=12,13; df=4; p=0,016$		

DYSKUSJA

Regularna aktywność fizyczna przede wszystkim obniża ryzyko zgonu oraz niepożądanych zdarzeń zdrowotnych, zarówno u osób z chorobami sercowo-naczyniowymi, czynnikami ryzyka, jak i u osób zdrowych¹⁵. Ponadto zwiększa sprawność fizyczną i poprawia zdrowie psychiczne. Aktywność fizyczna korzystnie wpływa na wiele czynników ryzyka, takich jak: nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemię i cukrzycę typu 2. Wysiłek fizyczny jest czynnikiem ochronnym, który nie jest zależny od uwarunkowań genetycznych oraz biologicznych i socjoekonomicznych czynników ryzyka. Osoby aktywne fizycznie żyją przeciętnie o 5-7 lat dłużej¹⁶. Natomiast siedzący tryb życia jest jednym z głównych czynników ryzyka wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego¹⁷. Dlatego autorki pracy podjęły badania w kierunku oceny aktywności fizycznej i satysfakcji z życia społeczności zamieszkującej w mieście Koszalin i jego okolicach, by dowiedzieć się od jakich wybranych czynników socjodemograficznych są one zależne.

Badaną grupą były osoby dorosłe, w przedziale wiekowym 18-70 lat. Nieco powyżej 50% stanowili badani w wieku poniżej 40 roku życia. Kobiety stanowiły nieco wyższy odsetek niż mężczyźni. Nieznaczna większość grupy stanowiły osoby o prawidłowym wskaźniku masy ciała, pozostałe osoby były z nadwagą, otyłością lub niedowagą. Najliczniejszą podgrupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim, nieco powyżej 40%, następnie z wyższym drugiego stopnia, dalej licencjackim i najmniej liczną podgrupa legitymowała się wykształceniem niższym. Niemal połowa respondentów zamieszkiwała w dużym mieście, powyżej 100 tysięcy mieszkańców, pozostali mieszkali w mniejszych miastach i na wsiach. Pracę zawodową wykonywało powyżej 80% ankietowanych, pozostałe osoby to studenci, emeryci i renciści oraz bezrobotni. Niemal połowa respondentów wykonywała pracę fizyczną, około 28% mieszaną i podobny odsetek pracę siedzącą. Ankietowani wskazali choroby przewlekłe: około 20% nadciśnienie tętnicze, około 10% choroby tarczycy i podobny odsetek cukrzycę.

Z badań własnych wynika, że zdecydowana większość respondentów wypełniając standaryzowany kwestionariusz ankiety określiła liczbę dni i czas trwania wykonywanej przez nich aktywności fizycznej wymagającej intensywnego wysiłku. Osoby badane intensywny wysiłek podczas aktywności fizycznej wykonywały w ciągu tygodnia średnio

¹⁵ DK. Arnett, RS. Blumenthal, MA. Albert, AB. Buroker, ZD. Goldberger et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology /American Heart Association – Task Force on Clinical Practice Guidelines. „J Am Coll Cardiol” 2019 Sep 10; 74(10):1376-1414. doi: 10.1016/j.jacc.2019.03.009.

¹⁶ R. Piotrowicz, G. Kopeć, J. Podolec, W. Drygas, A. Mamcarz i wsp., *Wtyczne Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia dotyczące aktywności fizycznej*. W: Podolec P. (red.) *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki, Medycyna Praktyczna, Kraków 2010*, s. 63-66.

¹⁷ A. Kubica, *Aktualne rekomendacje dotyczące aktywności fizycznej*, W: *Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia publicznego* (red. Dygas W., Gajewska M., Zdrojewski T.), Raport Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2021, s. 53-54.

przez 2 dni i trwał on średnio 60 minut dziennie, co stanowi średnio 1761,47 ±3837,17 MET – minut na tydzień, tabela 3. Natomiast czynności wymagające umiarkowanego wysiłku wykonywali oni w ciągu tygodnia średnio przez 3 dni, średnio w czasie 104 minut dziennie, co stanowi średnio 2054,83 ±3245,28 MET – minut na tydzień, tabela 4. Niemal wszyscy badani określili też swoją aktywność fizyczną wobec chodzenia oraz czas siedzenia w ciągu dnia. Wykazali, iż średnio przez 5 dni w tygodniu chodzą, średnio po 60 minut dziennie, co stanowi średnio 1335,3 ±1632,17 MET – minut na tydzień, natomiast w pozycji siedzącej przebywają w ciągu dnia średnio 219,21 ±168,03 minut, tabela 5. Aktywność fizyczna wśród respondentów mieściła się w zakresie od 0 do 34800 MET – minut na tydzień, średnio 4327,5 MET – min/tydzień, rys. 2. Wyniki badań uzyskane przez autorów pracy dowodzą, że badana społeczność niemal spełnia aktualne zalecenia wydane przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia^{18,19}. Zgodnie z tymi rekomendacjami dorośli w wieku 18-64 lata powinni wykonywać aktywność fizyczną o dużej intensywności przez 75-150 minut tygodniowo, natomiast przez 150-300 minut tygodniowo o umiarkowanej intensywności. Wyniki własne dowodzą, że respondenci wykonują czynności związane z aktywnością fizyczną o dużej, jak i umiarkowanej intensywności, co wydaje się, że powinno zapewniać korzyści zdrowotne.

Osoby o prawidłowej masie ciała cechowały się istotnie wyższą liczbą dni wykonywania czynności wymagających umiarkowanego wysiłku, a także dłuższym czasem trwania takich aktywności. Jednak nie stwierdzono zależności między oceną masy ciała a pozostałymi pomiarami aktywności fizycznej i siedzenia. Stwierdzono też, że wyższe BMI wiązało się z niższą liczbą dni umiarkowanych aktywności, krótszym czasem wykonywania takich aktywności oraz niższą aktywnością umiarkowaną, liczoną w jednostce MET. Wyższe BMI wiązało się z niższą całkowitą aktywnością fizyczną, a także wiązało się z niższą satysfakcją z życia, tabela 8, rys. 7. Jednak nie stwierdzono istotnych różnic między osobami o prawidłowej masie ciała a osobami o nadmiernej masie ciała wobec oceny satysfakcji z życia, tabela 17.

Nieco więcej jak połowa respondentów wykazała wysoki poziom aktywności fizycznej, 1/3 badanych poziom wystarczający, a pozostali ankietowani poziom niewystarczający, rys. 4. Prezentowany wysoki poziom aktywności fizycznej był osiągnięty przez respondentów w krótkim czasie, średnio 2 dni w ciągu tygodnia, średnio przez 60 minut w ciągu dnia i wydawałoby się, że był wystarczający, ponieważ wynosił średnio 1761 MET – minut/tydzień. Jednak wysiłek fizyczny nie był wykonywany systematycznie, gdyż zalecane jest nie mniej niż 3 dni intensywnego wysiłku dającego łącznie co najmniej 1500 MET – minut/tydzień albo 7 lub więcej dni chodzenia czy umiarkowanych lub intensywnych wysiłków

¹⁸ WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behavior, World Health Organization, listopad 2020.

¹⁹ K. Wolnicka, *Nowe zalecenia WHO dotyczące aktywności fizycznej*, Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej. <https://ncez.pzh.gov.pl/aktywnosc-fizyczna/nowe-zalecenia-who-dotycace-aktywnosci-fizycznej/> [dostęp: 30.08.2022].

przekraczających 3000 MET – minut/tydzień²⁰. Natomiast respondenci czynności wymagające umiarkowanego wysiłku wykonywali średnio przez 3 dni w tygodniu, co stanowi zbyt niską średnią wartość 2055 MET – minut/tydzień. Jednak spełniają zalecenia względem aktywności fizycznej na poziomie wystarczającym w zakresie chodzenia, ponieważ respondenci średnio przez 5 dni w tygodniu chodzą i uzyskują średnio 1335 MET – minut/tydzień. Z badań Biernat i Tomaszewskiego wynika, że intensywny wysiłek fizyczny podejmowało 34,4% ankietowanych mężczyzn (średnio 0,9±1,5 razy/tydzień, przez 15,9±45,7 minut/dzień), umiarkowane – 56% (średnio 1,7±2,0 razy/tydzień, przez 27,8±44,8 minut/dzień), chodzenie – 64,9% (średnio 2,4±2,4 razy/tydzień, przez 15,8±22,8 minut/dzień). Rekomendowany poziom aktywności fizycznej osiągnęło zaledwie 35% osób.²¹

Pomimo dobrej aktywności fizycznej wykazanej przez społeczność Koszalina i okolic to grupa oceniła swoją satysfakcję z życia jako przeciętną, średnio 22,17±4,86 punkty, tabela 14, rys. 5. Podobne wyniki uzyskała Kupcewicz i wsp. z przeprowadzonych badań w grupie pielęgniarek, które satysfakcję z życia też oceniły jako przeciętną, na 21±5 punktów²² i był on porównywalny z wynikiem uzyskanym podczas badań normalizacyjnych (21,09±5,26)²³. Natomiast z danych uzyskanych przez Kanadys i wsp. z badania kobiet w okresie menopauzalnym wynika, że średnia satysfakcji z życia wyniosła 17,40±7,38 punktów i świadczy o tym, że jest oceniona jako niska²⁴.

Z badań własnych wynika, że niektóre czynniki socjodemograficzne istotnie wpłynęły na aktywność fizyczną i siedzenie osób ankietowanych oraz ocenę satysfakcji z życia, chociaż wykazano też czynniki, które takiego wpływu nie miały. I tak, nie stwierdzono istotnych różnic między kobietami a mężczyznami oraz między osobami w związku małżeńskim a pozostałymi wobec aktywności fizycznej oraz spędzanego czasu w pozycji siedzącej, a także nie stwierdzono zależności między płcią badanych i stanem cywilnym a satysfakcją z życia, tabela 6,9,15,18. Natomiast z badań Piaseckiej i wsp. wynika, że kobiety cechują się wyższą satysfakcją z życia niż mężczyźni²⁵, chociaż jest ona oceniana niżej w okresie menopauzalnym²⁶. Jednak Gałuszka na podstawie swoich badań twierdzi,

²⁰ E. Biernat, R. Stupnicki, AK. Gajewski, *Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ) – wersja polska*, „Wychowanie Fizyczne i Sport”, 51(1), 47-54, 2007.

²¹ E. Biernat, W. Tomaszewski, *Niedostatek aktywności fizycznej wśród pracowników hipermarketów*, „Medycyna Sportowa © MEDSPORTPRESS”, 2012; 2(4); Vol. 28, 107-117.

²² E. Kupcewicz, W. Szczypiński, A. Kędzia, *Satysfakcja z życia w kontekście życia zawodowego pielęgniarek*, „Piel Zdr Publ.” 2018;8(1):27–32.

²³ Z. Juczyński, *Narzędzia pomiaru ...*, s. 128-136.

²⁴ K. Kanadys, M. Lewicka, M. Sulima, D. Surdyka, H. Wiktor, *Analiza poziomu satysfakcji z życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym zależnie od wybranych czynników socjodemograficznych*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 2014, Tom 20, Nr 1, 42-45.

²⁵ A. Piasecka, M. Minda, M. Kotyśko, K. Litwic-Kaminska, *Poziom odczuwanego stresu a satysfakcja z życia u sportowców akademickich*, „Medycyna Sportowa, MEDSPORTPRESS”, 2018 ;3(4); Vol.34, 167-173.

²⁶ K. Kanadys i wsp., *Analiza poziomu...*, s. 42-45.

że kobiety aktywne fizycznie cechowały się wyższym zadowoleniem z życia niż ich nieaktywne rówieśniczki²⁷.

Przed wszystkim osoby młodsze, poniżej 40. roku życia cechowały się istotnie wyższą liczbą dni chodzenia, ale nie stwierdzono zależności między wiekiem a pozostałymi pomiarami aktywności fizycznej i siedzenia, tabela 7. Natomiast wyższy wiek respondentów wiązał się z niższą ocenianą przez nich satysfakcją z życia, jednak nie stwierdzono istotnych różnic między osobami poniżej 40. roku życia a starszymi wobec tej oceny, rys. 6, tabela 16. Wyniki własne potwierdziły wyniki uzyskane przez Kanadys i wsp., w których wiek nie warunkował satysfakcji z życia badanych kobiet w okresie okołomenopauzalnym²⁸. Chociaż z badań Skwiot i wsp. wynika, że seniorzy aktywni fizycznie wykazywali wyższą ocenę jakości życia niż osoby, które jej nie podejmowały²⁹.

Z badań własnych wynika, że osoby z wyższym wykształceniem, a także osoby pracujące w pozycji siedzącej w porównaniu do osób wykonujących pracę fizyczną lub mieszaną cechowały się istotnie dłuższym czasem siedzenia w ciągu dnia, tabela 10 i 12. Dłuższy czas siedzenia w ciągu dnia wiązał się z niższą aktywnością fizyczną, rys. 3. Pomimo dłuższego czasu pozostając w pozycji siedzącej, osoby o wyższym wykształceniu wykazały wyższą satysfakcją z życia, tabela 19. Podobne wyniki uzyskali Kupcewicz i wsp., gdyż pielęgniarki, które ukończyły studia wyższe magisterskie, cieszyły się istotnie wyższym poziomem satysfakcji życiowej niż pielęgniarki, które posiadały niższe kwalifikacje zawodowe³⁰.

Autorki pracy wywnioskowały, że osoby zamieszkujące w dużym mieście powyżej 100 tysięcy mieszkańców cechowały się wyższą liczbą dni wykonywania czynności wymagających intensywnego wysiłku, dłuższym czasem ich trwania oraz wyższą aktywnością fizyczną dla czynności intensywnych niż osoby zamieszkujące w miastach poniżej 100 tysięcy mieszkańców i na wsiach. Również osoby zamieszkujące w dużym mieście powyżej 100 tysięcy mieszkańców wykazywały istotnie dłuższy czas chodzenia, a także cechowały się wyższą satysfakcją z życia, tabela 11 i 20. Wyniki własne potwierdzają wyniki uzyskane przez Bień i wsp., z których miejsce zamieszkania ma wpływ na sprawność fizyczną seniorów. Osoby starsze zamieszkujące na wsi częściej wykazywały problemy z samodzielnością, a więc i sprawnością fizyczną niż osoby mieszkające w miastach.³¹

²⁷ A. Gałuszka, *Aktywność fizyczna a jakość życia kobiet – analiza porównawcza wybranych aspektów psychologicznych*, „Instytut Studiów Międzynarodowych i Edukacji Humanum” ISSN 1898-8431, 25(2) 2017, s. 87-100.

²⁸ K. Kanadys i wsp., *Analiza poziomu...*, s. 42-45.

²⁹ Skwiot M., Juśkiewicz-Swaczyna B., *Aktywność fizyczna a jakość życia w subiektywnej ocenie słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku*, „Postępy Rehabilitacji”, 2017 (4), 45-56.

³⁰ E. Kupcewicz i wsp., *Satysfakcja...*, 27-32.

³¹ B. Bień, Z. Wojszel, J. Wilmańska, J. Sienkiewicz, *Starość pod ochroną. Opiekunowie Rodzinni Niepełnosprawnych Osób w Polsce – porównanie studium środowiska miejskiego i wiejskiego*, „Oficyna Wydawnicza TEXT”, Kraków, 2001.

Nie stwierdzono istotnej zależności między występowaniem chorób przewlekłych wobec aktywności fizycznej oraz czasu siedzenia oraz satysfakcją z życia, tabela 13 i 22.

Z badań własnych wynika przede wszystkim to, że wyższa satysfakcja z życia wiązała się z wyższą aktywnością fizyczną, rys. 8. Dotyczyła zarówno całkowitej aktywności, jak i liczby dni intensywnych i umiarkowanych wysiłków, czasu trwania wysiłków intensywnych i umiarkowanych oraz wyznaczonej aktywności intensywniej i umiarkowanej. Uzyskane przez autorki pracy wyniki potwierdzają, że systematyczne ćwiczenia fizyczne powodują poprawę funkcjonowania układu sercowo-naczyniowego, a więc i lepszy nastrój, a co za tym idzie wyższą ocenę satysfakcji z życia. Z innych badań wynika też, że częstsza aktywność fizyczna obniża wskaźniki występowania wielkiej depresji, ataków paniki, fobii społecznej, fobii specyficznych i agorafobii, zaburzeń dwubiegunowych, uzależnienia od substancji psychoaktywnych³². Ponadto Guskowska cytuje wyniki badań naukowców holenderskich, którzy objęli badaniem ponad 1,7 tysiąca pracowników holenderskich firm i stwierdzili, że u osób, których praca miała charakter siedzący, intensywna aktywność fizyczna podejmowana 1-2 razy w tygodniu, redukowało ryzyko wystąpienia po trzech latach depresji i wyczerpania emocjonalnego³³.

Osoby prowadzące zdrowy styl życia stają się wzorem do naśladowania dla osób w swoim otoczeniu, który przyczynia się do ich lepszego samopoczucia i zadowolenia z życia oraz stwarza im lepsze warunki do życia i rozwoju.

WNIOSKI

Zadowolenie z życia mieszkańców Koszalina i jego okolic było zależne od ich aktywności fizycznej.

Im wyższa aktywność fizyczna, niezależnie od rodzaju wysiłku (intensywny, umiarkowany czy chodzenie) tym wyższa satysfakcja z życia osób ankietowanych.

Mieszkańcy miasta Koszalin, a przede wszystkim osoby młode – do 40. roku życia oraz osoby, których BMI było prawidłowe wykazały istotnie wyższą aktywność fizyczną niż pozostali ankietowani.

Ważnym jest, by społeczność w różnym wieku miała świadomość o dobroczynnym wpływie aktywności fizycznej na organizm człowieka.

Należy zachęcać społeczność do aktywnego trybu życia, nie tylko wysiłkowego sportu, ale systematycznie prowadzonej aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności, nie tylko w czasie wolnym, ale przede wszystkim ograniczenia korzystania z transportu własnego czy transportu miejskiego na rzecz chodzenia.

³² M. Guskowska, *Aktywność fizyczna i psychika – korzyści i zagrożenia*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń, 2018, s. 153.

³³ M. Guskowska, *Aktywność fizyczna ...*, s. 153.

Bibliografia:

- Arnett Dk., Blumenthal Rs., Albert Ma., Buroker Ab., Goldberger Zd. et al, 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology /American Heart Association- Task Force on Clinical Practice Guidelines, „J Am Coll Cardiol” 2019 Sep 10; 74(10):1376-1414. doi: 10.1016/j.jacc.2019.03.009.
- Bień B., Wojszel Z., Wilmańska J., Sienkiewicz J., *Starość pod ochroną. Opiekunowie Rodzinni Niepełnych Osób w Polsce – porównanie studium środowiska miejskiego i wiejskiego*, „Oficyna Wydawnicza TEXT”, Kraków, 2001.
- Biernat E., Stupnicki R., Gajewski A.K., *Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ) – wersja polska*, „Wychowanie Fizyczne i Sport”, 2007, 51(1), 47-54.
- Biernat E., Tomaszewski W., *Niedostatek aktywności fizycznej wśród pracowników hipermarketów*, „Medycyna Sportowa © MEDSPORTPRESS”, 2012; 2(4); Vol. 28, 107-117.
- Diener E., Emmons R.A., Larsen R.J., Griffin S., *Satisfaction with Life Scale, tłumaczenie: Jankowski K.S., Is the Shift In chronotype associated with an alteration in well-being?*, „Biological Rhythm Research”, 2015, 46, 237-248.
- Gałuszka A., *Aktywność fizyczna a jakość życia kobiet – analiza porównawcza wybranych aspektów psychologicznych*, „Instytut Studiów Międzynarodowych i Edukacji Humanum”, 25(2) 2017.
- Górski J., *Fizjologia wysiłku i treningu fizycznego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2015.
- Guszkowska M., *Aktywność fizyczna i psychika – korzyści i zagrożenia*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń, 2018.
- Juczynski Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa, 2009:128-136.
- Kanadys K., Lewicka M., Sulima M., Surdyka D., Wiktor H., *Analiza poziomu satysfakcji z życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym zależnie od wybranych czynników socjodemograficznych*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 2014, Tom 20, Nr 1, 42-45.
- Kasperczyk T., Mucha D., *Zarys kinezylogii*, Wydawnictwo JET, Kraków 2016.
- Kubica A., *Aktualne rekomendacje dotyczące aktywności fizycznej*, W: *Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia publicznego* (red. Dygas W., Gajewska M., Zdrojewski T.), *Raport Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2021.
- Kupcewicz E., Szczypiński W., Kędzia A., *Satysfakcja z życia w kontekście życia zawodowego pielęgniarzek*, „Piel Zdr Publ.”, 2018;8(1): 27-32.

- Ostręga W., *Aktywność fizyczna jako kluczowy element zdrowego stylu życia*, Instytut Matki i Dziecka, Narodowy Program Zdrowia, Warszawa, listopad 2019.
- Piasecka A., Minda M., Kotyśko M., Litwic-Kaminska K., *Poziom odczuwanego stresu a satysfakcja z życia u sportowców akademickich*, „Medycyna Sportowa, MEDSPORT-PRESS”, 2018; 3(4); Vol.34, 167-173.
- Piotrowicz R., Kopec G., Podolec J., Drygas W., Mamcarz A. i wsp., *Wytyczne Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia dotyczące aktywności fizycznej*. W: Podolec P. (red.), *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki*, „Medycyna Praktyczna”, Kraków 2010, 63-66.
- Skwiot M., Juśkiewicz-Swaczyna B., *Aktywność fizyczna a jakość życia w subiektywnej ocenie słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku*, „Postępy Rehabilitacji”, 2017(4), 45-56.
- Szczepanowska E., Pławińska L., Korzeniewska B., *Rekreacja ruchowa jako aspekt życia w opinii młodzieży*, „Pielęgniarstwo Polskie”, nr 3 (53) 2014.
- Wolnicka K., *Nowe zalecenia WHO dotyczące aktywności fizycznej*, Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej. <https://ncez.pzh.gov.pl/aktywnosc-fizyczna/nowe-zalecenia-who-dotyczace-aktywnosci-fizycznej/>, [dostęp: 30.08.2022].
- WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behavior*, World Health Organization, listopad 2020.
- Zawadzka D., Mazur J., Oblacińska A., *Samoocena sprawności fizycznej i witalności a aktywność fizyczna młodzieży szkolnej*, „Probl Hig Epidemiol”, 2015, 96(1):149-156.

MAGDALENA MIELNICZUK-GONCALVES, PAULINA FIGURA

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koszalinie

ATOPOWE ZAPALENIE SKÓRY I ŁUSZCZYCA – JAK NEGATYWNE EMOCJE WPŁYWAJĄ NA SKÓRĘ

ATOPIIC DERMATITIS AND PSORIASIS – HOW NEGATIVE EMOTIONS AFFECT THE SKIN

Słowa kluczowe: atopowe zapalenie skóry, negatywne emocje, stres, smutek, przygnębienie, depresja, objawy skórne

Abstrakt: Prezentowany tekst został oparty na wybranych fragmentach pracy licencjackiej pod oryginalnym tytułem: WPŁYW NEGATYWNYCH EMOCJI NA SKÓRĘ – RÓŻNICE I PODOBIENSTWA NA PRZYKŁADZIE ATOPOWEGO ZAPALENIA SKÓRY I ŁUSZCZYCY¹ opracowanej przez Paulinę Figurę, absolwentkę kierunku kosmetologia. Edytką i współautorką tekstu jest wykładowca w PWSZ w Koszalinie na kierunku kosmetologia, absolwentka kosmetologii w WSZPZiU w Poznaniu, promocji zdrowia na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu, studiów licencjackich z zakresu pielęgniarstwa na PWSZ w Koszalinie.

Keywords: atopic dermatitis, negative emotions, stress, sadness, depression, depression, skin symptoms

Abstract: The presented text is based on selected fragments of the BA thesis under the original title: THE INFLUENCE OF NEGATIVE EMOTIONS ON THE SKIN – DIFFERENCES AND SIMILARITIES ON THE EXAMPLE OF ATOPIIC Dermatitis AND PSORIASIS. The author of the text is a lecturer at PWSZ in Koszalin in the field of cosmetology, a graduate of cosmetology at WSZPZiU in Poznań, health promotion at the Medical University in Poznań, undergraduate studies in nursing at PWSZ in Koszalin.

Wygląd zewnętrzny od zawsze stanowi integralną część człowieka, to jak odbierają nas inni ma duży wpływ na to jak my postrzegamy samych siebie. W obecnych czasach społeczeństwo ma dużo szerszy dostęp do wiedzy dotyczącej chorób i schorzeń dotyczących skóry. Na szczególną uwagę zasługują schorzenia o podłożu dermatologicznym, które często zlokalizowane są na odkrytych częściach ciała. Dermatocyzy w znacznym stopniu obniżają stan psychiczny chorego wywołując lub współistniejąc z negatywnymi emocjami co w najgorszym wypadku prowadzić może do zapoczątkowania choroby psychicznej takiej jak depresja bądź stany lękowe.

Zarówno łuszczyca jak i atopowe zapalenie skóry są to choroby z którymi pacjenci mierzą się i w większości przypadków mierzyć się będą całe życie, ponieważ dotychczas nie ma na tyle skutecznych leków, które raz na zawsze zniwelowałyby owe schorzenie. Nie ulega zatem wątpliwości, że człowiek, który żyje z widoczną na ciele chorobą, może odczuwać smutek, ciągły stres czy strach co w przykrew konsekwencji dodatkowo

¹ Artykuł powstał na podstawie wybranych fragmentów pracy licencjackiej napisanej pod kierunkiem mgr M. Mielniczuk-Goncalves.

prowadzi do pogorszenia się stanu choroby bądź jej widocznego uaktywnienia. Szczegółowe kwestie dotyczą odpowiedzi na pytanie jaki wpływ mają te emocje na stan skóry chorego zarówno w AZS jak i łuszczycy. Czy przebieg jednego a drugiego schorzenia różni się bardzo na tle emocji, czy może zarówno w obu przypadkach dostrzegamy wyraźne podobieństwa? Oraz jakie konkretnie stany emocjonalne w znaczący sposób wpływają na przebieg tychże dermatoz?

ATOPOWE ZAPALENIE SKÓRY

AZS jest jedną z najczęściej występujących, niezakaźnych chorób skóry, rozwijającą się na podłożu zapalnym. W większości przypadków rozpoznaje się ją we wczesnym dzieciństwie. Choroba ta jest niezwykle uciążliwa dla osoby chorej, ponieważ ma charakter przewlekły i nawrotowy. Dodatkowo dochodzi do niej intensywny świąd, który odciska swe piętno, na jakości życia jak i może zaburzać funkcjonowanie chorego w środowisku zewnętrznym. Obecne statystyki wskazują na rosnącą ilość zachorowań na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat. W związku z wiekiem zachorowalności, u osób dorosłych stanowi od 2 do 10% a u dzieci od 15 do 30%². Podstawowa i najczęściej występująca skórna zmiana w AZS charakteryzuje się ogniskiem wypryskowym o nasilonym świądzie i lichenizacji, współistniejącej z nadmierną suchością skóry. Przebieg jest uzależniony od stanu zapalnego, który może występować o cechach przewlekłego, podostrego bądź ostrego, a w najgorszym wypadku wszystkie te stany zapalne mogą występować równocześnie. Zmiany przewlekłe cechują się zgrubiałym naskórkiem innymi słowy – lichenizacją, podostre – rumieniem, złuszczeniem oraz przeczosami, natomiast zmiany ostre opisywane są, jako grudki i pęcherzyki na podłożu rumieniowym³. Podstawą w rozpoznaniu AZS jest obraz kliniczny. W diagnostyce ogólnej używa się powszechnie znanych kryteriów, stworzonych przez Hanifina i Rajke w 1980 r. Stworzone kryteria podzielone zostały na dwie grupy: objawów większych i mniejszych. Aby wynik badania był miarodajny, istotą jest wyodrębnienie, co najmniej trzech kryteriów większych i dwóch mniejszych⁴. Ponadto należy przeprowadzić wywiad, który pozwoli na rozpoznanie bądź wykluczenie alergii lub chorób atopowych w obrębie rodziny chorego. Rozpoznanie atopowego zapalenia skóry, możliwe jest również poprzez zbadanie stężenia IgE w surowicy oraz ustalenie udziału liczbowego eozynofilii⁵.

ŁUSZCZYCA

Łuszczyca jest ciężką, zapalną oraz nawracającą chorobą skóry, która występuje we wszystkich szerokościach geograficznych, choć w różnym stopniu natężenia objawów.

