

---

**Interdyscyplinarność  
współczesnej medycyny**

---

**Interdisciplinary  
nature of modern medicine**

---



---

# **Interdyscyplinarność współczesnej medycyny**

---

## **Interdisciplinary nature of modern medicine**

---

### **Redakcja • Editors**

Krzysztof Rejman  
Jarosław Noworól  
Marta Cebulak  
Małgorzata Dziechciaż  
Barbara Stawarz  
Alicja Kłós

**Tom 12**

Wydawnictwo PWSTE

**RECENZENT · REVIEWER**

Magdalena Lewicka – dr n. med., prof. ucz. UMLUB

ISBN 978-83-65823-62-5

Copyright © by PWSTE  
Jarosław 2023

**pws te /**  
PAŃSTWOWA  
WYŻSZA SZKOŁA  
TECHNICZNO  
EKONOMICZNA

WYDAWNICTWO  
PAŃSTWOWEJ WYŻSZEJ SZKOŁY TECHNICZNO-EKONOMICZNEJ  
IM. KS. BRONISŁAWA MARKIEWICZA W JAROSŁAWIU  
ADRES WYDAWCY: UL. CZARNIECKIEGO 16, 37-500 JAROSŁAW  
wydawnictwo@pwste.edu.pl

PUBLISHED BY  
THE BRONISLAW MARKIEWICZ STATE HIGHER SCHOOL  
OF TECHNOLOGY AND ECONOMICS IN JAROSLAW



Ministerstwo  
Edukacji i Nauki



Dokonała  
Nauka

**pws te /**  
PAŃSTWOWA  
WYŻSZA SZKOŁA  
TECHNICZNO  
EKONOMICZNA

*Projekt Konferencja naukowa „INTERDYSCYPLINARNE ASPEKTY URODY, ZDROWIA I CHOROBY”  
jest dofinansowany ze środków Ministerstwa Edukacji i Nauki w ramach programu „DOSKONAŁA NAUKA  
”Wsparcie konferencji naukowych na podstawie umowy Numer umowy: DNK/SP/550550/2022*

Jarosław 2023

## **Spis treści - Contents**

<b>1. Complications of central venous cannulation in ICU hospitalized patients</b> <b>Powikłania kaniulacji żył centralnych u pacjentów hospitalizowanych na OIT</b> Katarzyna Tomaszewska, Bożena Majchrowicz .....	7
<b>2. Jakość życia kobiet w okresie okołoporodowym</b> <b>Quality of life of women in the perinatal period</b> Bernadetta Malec, Irena Brukwicka, Alicja Kłos, Iwona Dudzik .....	19
<b>3. Jakość życia pacjentek z rakiem gruczołu piersiowego</b> <b>Quality of life of patients with breast cancer</b> Anna Lewandowska, Paulina Piątek, Barbara Laskowska .....	35
<b>4. Wiedza pacjentów na temat ich praw</b> <b>Patients' knowledge of their rights</b> Bożena Majchrowicz, Katarzyna Tomaszewska .....	49
<b>5. Zagrożenie niedostosowaniem społecznym dzieci i młodzieży – analiza wybranych zagadnień</b> <b>Threat of social maladjustment of children and youth – analysis of selected issues</b> Kinga Przybyszewska .....	61
<b>6. Rola i znaczenie wiedzy i umiejętności oraz predyspozycji zawodowych pracownika socjalnego w praktyce pracy socjalnej</b> <b>The role and importance of knowledge and skills as well as professional predispositions of a social worker in the practice of social work</b> Oliwia Oleksiewicz .....	73
<b>7. Niewydolność wychowawcza rodziny jako zadanie dla asystenta rodziny</b> <b>Educational inefficiency of the family as a task for the family assistant</b> Krystyna Bursztyka, Bożena Stanuch .....	85

---

<b>8. Koordynowana opieka zdrowotna w aspekcie osób przewlekle chorych na podstawie doświadczeń innych państw – przegląd literatury</b> <b>Coordinated health care in the aspect of chronically ill people is based on the experience of other countries – literature review</b>	
Katarzyna Tomaszewska, Bożena Majchrowicz .....	101
<b>9. Socio-economic situation of people over 50</b> <b>Sytuacja społeczno-ekonomiczna osób po 50. roku życia</b>	
Wiktoria Dudek .....	113
<b>10. Promocja zdrowia jako czynnik przeciwdziałający wykluczeniu społecznemu</b> <b>Health promotion as a factor counteracting social exclusion</b>	
Alicja Kłos, Irena Brukwicka, Iwona Dudzik .....	123
<b>11. Domowa profilaktyka przeciwstarzeniowa</b> <b>Home anti-aging prophylaxis</b>	
Magdalena Koziarowska .....	133

# 1. Complications of central venous cannulation in ICU hospitalized patients

## Powikłania kaniulacji żył centralnych u pacjentów hospitalizowanych na OIT

Katarzyna Tomaszewska<sup>1, a</sup>, Bożena Majchrowicz<sup>2, b</sup>

<sup>1</sup>Institut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu  
The Bronisław Markiewicz State Higher School of Technology and Economics in Jarosław

<sup>2</sup>Institut Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemysłu  
Institute of Health Protection, State Academy of Applied Sciences in Przemysłu

<sup>a</sup> <https://orcid.org/0000-0002-2129-9107>

<sup>b</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3202-1407>

### ■ Abstract

**Introduction:** Central venous cannulation is an important procedure in intensive care, which is essential in many clinical situations. It can also lead to various complications, such as infection, hemorrhage and thrombosis.

**The aim of this paper** was to determine the knowledge of medical personnel about the complications of central venous cannulation in patients hospitalized in intensive care units.

**Material and methods:** The survey was conducted from March to April 2022 among 110 representatives of nursing staff working in the intensive care unit of hospitals in Rzeszów, Poland. A diagnostic survey method was used in the study. The research tool was the authors' survey questionnaire.

**Results and conclusions:** The level of knowledge of patients surveyed about central vascular accesses is satisfactory. In addition, as the level of education increases, the extent of knowledge possessed by medical personnel about complications and adverse reactions that can occur to the patient during central venous cannulation and after obtaining central access increases. Longer working hours increase the ability to identify infectious, thrombotic and mechanical complications that can occur in a patient with vascular access. It has been shown that having a qualification or specialization course for medical personnel increases their knowledge of the basic indications for central venous access placement. In addition, longer seniority ensures possession of a greater range of knowledge regarding central venipuncture care.

**Keywords:** central venous cannulation, complications of cannulation, prevention of vascular line infections.

### ■ Abstrakt

**Wstęp:** Cewnikowanie żył centralnych jest obecnie ważnym zabiegiem w intensywnej terapii, który ma istotne znaczenie w wielu sytuacjach klinicznych. Może on również prowadzić do różnych powikłań, takich jak infekcja, krwotok czy zakrzepica.

**Celem pracy** było określenie wiedzy personelu medycznego na temat powikłań kaniulacji żył centralnych u pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii.

**Materiał i metody:** Badanie zostało przeprowadzone w okresie od marca do kwietnia 2022 roku wśród 110 przedstawicieli personelu pielęgniarskiego pracującego w oddziale intensywnej terapii rzeszowskich szpitali. W pracy wybrano metodę sondażu diagnostycznego, w której wykorzystano technikę ankietowania. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety.

**Wyniki i wnioski:** Poziom wiedzy badanych osób na temat centralnych dostępów naczyniowych jest zadowalający. Ponadto wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia zwiększa się zakres posiadanej przez personel medyczny wiedzy na temat powikłań oraz działań niepożądanych, które mogą wystąpić u pacjenta podczas kaniulacji żył centralnych oraz po uzyskaniu dostępu centralnego. Dłuższy czas pracy wpływa na zwiększenie umiejętności identyfikacji powikłań infekcyjnych, zakrzepowych oraz mechanicznych mogących wystąpić u pacjenta z dostępem naczyniowym. Wykazano, że posiadanie przez personel medyczny kursu kwalifikacyjnego lub specjalizacji zwiększa poziom wiedzy w zakresie podstawowych wskazań do zakładania centralnego dostępu żylnego. Dodatkowo dłuższy staż pracy zapewnia posiadanie większego zakresu wiedzy w kwestii pielęgnacji wkłucia centralnego.

**Słowa kluczowe:** kaniulacja żył centralnych, powikłania kaniulacji, profilaktyka zakażeń linii naczyniowej.

## ■ Introduction

Central venous cannulation is a high-risk medical procedure that can result in adverse events and complications. The risks that arise during and after the procedure remain primarily associated with disruption of the skin and vessel wall. In addition, the risk is also determined by the need to introduce a foreign body into the vascular bed, which is a vascular catheter [1, 2]. According to the definition, a central intravenous catheter is called a specific vascular access to the central veins, in which temporary or long-term venous lines are used, as well as peripherally inserted central catheters (PICC) [3].

Performing the procedure of obtaining vascular access and monitoring the patient's general condition in order to recognize symptoms that may indicate the presence of complications requires nursing staff to have appropriate professional qualifications confirmed by theoretical knowledge and practical skills [4]. Nursing staff caring for a patient in whom a central puncture has been performed is obliged to have knowledge of possible mechanical, thrombotic and infectious complications that may result from the procedure. Particular attention is paid to this due to the fact that only rapid recognition of possible risks, their identification and taking appropriate action allows to achieve the intended efficiency of care ensuring the safety of the patient [5, 6].

Care of the acquired central access is a key element in the maintenance of the vascular line, so in order to maintain the catheter for the long term, it is required that



care be carried out in accordance with current standards. The literature indicates that in the postoperative period it is important to ensure proper conditions that promote wound healing [7]. The principles of central catheter management containing a set of information and care instructions have been developed in the form of management packages called “central line bundles”. These bundles represent a set of the most effective guidelines, the application of which significantly improves care, as well as reduces the risk of infections. The provisions contained in the aforementioned principles have been supported by sound scientific research and are the primary source of information in the aspect in question. The indicated principles remain recognized, therefore, as standards of care for central access [8].

The purpose of this study was to determine the knowledge of nursing staff about the complications of central venous cannulation in patients hospitalized in the Intensive Care Unit.

## ■ Material and methods

The survey was conducted between March and April 2022. The survey included 110 representatives of nursing staff working in the Department of Anesthesiology and Intensive Care of hospitals in Rzeszów, Poland. Participation in the study was anonymous and voluntary. The study was conducted in accordance with the requirements of the Declaration of Helsinki, after obtaining approval from the CM Bioethics Committee. In the study, a diagnostic survey method was chosen, in which the survey technique was used. The research tool was the author’s survey questionnaire. The survey questionnaire consisted of 19 closed-ended single-choice and multiple-choice questions, of which the first 5 questions concerned sociodemographic data. Inclusion criteria were nursing education, employment in the Department of Anesthesiology and Intensive Care, and consent to participate in the study. Statistical analysis was performed using the Chi-square test for independence of variables. The strength of the relationship was determined using coefficients viz: Phi and Cramer’s V and coefficients: Kendall’s Tau-b and Kendall’s Tau-c. Statistical analysis was performed using the IBM SPSS 26.0 (IBM, New York City, NY, United States) with the Exact Tests module. All correlations and differences are statistically significant when  $p \leq 0.05$ .

## ■ Results

The vast majority of respondents were women (90.91%). A percentage of 9.09% of respondents marked male gender in the questionnaire. The largest group was made up of those aged 31–40 (32.73%). Respondents aged 41–50 were the second largest group of respondents (26.36%). One-fifth of respondents indicated that they fell into the 20–30 age range (20.00%). The smallest percentage of respondents indicated that they were between the ages of 51–60 (13.64%) and 61+ (7.27%). More than half of the respondents had a bachelor’s degree in nursing

(65.45%). In succession, the master's of nursing group accounted for 30.00% of the respondents. The smallest group of respondents had secondary education – nursing (4.55%). 30.0% of the respondents had completed a specialized course, 23.64% of the respondents had completed a qualification course and 21.82% had completed a further training course. A quarter of respondents had a specialization (19.09%), and 5.45% of respondents had not completed any postgraduate training. The largest group of survey participants had seniority in the Intensive Care Unit of 11–20 years (33.64%). Those working in the ICU for 21 years or more accounted for 27.27% of the surveyed group, and respondents whose length of service reached 6–10 years accounted for 20.91% of the total group. The smallest percentage of respondents worked in the Intensive Care Unit for up to 5 years (18.18%).

Analysis of the results of our own survey indicates that, according to the majority of respondents, central vascular accesses are used primarily for dialysis and plasmapheresis (93.64%), administration of vasoconstrictors (92.73%) and measurement of CVP (88.18%). Respondents also believed that central vascular accesses can be used when the patient is scheduled for long-term intravenous therapy (71.82%), peripheral venous cannulation is not available (68.18%), and the patient has an indication to start parenteral nutrition (41.82%). The data obtained show that the largest percentage of respondents have a high level of knowledge about central vascular accesses (57.50%) – the results are shown in Table 1.

**Table 1. Level of knowledge of respondents about central vascular accesses**

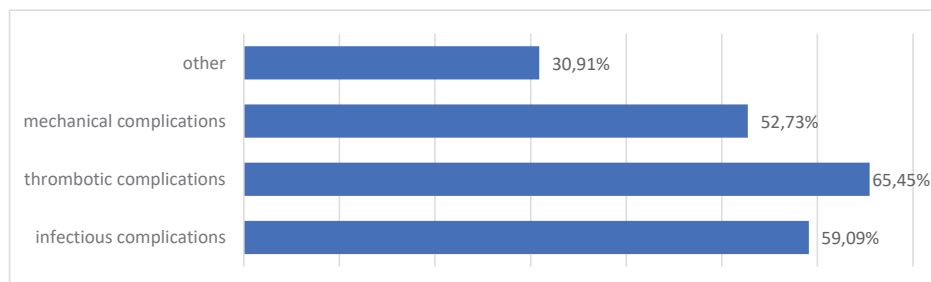
Level of knowledge of respondents about central vascular accesses		
Very high level (9–8 pts.)	Frequency (n)	23
	Percentage (%)	19.17%
High level (7–6 pts.)	Frequency (n)	69
	Percentage (%)	57.5%
Low level (5–4 pts.)	Frequency (n)	19
	Percentage (%)	15.183%
Very low level (3–0 pts.)	Frequency (n)	9
	Percentage (%)	7.5%

Source: own.

According to the majority of respondents, central punctures are usually inserted into the subclavian vein (95.45%). Next in their responses, respondents indicated the internal jugular vein (79.09%) and the external jugular vein (64.55%). The smallest group of respondents believed that venous accesses should be placed to the femoral vein (30.91%), the saphenous vein (19.09%) and the ulnar vein (7.27%). Those who participated in the survey were asked about their opinion on how long the catheter should remain in the lumen of the venous vessel. The majority of respondents believed that a central cannula can remain in the lumen of a vessel for several months (86.36%) or until adverse

symptoms are observed (80.91%). A much smaller group of respondents believed that for a period of 30 days (42.73%), seven days (26.36%) or indefinitely (10.00%). The vast majority of those who took part in the survey were of the opinion, that confirmation of the correct placement of the central infusion should be made by obtaining an image on X-ray (80.00%). The validity of aspiration and administration of 0.9% NaCl or water for injection through the vascular ports was indicated by 71.82% of the respondents. In contrast, more than half of the adolescents were of the opinion that confirmation of the correctness of the location of the central puncture is possible under ultrasound guidance (58.18%). The smallest part of the group indicated a CT scan with or without contrast agent administration (8.18%). One of the components of the survey was also to determine the opinion of respondents on the indications for dressing changes in a patient with central vascular access. According to the majority of the group, such indications are dressing leakage (89.09%), dressing detachment (73.64%) and macroscopic evaluation of the skin around the insertion site (70.00%). In contrast, 42.27% of the respondents indicated that the dressing was soiled, and 19.09% indicated that the dressing was evaluated for infectious complications. The respondents were mostly in agreement on this issue, indicating that the dressing should be changed no less frequently than, every 72 hours for dressings with an absorbent pad (86.36%), the transparent dressing should be changed, every 7 days (82.73%) and the dressing should be changed when the need arises as dictated by leaking, wetness or soiling of the dressing (80.91%). In contrast, more than half of the respondents considered the indication for changing the dressing to be the need to change it, every 24 hours in the case of a fresh insertion (66.36%).

Our own survey determined that, according to the respondents, thrombotic complications (65.45%), infectious complications (59.09%) and mechanical complications (52.73%) are most likely to occur after central insertion. The smallest percentage of respondents indicated the possibility of complications other than those mentioned in the survey questionnaire (30.91%) – Figure 1.



**Figure 1. Most common complications after central line insertion**

Source: own.

Analysis of the data indicates that those with longer length of service of 21 or more years have a very high ability to identify complications occurring in patients with vascular access (16.36%). It is worth pointing out that already those with seniority in the range of 11–20 years were most often characterized by a high skill in the specified area (13.64%). The results are shown in Table 2.

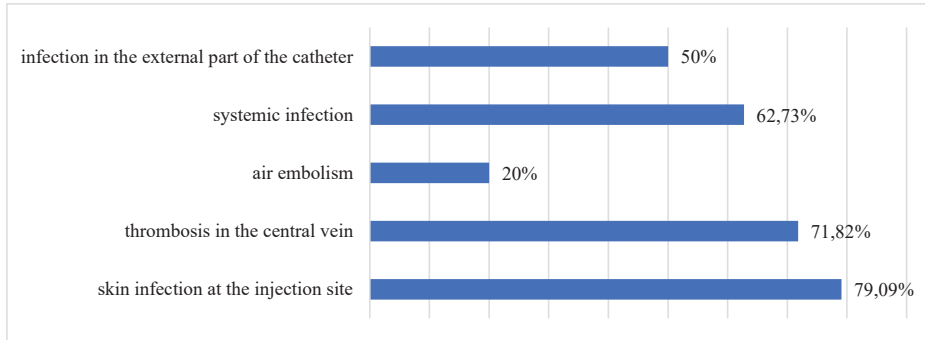
**Table 2. Ability to identify complications occurring in patients with vascular access vs. seniority of respondents**

Ability to identify infectious, thrombotic and mechanical complications	Job seniority (years)							
	0–5		6–10		11–20		21+	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Very high (9–8 pts.)	2	1.82%	4	3.64%	14	12.73%	18	16.36%
High (7–6 pts.)	4	3.64%	10	9.09%	15	13.64%	9	8.18%
Low (5–4 pts.)	11	10.00%	7	6.36%	6	5.45%	2	1.82%
Very low (3–0 pts.)	3	2.73%	2	1.82%	2	1.82%	1	0.91%
<b>Total</b>	20	18.18%	23	20.91%	37	33.64%	30	27.27%
p – statistical significance level	0.6267							

Source: own.

At the next stage of the survey, respondents were asked to indicate adverse events that they thought might occur during central cannulation. The largest proportion of respondents indicated pneumothorax (68.18%), arterial puncture (57.27%) and cardiac arrhythmia (50.00%). A smaller percentage of respondents were of the opinion, that an adverse event to the procedure could be the occurrence of pleural hematoma (29.09%) or pericardial tamponade (17.27%). According to an overwhelming number of respondents, early complications (75.45%), late complications (73.64%) and late infectious complications (62.73%) of central cannulation can be observed. Less than half of the group also singled out late thrombotic complications (42.73%) and late mechanical complications (14.55%).

According to the largest proportion of respondents, early symptoms after obtaining CVC access may include swelling and redness (90.91%), elevated body temperature and/or chills (87.27%), abscess in the vascular port ligation (79.09%) and oozing (75.45%). A small number of respondents mentioned obstructed aspiration of blood through the vascular catheter (40.0%) According to respondents, the main late symptoms that can occur in a patient after receiving central vascular access include skin infection at the insertion site (79.09%), thrombosis in the central vein (71.82%) and systemic infection (62.73%). A much smaller proportion of respondents mentioned infections in the external part of the catheter (50.00%) and air embolism (20.00%) – Figure 2.



**Figure 2. Late symptoms that may occur after central vascular access**

Source: own.

One element of the survey was also to determine respondents' opinions on the symptoms that can occur in the late infectious stage. Here, opinion makers primarily noted an increase in body temperature and chills (74.55%), as well as swelling and oozing in the area of CVC insertion (69.09%). Less than half of the adolescents mentioned swelling of the subclavian fossa (42.72%), facial swelling (31.82%) and facial redness (33.64%).

During the course of the ongoing study, respondents were asked for their opinion on late thrombotic symptoms occurring in a patient with central vascular access. The most common answers given by the survey participants indicated such symptoms as fever and chills (76.36%), swelling of the supraclavicular fossa and face (71.82%), and pain on infusion through the vascular access (70.91%). More than half of the participants in the ongoing study mentioned swelling of the upper extremity on the side of the access obtained (58.18%), symptoms of unidirectional valve (52.73%) and oozing around the central catheter insertion site (50.91%).

## ■ Discussion

Caring for a patient hospitalized in an anesthesiology and intensive care unit is a multifaceted, complex activity that nursing staff undertake. A key aspect of the nurse's work is to ensure the safety of the patient during the implementation of the subsequent elements of the nursing plan [9, 10]. Although central catheters are a modern and very effective solution in modern medicine, their use is associated with an increased risk of infection, which is directly related to the interruption of tissue continuity and the introduction of a foreign body into the vascular bed [11, 12].

The study focused on analyzing the knowledge of medical personnel about the complications of central venous cannulation in patients hospitalized in the ICU.

In our study, according to the majority of respondents, central vascular accesses find their use in conducting dialysis and plasmapheresis (93.64%), administering vasoconstrictors (92.73%) and measuring CVP (88.18%). In addition, the re-

spondents believe that central catheters find their use when the patient is scheduled for long-term intravenous therapy (71.82%), peripheral venous cannulation is not available (68.18%) and the patient has an indication to start parenteral nutrition (41.82%). Skierewska M., Jarosz K. and Bohatyrewicz R. indicate in their work that the establishment of central venous access in a group of patients hospitalized in the Intensive Care Unit remains dictated primarily by the need to provide therapy to a patient whose condition is assessed as severe. The authors point out, therefore, that the indication for the use of CVC is the continuous supply of drugs, often hyperosmolar, hypertonic, whose reaction varies, as well as parenteral nutrition, transfusions of blood products, renal replacement therapy and hemodynamic monitoring [13].

Subsequently, it was found that central catheters, according to the surveyed people, are most often inserted into the subclavian vein (95.45%). In addition, a large number of survey participants mentioned such vessels as the internal jugular vein (79.09%), external jugular vein (64.55%). The data obtained are in accordance with the recommendations of the Polish Society of Anesthesia and Intensive Care Nurses [14].

An important element of nurses' knowledge of CVC care is the length of time that the catheter can be maintained in the lumen of the vessel. Our own results can be related to the data provided in the work of Janiszewska, where it was indicated that checking the location of the central access and documenting the position of the catheter tip is done using X-ray [15].

The survey indicated that, according to the respondents, a lot of complications such as thrombotic complications, infectious complications and mechanical complications can occur most often after the insertion of a central venipuncture. The respondents further indicated that the most common side effects that occur during central venous cannulation and after the procedure in question are primarily pneumothorax, arterial puncture and cardiac arrhythmia, which is confirmed by studies by other authors [16, 17, 18].

With regard to the incidence of complications and adverse events during and after central venous cannulation, observation of the patient by the nursing staff plays an important role. This action is important due to the fact that the occurrence of complications is indicated first by the symptoms that the nurse should recognize in the patient. Among the symptoms of complications after vascular access, respondents cited swelling and redness (90.91%), elevated body temperature and/or chills (87.27%), abscess in the vascular port ligation (79.09%), and oozing (75.45%) as confirmed by other studies [19, 20].

In addition, according to the survey respondents, late symptoms that may occur in a patient after receiving a central vascular access mainly include skin infection at the insertion site (79.09%), thrombosis in the central vein (71.82%) and systemic infection (62.73%). Symptoms of late mechanical complications studied included difficulty in aspiration and infusion through the catheter (68.18%), swelling of the supraclavicular fossa area (64.55%), pain on infusion through the central catheter

(62.73%), and lesions at the insertion site – swelling, oozing (61.82%), which is confirmed by studies by other authors [21, 22, 23].

## ■ Results

As a result of the study on the analysis of medical personnel's knowledge of the complications of central venous cannulation in hospitalized patients in the OAIIT, the following conclusions were made that the level of knowledge of the people surveyed about central vascular accesses is satisfactory. As the level of education increases, the extent of knowledge possessed by medical personnel about complications and adverse reactions that may occur to the patient during central venous cannulation and after obtaining central access increases. Possession of a qualification course or specialization by medical personnel increases the level of knowledge regarding the basic indications for central venous access insertion.

The CVC method is used for various purposes and is widely used in modern medicine. Although the discussed method of venous cannulation is associated with the occurrence of many benefits, it also remains fraught with the possibility of various complications and side effects. Therefore, it is noted that the role of nursing staff in the care of patients with vascular access should be concerted on the conduct of appropriate care to reduce the risk of complications, and should focus on recognizing, identifying and responding quickly in various situations.

## Bibliography

1. Coskun A., Hincal SÖ., Eren SH.: Emergency service results of central venous catheters: Single center, 1042 patients, 10-year experience, *World J Crit Care Med.*, 2021; 10(4):120–131. doi: 10.5492/wjccm.v10.i4.120. PMID: 34316447; PMCID: PMC8291001.
2. Comerlato PH., Rebelatto TF., Santiago de Almeida FA. et al.: Complications of central venous catheter insertion in a teaching hospital, *Rev Assoc Med Bras* (1992), 2017; 63(7): 613–620. doi: 10.1590/1806-9282.63.07.613. PMID: 28977087.
3. Nicpoń J., Kaczmarek-Borowska B., Pelc M., Freygart K.: Żyle cewniki centralne a powikłania, *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, Rzeszów 2014; 1: 97–106.
4. Kornbau C., Lee KC., Hughes GD., Firstenberg MS.: Central line complications, *Int J Crit Illn Inj Sci.*, 2015; 5(3): 170–8. doi: 10.4103/2229-5151.164940. PMID: 26557487; PMCID: PMC4613416.
5. Patel AR., Patel AR., Singh S., Singh S., Khawaja I.: Central Line Catheters and Associated Complications: A Review, *Cureus*, 2019; 11(5): e4717. doi: 10.7759/cureus.4717. PMID: 31355077; PMCID: PMC6650175.
6. Safety Committee of Japanese Society of Anesthesiologists. Practical guide for safe central venous catheterization and management 2017, *J Anesth.*, 2020; 34: 167–186. <https://doi.org/10.1007/s00540-019-02702-9>



7. Rupp S.M., Apfelbaum J.L., Blitt C. et al.: Practice Guidelines for Central Venous Access. A Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Central Venous Access, *Anesthesiology*, 2012; 116(3): 539–573.
8. Leś J., Wańkowicz Z.: Metody pozyskiwania dostępu naczyniowego do żył centralnych dla potrzeb hemodializoterapii, *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 2013; 45(3); Benedysiuk E., Wójtowicz K.: Standard pielęgnacji dostępu naczyniowego jako narzędzie monitorowania infekcji łóżyska naczyniowego, *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2017; 11(4): 187–194.
9. Günther S.C., Schwebel C., Hamidfar-Roy R. et al.: Complications of intravascular catheters in ICU: definitions, incidence and severity. A randomized controlled trial comparing usual transparent dressings versus new-generation dressings (the ADVANCED study), *Intensive Care Med.*, 2016; 42: 1753–1765. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4582-2>
10. Deduńska K., Dyk D.: Zapobieganie zakażeniom krwi związanym z utrzymaniem centralnych cewników naczyniowych – przegląd literatury, *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2015; 9: 420–426.
11. Govindan S., Snyder A., Flanders SA., Chopra V.: Peripherally Inserted Central Catheters in the ICU: A Retrospective Study of Adult Medical Patients in 52 Hospitals, *Crit Care Med.*, 2018; 46(12): e1136–e1144. doi: 10.1097/CCM.0000000000003423. PMID: 30247241; PMCID: PMC6317857.
12. Skwierawska M., Jarosz K., Bohatyrewicz R.: Centralny dostęp naczyniowy przy współistniejących anomaliach naczyniowych – opis przypadku, *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2014; 8: 399–402.
13. Loveday HP., Wilson JA., Pratt RJ. et al.: UK Department of Health. epic3: national evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England, *J Hosp Infect.*, 2014; 86(Suppl. 1): 1–70. doi: 10.1016/S0195-6701(13)60012-2. PMID: 24330862; PMCID: PMC7114876.
14. Jadczyk M., Zdun A., Witt P.: Zalecenia w sprawie pielęgnowania pacjenta z założonym krótkotrwałym centralnym cewnikiem naczyniowym, *Zalecenia PTPA-iO*, Wydanie 2018: 34.
15. Hrynkiewicz W., Kusza K., Ozorowski T.: Strategia zapobiegania lekooporności w oddziałach intensywnej terapii. Rekomendacje profilaktyki zakażeń w oddziałach intensywnej terapii, Warszawa 2013. [http://antybiotyki.edu.pl/wpcontent/uploads/Rekomendacje/Rekomendacje\\_profilaktyki\\_zakazen\\_w\\_OIT.pdf](http://antybiotyki.edu.pl/wpcontent/uploads/Rekomendacje/Rekomendacje_profilaktyki_zakazen_w_OIT.pdf) [dostęp: 09.06.2022].
16. Yasuda H., Rickard C.M., Marsh N. et al.: Risk factors for peripheral intravascular catheter-related phlebitis in critically ill patients: analysis of 3429 catheters from 23 Japanese intensive care units, *Ann. Intensive Care*, 2022; 12: 33. <https://doi.org/10.1186/s13613-022-01009-5>
17. Kar G., Ereğ Kazan, E.: Evaluation of skills of intensive care nurses regarding central venous catheter care: An observational study, *Marmara Med J.*, 2021; 34(3): 298–306.



18. Koutzavekiaris I., Vouloumanou E., Gourni M., Rafailidis P., Michalopoulos A., Falagas M.: Knowledge and practices regarding prevention of infections associated with central venous catheters: A survey of intensive care unit medical and nursing staff, *American Journal of Infection Control*, 2011; 39: 542–7. doi:10.1016/j.ajic.2010.11.003
19. Zhong Y., Deng L., Zhou L. et al.: Association of immediate reinsertion of new catheters with subsequent mortality among patients with suspected catheter infection: a cohort study, *Ann. Intensive Care*, 2022; 12: 38. <https://doi.org/10.1186/s13613-022-01014-8>
20. Wong AV., Arora N., Olusanya O. et al.: Insertion rates and complications of central lines in the UK population: A pilot study, *Journal of the Intensive Care Society*, 2018; 19(1): 19–25. doi:10.1177/1751143717722914
21. Hanauer L.P.T., Comerlato P.H., Papke A. et al.: Reducing central vein catheterization complications with a focused educational program: a retrospective cohort study, *Sci Rep.*, 2020; 10: 17530. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-74395-0>
22. Woo K., Rigberg D., Lawrence P.F.: Safe Central Venous Access in an Overburdened Health System, *JAMA*, 2021; 325(3): 299–300. doi:10.1001/jama.2020.20361
23. Parás-Bravo P., Paz-Zulueta M., Sarabia-Lavin R. et al.: Powikłania centralnych cewników żylnych wprowadzonych obwodowo: retrospektywne badanie kohortowe, *PLOS ONE*, 2016; 11(9): e0162479. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162479>



## 2. Jakość życia kobiet w okresie okołoporodowym

### Quality of life of women in the perinatal period

Bernadetta Malec<sup>1, a</sup>, Irena Brukwicka<sup>2, b</sup>, Alicja Kłós<sup>2, c</sup>, Iwona Dudzik<sup>3, d</sup>

<sup>1</sup>Lumed Sp.z.o.o w Lubaszowie

<sup>2</sup>Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu

<sup>3</sup>Instytut Humanistyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu

<sup>a</sup><https://orcid.org/0009-0005-5822-6744>

<sup>b</sup><https://orcid.org/0000-0002-2213-702X>

<sup>c</sup><https://orcid.org/0000-0002-8180-4224>

<sup>d</sup><https://orcid.org/0000-0001-6434-9699>

#### ■ Abstrakt

**Wstęp:** Literatura przedmiotu podaje wiele pojęć jakości życia. Postrzegane subiektywnie aspekty jakości życia, zązębiające się z obiektywnymi faktami, definiują sferę psychiczną jednostki dążącej do zaspokojenia i osiągnięcia zamierzonych celów [1]. Owo dążenie wynika w dużej mierze z nasilającej się w świadomości społecznej jednostek chęci osiągnięcia jak najlepszej egzystencji [2]. Światowa Organizacja Zdrowia określa jakością życia percepcję przez jednostkę własnej pozycji w życiu na tle uwarunkowań kulturowych, systemu wartości, oczekiwań, standardów czy zainteresowań [3]. Istnieje bardzo ścisła zależność między zdrowiem a jakością życia, gdzie na tym obszarze ważną rolę winna odgrywać pomoc ze strony państwa, zaczynając od edukacji zdrowotnej, uświadamiania ludzi w zakresie różnych problemów społeczeństwa oraz działania zmierzające do sukcesywnego podnoszenia jakości życia całej populacji, która tego potrzebuje [4]. Dla celów niniejszego artykułu autorki termin „jakości życia” identyfikują z poczuciem życiowej satysfakcji kobiet w okresie okołoporodowym, utożsamianej z możliwością wieloaspektowego rozwoju kobiet, ich ambicji, dążeń w kontekście biologiczno-społeczno-ekonomiczno-psychologicznym.

**Cel:** Celem badań była ocena jakości życia kobiet w okresie okołoporodowym.

**Materiał i metoda:** W badaniu wzięło udział 101 respondentek. Badanie odbyło się w sposób anonimowy i wykorzystano w nim kwestionariusz własnej konstrukcji oraz kwestionariusz standaryzowany, oceniający jakość życia WHOQOL-BREF – składający się z 26 pytań. Zastosowaną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny.

**Wyniki:** Przeprowadzone badania nad jakością życia kobiet w okresie okołoporodowym wykazały, iż 72% badanej populacji ocenia ją jako zadowolającą, 25% badanych uznała, iż ich jakość życia nie jest ani dobra, ani zła. Samoocena zdrowia ankietowanych jest zbliżona do ogólnej jakości życia, ponieważ 76% respondentek uznała swój stan zdrowia jako zadowolający, a 18% nie potrafiła ocenić czy jest zadowolona z obecnego stanu zdrowia. Pozostałe 6% nie były zadowolone ze swojego stanu zdrowia. Uzyskane w poszczególnych domenach wyniki za pomocą kwe-

stionariusza testu WHOQOL-BREF świadczą o obniżeniu jakości życia we wszystkich badanych dziedzinach.

**Słowa kluczowe:** jakość życia, ciąża, okres okołoporodowy, zdrowie.

## ■ Abstract

**Introduction:** There are many concepts of quality of life in the literature. The subjectively perceived aspects of quality of life, which overlap with objective facts, define the mental sphere of an individual striving to satisfy and achieve desired goals [1]. This striving is largely due to the increasing desire in the social consciousness of individuals to achieve the best possible existence [2]. The World Health Organisation defines quality of life as the individual's perception of his or her own position in life against a background of cultural conditions, value systems, expectations, standards or interests [3] [2]. There is a very close relationship between health and quality of life, where state support should play an important role, starting with health education, making people aware of the various problems of society and working to successively improve the quality of life of the whole population who need it 4 [3]. For the purposes of this article, the authors use the term „quality of life” to identify the sense of life satisfaction of women in the perinatal period, identified with the possibility of multifaceted development of women, their ambitions, aspirations in the context of biological-social-economic and psychological aspects.

**The aim:** The aim of this study was to assess the quality of life of women in the perinatal period.

**Material and methods:** 101 female respondents took part in the study. The study was conducted anonymously and used a questionnaire of our own design and applied a standardised questionnaire assessing quality of life WHOQOL-BREF-consisting of 26 questions. The research method used was a diagnostic survey.

**Results:** The study conducted on the quality of life of women in the perinatal period showed that 72% of the surveyed population assessed it as satisfactory, 25% of the respondents considered their quality of life to be neither good nor bad. The self-assessment of the respondents' health is similar to the overall quality of life, as 76% of the respondents considered their health status as satisfactory and 18% could not assess whether they were satisfied with their current state of health. The remaining 6% were not satisfied with their health status. The results obtained in the individual domains using the WHOQOL-BREF test questionnaire testify to a reduction in quality of life in all domains studied.

**Keywords:** quality of life, pregnancy, perinatal period, health.

## ■ Wstęp

Ciąża i poród jest z pewnością chwilą niepowtarzalną oraz szczególną w życiu każdej kobiety. W okresie ciąży w organizmie każdej kobiety dochodzi do ewaluacji w procesie fizjologicznym, psychologicznym jak również morfologicznym. Moment

ciąży wprowadza mnóstwo zmian, niemalże we wszystkich sferach życia, a w szczególności w sferze emocjonalnej, która ma nieobojętny wpływ na jakość życia kobiety ciężarnej. Każda przyszła matka odczuwa zróżnicowane stany emocjonalne – od euforii i optymizmu do skrajnego sceptycyzmu [5]. Za sprawą ciąży diametralnie zmienia się jakość życia kobiety ciężarnej i jest to spotęgowane w sytuacji pierwszej ciąży. Biologiczna potrzeba posiadania dziecka jest przeżyciem budzącym wiele emocji i mimo swego piękna jest to czas również trudny, gdzie pojawić się mogą liczne wątpliwości czy niepewność. Sama brzemiennność będzie powodem wielu zmian, a co za tym idzie – konsekwencją występowania stresu czy też obniżenia oceny ich jakości życia w okresie okołoporodowym. Niezależnie od tego, czy ciąża jest spełnieniem marzeń o posiadaniu potomstwa, czy zaskoczeniem, to rozpatrywana jest ona w kontekście sytuacji stresogennej. Współcześnie ciąża i poród coraz częściej nie przypominają normalnych procesów fizjologicznych, ponieważ wiele przyszłych matek poddawanych jest leczeniu z powodu obniżonej płodności. Przybywa też kobiet, które decydują się na poród drogą cięcia cesarskiego. Te okoliczności społeczne i emocjonalne wpływają na jakość życia matki, na jej otoczenie oraz zdrowie behawioralne i emocjonalne dzieci. Zmiany związane z całym okresem okołoporodowym, także przebiegającym prawidłowo, sprawiają, że jest to czas, gdy kobieta oczekuje szczególnego wsparcia ze strony otoczenia. Mimo postępu w naukach medycznych w ostatnich latach na całym świecie obserwuje się zwiększenie częstości występowania zaburzeń w okresie okołoporodowym. Edukacja przedporodowa ma na celu teoretyczne i praktyczne przygotowanie obojga partnerów do rodzicielstwa, dlatego odgrywa szczególną rolę w poprawie jakości życia w okresie okołoporodowym [6].

**Cel badań:** Głównym celem badań była ocena jakości życia kobiet w okresie okołoporodowym.

**Materiał i metody:** Badaniu poddano 101 kobiet ciężarnych w III trymestrze ciąży oraz kobiety w pierwszych trzech dobach po porodzie. Były to pacjentki ciężarne uczęszczające na wizyty ginekologiczne w Poradni Zdrowia Kobiet w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej LUMED w Lubaczowie i Starym Dzikowie, a także pacjentki, które przebywały po porodzie na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie. Kobiety uczestniczące w badaniu ankietowym były w wieku od 19–43 r.ż. W badaniu została zastosowana metoda sondażu diagnostycznego z użyciem dwóch narzędzi badawczych. Zastosowano technikę ankiety. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz zawierający pytania dotyczące cech socjodemograficznych respondentek, przebiegu i planowania ciąży, występowania lęku i obaw związanych z ciążą, metod ich eliminacji oraz jakości opieki ze strony rodziny, jak i opieki medycznej. W badaniu zastosowano również kwestionariusz standaryzowany, oceniający jakość życia WHOQOL-BREF, składający się z 26 pytań. Każda pozycja została oceniona w 5-punktowej skali Likerta, przy czym wyższa ocena oznaczała lepszą jakość życia. Ocenę dziedziny jakości życia uzyskano przez pomnożenie przez 4 średniej oceny wszystkich pozycji składających się na tę domenę; możliwy ogólny

wynik wynosi od 4 do 20 punktów. Udział w badaniach był losowy, dobrowolny i anonimowy. Do obliczeń statystycznych wykorzystano program IBM SPSS Statistics 23 firmy IBM oraz Microsoft Excel. W analizie danych posłużono się testami U Manna-Whitney'a i Anova Kruskala-Wallis. Za poziom istotności statystycznej w niniejszej pracy przyjęto  $p < 0,05$ .

## ■ Wyniki

Grupę badawczą stanowiły kobiety w wieku od 19 do 43 lat. Zdecydowaną większość, bo 43,57% stanowiły kobiety w wieku pomiędzy 25–31 lat. 35,64% stanowiły respondentki od 32–38 lat. 12,88% było kobiet w przedziale wiekowym 18–25 lat. W wieku od 39–43 lat było 8,91% ogółu (Tab. 1).

**Tabela 1. Wiek badanej populacji**

Cecha badanej grupy		N	%
Wiek N = 101	18–24	12	12,88
	25–31	44	43,57
	32–38	36	35,64
	39–43	9	8,91

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

Większość ankietowanych (N = 45) – 45,54% posiadała wykształcenie wyższe, 42,57% respondentek miały wykształcenie średnie (N = 44), ok. 9% (N = 9) posiadało wykształcenie zawodowe. Kobiety z wykształceniem podstawowym stanowiły najmniejszą grupę – 3,3% (N = 3) ogółu (Tab. 2).

**Tabela 2. Wykształcenie**

Cecha badanej grupy		N	%
Wykształcenie N = 101	Podstawowe	3	3,3
	Zawodowe	9	8,9
	Średnie	44	42,9
	Wyższe	45	45,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowy.

Wśród badanych kobiet większość to osoby mieszkające na wsi 55,9% (N = 56). Mieszkankami miasta było 45 kobiet, co stanowi ok. 45,1% (N = 56) ogółu (Tab. 3).

**Tabela 3. Miejsce zamieszkania**

Cecha badanej grupy		N	%
Miejsce zamieszkania N = 101	Miasto	45	45,1
	Wieś	56	55,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

W zdecydowanej większości – 77,9% (N = 78) ankietowane kobiety były zamężne, co stanowiło 78 ankietowanych kobiet. Niespełna 11,9% (N = 12) respondentek było w związku partnerskim. Kobiety rozwiedzione stanowiły 4,3% (N = 4). Respondentki stanu wolnego stanowiły 6,93% (N = 7) (Tab. 4).

**Tabela 4. Stan cywilny**

Cecha badanej grupy		N	%
Stan cywilny N = 101	Zamężna	78	77,9
	Panna	7	6,9
	Rozwiedziona	4	4,3
	Wdowa	0	0
	W związku partnerskim	12	11,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

Większość ankietowanych kobiet – 65,5% (N = 66) przyznała, iż są osobami pracującymi. 16,5% (N = 18) stanowiły kobiety bezrobotne, poszukujące pracy. Respondentki zajmujące się obowiązkami domowymi stanowiły 15,7% (N = 16) ogółu.

Respondentki oceniały w większości swoją sytuację materialną dobrze, co stanowiło ponad 55,9% (N = 56) ogółu. Swoją sytuacją materialną jako przeciętną określiło niecałe 30,9% (N = 31) ankietowanych kobiet. Sytuację materialną raczej złą stanowił niecały 1,3% (N = 1) ogółu, status materialny bardzo dobry wybrało w odpowiedzi 12,9% (N = 13) respondentek.

Większość badanej populacji, 48 osób, tj. 47,9% ogółu była w III trymestrze ciąży. 21,9% (N = 22) kobiet była w trzeciej dobie po porodzie, a 28,9% (N = 29) kobiet w drugiej dobie po porodzie. 2,3% (N = 2), były w pierwszej dobie po porodzie.

Respondentkom zadano pytanie pozwalające ustalić, która z nich rodziła po raz pierwszy, a która kolejne dziecko. W uzyskanych odpowiedziach można zaobserwować, iż urodzenie pierwszego dziecka było doświadczeniem dla 41 pacjentek, tj. 41,3% ogółu, kolejne 41,3% (N = 41) spodziewało się drugiego dziecka. Pozostałe 18,4% respondentek oczekiwało na przyjście 3 dziecka lub był to 3 poród.

Respondentki zapytano, czy ich ciąża była planowana. 67,33% (N=68) dało twierdzącą odpowiedź, dla pozostałych 32,7% (N = 33) ciąża była wydarzeniem nieplanowanym.

Kolejne zadane pytanie miało na celu uzyskanie informacji, czy respondentki miały lub mają problemy zdrowotne podczas ciąży. U 72,3% (N = 73) ankietowa-

nych nie było problemów zdrowotnych podczas ciąży, u 28,7% (N = 28) problemy ze zdrowiem wystąpiły/występowały.

Spytano respondentki o akceptowalność własnych stanów emocjonalnych podczas ciąży. Ponad połowa 52,48% (N = 52) respondentek akceptowała swoje stany emocjonalne w ciąży, *raczej tak* odpowiedziało 27,72%, (N = 28), a dla 15,84% (N = 16) ankietowanych ciężko było stwierdzić, czy są w stanie je zaakceptować. 3,96% (N = 4) kobiet stwierdziło, że nie są w stanie lub nie były w stanie zaakceptować swoich stanów emocjonalnych w trakcie trwania ciąży.

Na pytanie o objawy wskazujące występowanie zaburzeń emocjonalnych 40 ankietowanych w okresie okołoporodowym odczuwały utratę energii – poczucie zmęczenia, wyczerpania, brak energii do realizowania codziennych prac. Na zaburzenie snu uskarżało się 35 kobiet. 25 ankietowanych odczuwało niepokój, lęk, natrętne myśli związane często z lękiem o rozwój i zdrowie dziecka.

Na pytanie o lęk wiążący się z bólem i sposobem ukończenia ciąży, 31,69% (N = 32) ankietowanych kobiet udzieliła odpowiedzi twierdzącej, iż obawiały się bólu związanego ze sposobem ukończenia ciąży. Ponad połowa respondentek – 52,48% (N = 52) uznała, iż lęk nie był związany ze sposobem ukończenia ciąży i bólem. Ogólna jakość życia kobiet w ciąży w skali od 1 do 5 wynosiła średnio  $3,79 \pm 0,77$ . Zanalizywnika, że badane, które stanowią 72% grupy, były zadowolone ogólnie z jakości swojego życia, a 3% była bardzo niezadowolona. Pozostałe osoby, tj. 25% uważają, że ich jakość życia nie jest ani dobra, ani zła. Samoocena zdrowia kobiet w skali od 1 do 5 jest bardzo zbliżona do ogólnej jakości życia i wynosi  $3,76 \pm 0,65$ . Spośród badanej grupy, aż 76% kobiet jest zadowolona ze swojego stanu zdrowia, atylko 6% jest niezadowolona. Pozostałe 18% nie potrafi ocenić czy jest zadowolona ze stanu zdrowia.

Uzyskane w poszczególnych domenach wyniki świadczą o obniżeniu jakości życia we wszystkich badanych dziedzinach. Obniżoną ocenę jakości życia można zaobserwować w dziedzinie fizycznej oraz środowiskowej. Wprzeprowadzonym badaniu funkcjonowanie psychologiczne i relacje społeczne oceniono na podobnym poziomie.

**Tabela 5. Wyniki testu w poszczególnych domenach w całej badanej populacji**

Badanie dziedziny jakości życia	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
Ogólna jakość życia	1,0	5,0	3,792	0,7787
Samoocena zdrowia	2,0	5,0	3,762	0,6504
Dziedzina fizyczna	8,0	20,0	14,574	2,1868
Dziedzina psychologiczna	10,0	19,3	15,434	1,9004
Relacje społeczne	9,3	20,0	15,579	2,3170
Środowisko	8,0	20,0	14,782	2,0278

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.



Z przeprowadzonej analizy wynika, że istnieje istotna zależność statystyczna pomiędzy jakością życia kobiet w ciąży a wykształceniem ( $p = 0$ ) oraz planowaniem ciąży ( $p = 0$ ). Otrzymane wyniki przedstawia tabela nr 6, szczegółowy rozkład wyników oraz ich omówienie znajdują się w dalszej części opracowania.

**Tabela 6. Zależność jakości życia kobiet od czynników społeczno-demograficznych**

Jakość życia		
Wybrane czynniki	Chi-kwadrat Pearsona	p
Wiek	12,644	0,179
Wykształcenie	108,256	<b>0,000</b>
Ilość dzieci	3,026	0,806
Planowanie ciąży	106,178	<b>0,000</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

W wyniku przeprowadzonej analizy uzyskano informacje, że wykształcenie ma istotny wpływ na jakość życia kobiet. Respondentki, które nie potrafią ocenić jakości życia, stanowią 25% całej badanej grupy. Im wyższe wykształcenie, tym mniej niezdecydowanych kobiet. Jednakże im wyższe wykształcenie, tym również więcej osób, których jakość życia oceniania jest na poziomie bardzo złym. Dane przedstawiono w tabeli nr 7.

**Tabela 7. Zależność jakości życia respondentek od poziomu wykształcenia**

Poziom wykształcenia:	Jaka jest Pani jakość życia?			
	Ani dobra, ani zła	Bardzo dobra	Bardzo zła	Dobra
Podstawowe	33,3%	0	0	66,7%
Średnie	27,9%	16,3%	2,3%	53,5%
Wyższe	23,9%	8,7%	4,3%	63,0%
Zawodowe	11,1%	22,2%	0	66,7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

Z analizy badań własnych wynika, że jakość życia w ciąży jest istotna statystycznie, a kobiety, które planowały swoją ciążę, są bardziej zadowolone z życia w przeciwieństwie do kobiet, które tej ciąży nie planowały. Ponadto respondentki, które planowały ciążę, są bardziej zdecydowane odnośnie oceny jakości życia. Wyniki zaprezentowano w tabeli nr 8.

**Tabela 8. Zależność jakości życia kobiet od planowanej ciąży**

Czy ciąża była planowana ?	Jaka jest Pani jakość życia?			
	Ani dobra, ani zła	Bardzo dobra	Bardzo zła	Dobra
Nie	30,3%	12,1%	0	57,6%
Tak	22,1%	13,2%	4,4%	60,3%
Ogółem	24,0%	12,5%	2,9%	57,7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

Poczucie lęku związane z obawą o stan zdrowia noworodka i pojawienie się bóli ma istotny wpływ na jakość życia kobiet w ciąży ( $p = 0$ ). Respondentki, które uważają, że ich jakość życia jest dobra, to w większości kobiety, które nie wiążą pojawienia się bólu z lękami i obawami. Grupa niewiążąca tych stanów, charakteryzuje się również największym odsetkiem kobiet niezdecydowanych odnośnie oceny jakości życia. Wyniki zaprezentowano w tabeli nr 9.

**Tabela 9. Wpływ poczucia lęku i bólu na jakości życia kobiet**

Czy lęk o stan zdrowia noworodka przyczynił się do pojawienia się bólu?	Jaka jest Pani jakość życia?			
	Ani dobra, ani zła	Bardzo dobra	Zła	Dobra
Nie	60,0%	61,5%	33,3%	48,3%
Nie wiem	12,0%	30,8%	33,3%	15,0%
Tak	28,0%	7,7%	33,3%	36,7%
<b>Chi-kwadrat Pearsona</b>	110,523			
<b>p</b>	0,000			

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

Źródło pozyskiwania wiedzy na temat porodu nie przekłada się istotnie statystycznie na jakość życia kobiet w ciąży ( $p = 0,436$ ). Jednakże, kobiety, których jakość życia jest na poziomie co najmniej dobrym, wykorzystują najczęściej źródło wiedzy, jakim jest lekarz, Internet oraz czasopisma. W mniejszym stopniu wykorzystywane są pozostałe źródła, takie jak położna, rodzina i znajomi. Wyniki przedstawiono w tabeli nr 10.

**Tabela 10. Zależność jakości życia kobiet od źródła pozyskiwanej wiedzy**

Źródła pozyskiwanej wiedzy	Jakość życia				
	Bardzo zła	Zła	Ani dobra ani zła	Dobra	Bardzo dobra
	[N]	[N]	[N]	[N]	[N]
Lekarz	1	0	15	41	8
Położna	1	0	10	26	6
Książki, czasopisma	3	0	10	35	7

Internet	3	0	15	37	9
Rodzina	1	0	4	21	5
Znajomi	1	0	8	9	6
Szkoły rodzenia	0	0	6	13	4
Chi-kwadrat	21,372				
p	0,436				

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

Opieka osób bliskich ma istotny wpływ na jakość życia respondentek. Ponad 98% badanych kobiet, które oceniają wsparcie bliskich na poziomie co najmniej dobrym, charakteryzuje jakość życia na poziomie 3,80, co jest wynikiem powyżej średniej całej badanej grupy. Tylko 2% kobiet nie potrafi wyrazić swojej opinii, ponadto w badanej grupie nie ma osoby, która negatywnie oceniałaby wsparcie bliskich. Wyniki przedstawiono w tabeli nr 11.

**Tabela 11. Wpływ opieki osób bliskich na jakość życia kobiet**

Badane dziedziny jakości życia	Jak ocenia Pani zapewnienie wsparcia i pomocy na czas ciąży wśród osób bliskich ?			
	Bardzo dobrze (n = 44)	Dobrze (n = 55)	Nie mam zdania (n = 2)	p
	Średnia ± SD	Średnia ± SD	Średnia ± SD	
Ogólna jakość życia	3,82 ± 1,02	3,78 ± 0,53	3,5 ± 0,71	0,000
Samocena stanu zdrowia	3,93 ± 0,55	3,64 ± 0,7	3,5 ± 0,71	0,353
Dziedzina fizyczna	14,75 ± 2,37	14,41 ± 2,08	15,2 ± 0	0,629
Dziedzina psychologiczna	15,78 ± 2,09	15,1 ± 1,7	17 ± 1,41	0,415
Relacje społeczne	15,61 ± 2,5	15,59 ± 2,21	14,65 ± 1,91	0,800
Środowisko	15,18 ± 2,43	14,42 ± 1,54	16 ± 3,54	0,336

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

Istotną zależność statystyczną wykazano, porównując wsparcie personelu medycznego do ogólnej jakości życia ( $p = 0$ ) oraz do dziedziny psychologicznej ( $p = 0,002$ ). Personel medyczny ma duży wpływ na jakość życia kobiet w ciąży. Tylko 3% badanej grupy ocenia wsparcie personelu na poziomie złym, a kolejne 3% nie potrafi ocenić tego wsparcia. Średnia ocena ogólnej jakości życia respondentek, które doceniają wsparcie medyczne, wynosi ok. 3,87. Natomiast średnia ocena jakości życia w dziedzinie psychologicznej wynosi ok. 15,65, co daje nam wyniki zawiązujące średnią ocenę całej badanej grupy (Tab. 12).

**Tabela 12. Wpływ opieki personelu medycznego na jakość życia kobiet**

Badane dziedziny jakości życia	Jak ocenia Pani zapewnienie wsparcia i pomocy na czas ciąży wśród personelu medycznego?				
	Bardzo dobrze (n = 28)	Dobrze (n = 68)	Źle (n = 3)	Nie mam zdania (n = 3)	p
	Średnia ± SD	Średnia ± SD	Średnia ± SD	Średnia ± SD	
Ogólna jakość życia	4 ± 1,02	3,74 ± 0,66	3,33 ± 0,58	3,5 ± 0,71	<b>0,000</b>
Samooceńca stanu zdrowia	4,04 ± 0,51	3,66 ± 0,68	3,33 ± 0,58	4 ± 0	0,134
Dziedzina fizyczna	15,34 ± 2,69	14,31 ± 1,91	13,6 ± 2,12	14,4 ± 2,26	0,700
Dziedzina psychologiczna	16,26 ± 2,02	15,11 ± 1,65	15,1 ± 4,43	15,35 ± 1,91	<b>0,002</b>
Relacje społeczne	16,09 ± 2,57	15,36 ± 2,17	16,87 ± 3,37	14 ± 0,99	0,351
Środowisko	15,84 ± 2,48	14,4 ± 1,69	13,17 ± 0,76	15,25 ± 1,77	0,542

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

## ■ Dyskusja

W rozważaniach dotyczących oceny jakości życia kobiet w okresie okołoporodowym należy podkreślić, iż jakość ta powinna zmierzać zawsze do doskonałości. Wysoka jakość życia odnosi się do zadowolenia i satysfakcji z życia każdej pacjentki. Niezwykle ważna jest ocena jakości życia z punktu widzenia najważniejszego odbiorcy, czyli kobiet w okresie okołoporodowym.

Badanie ich opinii oraz poziomu satysfakcji jest cennym źródłem informacji na temat jakości życia, poczucia satysfakcji oraz stanu zdrowotnego. Zainteresowanie jakością życia jest zjawiskiem znanym już od starożytności [7]. Dbanie o poprawę jakości w opiece zdrowotnej jest w obecnym czasie głównym elementem charakteryzującym system opieki zdrowotnej.

Z analizy badań własnych wynika, że badana populacja kobiet – stanowiąca 72% grupy – była zadowolona ogólnie z jakości swojego życia, 25% uważa, że ich jakość życia nie jest ani dobra, ani zła. 3% podały, że były bardzo niezadowolone. Ogólna jakość życia kobiet w ciąży w skali od 1 do 5 wynosiła średnio  $3,79 \pm 0,77$ . Uzyskane w poszczególnych domenach wyniki za pomocą kwestionariusza testu WHOQOL-BREF świadczą o obniżeniu jakości życia we wszystkich badanych dziedzinach. Obniżoną ocenę jakości życia można zaobserwować w dziedzinie fizycznej oraz środowiskowej. W przeprowadzonym badaniu, funkcjonowanie psychologiczne i relacje społeczne oceniono na podobnym poziomie. Przeprowadzone przez Kanadys K. i wsp. w 2013 roku badania wykazały, że kobiety ciężarne w 70,94% odczuwały przeciętną satysfakcję z życia, wysoką 14,28% a niską 14,78%. Średnia satysfakcja z życia w badanej grupie ciężarnych wynosiła  $22,35 \pm 5,50$  [8].

Z przeprowadzonej analizy badań własnych wynika, że istnieje istotna zależność statystyczna pomiędzy jakością życia kobiet w ciąży a wykształceniem ( $p = 0$ ) oraz planowaniem ciąży ( $p = 0$ ). W wyniku przeprowadzonej analizy uzyskano informacje, że wykształcenie ma istotny wpływ na jakość życia kobiet. Respondentki, które nie potrafią ocenić jakości życia, stanowią 25% całej badanej grupy. Im wyższe wy-

kształcenie, tym mniej niezdecydowanych kobiet. Jednakże im wyższe wykształcenie, tym również więcej kobiet, których jakość życia oceniana jest na poziomie bardzo złym. Z analizy wynika, że jakość życia w ciąży jest istotna statystycznie, a kobiety, które planowały swoją ciążę są bardziej zadowolone z życia w przeciwieństwie do kobiet, które tej ciąży nie planowały. Ponadto respondentki, które planowały ciążę, są bardziej zdecydowane odnośnie swojej oceny jakości życia. Natomiast w badaniu przeprowadzonym przez Kandys K. i wsp. analiza uzyskanych wyników wykazała, że wiek warunkował satysfakcję z życia ciężarnych, która była większa w grupie kobiet w wieku 19–34 lata aniżeli w grupie poniżej 18. roku życia. Satysfakcja z życia kobiet w okresie ciąży była warunkowana przez stan cywilny i sytuację materialną badanych. Ciężarne z wykształceniem wyższym odczuwały większą satysfakcję z życia niż badane z wykształceniem średnim oraz podstawowym bądź zawodowym [8]. Wiele czynników: biologicznych, psychicznych, fizycznych oraz socjogeograficznych znacząco wpływa na przebieg porodu. Czynniki takie jak rodność oraz wiek mają znaczny wpływ na funkcjonowanie kobiet w okresie poporodowym. Istotny w okresie porodu jest stan psychiczny położnicy. Bardzo niska samoocena oraz objawy depresji poporodowej u młodych kobiet powinny być sygnałem do bardziej wnikliwej opieki w tym okresie. Nie należy nigdy ignorować negatywnych emocji położnicy, ponieważ łatwo przeoczyć rozwijające się zaburzenia emocjonalne mogące prowadzić do poważnych konsekwencji. Osoby sprawujące opiekę nad położnicami zobowiązane są do rzetelnej obserwacji pod kątem wystąpienia powikłań zarówno sfery fizycznej, jak i psychicznej [9].

Studniczek i Kossakowska opisują w swojej pracy, iż kobiety w ciąży doświadczają podwyższonego poziomu stresu, lęku, martwią się o zdrowie i życie swojego dziecka, przebieg porodu i możliwe komplikacje. Ponadto, jeśli kobieta ma już za sobą historię powikłań lub jest w ciąży zagrożonej albo doświadcza kłopotów w związku lub trudności finansowych, jej lęki są istotnie wyższe [10]. Z badań własnych wynika, że jakość życia w okresie okołoporodowym jest związana ze stanem emocjonalnym kobiet i bezpośrednio jest związana z bólem, lękiem o sposób ukończenia ciąży oraz stanem zdrowia noworodka. Poczucie lęku związane z obawą o stan zdrowia noworodka i pojawienie się bóli ma istotny wpływ na jakość życia kobiet w ciąży ( $p = 0$ ). Respondentki, które uważają, że ich jakość życia jest dobra, to w większości kobiety, które nie wiążą pojawienia się bólu z lękami i obawami. Grupa niewiążąca tych stanów, charakteryzuje się również największym odsetkiem kobiet niezdecydowanych odnośnie oceny jakości życia. Polskie badanie kobiet w ciąży Lachowskiej i Szteligi wykazało, że najsilniejsze zmartwienia dotyczą poronienia, porodu, pójścia do szpitala, a także zdrowia i życia dziecka. U kobiet w ciąży zagrożonej oraz z historią powikłań w poprzednich ciążach, zmartwienia dotyczące zdrowia były istotnie silniejsze. Trudna sytuacja ekonomiczna (kłopoty finansowe, warunki mieszkaniowe, trudności z pracą) potęgowały zmartwienia o zdrowie, a także o relację z mężem lub partnerem [10]. W rozważaniach dotyczących ciąży przez Martin, Admon i Terplan prawie u 1 na 5 ciężarnych stwierdza się powikłania w postaci zaburzeń nastroju (takich jak: depresja, lęk i zespół stresu pourazowego)

w okresie okołoporodowym. Nielezione wiążą się z niekorzystnymi następstwami ciąży i mogą mieć długotrwałe konsekwencje kliniczne oraz ekonomiczne dla matek i ich rodzin, wykraczające poza okres okołoporodowy. Mimo iż w wytycznych zalecono rutynowe badania przesiewowe za pomocą narzędzi poddanych walidacji, są one wykonywane rzadko, a leczenie jest stosowane niedostatecznie często [8]. W badaniu Dembińskiej i wsp. za najważniejszy czynnik budzący lęk przed porodem uznano ból. W dalszej kolejności jako istotne okoliczności wystąpienia niepokoju związanego z porodem wymieniono: czas trwania porodu, brak kontroli nad sytuacją, urodzenie dziecka z wadą oraz ryzyko niespodziewanych komplikacji [9].