² Silny W., *Atopowe zapalenie skóry*, Poznań, Termedia, 2013.

³ Padlewska K., *Medycyna estetyczna i kosmetologia*, Warszawa, PZWL, 2014.

⁴ Narbutt J., *Atopowe zapalenie skóry*, Poznań, Termedia, 2019.

⁵ Adamski Z., *Dermatologia dla kosmetologów*, Poznań, Edna, 2019.

Należy do schorzeń o podłożu autoimmunologicznym, w jej przebiegu nadrzędną rolę przypisuje się czynnikom epigenetycznym i genetycznym, które dodatkowo mogą być modulowane poprzez czynniki środowiskowe. Pod względem histologicznym, cechuje się nadmierną proliferacją komórek – keratynocytów, przedwczesnym ich dojrzewaniem oraz tzw. parakeratozą, która jest procesem obejmującym niewłaściwy proces keratynizacji, czyli rogowacenia nabłonka. W związku z zaburzonymi procesami, cykl komórkowy skrócony jest aż ośmiokrotnie. Na podstawie badań, wyróżnia się dwa typy łuszczycy. Typ I (dziedziczny) charakteryzuje się rozległymi, wysiewnymi zmianami, rozpoczyna się zazwyczaj przed 40. r.ż. Typ II to tzw. łuszczycy dorosłych, uwarunkowany jest głównie poprzez środowisko (rzadziej rodzinnie), zaczyna się między 40. a 70. r.ż.⁶. Charakterystycznym objawem łuszczycy są zmiany skórne wynikające z zaburzonego procesu regeneracji naskórka. Początek choroby manifestowany jest poprzez wykwit pierwotny – to wyraźnie odgraniczona, czerwono-brunatna grudka o drobnopłatowej, złuszczającej się powierzchni. Może mieć wielkość od łebka szpilki do wykwitu o średnicy 1-2 cm. W kolejnej fazie zmiany rozwijają do średnicy nawet kilku centymetrów i pokryte są mocno przylegającymi blaszkami łuszczycowymi. Po zdrapaniu łuski ukazuje się błyszcząca, jakby pokryta woskiem powierzchnia (objaw świecy stearynowej) oraz drobne kropelkowate krwawienia (objaw Auspitz). Łuszczycy może towarzyszyć świąd, głównie w okresie zaostrenia zmian skórnych. Typowa lokalizacja zmian to łokcie, kolana, owłosiona skóra głowy i okolica łędźwiowo-krzyżowa. W rzadkich przypadkach zmiany obejmują całą powierzchnię skóry. Dla aktywnej postaci łuszczycy charakterystyczny jest objaw Koebnera – zmiany łuszczycowe występują po upływie 6-12 dni wzdłuż linii zdrapania naskórka⁷.

WPŁYW NEGATYWNYCH EMOCJI NA POJAWIENIE LUB ZAOSTRZENIE SIĘ ZMIAN SKÓRNYCH W OBU JEDNOSTKACH CHOROBY

Smutek i przygnębienie jako osobne emocje istotnie wpływają na procesy chorobowe zarówno w łuszczycy jak i atopowym zapaleniu skóry, gdyż mogą przyczyniać się do rozwinięcia depresji u chorego, co w istotny sposób może wiązać się z pojawieniem lub zaostreniem się schorzenia dermatologicznego. Smutek opisywany jest często jako ból psychiczny, emocjonalny. Należy do tych emocji, z którymi szczególnie ciężko jest nam sobie poradzić, ponieważ na ogół wynika z mało przyjemnych zdarzeń, z cierpienia, krzywdy bądź żalu. Na ogół przytrafia się każdemu bez względu na wiek, płeć, zajęcia czy pozycję. Najczęściej objawia się wraz z przygnębieniem, brakiem energii czy płaczem. Uczucie smutku i przygnębienia może charakteryzować się także różnym

⁶ Narbutt J., *Jak zrozumieć łuszczycę – aspekty medyczne i medycyna uzupełniająca*, Poznań, Termedia, 2019.

⁷ <https://www.mp.pl/pacjent/dermatologia/choroby/chorobyskory/74363,łuszczycy>, [dostęp: 30.03.2022].

stopniem intensywności, co w najgorszym wypadku może prowadzić do napływu większej ilości negatywnych emocji jak również chorób na tle psychicznym⁸.

Obecnie depresje kategoryzuje się jako chorobę cywilizacyjną XXI wieku. W przybliżeniu ocenia się, iż zmagają się z nią nawet 350 mln ludzi. Do charakterystycznych objawów depresji zaliczyć można m.in.: obniżenie nastroju, zmniejszenie energii, ogólne przygnębienie i nasilone odczuwanie smutku i/lub złości. Choroba ta jest jedną z najczęściej występujących zaburzeń o podłożu psychicznym u pacjentów ze schorzeniami dermatologicznymi, a jej obecność może być efektem, ciężkiej do opanowania choroby skóry⁹.

Według badań, szczególnie narażone na zaistnienie w przebiegu choroby stanów depresyjnych są osoby chorujące na łuszczycę, trądzik czy ciężką postać AZS. W 1994 roku zostały przeprowadzone badania przez Gupta i współpracowników, które wykazały, iż stopień nasilenia stanów depresyjnych czy samej depresji wiąże się z intensywnością odczuwanego przez chorego świądu¹⁰. Wczesne zdiagnozowanie oraz rozpoczęcie leczenia depresji zwiększa szanse pacjenta na całkowite wyleczenie choroby oraz zmniejszenie ryzyka jej nawrotu w przyszłości, co również pozytywnie wpływa na przebieg choroby dermatologicznej, niwelując tym samym czynnik wpływający na pojawienie/zaostrenie się zmian skórnych¹¹.

ŁUSZCZYCA

Dane spośród licznych badań i piśmiennictwa są zróżnicowane, podaje się, że u 24-28% chorych na łuszczycę występują objawy depresyjne. Łuszczycę w swym immunologicznym patomechanizmie wiąże się z rozregulowaniem sieci cytokin, które prowadzą do przewlekłego stanu zapalnego. Mechanizm ten szczególnie w kontekście częstej koegzystencji tych dwóch jednostek chorobowych u pacjenta, może sugerować wspólne ścieżki neuroendokryne¹².

W literaturze został przedstawiony przypadek kobiety z zaburzeniami psychicznymi, u której zaobserwowano stałe pogarszanie się skórnych objawów łuszczycy w okresach zwiększonych stanów depresyjnych oraz poprawę w okresach, gdy jej nastrój nie wykroczył poza normę¹³.

⁸ Kruszevska E., *Czym jest smutek i dlaczego go odczuwamy?*, <https://www.welbi.pl/smutek-czym-jest-dlaczego-go-odczuwamy/>, [dostęp: 30.03.2022].

⁹ Kołodziejczak A., *Kosmetologia* tom II, Warszawa, PZWL, 2021.

¹⁰ Kanikowska A., *Zastosowanie oceny jakości życia chorych na łuszczycę w praktyce lekarskiej*, „Nowiny Lekarskie”, 77.3 (2008): 195-203.

¹¹ Kołodziejczak A., *Kosmetologia*, tom II, Warszawa, PZWL, 2021.

¹² Cubala W. J., *Depresja w przebiegu łuszczycy: opis przypadku*. „Psychiatria”, 3.3 (2006): 138-142.

¹³ Polak D., Teległów A., Piotrowska A., *Wpływ czynników psychologicznych na powstawanie i przebieg wybranych chorób skóry oraz znaczenie zaburzeń dermatologicznych w dobrostanie psychicznym*. <https://tiny.pl/981nc>, [dostęp: 15.04.2022].

Uznaje się, zatem, że depresja może być pierwotna bądź wtórna do łuszczycy oraz że 5% pacjentów chorych na łuszczycę podejmuje próby samobójcze. Decyzja o odebraniu sobie życia jest związana z zaburzeniami depresyjnymi i bezradnością wobec nawracających symptomów choroby. Świąd i zmiany skórne występujące w przebiegu łuszczycy mogą się przyczyniać do pogorszenia samopoczucia i obniżenia nastroju, zaburzeń depresyjnych i myśli samobójczych, co w konsekwencji zakłóca normalne funkcjonowanie społeczne i zawodowe¹⁴.

ATOPOWE ZAPALENIE SKÓRY

U chorych na AZS, w porównaniu do populacji ogólnej, znacznie częściej diagnozowana jest depresja jak również wyraźnie można zaobserwować problemy w radzeniu sobie z trudnościami życiowymi. Autorzy licznych publikacji wnoszą, że może się to przyczyniać do powstawania zaburzeń snu, a w konsekwencji do odczuwania przewlekłego zmęczenia oraz złego samopoczucia. Stan zapalny skóry powoduje, że chory jest ciągle rozdrażniony i w związku z tym towarzyszą mu głównie negatywne emocje. Skóra swędzi, piecze, a więc chory zaczyna się drapać. Im mocniej i dłużej drapie, tym stan skóry ulega ciągłemu pogorszeniu, w rezultacie robią się bolące rany, które jeszcze bardziej widoczne są na powierzchni skóry. System nerwowy jest ciągle napięty, dlatego chorzy łatwo się denerwują i popadają w natłok złych emocji, czego konsekwencją może być właśnie opisywana depresja, która jest z kolei przyczyną przewlekłych stanów zapalnych. Badacze z całego świata analizując zależność występującą między depresją a AZS, stwierdzili, że zarówno zaburzenia stanu emocjonalnego mogą prowadzić do zaostrzenia przewlekłego stanu zapalnego skóry, jak i zaostrzenia AZS mogą powodować zwiększoną tendencję do występowania, między innymi, stanów depresyjnych i myśli samobójczych¹⁵.

Grupa naukowców z NUFSM przeprowadziła badania, które pokazują, że istnieje wzajemna więź między depresją poporodową matki a późniejszym występowaniem atopowego zapalenia skóry u dziecka. Okazuje się, że to konkretne schorzenie skóry nasila się na skutek różnych czynników emocjonalnych, w tym także gorszym stanem psychicznym matki.

Kolejna grupa badaczy pod kierownictwem profesora Silverberga zajmująca się czynnikami psychologicznymi w AZS, przeanalizowała pewne dane, na których podstawie uzgodnili, iż depresja poporodowa wiąże się z:

- wyższym stopniem rozwoju AZS u dziecka lub nastolatka,
- bardziej nasilonym przebiegu AZS,
- zaistnieniem zaburzeń snu u dzieci z tymże schorzeniem skórny.

¹⁴ Stachecka M., *The occurrence of anxiety, depression, and suicidal thoughts in patients with psoriasis*, <https://www.termedia.pl/The-occurrence-of-anxiety-depression-and-suicidal-thoughts-in-patients-with-psoriasis,56,38680,1,1.html>, [dostęp: 08.04.2022].

¹⁵ Polak D., Teległów A., Piotrowska A., *Wpływ czynników psychologicznych na powstawanie i przebieg wybranych chorób skóry oraz znaczenie zaburzeń dermatologicznych w dobrostanie psychicznym*. <https://tiny.pl/981nc>, [dostęp: 15.04.2022].

Podsumowując, powyższe badania sugerują, że jeśli matka cierpi z powodu depresji po porodzie, to u jej dziecka w przyszłości istnieje możliwość rozwinięcia się AZS, a jeśli nawet depresja nie jest głównym czynnikiem przyczyniającym się do jego powstania, to z dużym prawdopodobieństwem może nasilić objawy choroby¹⁶

STRES

Najogólniej rzecz ujmując, stres pojmowany jest jako każde przeciążenie organizmu, które konkretnie przekracza dotychczasowe zasoby adaptacyjne jednostki oraz wywiera nacisk na uruchomienie nowych mechanizmów przystosowawczych w inicjatywie odzyskania stanu równowagi. W badaniach nad pojęciem stresu wyodrębnia się najczęściej trzy jego główne warianty: stres środowiskowy, fizjologiczny i psychologiczny¹⁷.

Stres jest bardzo ważnym czynnikiem zaostrzającym przebieg wielu problemów skórnych, w schorzeniach dermatologicznych. Szczególnie zwrócono uwagę na jego negatywne współistnienie zarówno w AZS jak i łuszczycy. W wielu badaniach utwierdzono w przekonaniu, że stres pogarsza przebieg wymienionych chorób, poprzez reakcje m.in. na: oś podwzgórze-przysadka-kora nadnerczy, syntezę licznych neuropeptydów oraz co więcej może także wywierać działanie immunomodulujące.

ŁUSZCZYCA

Osoby chore na łuszczycę klasyfikuje się do grupy tzw.: *high stress reactors*, co oznacza, że są oni w wyższym stopniu podatni na stres w porównaniu z grupą kontrolną. W związku z poczuciem społecznego napiętnowania i zażenowania własnym wyglądem, osoby chore na łuszczycę doznają przewlekłego stresu wywołanego przez samo schorzenie. Badania dowiodły, że pierwszy wysiew łuszczycy, jak również jej nawroty, ściśle uwarunkowane są stanem psychicznym pacjenta. Podczas sytuacji stresowej dochodzi do uwolnienia neuropeptydu – substancji P z zakończeń nerwów czuciowych, co prowadzi do wczesnej, naczyniowej reakcji zapalnej.

Para badaczy Farber i Nall zbadali grupę 607 pacjentów z łuszczycą. Z pośród wszystkich badanych wyodrębnili 193 chorych, u których stres wyzwolił pierwszy wysiew zmian chorobowych, natomiast u 281 przyczynił się znacząco do zaostrzenia się stanu choroby¹⁸. Znacząca różnica dotyczy również płci, gdyż wg. badań stres częściej towarzyszy kobietom stanowiąc czynnik obwiniany o pogorszenie się stanu klinicznego

¹⁶ Oszczepalińska M., *Atopowe zapalenie skóry u dziecka wywołuje depresja poporodowa matki*, <https://mamotoja.pl/aktualnosci/depresja-poporodowa-moze-wywolac-atopowe-zapalenie-skory-u-dziecka-28256-r1/>, [dostęp: 18.04.2022].

¹⁷ Pietrzak A., *Łuszczycyca jako przewlekła choroba skóry w kontekście psychologicznym*, http://www.luszczycalublin.pl/file/publikacje/3_luszczycyca_jako_przewlekla_choroba_skory.pdf, [dostęp: 18.04.2022].

¹⁸ Kieć-Świerczyńska M., *Rola czynników psychologicznych i zaburzeń psychicznych w chorobach skóry*. Medycyna Pracy 57.6 (2006): 551-555.

w łuszczycy. Przyczyną tej zależności przypuszczalnie jest fakt, że kobiety przywiązują znacznie większą wagę do wyglądu w porównaniu do mężczyzn, a zmiany łuszczycowe często są widoczne dla otoczenia, co wiąże się niewątpliwie z obniżeniem samooceny pacjentek a tym samym z współistniejącym trwałym bądź permanentnym stresem¹⁹.

Po za stresem ściśle psychologicznym, opisywanym powyżej, istnieją również takie pojęcia jak stres środowiskowy i fizjologiczny, pierwszy z nich związany jest głównie z interakcjami ze strony środowiska, takimi jak: zanieczyszczenia powietrza, hałas. Stres fizjologiczny natomiast jest związany z różnego rodzaju chorobami czy urazami. Przykładem może być często obserwowane zjawisko pojawiania się zmian łuszczycowych po przebytych infekcjach czy po mechanicznych uszkodzeniach naskórka²⁰.

ATOPOWE ZAPALENIE SKÓRY

W AZS wykazano nasilenie objawów pod wpływem stresorów psychologicznych u dzieci oraz u osób dorosłych. Autorzy wskazują, że stres często powoduje nasilenie zaburzenia, a czynniki emocjonalne mogą warunkować przebieg choroby. Pacjenci doświadczają związku występującego pomiędzy stresem a zaognieniem zmian skórnych. U wielu z nich rozwijają się wtórne zaburzenia psychiczne spowodowane zmianami dermatologicznymi.

Pojawienie się sytuacji stresowych wywołuje zaostrzenie objawów klinicznych AZS. Zmiany obserwowane są na skórze, ale także w badaniach biochemicznych. Pod wpływem stresu następuje zaburzenie środowiska cytokinowego, co może przyczynić się do pobudzenia limfocytów Th2, konsekwencją, czego jest spadek odporności na potencjalne wtórne zakażenia skóry. Stres ma subiektywnie zauważalny wpływ na stan bariery naskórkowej oraz procesy naprawcze toczące się w tkankach skóry. Badając pacjentów z AZS po doświadczeniu trzęsienia ziemi w Kobe badacze Kodoma i wsp. wykazali, że traumatyczne zdarzenia powodują zwiększenie stresu psychicznego, co przyczynia się do nasilenia objawów AZS²¹.

STRACH I STANY LĘKOWE W ATOPOWYM ZAPALENIU SKÓRY I W ŁUSZCZYCY

Definiując strach i stany lękowe, należy zwrócić uwagę na założenie, potwierdzające, iż strach, jest czymś bardziej pierwotnym w porównaniu do lęku, gdyż występuje w sytuacjach faktycznego zaistnienia problemu w sposób bezpośredni, który nie stanowi

¹⁹ Narbutt J., *Jak zrozumieć łuszczycę – aspekty medyczne i medycyna uzupełniająca*, Poznań, Termedia, 2019.

²⁰ Pietrzak A., *Łuszczycza jako przewlekła choroba skóry w kontekście psychologicznym*, http://www.luszczycalublin.pl/file/publikacje/3_luszczycza_jako_przewlekla_choroba_skory.pdf, [dostęp: 18.04.2022].

²¹ Polak D., Teległów A., Piotrowska A., *Wpływ czynników psychologicznych na powstawanie i przebieg wybranych chorób skóry oraz znaczenie zaburzeń dermatologicznych w dobrostanie psychicznym*. <https://tiny.pl/981nc>, [dostęp: 15.04.2022].

założenia hipotetycznego, przedmiotu analizy czy zmagania się z potencjalnym zagrożeniem. Jego stopień i nasilenie, choć posiada konkretne odniesienie do czynnika wywołującego strach, zależy od indywidualnych cech osobowościowych. Strach, jest, więc tą emocją, która pozwala jednostce przeżyć, przez co jest obecny od pierwszych chwil życia, zaś w sposób wzmożony uaktywnia się w sytuacji zagrożenia lub niepewności. Lęk natomiast poprzez swą ogólnikowość i amorficzność paraliżuje, przyprawia o bezsilność, jednocześnie prowadząc do odczucia beznadziei czy wręcz rozpacz. Niekontrolowany strach bardzo często przeobraża się w agresję, jako sytuację obronną, co w konsekwencji prowadzić może nawet do autodestrukcji. Niekontrolowany lęk zaś przeradzać się może w panikę i uniemożliwiać pozytywny rozwój człowieka.

Lęk może spełniać funkcję zachowawczą, obronną oraz przyczyniać się do całkowitego wycofania. To przyczyny, jakie wywołuje strach mają ostateczny wpływ na jego klasyfikację. Roboczo możemy kategoryzować lęk na ten, który wywołuje strach przed utratą, chorobą, samotnością, brakiem pracy, niebezpieczeństwem, wypadkiem etc. Przy ocenie tego uczucia uwzględnia się przede wszystkim stopień jego nasilenia, stosując różne określenia jak: niepokój, obawa, lęk, wstręt, strach, przerażenie lub lęk paniczny. Wszystkie te lęki możemy nazwać sytuacyjnymi, gdyż charakteryzują się one krótkotrwałym występowaniem, w skutek pojawienia się stresującej sytuacji. W sporadycznych sytuacjach lęki sytuacyjne mogą osiągać stany przewlekłe i pojawiać się w momencie konkretnego wydarzenia, po ustaniu, którego zanika również lęk. W istocie jest to mechanizm naturalny, gdyż obawa przed czymś powoduje w nas intensywne działania, aby zapobiec temu, co jest źródłem strachu²². Jednocześnie AZS oraz łuszczyca, powiązane z takimi emocjami jak strach i lęk są przewlekłymi schorzeniami o istotnych wskaźnikach chorobowości jak i dostępne są dane dowodowe na to, że mogą wywierać na siebie wzajemnie nasilający wpływ.

Konieczność codziennego zmagania się z przewlekłą chorobą powoduje, że u wielu chorujących na łuszczycę czy AZS współistnieją zaburzenia psychiczne, a przede wszystkim depresja i zaburzenia lękowe. W jednym z badań u około połowy badanych, chorych na łuszczycę stwierdzono obecność średnio i bardzo nasilonych objawów lęku i depresji, które występowały zarówno w okresach zaostrzeń, jak i remisji choroby. Również Kurd i wsp. potwierdzili obecność częstszego występowania depresji, zaburzeń lękowych i prób samobójczych u chorych z łuszczycą w porównaniu z grupą kontrolną. Autorzy szacują, że rocznie w Wielkiej Brytanii jest 10 400 przypadków depresji, 7100 zaburzeń lękowych i 350 prób samobójczych związanych z łuszczycą²³.

²² Kamiński M., *Pojęcie lęku i strachu oraz ich znaczenie dla prób samobójczych*, „Przegląd prawniczy ekonomiczny i społeczny”, 4 (2014): 44-63.

²³ *Rozpowszechnienie występowania zaburzeń lękowych u pacjentów z łuszczycą: systematyczny przegląd badań obserwacyjnych i badań klinicznych*. „Dermatologia i Kosmetologia Praktyczna” 2017, Vol. 12, Nr 2 (46).

PODSUMOWANIE

W związku z opublikowanymi badaniami i publikacjami nasuwa się podstawowy i niepodważalny wniosek, iż osoby chorujące na łuszczycę czy AZS zdecydowanie częściej niż osoby zdrowe prezentują objawy lękowe. Szczególnie istotne w takich przypadkach jest, zatem odpowiednie zadbanie o pacjenta także w sferze psychicznej. Podejście psychoterapeutyczne czy chociażby wsparcie ze strony lekarza prowadzącego powinno stanowić element kompleksowego leczenia przewlekłych schorzeń skóry. Wyjątkowo ważne wydają się w tych kwestiach techniki relaksacyjne jak również uczestnictwo przewlekle chorych pacjentów w grupach wsparcia. Dla dobra pacjenta idealną korelacją jest, więc współpraca specjalistów na pozór całkowicie odrębnych dziedzin medycyny – dermatologa i psychiatry. Mimo, że choroby skóry w większości przypadków nie stanowią bezpośredniego zagrożenia dla życia, to zasadniczo wpływają na jego, jakość i bezwzględnie wymagają odpowiedniego leczenia²⁴.

²⁴ Jakuszkowiak K., *Psychodermatologia w codziennej praktyce lekarskiej*. <https://docplayer.pl/56922556-Psychodermatologia-w-codziennej-praktyce-lekarskiej.html> [dostęp: 13.03.2022].

Bibliografia:

- Adamski Z., *Dermatologia dla kosmetologów*, Poznań, Edna, 2019.
- Cubała W. J., *Depresja w przebiegu łuszczycy: opis przypadku*. *Psychiatria* 3.3 (2006): 138-142.
- Gillbro J., *Zrozum swoją skórę*, Białystok, Wydawnictwo kobiece, 2020.
- Jakuszkowiak K., *Psychodermatologia w codziennej praktyce lekarskiej*. <https://docplayer.pl/56922556-Psychodermatologia-w-codziennej-praktyce-lekarskiej.html>, [dostęp: 13.03.2022].
- Kanikowska A., *Zastosowanie oceny jakości życia chorych na łuszczycę w praktyce lekarskiej*. „*Nowiny Lekarskie*” 77.3 (2008): 195-203.
- Kieć-Świerczyńska M., *Rola czynników psychologicznych i zaburzeń psychicznych w chorobach skóry*. „*Medycyna Pracy*” 57.6 (2006): 551-555.
- Kołodziejczak A., *Kosmetologia tom I*, Warszawa, PZWL, 2019.
- Kołodziejczak A., *Kosmetologia tom II*, Warszawa, PZWL, 2021.
- Kruszewska E., *Czym jest smutek i dlaczego go odczuwamy?* <https://www.welbi.pl/smutek-czym-jest-dlaczego-go-odczuwamy/>, [dostęp: 30.03.2022].
- Narbutt J., *Atopowe zapalenie skóry*, Poznań, Termedia, 2019.
- Narbutt J., *Jak zrozumieć łuszczycę – aspekty medyczne i medycyna uzupełniająca*, Poznań, Termedia, 2019.
- Oszczepalińska M., *Atopowe zapalenie skóry u dziecka wywołuje depresja poporodowa matki*. <https://mamotoja.pl/aktualnosci/depresja-poporodowa-moze-wywolac-atopowe-zapalenie-skory-u-dziecka-28256-r1/>, [dostęp: 18.04.2022].
- Padlewska K., *Medycyna estetyczna i kosmetologia*, Warszawa, PZWL, 2014.
- Pietrzak A., *Łuszczycyca jako przewlekła choroba skóry w kontekście psychologicznym*, http://www.luszczycalublin.pl/file/publikacje/3_luszczycyca_jako_przewlekla_choroba_skory.pdf, [dostęp: 18.04.2022].
- Polak D., Teległów A., Piotrowska A., *Wpływ czynników psychologicznych na powstawanie i przebieg wybranych chorób skóry oraz znaczenie zaburzeń dermatologicznych w dobrostanie psychicznym*. <https://tiny.pl/981nc>, [dostęp: 15.04.2022].
- Rozpowszechnienie występowania zaburzeń lękowych u pacjentów z łuszczycą: systematyczny przegląd badań obserwacyjnych i badań klinicznych*. „*Dermatologia i Kosmetologia Praktyczna*” 2017, Vol. 12, Nr 2 (46).
- Silny W., *Atopowe zapalenie skóry*, Poznań, Termedia, 2013.

DANUTA DUDZIEC-LIŚNIEWSKA

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koszalinie

ZASTOSOWANIE DZIURAWCA ZWYCZAJNEGO W FITOTERAPII ORAZ W KOSMETOLOGII

APPLICATION OF STORM WORLD IN PHYTOTHERAPY AND IN COSMETOLOGY

Słowa kluczowe: fitoterapia, kosmetologia, dziurawiec zwyczajny

Abstrakt: Dziurawiec zwyczajny jest to ważne zioło szeroko używane zarówno w fitoterapii jak i w kosmetologii. Jednym z najważniejszych związków zawartych w dziurawcu jest hiperycyna – związek o działaniu regenerującym i gojącym. Kosmetologia wykorzystuje tzw. olej świętojański (to olej z kwiatów dziurawca zawierający głównie hiperycynę). Można go stosować na skórę w formie płynnej, lub też po dodaniu wosku, jako maść. Znajduje on zastosowanie głównie w leczeniu egzem, trądziku, oparzeń lekkiego stopnia, podrażnień.

Keywords: phytotherapy, cosmetology, St. John's wort

Abstract: St. John's wort is an important herb widely used in phytotherapy and cosmetology. One of the most important compounds in St. John's wort is hypericin – a compound with a regenerating and healing effect. Cosmetology uses the so-called carob oil (St. John's wort flower oil containing mainly hypericin). It can be applied to the skin in liquid form or as an ointment after adding wax. It is mainly used in the treatment of eczema, acne, mild burns and irritations.

WSTĘP

Rośliny lecznicze towarzyszyły człowiekowi od zawsze. Praktycznie aż do początku XVII w. roślinne surowce lecznicze wraz z surowcami pochodzenia zwierzęcego oraz mineralnego były jedynymi preparatami, które można było nazwać lekami. Obecnie obserwuje się powrót do ziołolecznictwa. Jest to w pełni zrozumiałe. Właściwie zastosowane zioła, szczególnie gdy są użyte w synergistycznie działających mieszankach potrafią wyleczyć nas z wielu chorób, w tym uważanych za przewlekłe lub nawet nieuleczalne. Jest to związane głównie z tym, że fitoterapia jest to leczenie przyczynowe. Zioła eliminując przyczynę danej choroby lub kilku chorób powiązanych ze sobą, potrafią całkowicie uzdrowić człowieka. Choć bywa, że trwa to długo, to terapia taka jest praktycznie pozbawiona tzw. działań niepożądanych, bardzo częstych w przypadku leczenia syntetycznymi środkami farmakologicznymi.

DZIURAWIEC JAKO ROŚLINA LECZNICZA

Dziurawiec zwyczajny (łac. *Hypericum perforatum*) jest byliną o wysokości 60-70 cm, należącą do rodziny dziurawcowatych. Inne nazwy tej rośliny, to: Ziele św. Jana, Przestrzelon, Dzwonki Panny Marii, Ziele świętojańskie, Krzyżowe ziele¹.

Dziurawiec zwyczajny występuje w przyrodzie w wielu pododmianach.

Fot. 1 Kwiaty dziurawca widziane z bliska.



Źródło: fotografię wykonała Danuta Dudzicz-Liśniewska.

Szczególnie w stanie dzikim, rośnie często jako formy mieszańcowe. Na uwagę zasługuje odmiana Topaz, obficie ulistniona, ładnie kwitnąca i plenna, o wysokiej ilości flawonoidów.

Fot. 2 Stanowisko kwitnącego dziurawca na łące.



Źródło: fotografię wykonała Danuta Dudzicz-Liśniewska.

¹ Krześniak L. M., *Apteczka ziołowa*, Warszawa 1986, s. 33.

Zioło to rośnie pospolicie praktycznie w całej Europie, jak również w Azji, a nawet w północnej Afryce. Można go spotkać dosłownie wszędzie: na łąkach, brzegach lasów, polanach, trawnikach, miedzach, nieużytkach, gruzowiskach, itp. Dziurawiec może być również uprawiany. Zaleca się rozsiewać nasiona w naturalnych stanowiskach występowania dziurawca, aby nie zmniejszyć jego występowania².

Nasiona są ogólnie dostępne w dobrych centrach ogrodniczych, w sklepach internetowych producentów ziół, oczywiście można je też bez problemu pozyskać samemu.

Fot. 3 Nasiona dziurawca.



Źródło: fotografię wykonała Danuta Dudziec-Liśniewska.

Cechą charakterystyczną tej rośliny są widziane pod światło przeświecające „dziurki” w liściach. Są one w istocie zbiorniczkami lotnych olejków i innych substancji leczniczych.

Od tych właśnie „dziurek” dziurawiec wziął swą nazwę³. Są one tak charakterystyczne, że nie ma praktycznie możliwości pomylić dziurawca z innymi ziołami. To bardzo dobra wiadomość, szczególnie dla początkujących zielarzy.

Kwiaty tej rośliny mają piękny, nasycony żółto-złoty odcień, zebrane są w szczytowe baldachogrona. Kwitnienie obserwuje się od czerwca do września. Pogoda, a szczególnie temperatura otoczenia ma zasadniczy wpływ na rozpoczęcie kwitnienia⁴.

Dziurawiec należy pod względem leczniczym do najbardziej uniwersalnych ziół. Zioło to znane jest od bardzo dawna. Na ziemiach polskich dowód na to znaleziono podczas prac archeologicznych w Biskupinie (ponad 500 lat p.n.e). Natrafiono tam na resztki około 20 roślin leczniczych, również dziurawca⁵.

² Kwaśniewska J., Mikołajczyk K., *Zbieramy zioła*, Warszawa 1986, s. 58.

³ Bonenberg K., *Rośliny użyteczne człowiekowi*, Warszawa 1988, s. 71.

⁴ Ożarowski A., Jaroniewski W., *Rośliny lecznicze i ich praktyczne zastosowanie*, Warszawa 1989, s. 148.

⁵ Czиков P., Łaptiew J., *Rośliny lecznicze i bogate w witaminy*, Warszawa 1982, s. 110.

Dziurawiec polecał Paracelsus (1493-1541), jak również „ojciec medycyny” Hipokrates (V-IV w. p.n.e). Materiał zielarski, który stanowi głównie ziele dziurawca oraz kwiaty, pozyskuje się gdy roślina jest w pełnym rozkwicie. Należy ścinać (najlepiej nożyczkami) szczyty kwitnących pędów, pozostawiając co najmniej 1/3 rośliny. Należy również uważać, aby nie deptać dziurawca oraz oczywiście w żadnym razie nie wrywać go z korzeniami.

Tak przygotowany dziurawiec najlepiej wysuszyć na wolnym powietrzu w przewiewnej strefie. Następnie przechowywać w miejscu suchym i ciemnym w papierowych opakowaniach do dwóch lat.

Najważniejsze związki aktywne tej drogocennej rośliny zielarskiej to: hiperycyna (ok. 0,1%), związki flawonoidowe (ok. 4 %), garbniki katechinowe (ok. 8%), glikozydy, kwercetyna, kwasy wielofenolowe, fitosterole, pektyny, sole mineralne i olejki eteryczne⁶.

Prozdrowotne działanie dziurawca jest powszechnie znane. Jest to działanie ściągające na błonę śluzową przewodu pokarmowego, hamujące drobne krwawienia (uszczelniające ściany włósniczek), przeciwzapalne, żółciotwórcze, żółciopędne, rozkurczowe na mięśnie gładkie dróg żółciowych, moczopędne, odtruwające, przeciwdrobnoustrojowe oraz uspokajające. Najczęściej kuracje dziurawcowe stosuje się w formie naparów (również w mieszankach) oraz inkraktów, rzadziej w formie oleju infuzyjnego.

Należy pamiętać, że długie stosowanie preparatów zawierających dziurawiec może powodować silne reakcje fotouczulające, z tego też względu kurację dziurawcem najlepiej przeprowadzać jest jesienią i zimą, gdy promieniowania słonecznego jest mniej i jest słabsze. W każdym przypadku należy unikać słońca w czasie kuracji⁷.

Z punktu widzenia kosmetologii niezwykle cennym okazuje się być **czerwony olej dziurawcowy**, znany też pod nazwą **Olej świętojański, Krew Matki Boskiej lub Krew św. Jana**. Otrzymywany jest on z samych kwiatów dziurawca. Ten niezwykle preparat barwę swą zawdzięcza hiperycynie. Watro wspomnieć, że hiperycyna nie przechodzi do roztworu wodnego (nie ma jej więc w naparach), przechodzi tylko do roztworu alkoholowego lub olejowego i jej bogatym źródłem są właśnie kwiaty. Jest to niezwykle ważne, ponieważ rynek jest zasypany wręcz tzw. olejem dziurawcowym, który jest często przygotowany nieuczciwie (z całego zieleń i na olejach podrzędnej jakości). Dlatego też działanie takiego oleju jest znikome lub żadne.

Najlepiej olej dziurawcowy wykonać samemu, z własnoręcznie zebranych kwiatków dziurawca. Należy je umieścić w słoju szklanym, nieco spryskać 95% alkoholem etylowym, następnie zalać olejem z pestek winogron. Tak przygotowany preparat zamykamy i odstawiamy na trzy miesiące, wstrząsając słojem od czasu do czasu. Następnie mieszaninę odcedzamy przez potrójną gazę, uzyskując czysty, klarowny olej dziurawcowy najwyższego gatunku.

⁶ Walewski W., *Towaroznawstwo zielarskie*, Warszawa 1985, s. 161.

⁷ Ożarowski A., *Ziolołecznictwo poradnik dla lekarzy*, Warszawa 1980, s. 163.

Dla spowolnienia procesu utleniania (jełczenia) należy dodać do naszego oleju dziurawcowego zawartość kilku kapsułek wit. E, np. Tokovit 370.

Fot. 4 Kwiaty dziurawca zalane olejem z pestek winogron.



Źródło: fotografię wykonała Danuta Dudzic-Lisniewska.

Można go wykorzystywać w tej formie do wmasowywania w skórę lub dodać wosku pszczelego (proporcje: 1 cz. wosku i 6 cz. oleju), całość stopić na łaźni wodnej, po przestudzeniu uzyskując maść. Olej ten może posłużyć również jako składnik kremów.

Fot. 5 Gotowy, odsączony olej dziurawcowy.



Źródło: fotografię wykonała Danuta Dudzic-Lisniewska.

Wyżej wspomniany olej ma działanie gojące i silnie regenerujące naskórek, ładnie pielęgnuje suchą i pękającą skórę, oczyszcza ją i łagodzi zapalenia. Stosuje się go również przy podrażnieniach skóry, owrzodzeniach, a nawet oparzeniach o niewielkim nasileniu. Można stosować ten olej praktycznie na całe ciało, również na skórę głowy i włosy⁸.

Fot. 6 Maść z oleju dziurawcowego.



Źródło: fotografię wykonała Danuta Dudziec-Lisniewska.

Olej świętojański z dziurawca przygotowuję latem osobiście dla studentek III roku Kosmetologii. W trakcie zajęć praktycznych z „Zastosowania ziół w kosmetologii” w naszej uczelni, studentki poznają to cenne zioło, jakim niewątpliwie jest dziurawiec oraz wykonują samodzielnie kosmetyki z dodatkiem oleju dziurawcowego.

W dobie przesytu gotowymi kosmetykami, bardzo często przeładowanymi szkodliwymi konserwantami i innymi sztucznymi związkami chemicznymi, warto zapoznać się z tym co oferuje nam matka natura. Radość z własnoręcznie przygotowanego, a co najważniejsze skutecznego i taniego kosmetyku jest przeogromna.

Bibliografia:

- Bonenberg K., *Rośliny użyteczne człowiekowi*, Warszawa 1988.
Czikow P., Łaptiew J., *Rośliny lecznicze i bogate w witaminy*, Warszawa 1982.
Hlava B., Stary F., Pospisil F., *Rośliny kosmetyczne*, Warszawa 1984.
Krześniak L. M., *Apteczka ziołowa*, Warszawa 1986.
Kwaśniewska J., Mikołajczyk K., *Zbieramy zioła*, Warszawa 1986.
Ożarowski A., Jaroniewski W., *Rośliny lecznicze i ich praktyczne zastosowanie*, Warszawa 1989.
Ożarowski A., *Ziołolecznictwo poradnik dla lekarzy*, Warszawa 1980.
Rumińska A., *Poradnik plantatora ziół*, Poznań 1984.
Walewski W., *Towaroznawstwo zielarskie*, Warszawa 1985.

⁸ Hlava B., Stary F., Pospisil F., *Rośliny kosmetyczne*, Warszawa 1984, s. 124.

DOMINIKA SZYSZKA

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koszalinie

HISTORIA PODOLOGII I ROLA WSPÓŁCZESNEGO PODOLOGA

HISTORY OF PODIATRY AND THE ROLE OF A CONTEMPORARY PODIATRIST

Słowa klucze: specjalista, historia, początek, zadania, stopy, choroba, defekty

Abstrakt: Styl życia współczesnych ludzi, zjawisko starzenia się, wzrost liczby chorób cywilizowanych, uszkodzenia i przeciążenia układu mięśniowo-szkieletowego przyczyniają się do rozwoju zmian chorobowych stóp. W związku z tym w Polsce rośnie zapotrzebowanie na usługi wykraczające poza tradycyjne zabiegi pielęgnacyjne i pedicure. Wymagane są kwalifikacje podologa, który posiada szeroką wiedzę teoretyczną na temat chorób i funkcji stopy oraz umiejętności praktyczne.

Keywords: specialist, history, beginning, tasks, feet, disease, defects

Abstract: The lifestyle of modern people, the phenomenon of aging, the increase in the number of civilized diseases, damage and overload of the musculoskeletal system contribute to the development of foot lesions. Therefore, in Poland there is a growing demand for services that go beyond traditional pedicure and foot care. Qualifications of a podiatrist with theoretical knowledge about diseases and functions of the foot as well as practical skills are required.

Podologia jest dziedziną interdyscyplinarną, co oznacza znajomość zagadnień na styku wielu nauk medycznych (anatomii całego ciała, chirurgii ortopedycznej, flebologii, diabetologii, reumatologii, dermatologii, rehabilitacji i fizjoterapii) a także ochrony zdrowia, zaopatrzenia ortopedycznego i techniki funkcjonowania aparatu stopy. Głównym celem jaki niesie zawód podologa jest utrzymanie stóp w zdrowiu. W wielu krajach na świecie podologia jest zawodem, stanowiącym pomost pomiędzy zdrowiem, opieką i profilaktyką. Zadaniem podologa jest ocena i diagnoza zmian patologicznych w obrębie stóp, opracowanie i wdrożenie planów leczenia, leczenie istniejących wcześniej schorzeń oraz zapobieganie zmianom chorobowym. Podolog udziela porad dotyczących codziennej pielęgnacji, produktów ortopedycznych oraz doboru obuwia. Współpracują z lekarzami różnych specjalności i respektują ich wskazania. Badanie podologiczne pozwala na wczesne rozpoznanie zagrożeń i skierowanie klientów do odpowiedniego specjalisty. Podiatrzy są przeszkoleni do pracy z grupami ryzyka, takimi jak: cukrzyca, reumatoidalne zapalenie stawów, choroby układu krążenia, otyłość, osoby starsze i sportowcy¹.

Różnice w programach kształcenia, formach praktyki, a przede wszystkim w działalności zawodowej podologów i podiatrów doprowadziły do określenia ich jako specjalności lekarskich lub pokrewnych w zależności od przepisów kraju, w którym wykonują

¹ Fraś J, *Zarządzanie jakością w instytucjach gospodarczych*. Uniwersytet Szczeciński, Szczecin, 2000.

zawód. W USA, Wielkiej Brytanii, Australii, Kanadzie, RPA i wielu innych krajach szkolenie odbywa się w uczelniach medycznych o specjalności podologia chirurgiczna i ortopedyczna. We Francji, Belgii i Niemczech licencję na wykonywanie zawodu można uzyskać po ukończeniu trzyletniego kursu podologii i uzyskaniu dyplomu państwowego. W Hiszpanii podiatrzy kształcą się w szkołach medycznych, a ich specjalistyczne działania obejmują radiologię, medycynę i chirurgię stopy. W innych krajach, np. w Grecji, nie wprowadzono jeszcze prawnej regulacji zawodu. W Unii Europejskiej nie ma obecnie jednolitości w zakresie kształcenia i kwalifikacji zawodowych podologów².

Stopy są najbardziej eksploatowaną, przepracowaną i narażoną na urazy częścią ludzkiego ciała, a ludzie cierpią z powodu ich bólu od czasów starożytnych. Nie ma udokumentowanych dowodów na to, jakie choroby stóp mieli ludzie pierwotni oraz jakie metody i narzędzia stosowali do ich leczenia. Pierwsze doniesienia potwierdzające istnienie osób specjalizujących się w pielęgnacji i leczeniu stóp pochodzą ze starożytnej cywilizacji egipskiej. Płaskorzeźby zdobiące wejścia do grobowców osób żyjących w tamtych czasach dostarczały informacji o ich profesji. Fresk przy wejściu do grobowca Anchmachora (2400 p.n.e.) przedstawia scenę uzdrawiania rąk i stóp.

Starożytny egipski papirus medyczny (ok. 1550 r. p.n.e.), nazwany „Papirusem Ebersa” na cześć niemieckiego egiptologa, jako pierwszy został zidentyfikowany jako opis zabiegu rycinowego. Pisma starożytnego greckiego lekarza Hipokratesa (ok. 460-370 p.n.e.) opisywały rodzaje modzeli i doskonałość narzędzi do ich złuszczenia. Uważa się, że Korneliusz Celsus, rzymski uczonec z I wieku p.n.e. i autor encyklopedii medycznej, jako pierwszy nazwał zmiany na skórze stóp. W VII wieku n.e. bizantyjski chirurg Paweł z Eginy zdefiniował ślady stóp i opisał metodę ich usuwania za pomocą noża o ostrzu podobnym do współczesnego skalpela³.

Współcześni doszukują się początków podologii w Europie w średniowiecznych łaźniach, z których wywodzili się ówczesni fryzjerzy. Ich zajęcia były bardzo zróżnicowane i obejmowały m.in. przygotowywanie kąpieli, płukanek i okładów, strzyżenie, golenie, drobne zabiegi chirurgiczne, flebotomię i usuwanie zębów, usuwanie modzeli i brodawek wirusowych na podszewkach stóp. W XII wieku w Europie pojawiły się publiczne łaźnie miejskie, gdy powracający z Jerozolimy krzyżowcy dowiedzieli się o korzyściach płynących z częstych wspólnych kąpieli i wyjątkowych orientalnych aromatach. Rycerze królestwa Franków chętnie spędzali wolny czas w łaźniach⁴.

Rozpowszechnienie i rozwój profesjonalnej pielęgnacji stóp związane było z migracją zarobkową żydowskich łaźniarzy do Francji i Wielkiej Brytanii, po tym jak ich zawód został zakazany w Niemczech i Austrii. Kawiarnie, ulice i rynki stały się nowymi

² Klamczyńska M, Ciupińska M, *Podologia*, PZWL, Warszawa, 2020.

³ Klamczyńska M, Ciupińska M, *Podologia*, PZWL, Warszawa, 2020.

⁴ Strojna E., Żywiec-Dąbrowska E., *Klasyfikacja zawodów i specjalności*. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa, 2014.

miejscami świadczenia usług. Początkowo zawód „rzeźbiarzy odcisków palców” nie był ani szanowany, ani lukratywny, więc chętnie podejmowali się innych prac, głównie usuwania zębów. Sytuacja zmieniła się dopiero na przełomie XVII i XVIII wieku, kiedy to wróżbiarstwo tsuji zaczęło się rozwijać jako nauka medyczna, a ówczesni monarchowie zatrudniali nadwornych chirurgów - pedikiurzystów.

To właśnie we Francji powstała pierwsza medycyna specjalizująca się w leczeniu stóp, tam też ukazały się pierwsze publikacje dotyczące patologii skóry i paznokci. Pierre Dionis, nadworny chirurg królowej Marii Teresy, opublikował drukiem traktat o wrastających paznokciach wraz z opisem zabiegu chirurgicznego (*Cours iopérations de chirurgie, démontrées au Jardin du Roi*, 1707). Ruslo, chirurg i higienista na dworze Ludwika XV, napisał pierwszą książkę, w której opisał wady anatomii stopy i pokazał, jak usuwać nagniotki i modzele (*Nouvelles observations, ou Méthode certaine sur le traitement des cors*, 1762), a jego współpracownik i następca, Nicolas Laurent La Forest, w książce *The Art of Cors*, zatytułowanej *The Treatment of Feet, Horns and Calluses* (1767)⁵.

Jakieś 150 lat później praca Lowe’a została opublikowana w Wielkiej Brytanii. Późniejsi badacze odkryli, że dzieło Lowe’a nie było oryginałem, lecz wersją książki La Foresta. Dlatego też za pierwszą oryginalną pracę na ten temat w języku angielskim uznaje się *Complete, new and original work, which is a complete treatise on Spinae Pedom* (1802) Haymana Lyona. Opisał w nim różne rodzaje zmian skórnych i paznokciowych na stopach, opisał ich leczenie i zamieścił ryciny przyrządów używanych do leczenia. W późnej osiemnastowiecznej Anglii chiropraktycy byli już szanowaną i dobrze opłacaną grupą zawodową. Abraham Durlacher uważany jest za najsłynniejszego angielskiego przedstawiciela swoich czasów. Był autorem licznych publikacji i kolejno szefem Dulacher Group, cenionej grupy specjalistów zatrudnionych przez brytyjskiego monarchę. Jego syn, chiropraktyk Louis Dulacher (1792-1864), jako pierwszy dostrzegł potrzebę prawnego uregulowania zawodu, rejestracji nowych usług pomocniczych i założenia stowarzyszenia praktyków (1854)⁶.

Na początku XIX wieku środowisko pracy chiropraktyków zaczęło się zmieniać. Przenieśli swoje usługi z kawiarni, łaźni publicznych i rogów ulic do własnych lokali, a wizytówki stały się podstawowym środkiem reklamy; do 1880 roku 40 kręgarzy było oficjalnie zarejestrowanych w Londynie.

Wraz z żydowskimi imigrantami do Stanów Zjednoczonych sprowadzono wiedzę i umiejętności dotyczące leczenia i pielęgnacji stóp. Wśród nich był niejaki Issachar Zachary, który został doradcą i przyjacielem prezydenta Lincolna. Pierwsza praca naukowa na temat chiropraktyki w Stanach Zjednoczonych, napisana przez George’a A. White, dotyczyła egzostozy i została opublikowana w 1869 roku. W Nowym Jorku

⁵ Sokołowska-Wojdyło M, Woś-Wasilewska E, *Podologia w praktyce, wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Nails & Style House, 2015.

⁶ Klamczyńska M, Ciupińska M, *Podologia*, PZWL, Warszawa, 2020

Towarzystwo Pediatriczne powstało w 1895 roku, a pierwsza szkoła została tu otwarta w 1911 roku. W 1912 roku William Matthias Scholl założył College of Chiropody and Orthopaedic Surgery w Illinois.

Na początku XX wieku w wielu częściach świata nastąpił szybki rozwój podiatrii. Rozpowszechnienie usług i edukacji w tym zakresie było szybkie. Wiele z opracowanych wówczas technik i procedur podologicznych jest stosowanych do dziś. W Wielkiej Brytanii w 1924 roku pod patronatem królewskim powstała Edinburgh School of Chiropody and Foot Clinic. Królewscy naukowcy przybyli do szkoły, aby dowiedzieć się o pochodzeniu słowa „chiropodia”. Powstał nowy termin - podiatria, który zaczął być powszechnie stosowany w USA w latach 50. XX wieku, a później w Australii, Kanadzie i Nowej Zelandii. Zyskał on również popularność w Wielkiej Brytanii. Termin „chiropodia” jest nadal w użyciu i funkcjonuje jako oficjalny termin w kilku krajach na świecie. Jednak w wielu krajach europejskich, takich jak Niemcy, Szwajcaria, Francja, Portugalia, Polska i Grecja, powszechna jest alternatywna nazwa podologia (z greckiego *podí* – stopa, drugie *ilea* wskazuje na semantyczny związek z teorią lub nauką). Dziś terminy „chiropodia”, „podiatria” i „podologia” funkcjonują niezależnie od siebie. Czasami są one używane zamiennie⁷.

Wiek XX był okresem rozkwitu podiatrii, kiedy to powstało wiele towarzystw podologicznych, utworzono instytucje szkolnictwa wyższego, wprowadzono nowe techniki i zabiegi, a także ukształtował się rynek produktów związanych z podiatrią. W 1947 roku z inicjatywy francuskojęzycznych organizacji Belgii, Francji i Szwajcarii powstała Międzynarodowa Federacja Podiatrii – federacja podiatrów.

W ciągu kolejnych dwóch dekad organizacja wzmocniła swój międzynarodowy charakter, dodając formalne grupy z Austrii, Danii, Finlandii, Niemiec, Włoch, Holandii, Norwegii, Hiszpanii, Szwecji i Wielkiej Brytanii, a także nieformalną grupę profesjonalistów z USA. Do nazwy dodano słowo *et Podiatres* (International Federation of Podiatry Societies, FIPP); American Podiatric Medical Association (APMA) zostało uznane za członka FIPP w 2001 roku, a Polskie Towarzystwo Podologiczne w 2011 roku. Stowarzyszenie zostało nominowane na członka Międzynarodowej Federacji Podologicznej – Fédération Internationale des Podologues (FIP-IFP) podczas Zgromadzenia Ogólnego w 2016 roku w Montrealu w Kanadzie. We współpracy z Canadian Podiatric Medical Association (CPMA), federacja była gospodarzem globalnej konferencji podiatrycznej, w której uczestniczyło ponad 850 specjalistów (Montreal, 2016).

W 2017 roku w Katowicach zostało zarejestrowane Stowarzyszenie Lekarzy Ortopedów, organizacja zrzeszająca osoby, które udokumentowały co najmniej roczną praktykę zawodową.

⁷ Rudnicka L., Zegarska B., Placek W, *Stanowisko Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w sprawie wykonywania zabiegów z zakresu medycyny estetycznej oraz diagnostyki i leczenia chorób dermatologicznych przez osoby nieposiadające wykształcenia lekarskiego*. Przegl. Dermatol. 2017; 104: (579-582), 2017, s.104.

W Polsce podologia jest stosunkowo młodą dziedziną: pierwszy kongres podologiczny odbył się w Warszawie w 2005 roku. Dopiero dziesięć lat później, w 2015 roku, dzięki staraniom Polskiego Towarzystwa Podologicznego zawód podologa został wpisany na listę zawodów i specjalności pod numerem 323014 jest zaliczany do III grupy głównej „Technicy i inny personel pomocniczy”⁸.

Ogólny zakres pracy podologa określa się następująco.

Kompleksowe: zapewnienie opieki nad kończynami dolnymi; rozpoznawanie i pielęgnowanie zmian patologicznych w stopach osób starszych, diabetyków i innych osób wymagających opieki; posługiwanie się specjalistycznym sprzętem; zapewnienie standardu świadczonej opieki; współpraca ze specjalistami i ośrodkami recepcyjnymi służby podologicznej.

Działalność zawodowa polega na: samodzielnym diagnozowaniu zmian patologicznych w obrębie kończyny dolnej i ich przyczyn. Doboru leczenia pacjenta i wykonywanie odpowiednich zabiegów. Wykorzystanie specjalistycznego sprzętu niezbędnego do osiągnięcia efektu pielęgnacyjnego (np. frezy do stóp, młynki do stóp, osobiste wkładki ortopedyczne itp.) Kontrola higieny sprzętu i narzędzi wykorzystywanych w zabiegu (np. czyszczenie myjkami ultradźwiękowymi). Eliminacja ryzyka zakażeń podczas zabiegu: stosowanie materiałów jednorazowych, odpowiedniego sprzętu medycznego i kosmetyków. Porady dotyczące pielęgnacji stóp oraz sugestie dotyczące wyboru odpowiednich wkładek ortopedycznych. Współpraca ze specjalistami: dermatologiem, diabetologiem, chirurgiem. Dotarcie do grup beneficjentów podiatrii we współpracy z ośrodkami pomocy społecznej, poradniami diabetologicznymi i ośrodkami rehabilitacyjnymi. Zapobieganie dysfunkcji stóp: artykuły w gazetach, wykłady dla diabetyków i osób starszych, w celu ciągłego podnoszenia doświadczenia i wiedzy. Udział w szkoleniach, konferencjach, seminariach i wystawach dotyczących podologii. Inna działalność zawodowa: prowadzenie samodzielnego gabinetu podologicznego w ramach działalności korporacyjnej⁹.

Z podanych wcześniej informacji wynika, że zawód podologa w Polsce obecnie nie kwalifikuje się do kształcenia na poziomie wyższym i nie jest zawodem medycznym. W Klasyfikacji Zawodów (KZiS) jest sklasyfikowany w grupie 3230 „Praktycy terapii nietradycyjnych lub komplementarnych” (podobnie jak akupunkturzyści i homeopaci) i zaliczany jest do zawodów paramedycznych. W polskiej klasyfikacji zawodowej sklasyfikowany jest w podklasie 86.90.D¹⁰.

⁸ Wolter Publicznych Służb Zatrudnienia, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej: Podolog, kod:323014, synteza i zadania zawodowe, <http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow/> [dostęp: 15.07.2022].

⁹ PKD 86.90.D. Działalność paramedyczna, www.klasyfikacje.gofin.pl/pkd/5,2,1502,opieka-zdrowotna.html#D86 [dostęp: 15.07.2022].

¹⁰ Radło W, *Charakterystyka zespołu stopy wrażliwej i reumatoidalnej. W: Obuwie profilaktycznej i ortopedycznej dzieci i dorosłych. Potrzeby rynku – wymagania stóp – zaopatrzenie*. Materiały konferencyjne CLPO, Kraków, 2005.

W EPC zawód podolog nie ma oznaczenia „c” i nie jest ujęty w klasyfikacji kształcenia zawodowego (kształcenie oparte na podstawie programowej i egzaminach państwowych). Oznacza to, że dopuszcza się zajęcia pozalekcyjne i edukację pozaformalną, które często oparte są na autorskim programie nauczania i niezrozumiałych zasadach.

Polskie Towarzystwo Podologiczne oraz Komisja Edukacji i Badań Naukowych (podlegająca Ministerstwu Zdrowia) pracują obecnie nad opisaniem rynkowych kwalifikacji podologicznych i włączeniem ich do Zintegrowanego Systemu Podologicznego.

Europejskie ramy kwalifikacji (EQF). Ma na celu doprecyzowanie obszaru kompetencji zawodowych i powinien być motorem oczekiwanych zmian.

PODSUMOWANIE

Podolog to niemedyczny przedstawiciel zawodu zajmujący się pielęgnacją i profilaktyką stóp, wykonujący zawód w gabinecie działalności gospodarczej. Podolog jest niezależnym konsultantem, który wspomaga proces leczenia, jest włączony do zespołu opieki zdrowotnej, ma prawo do świadczeń gwarantowanych i może wykonywać zabiegi zaburzające ciągłość skóry.