Z badań własnych wynika, iż źródło pozyskiwania wiedzy na temat porodu nie ma dużego znaczenia dla samopoczucia rodzącej w okresie okołoporodowym. Źródło pozyskiwania wiedzy na temat porodu nie przekłada się istotnie statystycznie na jakość życia kobiet w ciąży ( $p = 0,436$ ). Jednakże kobiety, których jakość życia jest na poziomie co najmniej dobrym, wykorzystują najczęściej źródło wiedzy, jakim jest lekarz, Internet oraz czasopisma. W mniejszym stopniu wykorzystywane są pozostałe źródła, takie jak: położna, rodzina i znajomi. W badaniu Urszuli Tataj-Puzyny i wsp. w rozkładzie danych dotyczących źródeł wiedzy o ciąży, 80% warszawianek podaje osobę lekarza ginekologa, a z Internetu korzystało 76% ankietowanych, 74% badanych kobiet czerpało wiedzę z książek, a 60% z zajęć szkoły rodzenia. Najmniej, bo tylko 3% kobiet jako źródło wiedzy o ciąży podało osobę babci, a 13% kobiet wskazało na własną matkę. Struktura źródeł wiedzy o wychowaniu dziecka wskazuje na dominującą rolę literatury na temat wychowania (72%), następnie szkoły rodzenia (65,0%), a z Internetu czerpało wiedzę 62,0% respondentek. Koleżanki były źródłem wiedzy dla 59,0% badanych, a 56% kobiet czerpało wiedzę o opiece nad dzieckiem od własnej matki. Dla 37,0% badanych położna była źródłem wiedzy, 35,0% pozyskiwało wiedzę z czasopism, 19,0% ankietowanych kobiet od teściowej, 14,0% z telewizji, a 9,0% od własnej babci. Najmniej matek (4,0%) czerpało wiedzę od lekarza ginekologa. W ponowoczesnym społeczeństwie, w którym dominuje kultura nauki i techniki, sfera macierzyństwa podlega wiedzy różnych ekspertów z dziedziny medycyny, psychologii, pedagogiki. Najbardziej wiarygodnym źródłem wiedzy o wychowaniu dziecka stali się medycy, lekarze położnicy, media, Internet, prasa [11].

Wsparcie społeczne jest szeroko definiowane jako zasoby społeczne (np. emocjonalne, informacyjne, instrumentalne), które jednostki postrzegają jako dostępne w razie potrzeby lub faktycznie im zapewnione z ich systemu społecznego – zarówno wsparcie formalne (np. pracownicy służby zdrowia), jak i wsparcie nieformalne (np. partnerzy, członkowie rodziny i społeczności) [12]. Z badań własnych wynika, że zapewnienie adekwatnego wsparcia profesjonalnej opieki personelu medycznego oraz osób bliskich ma duże znaczenie na jakość życia rodzącej w okresie okołoporodowym. Opieka osób bliskich ma istotny wpływ na jakość życia respondentek. Ponad 98% badanych kobiet, które oceniają wsparcie bliskich na poziomie co najmniej dobrym, charakteryzuje jakość życia na poziomie 3,80%, co jest wynikiem powyżej średniej całej badanej grupy. Tylko 2% kobiet nie potrafi wyrazić swojej opinii, ponadto w badanej grupie nie ma osoby, która negatywnie oceniałaby wspar-

cie bliskich. Istotną zależność statystyczną wykazano porównując wsparcie personelu medycznego do ogólnej jakości życia ( $p = 0$ ), oraz do dziedziny psychologicznej ( $p = 0,002$ ). Personel medyczny ma duży wpływ na jakość życia kobiet w ciąży. Tylko 3% badanej grupy ocenia wsparcie personelu na poziomie złym, a kolejne 3% nie potrafi ocenić tego wsparcia. Średnia ocena ogólnej jakości życia respondentek, które doceniają wsparcie medyczne, wynosi ok. 3,87. Natomiast średnia ocena jakości życia w dziedzinie psychologicznej wynosi ok. 15,65, co daje wyniki zawyżające średnią ocenę całej badanej grupy. Badania Jomeen i Martin wykazały szczegółowo analizę jakości życia kobiet w okresie okołoporodowym oraz potwierdzają kluczową rolę wsparcia psychicznego i społecznego na dobre samopoczucie i jakość życia kobiet w tych okresach. Jakość życia w okresie ciąży i połogu wpływa również na samopoczucie fizyczne i psychiczne kobiety także w dalszych okresach jej życia. Autorzy podkreślają istotność badań jakości życia, które powinny być prowadzone z użyciem profesjonalnych narzędzi, które obecnie są zazwyczaj dostosowane wyłącznie do wieku badanej populacji bądź istniejącego schorzenia [13]. Inekwe N.J., Lee E. w swoich badaniach wykazali, że zdrowie psychiczne w przeszłości (tj. przed porodem) jest dodatnio skorelowane ze zdrowiem psychicznym po porodzie. Powszechne rutynowe badania przesiewowe zdrowia psychicznego kobiet w ciąży i młodych kobiet powinny pozostać kluczowym priorytetem, aby zapewnić dobrostan psychiczny matek i ich niemowląt. Okres poporodowy to trudny okres przejściowy, w którym prawie co dziesiąta matka doświadcza depresji po porodzie [14]. Otrzymanie odpowiedniego wsparcia społecznego od bliskich osób i partnerów jest zatem niezbędne w okresie narodzin dziecka, gdyż przyczynia się do wzmocnienia pozytywnych doświadczeń z porodu i satysfakcji z życia. Ciągłe wsparcie ze strony partnerów podczas porodu zmniejsza lęk i jest oceniane wyżej niż to uzyskiwane od innych bliskich osób. Natomiast brak wsparcia społecznego od partnerów i rodziny był jednym z czynników przyczyniających się do obniżenia jakości życia i depresji poporodowej. Otrzymane wsparcie społeczne, przede wszystkim instrumentalne i emocjonalne, było szczególnie ważne dla dobrego samopoczucia fizycznego i emocjonalnego kobiet w okresie poporodowym. Postrzegane wsparcie społeczne wiąże się ze zdrowiem psychicznym. Jednak dowody empiryczne dotyczące przyczynowego wpływu wsparcia społecznego na zdrowie psychiczne po porodzie są wciąż nieliczne [14].

## ■ Wnioski:

1. Analiza uzyskanych wyników badań wykazała, że badane kobiety ciężarne w większości oceniają zadowolająco jakość swojego życia.
2. Wykształcenie oraz planowanie rodziny warunkowały istotną zależność między jakością życia kobiet w okresie okołoporodowym.
3. Poczucie lęku związanego z obawami o stan zdrowia noworodka i pojawienie się bólu w trakcie trwania ciąży miał istotny wpływ na jakość życia kobiet w okresie okołoporodowym.
4. Opieka i wsparcie osób bliskich ma istotny wpływ na jakość życia w okresie okołoporodowym.



## Bibliografia

1. Dudzik I., Brukwicka I.: Jakość życia młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym w świetle badań [w:] Polak Z., Piątek M., Róg A., Zięba-Kołodziej B. (red.): Jakość życia młodzieży ze środowisk zagrożonych patologią społeczną, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zawodowej im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu, Tarnobrzeg 2011: 42–43.
2. Mularska-Kucharek M.: Kapitał społeczny a jakość życia, Na przykładzie zbiorowości wielkomięskiej, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2013: 9.
3. Wolicki M., Setkowicz M.: Jakość życia w wymiarze psychologicznym, zdrowotnym, sprawnościowym = Quality of life in psychological, health and efficiency dimension, Wyd. Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu, Jarosław 2015: 7.
4. Obodyńska E.: Zdrowie jako wartości i jego znaczenie dla satysfakcjonującej jakości życia [w:] Jakość życia w wymiarze psychologicznym, Wyd. Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu, Jarosław 2015: 72, 73–75.
5. Bajko M.: Zaburzenia nastroju u kobiety w okresie okołoporodowym [w:] Doradca w pomocy społecznej, 2017; 45; Pieniążek A.: Ocena stanu emocjonalnego kobiet w ciąży i po porodzie, <http://repozytorium.ur.edu.pl/handle/item/6235> [dostęp: 15.05.2022].
6. Gębuś E.: „Młoda, wykształcona, z doświadczeniem...” – aktywność zawodowa a jakość życia współczesnych kobiet [w:] Muszyński W. (red.): Szanse życiowe i jakość życia współczesnych rodzin, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2015: 331.
7. Kowalewska B., Jankowiak B., Rolka H. i in.: Jakość życia w naukach medycznych i społecznych, Białystok 2017; 1: 9. [umb.edu.pl/photo/pliki/Dziesiatnawnoz/monografie/122017/jakosc\\_zycia\\_tom\\_1.pl](http://umb.edu.pl/photo/pliki/Dziesiatnawnoz/monografie/122017/jakosc_zycia_tom_1.pl) [dostęp: 15.05.2022].
8. Kanadys K., Rogowska J., Lewicka M., Wiktor H.: Satysfakcja z życia kobiet ciężarnych, *Med Og Nauk Zdr.*, 2015; 21(1): 45–48. doi:10.5604/20834543.1142358
9. Brodowska E., Bąk-Sosnowska M.: Wpływ ciąży na zdrowie i samopoczucie psychiczne kobiet [w:] *Zdrowie człowieka w ontogenezie. Tom II. Aspekty psychospołeczne.* <https://bibliotekanauki.pl/chapters/1954794.pdf> [dostęp: 17.06.2022].
10. Studniczek A., Kossakowska K.: Ciąża i poród w czasach pandemii COVID – 19: wybrane aspekty psychologiczne. *Pregnancy and childbirth during COVID – 19 pandemic: selected psychological aspects*, *Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio*, 2020; 3(43): 274–284. <https://fidesetratio.com.pl/ojs/index.php/FetR/article/view/417/322> [dostęp: 10.06.2022].
11. Tataj-Puzyna U., Bączek G., Baranowska B., Doroszevska A.: Doświadczenie macierzyństwa – badania sondażowe matek w Warszawie, *Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio*, 2017; 30(2): 124–144. <https://fidesetratio.com.pl/ojs/index.php/FetR/article/view/680> [dostęp: 12.06.2022].
12. Cohen S., Underwood LG., Gottlieb BH.: *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*, Oxford University Press, 2000.



13. Jomeen J., Martin C.: Perinatal quality of life: is it important for childbearing women? *Pract. Midwife* 2012; 15(4): 30–34, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22662538/> [dostęp: 17.06.2022].
14. Inekwe N.J., Lee E.: Perceived social support on postpartum mental health: An instrumental variable analysis, *PLoS ONE*, 2022. dostępny na stronie: <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0265941> Published Online: 2022-05-05 [dostęp: 17.06.2022].
15. Majkowicz M.: Metodologiczne podstawy oceny jakości życia, *Medycyna Paliatywna w Praktyce, Wyd. Via Medica*, 2017; 11(2): 78–83. ISSN 1898-0678.



### 3. Jakość życia pacjentek z rakiem gruczołu piersiowego

#### Quality of life of patients with breast cancer

Anna Lewandowska<sup>1</sup>, Paulina Piątek<sup>2</sup>, Barbara Laskowska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna  
im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

<sup>2</sup>Absolwent Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej  
im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu

#### ■ Abstrakt

**Wstęp:** Nowotwór gruczołu piersiowego stanowi aktualnie istotny problem nie tylko onkologiczny, ale również epidemiologiczny, socjologiczny i ekonomiczny w wielu państwach na świecie, a zwłaszcza w krajach wysoko rozwiniętych i zamożnych. To drugi, po raku płuca, co do częstości występowania nowotwór złośliwy u kobiet zarówno w Polsce, jak i na świecie, stanowiąc 25% wszystkich zachorowań. Szacuje się, że każdego roku na świecie nowotwór piersi rozpoznaje się u ponad 2 milionów kobiet, a ponad 600 tysięcy umiera z powodu tej choroby. Jakość życia pacjentek z rakiem piersi jest zależna od wielu czynników, między innymi od adaptacji do nowej sytuacji życiowej oraz zdolności do radzenia sobie ze skutkami leczenia.

**Cel:** Celem badań była ocena jakości życia pacjentek z rakiem gruczołu piersiowego.

**Materiał i metody:** W przedstawionej pracy została zastosowana metoda badawcza, opierająca się na sondażu diagnostycznym. Zastosowaną techniką była technika ankietowania, natomiast narzędziem badawczym była ankieta własnego autorstwa. Grupę badaną stanowiło 100 kobiet z rozpoznaną chorobą nowotworową gruczołu piersiowego.

**Wyniki:** Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową piersi była oceniana przez nie, jako przeciętna (51%). Dobrze oceniło ją 23% osób, a źle 19% ankietowanych. Nieliczne badane swoją jakość życia określały jako bardzo dobrą (4%) lub bardzo złą (3%). Swój obecny stan zdrowia kobiety z chorobą nowotworową piersi oceniały jako umiarkowany (65%). Dobrze lub bardzo źle oceniło go po 11% respondentek, źle 9% kobiet, a bardzo dobrze 4% badanych. Najbardziej uciążliwymi objawami choroby nowotworowej był brak energii (85%), brak apetytu (67%). Najmniej uciążliwe okazało się mrowienie rąk i nóg (12%) oraz owrzodzenie ust (25%). Hipoteza potwierdziła się częściowo. Choroba nowotworowa piersi wywoływała u kobiet najczęściej takie emocje, jak bezradność (78%) lub przemęczenie (63%). Częściowe lub całkowite pogorszenie sfery poznawczej (pamięci i koncentracji) dotyczyło 54% badanych. Wiek i sytuacja zawodowa badanych kobiet nie wpływała znacząco na jakość ich życia.

**Wnioski:** Pacjentki z rakiem gruczołu piersiowego wykazują obniżony poziom jakości życia i ogólnego stanu zdrowia. Zdaniem pacjentek z rakiem gruczołu piersiowego najbardziej uciążliwe objawy chorobowe to brak energii oraz brak apetytu, za najmniej uciążliwe uważają nudności, wymioty i owrzodzenie błony śluzowej jamy ustnej. Pacjentki z rakiem gruczołu piersiowego wykazują niższy poziom funkcjonowania w sferze emocjonalnej, natomiast wyższy poziom w sferze poznawczej.

**Słowa kluczowe:** nowotwór, rak piersi, jakość życia.

## ■ Abstract

**Introduction:** Breast cancer is currently a significant problem not only oncologically, but also epidemiologically, sociologically and economically in many countries around the world, particularly in highly developed and affluent countries. After lung cancer, it is the second most common malignant tumour in women both in Poland and worldwide, accounting for 25% of all cases. It is estimated that more than 2 million women are diagnosed with breast cancer worldwide each year and more than 600 000 die from the disease. The quality of life of breast cancer patients depends on many factors including adaptation to a new life situation and the ability to cope with the effects of treatment.

**Objective:** The aim of this study was to determine the quality of life of patients with breast cancer.

**Material and methods:** The research method used in the presented study is based on a diagnostic survey. The technique used was the questionnaire technique, while the research tool was a self-administered questionnaire. The study group consisted of 100 women diagnosed with breast cancer.

**Results:** The quality of life of women with breast cancer was assessed as average (51%). 23% of the respondents rated it well, and 19% of the respondents poorly. Few of the respondents described their quality of life as very good (4%) or very bad (3%). Women with breast cancer assessed their current health status as moderate (65%). 11% of the respondents assessed it as good or very bad, 9% of women rated it badly or very badly, and 4% of the respondents very well. The most troublesome symptoms of cancer were lack of energy (85%) and lack of appetite (67%). The least bothersome was tingling in the arms and legs (12%) and mouth ulceration (25%). The hypothesis was partially confirmed. Breast cancer most often caused emotions such as helplessness (78%) or fatigue (63%) in women. A partial or complete deterioration of the cognitive sphere (memory and concentration) concerned 54% of the respondents. The age and professional situation of the surveyed women did not significantly affect their quality of life.

**Conclusions:** Breast cancer patients show a reduced level of quality of life and overall health. According to patients with breast cancer, the most troublesome symptoms are lack of energy and lack of appetite, while nausea, vomiting and mouth ulceration are the least troublesome. Breast cancer patients show a lower level of functioning in the emotional sphere, and a higher level in the cognitive sphere.

**Keywords:** cancer, breast cancer, quality of life.

## ■ Wstęp

Nowotwór gruczołu piersiowego stanowi aktualnie istotny problem nie tylko onkologiczny, ale również epidemiologiczny, socjologiczny i ekonomiczny w wielu państwach na świecie, a zwłaszcza w krajach wysoko rozwiniętych i zamożnych. Nowotwór piersi jest chorobą, której etiologia nie została jednoznacznie zdefiniowana. Istnieje wiele czynników, które wpływają na zwiększenie ryzyka zachorowania. Do najistotniejszych z nich zalicza się płeć żeńska, wiek > 60 lat, predyspozycje genetyczne oraz zmiana modelu prokreacji [1–5].

Nowotwór gruczołu piersiowego jest drugim co do występowania rakiem złośliwym zarówno w Polsce, jak i na świecie (25%) wśród kobiet. Każdego roku diagnozuje się ponad milion przypadków raka piersi. W ostatnich dziesięcioleciach można zauważyć znaczący wzrost jego występowania. Powoduje to istotny problem nie tylko onkologiczny, ale również socjalny, ekonomiczny i epidemiologiczny. Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem oszacowała, że w 2020 roku na całym świecie rozpoznano ponad 2,2 miliona nowych przypadków i 685 000 zgonów związanych z rakiem piersi. W krajach członkowskich Unii Europejskiej w 2020 roku zdiagnozowano u 355 457 tysięcy kobiet raka piersi, co stanowi 12,1% wszystkich nowotworów, natomiast około 91 826 tysięcy zmarło z tego powodu. W ciągu ostatnich 5 lat zdiagnozowano nowotwór piersi u ponad 1,4 miliona kobiet, które cały czas zmagają się z chorobą. Według danych IARC dotyczących Polski, nowotwór piersi w 2020 roku jest trzecim, po raku płuc i jelita grubego, nowotworem złośliwym powodującym najwięcej zgonów wśród płci żeńskiej. Zachorowalność w Polsce systematycznie z roku na rok wzrasta, osiągając w 2020 roku 24 644 tys. przypadków oraz 8805 tys. zgonów. Według szacunkowego wskaźnika śmiertelności, w 2020 roku Polska sklasyfikowała się na 4. miejscu wśród krajów Unii Europejskiej. Około 96 868 tys. Polek żyje z rozpoznanym nowotworem gruczołu piersiowego w ciągu poprzedzających 5 lat [6–9].

Nowotwór piersi jest chorobą wysoce obciążającą fizycznie, psychicznie i społecznie, wywołując już na początku drogi z chorobą emocje, takie jak – silny lęk, rozpacz, poczucie zagrożenia i niepewność co do przyszłości. Każdy etap choroby nowotworowej jest kryzysowym i stresującym zdarzeniem dla chorej i jej rodziny. Jakość życia pacjentek z rakiem piersi jest zależna od wielu czynników, między innymi od adaptacji do nowej sytuacji życiowej oraz zdolności do radzenia sobie ze skutkami leczenia. Poziom jakości życia jest wprost proporcjonalny do stanu zdrowia. Wraz z poprawą stanu zdrowia poziom jakości życia ulega poprawie, jednakże w momencie pogorszenia stanu zdrowia – jakość życia obniża się. Ocena jakości życia ukazuje indywidualne postrzeganie sytuacji życiowej spowodowanej stanem zdrowia z punktu widzenia osoby chorej, co pozwala na holistyczne podejście do problemów osoby chorej [2, 10–16].

## ■ Cel pracy

Celem pracy jest ocena jakości życia pacjentek z rakiem gruczołu piersiowego.

## ■ Materiał i metoda badań

Grupę badaną stanowiło 100 kobiet z rozpoznaną chorobą nowotworową gruczołu piersiowego. Najliczniejszą grupę stanowiły pacjentki w przedziale wiekowym od 51 do 60 lat (46%). W badaniu wzięło udział 82% mieszkanek miast oraz 18% pacjentek pochodzących ze wsi.

Badanie zostało zatwierdzone przez Zespół ds. Etyki Badań Naukowych przy Instytucie Ochrony Zdrowia w Państwowej Wyższej Szkole Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy, ankietowani zostali poinformowani o ich prawie do odmowy lub przerwaniu oraz wycofaniu się z badania w dowolnym momencie. Każdy z respondentów został poinformowany o czasie trwania badania oraz jego celu.

Metodą wykorzystaną w pracy był sondaż diagnostyczny, zaś techniką ankieta. Natomiast jako narzędzie badawcze posłużył kwestionariusz własnego autorstwa. Kwestionariusz ankiety zawierał pytania otwarte, jednokrotnego wyboru i wielokrotnego wyboru. W ankiecie ujęto pytania metrykalne, epidemiologiczne oraz pytania oceniające stan fizyczny i psychiczny pacjenta. Pytania zawarte w ankiecie pozwoliły ocenić jakość życia pacjentów.

Wyniki uzyskane z przeprowadzonego badania zostały poddane analizie statystycznej. Wszystkie obliczenia statystyczne zostały przeprowadzone przy użyciu pakietu statystycznego StatSoft, Inc. STATISTICA version 10.0. oraz arkusza kalkulacyjnego Excel. Zmienne ilościowe zostały wyznaczone za pomocą średniej arytmetycznej, odchylenia standardowego, mediany, wartości minimalnej i maksymalnej. Z kolei wartości zmienne typu jakościowego zostały przedstawione za pomocą liczności oraz wartości procentowych.

## ■ Wyniki

### Charakterystyka badanej grupy

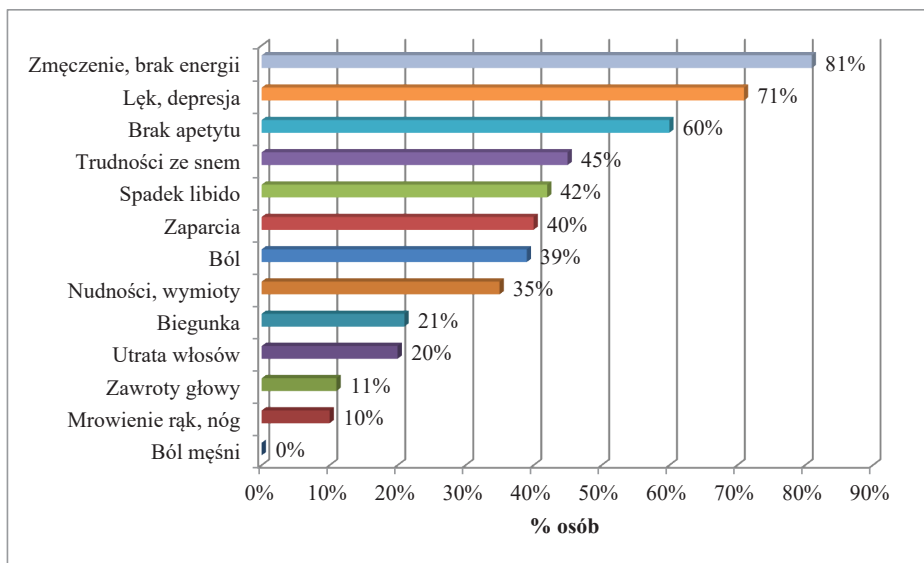
Ankietowane kobiety należały przede wszystkim do grupy wiekowej 51–60 lat (46%). Powyżej 60 lat miało 23% respondentek, a 41–50 lat 18% kobiet. Co dziesiąta badana miała od 31 do 40 lat, a tylko nieliczne (3%) poniżej 30 lat. Mężatki, to najliczniejsza grupa kobiet (71%). Wdowy stanowiły 15% badanych, panny 11% osób, a rozwódki 3% respondentek. Kobiety z wykształceniem zawodowym stanowiły 40% badanych. Wykształcenie średnie posiadało 29%, podstawowe 18% respondentek, a wyższe 13% ankietowanych. Kobiety z chorobą nowotworową piersi w większości (69%) były pracującymi zawodowo. Emeryturę pobierało 21% badanych, rentę 9% osób, a na utrzymaniu innych była jedna kobieta (1%). Wiek badanych kobiet nie wpływał znacząco ( $p = 0,3114$ ) na jakość ich życia. Nieznaczące różnice sugerowały, że kobiety poniżej 60. roku życia częściej bardzo dobrze lub dobrze oceniały jakość swojego życia. Miejsce zamieszkania kobiet z chorobą nowotworową piersi nie wpływało istotnie ( $p = 0,3833$ ) na jakość ich życia.

### Jakość życia pacjentek

Kobiety z chorobą nowotworową piersi poddawane były najczęściej chemioterapii (36%), nieco rzadziej hormonoterapii (29%) lub radioterapii (24%). Immunoterapię wdrożono u 9% osób, a operację radykalną przeprowadzono u 2% kobiet. Stosowane leczenie u 75% w średnim stopniu przyczyniło się do odczuwania uciążliwości i męczliwości. W znacznym zakresie leczenie było męczące i uciążliwe dla 14% respondentek, a w niewielkim stopniu w grupie 11% kobiet. Choroba nowotworowa trwała u kobiet 2–5 lat (59%), rzadziej ponad 5 lat (24%), a w nielicznych przypadkach (17%) do 2 lat. W trakcie leczenia na wsparcie psychiczne od rodziny/bliskich mogło liczyć 96% kobiet. Swój obecny stan zdrowia kobiety z chorobą nowotworową piersi oceniały jako umiarkowany (65%). Dobrze lub bardzo źle oceniło go po 11% respondentek, źle 9% kobiet, a bardzo dobrze 4% badanych. Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową piersi była oceniana przez nie jako przeciętna w 51%. Dobrze oceniło ją 23% osób, a źle 19% ankietowanych. Nieliczne badane swoją jakość życia określały jako bardzo dobrą (4%) lub bardzo złą (3%).

Informacja o zdiagnozowaniu choroby nowotworowej piersi u większości kobiet (80%) wywołała załamanie psychiczne. Niedowierzało diagnozie i chciało powtórnych badań 15% badanych. Tylko 3% kobiet „wzięło się w garść” i chciało jak najszybszego leczenia, a 2% respondentek nie zareagowało na wieść o wykryciu u nich choroby nowotworowej piersi. W opinii 42% kobiet, ich relacje małżeńskie/partnerskie zmieniły się na lepsze po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej. Brak zmian w tej sferze życia wskazało 32% badanych, a pogorszenie się relacji małżeńskich/partnerskich od czasu zdiagnozowania choroby wskazało 9% kobiet. Grupa 17% ankietowanych nie miała męża/partnera. Pogorszenie się życia seksualnego od momentu wykrycia choroby nowotworowej potwierdziło 61% kobiet. Brak życia seksualnego wskazało 26% badanych. Tylko nieliczne kobiety uznały, że ich życie seksualne od momentu zdiagnozowania choroby nowotworowej piersi polepszyło się (10%) lub nie zmieniło się (3%).

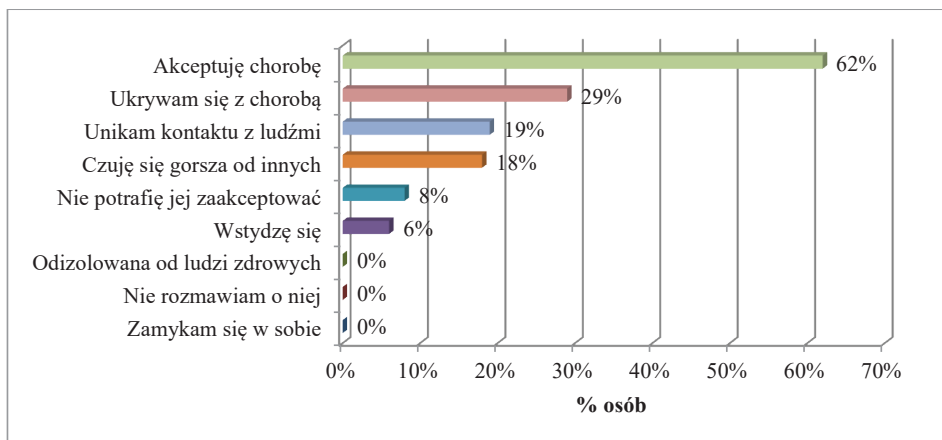
Choroba nowotworowa piersi wywoływała u kobiet najczęściej zmęczenie, brak energii (81%) oraz lęk, depresję (71%). Brak apetytu odczuwało z powodu choroby nowotworowej 60% kobiet, trudności ze snem miało 45% badanych, spadek libido występował u 42% osób, a zaparcia w grupie 40% respondentek. Stosunkowo częste objawy to bóle (39%) oraz nudności, wymioty (35%). Rzadziej choroba nowotworowa piersi przejawiała się biegunką (21%), utratą włosów (20%), zawrotami głowy (11%), czy mrowieniem rąk, nóg (10%). Najbardziej uciążliwymi objawami choroby nowotworowej był brak energii (85%) oraz brak apetytu (67%). Trudności ze snem stanowiły uciążliwość dla połowy respondentek. Nieznacznie mniej uciążliwymi objawami choroby były zaparcia (40%), depresja (39%), utrata włosów (39%), ból okolicy piersi (38%), nudności, wymioty (35%), biegunka (29%) lub owrzodzenie ust (25%). Najmniej uciążliwe okazało się mrowienie rąk lub nóg (12%). Choroba nowotworowa piersi w przypadku 68% kobiet częściowo ograniczyła wykonywanie przez nie codziennych czynności. Brak ograniczeń w tym zakresie wskazało 26% osób, a całkowite ograniczenia dotyczyły 6% kobiet (ryc. 1).



**Rycina 1. Objawy fizyczne/psychiczne choroby nowotworowej respondentek**

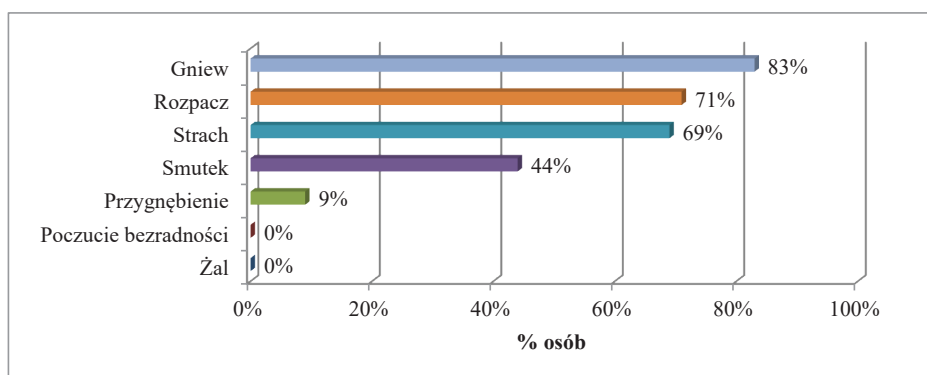
Grupa 54% kobiet przyznała, że ich relacje z rodziną poprawiły się od czasu zdiagnozowania choroby nowotworowej piersi. Brak zmian w relacjach rodzinnych potwierdziło 31% badanych, a pogorszenie się tych relacji wskazało 8% kobiet. Z emocjami i stresem kobiety radziły sobie korzystając ze wsparcia rodziny (43%) lub korzystając z grup wsparcia (34%). Z usług psychologa korzystało 11% badanych, a z usług psychoterapeuty 7% kobiet. Nie radziło sobie z emocjami i stresem 5% respondentek. Kobiety z chorobą nowotworową piersi mogły obecnie liczyć na pomoc psychologa (44%), natomiast rzadziej na zapomogę z pracy (21%), wsparcie fundacji (18%), czy wsparcie finansowe ze strony państwa (17%). W trakcie leczenia kobiety mogły przede wszystkim liczyć na wsparcie ze strony personelu medycznego (49%), nieco rzadziej na zapewnienie kontaktu z psychologiem (29%). W nielicznych przypadkach badane przyznały, że personel medyczny skierował je do odpowiedniej grupy wsparcia (12%), był obojętny (7%) lub nie udzielał pomocy i wsparcia (3%). Kobiety z chorobą nowotworową piersi były najczęściej zadowolone z placówek służby zdrowia (54%). Niezadowolonymi było niemal 1/3 badanych (32%), a bardzo niezadowolonymi 10% kobiet. Tylko 4% chorych było bardzo zadowolonych z placówek służby zdrowia. Chorobę nowotworową piersi akceptowało 62% kobiet. Ukrywało się z chorobą 29% badanych, unikało kontaktu z ludźmi 19% kobiet, a czuło się gorzej od innych 18% respondentek. Nie potrafiło zaakceptować choroby nowotworowej 8% kobiet, a wstydziło się jej 6% badanych (ryc. 2).





**Rycina 2. Wpływ choroby nowotworowej na życie respondentek**

Choroba nowotworowa piersi wywoływała u kobiet najczęściej bezradność (78%) lub przemęczenie (63%). Znacznie rzadziej choroba nowotworowa piersi objawiała się pozytywnymi emocjami w stosunku do ludzi (27%), zadowoleniem z życia (19%), aktywnością i chęcią do życia (15%). Podejmowanie obecnie aktywności fizycznej było dla większości kobiet (75%) trochę trudne. Nie odczuwało trudności w tym zakresie 11% badanych. Znaczne trudności w podejmowaniu aktywności fizycznej dotyczyły 9% kobiet, a bardzo duże 5% osób. Brak wpływu choroby nowotworowej na pogorszenie koncentracji, pamięci w codziennych czynnościach dotyczyło 46% kobiet. Częściowo choroba wpłynęła na pogorszenie koncentracji i pamięci u 38% osób, a całkowicie w grupie 16% badanych. Choroba nowotworowa piersi wywoływała u kobiet gniew (83%), rozpacz (71%) oraz strach (69%). Smutek odczuwało 44% badane, a przygnębienie 9% kobiet (ryc. 3).



**Rycina 3. Obecnie odczuwane emocje respondentek**

Kobiety najczęściej twierdziły, że są zdolne do normalnej aktywności, a choroba nowotworowa piersi daje nieznaczne objawy (40%) lub są zdolne do opieki nad sobą, a niezdolne do normalnej aktywności i do wykonywania pracy (33%). Normalnie funkcjonowało pomimo choroby nowotworowej 14% kobiet, wymagało okresowej pomocy, ale było zdolnymi do zaspokajania większości potrzeb 9% badanych, a 4% osób wymagało znacznej pomocy i częstej opieki. Niemal połowa kobiet z chorobą nowotworową ani dobrze, ani źle odnajdywała się w obecnej sytuacji (48%). Dobrze odnajdywała się w niej 26% badanych, źle 19% kobiet, bardzo dobrze 5% osób, a bardzo źle 2% respondentek. Wszystkie kobiety były pod ciągłą kontrolą lekarza specjalisty onkologa.

Bardzo dobrze/dobrze jakość swojego życia oceniali częściej kobiety stanu wolnego (37,9%), a przeciętnie mężatki (59,2%). Różnice były istotne statystycznie ( $p = 0,0385$ ). Bardzo dobrze/dobrze jakość swojego życia oceniali częściej kobiety z wykształceniem podstawowym/zawodowym (34,5%), a bardzo źle/źle częściej badane z wykształceniem średnim/wyższym (28,6%). Różnice nie były znaczące ( $p = 0,1061$ ). Sytuacja zawodowa kobiet nie wpływała znacząco na jakość ich życia ( $p = 0,9344$ ).

## ■ Dyskusja

Choroba nowotworowa gruczołu piersiowego ma wpływ na wiele płaszczyzn ludzkiego życia, prowadzi do schorzeń somatycznych, zaburzając również sferę funkcjonowania w życiu społecznym i zawodowym. Długotrwałe leczenie, często bardzo agresywne, takie jak chemioterapia, radioterapia lub zabieg chirurgiczny, okaleczający nie tylko ciało, ale i duszę, wiąże się z pogorszeniem jakości życia. Ocena jakości życia pacjentek z rakiem gruczołu piersiowego umożliwia wybór optymalnych metod leczenia, w następstwie może poprawiać skuteczność terapii, co będzie skutkowało polepszeniem zdrowia i samopoczucia pacjentek mając wpływ na polepszenie jakości życia [17–21].

Badania własne miały na celu określenie jakości życia pacjentek z rakiem gruczołu piersiowego w grupie 100 kobiet. Analiza wyników badań własnych pokazuje, że największą grupę wiekową stanowiły kobiety 51–60 lat (46%), co jest adekwatne do danych epidemiologicznych świadczących o wzroście zachorowań w danej grupie wiekowej. Powyżej 60 lat miało 23% respondentek, a 41–50 lat 18% kobiet. Co dziesiąta badana miała od 31 do 40 lat, a tylko nieliczne (3%) poniżej 30 lat. Według analizy wyników badań własnych jakość życia w badanej grupie kobiet z rakiem gruczołu piersiowego była oceniana przez nie jako przeciętna (51%). Dobrze oceniła ją 23% osób, a źle 19% ankietowanych. Nieliczne badane swoją jakość życia określały jako bardzo dobrą (4%) lub bardzo złą (3%). Swój obecny stan zdrowia kobiety z chorobą nowotworową piersi oceniali jako umiarkowany (65%). Dobrze lub bardzo źle oceniło go po 11% respondentek, źle 9% kobiet, a bardzo dobrze 4% badanych. Podobne wyniki oceny jakości życia wykazała Cipora E. i wsp., przeprowadzając badanie wśród 121 chorych leczonych operacyjnie z powodu raka piersi z Podkarpackiego Centrum Onkologii w Brzozowie, wykazując przeciętny poziom

zadowolenia z życia [11]. W badaniach przeprowadzonych przez A.J. Słowik i wsp. wśród kobiet z rakiem piersi leczonych różnymi metodami dane wykazały średni poziom jakości życia [22]. Akceptacja choroby nowotworowej jest długotrwałym i złożonym procesem, koniecznym do przystosowania się pacjentki do życia i funkcjonowania z chorobą. W badaniach własnych wykazano, że 62% pacjentek akceptowało chorobę. Ukrywało się z chorobą 29% badanych, unikało kontaktu z ludźmi 19% kobiet, a czuło się gorzej od innych 18% respondentek. Nie potrafiło zaakceptować choroby nowotworowej 8% kobiet, a wstydziło się jej 6% badanych. Podobne wyniki uzyskał B. Jurczak i B. Jankowiak, dokonując oceny stopnia akceptacji choroby u pacjentek z rakiem piersi – 57,0% badanych osób akceptuje chorobę [23].

Kobiety chorujące na nowotwór gruczołu piersiowego zmagają się z wieloma przeciwnościami, codziennością staje się towarzyszenie negatywnych emocji, takich jak bezradność, strach i niepewność co do przyszłości. Podczas choroby nowotworowej obecny jest ból, cierpienie, pojawia się wiele nieodwracalnych zmian w organizmie, wyglądzie oraz psychice. Według respondentek najbardziej uciążliwymi dolegliwościami choroby nowotworowej są objawy, takie jak zmęczenie, lęk, brak apetytu, z kolei najmniejsze natężenie objawów ubocznych to mrowienie rąk i nóg oraz zawroty głowy. W badaniu przeprowadzonym przez V. Cebulską, V. Koźlak i L. Kostrzewę wykazano, że według pacjentek z rakiem piersi leczonych cytostatykami, najbardziej dotkliwe objawy uboczne to zmęczenie, bezsenność i ból, natomiast najmniej uciążliwe objawy choroby to biegunki, nudności i wymioty. Zmęczenie związane z nowotworem gruczołu piersiowego jest jednym z najczęściej występujących objawów ubocznych zgłaszanych przez pacjentki [10]. W badaniach własnych wykazano, że ponad połowa ankietowanych kobiet – 75% uważa, że podejmowanie aktywności fizycznej w czasie choroby sprawia im trudność w średnim stopniu oraz 68% pacjentek odczuwa, że choroba ogranicza je w codziennych czynnościach częściowo. Dokonując oceny funkcjonalności fizycznej, wykazano, że 40% respondentek jest zdolna do normalnej aktywności oraz ma nieznaczne oznaki lub symptomy choroby, 33% pacjentek jest zdolna do opieki nad sobą, natomiast niezdolna do normalnej aktywności i podjęcia pracy zawodowej. Jedynie 4% wymaga znacznej pomocy i opieki nad sobą. Wśród 46% pacjentek choroba nowotworowa nie pogorszyła w żadnym stopniu koncentracji, pamięci, aczkolwiek u 16% funkcjonowanie poznawcze całkowicie pogorszyło się. W badaniach V. Cybulskiej, V. Koźlak i L. Kostrzewy badane pacjentki z diagnozą nowotworu piersi najlepiej oceniły funkcjonowanie poznawcze i fizyczne, natomiast najgorzej funkcjonowanie emocjonalne [10]. W badaniach przeprowadzonych przez A. Gałka i wsp. wśród pacjentek z rakiem piersi leczonych metodą chirurgiczną funkcjonowanie fizyczne było oceniane gorzej, niżeli funkcjonowanie umysłowe [24].

Leczenie onkologiczne chorych na raka piersi jest długotrwałe i wiąże się z licznymi działaniami niepożądanymi, które mają negatywny wpływ na każdą sferę życia i codzienne funkcjonowanie w życiu i rodzinie. Autorzy w wielu badaniach zwracają uwagę, jak bardzo znaczący jest wpływ prawidłowych relacji rodzinnych na funkcjonowanie emocjonalne [25–29]. Z badań własnych wynika, że relacje partnerskie po

diagnozie choroby zmieniły się na lepsze u 42% badanych, natomiast w trakcie leczenia wsparcie psychiczne od rodziny i bliskich otrzymało aż 96% respondentek. Podobne wyniki uzyskano w badaniu V. Cybulskiej, V. Koźlak i L. Kostrzewy, w których wykazano, że 95% pacjentek uzyskała wsparcie emocjonalne od rodziny [10]. W badaniach B. Jankowiak i P.A. Budnej 57,5% pacjentek uważa, że nie jest ciężarem dla najbliższych ze względu na swoją chorobę [30].

Akceptacja własnego ciała jest istotna dla prawidłowego funkcjonowania w relacjach z innymi ludźmi. Rozpoznanie choroby nowotworowej piersi wywołuje stres psychiczny i utratę poczucia własnej wartości ze względu na jej umiejscowienie. Nowotwór gruczołu piersiowego może przyczynić się do braku akceptacji okaleczonego i chorobowo zmienionego ciała, skutkując zaburzeniami seksualnymi i zaburzeniami płodności [17]. Funkcjonowanie w sferze seksualnej od momentu wykrycia choroby pogorszyło się u 61% kobiet, jedynie u 10% pacjentek zmieniło się na lepsze. Odmiennie wyniki w badaniu uzyskali A. Trybulec, F. Georgiew oraz K. Borowiec-Trybulec, dokonując oceny wszystkich domen określających jakości życia wśród 40 pacjentek leczonych onkologicznie z powodu raka piersi, najlepszy wynik uzyskali w zakresie sfery dotyczącej funkcjonowania seksualnego i przyjemności seksualnej [31]. A. Ośmiałowska, N. Świątoniowska oraz N. Homętowska dowiodły, dokonując analizy funkcjonowania seksualnego pacjentek z rozpoznaniem nowotworu piersi, że jedynie 29% respondentek odczuwało przyjemność ze współżycia [32]. Analiza uzyskanych rezultatów badań wykazała, że wiek badanych kobiet nie wpływał znacząco na jakość ich życia. Nieznaczące różnice sugerowały, że kobiety poniżej 60. roku życia częściej bardzo dobrze/dobrze oceniały jakość swojego życia. Bardzo dobrze/dobrze jakość swojego życia oceniały częściej kobiety z wykształceniem podstawowym/zawodowym (34,5%), a bardzo źle/źle częściej badane z wykształceniem średnim/wyższym (28,6%). Różnice nie były istotnie znaczące. W badaniach A. Trybulec, F. Georgiew i K. Borowiec-Trybulec stwierdzono, że wiek nie ma wpływu na ocenę jakości życia kobiet z rakiem piersi, natomiast zaobserwowano, że pacjentki z wykształceniem zawodowym gorzej oceniają jakość życia [31]. Badania przeprowadzone przez V. Cybulska, V. Koźlak oraz L. Kostrzewa nie wykazały istotnych statystycznych różnic pomiędzy wiekiem kobiet z rakiem piersi a jakością życia [10].

Przedstawione wyniki badań własnych oraz innych autorów dowodzą, że choroba nowotworowa gruczołu piersiowego ma istotny wpływ na jakość życia pacjentek. W związku z powyższymi zaprezentowanymi badaniami zasadne wydaje się prowadzenie dalszych badań z zakresu jakości życia oraz podejmowanie niezbędnych działań przez zespół interdyscyplinarny w celu poprawy jakości życia u pacjentek z rakiem piersi [33, 34].

## ■ Wnioski:

1. Pacjentki z rakiem gruczołu piersiowego wykazują obniżony poziom jakości życia i ogólnego stanu zdrowia.
2. Zdaniem pacjentek z rakiem gruczołu piersiowego najbardziej uciążliwe objawy chorobowe to brak energii oraz brak apetytu, za najmniej uciążliwe uważają nudności, wymioty i owrzodzenie błony śluzowej jamy ustnej.

3. Pacjentki z rakiem gruczołu piersiowego wykazują niższy poziom funkcjonowania w sferze emocjonalnej, natomiast wyższy poziom w sferze poznawczej.
4. Czynniki socjodemograficzne takie jak wiek i wykształcenie nie wpływają istotnie na jakość życia pacjentek z rakiem gruczołu piersiowego.

## Bibliografia

1. Bednarczyk A., Lewicka S., Czeczulewska E.: Nowotwór piersi u kobiet, *Opieka onkologiczna*, 2015; 4: 13–18.
2. Lewandowska A.: Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa w onkologii, *Akademicka Oficyna EXIT*, Warszawa 2021.
3. Emens L., Adams S., Cimino-Mathews A. et al.: Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) clinical practice guideline on immunotherapy for the treatment of breast, *Journal for Immunotherapy of Cancer*, 2021; 9: 1–3.
4. Evans A., Trimboli R., Athanasiou A.: Breast ultrasound: recommendations for information to women and referring physicians by the European Society of Breast Imaging, *Insights Into Imaging*, 2018; 9: 449–461.
5. Farkona S., Diamandis E.: Cancer immunotherapy. The beginning of the end of cancer, *BMC Medicine*, 2016; 14: 1–18.
6. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. <https://gco.iarc.fr> [dostęp: 05.03.2023].
7. European Cancer Information System. <https://ecis.jrc.ec.europa.eu> [dostęp: 06.03.2023].
8. Chidharla A., Kasi A.: *Cancer Chemotherapy*, StatPearls Publishing, 2020.
9. Krajowy Rejestr Nowotworów, <http://onkologia.org.pl> [dostęp: 06.03.2023].
10. Cebulska V., Koźlak V., Kostrzewa L.: Jakość życia pacjentek z rakiem piersi leczonych cytostatykami, *Medycyna Paliatywna*, 2019; 11: 125–132.
11. Cipora E., Konieczny M., Karwat I.D. i wsp.: Satisfaction with life among women with breastcancer – selected demographic and social factors, *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 2018; 25: 314–319.
12. Pinker K., Helbich T., Morris E.: The potential of multiparametric MRI of the breast, *The British Journal of Radiology*, 2017; 90: 1–17.
13. Pogoda K., Krzakowski M., Jagiełło-Gruszfeld A.: Metronomic chemotherapy in breast cancer, *Oncology in Clinical Practice*, 2017; 13: 161–168.
14. Rzepka Z., Knapik M., Wrześniok D.: Strategie współczesnej immunoterapii nowotworów, *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 2019; 73: 898–908.
15. Sardanelli F., Helbich T.: European Society of Breast Imaging Mammography: EUSOBI recommendations for women's information, *Insights Imaging*, 2012; 3: 7–10.
16. Schoub P.: Understanding indications and defining guidelines for breast magnetic resonance imaging, *SA Journal of Radiology*, 2018; 2: 1–12.
17. Domanowska G.: Stres i wzrost pourazowy w kontekście obrazu ciała i płodno-

- ści u kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 2020; 3(43): 389–406.
18. Jagielska B., Poniatowska G., Tałasiewicz K.: Systemic complications in the hormonal treatment of prostate and breast cancer. *Nowotwory, Journal of Oncology*, 2017; 67: 206–214.
  19. Jassem J., Krzakowski M., Bobek-Billewicz B.: Breast cancer, *Oncology in Clinical Practice*, 2018; 14: 234–235.
  20. Kmiecik A.M., Dzięgiel P., Ugorski M.: Nowe oblicze mucyny MUC1 w progresji nowotworowej – rola podjednostki MUC1-C, *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 2019; 73: 20–31.
  21. Lopez F., Rodrigo J., Silver C.: Cervical lymph node metastases from remote primary tumor sites, *Head Neck*, 2016; 38: 1–24.
  22. Słowik A.J., Jabłoński M.J., Michałowska-Kaczmarczyk A. i wsp.: Badanie jakości życia kobiet z rakiem piersi, ze szczególnym uwzględnieniem satysfakcji seksualnej i perspektyw na przyszłość oraz obrazu ciała w zależności od zastosowanej metody leczenia operacyjnego, *Psychiatria Polska*, 2017; 5: 871–888.
  23. Jurczak B., Jankowiak B.: Ocena stopnia akceptacji choroby a poziom samooceny u pacjentek z rakiem piersi [w:] Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Lewko J. (red.): *W drodze do brzegu życia*, Uniwersytet Medyczny, Białystok 2020: 200–237.
  24. Gałka A., Świątoniowska N., Kolasińska J. i wsp.: Ocena jakości kobiet z rakiem piersi w zależności od zastosowanej metody leczenia chirurgicznego, *Via Medica*, 2018; 12: 76–85.
  25. Minjoung K., Von Wagner C., Abel G.: Typical and atypical presenting symptoms of breast cancer and their associations with diagnostic intervals: Evidence from a national audit of cancer diagnosis, 2017; 48: 140–146.
  26. Walaszczyk A., Gabrys D.: Molecular markers used in breast cancer diagnosis – current practice and future perspectives. *Nowotwory, Journal of Oncology*, 2018; 68: 259–267.
  27. Walczak T., Walczak E., Kowalewski W.: Duchowość a jakość życia osób dotkniętych chorobą nowotworową, *Pomeranian Journal of Life Sciences*, 2018; 64: 177–184.
  28. Wang L.: Early Diagnosis of Breast Cancer, *Sensors*, 2017; 17: 1–20.
  29. Wysocka J.: New WHO classification of breast tumours – as published in 2019. *Nowotwory, Journal of Oncology*, 2020; 70: 250–252.
  30. Jankowiak B., Budna P.A.: Ocena stopnia akceptacji choroby wśród kobiet z rakiem piersi [w:] Klimaszewska K., Krajewska-Kułak E. (red.): *Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentkami onkologicznymi*, Uniwersytet Medyczny, Białystok 2021; 1: 207–221.
  31. Trybulec A., Georgiew F., Borowiec-Trybulec K.: Ocena jakości życia pacjentek leczonych onkologicznie z powodu raka piersi, *Health Promotion & Physical Activity*, 2019; 4: 14–20.

32. Ośmiałowska E., Świątoniowska N., Homętowska H.: Jakość życia pacjentek rozpoznaniem nowotworu piersi, Uniwersytet Medyczny, Wrocław 2018; 12: 143–150.
33. Hofman-Pyka K., Witkoś A., Lisik T.: Late recurrence of breast cancer in a patient with BRCA1 mutation and subsequent radical treatment for colorectal and endometrial cancer a case report, *Oncology in Clinical Practice*, 2016; 12: 29–32.
34. Łukasiewicz S., Czeczulewski M., Forma A. et al.: Rak piersi – epidemiologia, czynniki ryzyka, klasyfikacja, markery prognostyczne i aktualne strategie leczenia. *Nowotwory*, 2021; 13: 1–30.





## 4. Wiedza pacjentów na temat ich praw

### Patients' knowledge of their rights

Bożena Majchrowicz<sup>1, a</sup>, Katarzyna Tomaszewska<sup>2, b</sup>

<sup>1</sup>Institut Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemysłu

<sup>2</sup>Institut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

<sup>a</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3202-1407>

<sup>b</sup> <https://orcid.org/0000-0002-2129-9107>

#### ■ Abstrakt

**Wstęp:** Prawa pacjenta są niepodważalną częścią praw człowieka. Postęp medycyny, a także postęp cywilizacyjny miał wpływ na powstanie regulacji prawnych mających na celu ochronę przed nadużyciami oraz zobowiązujących podmioty do ich respektowania. Przestrzeganie praw przez pacjenta służy rozwijaniu poczucia odpowiedzialności za własne życie i zdrowie, zapewnieniu warunków niezbędnych do respektowania zasady dobra pacjenta oraz poszanowania godności.

**Cel badań:** Celem pracy było przedstawienie wiedzy pacjentów na temat przestrzegania ich praw.

**Materiał i metody:** Badaniem objęto 231 pacjentów hospitalizowanych w szpitalu na terenie województwa podkarpackiego, w okresie od października do listopada 2022 roku. Dobór respondentów miał charakter losowy, a udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Podstawowym testem, który został wykorzystany w analizach statystycznych, jest test Chi-kwadrat na niezależność zmiennych. Do określenia siły związku wykorzystane zostały współczynniki oparte na teście: Phi oraz V Kramera. Wszelkie zależności są istotne statystycznie, gdy  $p \leq 0,05$ .

**Wyniki i wnioski:** Najpopularniejszym źródłem praw pacjentów wśród ankietowanych jest Karta Praw Pacjentów. Podczas korzystania ze świadczeń najważniejsze dla respondentów (99,0%) prawo do wyczerpującej i zrozumiałej informacji o swoim stanie zdrowia, prawo pacjenta do tajemnicy informacji związanych z leczeniem jest kolejnym (89,0%) najważniejszym prawem pacjenta. Świadomość praw przez pacjentów budzi poczucie bezpieczeństwa, jest celem nadrzędnym i pozwala zrozumieć procesy zachodzące podczas udzielania świadczeń. Respektowanie praw pacjenta jest korzystne zarówno dla pacjentów, jak i wszystkich pracowników służby zdrowia.

**Słowa kluczowe:** pacjent, prawa pacjenta.

## ■ Abstract

**Introduction:** Patient's rights are an indisputable part of human rights. The progress of medicine as well as the progress of civilization had an impact on the creation of legal regulations aimed at protecting against abuse and obliging entities to respect them. Compliance with the rights by the patient serves to develop a sense of responsibility for one's own life and health, to ensure the conditions necessary to respect the principle of the patient's good and respect for dignity.

**Aim of the research:** The aim of the study was to present patients' knowledge about the perception of their rights.

**Material and methods:** The study involved 231 patients hospitalized in a hospital in the Podkarpackie Province, from October to November 2022. The selection of respondents was random, and participation in the study was voluntary and anonymous. The research tool was a self-designed questionnaire. The basic test that has been used in statistical analyzes is the Chi-square test for the independence of variables. The coefficients based on the Phi and Kramer's tests were used to determine the strength of the relationship. All relationships are statistically significant when  $p \leq 0.05$ .

**Results and conclusions:** The most popular source of patients' rights among the respondents is the Patients' Rights Charter. While using the services, the most important right for the respondents (99.0%) is the right to comprehensive and understandable information about their health, the patient's right to confidentiality of information related to treatment is the next (89.0%) most important right of the patient. Patients' awareness of their rights evokes a sense of security, is the overriding goal and allows them to understand the processes taking place during the provision of services. Respecting patients' rights is beneficial to both patients and all healthcare professionals.

**Keywords:** patient, patient's rights.

## ■ Wstęp

Prawa pacjenta stanowią integralną część szeroko rozumianych praw człowieka. Regulacje prawne dotyczące uprawnień obywatela w sferze medycyny i ochrony zdrowia wynikają przede wszystkim z Konstytucji, która prawo do ochrony zdrowia określa jako fundamentalne. Respektowanie praw pacjenta jest dla personelu medycznego nie tylko prawnym obowiązkiem, ale też zobowiązaniem moralnym, gdyż etyka zawodowa lekarzy i pielęgniarek nierozdzielnie wiąże się z przestrzeganiem praw pacjenta [1]. Prawa pacjenta określają jego status w trakcie udzielania mu zróżnicowanych świadczeń zdrowotnych. Szczególne znaczenie ma w tym względzie Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Znajomość tych praw oraz ich respektowanie decyduje o jakości świadczonej opieki i kreuje wizerunek placówki medycznej [2].

Powszechna Deklaracja Praw Człowieka ustanowiona w 1948 r. uznaje „przyrodzoną godność” oraz „równe i niezbywalne prawa wszystkich członków rodziny

ludzkiej”. To właśnie na podstawowej koncepcji fundamentalnej godności i równości wszystkich istot ludzkich rozwinęło się pojęcie praw pacjenta [3]. Prawa pacjenta to podstawowe prawo człowieka i gwarancja jakości, która mierzy i chroni pacjentów przed nadużyciami oraz promuje etyczne praktyki. Dlatego przestrzeganie praw pacjentów jest uznawane za priorytet w świadczeniu usług medycznych i jeden ze wskaźników medycznych w każdym społeczeństwie. Według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO), każdy kraj powinien kierować się własnymi potrzebami kulturowymi i społecznymi, aby promować i wspierać prawa pacjentów. WHO ostrzega, że „istnienie kart pacjentów bez wysiłków na rzecz podnoszenia świadomości wśród pacjentów nie poprawia jakości opieki zdrowotnej”. Udzielając skutecznej opieki, pacjent na ogół domaga się swoich praw, a szpital jest odpowiedzialny za spełnienie tego konkretnego oczekiwania [4, 5].

Prawa pacjenta to połączenie kwestii prawnych i etycznych dotyczących relacji zespół terapeutyczny-pacjent, które obejmują prawo pacjenta do prywatności, poufności, dostępu do wysokiej jakości usług opieki zdrowotnej, prawo do podejmowania świadomych decyzji dotyczących opcji leczenia. Prawa pacjentów są różne w różnych krajach i zależą od czynników krajowych i społecznych danego obszaru. Jednak w większości krajów organizacje opieki zdrowotnej ustanowiły przepisy lub karty dotyczące praw pacjentów oraz ogłosiły je i wdrożyły w celu osiągnięcia satysfakcji pacjentów [6, 7].

Pacjenci opieki zdrowotnej mają prawa, które należy uznać i chronić. Prawa pacjenta obejmują przestrzeganie akceptowalnych potrzeb fizycznych, psychicznych, duchowych i społecznych opisanych w obowiązujących przepisach krajowych. Podmioty świadczące opiekę zdrowotną są odpowiedzialne za ustanowienie i przestrzeganie praw pacjentów, a władze szpitali są zobowiązane do udostępniania swojej karty praw swoim pacjentom i zapewnienia, że pacjenci rozumieją swoje prawa [8].

Znajomość praw pacjenta wśród personelu medycznego i samych pacjentów wraz z ich opiniami na temat tych praw jest wyzwaniem dla pracowników służby zdrowia. Prawa pacjenta to bardzo konkretne regulacje prawne, które zostały opracowane w celu ochrony godności i autonomii pacjentów [9]. Ponadto konieczne jest ustalenie prawidłowej definicji relacji pomiędzy świadczeniodawcami a pacjentami. Musi to obejmować opinię pacjentów na temat ich praw, a także czynniki afektywne, takie jak pozycja zawodowa i różnice środowiskowe. Mają one bezpośredni wpływ na decydentów politycznych w zakresie tworzenia, promowania i monitorowania ich programów poprawy warunków przestrzegania praw pacjentów. Prawa pacjentów mogą być naruszane od momentu przyjęcia. Może to wpłynąć na przebieg ich pobytu. Aby lepiej zrealizować intencje karty praw pacjenta, należy przyjąć, że prawa te są fundamentalne w postępowych społeczeństwach. Wymaga to zarówno aktywnych badań, jak i edukacji ludności [7].

W ostatnich latach na całym świecie podjęto znaczne wysiłki w celu ustanowienia i utrzymania praw pacjenta. Jest to bezpośrednio związane z poprawą ogólnej wartości i szacunku dla wszystkich osób, co jest najlepiej znane jako prawa człowie-

ka. W preambule Organizacji Narodów Zjednoczonych czytamy: „mając na uwadze, że uznanie przyrodzonej godności oraz równych i niezbywalnych praw wszystkich członków rodziny ludzkiej jest niezbędne, aby człowiek nie był zmuszany do uciekania się w ostateczności do buntu przeciwko tyranii i uciskowi, że prawa człowieka powinny być chronione przez rządy prawa” [3]. Prawa człowieka opierają się na założeniu, że wszyscy ludzie zasługują na szacunek. Dlatego obejmuje to pacjentów służby zdrowia. Obecnie pacjenci muszą być aktywnymi uczestnikami własnej opieki, a nie tylko biernymi odbiorcami usług. Wymaga to zwiększonej świadomości zarówno pacjentów, jak i lekarzy. Nowoczesna opieka zdrowotna może być najlepiej świadczona, gdy istnieje aktywna współpraca między tymi dwiema grupami [9].

W dobie zaawansowanej technologii poszanowanie wartości i preferencji pacjentów, kwestie wyborów pacjentów i dostępności opieki pielęgniarskiej stają się coraz bardziej złożone. Wraz ze wzrostem kosztów opieki zdrowotnej wznoszą się kwestie medyczno-prawne i świadomość pacjentów, pracownicy służby zdrowia są teraz bardziej odpowiedzialni przed społeczeństwem niż kiedykolwiek wcześniej. Pacjenci chcą być otoczeni najlepszym leczeniem i brać udział w podejmowaniu decyzji, planowanym zabiegu lub leczeniu. Ogólnie rzecz biorąc, rośnie świadomość praw człowieka. Realizacja praw pacjenta wpływa na unowocześnienie praktyk opieki zdrowotnej, a równy podział obowiązków między pacjentem, lekarzem i pielęgniarką może zostać osiągnięty, jeśli zostanie wdrożona specjalna karta praw pacjenta [10].

Podstawowe prawa odnoszące się do świadczeniodawców opieki zdrowotnej obejmują wolność zrzeszania się i korzystanie z godnych warunków pracy. Pacjenci mają prawo do zaakceptowania standardów jakości opieki, do leczenia w ramach dostępnych środków i z zachowaniem wysokiego poziomu godności osobistej. Mają również prawo do otrzymywania wszelkich niezbędnych informacji dotyczących osób odpowiedzialnych za ich opiekę, leczenie i usługi. Pacjenci mają prawo do otrzymywania pełnych informacji dotyczących diagnozy, leczenia, postępowania i rokowania w sposób i językiem łatwo zrozumiałym, co należy wziąć pod uwagę przy sporządzaniu formularza świadomej zgody [5].