Koncepcja ta gwarantuje pełną i kompleksową opiekę nad osobami przewlekle chorymi i poszkodowanymi w wyniku chorób kończyn dolnych. Coraz więcej poradni diabetologicznych i poradni stopy cukrzycowej oferuje usługi podologiczne. Podolodzy mogą pracować samodzielnie lub w połączeniu z chirurgami ortopedycznymi, pracownikami ortopedycznymi, salonami kosmetycznymi, gabinetami odnowy biologicznej, klinikami rehabilitacyjnymi i centrami fitness. Wyposażone są w jednostki mobilne i pracują w sanatoriach, domach opieki, hospicjach i szpitalach. Podologia w Polsce rozwija się dynamicznie, a placówki edukacyjne potrzebują wysoko wykształconych i doświadczonych specjalistów.

Bibliografia:

- Fraś J, *Zarządzanie jakością w instytucjach gospodarczych*. Uniwersytet Szczeciński, Szczecin, 2000.
- Klamczyńska M, Ciupińska M, *Podologia*, PZWL, Warszawa, 2020.
- Sokołowska-Wojdyło M, Woś-Wasilewska E, *Podologia w praktyce, wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Nails & Style House, 2015.
- Strojna E., Żywiec-Dąbrowska E., *Klasyfikacja zawodów i specjalności*. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa, 2014.
- PKD 86.90.D. Działalność paramedyczna, www.klasyfikacje.gofin.pl/pkd/5,2,1502,opieka-zdrowotna.html#D86, [dostęp: 15.07.2022].
- Radło W, *Charakterystyka zespołu stopy wrażliwej i reumatoidalnej. W: Obuwie profilaktyczne i ortopedyczne dzieci i dorosłych. Potrzeby rynku – wymagania stóp – zaopatrzenie*. Materiały konferencyjne CLPO, Kraków, 2005.
- Rudnicka L., Zegarska B., Płacek W, *Stanowisko Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w sprawie wykonywania zabiegów z zakresu medycyny estetycznej oraz diagnostyki i leczenia chorób dermatologicznych przez osoby nieposiadające wykształcenia lekarskiego*. *Przeł. Dermatol.* 2017; 104: (579-582), 2017, s.104.
- Wolter Publicznych Służb Zatrudnienia, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej: Podolog, kod:323014, synteza i zadania zawodowe, <http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow/>, [dostęp: 15.07.2022].

III. SPOŁECZEŃSTWO – WYBRANE ASPEKTY BEZPIECZEŃSTWA SPOŁECZNEGO

MAGDALENA WINTER

Absolwentka Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Koszalinie

KRYSTYNA ZIÓLKOWSKA

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koszalinie

REALIZACJA NARODOWEGO PROGRAMU SZCZEPIEŃ PRZECIW COVID-19, NA PRZYKŁADZIE PUNKTU SZCZEPIEŃ REGIONALNEGO CENTRUM MEDYCZNEGO W BIAŁOGARDZIE

IMPLEMENTATION OF THE NATIONAL PROGRAM OF VACCINATION AGAINST COVID-19, ON THE EXAMPLE OF A REGIONAL VACCINATION POINT MEDICAL CENTER IN BIAŁOGARD

Słowa kluczowe: Covid-19, pandemia, szczepionka, Narodowy Program Szczepień

Abstrakt: SARS-CoV-2 jest niezwykle zakaźnym wirusem, który powoduje rozwój choroby COVID-19. Jej przebieg może być zróżnicowany, bezobjawowy lub wielobjawowy. Ciężki przebieg COVID-19 prowadzi do ostrej niewydolności oddechowej, z niewydolnością wielonarządową, aż do śmierci. W Polsce, pod koniec grudnia 2020 roku zalecono nieobowiązkowe szczepienia przeciw COVID-19, zgodnie z Narodowym Programem Szczepień. W związku z powyższym, na potrzeby niniejszej pracy przeprowadzono badania w kierunku weryfikacji poziomu wyszczepialności populacji powiatu białogardzkiego przeciw COVID-19, pod kątem liczebności zaszczepionych osób, wieku, płci, wykonywanej pracy, rodzaju szczepionki oraz dawek przypominających. Dokonano analizy dokumentacji medycznej 8990 osób, poddanych szczepieniom w Punkcie Szczepień Powszechnych Regionalnego Centrum Medycznego w Białogardzie.

Keywords: Covid-19, pandemic, vaccine, National Immunization Program

Abstract: SARS-CoV-2 is an extremely infectious virus that causes the development of COVID-19 disease. Its course may be varied, asymptomatic or multi-symptomatic. The severe course of COVID-19 leads to acute respiratory failure, with multiple organ failure, up to death. In Poland, at the end of December 2020, non-compulsory vaccinations against COVID-19 were recommended, in accordance with the National Immunization Program. Therefore, for the purposes of this study, research was carried out to verify the level of vaccination coverage of the Białogard district's population against COVID-19, in terms of the number of vaccinated people, age, gender, work performed, type of vaccine and booster doses. The medical records of 8990 people vaccinated at the General Vaccination Centre of the Regional Medical Centre in Białogard were analysed.

WSTĘP

Pod koniec 2019 roku, w Chinach pojawił się nowy wirus SARS-CoV-2, nazwany koronawirus, wywołujący chorobę COVID-19. Koronawirus rozprzestrzenił się w sposób niekontrolowany i w niedługim czasie opanował cały świat, wywołując kryzys nie tylko w sektorze medycznym, ale również społecznym i ekonomicznym. Został ogłoszony stan pandemii, wprowadzono tzw. lockdown. Nauka i praca odbywały się w stanie zdalnym, zamknięto sklepy, restauracje, pojawił się zakaz wychodzenia z domu

oraz spotkań towarzyskich, a także nakaz noszenia maseczek, dezynfekcji rąk i zachowania dystansu społecznego.

W Polsce potwierdzono dużą liczbę przypadków zachorowań na COVID-19, z czego liczne przypadki okazały się śmiertelne. Wprowadzono szczepienia przeciw tej chorobie. W Polsce problem szczepień przeciw COVID-19 był i nadal jest dość kontrowersyjny, ma wielu zwolenników, ale również wielu przeciwników, chociaż szczepienia najprawdopodobniej są najlepszą drogą do zakończenia pandemii. W dalszym ciągu prowadzone są badania, powstają nowe schematy szczepień i zostają wprowadzane dodatkowe dawki oraz nowe szczepionki.

W związku z powyższym, dla celów niniejszej pracy wybrano kierunek badań w zakresie realizacji Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 w Punkcie Szczepień Regionalnego Centrum Medycznego w Białogardzie. Pracując w Punkcie Szczepień COVID-19, ważnym było określenie poziomu wyszczepienia, a także wybór rodzaju szczepionek przez ludność zamieszkującą powiat białogardzki. Ponadto istotnym było przeanalizowanie liczby podanych dawek szczepionki oraz liczba zaszczepionych osób w/w punkcie szczepień, a także to, jak przedstawia się wyszczepialność mieszkańców powiatu białogardzkiego na tle innych województw i kraju.

PRZYCZYNY CHOROBY COVID-19

Nowy koronawirus zespołu ostrej niewydolności oddechowej SARS-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus-2*), wywołujący zakażenia układu oddechowego, został wykryty w grudniu 2019 r. w Wuhan, w Chinach i jest przyczyną choroby COVID-19. Jest wielce prawdopodobne, że patogen ten pochodzi od zwierząt, ale od kiedy zakażeniu ulegli ludzie, bez problemu przenosi się z człowieka na człowieka. Wirus ten w bardzo krótkim czasie objął swoim zasięgiem inne państwa, a wkrótce rozprzestrzenił się na cały świat. W Polsce pierwsze udokumentowane zakażenia miały miejsce 4. marca 2020 r., a już 11 marca tegoż roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, World Health Organization) ogłosiła stan pandemii. Transmisja wirusa odbywa się drogą kropelkową, np. podczas kichania lub kaszlu, dotykając skażonej powierzchni, a następnie własnych oczu, ust lub nosa^{1,2}.

Źródłem zarażenia mogą być osoby, które nie mają żadnych objawów COVID-19 lub choroba jest w okresie wylęgania³. Duże ryzyko zachorowania na COVID-19 niesie za sobą: wspólne zamieszkiwanie z osobą zakażoną, bliski kontakt z odległości poniżej

¹ T. Dzieciatkowski, *Metody profilaktyki Covid-19*, „PZWL”, Warszawa 2021.

² A. Bednarek, *Aktualne dane naukowe na temat zakażenia nowym wirusem SARS-CoV-2 i choroby Covid-19*, w: *Procedury pielęgniarские w obliczu pandemii*, „Pielęgniarstwo i położnictwo”, PZWL, Warszawa 2020.

³ A. Wypych-Slusarska, *Behaviorus to trenghtem immune system In the Covid-19 pandemic*, red. M. Grot, M. Nigowski, www.doi.org/10.264444/ms/142528 [dostęp: 26.11.2021].

2 metrów, bezpośredni kontakt fizyczny, pozostawanie w zamkniętym pomieszczeniu powyżej 15 minut, brak stosowania zalecanych środków ochrony osobistej^{4,5}.

OBJAWY COVID-19

Choroba COVID-19 może mieć zróżnicowany przebieg, od postaci skąpoobjawowej do wieloobjawowej. Czas inkubacji, czyli okres od zakażenia do wystąpienia pierwszych objawów waha się od 2 do 14 dni. Do najbardziej charakterystycznych symptomów choroby można zaliczyć: gorączkę, dreszcze, trudności w oddychaniu, kaszel, duszność, osłabienie, bóle mięśniowo-stawowe, ból głowy, zmęczenie, ból w klatce piersiowej, utrata węchu i/lub smaku, biegunkę, nudności/wymioty, brak apetytu, ból brzucha, zapalenie spojówek^{6,7}. Objawy zakażenia u dzieci mogą być takie same jak u osób dorosłych, ale zdecydowanie częściej mają przebieg bezobjawowy lub skąpoobjawowy. Natomiast najbardziej narażone na ciężki przebieg zakażenia SARS-CoV-2 są osoby starsze oraz osoby z chorobami współistniejącymi, jak: niedobory odporności, nadciśnienie tętnicze, choroby układu krążenia, cukrzyca, przewlekłe choroby układu oddechowego, otyłość, choroba Parkinsona, a także choroby nowotworowe⁸.

POWIKŁANIA COVID-19

U większości pacjentów objawy zakażenia mijają po ustąpieniu ostrego okresu choroby, jednak u części z nich objawy utrzymują się przez kilka miesięcy – jest to tzw. zespół po COVID-19. Dolegliwości mają tendencję do zmiany w czasie, a także do nakładania się na siebie. Mogą dotyczyć jednego układu, narządu lub dotyczyć sfery psychicznej. Powikłania mogą wystąpić również u osób, które zakażenie SARS-CoV-2 przechodziły bezobjawowo. Najczęściej zgłaszane problemy w zespole po COVID-19 to: ból głowy, duszność, ból w klatce piersiowej, zaburzenia zakrzepowo-zatorowe, złe samopoczucie, zmęczenie, niezdolność do wykonywania codziennych zadań, zaburzenia poznawcze, tzw. mgła mózgową, problemy ze snem, frustracje, stres, drażliwość, arytmia czy wypadanie włosów.

Przyczyna, czas trwania oraz nasilenie tych dolegliwości zależne jest w dużej mierze od stanu ogólnego pacjenta oraz jego chorób współistniejących. Proces terapeutyczny powinien skupić się na interdyscyplinarnym spojrzeniu na pacjenta, leczeniu objawowym oraz rehabilitacji fizycznej i psychicznej⁹. Jest jednak grupa osób, u których wirus

⁴ Tamże.

⁵ C. Bieńkowski, M. Pokorska-Śpiewak, *Szczepienia przeciw Covid-19*, „Medycyna po Dyplomie”, nr 7/2021.

⁶ A. Wypych-Ślusarska, *Behaviorus...*

⁷ M. Solecka, *Zdrowie publiczne w erze pandemii*, „Medycyna Praktyczna”, www.mp.pl/covid19/covid19-aktualności/284420,zdrowie-publiczne-w-erze-pandemii; [dostęp: 12.11.2021].

⁸ T. Dzieciatkowski, *Metody...*

⁹ E. Bernatowska, *Szczepienia ochronne obowiązkowe i zalecane*, red. E. Grzesiowski, PZWL, Warszawa 2021, s. 73-4-75.

SARS-CoV-2 powoduje ciężki przebieg zakażenia pod postacią powikłań, które są bezpośrednim zagrożeniem życia, pod postacią ostrej niewydolności oddechowej, niewydolności wielonarządowej, czy sepsy¹⁰.

NARODOWY PROGRAM SZCZEPIEŃ PRZECIWIW COVID-19

Obok zachowania dystansu społecznego, noszenia maseczek oraz higieny i dezynfekcji rąk, to szczepienia są najlepszą i najskuteczniejszą metodą przeciw zakażeniu, zachorowaniu i ciężkiemu przebiegowi COVID-19¹¹. W związku z tym opracowany i wdrożony został Narodowy Program Szczepień, którego priorytetem jest „osiągnięcie poziomu zaszczepienia społeczeństwa umożliwiającego zapanowanie nad pandemią COVID-19 (...), przy jednoczesnym zachowaniu najwyższych standardów bezpieczeństwa”¹². Dokument ten obejmuje dziewięć rozdziałów, które zawierają istotne informacje dotyczące: skuteczności i bezpieczeństwa szczepionek; finansowania i procesu zakupu szczepionek; dystrybucji i logistyki; zaleceń medycznych oraz organizacji punktów szczepień; kolejności szczepień; komunikacji i edukacji publicznej; monitorowania przebiegu programu; podmiotów zaangażowanych w program.

Narodowy Program Szczepień ma umożliwić jak największej liczbie obywateli poddanie się szczepieniom, które są bezpieczne, skuteczne, dobrowolne oraz bezpłatne. Wytyczne zawarte w tym programie są elastyczne, ponieważ wiedza dotycząca wirusa SARS-Cov-2 i choroby COVID-19, szczepionek, a także programów szczepień wciąż ewaluuje i podlega ciągłym modyfikacjom¹³. Zmiany te zawarte są w wydawanych przez Ministra Zdrowia zarządzeniach i komunikatach, które są przesyłane do poszczególnych punktów szczepień.

KOLEJNOŚĆ SZCZEPIEŃ SPOŁECZNOŚCI

Narodowy Program Szczepień zawiera plan dotyczący kolejności szczepień dostępnymi preparatami. Wyodrębniono grupy, które są najbardziej narażone na zachorowanie na COVID-19 i podzielono ich na poszczególne etapy szczepienia.

Etap „0” obejmował osoby najbardziej narażone na zakażenie. Szczepienie tej grupy rozpoczęły się 27. grudnia 2020 roku szczepionką Comirnaty firmy Pfizer/Biontech¹⁴. Jednak w lutym 2021 roku nastąpiła przerwa w dostawie szczepionek i dlatego przerwano szczepienia osób z grupy „0”. Wznowiono je 08. marca 2021 roku szczepionką firmy AstraZeneca dla osób w wieku od 18. do 69. roku życia¹⁵. Do tej grupy należały osoby

¹⁰ A. Wypych-Ślusarska, *Behaviorus*...

¹¹ M. Solecka, *Zdrowie*....

¹² Ministerstwo Zdrowia, *Narodowy Program Szczepień przeciw Covid-19*, www.gov.pl/web/szczepimysie/narodowy-program-szczepien-przeciw-covid-19; [dostęp: 15.11.2021].

¹³ Tamże.

¹⁴ C. Bieńkowski, *Szczepienia*...

¹⁵ Komunikat MZ dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 09.03.2021 r., dotyczący szczepienia osób w wieku 69 lat.

z sektora ochrony zdrowia, farmaceuci, pracownicy Domów Opieki Społecznej oraz Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej, pracownicy Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych, pracownicy prywatnych Zakładów Opieki Zdrowotnej. Do tego etapu zostali również włączeni rodzice wcześniaków przebywających na Oddziałach Intensywnej Terapii i Patologii Noworodka¹⁶.

Etap „I”. Do tej grupy zostały włączone osoby powyżej 60. roku życia, zaczynając od najstarszych, czyli pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej oraz Zakładów Opieki Leczniczej, a także służby mundurowe i nauczyciele. Nauczyciele, służby mundurowe oraz osoby od 60. do 69. r.ż. mieli dedykowaną szczepionkę firmy AstraZeneca¹⁷.

Etap „IB”. Do tej grupy należeli pacjenci z możliwością ciężkiego przebiegu COVID-19, po ukończeniu 60. r.ż. Były to osoby, u których zdiagnozowano chorobę nowotworową, osoby po przeszczepie narządów lub komórek – mające wdrożone leczenie immunosupresyjne albo oczekujące na przeszczep, także pacjenci poddawani przewlekłej wentylacji mechanicznej oraz dializowani z powodu przewlekłej niewydolności nerek. Dla pacjentów z grupy „IB” zarezerwowane były szczepionki firmy Moderna oraz Pfizer/Biontech¹⁸.

Etap „II”. Do tego etapu włączeni zostali pacjenci poniżej 60. r.ż. z chorobami przewlekłymi lub w trakcie diagnostyki i leczenia, wymagające częstego kontaktu z placówkami ochrony zdrowia. W tej grupie były również osoby zapewniające bezpośrednio funkcjonowanie podstawowej działalności państwa i narażone na częste kontakty społeczne¹⁹.

Etap „III”. W ramach tego etapu uzyskały możliwość zaszczepienia się dowolną, dostępną w Punkcie Szczepień szczepionką wszystkie osoby powyżej 18. r.ż. oraz obcokrajowcy posiadający prawo do czasowego lub stałego pobytu na terytorium Polski²⁰. Grupy wiekowe zostały rozszerzone, najpierw dla młodzieży 15-17. lat, a następnie od 12. r.ż. a od grudnia 2021 r. o dzieci od 5 r.ż²¹.

Dnia 22. września 2021 roku Minister Zdrowia wydał komunikat dotyczący szczepień dawką przypominającą po upływie minimum 180. dni po szczepieniu podstawowym (osoby z etapu „0”) lub dawką dodatkową uzupełniającą po 28. dniach od szczepienia schematem

¹⁶ Komunikat MZ dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 02.03.2021 r., dotyczący szczepienia grupy „0”) w okresie 08-23.03.2021r.

¹⁷ Komunikat MZ dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 01.04.2021 r., dotyczący szczepienia pacjentów poniżej 70 roku życia.

¹⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 14.05.2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. 2021, poz.905).

¹⁹ Komunikat MZ dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 02.03.2021 r., dotyczący szczepienia grupy „0”) w okresie 08-23.03.2021r.

²⁰ J. Kapusta, *Rehabilitacja po przebytych Covid-19*, „Medycyna po Dyplomie” nr 11/2021, www.podyplomie.pl/medycyna/36842,rehabilitacja-po-przebyciu-covid-19, [dostęp: 23.11.2021].

²¹ Komunikat MZ dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 08.06.2021 r., dotyczący przeprowadzania kwalifikacji do szczepienia dzieci w wieku 12-15 lat przez lekarza.

podstawowym (osoby z etapu „IB”). Niezależnie od tego, jaka szczepionka była podana w schemacie podstawowym, szczepienie przypominające lub dodatkowe wykonywane było szczepionką Comirnaty firmy Pfizer/Biontech, lub preparatem Spikevax firmy Moderna²². W następnym komunikacie, który został przesłany do Punktu Szczepień poinformowano o możliwości szczepienia dawką przypominającą lub dodatkową całej dorosłej populacji, pod warunkiem, że od szczepienia schematem podstawowym minęło 180 dni, albo 28. dni w przypadku szczepienia dodatkowego²³. Kolejny komunikat zawierał informację dotyczącą skrócenia czasu pomiędzy szczepieniem wykonanym schematem podstawowym a dawką przypominającą do 150. dni, dla osób, które ukończyły 50. rok życia²⁴.

Sposoby kwalifikacji do szczepień

Przed każdym szczepieniem należało przeprowadzić badanie kwalifikacyjne, którego celem było wykluczenie przeciwwskazania do szczepienia oraz zapobieganie ewentualnym odczynom poszczepiennym. Z chwilą rozpoczęcia szczepień przeciw COVID-19 uprawnionymi do przeprowadzenia tego badania byli lekarze. W momencie zwiększonych dostaw szczepionek, a tym samym przyspieszenia procesu szczepień, uprawnienia do przeprowadzania badania kwalifikacyjnego uzyskały inne osoby reprezentujące zawody medyczne, które posiadają prawo wykonywania zawodu. Do tej grup należeli: lekarz dentyista, pielęgniarka, położna, felczer, higienistka szkolna, fizjoterapeuta, farmaceuta, diagnosta laboratoryjny, pod warunkiem uzyskania potwierdzenia o ukończeniu szkolenia teoretycznego na platformie e-learningowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP), a także osoby kształcące się na V. albo VI. roku studiów lekarskich lub na III. roku studiów pielęgniarskich pierwszego stopnia, które uzyskały potwierdzenie posiadania umiejętności kwalifikacji do szczepień, wydane przez uczelnię – te osoby przeprowadzały kwalifikacje pod nadzorem lekarza²⁵. Jednak z chwilą rozpoczęcia programu szczepień dla młodzieży od 12. r.ż., a obecnie od 5. r.ż. Minister Zdrowia (MZ) wydał komunikat, w którym informuje, że badanie kwalifikacyjne dla osób w wieku od 12. do 15. roku życia może przeprowadzić tylko lekarz²⁶.

Podstawą badania kwalifikacyjnego jest wypełniony przez pacjenta „kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego osoby dorosłej przeciw COVID-19”, a w przypadku

²² Komunikat nr 14 MZ dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 28.10.2021 r. dotyczący szczepień przeciw Covid-19 dawką przypominającą oraz dodatkową.

²³ Komunikat MZ dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 25.11.2021 r., dotyczący szczepienia dawką przypominającą osób 50+ po 5. miesiącach od zakończenia szczepień podstawowych.

²⁴ Tamże.

²⁵ *Rozporządzenie MZ z dn. 09.04.2021r. w sprawie osób przeprowadzających badanie kwalifikacyjne i szczepienia ochronne przeciwko Covid-19* (Dz. U. 2021, poz. 668).

²⁶ Komunikat nr 15 MZ dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 13.12.2021 r. dotyczący szczepień przeciw Covid-19 dzieci 5-11 lat.

osoby nieletniej „kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego osoby niepełnoletniej” wypełnia jego opiekun. Kwestionariusz podzielony jest na dwie części. Pierwsza zawiera 7 pytań wstępnych, dotyczących ostatnich 14. dni i pozwala na wskazanie osób, które nie powinny być w danym momencie zaszczepione, bądź niedawno przechodziły ostrą infekcję, w tym COVID-19. Jeżeli odpowiedź na chociażby jedno z pytań jest „tak” – pacjent powinien zostać zdyskwalifikowany i mieć wyznaczony inny termin szczepienia. Druga część kwestionariusza, to pytania dotyczące ogólnego stanu zdrowia, chorób przewlekłych, reakcji alergicznych, przyjmowanych leków, ciąży, karmienia piersią. Odpowiedź twierdząca, wymaga dodatkowego wyjaśnienia, a w przypadku wątpliwości wymaga przeprowadzenia kwalifikacji przez lekarza.

Kwalifikacja do szczepień ozdrowieńców, po przebytych COVID-19, oprócz wypełnienia kwestionariusza przez pacjenta nie wymaga specjalnego badania. Szczepienie obecnie może odbyć się po 30. dniach od uzyskanego dodatniego wyniku testu przeciw wirusowi SARS-CoV-2. Gdy do zakażenia dojdzie między pierwszą a drugą dawką szczepienia, to drugą dawkę należy przyjąć nie wcześniej niż po upływie 30. dni od dodatniego wyniku testu oraz po ustąpieniu objawów choroby COVID-19. Zakażenie SARS-CoV-2 nie jest przeciwwskazaniem do szczepienia, jedynie tylko wydłużone jest w czasie²⁷.

RODZAJE SZCZEPIONEK PRZECIW COVID-19

Do walki z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 i ciężkim przebiegiem choroby COVID-19 są dostępne dwa rodzaje preparatów: szczepionki wykorzystujące technologię mRNA oraz preparaty wektorowe.

Produkt Comirnaty wytwarzany przez firmę Pfizer/Biontech, jest preparatem mRNA. Oznacza to, że informacja zawarta w RNA ze zmodyfikowanymi nukleozydami zawartymi w szczepionce jest zamknięta w nanocząsteczkach lipidowych, co pozwala na przenikanie niereplikującego się RNA do komórek gospodarza, co pozwala na przejściową ekspresję antygeny S wirusa. Podanie preparatu wywołuje odpowiedź immunologiczną, powodującą wytworzenie przeciwciał oraz odpowiedź komórkową, która może wpływać na ochronę przed zachorowaniem na COVID-19. Preparat jest przeznaczony do uodparniania osób od 12. roku życia, a od 17. grudnia 2021 r. szczepionkę można podawać dzieciom od 5 r.ż., w dawce 10 mikrogramów. Opakowanie preparatu Comirnaty jest wielodawkowe i jest możliwe do podania po rozcieńczeniu 0,9% soli fizjologicznej (NaCl). Z jednej fiolki uzyskuje się 6 dawek szczepionki lub więcej z nadwyżki technologicznej, a każda z nich zawiera 30 mikrogramów preparatu (0,3 ml), które podać należy domięśniowo. Szczepionkę w takiej postaci można przechowywać w lodówce, w temp. od 2-8⁰ C, przez 6 godzin. Schemat szczepienia powyższym preparatem wymaga podania dwóch dawek w szczepieniu podstawowym. W czasie trwania Narodowego Programu

²⁷ Komunikat MZ dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 13.04.2021 r, dotyczący szczepienia przeciw Covid-19 ozdrowieńców.

Szczepień odstępy między dawkami zmieniały się, obecnie wynosi 21. dni, co regulowały rozporządzenia i komunikaty MZ. Szczepionkę Comirnaty podaje się również jako dawkę przypominającą dla osób, które ukończyły 18. rok życia, w dawce 30 mikrogramów²⁸.

Drugim preparatem na bazie mRNA jest szczepionka Spikevax, wytwarzana przez firmę Moderna. Jest wskazana do uodparniania osób powyżej 12. roku życia. Fiolka zawiera 10 gotowych dawek po 100 mikrogramów (0,5 ml) informacyjnego RNA, zawieszzonego w nanocząsteczkach lipidowych. Preparat podaje się domięśniowo w schemacie dwudawkowym, w określonym odstępie czasu – obecnie 28. dni. Jest również podawany jako dawka przypominająca, w dawce 50 mikrogramów (0,25 ml), czyli połowę dawki schematu podstawowego²⁹.

Szczepionką z innej grupy jest preparat Vaxzeriva firmy AstraZeneca. Składa się z pojedynczego, rekombinowanego, który nie podlega replikacji szympaniego wektora adenowirusowego, kodującego glikoproteinę S wirusa SARS-CoV-2. Po podaniu następuje synteza glikoproteiny S wirusa i dochodzi do wytworzenia przeciwciał neutralizujących i uaktywnienie komórkowej odpowiedzi immunologicznej, co może chronić przed zachorowaniem na COVID-19³⁰. Fiolka zawiera 10 gotowych dawek po 0,5 ml, nie wymaga rozcieńczenia. Jest podawana domięśniowo w dwóch dawkach, w odstępie czasowym 28. dni. Preparat wskazany do uodparniania osób, które ukończyły 18. r.ż.³¹

Innym, podobnym preparatem jest szczepionka Vaccine Janssen firmy Johnson&Johnson. Składa się z pozbawionego możliwości replikacji, rekombinowanego ludzkiego wektora adenowirusowego, kodującego glikoproteinę kolca wirusa w utrwalonej konformacji. Po podaniu aktywuje neutralizujące oraz funkcjonalne przeciwciała, co może wpływać na ochronę przed zachorowaniem na COVID-19. Jest to preparat jednodawkowy, podawany domięśniowo, przeznaczony do uodparniania osób, które ukończyły 18. r.ż. Fiolka zawiera 5 dawek po 0,5 ml, nie wymaga rozcieńczenia³². Od dnia 03. stycznia 2022 roku, decyzją MZ preparat Janssen może być również podawany jako dawka przypominająca dla osób dorosłych, które wcześniej przyjęły tę szczepionkę po upływie dwóch miesięcy, dla pozostałych po upływie 150. dni po szczepieniu schematem podstawowym.

²⁸ *Charakterystyka Produktu Leczniczego szczepionki Comirnaty firmy Pfizer/Biontech*, www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_pl.pdf; [dostęp: 15.11.2021].