Ustanowienie jasno zdefiniowanych praw pacjenta pomaga ujednoczyć opiekę we wszystkich dziedzinach opieki zdrowotnej i umożliwia pacjentom uzyskanie jednolitych oczekiwań podczas leczenia. Według American Cancer Society, organizacje powinny opracowywać karty praw pacjentów, „aby umożliwić ludziom odgrywanie aktywnej roli w poprawie ich zdrowia, wzmacnianie relacji, jakie ludzie mają z pracownikami służby zdrowia oraz ustanowienie praw pacjentów w kontaktach z firmami ubezpieczeniowymi i innymi szczególnymi sytuacjami związanymi z ubezpieczeniem zdrowotnym”. Podobnie jak w przypadku innych kart praw, współczesne karty praw pacjenta stanowią, że osoby mogą oczekiwać określonego leczenia niezależnie od ich statusu społeczno-ekonomicznego, przynależności religijnej, płci lub pochodzenia etnicznego [10, 11, 12].

Wprowadzenie w naszym kraju Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprowadziło kilka istotnych rozwiązań, a niektóre zwyczajnie uporządko-

wało. Wprowadzenie urzędu Rzecznika Praw Pacjenta i obarczenie go obowiązkiem zadbania i dopilnowania przestrzegania praw pacjentów i reagowania w sytuacjach, w których prawa nie są przestrzegane stanowi uzasadnione dopełnienie systemu ochrony zdrowia. We wzmacnianiu bezpieczeństwa pacjenta w systemach zdrowotnych zasadnicze znaczenie ma zapewnienie realnych gwarancji ochrony praw pacjenta, zapewniających rzeczywisty prymat tego zagadnienia w polityce zdrowotnej państwa i codziennej praktyce funkcjonowania podmiotów leczniczych [13].

Według Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta art. 3 ust.1 pkt 4 – pacjentem nazywamy osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny [14]. We wzmacnianiu bezpieczeństwa pacjenta w systemach zdrowotnych zasadnicze znaczenie ma zapewnienie realnych gwarancji ochrony praw pacjenta, zapewniających rzeczywisty prymat tego zagadnienia w polityce zdrowotnej państwa i codziennej praktyce funkcjonowania podmiotów leczniczych [15].

■ **Celem badań** jest przedstawienie wiedzy pacjentów na temat swoich praw.

### ■ **Materiał i metody**

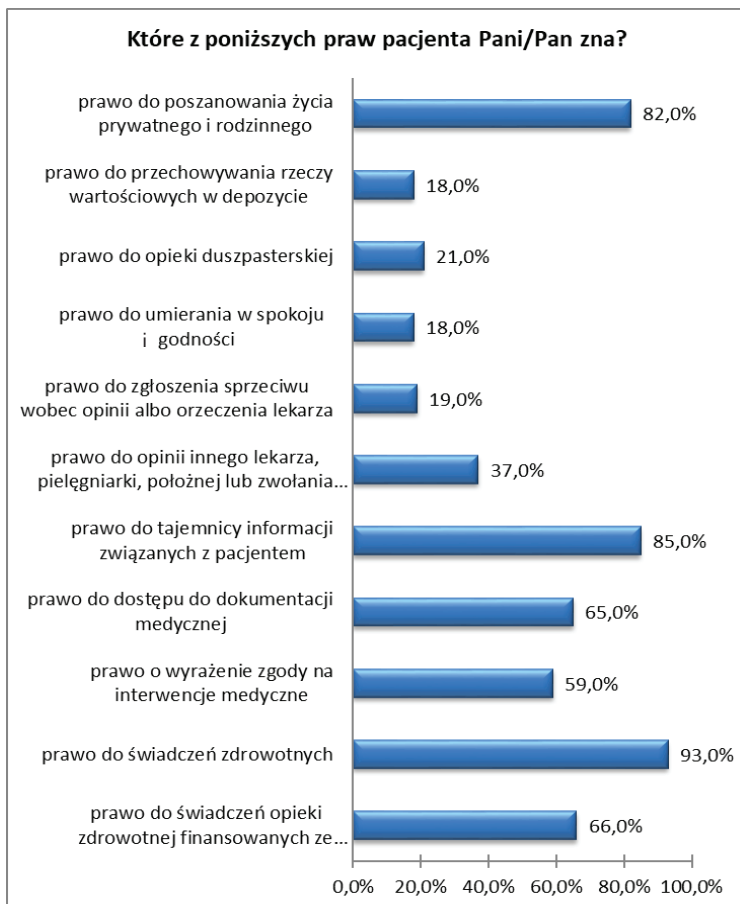
Badaniem objęto 231 pacjentów hospitalizowanych w szpitalu na terenie województwa podkarpackiego, w okresie od października do listopada 2020 roku. Dobór respondentów miał charakter losowy, a udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. W badaniu wzięło udział 53,2% kobiet i 46,8% mężczyzn. 36,1% badanych stanowiły osoby w wieku 41 do 50 lat, 29,3% to osoby w wieku 31 do 40 lat, 18,7% to ankietowani w wieku 20 do 31 lat, a pozostali to respondenci w wieku 51 do 60 lat. Pod względem wykształcenia w badaniu wzięło udział 71,4% posiadających wykształcenie wyższe, 28,6% z wykształceniem średnim.

Do przeprowadzenia badania została użyta metoda sondażu diagnostycznego z zastosowaniem techniki ankietowej. Narzędziem, za pomocą którego znaleziono odpowiedzi na szczegółowe pytania badawcze był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Kwestionariusz składa się z 13 pytań. Pierwsze 10 pytań dotyczy wiedzy pacjentów na temat ich praw. Pozostałe 3 to pytania dotyczące danych osobowych. Na ich podstawie można określić wiek, płeć i wykształcenie ankietowanych. Pytania jednokrotnego wyboru zostały zobrazowane na wykresach kołowych, gdyż wszystkie wskaźniki sumują się do 100%, natomiast na wykresach słupkowych zobrazowane zostały pytania wielokrotnego wyboru, gdyż w tym wypadku każda odpowiedź mogła teoretycznie uzyskać wartość 100%.

Podstawowym testem, który został wykorzystany w analizach statystycznych jest test Chi-kwadrat na niezależność zmiennych. Do określenia siły związku wykorzystane zostały współczynniki oparte na teście: Phi oraz V Kramera. Analiza wykonana została przy wykorzystaniu pakietu IBM SPSS 26.0 wraz z modułem Exact Tests – testy dokładne. Wszelkie zależności są istotne statystycznie, gdy  $p \leq 0,05$ .

## ■ Wyniki

Wśród praw pacjenta najczęściej wymienianych przez ankietowanych jest prawo do świadczeń zdrowotnych, prawo do tajemnicy informacji z nim związanych oraz prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Szczegółowe wyniki przedstawia rycina nr 1.



**Rycina 1. Znajomość praw pacjenta**

Źródło: opracowanie własne.

Najpopularniejszym źródłem praw pacjentów wśród ankietowanych jest Karta Praw Pacjentów (70,6% ankietowanych), personel medyczny jako źródło wiedzy wykazało 21,3% badanych, natomiast 6,1% badanych wskazało media, tj. TV, radio, Internet, prasę). Niewiele, bo 2,0% ankietowanych za źródło praw pacjentów wskazało znajomych i rodzinę. Większość badanych (49,6%) uważa, że informacja o prawach pacjenta jest dostępna dla każdego pacjenta, 44,1% ankietowanych uważa, że nie wie o dostępności do takiej informacji, a 6,3% z badanych uważa, że takiej

informacji nie ma w oddziale, w którym przebywali. Podczas przyjęcia do szpitala 71,8% badanych zostało poinformowanych o swoich prawach, pozostali ankietowani twierdzili, że nie otrzymali takiej informacji. Według 57,8% respondentów to pielęgniarki informują pacjentów na temat ich praw, 36,6% taką informację otrzymało od lekarza, a 5,6% od ratownika medycznego.

Podczas korzystania ze świadczeń najważniejsze dla respondentów (99,2% ankietowanych) było prawo do wyczerpującej i zrozumiałej informacji o swoim stanie zdrowia, prawo pacjenta do tajemnicy informacji związanych z leczeniem jest kolejnym (89,5%) najważniejszym prawem pacjenta. Wyjątek stanowi tu prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. 7,3% badanych traktuje to prawo jako mało ważne. 67,4% respondentów uważa, że prawa pacjenta są respektowane, 20,6% nie potrafi udzielić jednoznacznej odpowiedzi, a 13,7% uważa, że w szpitalu prawa pacjenta nie są respektowane.

**Tabela 1. Respektowanie praw pacjenta ze względu na wiek ankietowanych**

			Wiek				Ogółem
			41 d 50 lat	51 do 60 lat			
20 do 30 lat		%	50,0%	69,0%	69,4%	76,5%	67,0%
31 do 40 lat		%	38,9%	10,3%	8,3%	0,0%	13,0%
		%	11,1%	20,7%	22,2%	23,5%	20,0%
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,267	14,216	6	0,027	0,026		
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo		

Źródło: opracowanie własne.

Starsi wiekiem badani częściej od młodszych uważają, że w szpitalu respektowane są prawa pacjenta. Zależność między zmiennymi jest istotna statystycznie oraz odznacza się dość wyraźną siłą związku. 67,2% badanych uważa, że personel medyczny zna i przestrzega praw pacjentów, 26,1% nie wie, czy prawa są przestrzegane, a 6,7% uważa, że personel medyczny nie zna i nie przestrzega aktualnie obowiązujących praw. 83,2% ankietowanych nie spotkała się osobiście z sytuacją łamania praw pacjentów, jednakże pozostałe 16,8% uważa, że w szpitalu dochodzi to łamania prawa. Ankietowani (70,6%) uważają, że najczęściej dochodzi do łamania prawa podczas udzielenia świadczeń gwarantowanych w stanie zagrożenia zdrowia. 58,8% badanych uważa, że dochodzi do naruszenia prawa pacjenta do informacji oraz braku poszanowania intymności i godności pacjenta; 17,6% ankietowanych postrzega brak zachowania tajemnicy informacji z nim związanych, a 11,8% obserwuje brak poszanowania życia prywatnego i rodzinnego oraz ma problem z uzyskaniem oryginału bądź kopii dokumentacji medycznej.



## ■ Dyskusja

System ochrony zdrowia jest „żywym organizmem”, który musi dostosowywać się do dynamicznie zmieniających się warunków demograficznych, epidemiologicznych, rozwoju wiedzy i kompetencji wszystkich jego udziałowców [1]. Wymaga ciągłej uwagi oraz doskonalenia. Istnieje dla wszystkich pacjentów i to właśnie oni powinni być w centrum zainteresowania decydentów i profesjonalistów medycznych.

W badaniu własnym badani uważają, że informacja o prawach pacjenta jest dostępna dla każdego pacjenta, a podczas przyjęcia do szpitala została poinformowana o swoich prawach.

Badania Hajduka i wsp. w zakresie metod informowania o prawach pacjenta wykazały, że pacjenci najczęściej informowani byli poprzez zaznajomienie się z Kartą Praw Pacjenta wywieszoną w szpitalu (68,2%) [14]. Badania prowadzone przez Gotlib i wsp. potwierdziły tę zależność. Jako sposób informowania pacjentów o ich prawach ankietowani wskazywali Kartę Praw Pacjentów (42%) [1].

Z badań własnych wynika, że najpopularniejszym źródłem praw pacjentów wśród ankietowanych jest Karta Praw Pacjentów. Zamierzeniem Karty Praw Pacjentów jest przede wszystkim nakłonienie pacjentów do aktywnego udziału w systemie ochrony zdrowia. Z badań przeprowadzonych przez Kozyrę i wsp. wśród praw, które pacjentki uważają za najważniejsze, najczęściej wymieniano prawo do świadczeń zdrowotnych [16].

W badaniach własnych badani uznali, że zasadnicze znaczenie ma prawo do świadczeń zdrowotnych. Współczesne funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej wymaga zapewnienia wysokiej jakości usług medycznych, a pacjent jako odbiorca decyduje o ich poziomie.

Kolejnym, niewątpliwie ważnym prawem jest prawo do tajemnicy informacji z nim związanych. Analiza badań własnych potwierdziła, że prawo do tajemnicy informacji jest przez badanych uznany za najważniejsze, czego nie potwierdzają inne badania [16].

Obowiązek informowania pacjentów o przysługujących im prawach, ciąży na wszystkich podmiotach udzielających świadczeń medycznych, w szczególności na pielęgniarce, lekarzu, ratowniku medycznym [17]. Badania przeprowadzone przez Hajduka i wsp. wykazują, że najczęściej o prawach pacjenta w szpitalu informują pielęgniarki. Lekarze przekazywali informacje 20,4% respondentów [14]. Z badań własnych wynika, że w głównej mierze pielęgniarki informują pacjentów na temat ich praw (57,7%), 36,6% taką informację otrzymało od lekarza, a 5,6% od ratownika medycznego.

Dbłość personelu o przestrzeganie obowiązujących praw z całą pewnością podnosi jakość usług medycznych. Pacjenci coraz częściej zaczynają dostrzegać, że ich wymagania i prawa są chronione i przestrzegane. Znajomość praw i umiejętność ich stosowania jest fundamentem pracy całego personelu medycznego. To od nich wymaga się uczciwego, uprzejmego traktowania, a przede wszystkim profesjonalizmu, szczególnie w walce z chorobą. Prawa pacjenta wskazują osobom korzy-



stającym z opieki zdrowotnej, czego mogą oczekiwać, a personelowi medycznemu – kiedy wypełnili swoje obowiązki względem leczonych osób [18].

Z danych zawartych w sprawozdaniu Rzecznika dotyczącego przestrzegania praw pacjenta w Polsce w 2019 r., stopień przestrzegania praw pacjenta wciąż nie jest na satysfakcjonującym poziomie. Według Rzecznika prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych jest prawem naruszonym w stopniu najwyższym (61,0%). Podkreśla on, że prawo do świadczeń jest ważne, gdyż odzwierciedla realizację podstawowego prawa każdego do ochrony zdrowia, zawartego w art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej [19].

W badaniach własnych ankietowani uważają, że personel zna i przestrzega praw pacjenta. Respektowanie przez personel medyczny praw pacjenta omawia Ożóg, wskazując na szczególnie rozpowszechnione zjawisko łamania prawa pacjenta do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych [18], co potwierdzają niektórzy respondenci w badaniu własnym.

Z przeprowadzonego przez Wrońskiego i wsp. badania ankietowego wynika, że prawo pacjenta do poszanowania godności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych było względem nich przestrzegane przez personel medyczny. 57% respondentów uznało, że informacje o ich stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych i możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych były przekazywane przez lekarzy w sposób prosty i zrozumiały, 18,8% badanych było innego zdania [20].

Dostęp do informacji pozwala na podjęcie decyzji przez pacjenta dotyczącej przebiegu dalszego leczenia, jest wyrazem poszanowania godności oraz przesłanką do dobrowolnego i swobodnego prawa decydowania o sobie. Prawa te powinny być zauważone, usankcjonowane i przede wszystkim realizowane przez pracowników medycznych.

Świadomość praw budzi poczucie bezpieczeństwa, jest celem nadrzędnym i pozwala zrozumieć procesy zachodzące podczas udzielania świadczeń. Wpływa dyscyplinująco i porządkująco na funkcjonowanie całego systemu opieki zdrowotnej. Jeżeli pacjent jest świadomy swoich praw i możliwości ich wyegzekwowania, personel udzielający świadczeń nie będzie mógł pozwolić sobie na uchybienia [21].

Przyjęte w Polsce regulacje prawne w istotnych treściach nie odbiegają od tych przyjętych w krajach europejskich. Jednakże doświadczenia ostatnich lat wykazują, że respektowanie praw pacjentów w naszym kraju budzi wiele zastrzeżeń. Istnieje więc potrzeba stworzenia i doprecyzowania instrumentów prawnych, które należy poprzeć promocją obejmującą edukację, poradnictwo oraz przez monitorowanie badań naukowych i analizy skarg. Istotne w tym zakresie jest zebranie rozproszonych przepisów i aktualizacja katalogu praw pacjenta.

## ■ Wnioski:

Najpopularniejszym źródłem praw pacjentów jest Karta Praw Pacjentów. Wykazano, że prawo do wyczerpującej i zrozumiałej informacji o swoim stanie zdrowia jest dla ankietowanych najważniejsze. Zmienne, tj.: płeć, wiek czy wykształcenie nie wpłynęły w istotny sposób na odpowiedzi badanych. Respondenci zostali zapozna-

ni ze swoimi prawami, jednakże obowiązek informowania pacjentów o przysługujących im prawach spoczywa w głównej mierze na pielęgniarkach. Według respondentów prawa pacjenta są w należyty sposób respektowane. Większość ankietowanych uważa, że w szpitalu nie dochodzi do sytuacji łamania praw pacjenta.

## Bibliografia

1. Gotlib J., Dykowska G., Sienkiewicz Z., Skanderowicz E.: Ocena wiedzy i postaw wobec praw pacjenta, personelu medycznego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Prof. Orłowskiego w Warszawie, *Ann. Acad. Med. Siles.*, 2014; 68.
2. Zarzeka A., Sajkowicz M., Panczyk M., Belowska J., Samoliński Ł., Gotlib J.: Wiedza pacjentów na temat Karty Praw Pacjenta wśród pacjentów Nowodworskiego Centrum Medycznego, *Piel Pol.*, 2015; 4(58): 415–418.
3. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka przyjęta i proklamowana rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 217 A (III) w dniu 10 grudnia 1948 r.
4. Dessalegn K., Girma B., Oumer KE., Hunie M., Belete KG.: Patients' awareness of their rights, associated factors and its practice by health professionals from a patient perspective among elective surgical patients at Tikur Anbessa Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study 2021, *BMJ Open*, 2022; 12(11): e060218. doi: 10.1136/bmjopen-2021-060218. PMID: 36428024; PMCID: PMC9703307.
5. Al Anazi BD., Faraj F., Al Balawi MM., Al Anazi MD.: The Awareness of Patients' Bill of Rights among Medical Interns and Medical Students at Tabuk University, *Open Access Maced J Med Sci.*, 2019; 7(17): 2932–2939. doi: 10.3889/oamjms.2019.785. PMID: 31844460; PMCID: PMC6901845.
6. Aljeezan MK., Altaher YY., Boushal TA., Alsultan AM., Khan AS.: Patients' Awareness of Their Rights and Responsibilities: A Cross-Sectional Study From Al-Ahsa, *Cureus*, 2022; 14(12): e32854. doi: 10.7759/cureus.32854. PMID: 36578857; PMCID: PMC9780781.
7. Al-Rebdi M., Rabbani U., Alqahtani SM.: Are Patients Aware of Their Rights? A Cross-Sectional Study of Visitors to Three Primary Healthcare Centers in Riyadh, Saudi Arabia, *Cureus*, 2021; 13(11): e19290. doi: 10.7759/cureus.19290. PMID: 34900471; PMCID: PMC8648284.
8. Abedi G., Shojaee J., Moosazadeh M. et al.: Awareness and Observance of Patient Rights from the Perspective of Iranian Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Iran J Med Sci.*, 2017; 42(3): 227–234. PMID: 28533570; PMCID: PMC5429490.
9. Czajkowska M., Janik A., Zborowska K., Plinta R., Brzek A., Skrzypulec-Plinta V.: Knowledge and opinions of patients and medical staff about patients' rights, *Ginekol Pol.*, 2021; 92(7): 491–497. doi: 10.5603/GP.a2021.0014. Epub 2021 Mar 23. PMID: 33757155.
10. Muhammad D., Jan A., Naz S.: Assessment of hospitalized patients awareness of their rights: a cross-sectional descriptive study, *Pan Afr Med J.*, 2021; 38:

157. doi:10.11604/pamj.2021.38.157.24824. PMID: 33995764; PMCID: PMC8077673.
11. Olejarczyk JP., Young M.: Patient Rights And Ethics. 2022 Nov 28. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. PMID: 30855863.
  12. Dehghan M., Mehdipour-Rabori R., Rayani M. et al.: Comparison of the importance and observance of the patient's bill of rights from the perspectives of patients and personnel of hospitals in Kerman, *J Med Ethics Hist Med.*, 2020; 13: 5. doi: 10.18502/jmehm.v13i5.4070. PMID: 33117498; PMCID: PMC7575912.
  13. Birhanu Z., Abamecha F., Berhanu N. et al.: Patients' healthcare, education, engagement, and empowerment rights' framework: Patients', caretakers' and health care workers' perspectives from Oromia, Ethiopia, *PLoS ONE*, 2021; 16(8): e0255390. doi: 10.1371/journal.pone.0255390. PMID: 34383786; PMCID: PMC8360507.
  14. Hajduk Ł., Binkowska-Bury M., Jacek A.: Informowanie o prawach pacjenta przez personel medyczny, *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, Rzeszów 2011: 348–358.
  15. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 22 lipca 2022 r. Dz. U. 2022 poz. 1876.
  16. Kozyra O., Kotylarz B., Pinocy M. i wsp.: Znajomość praw pacjenta wśród pacjentek oddziałów ginekologiczno-położniczych, *Zdrowie i Dobrostan*, Lublin 2014: 32.
  17. Wroński K., Bocian R., Depta A., Cywiński J., Dziki A.: Czy prawo pacjenta do poszanowania godności podczas udzielania świadczeń medycznych jest przestrzegane przez personel Zakładów Opieki Zdrowotnej? Prawne aspekty związane z poszanowaniem godności pacjenta podczas pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej w Polsce, *Medycyna Rodzinna*, Borgis 2009; 3: 54–60.
  18. Ożóg M.: Postawa pracowników podmiotów leczniczych w kontekście realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej w Polsce, *Przegląd Prawa Wyznaniowego*, 2018; 10: 113–114.
  19. Chmielowiec B.: Sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdania-dotyczace-przestrzegania-praw-pacjenta> [dostęp: 18.01.2023].
  20. Wroński K., Bocian R., Depta A., Cywiński J., Dziki A.: Opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz-pacjent. Prawne aspekty autonomii pacjenta w opiece zdrowotnej, *Journal of Oncology*, 2009; 4: 269.
  21. Wroński K., Cywiński J., Depta A., Bocian R., Dziki A.: Are patients well informed by their doctors about their health? *Scholarly Journals*, Termedia Publishing House, 2008: 236.



## 5. Zagrożenie niedostosowaniem społecznym dzieci i młodzieży – analiza wybranych zagadnień

### Threat of social maladjustment of children and youth – analysis of selected issues

Kinga Przybyszewska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Akademia Nauk Stosowanych w Koninie

<https://orcid.org/0000-0002-7460-1699>

#### ■ Abstrakt

**Wstęp:** Nieprzystosowanie społeczne dzieci i młodzieży stanowi poważne zagrożenie w dzisiejszym zglobalizowanym świecie i naszej przyszłości. Zagrożenie wyływające z tego faktu stanowi wyzwanie dla naukowców i badaczy społecznych. Powodem głębszego zainteresowania się tym problemem jest liczba różnych przejawów dysfunkcyjności dzieci i młodzieży.

**Cel pracy:** Przedstawienie zagrożeń niedostosowaniem społecznym dzieci i młodzieży – analiza wybranych zagadnień.

**Materiał i metody:** W artykule dokonano przeglądu piśmiennictwa oraz przeprowadzono ręczne wyszukiwanie w bazach polskich i zagranicznych czasopism naukowych zajmujących się zagrożeniami niedostosowania społecznego dzieci i młodzieży.

**Wnioski:** Dla lepszego zrozumienia zachowań ryzykownych młodzieży istotne jest stałe monitorowanie tego zjawiska. Śledzenie występowania różnych zachowań ryzykownych na przestrzeni wielu lat jest również dobrym wskaźnikiem efektów działań profilaktycznych podejmowanych w Polsce.

**Słowa kluczowe:** zagrożenia niedostosowaniem społecznym, dzieci, młodzież.

#### Abstract

**Introduction:** Social maladjustment of children and young people is a serious threat in today's globalized world and our future. The threat resulting from this fact is a challenge for scientists and social scientists. The reason for a deeper interest in this problem is the number of various manifestations of dysfunction in children and adolescents.

**Aim of the work:** Presentation of threats of social maladjustment of children and youth – analysis of selected issues.

**Material and methods:** This article reviews the literature and conducts a manual search in the databases of Polish and foreign scientific journals dealing with the risks of social maladjustment of children and adolescents.

**Conclusions:** For a better understanding of risk behaviors of young people, it is important to constantly monitor this phenomenon. Tracking the occurrence of various risky behaviors over many years is also a good indicator of the effects (effects) of preventive measures taken in Poland.

**Keywords:** threats of social maladjustment, children, youth.

## ■ Wstęp

Problematyka niedostosowania społecznego jest niezwykle złożona ze względu na swój interdyscyplinarny charakter. W kręgu zainteresowań znajdują się takie dyscypliny naukowe jak: pedagogika resocjalizacyjna, socjologia wychowania, socjologia sądowa, psychologia wychowawcza i rozwojowa, psychologia osobowości, a także psychologia kliniczna i prawo. W konsekwencji brak jest jednolitej skwantyfikowanej definicji terminu „niedostosowanie społeczne”. Jednak z drugiej strony ta interdyscyplinarność przyczynia się do wieloaspektowości badanego zjawiska [1]. Niedostosowanie społeczne to „nieodpowiednie funkcjonowanie dziecka w ważnych dla systemu społecznego rolach, przejaw zachowań ryzykownych, zwanych antagonistyczno-destrukcyjnymi, niezdolność lub niechęć do zaspokojenia potrzeb pierwszego i drugiego rzędu w społecznie akceptowalny sposób”. Inna definicja przedstawia niedostosowanie społeczne jako wyraz sprzeczności między postawą jednostki wyrażającą negację norm społecznych a wymaganiami społecznymi. Nieprzystosowanie jest więc zjawiskiem dwustronnym, funkcją stosunku jednostki do społeczeństwa. Dlatego niedostosowanie nie może być definiowane tylko z punktu widzenia jednostki, ale w sposób komplementarny, uwzględniający wzajemną relację między środowiskiem społecznym a jednostką [2].

Z punktu widzenia psychologii, niedostosowanie społeczne jest zaburzeniem emocjonalnym, powodującym trudności lub całkowitą negację współżycia z innymi ludźmi, bądź zaburzeniem charakterologicznym spowodowanym niekorzystnymi zewnętrznymi lub wewnętrznymi warunkami rozwoju, co powoduje trudności w dostosowaniu się do uznanych norm w realizacji zadań życiowych. Na płaszczyźnie socjologicznej niedostosowanie jest swoistą rozbieżnością między systemem norm i wartości, uznawanych przez grupę społeczną, a nieakceptowanych przez jednostkę, oraz zespołem zachowań świadczących o nieprzestrzeganiu przez jednostkę pewnych podstawowych zasad postępowania (norm moralnych, prawnych), obowiązujących młodzież w danym wieku, przy założeniu, że zachowania te powtarzają się, czyli są względnie trwałe. Potwierdzeniem wieloznaczności terminologicznej zjawiska niedostosowania społecznego mogą być poglądy, które rozpatrują ten termin jako proces bądź jako stan. Procesem nazywamy względnie jednorodny ciąg zjawisk, powiązane zależnościami przyczynowymi lub strukturalno-funkcjonalnymi. Proces, czyli ciąg następujących po sobie zmian, które podlegają dynamice. Cechą specyficzną dla każdego procesu jest etapowość, tzn. przechodzenie z jednej fazy do drugiej. Niedostosowanie jednostki jako stan jest to system zachowań, działań i środków, zmierzających do zaspokajania istotnych dla niej potrzeb, społecznie nieakceptowanych, zakazanych przez kodeks prawny, obyczajowy bądź etyczny [3].

Determinantami niedostosowania społecznego nie są pojedyncze czynniki, lecz całe kompleksy niekorzystnych czynników rozwojowych (biopsychicznych) i socjokulturowych. Czynniki biopsychiczne stanowią uwarunkowania genetyczne, uszkodzenia i mikrouszkodzenia centralnego układu nerwowego lub wybrane cechy osobowościowe. Do czynników środowiskowych zaliczamy te środowiska, w których ma miejsce socjalizacja. Są to rodzina, szkoła, rówieśnicy. To w rodzinie dziecko internalizuje normy, wartości wzory zachowań, które są akceptowane w społeczeństwie, dlatego jest tak ważnym środowiskiem wychowawczym [4].

Zachowania ryzykowne bardzo rzadko występują pojedynczo. Generalnie zakłada się, iż łącząc się, potęgują niebezpieczeństwo i obniżają wpływ czynników zapobiegających, które nie są w stanie uchronić młodego człowieka przed wejściem na drogę prowadzącą do nieprzystosowania społecznego. Działania społeczne zmierzające do rozwiązania kwestii niedostosowania społecznego dzieci i młodzieży opierają się na różnorodnych zabiegach, obejmujących stosowanie odpowiedniego repertuaru oddziaływań stanowiących konsekwencję zachowań niezgodnych z normami społecznymi, prezentowanie niepożądanych wzorców zachowań, mających odstraszać od ich podejmowania, pozbawianie dzieci i młodzieży stwarzających problemy możliwości negatywnego działania, zmianę przesłanek skłaniających nieletnich do popełniania przestępstw, instytucjonalne programy edukacyjne zmierzające do kształtowania pożądanych społecznie postaw, a także realizowanie wobec dzieci i młodzieży czynności opiekuńczo-wychowawczych odpowiednio do stopnia ich zaburzenia [5].

## ■ Cel pracy

Przedstawienie zagrożeń niedostosowaniem społecznym dzieci i młodzieży – analizę za wybranych zagadnień.

## ■ Materiał i metody

W artykule dokonano przeglądu piśmiennictwa oraz przeprowadzono ręczne wyszukiwanie w bazach polskich i zagranicznych czasopism naukowych zajmujących się zagrożeniami niedostosowania społecznego dzieci i młodzieży.

## Przyczyny i skutki niedostosowania społecznego

Niedostosowanie społeczne jest wynikiem wielu czynników i zmiennych charakterystycznych dla młodego człowieka żyjącego w danym środowisku, ukształtowanym przez dane pokolenie. Współczesny młody człowiek wychowuje się i kształci w otaczającej rzeczywistości ciągłych zmian. Jego przestrzeń jest przesiąknięta możliwościami i umiejętnością odnalezienia się w tej rzeczywistości poprzez podejmowanie decyzji. Występowanie zachowań ryzykownych wśród nieletnich jest czynnikiem sprzyjającym postępowaniu niedostosowania społecznego. Zachowania ryzykowne są powodowane przez chęć podniesienia poczucia własnej wartości, lęk przed odrzuceniem, ucieczkę od problemów rodzinnych i szkolnych oraz od

monotonii, samotność, lęk, poczucie bezsensu życia, pustkę wewnętrzną, pokazanie się jako osoba ważna, ciekawa, wyróżniająca się ponad przeciętność. Niesprzyjające warunki środowiskowe i społeczne generują powstawanie zachowań ryzykownych [6].

Trudne zachowania i trudności emocjonalne są rozpoznawane jako problemy, zaburzenia lub niedostosowanie społeczne w zależności od wieku dziecka. W ciągu pierwszych 2 lat życia są to częściej problemy i zaburzenia, w miarę upływu lat przekształcające się w zachowania ryzykowne i niedostosowanie społeczne. O ile zachowania niegrzeczne, buntownicze i impulsywne o niskim natężeniu od czasu do czasu, utrata panowania nad sobą, niszczenie mienia, oszustwo, kradzież u dzieci w wieku przedszkolnym uważane są za normalne, to zachowania niezwykle trudne i stanowiące wyzwanie, wykraczające poza normę dla wieku i poziomu rozwoju, takie jak nieprzewidywalne, przedłużające się i/lub destrukcyjne napady złości oraz poważne wybuchy utraty panowania nad sobą, są uznawane za zaburzenia zachowania [7].