²⁹ *Charakterystyka produktu leczniczego szczepionki Spikevax firmy Moderna*, www.ema.europa.eu/spikevax-previously-covid-19-moderna-epar-product-information_pl.pdf; [dostęp: 15.11.2021].

³⁰ Komunikat nr 2 MZ dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 11.02.2021 r., dotyczący szczepionki przeciw Covid-19 Vaccine AstraZeneca.

³¹ Komunikat nr 7 MZ dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 15.05.2021 r., dotyczący schematów szczepień przeciw Covid-19 preparatami AstraZeneca, Pfizer/Biontech oraz Moderna.

³² *Charakterystyka produktu leczniczego szczepionki Janssen firmy Johnson&Johnson*, www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/covid-19-vaccine-janssen-epar-product-information_pl.pdf; [dostęp: 15.11.2021].

Po zrealizowaniu podstawowego schematu szczepień preparatami wektorowymi, należy podać dawkę przypominającą po 180. dniach lub w przypadku ukończenia 50. lat – po 150. dniach preparatem mRNA. Obecnie dla osób, które ukończyły 18 r.ż., dawka przypominająca może być podana po upływie 150. dni³³.

RYZIKO WYSTĄPIENIA NIEPOŻĄDANYCH ODCZYŃÓW POSZCZEPIENIENNYCH

Niepożądanym odczynem poszczepiennym (NOP) to nieprawidłowa reakcja organizmu na podanie szczepionki, występujące do 4 tygodni po szczepieniu. Łagodne reakcje to: gorączka, dreszcze, ból, obrzęk, zaczerwienienie w miejscu podania szczepionki; ból i zawroty głowy, osłabienie, zmęczenie, bóle mięśniowo-stawowe, biegunka, nudności, wymioty; wysypka³⁴.

Zazwyczaj objawy ustępują w ciągu kilku godzin lub dni i nie wymagają leczenia. Jeżeli reakcja ta wystąpiła po podaniu pierwszej dawki, to drugą dawkę szczepionki można przyjąć w przewidzianym terminie według karty charakterystyki produktu leczniczego (ChPL) oraz rozporządzeń i komunikatów MZ³⁵.

Po podaniu szczepionki przeciw COVID-19 mogą wystąpić również ciężkie reakcje, do których zaliczają się: zapalenie mięśnia sercowego, zapalenie osierdzia, wstrząs anafilaktyczny, zakrzepica, małopłytkowość, zespół pręsiąkania włósniczek, żylna choroba zakrzepowo-zatorowa³⁶.

Ciężkie zaburzenia poszczepienne wymagają wdrożenia specjalistycznego leczenia. Jeżeli NOP wystąpiły po pierwszej dawce, a w szczególności reakcja anafilaktyczna, należy rozważyć zasadność podania drugiej dawki tego samego preparatu. Rekomendacją jest szczepienie innym produktem, np. jeżeli pacjent był zaszczepiony pierwszą dawką szczepionką Vaxzeriva i wystąpił epizod anafilaksji, to jako drugą dawkę należy podać szczepionkę mRNA: Comirnaty lub Spikevax i odwrotnie z zachowaniem odstępu przewidzianego w CHPL danego preparatu. O podaniu innego preparatu decyduje lekarz, na podstawie odnotowanego NOP-u oraz korzyści płynących z zakończenia schematu szczepień^{37,38}. Każdy niepożądanym odczyn poszczepienny powinien być udokumentowany oraz zgłoszony

³³ Komunikat nr 17 MZ dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na Służbową skrzynkę mailową dn. 28.12.2021 r., dotyczący schematów mieszanych dla szczepień przeciw Covid-19.

³⁴ Ministerstwo Zdrowia, *NOP – niepożądanym odczyn poszczepienny. Czym jest jak często występuje*, www.gov.pl/web/szczepimysie/niepozadane-odczyny-poszczepienne, [dostęp: 25.11.2021].

³⁵ Tamże.

³⁶ Tamże.

³⁷ A. Matyja, *Stanowisko nr 5 Forum Naukowego Covid-19 Naczelnej Izby Lekarskiej z dn. 21.06.2021 r.*, komunikat otrzymany z NFZ ze Szczecina dn. 22.06.2021 r. na służbową skrzynkę mailową

³⁸ A. Horban, *Stanowisko Rady Medycznej z dn. 06.07.2021 r. w sprawie szczepienia po powikłaniu po pierwszej dawce*, komunikat otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 06.07.2021 r.

do Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej przez lekarza, w ciągu 24 godzin od rozpoznania, za pomocą aplikacji gabinet.gov.pl., lub metodą tradycyjną – na Karcie Zgłoszenia NOP³⁹.

ORGANIZACJA PUNKTU SZCZEPIEŃ

Każdy punkt szczepień musi być odpowiednio oznaczony, według jednolitych wytycznych. Należy zwrócić szczególną uwagę na przestrzeganie reżimu sanitarnego przez osoby oczekujące na szczepienie. Pożądane jest wyeksponowanie informacji dotyczących zakrywania nosa i ust, zachowania dystansu, dezynfekcji rąk – według zasady: dystans, dezynfekcja, maseczka (DDM)⁴⁰.

Dostęp do szczepień przeciw COVID-19 jest powszechny, tzn. każda chętna osoba może zostać zaszczepiona w wybranym przez siebie punkcie szczepień, pod warunkiem posiadania ważnego e-skierowania. Generowane jest automatycznie, w systemie P-1 i ma ważność trzy miesiące. W razie jego braku, e-skierowanie może wystawić lekarz rodzinny lub kwalifikujący do szczepienia. Aby osoba mogła zarejestrować się na pierwszą dawkę szczepienia obowiązują kanały zapisów: kontakt telefoniczny lub bezpośredni, infolinia, IKP, SMS. Po zarejestrowaniu wyznaczany jest termin i godzina szczepienia. Termin i godzina drugiej dawki ustalana jest automatycznie, w tym samym punkcie szczepień. Wraz ze wzrostem dostępności szczepionek możliwe jest szczepienie osób zgłaszających się bezpośrednio do punktu⁴¹.

Szczepienie dokumentuje się wypełniając e-kartę szczepień, w systemie gabinet.gov.pl oraz zaznaczając w systemie e-rejestracja obecność pacjenta. Uzupełnienie e-karty szczepień w zakresie kwalifikacji oraz wykonanego szczepienia wraz z podpisem osoby wykonującej należy wprowadzić w ciągu 24 godzin od jego wykonania⁴².

Szczepienia przeprowadza, tzw. zespół szczepiący, w którego skład wchodzi: 1-2 osoby kwalifikujące i wykonujące szczepienie, pracownik administracyjny/osoba kierująca ruchem i pilnująca przestrzegania zasad reżimu sanitarnego, jeden lekarz na cztery zespoły szczepiące⁴³.

Po zakończeniu szczepienia schematem podstawowym, pacjent ma prawo otrzymać nieodpłatnie wydrukowany Unijny Certyfikat Covid (UCC), który jest ważny przez jeden rok i jest przedłużany na okres jednego roku po szczepieniu dawką przypominającą⁴⁴.

³⁹ Ministerstwo Zdrowia, *NOP...*

⁴⁰ Komunikat MZ dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 29.03.2021r., dotyczący przestrzegania zasad reżimu sanitarnego przez pacjentów czekających na szczepienie.

⁴¹ Komunikat z Centrum e-Zdrowie dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 22.01.2021 r. dotyczący szczepień w systemie P-1 i systemie e-rejestracji.

⁴² Tamże.

⁴³ Ministerstwo Zdrowia, *Narodowy...*

⁴⁴ Komunikat MZ dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 13.11.2021 r. dotyczący wydłużenia Unijnych Certyfikatów Covid po przyjęciu dawki przypominającej.

CEL PRACY

Celem pracy była analiza wyszczepialności populacji powiatu białogardzkiego przeciw chorobie COVID-19, na przykładzie Punktu Szczepień Powszechnych Regionalnego Centrum Medycznego w Białogardzie.

MATERIAŁ I METODYKA

W niniejszej pracy posłużono się metodą analizy dokumentacji medycznej, określonej również jako dokumentoskopia. Badanie dokumentów służy osobie badającej do zgromadzenia informacji wstępnych, ilościowych oraz jakościowych o interesującym ją zjawisku.

Formą uznaną w medycynie i pielęgniarstwie jest przegląd systematyczny i metaanaliza. Według Lenartowicz i Kózki „*przegląd systematyczny polega na jakościowym przeglądzie wszystkich badań dotyczących tego samego pytania klinicznego (...) z użyciem odpowiednich metod zmniejszających błąd statystyczny*”. Natomiast metaanaliza, którą wykorzystano w pracy, to ilościowe połączenie efektu wszystkich wiarygodnych badań, które dotyczą tego samego pytania klinicznego za pomocą metody statystycznej. Dzięki metaanalizie jest możliwość porównania liczby wyników istotnych oraz mało ważnych, uśrednić indywidualne ilorazy szans, a także sprecyzować całkowity iloraz możliwości na podstawie sumy⁴⁵.

Do analizy dokumentacji wykorzystano technikę nowoczesną – analizę ilościową. Stosując tą technikę określono zakres materiału, który był płaszczyzną analizy, a także najważniejsze problemy będące jej przedmiotem. Dokładnie przemyślano analizę rodzaju dokumentów, które były niezbędne do wyjaśnienia danego problemu. Określono problemy badawcze, a także zdefiniowano zjawiska ważnych dla osoby badającej, co stanowi bazową cechę nowoczesnych technik analizy dokumentacji⁴⁶.

Materiałem do badań własnych była dokumentacja medyczna, populacji powiatu białogardzkiego, w wieku od 5. do 98. roku życia, która poddała się szczepieniom przeciw COVID-19 w Punkcie Szczepień Regionalnego Centrum Medycznego w Białogardzie.

Narzędziem badawczym była analiza dokumentacji elektronicznej punktu szczepień oraz kwestionariusze wypełnione przez pacjentów. Są to: program e-gabinet; program e-rejestracja; e-karta szczepień; kwestionariusz wstępnej kwalifikacji przed szczepieniem.

WYNIKI BADAŃ

Badana grupa osób w pełni zaszczepionych (74,4%; n=6685), w wybranym punkcie stanowi 14,2% całej populacji powiatu białogardzkiego (n=47100), natomiast 46,9% (n=22093) osób było w pełni zaszczepione w całym powiecie białogardzkim. Osoby w pełni zaszczepione w badanym punkcie stanowiły 30,3% wszystkich, w pełni zaszczepionych w powiecie.

⁴⁵ H. Lenartowicz, *Metodologia badań w pielęgniarstwie*, red. M. Kózka, Warszawa, PZWL 2010, s. 97-135.

⁴⁶ Tamże.

W wybranym do badania punkcie poddane szczepieniu kobiety (n=4465) stanowiły 18,6% wszystkich kobiet w populacji powiatu (n=23968). W grupie mężczyzn zaszczepieni w wybranym punkcie (n=3938), stanowili 17% ludności płci męskiej powiatu białogardzkiego (n=23132). Zaszczepionych trzema dawkami było 11,8% (n=1066) uczestników badania, w tym 12,7% (n=603) kobiet i 10,9% (n=463) mężczyzn. Dwoma dawkami zaszczepiono 60% (n=5390) osób i było to 56,3% (n=2383) mężczyzn i 63,2% (n=3007) kobiet. Natomiast jedną dawkę przyjęło 28,2% (n=2534) pacjentów i w tej grupie znalazło się 24,1% (n=1146) kobiet i 32,8% (n=1388) mężczyzn.

We wszystkich grupach wiekowych dominowało przyjęcie dwóch dawek szczepionki przeciw COVID-19. Wśród osób, które przyjęły jedną dawkę szczepienia w badanym punkcie najliczniejszą grupę (19,6%, n=496), stanowiły osoby w wieku od 40. do 49. roku życia. Podobnie było w grupie, która została zaszczepiona dwoma dawkami (21,4%; n=1155). Największą grupą (33,2%; n=354), która przyjęła trzy dawki szczepionki były osoby w wieku od 60. do 69. roku życia, natomiast najmniejszy odsetek osób zaszczepionych trzema dawkami były osoby od 18. do 29. roku życia (0,8%; n=9).

Wśród osób aktywnych zawodowo 31% (n = 1889) przyjęło jedną dawkę szczepionki, 60,4% (n=3676) dwie dawki, natomiast 8,6% (n=524) trzy dawki szczepienia przeciw COVID-19. W grupie osób nieaktywnych zawodowo jedną dawką zaszczepiono 20,3% (n=451) osób, dwoma dawkami 55,3% (n=1229) badanej grupy, a trzema dawkami 24,4% (n=541) osób.

Wśród uczniów, jedną dawką zaszczepiono 28,5% (n=194) osób, dwie dawki przyjęło 71,3% (n = 485) osób, natomiast trzy dawki 0,1% (n = 1) uczniów.

Personel ochrony zdrowia został zaszczepiony jedną dawką w 3,3% (n=19), dwoma dawkami w 67,1% (n=381), natomiast trzema dawkami zaszczepionych zostało 29,6% (n=168) pracowników.

W grupie nauczycieli 4,7% (n=24) zostało zaszczepionych jedną dawką, 78,7% (n=402) dwoma dawkami, natomiast 16,6% (n=85) trzema dawkami szczepionki.

Służby mundurowe, w tym pracownicy formacji policyjnej w 7,3% (n=4) przyjęły jedną dawkę szczepionki, w 81,8% (n=45) dwie dawki, natomiast 10,9% (n=6) pracowników policyjnych przyjęło trzy dawki szczepionki. Wśród zaszczepionych strażaków 4,5% (n=3) otrzymało jedną dawkę szczepionki, 79,1% (n=53) dwie dawki, natomiast 16,4% (n=11) trzy dawki szczepienia.

Cudzoziemcy szczepieni jedną dawką stanowili 69,4% (n=75), dwie dawki przyjęło 30,6% (n=33) obcokrajowców, natomiast trzema dawkami nie zaszczepiono żadnej osoby obcego pochodzenia.

W grupie pozostałych osób, które skorzystały ze szczepień w badanym punkcie 31,4% (n=2409) otrzymało jedną dawkę szczepionki, 58,3% (n=4476) dwie dawki szczepionki, natomiast 10,3% (n=796) trzy dawki.

W grupie pracowników ochrony zdrowia 37,3% (n=212) osób wybrało szczepienie preparatem firmy AstraZeneca, natomiast 62,7% (n=356) wolało szczepionkę firmy Pfizer. Natomiast wśród nauczycieli, najpopularniejsza była szczepionka firmy AstraZeneca, którą zaszczepiło się 97,3% (n=497) osób, a 2,7% (n=14) wybrało firmę Pfizer. Policjanci szczepieni w wybranym punkcie szczepień w 100% (n=55) zdecydowali się na preparat firmy AstraZeneca. W grupie strażaków tą firmę wybrało 97% (n=65) osób, natomiast 3% (n=2) zdecydowało się na szczepienie produktem firmy Pfizer. Cudzoziemcy w 58,3% (n=63) byli szczepieni preparatem firmy Johnson&Johnson, a w 41,7% (n=45) szczepionką firmy Pfizer. Wśród pozostałej zaszczepionej w punkcie populacji 73,3% (n=5457) wybrało szczepionkę firmy Pfizer, 1,4% (n=105) Modernę, 17,7% (n=1317) osób zdecydowało się na szczepienie produktem firmy J&J, natomiast 7,6% (n=564) pacjentów było zaszczepionych preparatem firmy AstraZeneca.

Szczepionki firmy AstraZeneca wybierali najczęściej nauczyciele, policjanci i strażacy, natomiast szczepionką J&J oraz Moderna nie zaszczepił się nikt z osób wykonujących wymieniony zawód, a także medycy. Szczepionka Johnson&Johnson była popularna wśród cudzoziemców oraz pozostałej populacji.

W grupie osób, które skorzystały ze szczepień w badanym punkcie podano łącznie 16512 dawek szczepionki przeciw COVID-19, w tym 73,6% (n=12151) dawek szczepionki firmy Pfizer, 16,8% (n=2771) dawek szczepionki AstraZeneca, 1,3% (n=210) dawek szczepionki Moderna oraz 8,3% (n=1380) dawek szczepionki firmy Johnson&Johnson.

W badanym punkcie szczepień pierwszą dawkę szczepienia przeciw COVID-19 przyjęło 97,4% (n=8752) badanych. Jako pierwszą dawkę najczęściej (67,1%; n=5874) osób wybierało szczepionkę firmy Pfizer, w tym 68,6% (n=3192) kobiet i 65,4% (n=2682) mężczyzn. Szczepionkę firmy AstraZeneca wybrało 15,9% (n=1393) uczestników, w tym 18,2% (n=846) kobiet i 13,3% (n=547) mężczyzn. Szczepionkę firmy Johnson&Johnson wybrało 8,3% (n=1380) osób, w tym 12,1% (n=563) kobiet i 20% (n=817) mężczyzn, natomiast 1,2% (n=105) osób w pierwszej dawce zostało zaszczepionych szczepionką Moderna, w tym 1,1% (n=50) kobiet i 1,3% (n=55) mężczyzn.

Jedyną szczepionką w grupie najmłodszych, nieletnich uczestników była szczepionka firmy Pfizer (100%; n=570). W grupie wiekowej od 18. do 29. roku życia szczepionka firmy Pfizer została podana 55,8% (n=561) pacjentom, szczepionka firmy AstraZeneca 6,8% (n=68) osobom, szczepionkę firmy J&J wybrało 37,3% (n=375) osób, natomiast Modernę wybrało 0,1% (n=1) pacjent. W grupie wiekowej od 30. do 39. roku życia szczepionka firmy Pfizer została podana 56,4% (n=713) pacjentom, szczepionka firmy AstraZeneca 16,4% (n=208) osobom, szczepionkę firmy J&J wybrało 26,8% (n=339) osób, natomiast Modernę wybrało 0,4% (n=5) pacjentów. W grupie wiekowej od 60. do 69. roku życia 64,4% (n = 1021) osób wybrało szczepionkę firmy Pfizer, 27,1% (n=430) firmy AstraZeneca, 6,2% (n=98) osób wybrało szczepionkę firmy J&J, natomiast 2,3%

(n=37) pacjentów zdecydowało się na Modernę. W najstarszej grupie wiekowej osoby od 80. do 98. roku życia w 99% (n=193) wybrały szczepienie preparatem firmy Pfizer, natomiast 1% (n=2) szczepionką firmy J&J.

Szczepionka firmy Pfizer cieszyła się największym powodzeniem w grupie osób od 30. do 69. roku życia. Szczepionka firmy AstraZeneca i Moderna była popularna wśród badanych w grupach wiekowych od 40. do 69. roku życia. Jednodawkowa szczepionka firmy Johnson&Johnson, cieszyła się popularnością wśród osób w wieku od 18. do 49. lat.

Osoby aktywne zawodowo w 18,1% (n=1070) wybrały do szczepień przeciw COVID-19 szczepionkę firmy AstraZeneca, w 21,6% (n=1279) wybrały szczepienie jednodawkowe firmy J&J, 1,3% (n=79) osób wolało szczepienie Moderną, natomiast 59% (n=3493) osób aktywnych zawodowo zostało zaszczepionych produktem firmy Pfizer.

W grupie osób nieaktywnych zawodowo na szczepienie preparatem producenta AstraZeneca zdecydowało się 14,8% (n=322) grupy, na szczepionkę firmy J&J zdecydowało się 3,8% (n=82) osoby, Moderną zostało zaszczepionych 1,3% (n=29) pacjentów, natomiast preparat firmy Pfizer wybrało 80,1% (n=1742) osób nieaktywnych zawodowo.

W grupie uczących się ze szczepionki firmy Pfizer skorzystało 97% (n=639) osób, 2,9% (n=19) uczniów wybrało szczepienie preparatem firmy J&J, natomiast 0,1% (n=1) szczepionkę firmy AstraZeneca.

Badanie porównania wyboru producenta szczepionki, w podziale uczestników badania według aktywności zawodowej wykazało istotną różnicę pomiędzy grupami ($p < 0,000001$). Osoby aktywne zawodowo korzystały z każdego rodzaju dostępnych szczepionek, natomiast uczniowie nie korzystali ze szczepień Moderną. Ta była popularna wśród osób aktywnych i nieaktywnych zawodowo.

DYSKUSJA

Celem niniejszej pracy było zbadanie poziomu wyszczepienia populacji powiatu białogardzkiego przeciw Covid-19, która poddała się szczepieniom w Punkcie Szczepień przy Regionalnym Centrum Medycznym w Białogardzie.

Badania były prowadzone od 11. stycznia 2021 roku do 31. grudnia 2021 roku i zostały nimi objęta grupa mieszkańców powiatu białogardzkiego, z których najmłodsza osoba miała 5. lat, najstarsza – 98. lat, a średnia wieku wyniosła 48. lat. Grupę podzielono według wieku, płci, wykonywanego zawodu, rodzaju oraz liczby dawek przyjętej szczepionki.

Nieco ponad 30% zostało zaszczepionych wszystkich mieszkańców powiatu białogardzkiego we wszystkich punktach szczepień, natomiast z analizy przeprowadzonych badań własnych wynika, że w Punkcie Szczepień Regionalnego Centrum Medycznego w Białogardzie zostało poddane szczepieniom ponad 14% populacji powiatu, co stanowi niemal ½ wszystkich szczepień wykonanych w całym powiecie białogardzkim. Według Głównego Urzędu Statystycznego, na dzień 31. grudnia 2021 roku, mniej

niż połowa mężczyzn i kobiet, zamieszkująca powiat przyjęła szczepienie przeciw Covid-19⁴⁷. Jest to wynik poniżej poziomu, w pełni zaszczepionych osób w Polsce, bowiem ten wynosi ponad 50%. Dla porównania w województwie wielkopolskim szczepienia przyjęło powyżej 52% osób⁴⁸. Inaczej ma się rzecz w stosunku do innych państw, gdzie poziom wyszczepialności, np. w Chinach i Malcie wyniósł niemal 80% populacji, w Indiach prawie 60%, natomiast w Stanach Zjednoczonych około 50%, a na całym świecie wyszczepialność wyniosła niemal 60%⁴⁹.

Jeżeli chodzi o podział populacji ze względu na płeć, to w badanym Punkcie Szczepień kobiety stanowiły ponad 60%, a mężczyźni niewiele powyżej 50% zaszczepionych osób. Dla porównania w województwie wielkopolskim, w tym okresie było zaszczepione około 54% osób płci żeńskiej i niemal 51% osób płci męskiej⁵⁰.

Najwięcej osób zaszczepionych dwoma dawkami jest w wieku 40-49 lat, nieco powyżej 20%, a najmniej w wieku 80-89. lat i stanowi to tylko 2% populacji zaszczepionej w badanym Punkcie Szczepień. Inaczej jest, jeśli chodzi o szczepienia przypominające. Dawkę przypominającą przyjęło najwięcej osób w wieku 60-69. lat i jest to około 33%, a najmniej w przedziale wiekowym 20-29. lat, i jest to niecały 1,0%. Ten wynik ma swoje odbicie we wspomnianym wcześniej województwie wielkopolskim, tam również największą zaszczepioną grupą były osoby w wieku 60-69. lat, a najmniej chętne do przyjęcia preparatu były osoby młode, poniżej 30. roku życia⁵¹.

Badania wykazały też, że osoby aktywne zawodowo częściej przyjmowały preparat jednodawkowy, a uczniowie i osoby niepracujące wybierały preparat dwudawkowy.

Poziom wyszczepialności przeciw COVID-19, w badanym Punkcie Szczepień został przeprowadzony również wśród grup zawodowych, z których wyróżniono pracowników medycznych, nauczycieli, policjantów oraz strażaków. Dwie dawki szczepionki przyjęło ponad 67% personelu medycznego, prawie po 80% nauczycieli, policjantów i strażaków. Cudzoziemcy stanowili nieco ponad 30%. Niewiele ponad 10% z tej grupy przyjęło dawkę przypominającą.

Według czasopisma „Puls Medycyny”, w całym kraju poddało się szczepieniom ponad 80% medyków i nauczycieli, niecałe 75% policjantów i niewiele ponad połowa strażaków. Pracownicy ochrony zdrowia najczęściej szczepieni byli szczepionką Comirnaty firmy Pfizer – ponad 60%, natomiast nauczyciele, policjanci i strażacy w większości otrzymali preparat firmy AstraZeneca. Cudzoziemcy preferowali preparat J&J. Z powyższych grup nikt nie został zaszczepiony preparatem Moderny⁵².

⁴⁷ Główny Urząd Statystyczny, www.stat.gov.pl, [dostęp: 18.04.2022].

⁴⁸ Narodowy Fundusz Zdrowia, www.nfz.poznan.pl, [dostęp: 18.04.2022].

⁴⁹ www.ourworld.org/covid-vaccinations, [dostęp: 18.04.2022].

⁵⁰ Narodowy...

⁵¹ Tamże.

⁵² *Szczepienia w Polsce*, Puls Medycyny, www.pulsmedycyny.pl, [dostęp: 18.04.2022].

Wybór szczepionki AstraZeneca może wiązać się z tym, że dla powyższych grup była to szczepionka dedykowana, bez możliwości wyboru. Trudno jednak jest określić dokładną liczbę zaszczepionych osób z w/w grup, ponieważ są to dane wrażliwe i brak jest narzędzi prawnych, aby ustalić realną liczbę osób, które poddały się szczepieniom przeciw COVID-19.

W grupie osób poddanych szczepieniom, najwięcej kobiet i mężczyzn, ponad 70% przyjęło preparat dwudawkowy, dawką przypominającą zaszczepiło się tylko nieco ponad 10%.

Według przeprowadzonych badań własnych, preferowaną szczepionką był preparat Comirnaty firmy Pfizer i wybrało go około 70% populacji, na drugim miejscu szczepionka firmy AstraZeneca, trzecie miejsce to jednodawkowy preparat firmy J&J, który był częściej wybierany przez mężczyzn. Najmniej pożądanym preparatem był Spikevax firmy Moderna. Sytuacja ta może wynikać z tego, że Punkt Szczepień przy RCM w Białogardzie otrzymał tylko 100 dawek tego preparatu. Według Ministra Zdrowia w całym kraju większość zaszczepionej populacji przyjęła preparat dwudawkowy, a niewiele ponad 10% preparat jednodawkowy⁵³.

Wybór producenta szczepionki uzależniony był od wieku. We wszystkich grupach wiekowych najczęściej wybierany był preparat Comirnaty firmy Pfizer, natomiast szczepionka firmy J&J cieszyła się popularnością w różnych grupach wiekowych powyżej 18. r.ż.

Badanie wyboru producenta preparatu w porównaniu do aktywności zawodowej wykazało, że osoby aktywne zawodowo korzystały z wszystkich dostępnych preparatów, jednak większość z nich wybrała szczepionkę Comirnaty firmy Pfizer, a także ponad 80% osób niepracujących i niemal 100% uczniów. Na drugim miejscu uplasował się preparat firmy J&J, a na trzecim AstraZeneca.

W Polsce na dzień 25. kwietnia 2022 roku, zarejestrowano 5 992 820 potwierdzonych przypadków COVID-19, z czego około 116 000 okazało się śmiertelnych⁵⁴. Dlatego niezwykle ważnym było i jest zaszczepienie jak największej liczby społeczeństwa z każdego regionu Polski zalecaną przez Ministerstwo Zdrowia liczbą dawek wybranej szczepionki przeciw COVID-19, aby zminimalizować zachorowalność na tę ciężką i niebezpieczną w skutkach chorobę.

Praca ta z oczywistych względów nie wyczerpuje w pełni zagadnień dotyczących szczepień przeciw chorobie COVID-19. W dalszym ciągu są prowadzone badania nad wirusem SARS-CoV-2, sposobie jego leczenia oraz metodami zapobiegania zakażeniu. Po ukończeniu badań do niniejszej pracy, kolejne grupy wiekowe mogły przyjąć trzecią dawkę szczepionki – obecnie są to osoby, które ukończyły 12. rok życia. Również jako

⁵³ *Szczepimy*, Ministerstwo Zdrowia, www.szczepimysię.gov.pl, [dostęp: 18.04.2022].

⁵⁴ Tamże.

dawkę przypominającą można podać osobom pełnoletnim preparat firmy J&J, a osoby, które ukończyły 80. r.ż. mogą się zaszczepić drugą dawką przypominającą. Ministerstwo Zdrowia wprowadziło także do użytku nową, dwudawkową szczepionkę Nuvaxovid firmy Novavax.

WNIOSKI

W oparciu o przeprowadzone badania na przykładzie Punktu Szczepień Regionalnego Centrum Medycznego w Białogardzie ustalono następujące wnioski:

Wyszczepialność przeciw chorobie COVID-19 populacji powiatu białogardzkiego, na przykładzie Punktu Szczepień przy Regionalnym Centrum Medycznym jest dość niska w stosunku do liczby wszystkich mieszkańców powiatu białogardzkiego, jednak dość wysoka w stosunku do liczby zaszczepionych mieszkańców powiatu białogardzkiego.

Wyszczepialność przeciw Covid-19 w/w punkcie szczepień była zależna od wielu czynników: wieku, płci, aktywności zawodowej, rodzaju i producenta szczepionki oraz liczby podanych dawek wybranej szczepionki.

Należy dołożyć wszelkich starań ze strony władz miasta i powiatu białogardzkiego, by zaszczepić jak największą liczbę jego mieszkańców przeciw COVID-19.

Bibliografia:

Bednarek A., *Aktualne dane naukowe na temat zakażenia nowym wirusem SARS-CoV-2 i choroby Covid-19. Procedury pielęgniarskie w obliczu pandemii. Analiza Przypadków*, „Pielęgniarstwo i Położnictwo, PZWL”, Warszawa 2020.

Bernatowska E., Grzesiowski P., *Szczepienia ochronne obowiązkowe i zalecane*, PZWL, Warszawa 2021.

Bieńkowski C., Pokorska-Śpiewak M., *Szczepienia przeciw Covid-19*, „Medycyna po Dyplomie”, nr 07/2021.

Dzieciatkowski T., *Metody profilaktyki Covid-19*, w: *Koronawirus SARS-CoV-2. Zagrożenie dla współczesnego świata. Suplement 2021*, red. Dzieciatkowski T., Filipiak K., PZWL, Warszawa 2021.

Horban A., *Stanowisko Rady Medycznej z dnia 06.07.2021 w sprawie szczepienia po wystąpieniu powikłań po pierwszej dawce*. Komunikat dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę e-mailową, dn. 06.07.2021 r.

Komunikat z Centrum e-Zdrowie dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę e-mailową, dn. 22.01.2021 r. dotyczący szczepień w systemie P-1 i systemie e-rejestracji.

Komunikat Ministra Zdrowia dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę e-mailową, dn. 11.02.2021 r., dotyczący szczepionki przeciw Ciovid-19 Vaccine AstraZeneca.

Komunikat MZ dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę e-mailową dn. 02.02.2021 r., dotyczący szczepienia grupy „0” w okresie 08.03-23.03.21.

Komunikat MZ dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę e-mailową, dn. 13.04.2021 r., dotyczący szczepienia przeciw Covid-19 ozdrowieńców.

Komunikat MZ nr 7 dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę e-mailową, dn. 15.05.2021 r., dotyczący stosowanych schematów szczepień przeciw Covid-19 preparatami AstraZeneca, Pfizer/BionTech oraz Moderna.

Komunikat MZ dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 29.03.2021 r., dotyczący przestrzegania zasad reżimu sanitarnego przez pacjentów czekających na szczepienie.

Komunikat MZ dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 09.03.2021 r., dotyczący szczepienia osób w wieku 69. lat.

Komunikat MZ dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 08.06.2021 r., dotyczący obowiązku przeprowadzania kwalifikacji do szczepienia przeciw Covid-19 dzieci w wieku 12-15 lat przez lekarza.

Komunikat MZ nr 14 dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 28.10.2021 r., dotyczący szczepień przeciw Covid-19 dawką przypominającą oraz dawką dodatkową uzupełniającą schemat podstawowy.

Komunikat MZ nr 15 dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 13.12.2021 r., dotyczący szczepień przeciw Covid-19 dzieci 5-11 lat.

Komunikat MZ dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 25.11.2021 r., dotyczący szczepienia dawką przypominającą osób 50+ po 5. Miesiącach od zakończenia szczepień podstawowych.

Komunikat MZ dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 13.11.2021 r., dotyczący wydłużenia Unijnych Certyfikatów Covid po przyjęciu dawki przypominającej.

Komunikat MZ nr 18 dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 31.12.2021 r., dotyczący zmian w sposobie wystawiania Unijnego Certyfikatu Covid-19 dla osób zaszczepionych.

Komunikat MZ nr 17 dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn.28.12.2021 r., dotyczący schematów mieszanych dla szczepień przeciw Covid-19 preparatami AstraZeneca, Pfizer/BionTech, Moderna, oraz Vaccine Janssen.

Lenartowicz H., *Metodologia badań w pielęgniarstwie*, red. Kózka M., PZWL, Warszawa 2010, s. 97-115, 117-135.

Matyja A., *Stanowisko nr 5 Forum Naukowego Covid-19 Naczelnej Izby Lekarskiej* z dn. 21.06.2021 r. Komunikat dla Punktu Szczepień otrzymany z NFZ ze Szczecina na służbową skrzynkę mailową dn. 22.06.2021.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 9.04.2021 r. w sprawie osób przeprowadzających badanie kwalifikacyjne i szczepienia ochronne przeciwko Covid-19 (Dz. U. 2021, poz. 668).

Rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 14.01.2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. 2021, poz.91, rozdz. 3a.).

Rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 14.05.2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (DZ. U. 2021, POZ. 905).

Netografia:

Charakterystyka Produktu Leczniczego szczepionki Comirnaty firmy Pfizer/Biontech, www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_pl.pdf, [dostęp: 15.11.2021].

Charakterystyka produktu leczniczego szczepionki Spikevax firmy Moderna, www.ema.europa.eu/spikevax-previously-covid-19-moderna-epar-product-information_pl.pdf, [dostęp: 15.11.2021].

Charakterystyka Produktu Leczniczego szczepionki Janssen Firmy Johnson&Johnson, www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/covid-19-vaccine-janssen-epar-product, [dostęp: 15.11.2021].

Główny Urząd Statystyczny, <https://www.stat.gov.pl>, [dostęp: 18.11.2021].

Internet, <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>, [dostęp: 18.11.2021].

Kapusta J., Chudzik M., *Rehabilitacja po przebytych Covid-19*, „Medycyna po Dyplomie”, nr 11/2021, www.podyplomie.pl/medycyna/36842,rehabilitacja-po-przebyciu-covid-19, [dostęp: 23.11.2021].

Ministerstwo Zdrowia, *Narodowy Program Szczepień przeciw Covid-19*, www.gov.pl/web/szczepimysie/narodowy-program-szczepień-przeciw-covid-19, [dostęp: 15.11.2021].

Ministerstwo Zdrowia, *NOP - niepożądany odczyn poszczepienny. Czym jest i jak często występuje*, <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/niepozadane-odczyny-poszczepienne>, [dostęp: 25.11.2021].

Ministerstwo Zdrowia, *Szczepienia*, www.szczepimysie.gov.pl, [dostęp: 18.04.2022].

Narodowy Fundusz Zdrowia, <https://nfz-poznan.pl>, [dostęp: 18.04.2022].

Puls medycyny, *Szczepienia w Polsce*, <https://www.pulsmedycyny.pl>, [dostęp: 18.04.2022].

Solecka M., *Zdrowie publiczne w erze pandemii*, „Medycyna Praktyczna”, 2021, www.mp.pl/covid-19-aktualności/284420,zdrowie-publiczne-w-erze-pandemii, [dostęp: 12.11.2021].

Wypych-Ślusarska A., *Behavior of the immune system in the Covid-19 pandemic*, red. Grot M., Nigowski M., www.doi.org/10.26444/ms/142528, [dostęp: 26.11.2021].

ARTUR DĄBEK, AGATA TURBIARZ

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koszalinie

ROLA GMINNEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W MANOWIE W KREOWANIU POCZUCIA BEZPIECZEŃSTWA SPOŁECZNEGO JEJ MIESZKAŃCÓW

THE ROLE OF THE COMMUNAL SOCIAL ASSISTANCE CENTER IN MANOWO IN CREATING THE SENSE OF SOCIAL SECURITY OF ITS INHABITANTS

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo społeczne, zagrożenia, pomoc społeczna

Abstrakt: Jednym z ważnych aspektów właściwego funkcjonowania społeczeństwa, jest szeroko ujmowane bezpieczeństwo jego obywateli. Dlatego tak ważne jest, aby instytucje zapewniające pomoc społeczną, takie jak Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Manowie, w dalszym ciągu wspierały i oferowały pomoc osobom jej potrzebującym. Celem niniejszego artykułu było przybliżenie i rozstrzygnięcie sytuacji problemowej jaką jest rola Ośrodka Pomocy Społecznej w Manowie w kreowaniu poczucia bezpieczeństwa mieszkańców tej gminy.

Keywords: Social safety, risks, social welfare

Abstract: One important aspect of the proper functioning of society, is the safety of its citizens in the broadest sense. This is why it is so important that institutions providing social assistance, such as the Municipal Social Assistance Centre in Manowo, continue to support and offer help to those in need. The aim of this article was to introduce and resolve the problem situation of the role of the Social Welfare Centre in Manowo in creating a sense of security for the inhabitants of this municipality.

WSTĘP

Celem niniejszego artykułu było przybliżenie i rozstrzygnięcie sytuacji problemowej, jaką jest rola Ośrodka Pomocy Społecznej w Manowie w kreowaniu poczucia bezpieczeństwa mieszkańców tej gminy. Na podstawie analizy aktualnych uwarunkowań prawnych i w wyniku studiowania literatury przedmiotu oraz wykonania badań wstępnych sformułowano następujący problem główny:

W jaki sposób Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej kreuje poczucie bezpieczeństwa społecznego mieszkańców gminy Manowo.

Biorąc przykład z tez J. Sztumskiego, który opisuje rolę problemu głównego, jaką jest zawarcie w nim celu oraz wszystkich obecnych w pracy zagadnień. Problemy szczegółowe powinny uzupełniać i rozszerzać badane zjawisko tak, aby nie kolidować z sednem pracy, a jednocześnie swoją treścią wyczerpać zakres problemu głównego (...)¹.

¹J. Sztumski, *Wstęp do metod i techniki badań społecznych*, Śląsk, Katowice 1999, s. 51.

Wobec tego problemy szczegółowe przedstawiają się następująco:

- Jakie działania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej wpływają na poczucie bezpieczeństwa społecznego mieszkańców gminy Manowo?
- Jakie są źródła braku poczucia bezpieczeństwa społecznego mieszkańców gminy Manowo?
- Jakie sytuacje powodują korzystanie z pomocy Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej?
- Jak mieszkańcy oceniają funkcjonowanie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej?

Termin bezpieczeństwo wywodzi się z łaciny i oznacza *sine cura* (securitas), co tłumaczone jest jako stan bez pieczy². W dzisiejszych czasach pojmowanie bezpieczeństwa jest aspektem wielowymiarowym i definiowanym przez różnych autorów na różne sposoby. Powszechnie rozumiane jest jako brak zagrożeń. Według W. Pokruszyńskiego bezpieczeństwo jest naczelną potrzebą, wartością i głównym celem jednostki oraz grup społecznych³. R. Zięba uznaje, że bezpieczeństwo dotyczy zarówno osób jak i instytucji. Jego celem jest spełnienie aspektów dotyczących trwania (przetrwania/samozachowania), całości, tożsamości (identyczności), niezależności, spokoju, posiadania oraz pewności funkcjonowania i rozwoju⁴.

Człowiek jako najważniejszy uczestnik życia społecznego (...)”⁵odgrywa różne role społeczne. Jedna osoba może być jednocześnie matką, pracownicą, studentką, wynika to z wielopoziomowości człowieka jako obiektu bezpieczeństwa. Osoba ta bierze udział w kształtowaniu bezpieczeństwa zarówno własnego jak i innych. Istotnym aspektem jednak jest fakt, że w kształtowaniu bezpieczeństwa jednostki bierze udział wiele innych podmiotów. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku państwo deklaruje „(...) zapewnia wolności i prawa człowieka i obywatela oraz bezpieczeństwo obywateli (...)”⁶. Zgodnie z rolą jaką człowiek pełni w społeczności, przysługują mu prawa, wolności, ale także obowiązki. Dzięki temu zostaje określona funkcja i zadania wynikające z pełnienia określonej pozycji społecznej.

Współczesność pokazuje, że człowiek musi mierzyć się z tworzeniem bezpieczeństwa w różnych jego wymiarach. Zaczynając od bezpieczeństwa osobowego, narodowego i międzynarodowego do bezpieczeństwa ekologicznego, społecznego, militarnego czy

² R. Stawicki, *Współczesne bezpieczeństwo człowieka*, Difin, Warszawa 2019, s. 26.

³ W. Pokruszyński, *Współczesne bezpieczeństwo narodowe*, „Kultura i Polityka”: Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Europejskiej im. ks. Józefa Tissingera w Karakowie nr 5, 175-188, 2009, s. 177.

⁴ R. Zięba, *Bezpieczeństwo międzynarodowe w XXI wieku*, Politeks, Warszawa, 2018, s. 18.

⁵ R. Stawicki, *Współczesne bezpieczeństwo człowieka*, Difin, Warszawa 2019, s. 37.

⁶ *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dn. 2 kwietnia 1997 r.*, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa, 2012, rozdz. I, art. 5.

też ekonomicznego. W związku z postępowaniem cywilizacyjnym i wynikającym z niego rozwojem wielokierunkowym, takim jak nowe technologie, działania sił natury czy działalność człowieka człowiek narażony jest na coraz więcej zagrożeń. Dbając o poczucie bezpieczeństwa własne i otoczenia człowiek wyjątkowo zabiega o współuczestnictwo innych organów i instytucji zdolnych do zapewniania bezpieczeństwa⁷.

ZAGROŻENIE BEZPIECZEŃSTWA SPOŁECZNEGO

Człowiek od zarania dziejów narażony był na różnego typu niebezpieczeństwa. Na samym początku były to zagrożenia wynikające z natury, takie jak: powódzie, susze, pożary, erupcje wulkanów czy dzikie zwierzęta. W miarę postępu cywilizacyjnego do tych zagrożeń dołączyło ryzyko wojny.

Według A. Skrabacz bezpieczeństwo społeczne oznacza ochronę egzystencjalnych podstaw życia ludzi, zapewnienie możliwości zaspokajania indywidualnych potrzeb (materialnych i duchowych) oraz realizację aspiracji życiowych przez tworzenie warunków do pracy i nauki, ochronę zdrowia oraz gwarancje emerytalne⁸. W opozycji do tego należy zdefiniować zagrożenie bezpieczeństwa społecznego. Jedną z definicji wyjaśnia, że zagrożenia społeczne są związane z niezaspokojeniem istotnych potrzeb jednostek oraz grup społecznych, które kumulują krytyczne sytuacje i wprowadzają je w stan utraty poczucia bezpieczeństwa⁹. Dodatkowo w zagrożeniach społecznych zawarte są zagrożenia socjalne i psychospołeczne. Te pierwsze dotyczą okoliczności mających swoje źródło w postępującej przestrzeni ubóstwa (niemożność utrzymania się), kolejne mają swoje źródło z nierespektowaniem praw człowieka i podstawowych wolności¹⁰. Zagrożenie społeczne to takie, których skutkiem jest brak lub niedostatek środków utrzymania¹¹.

W tabeli 1. zostały przedstawione przykłady zagrożeń bezpieczeństwa społecznego.

Tabela 1. Rodzaje i przykłady zagrożeń bezpieczeństwa społecznego.

Rodzaj zagrożenia	Przykład zagrożenia
Zagrożenie schronienia	bezdomy, przeludnienie, mieszkanie niezapewniające bezpieczeństwa, np. w trudnych warunkach pogodowych

⁷ A. Skrabacz, *Bezpieczeństwo społeczne, podstawy teoretyczne i praktyczne* Elipsa, Warszawa, 2012, s. 12.

⁸ A. Skrabacz, *Bezpieczeństwo społeczne, podstawy teoretyczne i praktyczne, ...* op. cit., s. 38.

⁹ J. Gierszewski, *Organizacja systemu, ...* op. cit., s. 77.

¹⁰ J. Gierszewski, *Bezpieczeństwo społeczne...*, op. cit., s. 268.

¹¹ Ibidem, s. 85.

Zagrożenie pracy	bezrobocie, ryzyko utraty pracy, praca zagrażająca życiu lub zdrowiu pracownika
Zagrożenie zdrowia	trudny lub brak dostępu do opieki zdrowotnej choroby, epidemie, niepełnosprawność
Zagrożenie dzieciństwa	dzieci, które stały się ofiarami przemocy, dzieci żyjące w rodzinach patologicznych, dzieci porzucone, sieroty
Zagrożenie osamotnieniem	brak rodziny, przyjaciół, znajomych, brak wsparcia, samotna starość
Zagrożenie fizyczne	przemoc, napady, zabójstwa, ataki terrorystyczne
Zagrożenie rozwoju	brak lub utrudniony dostęp do edukacji, niski poziom kształcenia, zacofanie kulturalne
Zagrożenie ekonomiczne	ubóstwo, brak zabezpieczenia finansowego, inflacja

Źródło: opracowanie własne., na podstawie M. Leszczyński, *Bezpieczeństwo społeczne*, ...op. cit., s. 61

Problemy społeczne

Tabela 2. Grupy i przykłady problemów społecznych.

Grupa związana z:	Przykłady problemów
Cyklem życia jednostki	Migracje zarobkowe Starzenie się społeczeństwa Edukacja Wielodzietność Bezrobocie
Dewiacją	Przestępczość Wandalizm Narkomania Alkoholizm Prostytucja

Narodem i społecznościami lokalnymi	Ubóstwo Bezdomność Kradzieże Kwestia mieszkaniowa Samotność
Problemami globalnymi	Wojna Demografia Choroby cywilizacyjne Epidemie Zanieczyszczenie środowiska

Źródło: opracowanie własne. na podstawie J. Gierszewski, *Bezpieczeństwo społeczne, studium z zakresu teorii bezpieczeństwa narodowego*, op. cit., s. 270.

WYNIKI PRZEPROWADZONYCH BADAŃ

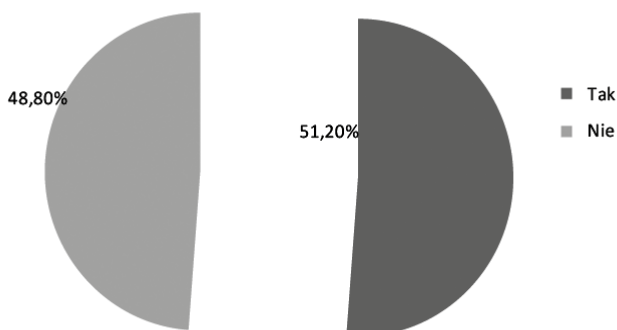
Badania zostały przeprowadzone wśród mieszkańców gminy Manowo w roku 2021 i 2022. W badaniu udział wzięło 41 osób, w tym przeważająca część to kobiety (75,6 %).

Zgodnie z przyjętą procedurą wskazano na opinie mieszkańców gminy Manowo w obrebie postawionych problemów:

Jakie działania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej wpływają na poczucie bezpieczeństwa społecznego mieszkańców gminy Manowo?

Odpowiedzi respondentów na pierwszy problem badawczy, były niemalże równomierne podzielone, jednak minimalną większość zadeklarowała, że korzysta lub korzystała ze wsparcia tej instytucji (51,2 %). Świadczy to, że działalność instytucji wspierającej osoby potrzebujące na terenie gminy jest konieczna. Wykres numer 1 oraz tabela numer 3 przedstawiają wyniki udzielonych odpowiedzi w formie graficznej.

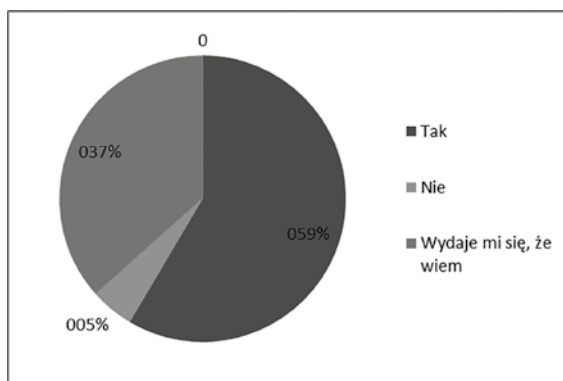
Wykres 1. Korzystanie z pomocy Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Manowie przez mieszkańców.



Źródło: Analiza wyników badań własnych Pani Agaty Turbiarz.

Kolejnym ważnym pytaniem rozwiązującym problem badawczy, jakie zostało zadane respondentom to, czy wiedzą czym zajmuje się Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Manowie. Ponad połowa udzieliła odpowiedzi twierdzącej (58,5 %). Ponad jednej trzeciej wydaje się, że wie (36,6 %). Nasuwa się wniosek, że skoro niemal połowa z ankietowanych nie korzystała z pomocy owej instytucji to być może nie posiada także wiedzy, czym takowa placówka się zajmuje. Dwie osoby (4,9 %) odpowiedziały, że nie wiedzą, czym zajmuje się placówka w Manowie przy ulicy Kolejowej 11. Przypuścić można, że do tych osób zaliczają się takie, które zarówno nie korzystają z pomocy Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej, jak i nie znają osób z niego korzystających.

Wykres 2. Znajomość ankietowanych dotycząca działalności i zadań Gminnego Ośrodka pomocy Społecznej w Manowie.



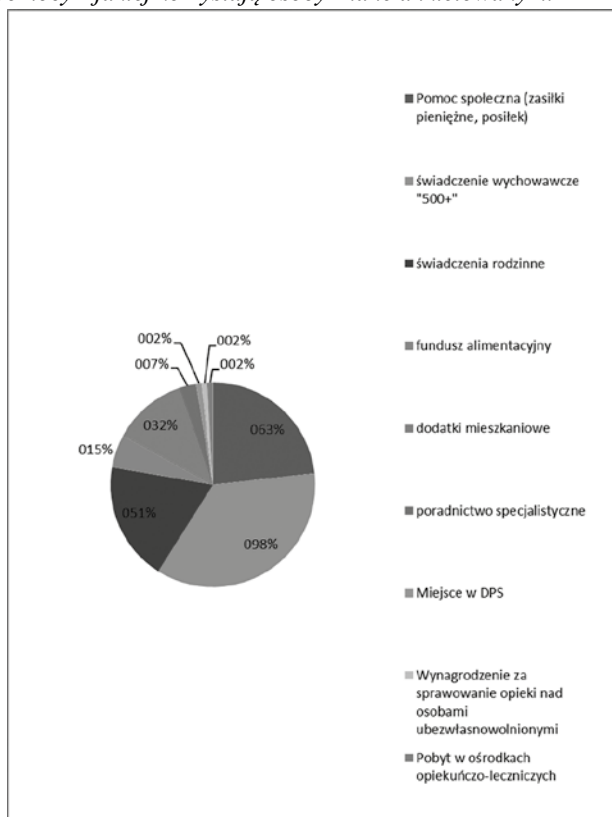
Źródło: Analiza wyników badań własnych Pani Agaty Turbiarz.

Pytaniem rozstrzygające niniejszy problem badawczy dotyczyło tego, z jakiego rodzaju pomocy najczęściej korzystają znane ankietowanym osoby. Ze względu na to, że pytanie było wielokrotnego wyboru, ankietowani mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. Najwięcej respondentów uważa, że pomoc jaką oferuje Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Manowie a z jakiej najczęściej korzystają mieszkańcy to świadczenie wychowawcze „500+” (97,6 %). Jednakże 1 stycznia 2022 roku nastąpiła zmiana, która dotyczyła przejęcia przez ZUS uprawnień związanych z tym świadczeniem oraz jego wypłacaniem. Mimo tego, iż w gminie w odnotowano ujemny przyrost naturalny, to w 2019 roku urodziło się 43 dzieci, którym przysługuje wyżej wymienione świadczenie¹². Kolejny najwyższy wynik to pomoc społeczna (zasiłki pieniężne, posiłek) (63,4 %). Ze względu na to, że Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej zajmuje się tego typu pomocą wynikającą z obowiązkowych zadań własnych gminy, to wiele osób z niej korzysta. Najmniej osób (po 2,4 % na każdą odpowiedź) odpowiedziało na miejsce

¹² https://www.polskawliczbach.pl/gmina_Manowo, [dostęp: 31.03.2022].

w Domu Pomocy Społecznej, wynagrodzenie za sprawowanie opieki nad osobami ubezwłasnowolnionymi i pobyt w ośrodkach opiekuńczo-leczniczych.

Wykres 3. Rodzaj pomocy z jakiej korzystają osoby znane ankietowanym.



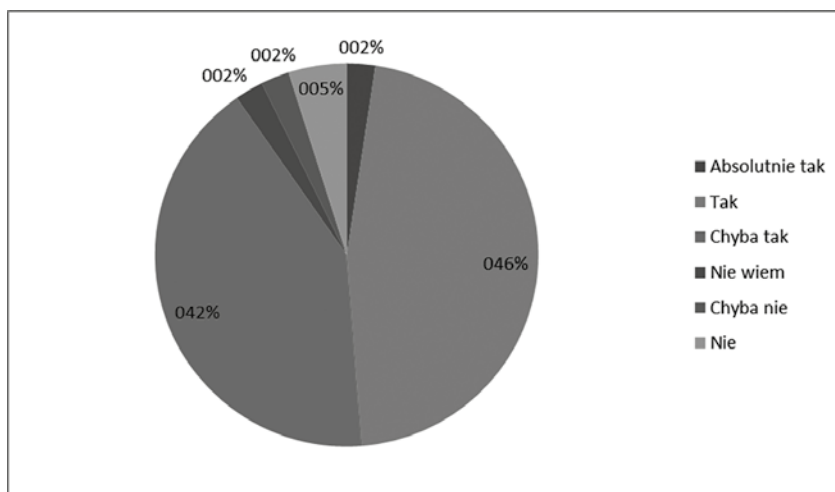
Źródło: opracowanie własne.

Z analizy wyników danych z powyższych danych przedstawionych na wykresie wynika, że Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej przyczynia się do zapewnienia poczucia bezpieczeństwa społecznego mieszkańców, poprzez m.in. przyznawanie i wydawanie świadczeń materialnych, organizowanie pobytu w Domu Pomocy Społecznej. Większość z respondentów korzysta z pomocy Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej, a także zna inne osoby, które z niej korzystają, co świadczy o powszechnej znajomości zasad działania tej instytucji, oraz zaufaniu społecznemu. Przekłada się to na poczucie bezpieczeństwa społecznego mieszkańców. Działania związane z wypłacaniem świadczeń 500+ (przed 1 stycznia 2022 roku) lub innych świadczeń rodzinnych, czy też działania z zakresu pomocy społecznej mają swoje odzwierciedlenie w polepszeniu sytuacji materialnej wielu rodzin, a co za tym idzie za poczuciem bezpieczeństwa.

ŹRÓDŁA BRAKU POCZUCIA BEZPIECZEŃSTWA MIESZKAŃCÓW GMINY MANOWO

Ankietowani zostali zapytani, czy czują się bezpiecznie w miejscu swojego zamieszkania. Odpowiedzi zostały sformułowane według 7. stopniowej skali Liktera. Przeważająca część osób czuje się bezpiecznie, z czego 46,3 % zaznaczyło odpowiedź „tak”, 17 osób (41,5 %) „chyba tak” a więc pojawia się niepewność. Jedna osoba zdecydowanie czuje się bezpiecznie (2,4 %) ponieważ wybrała odpowiedź „absolutnie tak”. Dwie osoby (4,9 %) nie czują się bezpiecznie w miejscu swojego zamieszkania. Może to wynikać z faktu, że tych respondentów lub ich bliskich dotyczyła w przeszłości jakaś sytuacja, która spowodowała utratę poczucia bezpieczeństwa (na przykład kradzież, napad czy włamanie), która do tej pory nie została odzyskana.

Wykres 4. Poczucie bezpieczeństwa mieszkańców gminy Manowo.



Źródło: Analiza wyników badań własnych Pani Agaty Turbiarz.