Jednym z objawów niedostosowania często są przejawy agresji i przemoc wśród nastolatków. W dziedzinie badań nad agresją jednym z najbardziej spójnych wniosków jest to, że chłopcy są bardziej agresywni fizycznie niż dziewczęta. Różnice płciowe w zachowaniu agresywnym fizycznie można wykryć już w wieku 17 miesięcy i wykazano, że utrzymują się przez całe dzieciństwo i okres dojrzewania. W przekrojowym badaniu agresji fizycznej wśród nastolatków w 63 krajach wyniki wykazały, że chłopcy w wieku od 12 do 15 lat ponad dwukrotnie częściej ( $OR = 2,68$ ) zgłaszali bójkę fizyczną niż dziewczęta [8]. Podobnie w ogólnokrajowym badaniu młodzieży w Stanach Zjednoczonych (klasy od 9 do 12), 30% chłopców i 17% dziewcząt zgłosiło udział w walkach fizycznych [9]. Być może ze względu na różnice we wskaźnikach, agresję badano częściej u chłopców niż u dziewcząt, a w wielu badaniach wykorzystano tylko próbki chłopców [10]. Ciekawym aspektem, który różnicuje płęć żeńską od męskiej, są zachowania autoagresywne. Dziewczyny częściej niż chłopcy swoją złość czy wrogość w stosunku do otoczenia wyrażają przez działania o charakterze autoagresji – w postaci bulimii, anoreksji, obgryzania paznokci i opuszków palców, samookaleczenie.

W tym miejscu należy zauważyć, że granica między zachowaniami autodestrukcyjnymi – uwarunkowanymi kulturą masową – a autodestrukcją – spowodowaną czynnikami chorobowymi – jest płynna. Można jednak postawić hipotezę, że kobiety niosą ze sobą potężny ładunek złości, ale w społeczeństwie patriarchalnym kierują ją do wewnątrz, co powoduje szereg dolegliwości psychosomatycznych, histerię czy melancholię. Wzrost zachowań agresywnych w grupie dziewcząt może być związany z odwróceniem wektora złości tradycyjnie skierowanej przeciwko sobie w kierunku otoczenia [11].

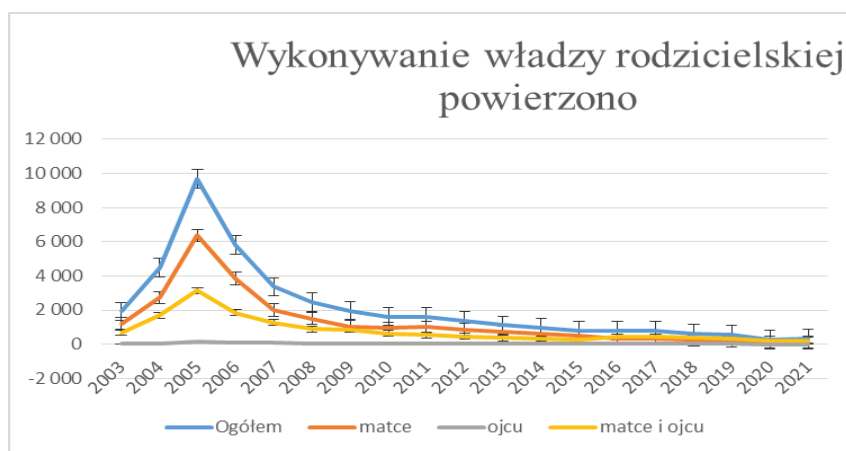
Przemoc wśród nastolatków, mimo bezpośrednich uciążliwości, a nawet dotkliwych negatywnych skutków dla samej jednostki i jej najbliższego otoczenia, nie stanowiłaby aż tak poważnego problemu społecznego, gdyby zamykała się w ograniczonym okresie rozwojowym inie rozciągała się na kolejne etapy rozwoju, a nawet całe życie człowieka [12]. Społeczna tolerancja dla zachowań o charakterze prze-



mocy to aspekt, który nadal różnicuje płęć żeńską od męskiej. Już od najmłodszych lat małe dziecko otrzymuje ze strony rodziców i innych bliskich osób ze swojego otoczenia różne sygnały zwrotne na temat własnego zachowania, a badania w tym zakresie pokazują, że rodzice bardziej tolerują agresję u chłopców aniżeli u dziewczynek [11].

Przyczyny wystąpienia tego typu zaburzeń, często łączą się ze sobą, a nawet wynikają bezpośrednio z siebie. Na przykład, jeśli dziecko jest sfrustrowane napiętą atmosferą w domu rodzinnym, to jest to przyczyna, ale i skutek zarazem. Powodem pierwotnym może być rozwód rodziców przebyty wcześniej i wywołujący w dalszym ciągu spięcia [2]. Zgodnie z danymi statystycznymi w Polsce w 2021 r. zostało rozwiązanych przez sąd prawie 61 tys. małżeństw. Liczba rozwodów w miastach jest prawie trzykrotnie wyższa niż na wsi, a w przypadku separacji dwukrotnie wyższa. Rozwiedzeni małżonkowie przeżywają ze sobą średnio ok. 14 lat. Na przestrzeni lat podwyższa się także wiek małżonków podejmujących decyzję o rozwodzie – w 2021 r. statystyczny rozwodzący się mężczyzna miał ponad 42 lata, a kobieta ponad 40 lat, tj. byli o ok. 4 lata starsi niż w 2000 r. i o 5–6 lat niż w 1990 r. [13].

Společnym skutkiem rozwodów są losy małoletnich dzieci (w wieku poniżej 18 lat), których liczba w rozwiedzionych małżeństwach w 2021 r. wyniosła 53 tys. Rodzi to istotne konsekwencje dla funkcjonowania takich rodzin i powoduje wzrost liczby rodzin samotnych matek z małoletnimi dziećmi. Z drugiej strony GUS podkreśla fakt, że coraz częściej sąd orzeka wspólne wychowywanie dzieci przez rozwiedzionych rodziców – w 2021 r. takich rozstrzygnięć było ponad 68%, opieka przyznana wyłącznie matce to 27% przypadków (w 2000 r. udział ten wynosił 65%), natomiast wyłączna opieka ojca to tylko niespełna 3% przypadków [14]. Dane dotyczące powierzenia władzy rodzicielskiej na przestrzeni lat 2003–2021 przedstawia ryc. 1.



**Rycina 1. Powierzenie władzy rodzicielskiej w latach 2003–2021**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Statystycznego Informacji Zarządczej Departamentu Strategii i Funduszy Ministerstwa Sprawiedliwości.

W 2021 roku ponad 6 mln gospodarstw domowych w Unii Europejskiej tworzyli samotni rodzice z dzieckiem lub dziećmi. Stanowiło to 12,5% wszystkich unijnych gospodarstw domowych z dziećmi. Uściślając – w tym badaniu Eurostatu „samotny rodzic” definiowany jest jako osoba dorosła, samotnie mieszkająca z dzieckiem lub dziećmi, bez towarzystwa innych osób, spokrewnionych lub nie. W Polsce odsetek rodziców samotnie mieszkających z dziećmi wśród gospodarstw z dziećmi w 2021 roku wyniósł 7,8% i był niższy niż średnia w Unii Europejskiej, ale nie najniższy. Odsetek samotnych rodziców różnił się znacznie w zależności od kraju. Patrząc na udział gospodarstw domowych, w których jeden z rodziców samotnie wychowuje dzieci we wszystkich gospodarstwach domowych z dziećmi, cztery kraje odnotowały wskaźnik ponad 20%, są to: Estonia (29,3%), Litwa (24,5%), Dania (24,3%) oraz Łotwa (23,9%). Z kolei najniższy udział samotnych rodziców wśród gospodarstw domowych z dziećmi odnotowano w Macedonii (1,2%), Grecji i Słowenii (3,3%) [14].

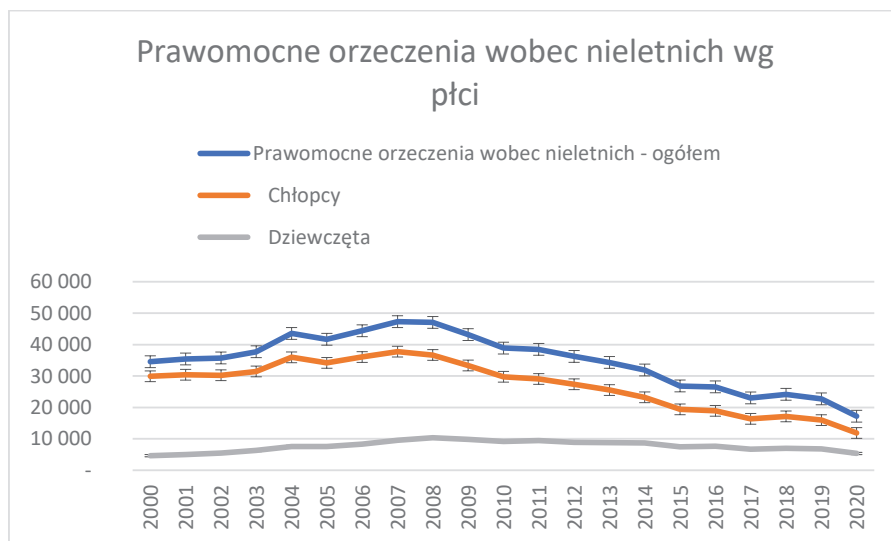
Poważną dysfunkcją w rodzinach jest nadużywanie alkoholu. Analizując przyczynę rozwodów, jest to trzeci powód rozpadu małżeństwa. Według Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), która prowadzi statystyki spożywania alkoholu, Polacy piją coraz więcej. W latach 90. przeciętny Polak wypijał około 6–7 litrów stuprocentowego alkoholu rocznie. Obecnie (najnowsze dane z 2021 roku) jest to prawie 10 litrów. W raporcie o wzorach konsumpcji z 2020 r. PARPA podaje, że prawie 8% badanych pije alkohol codziennie lub co drugi dzień. Aż 14,2% przyznało się do przynajmniej jednego symptomu ryzykownego picia w ciągu roku poprzedzającego badanie. Według tych statystyk mężczyźni piją trzykrotnie więcej niż kobiety i częściej doświadczają objawów związanych z ryzykownym spożywaniem alkoholu (22,3%) [15].

Niepokojącym zjawiskiem w rodzinie jest przemoc. Przemocy ze strony bliskich dorosłych doświadczyło 41% młodych ludzi. Co trzeci badany (33%) doznał ze strony bliskich dorosłych przemocy fizycznej, a co piąty (20%) – przemocy psychicznej. Sprawcami obu tych form przemocy najczęściej byli rodzice. Jak wynika z danych Ogólnopolskiej diagnozy skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci przeprowadzonej przez Fundację Dajemy dzieciom Siłę wynika również, że ponad połowa respondentów (57%) padła ofiarą przynajmniej jednej formy przemocy rówieśniczej. Spośród wszystkich badanych form przemocy rówieśniczej najwyższy odsetek nastolatków padł ofiarą przemocy fizycznej (42%), a w dalszej kolejności przemocy psychicznej (29%), napaści zbiorowej ze strony rówieśników (18%), znęcania się (14%) i przemocy na randce (6%). Zdecydowana większość badanych (89%) wskazała choć jedną osobę w swoim otoczeniu, do której może się zwrócić w trudnej sytuacji. Siedem procent dzieci przyznało, że nie ma takiej osoby. Najczęściej osobą wspierającą jest matka, następnie kolega lub koleżanka, a na trzecim miejscu – ojciec [16].

### **Zachowania ryzykowne młodzieży uczącej się. Zagrożenia niedostosowaniem społecznym**

Zmieniająca się rzeczywistość społeczna, kulturowa i gospodarcza sprzyja pewnej dezorganizacji życia społecznego, która przejawia się w patologizacji życia spo-

łecznego. Dotyczy to również młodych uczniów. Młodzi ludzie coraz częściej podejmują zachowania ryzykowne. Znaczący temat przedstawiają zróżnicowaną typologię zachowań charakterystycznych zwłaszcza dla młodzieży w przypadku niedostosowania społecznego, w tym: notorycznych kłamstw, wagarów, picia alkoholu, ucieczek z domu, kradzieży, agresji słownej, przemocy fizycznej, konfliktów z nauczycielami lub nasilone konflikty z rówieśnikami itp. (ryc. 2).



**Rycina 2. Powierzenie orzeczenia według płci wobec nieletnich w latach 2003–2021**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Statystycznego Informacji Zarządczej Departamentu Strategii i Funduszy Ministerstwa Sprawiedliwości.

Analiza dynamiki prawomocnego orzeczenia wobec nieletnich chłopców w Polsce w latach 2000–2020 przedstawia tabela nr 1.

**Tabela 1. Analiza dynamiki prawomocnego orzeczenia wobec nieletnich chłopców w Polsce w latach 2000–2020**

Lata	Liczba osób	Wskaźnik struktury [w%]	Wskaźnik dynamiki [w %]	
			o stałe podstawie	o zmiennej podstawie
2000	29 910	5,24	100,00	
2001	30 393	5,33	101,61	101,61
2002	30 247	5,30	101,13	99,52
2003	31 448	5,51	105,14	103,97
2004	35 937	6,30	120,15	114,27
2005	34 167	5,99	114,23	95,07

2006	36 035	6,32	120,48	105,47
2007	37 753	6,62	126,22	104,77
2008	36 691	6,43	122,67	97,19
2009	33 348	5,85	111,49	90,89
2010	29 752	5,22	99,47	89,22
2011	29 048	5,09	97,12	97,63
2012	27 373	4,80	91,52	94,23
2013	25 522	4,47	85,33	93,24
2014	23 223	4,07	77,64	90,99
2015	19 384	3,40	64,81	83,47
2016	18 912	3,32	63,23	97,57
2017	16 366	2,87	54,72	86,54
2018	17 146	3,01	57,33	104,77
2019	15 958	2,80	53,35	93,07
2020	11 865	2,08	39,67	74,35
Razem	570 478	100,00	Średnia geometryczna	95,48

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Statystycznego Informacji Zarządczej Departamentu Strategii i Funduszy Ministerstwa Sprawiedliwości [17].

Z tabeli 1 wynika, że w badanym okresie najwięcej prawomocnych orzeczeń wobec nieletnich chłopców było w roku 2007 – 6,62% (37 753) a najmniej w 2020 2,08% (11 865). Przeciętne roczne tempo w badanych latach 2000–2020 wynosiło 95,48%, co świadczy o spadku badanego zjawiska.

Analiza dynamiki prawomocnego orzeczenia wobec nieletnich dziewcząt w Polsce w latach 2000–2020 przedstawia tabela nr 2.

**Tabela 2. Analiza dynamiki prawomocnego orzeczenia dziewcząt wobec nieletnich w Polsce w latach 2000–2020**

Lata	Liczba osób	Wskaźnik struktury [w%]	Wskaźnik dynamiki [w %]	
			o stałe podstawie	o zmiennej podstawie
2000	4635	4,73	100	
2001	5024	4,85	102,52	102,52
2002	5497	4,89	103,47	100,92
2003	6279	5,16	109,21	105,55
2004	7598	5,96	126,02	115,39
2005	7515	5,7	120,66	95,74
2006	8362	6,07	128,52	106,51

2007	9540	6,44	136,1	106,52
2008	10 355	6,47	136,9	99,48
2009	9826	5,91	124,98	91,77
2010	9124	5,32	112,54	90,04
2011	9429	5,26	111,38	98,97
2012	8854	4,96	104,87	94,15
2013	8797	4,7	99,35	94,73
2014	8689	4,37	92,38	92,99
2015	7452	3,67	77,68	84,09
2016	7632	3,63	76,84	98,91
2017	6662	3,15	66,66	86,75
2018	7022	3,31	69,96	104,95
2019	6767	3,11	65,78	94,03
2020	5337	2,35	49,8	75,7
Razem	730 874	100,00	Średnia geometryczna	96,57

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Statystycznego Informacji Zarządczej Departamentu Strategii i Funduszy Ministerstwa Sprawiedliwości [17].

Z tabeli 2 wynika, że w analizowanym okresie największa liczba prawomocnych wyroków wydanych wobec nieletnich dziewcząt za czyny karalne wyniosła w 2008 r. – 6,47% (10 355), a najmniej w 2020 r. – 2,35% (5337). Średnioroczny wskaźnik w badanych latach 2000–2020 wyniósł 96,57%, co świadczy o spadku badanego zjawiska [18].

Niedostosowanie społeczne młodych ludzi jest jednym z najtrudniejszych problemów współczesnego społeczeństwa, to wyzwanie dla instytucji edukacyjnych, opiekuńczo-wychowawczych, resocjalizacyjnych, mających jako główne cele i zadania: odpowiedzialność za kształcenie, wychowanie, opiekę, zdrowie i profilaktykę. Priorytetem dla tych instytucji powinno być poszukiwanie innowacyjnych metod pracy z osobami nieprzystosowanymi społecznie. Istotne jest zwrócenie uwagi na diagnozę tego zjawiska przy rozważaniu zmian w systemie opieki i wychowania, poznanie objawów, zakresu i jego uwarunkowań [1].

## ■ Wnioski:

Adolescencja jako okres przejściowy między dzieciństwem a dorosłością często charakteryzuje się problemami adaptacyjnymi, problemami emocjonalnymi i zaburzeniami zachowania.

Oczywiste jest również, że istnieje cały szereg innych zachęt do podejmowania ryzykownych zachowań. Wiążą się one z zaspokajaniem ciekawości, sprawdzaniem swoich możliwości, popisywaniem się przed rówieśnikami, oderwaniem się od co-

dziennych problemów, łągodzeniem problemów szkolnych, redukcją stresu, wyrwaniem się z nudy i apatii, ucieczką od świadomości utraty sensu życia, konsolidacją z grupą, presją ze strony najbliższego otoczenia, obawą przed odrzuceniem przez grupę.

W dzisiejszych czasach młody człowiek znajduje się w orbicie dwóch normatywnych biegunów. Jeden w atrakcyjnym opakowaniu zaleca ryzykowne style życia, które starają się przyciągnąć uwagę współczesnych i zarazić ich głośną aksjologią. Drugi biegun mniej kusi inną aksjologią. Dla lepszego zrozumienia zachowań ryzykownych młodzieży ważnym zadaniem jest stałe monitorowanie tego zjawiska. Śledzenie występowania różnych zachowań ryzykownych na przestrzeni wielu lat jest również dobrym wskaźnikiem efektów (skutków) działań profilaktycznych podejmowanych w Polsce.

### **Bibliografia**

1. Cygnar E., Gawel B.: Wokół pojęcia profilaktyki niedostosowania społecznego dzieci i młodzieży. *Zeszyty Naukowe Rozprawy Humanistyczne* 1(1)/2016, Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu.
2. Lewandowska H.: Objawy i przyczyny zagrożenia niedostosowaniem społecznym dzieci w wieku przedszkolnym, *Journal of Modern Science*, 2021; 46(1): 175–189.
3. Pytka L.: Teoretyczne i praktyczne problemy nieprzystosowania społecznego [w:] Ćmiel S. (red.): *Nieprzystosowanie społeczne dzieci i młodzieży. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo WSGE, Józefów 2011.
4. Szurowska B.: *Szkoła w sytuacji trudnej. Zdążyć z pomocą*, Wydawnictwo Difin, Warszawa, 2020.
5. Dobijański M., Kamiński A.: *Niedostosowanie społeczne nieletnich Profilaktyka i resocjalizacja*, Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach, Siedlce 2020.
6. Antoniak J.: *Niedostosowanie społeczne nieletnich – przyczyny, skutki, profilaktyka*, *Roczniki Pedagogiczne*, 2019; 11(47), numer specjalny.
7. Ogundele MO.: Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians, *World J Clin Pediatr.*, 2018; 7(1): 9–26.
8. Nivette A., Sutherland A., Eisner M., Murray J.: Sex differences in adolescent physical aggression: Evidence from sixty three low and middle income countries, *Aggressive Behavior*, 2019; 45(1): 82–92.
9. Kassing F., Godwin J., Lochman JE., Coie JD.: Conduct Problems Prevention Research Group. Using Early Childhood Behavior Problems to Predict Adult Convictions, *J Abnorm Child Psychol.*, 2019; 47(5): 765–778.
10. Henriksen M., Skrove M., Hoftun G.B. et al.: Sex Differences and Similarities in Risk Factors of Physical Aggression in Adolescence, *J Child Fam Stud.*, 2023; 32: 1177–1191.
11. Karbowska M.: *Młode iwściekle. Wposzukiwaniu źródeł agresji nastolatków. Parezja*, *Czasopismo Forum Młodych Pedagogów przy Komitecie Nauk Pedagogicznych PAN*, 2019; 2(12): 15–28.

12. Wieczorek D.: Wybrane problemy definicyjne niedostosowania społecznego: między fenomenem a terminem, *Orbis Idearum*, 2020; 8(2): 115–135.
13. Wydział Statystycznej Informacji Zarządczej Departament Strategii i Funduszy Europejskich Ministerstwa Sprawiedliwości. <https://isws.ms.gov.pl/pl/baza-statystyczna> [dostęp: 12.01.2023].
14. GUS. <https://www.gosc.pl/doc/7978516.GUS-spada-liczba-nowych-malzenstw-wzrasta-liczba-rozwodow/2> [dostęp: 12.01.2023].
15. Ciekawe statystyki.pl. <https://www.ciekawestatystyki.pl/2021/08/ilu-rodzicow-samotnie-wychowuje-dzieci.html> [dostęp: 18.01.2023].
16. Parpa.pl. <https://www.parpa.pl/index.php/33-analzy-badania-raporty> [dostęp: 18.01.2023].
17. <https://isws.ms.gov.pl/pl/baza-statystyczna/> [dostęp: 20.01.2023].
18. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.pl. <https://fdds.pl/co-robimy/raporty-z-badan/2018/ogolnopolska-diagnoza-skali> [dostęp: 18.01.2023].





## 6. Rola i znaczenie wiedzy i umiejętności oraz predyspozycji zawodowych pracownika socjalnego w praktyce pracy socjalnej

### The role and importance of knowledge and skills as well as professional predispositions of a social worker in the practice of social work

Oliwia Oleksiewicz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Student Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej  
im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

#### ■ Abstrakt

**Wstęp:** W artykule omówiono istotę pracy socjalnej, w tym genezę jej powstania, opisano zawód pracownika socjalnego oraz przedstawiono znaczenie wpływu kompetencji zawodowych i interpersonalnych oraz superwizji merytorycznej na efektywność pracy pracownika socjalnego. Zastosowana metoda wywiadu pozwoliła na uzyskanie szczegółowych informacji od dyrektora jednostki organizacyjnej pomocy społecznej na temat istotności wiedzy i umiejętności w omawianym zawodzie.

**Cel badań:** Celem badań była ocena roli wiedzy, umiejętności oraz predyspozycji zawodowych pracownika socjalnego w praktyce pracy socjalnej.

**Materiał i metody:** Dane badawcze zostały zebrane w ramach indywidualnego wywiadu pogłębionego w kwietniu 2023 r. Wywiad przeprowadzono z Dyrektorem Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Przeworsku.

**Wyniki i wnioski:** Po analizie zebranych informacji i przeprowadzeniu badań z wykorzystaniem wywiadu wyciągnięto wnioski, że wiedza, umiejętności, a także predyspozycje zawodowe odgrywają ważną rolę w pracy pracownika socjalnego. Im wyższy ich poziom, tym większa efektywność pracy osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Zwrócono również uwagę, że nadzór merytoryczny odgrywa istotną rolę w procesie doskonalenia zawodowego pracowników socjalnych.

**Słowa kluczowe:** umiejętności i predyspozycje zawodowe, wiedza, praca socjalna.

#### ■ Abstract

**Introduction:** The article discusses the essence of social work, including its origins creation, describes the profession of a social worker and presents the importance of the impact of professional and interpersonal competences and substantive supervision on the effectiveness of the social worker's work. The interview method used allowed for obtaining detailed information from the director of the social welfare organizational unit on the importance of knowledge and skills in the profession in question.

**Purpose of research:** The research aimed to assess the role of knowledge, skills, and professional predispositions of social workers in their practice.

**Material and methods:** Research data was collected as part of an individual in-depth interview in April 2023. The interview was conducted with the Director of the Commune Social Welfare Center in Przeworsk.

**Results and conclusions:** After analyzing the collected information and conducting research using the interview, it was concluded that knowledge, skills and professional predispositions play an important role in the work of a social worker. The higher their level, the greater the work efficiency of people who need support in everyday functioning. It was also pointed out that substantive supervision plays an important role in the process of professional development of social workers.

**Keywords:** professional skills and predispositions, knowledge, social work.

## ■ Wstęp

Celem artykułu było przedstawienie roli wykształcenia i umiejętności zawodowych w pracy pracownika socjalnego. W artykule pokazano, czym tak naprawdę jest praca socjalna, jak na przestrzeni lat zmieniały się wymogi ustawowe warunkujące możliwość wykonywania zawodu. Skoncentrowano się na takich aspektach, jak rodzaje umiejętności i kompetencji niezbędnych pracownikom socjalnym, a także rola nadzoru merytorycznego dyrektorów jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, wpływająca na proces doskonalenia i rozwoju zawodowego pracowników. Treść pracy oparta jest na terminologii związanej z pracą socjalną oraz obszarami związanymi z pomocą społeczną. Dylematy akademickiego kształcenia pracowników socjalnych odzwierciedlają m.in. zróżnicowania pod względem poziomu i rodzaju ich specjalistycznego wykształcenia nie tylko w Polsce, ale także w innych krajach europejskich. Istniejące rozbieżności wynikają z genezy i tradycji zawodu w danym kraju oraz przypisywanych mu zadań i ról. Analizując ten proces w aspekcie porównawczym, można stwierdzić, że różnice wynikają również z odmiennych koncepcji teoretycznych stanowiących podstawę procesu kształcenia oraz umiejscowienia specjalności zawodowych związanych z pracą socjalną w różnych typach uczelni i na różnych wydziałach uczelni akademickich. Ponadto w kształceniu zawodowym realizowane są różne zakresy treści programowych objętych cyklem studiów, odmienna jest także proporcja teorii i praktyki w ramach studiów oraz organizacja samego kształcenia akademickiego. Niezależnie od wskazanych różnic, w szkolnictwie wyższym istnieją wspólne trendy, a proces kształcenia akademickiego w wielu krajach dąży m.in. do interdyscyplinarnego i wieloaspektowego profilu przygotowania zawodowego przyszłych profesjonalistów. W obliczu pojawiających się problemów społecznych i zagrożeń wykluczeniem różnych jednostek i grup społecznych z pełnego uczestnictwa w życiu i konsumpcji rośnie potrzeba kształtowania kompetentnej i wysoko wykwalifikowanej kadry w obszarze pomocy społecznej.

Termin praca socjalna funkcjonuje oficjalnie od roku 1917, kiedy to pojawił się w nazwie amerykańskiego stowarzyszenia National Conference of Social Work. Swoje początki praca socjalna zawdzięcza religii chrześcijańskiej, która upowszech-

niła ideę pomocy potrzebującym. Następnie na skutek zmian społecznych i ekonomicznych rosło zainteresowanie państw pomocą społeczną, co doprowadziło do powstawania instytucji i stowarzyszeń charytatywnych, aż w końcu pomoc społeczna, a wraz z nią praca socjalna, stała się funkcją państwa. Początkowo praca socjalna nie miała charakteru zawodowego, jednak z czasem ewolucja form tej działalności doprowadziła do ukształtowania się zawodu pracownika socjalnego jako profesjonalisty w dziedzinie niesienia pomocy potrzebującym. Nowa międzynarodowa definicja pracy socjalnej przyjęta została przez Zgromadzenie Ogólne Międzynarodowej Federacji Pracowników Socjalnych w Montrealu w lipcu 2000 roku. Zgodnie z założeniami tej definicji, praca socjalna jest to zawodowa działalność, która promuje społeczne zmiany, rozwiązywanie problemów we wzajemnych ludzkich relacjach oraz wzmocnienie i wyzwolenie ludzi w celu osiągnięcia przez nich dobrostanu [1].

Praca socjalna to działalność prowadzona na rzecz ludzi, w tym jednostek, rodzin, grup i społeczności lokalnych. W nowej definicji zasady praw człowieka i sprawiedliwości społecznej stają się fundamentalne dla pracy socjalnej. Praca socjalna wyrosła z humanizmu i ideałów demokratycznych, opiera się na poszanowaniu równości, wartości i godności wszystkich ludzi. Profesjonalna praca socjalna koncentruje się na rozwiązywaniu problemów i zmianie, jest systemem wzajemnie oddziaływających wartości, teorii i praktyki. Praca socjalna działa przeciwko barierom, nierównościom i niesprawiedliwościom istniejącym w społeczeństwach. Aby nieść holistyczną pomoc, praca socjalna wykorzystuje różnorodne doświadczenia, techniki i praktyki, a jej działania obejmują m.in. w społecznościach lokalnych, administrowanie zakładami pomocy społecznej [2].

### **Przedstawiciel pracy socjalnej**

Istotą zawodu pracownika socjalnego jest to, że wykonywana przez niego praca socjalna, zarówno w wymiarze teoretycznym, jak i praktycznym, dotyczy społecznego funkcjonowania jednostki, grupy i środowiska społecznego. Można powiedzieć, że pracownik socjalny skupia swoją uwagę przede wszystkim na funkcjonowaniu społecznym, które jawi mu się jako nadrzędny cel pracy socjalnej. Takie rozumienie celu zakłada, że działania pracownika socjalnego powinny opierać się na trzech podstawowych kanonach: wiedzy, umiejętnościach i wartościach. Z nich wywodzą się odpowiednie postawy w stosunku do ludzi, oraz metody rozumienia i rozwiązywania ich problemów. W literaturze z zakresu pracy socjalnej sporo miejsca poświęcono już rolom zawodowym pracownika socjalnego [3].

Specyfika zawodu pracownika socjalnego polega na tym, że w praktyce zawodowej realizowana jest niejedna rola zawodowa, a seria ról. Role zawodowe pracowników socjalnych wynikają z kategorii aktywności celów, jakim służy ta aktywność. Zakres ról zawodowych zależy od konkretnych zadań, jakie pracownik wykonuje wobec klienta, instytucji i społeczności. W literaturze przedmiotu najczęściej wymieniane są takie role zawodowe, jak: planista, badacz, administrator, konsultant, superwizor, nauczyciel, kierownik, adwokat, arbiter, pośrednik, zarządzają-

cy przypadkiem, mediator, negocjator, terapeuta, osoba kierująca, doradca. W świetle Ustawy o Pomocy Społecznej pojawia się zapotrzebowanie na inny model roli zawodowej pracownika socjalnego. Wyraźnemu poszerzeniu uległy zadania oraz oczekiwania posiadania przez pracowników znacznie szerszych umiejętności [4].

### **Opis zawodu pracownika socjalnego**

Pracownik socjalny organizuje pomoc jednostkom, rodzinom i/lub grupom społecznym w odzyskaniu lub wzmocnieniu zdolności do prawidłowego i samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie. Udziela również poradnictwa w sprawach społecznych i pokrewnych, umożliwiając znalezienie i wykorzystanie środków do przezwyciężenia trudności w realizacji indywidualnych celów. Pracownik socjalny udziela pomocy osobom lub rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie. Jego rolą jest diagnozowanie sytuacji i udzielanie wsparcia osobom potrzebującym, organizowanie im pomocy, udzielanie porad, kierowanie do właściwych instytucji zapewniających niezbędne wsparcie. Ponadto pracownik socjalny współpracuje z instytucjami państwowymi, organizacjami pozarządowymi, placówkami oświatowymi, służbami ratowniczymi, organami ścigania itp. Celem tej współpracy jest pomoc w rozwiązaniu sytuacji kryzysowych, w których znalazły się osoby lub rodziny. Pracownik socjalny w szczególności udziela wsparcia i poradnictwa osobom i rodzinom ubogim, bezdomnym, chorym i niepełnosprawnym, uzależnionym, opuszczającym zakłady karne oraz uchodźcom [5].