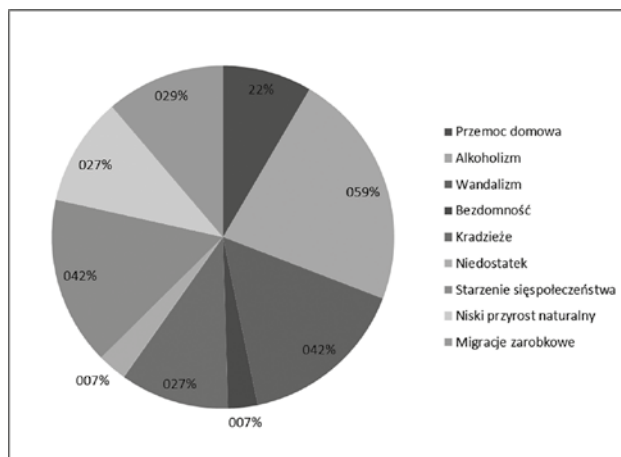
Do zjawiska, które w dużej mierze przyczynia się do źródła braku poczucia bezpieczeństwa według mieszkańców gminy Manowo należy alkoholizm. Dwadzieścia cztery osoby spośród ankietowanych (58,5 %) wybrały tę odpowiedź. Według Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w 2020 roku średnio na jednego mieszkańca przypada 9,62 litra napojów alkoholowych rocznie. Dziesięć lat wcześniej wskaźnik ten wyniósł 0,60 litra mniej, zatem obecna jest tendencja wzrostowa, co przekłada się na zwiększoną liczbę osób uzależnionych od alkoholu¹³. Kolejne zjawiska z największymi wynikami to wandalizm (41,5 %) i starzenie się społeczeństwa (41,5 %).

Migracje zarobkowe dla dwunastu ankietowanych (29,3 %) są źródłem braku poczucia

¹³ <https://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki>, [dostęp: 04.04.2022].

bezpieczeństwa- wiąże się to między innymi z rozdzieleniem rodzin czy też powoduje zmiany w strukturze wieku ludności (wyjeżdżają głównie ludzie młodzi). Kradzieże i niski przyrost naturalny powodują, że łącznie 22 osoby (po 26,8 % każdej odpowiedzi) nie czują się z tego powodu bezpiecznie. Najmniej ankietowanych zaznaczyło odpowiedź „niedostatek” i „bezdomność” (suma tych dwóch 14,6 %). Są to odpowiedzi skrajne do pozostałych, w związku z tym, że na terenie gminy Manowo funkcjonuje Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej zjawiska te zostały w większym stopniu zniwelowane.

Wykres 5. Źródła braku poczucia bezpieczeństwa mieszkańców gminy Manowo.



Źródło: Analiza wyników badań własnych Pani Agaty Turbiarz.

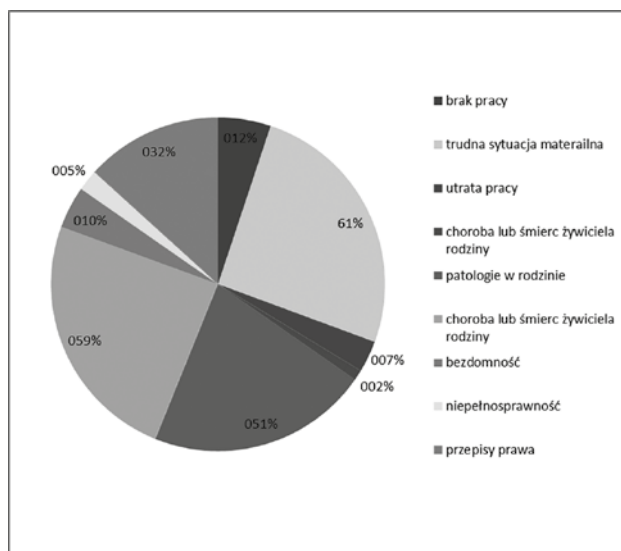
Dokonując analizy powyższych danych można stwierdzić, że źródłami braku poczucia bezpieczeństwa mieszkańców gminy Manowo jest bezrobocie, niski przyrost naturalny, niedostatek, starzenie się społeczeństwa, alkoholizm. Jednak niektóre zjawiska w większym stopniu wpływają na chyba brak poczucia bezpieczeństwa. Jest to w głównej mierze alkoholizm, który jest jednym z najczęstszych uzależnień, którego działanie powoduje na przykład zachowania agresywnych, braku logicznego myślenia, co może negatywnie wpływać na osoby znajdujące się w pobliżu osoby pod wpływem alkoholu¹⁴. W związku z tym, że zadane pytanie było wielokrotnego wyboru, ankietowani mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź, odpowiedzi były zróżnicowane. Dla jednej osoby zjawiska wpływające na brak poczucia bezpieczeństwa to: alkoholizm, wandalizm i przemoc domowa, a dla innej starzenie się społeczeństwa, migracje zarobkowe i niski przyrost naturalny. Odpowiedzi są zróżnicowane, odpowiada za to zarówno wiedza na temat zjawiska, indywidualne doświadczenia czy oczekiwania.

¹⁴ M. Frąckowiak, M. Motyka *Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu*, Poradnia Leczenia Uzależnień NZOZ MAFRO-MED w Poznaniu, Wydział Socjologiczno-Historyczny, Instytut Socjologii, Uniwersytet Rzeszowski, Hygeia Public Health 2015, 50(2): 314-322.

SYTUACJE POWODUJĄCE KORZYSTANIE Z POMOCY SPOŁECZNEJ

Według respondentów, czynnikiem, który powodował najbardziej osoby do skorzystania z pomocy społecznej jest trudna sytuacja materialna (61 %). Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej realizuje pomoc finansową w postaci zasiłków okresowych, stałych i celowych wynikającą z ustawy o pomocy społecznej, która jest przyznawana mieszkańcom, którzy znajdują się w trudnej sytuacji życiowej. Kolejnym istotnym czynnikiem jest wielodzietność (58,5 %). Na trzecim miejscu znalazły się według ankietowanych patologie w rodzinie (51,2 %). W opinii respondentów czynnikiem najmniej motywującym do skorzystania z pomocy społecznej jest utrata pracy (7,3 %), niepełnosprawność (4,9 %) i choroba lub śmierć żywiciela rodziny (2,4 %). Ankietowani średnio wybierali dwie odpowiedzi.

Wykres 6. Powody osób do skorzystania z pomocy społecznej zdaniem ankietowanych mieszkańców gminy Manowo.



Źródło: Analiza wyników badań własnych Pani Agaty Turbiarz.

Według odpowiedzi ankietowanych mieszkańcy najczęściej korzystają ze „świadczenia wychowawczego 500+” (97,6 %). Dwadzieścia cztery osoby (58,5 %) zaznaczyło „świadczenia rodzinne” jako rodzaj pomocy Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Manowie z jakiej osoby korzystają najczęściej. Natomiast z danych Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Manowie wynika, że liczba rodzin, które korzystają z pomocy społecznej na przestrzeni 5 lat (2015-2020) zredukowała się o 160 rodzin¹⁵. Według respondentów na trzecim miejscu znajduje się pomoc w postaci dodatków mieszkaniowych (29,3

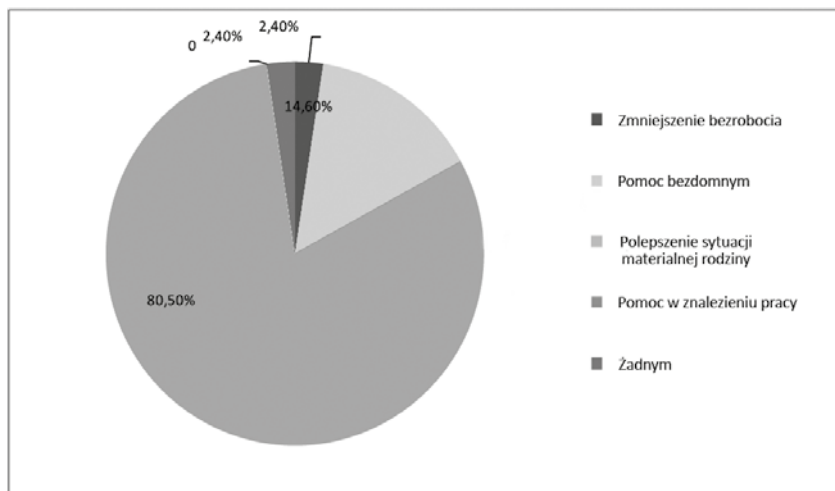
¹⁵ Uchwała Nr XXXII/266/2021 Rady Gminy Manowo z dnia 30 grudnia 2021 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Gminy Manowo na lata 2021-2027.

%) i funduszu alimentacyjnego (29,3 %). Z analizy wynika, że osoby najrzadziej korzystają z pomocy zespołu interdyscyplinarnego (9,8 %), z korzyści wynikających z „Ustawy za życiem” (7,3 %) i z pobytu w Domu Pomocy Społecznej (2,4 %). Dane Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Manowie utwierdzają, że niezbyt często jest pobierana pomoc w postaci pobytu w Domu Pomocy Społecznej – w 2020 roku 6 mieszkańców skorzystało z takiej pomocy, a dwie osoby dostały sądowy nakaz kierujący do placówki¹⁶.

OCENA FUNKCJONOWANIA GMINNEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W MANOWIE PRZEZ MIESZKAŃCÓW

Ankietowani udzielili odpowiedzi na pytanie w jaki sposób Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej najbardziej przyczynia się do zapewnienia poczucia bezpieczeństwa mieszkańców. Z analizy badań wynika, że najwięcej osób wybrało „polepszenie się sytuacji materialnej rodzin” (80,5 %). Niewątpliwie przyznawane zasiłki czy świadczenia przyczyniają się do tego, że osoby, które korzystają z takiej zapomogi mają poza własnymi dochodami wsparcie finansowe, które pozwala im się czuć bezpiecznie pod względem finansowym. Na drugim miejscu znalazła się „pomoc bezdomnym” (14,6 %). Jedna osoba uważa, że Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej najbardziej przyczynia się do zmniejszenia bezrobocia (2,4 %), kolejna osoba (2,4 %) uważa, że ośrodek w żadnym stopniu nie przyczynia się do zapewnienia poczucia bezpieczeństwa mieszkańcom. Żaden z respondentów nie zaznaczył odpowiedzi „pomoc w znalezieniu pracy”.

Wykres 7. Sposoby dzięki którym Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej najbardziej przyczynia się do zapewnienia poczucia bezpieczeństwa mieszkańcom.

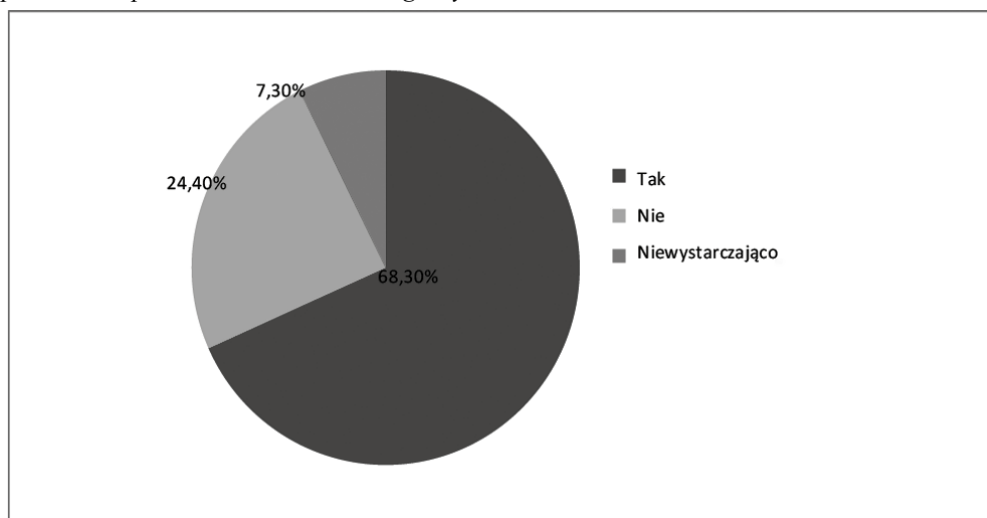


Źródło: Analiza wyników badań własnych Pani Agaty Turbiarz.

¹⁶ Uchwała Nr XXXII/266/2021 Rady Gminy Manowo z dnia 30 grudnia 2021 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Gminy Manowo na lata 2021-2027.

Respondenci w większości (68,3 %) odpowiedzieli, że Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej przyczynia się do zapewniania poczucia bezpieczeństwa mieszkańców gminy Manowo. Mniejsza część (24,4 %) uważa przeciwnie. Z kolei zdaniem trzech osób (7,3 %) działalność Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej niewystarczająco wpływa na poczucie bezpieczeństwa mieszkańców, jednak nie uzasadnili swojej odpowiedzi.

Wykres 8. Ocena działalności Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Manowie na zapewnienie poczucia bezpieczeństwa mieszkańców gminy Manowo.

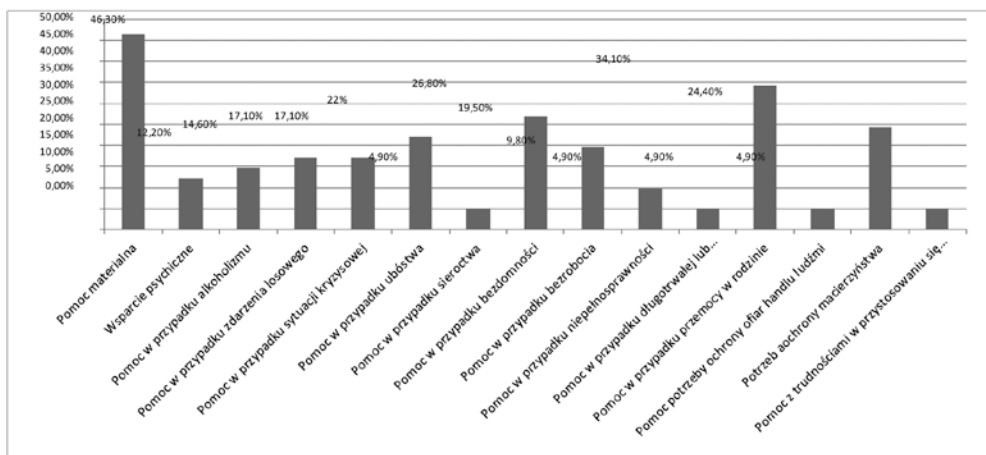


Źródło: Analiza wyników badań własnych Pani Agaty Turbiarz.

Odpowiedzi na pytanie, które z wymienionych działań Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Manowie wynikające z ustawy o pomocy społecznej, wpływają na poczucie bezpieczeństwa ankietowanych, były podzielone z uwagi na możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi. Najwięcej- 19 osób (46,3 %) wybrało odpowiedź „pomoc materialna”. Fakt, że wyżej wymieniona instytucja przyznaje różnego rodzaju świadczenia i zasiłki skutkuje tym, że mieszkańcy czują się bezpiecznie w razie wystąpienia sytuacji, która spowoduje do skorzystania z takiej pomocy. 34,1 % czuje się bezpiecznie, ponieważ Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Manowie oferuje pomoc w przypadku przemocy w rodzinie. W 2016 roku jednej osobie była przyznana pomoc z tego tytułu, w kolejnych czterech latach nie było żadnej osoby objętej pomocą z powodu przemocy w rodzinie¹⁷. Najmniejszy wpływ na poczucie bezpieczeństwa według ankietowanych ma pomoc w przypadku sieroctwa (4,9 %), pomoc w przypadku długotrwałej i ciężkiej choroby (4,9 %), pomoc potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi (4,9 %) i pomoc z trudnościami w przystosowaniu się do życia po opuszczeniu zakładu karnego (4,9 %).

¹⁷ Uchwała Nr XXXII/266/2021 Rady Gminy Manowo z dnia 30 grudnia 2021 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Gminy Manowo na lata 2021-2027.

Wykres 9. Działania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Manowie wpływające na poczucie bezpieczeństwa społecznego mieszkańców gminy Manowo.



Źródło: Analiza wyników badań własnych Pani Agaty Turbiarz.

Powyższe dane wskazują, iż mieszkańcy gminy Manowo mają pozytywny stosunek do funkcjonowania Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Manowie. Zdecydowana większość uważa, że jego działania wpływają na poczucie bezpieczeństwa społecznego mieszkańców gminy Manowo. Wymienione na wykresie nr 9 działania przedstawiają, które z nich wpływają na poczucie bezpieczeństwa respondentów. Niewątpliwie funkcjonowanie i zadania wynikające z ustawy o pomocy społecznej przyczyniają się do różnego rodzaju pomocy i wsparcia¹⁸.

WNIOSKI WYNIKAJĄCE Z PRZEPROWADZONYCH BADAŃ:

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Manowie przyczynia się do zapewnienia poczucia bezpieczeństwa mieszkańców gminy Manowo poprzez zakres swoich działań i świadczoną pomoc.

Źródłem braku poczucia bezpieczeństwa społecznego mieszkańców gminy Manowo jest bezrobocie, niski przyrost naturalny, niedostatek, starzenie się społeczeństwa. Instytucją, która najbardziej przyczynia się do zapewnienia poczucia bezpieczeństwa mieszkańców gminy Manowo jest Straż Gminna, która współpracuje z Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w tej samej miejscowości.

Zdecydowana większość ankietowanych korzysta z pomocy Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Manowie. Trudna sytuacja materialna jest czynnikiem najbardziej motywującym do skorzystania z pomocy społecznej oferowanej przez Gminny Ośrodek Pomocy. Jednym z ważnych aspektów właściwego funkcjonowania społeczeństwa, jest

¹⁸ Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 17 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o pomocy społecznej Dz.U. 2021 poz. 2268

szeroko ujmowane bezpieczeństwo jego obywateli. Dlatego tak ważne jest, aby instytucje zapewniające pomoc społeczną, takie jak Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Manowie, w dalszym ciągu wspierały i oferowały pomoc osobom jej potrzebującym.

Bibliografia:

Gierszewski J., *Organizacja systemu bezpieczeństwa społecznego*. Difin, Warszawa 2013.

Gierszewski J., *Bezpieczeństwo społeczne, studium z zakresu teorii bezpieczeństwa narodowego*. Difin, Warszawa 2013.

Kuźniar R., *Polityka i siła. Studia strategiczne – zarys problematyki*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2005.

Leszczyński M., *Bezpieczeństwo społeczne Polaków wobec wyzwań XXI wieku*. Difin, Warszawa 2011.

Marczuk K. P., *Pojęcie i zakres human security*. S. Sulkowski and M. Brzeziński, trzy wymiary współczesnego bezpieczeństwa, Elipsa, Warszawa 2014.

Pokruszyński W., *Współczesne bezpieczeństwo narodowe*, „Kultura i Polityka” Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Europejskiej im. ks. Józefa Tissingera w Krakowie nr 5, 175-188, 2009: 177.

ARTUR DĄBEK, NATALIA ZAKUBIŃSKA
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koszalinie

ZAKRES WIEDZY STUDENTÓW KIERUNKU BEZPIECZEŃSTWA NARODOWEGO PWSZ W KOSZALINIE NA TEMAT PRZESTĘPCZOŚCI ZORGANIZOWANEJ W KOSZALINIE

KNOWLEDGE OF NATIONAL SECURITY STUDENTS OF THE PWSZ IN KOSZALIN ON CRIME ORGANIZED IN KOSZALIN

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo zagrożenia, przestępczość zorganizowana

Abstrakt: Pojęcie przestępczość zorganizowana ma wiele znaczeń. Z pewnością jest ona efektem zróżnicowania argumentów oraz przejawów tego typu zjawiska. Celem niniejszego artykułu jest wskazanie na zakres wiedzy studentów PWSZ w Koszalinie na temat przestępczości zorganizowanej w mieście Koszalin. Zakres zdobytej wiedzy da możliwość optymalizacji w zakresie kształcenia studentów w kierunku bezpieczeństwa narodowego.

Keywords: security threats, organised crime

Abstract: The term organised crime has many meanings. It is certainly the result of a diversity of arguments and manifestations of this type of phenomenon. The aim of this article is to indicate the extent of the knowledge of the students of the State Higher Vocational School (PWSZ) in Koszalin about organised crime in the city of Koszalin. The extent of the knowledge gained will give the possibility to optimise in the education of students in the direction of national security.

WSTĘP

Celem niniejszego artykułu jest wskazanie na zakres wiedzy studentów PWSZ w Koszalinie na temat przestępczości zorganizowanej w mieście Koszalin. Zakres zdobytej wiedzy da możliwość optymalizacji w zakresie kształcenia studentów w kierunku bezpieczeństwa narodowego. Na podstawie analizy aktualnych uwarunkowań prawnych i w wyniku studiowania literatury przedmiotu oraz wykonania badań wstępnych sformułowano następujący problem główny:

Jaki jest zakres wiedzy studentów kierunku bezpieczeństwo narodowe PWSZ Koszalin na temat przestępczości zorganizowanej w Koszalinie?

Wobec tego problemy szczegółowe tej pracy przedstawiają się następująco:

- Jaki jest zdaniem badanych studentów kierunku bezpieczeństwo narodowe zakres przestępczości zorganizowanej w mieście Koszalinie?
- Jakie są znane studentom kierunku bezpieczeństwo narodowe metody walki z przestępczością zorganizowaną?
- Jaka jest znajomość studentów kierunku bezpieczeństwo narodowe na temat instytucji walczących z przestępczością zorganizowaną?

- Jakie są źródła wiedzy studentów kierunku bezpieczeństwo narodowe na temat przestępczości zorganizowanej?

Zapewnienie bezpieczeństwa to zdecydowanie jedno z najważniejszych zadań stojących przed współczesnym państwem. Na wstępie należy jednak przybliżyć definicję pojęcia bezpieczeństwo.

Bezpieczeństwo to pojęcie wieloznaczne, dla każdego oznaczające pewien stan, proces lub naczelną potrzebę. Podmiotem bezpieczeństwa mogą być wszystkie jednostki, które posiadają własny interes. Mogą być to pojedyncze osoby, a nawet całe narody, czy cała ludzkość. Bezpieczeństwo można, zatem podzielić na: indywidualne (personalne), grupowe (rodowe, plemienne), narodowe (państwowe), międzynarodowe (regionalne, globalne)¹.

Bezpieczeństwo to także jedno z praw społecznych. Jest ono niezbywalnym prawem człowieka. Bezpieczeństwo było bardzo długo utożsamiane ze stanem, który gwarantuje jednostce, jednostkom pewność istnienia i przetrwania². Związane jest ono z rozwojem społecznym i cywilizacyjnym. Podmiotem bezpieczeństwa są wszystkie jednostki posiadające własne interesy i wyrażające ambicje ich realizacji. Mogą to być pojedynczy ludzie, różne grupy społeczne, narody, społeczności międzynarodowe, czy wreszcie cała ludzkość³.

Czynnikiem, który negatywnie wpływa na poczucie bezpieczeństwa jest z pewnością zjawisko przestępczości zorganizowanej.

Pojęcie przestępczość zorganizowana ma wiele znaczeń. Z pewnością jest ona efektem zróżnicowania argumentów oraz przejawów tego typu przestępczości. Bez wątplenia charakteryzuje się działalność grupowa, a należących do tej sfery członków charakteryzuje specyficzna zależność, która dopuszcza na „sprawniejsze” popełnianie czegoś złego.

Przestępczość zorganizowana wyróżnia się występowaniem oczywistych, szczególnych cech. Do najistotniejszych z tych cech można wziąć pod uwagę⁴:

- powiązania ze światem interesu oraz polityki;
- zhierarchizowaną strukturę;
- podkupywanie funkcjonariuszy różnego rodzaju stopnia przy pomocy takiej, jak wywieranie presji oraz kolekcjonowanie informacji z dziedziny działania tych ludzi;
- zakamufłowanie organizacji;

¹ S. Koziej, *Bezpieczeństwo: istota, podstawowe kategorie i historyczna ewolucja*, PWN, Warszawa 2011, s. 19.

² A. Czupryński, *Bezpieczeństwo w ujęciu aksjologicznym*, Wyd. CNBOP-PIB, Józefów 2014, s.25.

³ S. Koziej, *Między piekłem a rajem. Szare bezpieczeństwo na progu XXI wieku*, Warszawa 2008, s. 17.

⁴ Szerzej na ten temat patrz: J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, *Kryminologia*, s. 300-307; B. Hołyst, *Kryminologia*, ... op. cit., s. 414-469.

- bezpieczeństwo członków grupy;
- użycie agresji.

W Polsce przestępczość zorganizowana dzieli się na trzy główne rodzaje:

- przestępczość kryminalną,
- przestępczość ekonomiczną,
- oraz przestępczość narkotykową.

PRZESTĘPCZOŚĆ KRYMINALNA

Do głównych form przestępczości kryminalnej zaliczamy⁵:

- handel kobietami – zmuszanie do prostytucji bądź wyjazdów do prac zagranicznych,
- handel dziećmi – kradzieże, nielegalne adopcje, pedofilie,
- handel tanią siłą roboczą – zmuszanie do różnego rodzaju prac, znęcanie się, krzywdzenie psychiczne, brak wypłacenia wynagrodzeń,
- handel narządami – nielegalna sprzedaż narządów pobieranych od żywych ludzi, kupowanie organów nie mając o niczym pojęcia.

PRZESTĘPCZOŚĆ EKONOMICZNĄ

Proces przestępczości ekonomicznej zdefiniowany jest jako pranie brudnych pieniędzy. Opiera się na zachowaniu nieprzepisowych aspektów oraz łagodnemu włączeniu się do dozwolonego przepływu finansowych, a także gospodarczych. Fakt prania brudnych pieniędzy znacząco jedną z cięższych do ujawnienia typów przestępstw w dziale finansowo-gospodarczej. Źródła te mają pochodzenie z różnych rodzajów działań kryminalnych, zazwyczaj są to obiekty jak:⁶

- obroty narkotykami,
- bronią,
- żywym towarem,
- oszustwa podatkowe i celne,
- fałszerstwa,
- korupcja.

PRZESTĘPCZOŚĆ NARKOTYKOWA

Sektor przestępczości narkotykowej jest jednym w dużym stopniu zyskowych, nielegalnych działalności, który w sumie charakteryzuje się zasięgiem międzynarodowym, bowiem kraje wytwarzające narkotyki sprzedają towar za granicę nielegalnie

⁵ <https://cafebabel.com/pl/article/najstarszy-handel-swiata-5ae00630f723b35a145e05c1/>, [dostęp: 10.05.2022].

⁶ Z. Rau, *Przestępczość...* op. cit., s. 161

na giełdy zbytu w krajach Europejskich oraz w Stanach Zjednoczonych. Uzależnienie od narkotyków było niebezpiecznym fenomenem w latach 60 i 70., jednakże nie miało wówczas charakteru zorganizowanego. Aspekt ten pojawił się później, wraz z ustawą (ustawa z dnia 24.04.1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii Dz. U. 1997 r. Nr 75, poz. 468 ze zm.⁷) gdzie wskazała obrót narkotykami jako prawienie niedozwolony.

WYNIKI BADAŃ

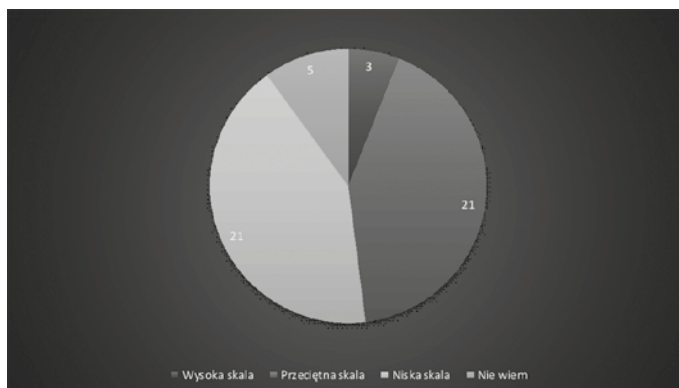
Badania zostały przeprowadzone wśród studentów pierwszego, drugiego oraz trzeciego roku bezpieczeństwa narodowego w PWSZ w Koszalinie w latach 2021 i 2022. Studenci mieli za zadanie udzielenia odpowiedzi na temat przestępczości zorganizowanej w Koszalinie. Dzięki udzieleniu rzetelnych odpowiedzi podjęto próbę określenia skali zjawiska jakim jest przestępczość zorganizowana w Koszalinie w opinii i wiedzy studentów.

ZAKRES PRZESTĘPCZOŚCI ZORGANIZOWANEJ W KOSZALINIE W OPINII STUDENTÓW

Rozstrzygając pierwszy problem badawczy *Jaki jest zdaniem badanych studentów kierunku bezpieczeństwo narodowe zakres przestępczości zorganizowanej mieście Koszalinie?* respondentom zostały przedstawione poniższe pytania w kwestionariuszu ankiety.

- Czy według Pani/ Pana przestępczość zorganizowana jest dużym problemem dla mieszkańców Koszalina?
- Jaka jest według Pani/ Pana skala problemu przestępczości zorganizowanej w Koszalinie?
- Czy według Pani/ Pana mieszkańcy Koszalina posiadają orientację na temat przestępczości zorganizowanej?