W obszarze zainteresowań pracownika socjalnego są rodziny dysfunkcyjne (np. przeżywające trudności opiekuńczo-wychowawcze), osoby starsze, rodziny wielodzietne, niepełne oraz osoby doświadczające i stosujące przemoc. Niekiedy pracownik socjalny niesie pomoc osobom i/lub rodzinom, które znalazły się w sytuacji kryzysowej lub doświadczyły klęsk żywiołowych i ekologicznych. Co więcej, wzmacnia on zdolności grup i społeczności lokalnych do samodzielnego rozwiązywania własnych problemów oraz rozwoju. Pracownik socjalny jest odpowiedzialny za organizowanie i zarządzanie zróżnicowanymi formami pomocy. Pracownik socjalny wykonuje pracę poprzez:

- diagnozowanie sytuacji życiowej osób i rodzin wymagających wsparcia;
- udzielanie zainteresowanym pełnej informacji o przysługujących im świadczeniach i dostępnych formach pomocy oraz wspieranie ich w uzyskiwaniu tej pomocy;
- kwalifikowanie do otrzymania świadczeń z pomocy społecznej;
- prowadzenie dokumentacji (np. rodzinny wywiad środowiskowy, kontrakt socjalny, notatka służbowa, opinie, decyzje) oraz gromadzenie i przechowywanie akt potwierdzających sytuację klienta;
- udzielanie pomocy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i zasadami etyki zawodowej;
- współpracę z innymi specjalistami w celu przeciwdziałania i ograniczania skutków negatywnych zjawisk społecznych (działalność interdyscyplinarna);
- monitorowanie sytuacji klienta;

- inicjowanie nowych form pomocy z wykorzystaniem projektów socjalnych;
- monitorowanie i ewaluację realizowanych programów i działań;
- diagnozowanie potrzeb i problemów społecznych kształtujących właściwe relacje międzypokoleniowe;
- podejmowanie działań interwencyjnych i zaradczych w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa osób i rodzin;
- dążenie do podnoszenia jakości usług oraz systematyczne podwyższanie kwalifikacji zawodowych poprzez uczestnictwo w różnych formach szkoleń i kształcenia;
- pobudzanie społecznej aktywności i inspirowanie działań wolontaryjnych i samopomocowych;
- tworzenie regionalnych i lokalnych programów pomocy społecznej ukierunkowanych na podniesienie jakości życia mieszkańców [6].

Charakter pracy pracownika socjalnego wymaga stałego kontaktu z klientem. Pracownik socjalny swoje obowiązki zawodowe wykonuje zarówno w urzędach, jak i w terenie, m.in. w miejscu zamieszkania lub pobytu klienta, w siedzibach instytucji i organizacji. Pracownik socjalny wykonuje wiele czynności biurowych, kontaktuje się z klientami osobiście, listownie, telefonicznie, a także mailowo. Ze względu na specyfikę pracy pracownicy socjalni mogą spotkać się z agresją ze strony klientów zarówno w biurze, jak i podczas wykonywania obowiązków w terenie. Pracownik socjalny w działalności zawodowej wykorzystuje m.in.:

- komputer z typowym oprogramowaniem biurowym lub dedykowanym oprogramowaniem umożliwiającym przygotowywanie prezentacji, zbieranie materiałów i danych niezbędnych do planowania i przygotowywania pracy;
- oprogramowanie do przeglądania zasobów Internetu, wysyłania i odbierania poczty elektronicznej;
- typowe urządzenia biurowe, tj. drukarkę, ksero, faks, skaner;
- system informatyczny POMOST wykorzystywany przez ośrodki pomocy społecznej lub inny program specjalistyczny;
- telefon stacjonarny i komórkowy [7].

Pracownik socjalny musi posiadać wykształcenie na poziomie średnim policealnym/pomaturalnym lub wykształcenie wyższe wskazane przepisami ustawy o pomocy społecznej. Od dnia 1 stycznia 2014 r. kwalifikacje do wykonywania zawodu pracownik socjalny można uzyskać, podejmując naukę i uzyskując dyplom potwierdzający ukończenie:

- studiów wyższych pierwszego stopnia (licencjackich) o kierunku praca socjalna lub
- studiów wyższych drugiego stopnia (uzupełniających magisterskich) o kierunku praca socjalna lub
- pomaturalnego kolegium pracowników służb społecznych kształcącego w zawodzie pracownik socjalny.

Pracownikiem socjalnym może być osoba, która od 1 października 2008 r. rozpoczęła i najpóźniej do dnia 31 grudnia 2013 r. uzyskała dyplom ukończenia stu-

dów wyższych o specjalności przygotowującej do zawodu pracownika socjalnego na jednym z kierunków: pedagogika, pedagogika specjalna, politologia, polityka społeczna, psychologia, socjologia lub nauki o rodzinie. Zawód ten mogą również wykonywać osoby, które spełniają przynajmniej jeden z poniższych warunków:

- przed 1 stycznia 2007 r. otrzymały dyplom wyższej szkoły zawodowej o specjalności praca socjalna;
- do 1 stycznia 2008 r. otrzymały dyplom uzyskania tytułu zawodowego w zawodzie pracownik socjalny;
- przed 1 stycznia 2008 r. ukończyły lub kontynuowały studia wyższe o specjalności praca socjalna na jednym z kierunków: pedagogika, politologia, polityka społeczna, psychologia, socjologia lub nauki o rodzinie;
- przed 1 maja 2004 r. ukończyły studia wyższe na kierunkach: pedagogika, psychologia, politologia, politologia i nauki społeczne lub socjologia;
- 1 maja 2004 r. kontynuowały studia magisterskie na kierunkach: pedagogika, psychologia, politologia lub socjologia i ukończyły te studia do dnia 31 października 2007 r.;
- przed 1 maja 2004 r. rozpoczęły studia wyższe licencjackie lub wyższe magisterskie na kierunkach: pedagogika, psychologia, politologia lub socjologia;
- przed 1 maja 2004 r. były zatrudnione na stanowisku aspiranta pracy socjalnej, o ile 1 maja 2004 r. kontynuowały studia licencjackie na kierunkach: pedagogika, psychologia, politologia lub socjologia i jednocześnie ukończyły ww. studia do dnia 31 października 2007 r.;
- przed 1 maja 2004 r. były zatrudnione na stanowisku aspiranta pracy socjalnej, o ile 1 maja 2004 r. kontynuowały studia magisterskie na kierunkach: pedagogika, psychologia, politologia lub socjologia i jednocześnie ukończyły studia do dnia 31 października 2009 r. [8].

### **Kompetencje zawodowe i interpersonalne pracownika socjalnego**

Pracownik socjalny powinien mieć kompetencje społeczne niezbędne do prawidłowego i skutecznego wykonywania zadań zawodowych. W szczególności pracownik jest gotów do:

- Ponoszenia odpowiedzialności za skutki podejmowanych działań w zakresie realizacji założeń ustawy o pomocy społecznej.
- Kierowania się zasadami zgodnymi z etyką zawodową i obowiązującymi przepisami.
- Przestrzegania określonych w standardach etycznych i normach zawodowych zasad uczciwości, rzetelności, poufności oraz zapobiegania konfliktom interesów w realizacji celów pomocy społecznej.
- Rozwijania kompetencji osobistych i zawodowych, w tym ustawicznego aktualizowania i podwyższania swoich kompetencji.
- Oceniania i dostosowania własnych postaw i zachowań do oczekiwań osób korzystających z pomocy społecznej.

Kompetencje personalne lub interpersonalne pracownika socjalnego to przede wszystkim umiejętność pracy w stresie, wykazywanie się zrozumieniem sytuacji, dyskrecja, wysokie morale osobiste i zawodowe, otwartość, obiektywizm, wiarygodność (rozumiana jako cecha osoby, na której można polegać), kreatywność, wrażliwość poznawcza, samoaktywność i motywacja do rozwoju. Piszząc o kompetencjach zawodowych pracownika socjalnego, literatura przedmiotu skupia się głównie na samodzielności i umiejętności pracy w zespole, łatwości podejmowania właściwych decyzji, dobrej organizacji pracy, sprawności w działaniu, umiejętności obserwacji i łączenia faktów, umiejętności motywowania do zmiany rodziny (dzieci/rodziców/opiekunów prawnych), znajomości przepisów w kontekście wykonywanych zadań, postawienia trafnej diagnozy, a także wiedzy i umiejętności stosowania metod i technik pracy z rodziną. Rozwój zawodowy to proces związany z kompetencjami zawodowymi. Nie są one stałą cechą konkretnego pracownika. Zmieniają się one w czasie: poziom niektórych kompetencji wzrasta, a innych maleje. Pod pojęciem doskonalenia zawodowego należy rozumieć wszelkie działania związane z utrzymaniem, pogłębianiem i poszerzaniem posiadanych kompetencji oraz uzupełnianiem o nowe kompetencje, niezbędne z punktu widzenia obecnych i przyszłych potrzeb w pracy socjalnej.

Podjęcie roli zawodowej pracownika socjalnego oznacza (oznaczać powinno) rozpoczęcie procesu doskonalenia zawodowego, który jest niezbędnym elementem profesjonalnej pracy socjalnej. Tylko takie rozwiązanie pozwala na skuteczną reakcję pracy socjalnej na dynamicznie zmieniającą się sytuację w obszarze życia społecznego i gospodarczego, a także na pojawiające się nowe problemy. Stawia to poważne wymagania przed organizacją, w której świadczona jest praca socjalna. Powinna być organizacją uczącą się, czyli taką, której celem jest rozwijanie kompetencji w takiej skali i w takim tempie, aby jak najlepiej dostosowywać się do zmian i rozwijać się. Rozwój organizacji powinien opierać się na wspólnej i akceptowanej wizji przyszłości organizacji, podejściu całościowym i systemowym oraz na dążeniach pracowników do profesjonalizmu [9].

### **Nadzór merytoryczny**

Istnieje bezpośredni związek, pomiędzy jakością świadczonych usług, a sposobem zarządzania w instytucji ją świadczącej, dlatego w warunkach organizacyjnych wykonywania pracy socjalnej konieczne jest ujęcie niektórych zagadnień obszaru zarządzania. Zarządzanie jest zorganizowanym procesem (zestawem działań) obejmującym poszczególne etapy: planowanie, organizowanie, przeprowadzenie i kontrolę, w którym do osiągnięcia założonych celów wykorzystuje się zasoby wewnętrzne organizacji oraz zasoby otoczenia, a menedżer (zarządzający) to ktoś, kto odpowiada za realizację tego procesu. Przez nadzór w tym rozdziale rozumie się prowadzenie, przez osoby sprawujące funkcje kierownicze wobec pracowników socjalnych, stałej analizy sposobu wykonywania pracy socjalnej oraz podejmowania na tej podstawie odpowiednich działań dla zapewnienia jakości i skuteczności pracy socjalnej. Do działań tych można zaliczyć: wysłuchanie, udzielanie informacji, udzielanie



wsparcia, w tym wsparcia psychicznego, wskazywanie niedostatków wiedzy i umiejętności, wskazywanie sposobów i metod prowadzenia pracy socjalnej, z uwzględnieniem samodzielności, odpowiedzialności pracownika socjalnego za prowadzoną pracę socjalną [10].

Chodzi tu więc o rozwiązania w ramach organizacji, w ramach której wykonywana jest praca socjalna i sposobu zarządzania w tej organizacji. Dotyczą one określenia roli przełożonego pracownika socjalnego w procesie świadczenia usługi pracy socjalnej. Główny cel nadzoru merytorycznego to poprawa jakości i skuteczności pracy socjalnej. Podstawowym elementem są działania wspierające i wzmacniające proces doskonalenia zawodowego pracowników. Wynika to ze specyfiki sposobu realizacji usługi, opartej na bardzo wysokim poziomie samodzielności pracowników oraz ich profesjonalizmie [11].

### ■ Cel badań

Celem badań była ocena roli wiedzy, umiejętności oraz predyspozycji zawodowych pracownika socjalnego w praktyce pracy socjalnej.

### ■ Materiał i metody

Dane badawcze zostały zebrane w ramach indywidualnego wywiadu pogłębionego w kwietniu 2023 r. Wywiad przeprowadzono z Dyrektorem Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Przeworsku.

#### **Perspektywa roli i znaczenia wiedzy oraz umiejętności zawodowych pracownika socjalnego na podstawie rozmowy z Dyrektorem Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Przeworsku – Panią Katarzyną Weselak**

1. Pani Dyrektor, na jakie predyspozycje interpersonalne zwraca Pani uwagę przy doborze osób na stanowisko pracownika socjalnego?

W moim uznaniu, zawód pracownika socjalnego jest wyjątkowy. To nie tylko zawód, ale przede wszystkim misja i powołanie. Pracownik socjalny zajmuje się ludźmi zagrożonymi wykluczeniem społecznym, potrzebującymi pomocy i wsparcia. W moim uznaniu, aby zostać pracownikiem socjalnym należy nie tylko posiadać umiejętności twarde, tj.: odpowiednie wykształcenie, doświadczenie zawodowe, ale równie ważne są umiejętności interpersonalne, takie jak: empatia, życzliwość, umiejętność słuchania, umiejętność rozwiązywania konfliktów, umiejętność współpracy z innymi, budowanie relacji czy decyzyjność.

2. Pani Dyrektor, jakie zagrożenia widzi Pani w tym zawodzie dla przyszłych pracowników socjalnych? Czy uważa Pani, że mogą one zniechęcić przyszłych kandydatów na to stanowisko?



Zawód pracownika socjalnego jest moim zdaniem bardzo trudnym zawodem. To trudna, odpowiedzialna i często niewdzięczna praca, która wymaga ogromnej dawki empatii i odporności psychicznej. Pracownicy socjalni muszą radzić sobie z problemami i wnikać do srodowisk, które innych ludzi zmuszają do odwrócenia wzroku. Dlatego zawód ten w moim odczuciu na dzisiejsze czasy nie jest zawodem atrakcyjnym. Z pewnością może to zniechęcać młode osoby, które stoją przed wyborem drogi życiowej, aby zostać pracownikiem socjalnym.

### **3. Pani Dyrektor, jakie dodatkowe umiejętności Pani zdaniem powinien posiadać kandydat na stanowisko pracownika socjalnego?**

Najważniejszym zadaniem pracowników socjalnych jest wsparcie słabszych grup społecznych w pokonywaniu ich problemów: w wychodzeniu z ubóstwa, izolacji społecznej i nieporadności życiowej. Moim zdaniem, od sposobu zdefiniowania problemu, z którym boryka się człowiek – adresat przedsięwzięć podejmowanych w sferze pracy socjalnej, przyjętej wobec niego postawy (paternalistycznej bądź partnerskiej), dostrzegania całego kontekstu sytuacyjnego, często wiele zależy. Pracownik socjalny musi w swojej pracy pełnić wiele ról – być coachem, doradcą, brokerem, pośrednikiem, mediatorem, negocjatorem bądź inicjatorem aktywności lokalnej. W związku z tym pracownik socjalny moim zdaniem musi posiadać szeroką wiedzę w zakresie różnorodności metod pracy, obowiązujących standardów, znaczenia tworzenia sieci wsparcia koleżeńkiego, eksperckiego, superwizyjnego, aby unikać zrutynizowanego działania i jednocześnie zwiększać kompetencje zawodowe pracowników socjalnych.

### **4. Pani Dyrektor, jakie jest Pani zdaniem znaczenie nadzoru merytorycznego w rozwoju zawodowym pracowników socjalnych?**

Moim zdaniem nadzór merytoryczny ma ogromne znaczenie w rozwoju zawodowym pracowników socjalnych. Nadzór merytoryczny jest niezbędnym elementem doskonalenia zawodowego. W mojej ocenie niezwykle ważne jest: wysłuchanie, udzielanie informacji, udzielanie wsparcia, w tym wsparcia psychicznego, wskazywanie niedostatków wiedzy i umiejętności, wskazywanie sposobów i metod prowadzenia pracy socjalnej, z uwzględnieniem samodzielności i odpowiedzialności pracownika socjalnego za prowadzoną pracę socjalną. Chodzi tu więc o rozwiązania w ramach organizacji, w ramach której wykonywana jest praca socjalna i sposobu zarządzania w tej organizacji. Dotyczą one określenia roli przełożonego pracownika socjalnego w procesie świadczenia usługi pracy socjalnej. Główny cel nadzoru merytorycznego to poprawa jakości i skuteczności pracy socjalnej. Podstawowym elementem są działania wspierające i wzmacniające proces doskonalenia zawodowego pracowników. Wynika to ze specyfiki sposobu realizacji usługi, opartej na bardzo wysokim poziomie samodzielności pracowników, oraz ich profesjonalizmie. Moim zdaniem wykonywanie profesjonalnej usługi ma szansę na wyższą jakość, gdy profesjonalista nie jest skazany wyłącznie na samoocenę swojej pracy. Istotną rolę powinno spełniać przekazywanie informacji zwrotnych o sposobie wykonywania pracy socjalnej przez osobę sprawującą nadzór. Ważne, aby nie

ograniczało się wyłącznie do sytuacji, w których ocena pracy jest negatywna, bo pracownik socjalny nie wykonuje jej zgodnie z wymogami profesjonalnymi, obowiązującymi standardami. Konieczne jest także przekazywanie informacji, w których wykonywanie obowiązków oceniane jest pozytywnie, jako profesjonalne. Pierwszy typ informacji zwrotnej umożliwia dokonanie odpowiedniej korekty sposobu wykonywania pracy socjalnej. Drugi natomiast pozwala na budowanie wzorca pozytywnego, który może być powtarzany. Nadzór powinien być więc traktowany jako ważny składnik organizowania pracy, zajmujący się pomaganiem pracownikom socjalnym w wykorzystaniu ich wiedzy i umiejętności, z pożytkiem dla wykonywanego zadania.

#### **5. Pani Dyrektor, jakie jest Pani zdaniem znaczenie procesu doskonalenia zawodowego w praktyce zawodowej pracownika socjalnego?**

Znaczenie procesu doskonalenia zawodowego w mojej ocenie ma duże znaczenie w praktyce zawodowej pracownika socjalnego. Kompetencje, umiejętności i zasoby osobiste pracowników socjalnych, ukształtowane w toku edukacji akademickiej, muszą w czasie pracy ulegać ciągłemu wzbogacaniu. Rozwój zawodowy stanowi bowiem warunek efektywnej działalności pomocowej oraz podstawę indywidualnych osiągnięć w pracy. Rozwój ten obejmuje proces przemian świadomości i zachowania pracownika, przejawiającego się w określonych formach aktywności zawodowej oraz w twórczym przekształcaniu siebie i swojego środowiska. Jest zatem dążeniem do podjęcia pracy i zajęcia miejsca w wybranej profesji zgodnie z kwalifikacjami, przystosowaniem do środowiska pracy i wykonywanych obowiązków, osiągnięciem stabilizacji zawodowej, identyfikacją z zawodem oraz dążeniem do mistrzostwa w nim. Ma on określony kierunek, a jego przebieg jest zindywidualizowany. Podstawę tego rozwoju stanowi permanentne doskonalenie zawodowe, polegające na podnoszeniu kwalifikacji niezbędnych do efektywnego wykonywania zadań w sytuacji zwiększających się wymagań w sferze działalności pomocowej. Jest to wzbogacanie doświadczenia w pracy, pogłębianie i aktualizowanie wiedzy ogólnej i zawodowej, zdobywanie nowych kompetencji specjalistycznych. Aktywność ta jest niezbędna dla uzyskania kolejnych stopni specjalizacji zawodowej. Jak widać, rozwój zawodowy pracowników socjalnych to zarówno proces, jak i wynik przejawianej aktywności, znajdujący odzwierciedlenie w satysfakcji z dotychczasowych osiągnięć; jest on również świadomą identyfikacją czynników rozwojowych oraz własnych szans i możliwości kreowania kariery zawodowej. Istotnym stymulatorem indywidualnego rozwoju zawodowego są uwarunkowania podmiotowe związane z oczekiwaniami, jakie wiązały osoby podejmujące pracę w zawodzie pracownika socjalnego oraz w jakim stopniu je realizowały w toku pracy.

#### **■ Wnioski**

Podsumowując, zaprezentowane w artykule treści na temat istoty pracy socjalnej, roli pracownika socjalnego w życiu społecznym i wielkim znaczeniu jego wykształcenia i predyspozycji zawodowych, a także przeprowadzony wywiad z dyrektorem Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Przeworsku, pozwalają wyciągnąć następujące wnioski:

- W Polsce i innych krajach europejskich, dzięki bogatym tradycjom szkolnictwa zawodowego na poziomie wyższym, a także określeniu standardów kształcenia przygotowującego do pracy socjalnej, możemy mówić o postępującym procesie profesjonalizacji tego zawodu.
- Pracownicy socjalni, aby stawać się bardziej skutecznymi, muszą nieustannie podnosić swoje kwalifikacje zawodowe.
- Pracownik socjalny oprócz wykształcenia kierunkowego, powinien posiadać specjalne cechy charakteru i odpowiednią osobowość.
- Pracownik socjalny, aby skutecznie wypełniać swoje obowiązki, musi przyjmować wiele ról zawodowych, które zależą od potrzeb klienta.
- Dyrektorzy instytucji pomocowych, takich jak Gminne Ośrodki Pomocy Społecznej, podczas wyboru przyszłej kadry pracowniczej, zwracają uwagę na wykształcenie kandydata, ale także charakter i cechy osobowości.
- Dyrektorzy uważają, iż pracownicy socjalni powinni być poddawani regularnej superwizji, a także otrzymywać wsparcie od kierownictwa, dzięki czemu mogą lepiej wypełniać swoje obowiązki zawodowe.
- Pracownik socjalny bywa nadal niedocenianym zawodem.

## Bibliografia

1. Kanios A., Czechowska-Bieluga M.: Praca socjalna. Kształcenie – działanie – konteksty, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.
2. Kantowicz E.: Praca socjalna w Europie. Inspiracje teoretyczne i standardy kształcenia, UWM, Olsztyn 2005.
3. Dutkiewicz M. (red.): Pracownicy socjalni: pomiędzy instytucją pomocy społecznej a środowiskiem lokalnym, Wydawnictwo Instytutu Spraw Publicznych, Warszawa 2011.
4. Balcerzak-Paradowska B.: Rodzina, polityka rodzinna na przełomie wieków, IPISS, Warszawa 2004.
5. Czechowska-Bieluga M.: Poczucie zadowolenia z życia pracowników socjalnych w socjopedagogicznej perspektywie uwarunkowań pełnionej roli zawodowej, UMCS, Lublin 2013.
6. Art. 19 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn. zm.).
7. Fonkowicz E. (red.): Zatrudnianie pracowników socjalnych i innych pracowników ośrodków pomocy społecznej, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2014.
8. Art. 116 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn. zm.).
9. Krasiejko I.: Metodyka działania asystenta rodziny. Podejście skoncentrowane na rozwiązaniach w pracy socjalnej, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2010.
10. Cudak H.: Opieka nad dzieckiem we współczesnej rodzinie polskiej [w:] Stojecka-Zuber R., Róg A. (red.): System opieki i pomocy – założenia a rzeczywi-

stość, Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Prof. S. Tarnowskiego, Tarnobrzeg 2010.

11. De Robertis C.: *Metodyka działań w pracy socjalnej*, Biblioteka Pracownika Socjalnego, Katowice 1998.

## 7. Niewydolność wychowawcza rodziny jako zadanie dla asystenta rodziny

### Educational inefficiency of the family as a task for the family assistant

Krystyna Bursztyka<sup>1</sup>, Bożena Stanuch<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Student Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

#### ■ Abstrakt

**Wstęp:** W artykule omówiono zadania asystenta rodziny, który zgodnie z ustawą o wspieraniu rodziny niewydolnej wychowawczo i systemie pieczy zastępczej jest osobą, która wspiera rodziny w pokonywaniu trudności związanych z opieką i wychowaniem małoletnich dzieci, udziela dobrych rad i uczy, jak dobrze funkcjonować w społeczeństwie. Zadaniem asystenta rodziny jest doprowadzenie rodziny do usamodzielnienia się i pozostawienia dzieci w rodzinie, zapewniając jej poczucie bezpieczeństwa. Metoda wywiadu pozwoliła na uzyskanie szczegółowych informacji na temat niepowodzeń rodziny oraz funkcji pełnionych przez asystenta rodziny. Czynnikiem najbardziej dezorganizującymi rodzinę i przyczyniającymi się do zaburzeń zachowania dzieci są: rozpad rodziny, alkoholizm, zaburzenia relacji emocjonalnych w rodzinie, działania na szkodę rodziny. Pomoc rodzinie niewydolnej wychowawczo powinna obejmować wszystkie trudności rodziny w sferze osobistej i społecznej.

**Cel badań:** Celem badań jest ocena niewydolności wychowawczej rodziny jako zadania asystenta rodziny.

**Materiał i metody:** Dane badawcze zebrano w ramach indywidualnego wywiadu pogłębionego w kwietniu 2023 r. Wywiad przeprowadzono z asystentem rodziny z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jarosławiu.

**Wyniki i wnioski:** Po przeanalizowaniu zebranych informacji i przeprowadzeniu badań na podstawie wywiadu wyciągnięto wnioski o potrzebie wspierania rodziny niewydolnej wychowawczo.

**Słowa kluczowe:** rodzina niewydolna wychowawczo, asystent rodziny.

#### ■ Abstract

**Introduction:** This article tells about the tasks of a family assistant, who, according to the Law on Supporting an Inefficient Family and System of Foster Care, is a person who supports families in overcoming difficulties related to the care and upbringing of children, gives good advice and teaches them how to function well in so-

ciety. The task of the family assistant is to lead family to become independent and stay children in the family, and give them feeling of safety. The interview method made it possible to obtain detailed information about the family's failures and the functions performed by the family assistant. The factors most disorganizing the family and contributing to children's behavioral disorders are: family breakdown, alcoholism, disruption of emotional relations in the family, actions to the detriment of the family. Assistance to the family educationally inefficient should include all difficulties of the family in the sphere of personal and social.

**Aim of the research:** The aim of the research is to assess the educational insufficiency of the family as a task of the family assistant.

**Material and methods:** Research data was collected as part of an individual in-depth interview in April 2023. The interview was conducted with a family assistant from the Municipal Social Welfare Center in Jarosław.

**Results and conclusions:** After analyzing the collected information and conducting research using the interview, conclusions were drawn about the need to support an educationally inefficient family.

**Keywords:** educationally inefficient family, family assistant.

## ■ Wstęp

Problematyka rodziny od wielu lat interesuje środowisko rodzinne, ponieważ jest ona podstawową strukturą organizacyjną życia rodzinnego. Odgrywa najważniejszą rolę w kształtowaniu podstaw dzieci, ich osobowości, odpowiedzialności za ich rozwój. Z perspektywy psychologicznej rodzina jest najważniejszą formą życia społecznego. Wiadomo jednak, że nie wszystkie relacje rodzinne są prawidłowe, a w życiu codziennym bardzo często można spotkać rodziny, które nie są w stanie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb, nie potrafią w konsekwencji rozwiązywać własnych problemów. Dysfunkcyjność rodziny charakteryzuje się konfliktem, niewłaściwym zachowaniem lub nadużyciami. Relacje między członkami rodziny są napięte i mogą być wypełnione zaniedbaniem, krzykiem, czy przemocą.

Współczesne rodziny zmagają się z wieloma trudnościami, które niekorzystnie wpływają na prawidłowe ich funkcjonowanie w społeczeństwie. Wśród zagrożeń, z jakimi zmagają się rodziny możemy wymienić między innymi bezrobocie, ubóstwo, bezradność w sprawowaniu opieki nad dziećmi, wszelkiego rodzaju uzależnienia, a także przemoc. W większości przypadków rodziny nie potrafią samodzielnie poradzić sobie z wyżej wymienionymi trudnościami, w rezultacie potrzebują one wzmoczonego wsparcia służb społecznych. W takich sytuacjach profesja asystenta rodziny jest niezastąpiona, ponieważ prowadzi on pogłębioną, zindywidualizowaną pracę z rodziną z wieloma problemami. Celem jego pracy jest przede wszystkim zachęcenie oraz zmotywowanie rodziny do zmiany, jak również wspomaganie jej w tym procesie, tak by w końcowym etapie rodzina osiągnęła samodzielność, a w przyszłości sama pokonywała trudności życia codziennego.

## **Rozwój asystentury rodziny**

Głównym czynnikiem, który wpłynął na pojawienie się asystentury rodzinnej w Polsce, był wpływ transformacji ustrojowej i gospodarczej lat 80., której przemiany miały na celu budowę wolnego rynku, zmianę myślenia społecznego oraz wdrażanie instytucji i wszelkiego rodzaju procedur demokratycznych.

Wiele osób po wdrożeniu transformacji systemowej nie potrafiła odnaleźć się w ówczesnej rzeczywistości, czego skutkiem były narastające problemy społeczne, do których należały m.in. długotrwałe bezrobocie, bezradność zarówno w życiu prywatnym, jak i społecznym, a także przenoszenie biedy i niedostatku między pokoleniami [1].

Innym czynnikiem, który przyczynił się do powstania asystentury rodzinnej, była potrzeba realnej pomocy rodzinom, w tym dzieciom, zwłaszcza z rodzin niepełnych oraz niechcianych lub krzywdzących. Inną inicjatywą powstania ww. zawodu była potrzeba wyodrębnienia stanowisk w zakresie już istniejących pozycji społecznych, a także wyboru nowej służby społecznej, która wszechstronnie wspierałaby i motywowała rodzinę w radzeniu sobie z trudnościami, w szczególności w prawidłowym wykonywaniu funkcji opiekuńczo-wychowawczej.

Pracownicy socjalni mimo wysokich kwalifikacji, licznych szkoleń, są za bardzo obciążeni pracą na rzecz dużej ilości środowisk, a co za tym idzie – dużym zróżnicowaniem istniejących problemów. Należy podkreślić, że w zakresie obowiązków pracownika socjalnego jest nie tylko wnioskowanie o świadczenia, ale również wdrażanie procedur administracyjnych, poradnictwo i wiele innych. Jednak mimo stosowania w swojej pracy innowacyjnego rozwiązania, jakim jest np. kontrakt socjalny, ich praca nie jest w wystarczający sposób aktywizująca dla klientów pomocy społecznej [2].

## **Definicja asystentury rodziny**

Nadrzędnym celem asystentury rodzinnej jest podniesienie umiejętności opiekuńczo-wychowawczych, nabycie umiejętności prowadzenia gospodarstwa domowego oraz pokonywanie trudności związanych z codziennymi sytuacjami. Z drugiej strony efektem asystentury powinno być odzyskanie lub nabycie przez członków rodziny kontroli nad własnym życiem oraz należyte wypełnianie roli rodzica tak, aby środowisko rodzinne było bezpieczne dla rozwoju dzieci.

A. Kotłarska-Michalska formułuje definicję asystentury, jako indywidualną pracę „w” rodzinie, „z” rodziną, „dla” rodziny. Według niej model pracy z rodziną zwrócony jest na asystowanie, czyli współtowarzyszenie rodzinie oraz udzielanie porad w odnalezieniu najlepszych i trafnych rozwiązań. Rodzina nie powinna być tylko klientem pomocy społecznej, który otrzymuje różnego rodzaju świadczenia, lecz powinna być uczestnikiem tego procesu [3]. Natomiast A. Dębska-Cenian określa asystowanie, jako metodę, która może dotyczyć zarówno usług edukacyjnych, treningu życia, a także rynku pracy [4].

### **Asystent rodziny – definicja**

Dla celów niniejszej pracy najbardziej przydatna jest definicja A. Dunajskiej, D. Dunajskiej, B. Klein, która mówi, że asystent to „osoba, która towarzyszy klientowi w pokonywaniu jego życiowych trudności, pracuje na zasobach klienta, udziela wsparcia, motywuje rodzinę do zmiany niekorzystnej dla niej sytuacji i poprawy funkcjonowania” [5].