Wykres nr 1. *Przestępczość jako problem dla mieszkańców Koszalina.*

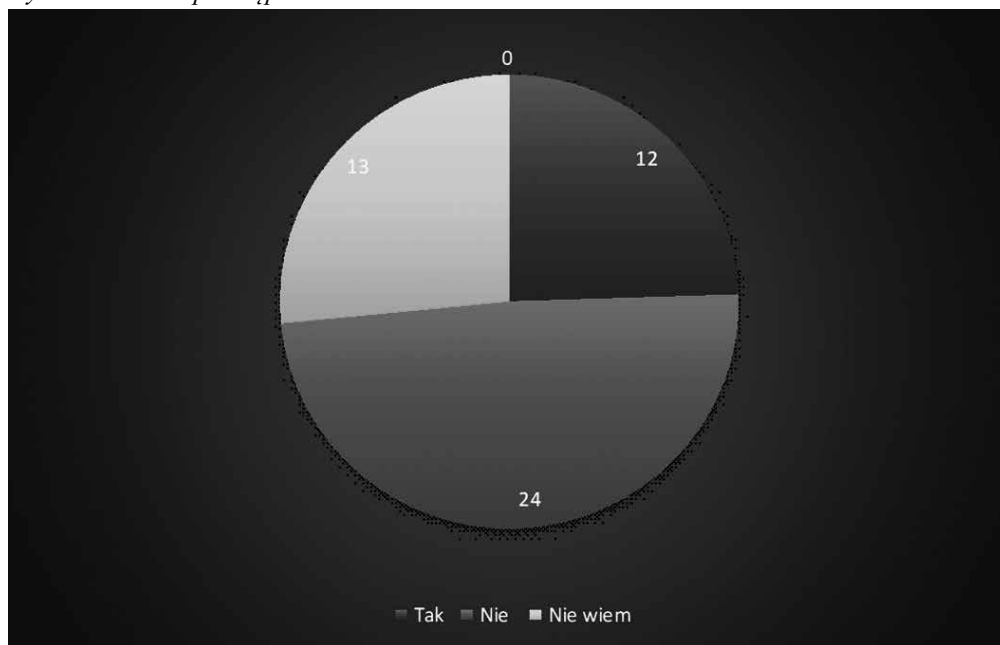


Źródło: opracowanie własne.

⁷ Ustawa z dnia 24.04.1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii Dz. U. 1997 r. Nr 75, poz. 468 ze zm.)

Z odpowiedzi respondentów na zadane pytanie *Czy przestępczość zorganizowana jest dużym problemem dla mieszkańców Koszalina?* wynika, iż przestępczość zorganizowana według studentów dla mieszkańców Koszalina nie jest dużym problemem, co wynika z wyżej przedstawionego wykresu nr 1. Taką odpowiedź zaznaczyło (50 %) respondentów, natomiast (26 %) studentów nie posiada zakresu wiedzy na ten temat może to wynikać z faktu, że część osób badanych jest na pierwszym roku studiów. Tylko o 2 % mniej – (24%) uważa, że przestępczość zorganizowana jest dużym problemem dla mieszkańców Koszalina. Tak udzielone odpowiedzi studentów świadczą o zróżnicowanym podejściu do problemu przestępczości zorganizowanej na terenie Koszalina.

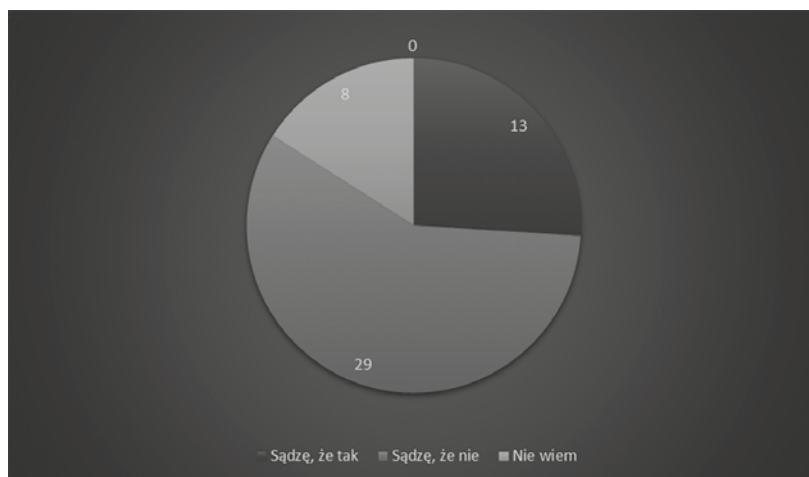
Wykres 2. Poziom przestępczości na terenie Koszalin.



Źródło: opracowanie własne.

Wyniki przeprowadzonych badań pokazują, że ankietowani studenci mają zróżnicowane poglądy co do kwestii skali problemu przestępczości zorganizowanej w Koszalinie. Respondenci sądzą, że skala problemu przestępczości zorganizowanej w Koszalinie jest przeciętna (42 %), a także niska (42 %). Tylko (10 %) badanych studentów nie wie jaka jest skala przestępczości. Jest też grupa (6 %) studentów, która uważa, że przestępczość w mieście Koszalin jest wysoka. Wyniki badań przedstawia wykres nr 2. Owe zróżnicowanie może wynikać z indywidualnych doświadczeń jak również posiadanej wiedzy na ten temat.

Wykres 3. Punkt widzenia mieszkańców Koszalina na temat przestępczości zorganizowanej w opinii studentów.



Źródło: opracowanie własne.

Z przeprowadzonych badań wynika, że studenci kierunku bezpieczeństwo narodowe sądzą, iż mieszkańcy Koszalina nie są dobrze zorientowani w zakresie skali przestępczości zorganizowanej (58%). Grupa (26%) uważa, że społeczeństwo Koszalina posiada wiedzę o przestępczości zorganizowanej w swoim mieście, natomiast (16%) studentów twierdzi, że mieszkańcy Koszalina nie wiedzą czy posiadają jakąkolwiek wiedzę na ten konkrety temat. Wyniki badań przedstawia wykres nr 3. Widzimy, że większość studentów uważa, że mieszkańcy posiadają elementarną wiedzę na ten temat. Może to wynikać z różnych faktów np. informacji Internetowej czy telewizyjnej.

Biorąc pod uwagę odpowiedzi respondentów dotyczące pierwszego szczegółowego problemu badawczego *Jaki jest zdaniem badanych studentów kierunku bezpieczeństwo narodowe zakres przestępczości zorganizowanej w mieście Koszalin?* Z odpowiedzi wynika, iż według badanych studentów kierunku bezpieczeństwa narodowego problem z przestępczością zorganizowaną w Koszalinie występuje na średnio zróżnicowaną skalę.

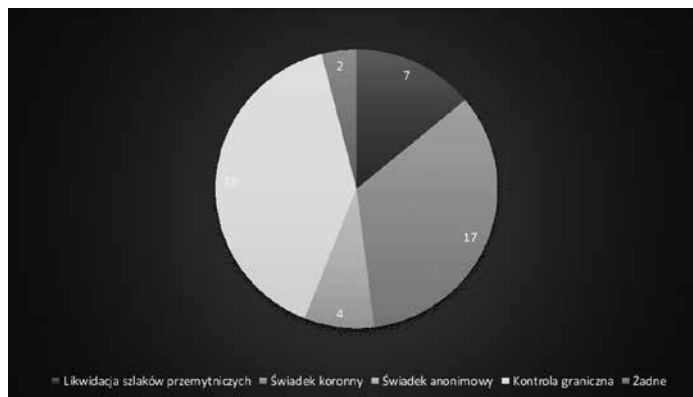
METODY WALKI Z PRZESTĘPCZOŚCIĄ ZORGANIZOWANĄ

Rozwiązując kolejny problem badawczy *Jakie są znane studentom kierunku bezpieczeństwo narodowe metody walki z przestępczością zorganizowaną?* zadano respondentom następujące pytania:

- Które z wymienionych metod walki z przestępczością zorganizowaną są Pani/Panu znane?
- Jakie metody walki uważa Pani/ Pan za najbardziej skuteczne w walce z przestępczością zorganizowaną?

- Czy według Pani/ Pana metody walki wyżej wymienione sprawdzają się w przestępczości zorganizowanej?

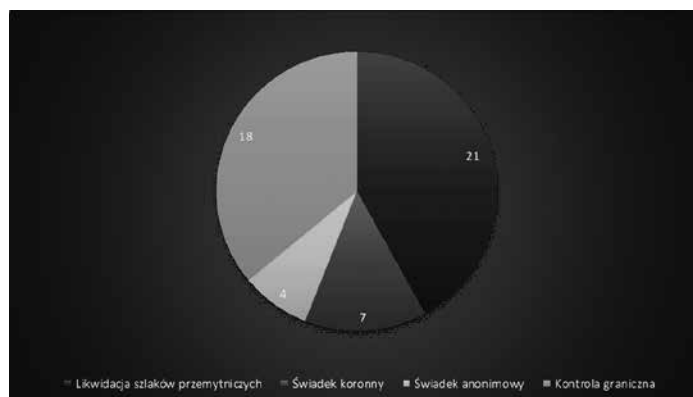
Wykres nr 4. Sposoby walki z przestępczością zorganizowaną na terenie miasta Koszalina w opinii studentów.



Źródło: opracowanie własne.

Według ankietowanych kontrola graniczna jest najbardziej znaną metodą walki z przestępczością zorganizowaną. Taką odpowiedź udzieliło (40%) ankietowanych. Kolejną ze znanych metod jest świadek koronny (34%). Studenci również są zaznajomieni z metodą likwidacji szlaków przemytniczych – co potwierdza udzielonych (14 %) odpowiedzi, natomiast (8%) zaznaczyło – świadek anonimowy. Tylko (2%) populacji nie zna żadnych metod walki z przestępczością zorganizowaną. Wyniki badań przedstawia wykres nr 4.

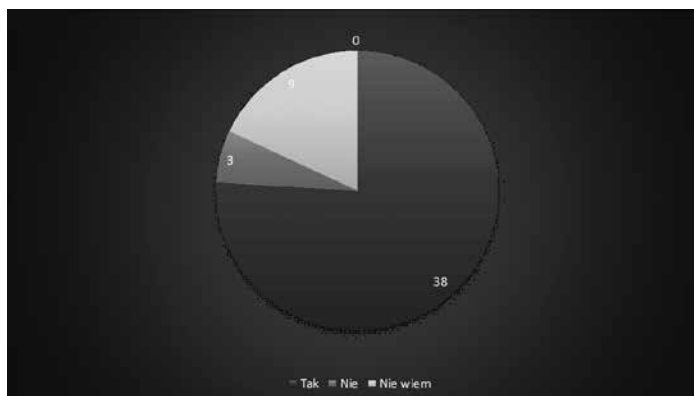
Wykres nr 5. Najbardziej skuteczne metody walki z przestępczością zorganizowaną w opinii studentów.



Źródło: opracowanie własne.

Zdaniem studentów najbardziej skuteczną metodą walki z przestępczością zorganizowaną jest likwidacja szlaków przemytniczych (42%), natomiast niewiele mniej, bo aż (36%), uważa za skuteczną kontrolę graniczną. (14%) – świadek koronny, a (8%) świadek anonimowy. Wyniki badań przedstawia wykres nr 5.

Wykres nr 6. Metody walki sprawdzające się z przestępczością zorganizowaną na terenie Koszalina w opinii studentów.



Źródło: opracowanie własne.

Biorący w badaniu udział studenci uważają w (76%), że metody walki z przestępczością zorganizowaną w Koszalinie zdecydowanie się sprawdzają. Tylko (18%) ankietowanych nie wie, natomiast (6%) respondentów sądzi, że metody walki wyżej wymienione nie sprawdzają się. Wyniki badań przedstawia wykres nr 6.

Biorąc pod uwagę odpowiedzi respondentów dotyczące trzeciego szczegółowego problemu badawczego *Jakie są znane studentom kierunki bezpieczeństwa narodowe metody walki z przestępczością zorganizowaną?* można uznać, że studentom i kierunki bezpieczeństwa narodowe znane są metody walki z przestępczością takie jak: likwidacja szlaków przemytniczych, świadek koronny, świadek anonimowy, kontrola graniczna.

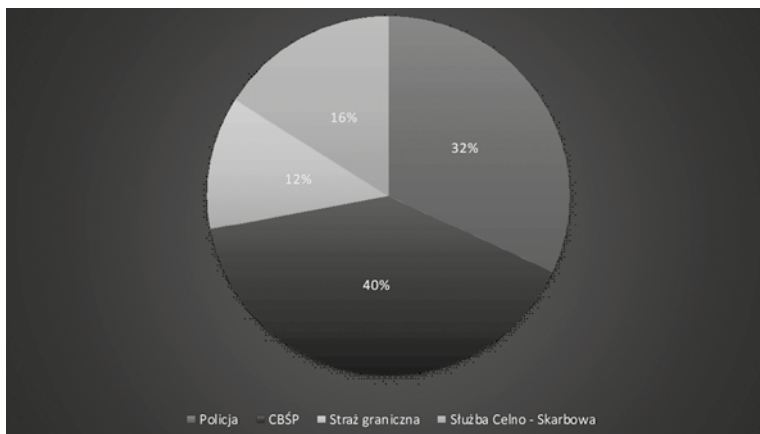
ZNAJOMOŚĆ INSTYTUCJI WALCZĄCYCH Z PRZESTĘPCZOŚCIĄ ZORGANIZOWANĄ

Rozwiązując czwarty problem badawczy *Jaka jest znajomość studentów kierunku bezpieczeństwa narodowego instytucji walczących z przestępczością zorganizowaną?* respondentom zostały przedstawione następujące pytania w kwestionariuszu ankiety:

- Czy zna Pani/ Pana instytucje walczące z przestępczością zorganizowaną, jeśli tak to jakie?
- Jakie instytucje według Pani/Pana najbardziej angażują się w zapobieganie przestępczości zorganizowanej?

- Czy według Pani/ Pana instytucje dobrze radzą sobie z przestępczością zorganizowaną?

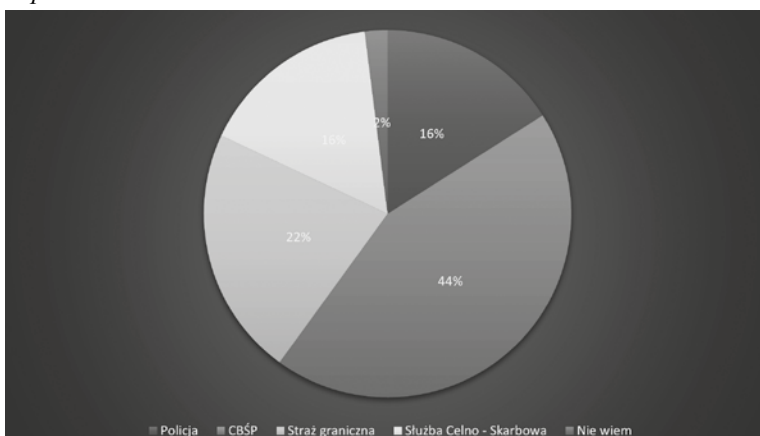
Wykres nr 7. Instytucje walczące z przestępczością zorganizowaną na terenie Koszalina w opinii studentów.



Źródło: opracowanie własne.

Studentom najbardziej znaną instytucją walczącą z przestępczością zorganizowaną jest CBŚP taką odpowiedź udzieliło (40%) ankietowanych, zaraz po niej policja (32%), kolejną służba jest celno-skarbowa (16%). Najmniej znaną instytucją według studentów walczącą z przestępczością zorganizowaną jest Straż Graniczna (12%). Na powyższej przedstawionej wykresie nr 7 przedstawione są odpowiedzi respondentów.

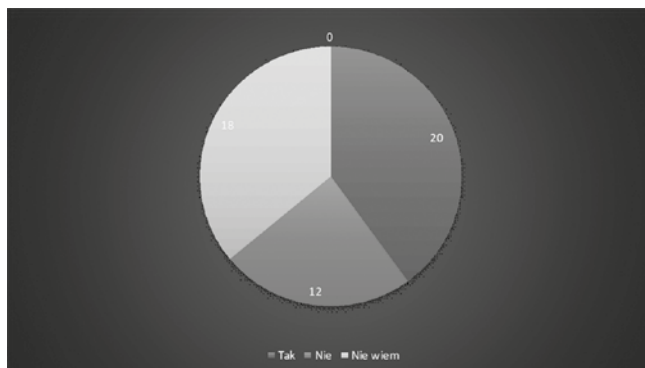
Wykres nr 8. Instytucje angażujące się w zwalczaniu przestępczości zorganizowanej na terenie Koszalina w opinii studentów.



Źródło: opracowanie własne.

Najbardziej zaangażowaną w zwalczaniu przestępczości zorganizowanej instytucją w opinii studentów jest instytucja CBŚP (44%), natomiast (22%) uważa, że angażującą instytucją jest Straż Graniczna, następnie można zaliczyć instytucję w zwalczaniu przestępczości zorganizowanej służbę celno-skarbową (16%) oraz policja (16%). Natomiast tylko (2%) osób nie wie nic o instytucjach zwalczających tę przestępczość. Wyniki badań przedstawia wykres nr 8.

Wykres nr 9. Zakres radzenia sobie instytucji z przestępczością zorganizowaną na terenie Koszalina w opinii studentów.



Źródło: opracowanie własne.

Studenci bezpieczeństwa narodowego uważają w większości, że instytucje walczące z przestępczością zorganizowaną dobrze sobie radzą (40%), natomiast (36%) osób nie ma zdania na ten temat. (24%) osób sądzi, że instytucje nie radzą sobie w walce z przestępczością. Wyniki badań przedstawia wykres nr 9.

Biorąc pod uwagę odpowiedzi respondentów dotyczące czwartego szczegółowego problemu badawczego *Jaka jest znajomość studentów kierunku bezpieczeństwo narodowe na temat instytucji walczących z przestępczością zorganizowaną?*

Odpowiedzi ankietowanych studentów kierunku bezpieczeństwo narodowe główne instytucje walczące z przestępczością zorganizowaną jest policja, CBŚP oraz straż graniczna sprawdziła się, co stanowi zgodność z moimi założeniami.

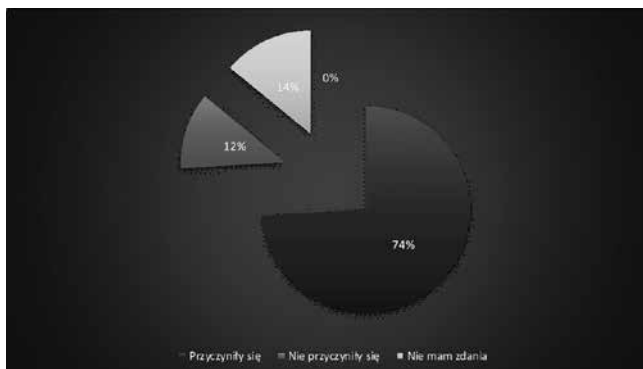
WIEDZA ORAZ JEJ ŹRÓDŁA DOTYCZĄCE PRZESTĘPCZOŚCI ZORGANIZOWANEJ

Odpowiadając na piąty problem badawczy *Jakie są źródła wiedzy studentów kierunku bezpieczeństwo narodowe na temat przestępczości zorganizowanej?* respondentom zostały przedstawione poniższe pytania w kwestionariuszu ankiety:

- Jak wykłady przyczyniły się do zwiększania informacji o przestępczości zorganizowanej?

- Czy często Pani/ Pan słyszy o przestępczości zorganizowanej na wykładach?
- Czy na studiach bezpieczeństwo narodowe poszerzyła Pani/Pan wiedzę na temat przestępczości zorganizowanej?

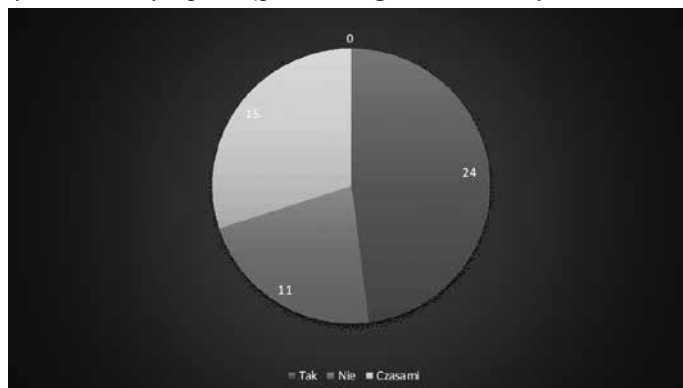
Wykres nr 10. Rola wykładów, a zwiększenie informacji o przestępczości zorganizowanej w opinii studentów.



Źródło: opracowanie własne.

Studenci uważają, że wykłady dotyczące przestępczości zorganizowanej przyczyniły się znacznie do zwiększenia informacji (74%), natomiast respondenci zaznaczyli także, iż nie mają zdania odnośnie do zwiększania wiadomości na temat przestępczości zorganizowanej (14 %). Badani w (12%) twierdzą, że wykłady nie przyczyniły się do zwiększenia ich wiedzy. Wyniki badań przedstawia wykres nr 10.

Wykres 11. Zdobywanie wiedzy o przestępczości zorganizowanej na wykładach.

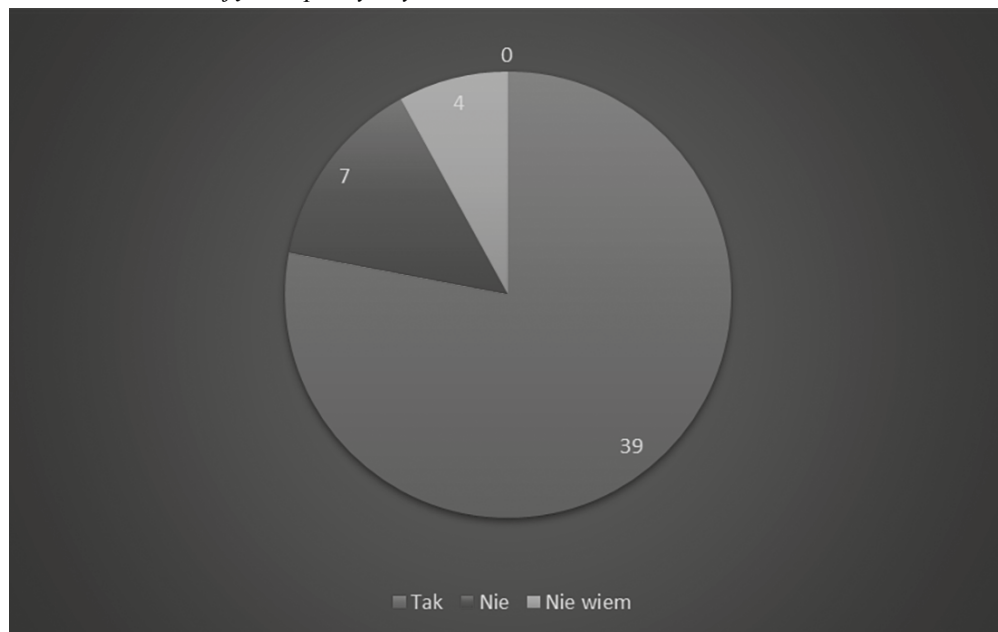


Źródło: opracowanie własne.

Z udzielonych odpowiedzi wynika, że studenci w większości często słyszą o przestępczości zorganizowanej w czasie zajęć na wykładach (48%), natomiast (30%) zaznaczyło

odpowieź, że tylko czasami. Badana część osób (22%) twierdzi, że wcale nie zdobywa wiedzy na wykładach na temat przestępczości zorganizowanej. Wyniki badań przedstawia wykres nr 11.

Wykres nr 12. Powiększenie wiedzy na temat przestępczości zorganizowanej na wykładach i ćwiczeniach oraz zajęciach praktycznych.



Źródło: opracowanie własne.

Studenci w znaczącej większości odpowiedzieli, iż powiększyli swoją wiedzę na temat przestępczości zorganizowanej w (78%) na wykładach i ćwiczeniach oraz zajęciach praktycznych, natomiast (14%) respondentów twierdzi, że nie poszerzyło wiedzy, bowiem tylko (8%) populacji nie wie, czy zwiększyli zakres swojej wiedzy na wykładach i ćwiczeniach oraz zajęciach praktycznych z przestępczości zorganizowanej. Wyniki badań przedstawia wykres nr 12.

Mając na uwadze udzielone odpowiedzi przez respondentów dotyczące piątego problemu badawczego, Jakie są źródła wiedzy studentów kierunku bezpieczeństwo narodowe na temat przestępczości zorganizowanej należy uznać, że źródłami wiedzy, z których studenci kierunku bezpieczeństwo narodowe czerpią wiadomości na temat przestępczości zorganizowanej są to informacje ze środowiska oraz z wykładów, ćwiczeniach oraz zajęciach praktycznych. Co w znacznej większości sprawdziło się z założeniami.

ZAKOŃCZENIE

Główny problem badawczy *Jaki jest zakres wiedzy studentów kierunku bezpieczeństwo narodowe PWSZ Koszalin na temat przestępczości zorganizowanej?* został rozwiązany. Poprzez udzielenie przez studentów odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety uzyskano dane na temat wiedzy z przestępczości zorganizowanej mieszkańców Koszalina. Zakres badanego zjawiska wskazuje na potrzebę rozszerzenia zajęć dydaktycznych dla studentów kierunku bezpieczeństwo narodowe właśnie o omawianą problematykę. Według badanych studentów kierunku bezpieczeństwa narodowego problem z przestępczością zorganizowaną w Koszalinie występuje na zróżnicowaną skalę.

Zdaniem studentów kierunku bezpieczeństwa narodowego przestępczość zorganizowana w mieście Koszalin zagraża bezpieczeństwu, a w szczególności wiąże się z brakiem aktywności, praniem brudnych pieniędzy, zaniżeniem należności publicznoprawnych, brakiem opodatkowania, handlem ludźmi i papierosów.

Studentom kierunku bezpieczeństwa narodowego znane są metody walki z przestępczością takie jak: likwidacja szlaków przemytniczych, świadek koronny, świadek anonimowy, kontrola graniczna.

Zdaniem studentów kierunku bezpieczeństwo narodowe główne instytucje walczące z przestępczością zorganizowaną jest policja CBŚP oraz straż graniczna.

Źródła wiedzy, z których studenci kierunku bezpieczeństwo narodowe czerpią wiadomości na temat przestępczości zorganizowanej są to informacje ze środowiska oraz z wykładów, ćwiczeń i zajęć praktycznych.

Odpowiedzi studentów zależały w szczególności od wieku, miejsca zamieszkania oraz roku studiów uczęszczanych przez studenta. Jednak niezależnie od różnic w zakresie odpowiedzi szczegółowych badani uznali, że przestępczość zorganizowana jest zjawiskiem kryminalnym, które występuje pod wieloma postaciami stąd jest bardzo obszernym tematem badawczym.

Bibliografia:

- Ciekanowski Z., *Rodzaje i źródła zagrożeń bezpieczeństwa*, Nauki Humanistyczne i Społeczne Na Rzecz Bezpieczeństwa, WSZiP, Warszawa 2007.
- Czeszkiewicz M., *Przestępczość zorganizowana i jej uwarunkowania w Polsce*, Białystok 1998.
- Czupryński A., *Bezpieczeństwo w ujęciu aksjologicznym*, Wyd. CNBOP-PIB, Józefów 2014.
- Dunaj B., (red.) *Słownik współczesnego języka polskiego*, PWN, t. I, Warszawa 2003.
- Fałdowski M., *Współczesny wymiar bezpieczeństwa*, „Zeszyty Naukowe SGSP”, nr 66, Szczytno 2018.
- Kitler W., *System bezpieczeństwa narodowego RP – aspekty prawno-organizacyjne*, AszWoj, Warszawa 2019.
- Koziej S., *Bezpieczeństwo: istota, podstawowe kategorie i historyczna ewolucja*, PWN, Warszawa 2011.
- Koziej S., *Między piekłem a rajem. Szare bezpieczeństwo na progu XXI wieku*, Warszawa 2008.
- Kube E., Foch K.F., *Die Kriminalitäts Landschaft in Ost und West im Zeichen des politischen Umbruchs*, „Der Kriminalist” 1990.
- Kukułka J., *Bezpieczeństwo a współpraca europejska: współzależność i sprzeczność interesów*, SM 1982
- Kuźniar R., *Po pierwsze bezpieczeństwo*, „Rzeczpospolita” z 09.01.1996 r.