### **Zadania asystenta rodziny**

Najważniejszym zadaniem asystenta rodziny jest pomoc rodzinie poprzez inicjowanie prawidłowych postaw w życiu codziennym wszystkich jej członków. Warto podkreślić, że wspólna praca asystenta i rodziny odbywa się za ich zgodą, a przede wszystkim przy ich aktywnym udziale. Asystent podczas pierwszego spotkania z rodziną powinien dowiedzieć się jak najwięcej o rodzinie, a zwłaszcza o występujących w niej problemach i jej oczekiwaniach. Podczas współpracy asystent wraz z rodziną ustala możliwe rozwiązania, które przyczyniają się do wyjścia z trudnej sytuacji życiowej.

Art. 15 Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, określa, co należy do zadań asystenta rodziny. Są to między innymi:

- 1) opracowanie i realizacja planu pracy z rodziną we współpracy z członkami rodziny i w konsultacji z pracownikiem socjalnym;
- 2) udzielanie pomocy rodzinom w poprawie ich sytuacji życiowej, w tym w zdobywaniu umiejętności prawidłowego prowadzenia gospodarstwa domowego;
- 3) udzielanie pomocy rodzinom w rozwiązywaniu problemów socjalnych, psychologicznych;
- 4) udzielanie pomocy rodzinom w rozwiązywaniu problemów wychowawczych z dziećmi;
- 5) motywowanie członków rodzin do podnoszenia kwalifikacji zawodowych;
- 6) motywowanie do udziału w zajęciach grupowych dla rodziców, mających na celu kształtowanie prawidłowych wzorców rodzicielskich i umiejętności psychospołecznych;
- 7) udzielanie wsparcia dzieciom, w szczególności poprzez udział w zajęciach psychoedukacyjnych;
- 8) podejmowanie działań interwencyjnych i zaradczych w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa dzieci i rodzin;
- 9) dokonywanie okresowej oceny sytuacji rodziny;
- 10) monitorowanie funkcjonowania rodziny po zakończeniu pracy z rodziną [6].

Ponadto ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej zawiera informacje m.in. o planie pracy asystenta rodziny oraz liczbie rodzin, z którymi asystent rodziny może współpracować.

### **Rodzina, jako podstawowa komórka społeczna**

Rodzina jest uważana za jedną z najważniejszych grup społecznych, która pełni wiele ważnych funkcji. W rodzinie kształtowane są postawy o charakterze społecz-



nym, rodzina zapewnia środki do życia, a przede wszystkim przekazuje kolejnym pokoleniom elementy dziedzictwa kulturowego oraz normy i zasady współżycia społecznego. Należy zauważyć, że proces przekazywania i adaptacji do wartości społecznych rozpoczyna się w rodzinie. W rodzinie uczymy się ról rodzinnych i pozarodzinnych oraz postaw społecznych.

### **Funkcje rodziny**

Rodzina, by zaspokoić potrzeby emocjonalne, psychiczne musi spełniać szereg funkcji.

Maria Ziemińska wyróżnia następujące funkcje rodziny:

- funkcja prokreacyjna, która dostarcza nowych członków społeczeństwa;
- funkcja produkcyjna, rodzina przekazuje społeczeństwu pracowników, dzięki czemu wzrasta siła wytwórcza;
- funkcja usługowo-opiekuńcza inaczej zapewnienie w życiu codziennym niezbędnych usług i opieki niesamodzielnym członkom rodziny;
- funkcja socjalizacyjna, dzieci wychowując się w środowisku domowym uczą się życia w społeczeństwie natomiast małżonkowie dostosowują się do wspólnego życia małżeńskiego;
- funkcja psychogeniczna inaczej nazywana jest funkcja wymiany emocjonalnej, dzięki tej funkcji w rodzinie zostaje zaspokojona stabilizacja i bezpieczeństwo [7].

Należy podkreślić, że nie tylko wypełnienie powyższych funkcji ma znaczenie w prawidłowym funkcjonowaniu rodziny. Równie ważna jest postawa rodzicielska, czyli zachowania rodziców w stosunku do dzieci. Postawy rodzicielskie mogą wpływać prawidłowo na rozwój dziecka bądź ujemnie, co wiąże się z nieprawidłowym formowaniem jego osobowości.

Według M. Ziemskiej każda postawa powinna zawierać trzy składowe elementy: uczuciowy, myślowy oraz element działania. Autorka również dzieli postawy na dwie grupy: właściwe i niewłaściwe.

Do właściwych postaw rodzicielskich zaliczyć możemy:

- akceptację, czyli okazywanie dziecku miłości niezależnie od jego możliwości czy też dysfunkcji;
- uznanie praw dziecka, rodzice powinni mieć zawsze na uwadze poziom rozwoju i umiejętności dziecka. Ważne, by rodzice niestosowali kar w procesie wychowania a tłumaczyli, co jest dobre, a co złe;
- współdziałanie z dzieckiem, czyli aktywizacja dziecka do uczestnictwa w życiu rodzinnym pozyskanie przez dziecko umiejętności poszukiwania i samodzielności;
- rozumna swoboda, rodzice są autorytetem, dają dziecku poczucie swobody.

Do postaw negatywnych zaliczamy:

- postawę nadmiernie wymagającą, wielu rodziców chce mieć idealne dziecko, które nie będzie przysparzało im problemów, wówczas w postawach rodziców przejawia się nieuwzględnienie potrzeb oraz możliwości dziecka;
- postawa unikająca przejawia się brakiem zainteresowania dzieckiem, jego pro-

blemami, potrzebami, kontakt rodziców z dzieckiem jest dobry, w tej postawie rodzice rekompensują swój stosunek względem dziecka licznymi prezentami;

- postawa nadmiernie chroniąca, opiekunowie w sytuacjach codziennych widzą zagrożenie dla swoich potomków, w efekcie starają się je nadmiernie chronić, dziecko uważane jest za doskonałe, a tym samym rodzice spełniają każde jego życzenie;

- postawa odtrącająca, rodzice swoim zachowaniem prezentują wrogość oraz niechęć w stosunku do dziecka, pojawia się uczucie rozczarowania niespełnienia [7].

### **Rodzina niewydolna wychowawczo – definicja**

Według S. Kawuli, rodziny niewydolne wychowawczo to takie, w których wiele aspektów wewnętrznych oraz sama aktywność wychowawcza jest znacznie różna od społecznych norm, wzorców i standardów życia, które są powszechnie akceptowane. Rodziny te prowadzą do braku zaspokojenia podstawowych potrzeb biologicznych, psychicznych i społecznych dzieci i młodzieży [8].

Dysfunkcyjność w rodzinie prowadzi do rozpadu emocjonalnych i interpersonalnych relacji między rodzicami, a także między rodzicami a dziećmi. To zaburzenie wpływa na klimat życia w domu, tworząc traumatyczną atmosferę w rodzinie. Niezaspokojone potrzeby psychiczne dziecka prowadzą do dezorganizacji życia rodzinnego, a także braku celów wychowawczych i życiowych. W takiej rodzinie często pojawiają się nieskuteczne metody opiekuńczo-wychowawcze, które prowadzą do niedostosowania dzieci do społecznych potrzeb, wartości i celów [8].

Rodziny, w których dziecko traci jednego z rodziców na skutek śmierci, rozwoju, długiej nieobecności lub innych sytuacji, takich jak powtórne małżeństwo czy problemy finansowe, są narażone na niewydolność wychowawczą. W tych sytuacjach, potrzeby dziecka mogą zostać zepchnięte na drugi plan przez potrzeby rodziców. J.G. Woititz nazywa takie sytuacje „zamazywaniem ról”, gdy nowe okoliczności zaczynają dominować, a role rodzinne stają się niejasne i niewyraźne. To powoduje zagrożenie dla dziecka, ponieważ nie otrzymuje ono wystarczającej uwagi, troski i wsparcia ze strony rodziców, co może prowadzić do niewydolności wychowawczej. Ostatnie lata przyniosły wiele zmian, które wpłynęły na rodzinę i jej sposób funkcjonowania. Współczesna rodzina dynamicznie się zmienia, wprowadzając nowe procesy demograficzne i zjawiska obyczajowe, a także modyfikując warunki ekonomiczne, hierarchię wartości i styl życia. Model tradycyjnej wielopokoleniowej rodziny nie pasuje już do współczesnych czasów, ale tradycyjne więzi rodzinne wciąż są ważne, chociaż nieco się rozluźniły. Wszystkie te zmiany mają wpływ na funkcje, jakie rodzina pełni wobec jednostki i społeczeństwa [8].

Według A. Przybyłka rodzina dysfunkcyjna to taka, w której życie społeczne regulowane jest przez wartości, normy i wzorce zachowań, które są powszechnie odrzucane przez społeczeństwo. Takie zachowania są przekazywane międzypokoleniowo, co prowadzi do nieprzystosowania społecznego dzieci, a także do zaburzeń relacji i komunikacji w rodzinie. Z jednej strony, rodzina dysfunkcyjna nie spełnia swoich zadań socjalizacyjnych w stosunku do dzieci, a z drugiej strony, patologia

wartości i norm społecznych, realizowanych w rodzinie, prowadzi do niedostosowania społecznego młodego pokolenia [9].

### **Czynniki wpływające na niewydolność wychowawczą rodziny**

Rodzina jako grupa społeczna funkcjonuje w szerszym kontekście społecznym i nie jest odizolowana od wpływu zewnętrznych czynników. Przyczyny dysfunkcyjności rodziny można podzielić na dwie grupy. Pierwsza związana jest z makrostrukturą społeczną, a wśród przyczyn znajdują się [9]:

- bezrobocie,
- kryzys gospodarczy państwa,
- brak więzi społecznych,
- niski poziom ekonomiczny społeczeństwa,
- konflikty społeczne,
- niski poziom kultury pedagogicznej społeczeństwa,
- degradacja wartości społecznych,
- migracja ludności,
- wzrost tolerancji i dewaluacja norm społecznych,
- przenikanie wzorów zachowań, które często są niekorzystne, z państw Europy Zachodniej i Stanów Zjednoczonych.

Dysfunkcjonalność rodziny może mieć swoje źródła w różnych czynnikach związanych z jej otoczeniem i środowiskiem. Wśród nich można wymienić przede wszystkim czynniki związane z samą rodziną i jej funkcjonowaniem. Przyczyny dysfunkcji w rodzinie można w tym przypadku wypunktować jako [9]:

- niewydolność opiekuńczo-wychowawczą rodziny, czyli brak umiejętności i kompetencji rodziców w sprawowaniu opieki i wychowaniu dzieci;
- konflikty w rodzinie, które wprowadzają niestabilność i niepewność w relacji między członkami rodziny;
- alkoholizm lub uzależnienie narkotykowe jednego bądź obojga rodziców, co prowadzi do zaniedbywania obowiązków rodzicielskich i niszczy więzi rodzinne;
- niska kultura pedagogiczna rodziców, czyli brak wiedzy i umiejętności w zakresie wychowania dzieci;
- ubóstwo materialne rodziny, które może wpływać na trudności finansowe i materialne, a także na jakość życia dzieci;
- przestępczość rodziców, co wpływa na rozwój nieprawidłowych wzorców zachowań u dzieci;
- rozbitcie struktury rodzinnej, czyli rozpad małżeństwa lub separacja, co wprowadza niepewność i niestabilność do życia rodziny;
- rozluźnienie, bądź brak więzi emocjonalnej w rodzinie, które wpływa na jakość relacji między członkami rodziny;
- traumatyczna atmosfera życia domowego, np. w wyniku przemocy w rodzinie, co wpływa na rozwój trudności emocjonalnych u dzieci;
- negatywne postawy rodzicielskie i cechy osobowe rodziców, takie jak brak

empii, agresywność czy skłonność do manipulacji, które wpływają na rozwój trudności emocjonalnych u dzieci.

Makrospołeczne uwarunkowania to czynniki występujące na szerszej skali społecznej, które wpływają na funkcjonowanie rodzin jako mikrostruktur społecznych. Te czynniki mogą mieć zarówno bezpośredni, jak i pośredni wpływ na rodziny, a ich skumulowanie może prowadzić do powstania różnych dysfunkcji w ich funkcjonowaniu. Wpływ ten wynika zarówno z czynników zewnętrznych, takich jak presja społeczna, kulturowe i polityczne uwarunkowania, jak i z czynników wewnętrznych, takich jak indywidualne cechy i postawy członków rodziny. Te czynniki kumulują się i tworzą złożony splot przyczyn i zaburzeń, które wpływają na wypełnianie przez rodziców ich zadań, co prowadzi do różnego stopnia i zakresu dysfunkcji rodziny [9].

Jadwiga Izdebska skupiła swoją analizę na wewnątrzrodzinnych przyczynach dysfunkcyjności rodziny, które wynikają z patologii biologicznej i społecznej, dotyczącej któregoś z rodziców. W jej badaniach uwzględnione zostały różne przejawy patologii i dewiacji społecznej, które prowadzą do zaburzeń w funkcjonowaniu rodziny. Przykłady takich przejawów to przestępczość, alkoholizm, zachowania autodestrukcyjne, dewiacyjne zachowania seksualne, zaburzenia psychiczne, ciężka choroba fizyczna, kalectwo, rozbitcie rodziny, układ nieformalny (konkubinat), złe pożyście rodziców, zawężone stosunki emocjonalne w rodzinie, patologiczne zachowania rodziców (np. przemoc wobec dziecka), uzależnienie od narkotyków, prostytucja. Jadwiga Izdebska nie wyróżnia makrospołecznych uwarunkowań jako przyczyn dysfunkcyjności rodziny [10].

### **Konsekwencje opiekuńczo-wychowawcze w rodzinie dysfunkcyjnej**

Dysfunkcyjność rodziny ma negatywny wpływ na różne aspekty życia dziecka i jego rozwoju. Zakłóca ona funkcjonowanie rodziny w sferze ekonomicznej, emocjonalnej, aksjologicznej i socjalizacyjnej, co w konsekwencji prowadzi do zaburzenia rozwoju intelektualnego, uczuciowego, społecznego i edukacyjnego dziecka. Dzieci wychowywane w dysfunkcyjnych rodzinach często doświadczają niedostatku emocjonalnego, braku stabilności oraz niskiej jakości opieki. To może prowadzić do niedostosowania społecznego, a także problemów w szkole i trudności w nawiązywaniu relacji z rówieśnikami [10].

Dzieci wychowujące się w rodzinach z zaburzonym funkcjonowaniem doświadczają niekorzystnych skutków w różnych obszarach swojego życia. Szczególnie dotkliwe są skutki emocjonalne, takie jak poczucie lęku, wrogość wobec innych ludzi oraz brak poczucia przynależności do grupy społecznej. W takim środowisku dzieci doświadczają ciągłego napięcia emocjonalnego, które może prowadzić do agresji lub bierności. Brak akceptacji i pozytywnych relacji emocjonalnych w rodzinie oraz zaburzenia emocjonalne u rodziców mają negatywny wpływ na rozwój psychiczny dziecka, co może prowadzić do poczucia niższej wartości i pozycji społecznej wśród rówieśników. Takie dzieci często wykazują nieprawidłowe zachowania w środowisku społecznym. Zazwyczaj rodziny dysfunkcyjne charakteryzują się niestabilnością emocjonalną. W trudnych sytuacjach ich zachowanie przybiera często skrajne formy – od euforii po

depresję czy izolację społeczną. Dla dziecka świadomość, że żyje w takim środowisku, w którym na porządku dziennym są konflikty, agresja i przemoc, negatywnie wpływa na jego rozwój intelektualny. Dzieci te mają utrudniony dostęp do edukacji, a ich postawa wobec nauki bywa obojętna lub negatywna. Z reguły mają problemy z koncentracją uwagi i motywacją do wykonywania zadań szkolnych. W przypadku rodzin z problemami alkoholowymi, dzieci często okazują agresję lub bierność wobec nauczycieli i kolegów, a także borykają się z brakiem przygotowania do zajęć. W szkole dziecko doświadcza negatywnych emocji i konfliktów, które zna z domu. Niedostatek pomocy i wsparcia edukacyjnego, brak zainteresowania rodziców problemami szkolnymi oraz niedostatek materialny, wpływają negatywnie na proces poznawczy dziecka. Naśladowanie rodziców i identyfikacja z nimi są naturalnymi mechanizmami socjalizacji dziecka, a to oznacza, że zachowania i postawy dziecka często odpowiadają tym, które obserwuje u rodziców. W rodzinach, w których występują problemy takie jak konflikty, agresja czy alkoholizm, dzieci często mają problemy wychowawcze. Te problemy zazwyczaj przejawiają się w relacjach z rówieśnikami, w szkole oraz w domu. Wśród rówieśników dzieci mogą być nadmiernie emocjonalne, gniewne, konfliktowe, agresywne i aroganckie, a także stosować przemoc i brutalność wobec słabszych. W środowisku rodzinnym dzieci często wykazują niepożądane zachowania, takie jak kłamstwa, kradzieże, nieposłuszeństwo, agresja wobec rodziców, używanie przekleństw czy ucieczki z domu. W rodzinach, w których występują problemy emocjonalne, konflikty, przemoc i alkoholizm, dzieci często wykazują trudności w zachowaniu i nauce w szkole. Wśród tych trudności można wymienić kłamstwa, agresję, arogancję, brak chęci do pracy, wagary i zaczepianie innych uczniów. W środowisku lokalnym dzieci te stają się aspołeczne, niszczą dobra publiczne i wykazują niebezpieczne zachowania. Eliminowanie tych problemów nie jest łatwe, ponieważ dzieci te rozwijają się w niewłaściwym środowisku i niewłaściwej atmosferze w rodzinie. Dlatego najważniejsze jest podejmowanie działań pedagogicznych, które pomogą w rozwiązaniu problemów w rodzinie, a w skrajnych przypadkach może konieczne okazać się izolowanie dziecka od niezdrowego środowiska rodzinnego [10].

### **Działania kompensacyjne podejmujące przez instytucje wspomagające rodzinę**

Bardzo ważnym elementem polityki rodzinnej państwa jest również pomoc rodzinie z problemem wychowawczym. Pomoc ta powinna jednak obejmować wszystkie trudności rodziny związane z jej wewnętrznym systemem współżycia międzyludzkiego, czyli relacji między małżonkami a ich dziećmi oraz osobami starszymi w rodzinie. Dlatego ważną rolę w pomocy rodzinie dysfunkcyjnej odgrywają poradnie rodzinne, w których pracownicy socjalni nie tylko znajdują swoje miejsce, ale przede wszystkim mogą podejmować działania wynikające z ich obowiązków zawodowych. Ponadto powinni być zatrudnieni również w ośrodkach pomocy społecznej oraz urządach miast, gmin, szkół, rad osiedli czy szpitali.

Wśród pracowników służb społecznych, których zadaniem jest zajmowanie się rodzinami niewydolnymi wychowawczo coraz większego znaczenia nabiera praca

pracownika socjalnego i asystenta rodziny, którzy działając na różnych poziomach, podejmują się rozwiązywania problemów rodziny nie tylko jako całości, ale także w sferze osobistej i społecznej.

### **Rodzina, jako źródło zasobów**

Rodzina w procesie pomocowym powinna być traktowana jako źródło zasobów, natomiast asystent rodziny podczas swojej pracy powinien działać na zasobach całej rodziny w tym jej członków. Działalność asystenta powinna pobudzać klientów pomocy społecznej do korzystania z posiadanych kwalifikacji, zdolności i umiejętności. Zasobów rodziny należy rozpocząć od poszukiwania w jej funkcjonowaniu, bowiem sami członkowie znają siebie najlepiej, oni sami najlepiej potrafią określić, co robią dobrze, a co źle. Zdolności i zasoby rodziny podnoszą jej równowagę w różnych sytuacjach, zarówno tych pozytywnych, jak i negatywnych. E. Lesiak i A. Dobrzyńska-Mesterhazy uważają, że w rodzinie istnieją trzy źródła zasobów: jej członkowie, rodzina, jako całość oraz społeczność, w której żyją [11].

Wśród zasobów najbliższych członków rodziny wymienić możemy: inteligencję, wiedzę, możliwości, cechy osobowości, jakość zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego, poczucie własnej wartości oraz poziom kontroli nad własnym życiem.

Zasoby w systemie rodzinnym to:

- spójność rodziny, do której należą: zaufanie, wzajemny szacunek, wartości, wsparcie, poczucie równowagi, poszanowanie indywidualności;
- adaptacyjność to możliwości rodziny do pokonywania trudności;
- organizacja rodziny, partnerów to rodziców, takie same postawy, jasne granice rodzinne i pokoleniowe;
- umiejętność porozumiewania się;
- silne więzi, pragnienie podtrzymania więzi rodzinnych, poczucie bliskości członków rodziny;
- elastyczność, umiejętność zmiany reguł i zasad, gotowość do kompromisu;
- czas spędzany wspólnie;
- możliwości rodziny do wykorzystania własnych zasobów w sytuacjach codziennych i trudnych [12].

### **Formy pracy asystenta rodziny**

Formy pracy z rodziną określa Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej, a dokładniej art. 10, do których w szczególności zaliczamy:

- 1) konsultację i poradnictwo specjalistyczne,
- 2) terapię i mediację,
- 3) usługi dla rodzin z dziećmi, w tym usługi opiekuńcze i specjalistyczne,
- 4) pomoc prawną, szczególnie w zakresie prawa rodzinnego,
- 5) organizowanie dla rodzin spotkań, mających na celu wymianę ich doświadczeń oraz zapobieganie izolacji, zwanych dalej „grupami wsparcia” lub „grupami samopomocowymi” [13].

## **Wskazania do pracy asystenta rodziny z rodziną niewydolną wychowawczo**

Praca asystenta z rodziną z wieloma problemami powinna polegać przede wszystkim na wspieraniu, wzmacnianiu, pokierowaniu, a także kontrolowaniu. Izabela Krasiejko zaznacza, że bardzo ważną istotą w pracy z rodziną jest odpowiednia kolejność realizowanych zadań. W początkowym etapie rodzina powinna dostać wsparcie informacyjne, emocjonalne, a także zapewnienie towarzyszenia jej w trudnościach życia codziennego, a co za tym idzie – dążenie do znalezienia rozwiązań, a także wyciągnięcia wniosków z danych sytuacji. Następnym krokiem powinna być pedagogizacja rodziców poprzez trening umiejętności opiekuńczo-wychowawczych, praca socjalna z rodziną oraz pomoc rzeczowa. Ostatnimi działaniami powinno być monitorowanie, kontrolowanie, działania profilaktyczne [12].

Asystenci rodziny w swojej pracy kształtują kompetencje rodziny w następujących obszarach:

- A. Prowadzenia gospodarstwa domowego poprzez edukowanie z zakresu gospodarowania budżetem domowym, edukacją i treningiem prowadzenia gospodarstwa domowego, a także poprzez poradnictwo związane z zakupem, wymianą sprzętu codziennego użytku oraz wsparcie w planowaniu w sprawach związanych z pracami remontowymi.
- B. Dbania o własne zdrowie poprzez edukowanie rodziny z zakresu profilaktyki i higieny zdrowotnej. Asystenci rodziny motywują również rodzinę do otrzymania diagnozy stanu zdrowia i rozwoju dzieci, a jeśli występuje konieczność, podjęcia leczenia lub rehabilitacji w adekwatnych instytucjach i placówkach medycznych.
- C. Prawidłowego wychowania i opieki nad dziećmi poprzez edukację rodziców z zakresu organizacji czasu wolnego, poradnictwa dotyczącego kształtowania prawidłowych relacji pomiędzy członkami rodziny. Asystent rodziny udziela również porad oraz wskazówek dotyczących problemów związanych z wychowaniem dzieci na różnych etapach rozwoju dziecka.
- D. Prawidłowego funkcjonowania społecznego poprzez edukowanie i treningi dotyczące wzajemnego współżycia społecznego [13].

Asystent rodziny w swojej pracy powinien umieć pracować z osobami, które mają sprecyzowany problem, np. z nadmiernym spożywaniem alkoholu, przewlekłą długotrwałą chorobą, a także z osobami z niepełnosprawnością zarówno intelektualną, jak i psychiczną. Asystent niejednokrotnie stoi przed dylematem wyboru najistotniejszego problemu, który jest głównym niebezpieczeństwem dla innych członków wspólnoty rodzinnej. W przypadku, gdy w rodzinie występuje długotrwała choroba bądź niepełnosprawność, ważnymi czynnikami dla radzenia sobie z chorobą są zasoby, jakimi rodzina dysponuje, a także otrzymywane wsparcie społeczne. Wsparcie asystenta w tym przypadku może polegać na odciążeniu członka rodziny, która opiekuje się osobą niesamodzielną, na przykład poprzez wykonywanie czynności, tj. przyprowadzenie dziecka ze szkoły lub aktywizację wolontariuszy. Jeżeli jest to rodzina wieloosobowa, asystent podczas rozmowy może zainicjować, że warto by było podzielić obowiązki związane z opieką nad osobą potrzebującą, a także



związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego. Wsparcie asystenta będzie również polegało na poinformowaniu członków rodziny o możliwych świadczeniach i uprawnieniach, z jakich rodzina może korzystać, a także poinstruowanie, co należy zrobić, by uzyskać pomoc ze strony innych instytucji. Natomiast, jeżeli chodzi o współpracę asystenta z rodziną wielodzietną, jego praca będzie polegała między innymi na poinformowaniu rodziny o przysługujących jej formach wsparcia, np. finansowego w postaci zasiłków celowych, okresowych bądź stałych. W swojej pracy powinien wykorzystać również pedagogizację zwróconą ku rodzicom w zakresie nauki robienia oszczędnych zakupów, prania, systematycznego kontaktowania się ze szkołą oraz właściwego przygotowania dzieci. Asystent pomaga również rodzinie w załatwianiu spraw urzędowych, uzupełnianiu dokumentów. Natomiast w przypadku rodziny z problemem alkoholowym asystent rodziny przede wszystkim motywuje osobę nadużywającą alkoholu oraz jej członków do podjęcia terapii, wspiera rodzinę, a także reaguje we właściwy sposób.

### **Metodyka pracy asystenta rodziny**

Najczęściej wybieraną metodą pracy z rodziną przez asystenta jest metoda prowadzenia indywidualnego przypadku, z elementami pracy grupowej i metody organizowania środowiska lokalnego. Natomiast do technik, jakimi posługują się w swojej pracy, możemy zaliczyć: towarzyszenie, przydzielanie zadań, pomoc rzeczową (meble, ubrania), informowanie, poradnictwo, różnego rodzaju treningi, poszerzenie kontaktów interpersonalnych, współpracę z innymi służbami społecznymi, podnoszenie samooceny, własnej wartości u rodziny. Innymi technikami są również motywowanie do podniesienia umiejętności rozwiązywania problemów, podejmowanie decyzji, podnoszenie samoświadomości oraz modelowanie i negocjacje.

### ■ **Cel badań**

Celem badań jest ocena niewydolności wychowawczej rodziny jako zadania asystenta rodziny.

### ■ **Materiał i metody**

Dane badawcze zostały zebrane w ramach indywidualnego wywiadu pogłębionego w kwietniu 2023 roku. Wywiad przeprowadzono z asystentem rodziny z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jarosławiu.

### ■ **Wyniki**

#### **Niewydolność wychowawcza rodziny jako zadanie dla asystenta rodziny – wywiad z pracownikiem Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jarosławiu**

##### **1. W jakiej instytucji Pani pracuje?**

Pracuję w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Jarosławiu.



## 2. Jaki jest Pani staż pracy?

Mój staż pracy to 3 lata i 5 miesięcy.

## 3. Ile rodzin ma Pani objętych asystenturą?

Pod moją opieką znajduje się obecnie 12 rodzin.

## 4. Ile dzieci wychowuje się w rodzinie objętej asystenturą?

Jeżeli chodzi o ogólną liczbę dzieci to jest ich w „moich” rodzinach 21 (11 dzieci znajduje się w rodzinach zastępczych bądź też placówce opiekuńczo-wychowawczej, a ja pomagam rodzinom je odzyskać).

## 5. Jakie najczęściej występują problemy w rodzinie?

Najczęstsze problemy:

- nieporadność życiowa rodziców, problemy w pokonywaniu wyzwań dnia codziennego, załatwianiu spraw urzędowych;
- nieporadność w kwestiach prowadzenia gospodarstwa domowego i prawidłowego zarządzania budżetem domowym (wydawanie pieniędzy na rzeczy niepotrzebne, np. gotowe jedzenie, słodycze, papierosy, alkohol, co w rezultacie powoduje brak środków na rachunki czy leki dla dzieci w razie zachorowania);
- niechęć do podejmowania pracy zarobkowej, lenistwo (przyzwyczajenie do życia z zasiłków często przenoszone z pokolenia na pokolenie);
- niechęć dzieci do nauki szkolnej, wagarowanie, uzyskiwanie słabych wyników w nauce;
- problemy opiekuńczo-wychowawcze z dziećmi, nieporadność rodziców w kwestii egzekwowania od dzieci posłuszeństwa czy wypełniania obowiązków domowych, a nawet odrobienia zadań domowych czy uczęszczania na zajęcia lekcyjne;
- zachowania nieakceptowane społecznie u dzieci, jak upijanie się, palenie marihuany, wandalizm;
- ponadto, alkoholizm rodziców, przemoc w rodzinie, choroby psychiczne.

## 6. Jaka dokumentacja obowiązuje w pracy asystenta rodziny?

Asystent rodziny prowadzi dokumentację w teczce osobowej rodziny. Teczka zawierać musi wniosek pracownika socjalnego lub rodziny o przydzielenie rodzinie asystenta oraz diagnozę rodziny, sporządzoną również przez pracownika socjalnego. Na tej podstawie, oraz na podstawie swoich spostrzeżeń poczynionych podczas wizyty w środowisku, asystent rodziny sporządza ocenę sytuacji rodziny, a także plan pracy z rodziną, który tworzony jest przy udziale rodziny oraz w konsultacji z pracownikiem socjalnym. Teczka osobowa zawiera także informację o przetwarzaniu danych osobowych oraz zgodę rodziny na współpracę z asystentem rodziny. Następnie, asystent rodziny prowadzi notatki z wizyt w środowisku oraz w innych instytucjach, jak szkoła. Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna itp. Ponadto, nie rzadziej niż co pół roku asystent rodziny sporządza okresową ocenę sytuacji rodziny, która podlega kontroli dyrektora lub kierownika ośrodka.

### 7. Ile czasu poświęca asystent rodzinie?

Asystent rodziny spędza w rodzinie odpowiednią ilość czasu w zależności od potrzeb. Jednorazowo może być to nawet około 3 godzin.

### 8. Kto może skorzystać ze wsparcia asystenta rodziny?

Ze wsparcia asystenta rodziny skorzystać mogą rodziny przeżywające trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczej. Zatem, są to rodziny wieloproblemowe, a także zagrożone wykluczeniem społecznym lub wykluczone społecznie, w których wychowują się małoletnie dzieci, lub których dzieci zostały okresowo umieszczone w pieczy zastępczej.

### 9. Z jakimi rodzinami pracuje asystent rodziny?

Asystent rodziny pracuje z rodzinami, które przeżywają problemy opiekuńczo-wychowawcze i w których wychowują się dzieci do 18. r.ż., a także z rodzinami, którym dzieci zostały odebrane i umieszczone w pieczy zastępczej, a które starają się o ich odzyskanie i powrót do rodziny.

### 10. Ile trwa współpraca asystenta z rodziną?

Współpraca z rodziną jest długofalowa, w zależności od potrzeb rodziny prowadzona średnio przez 2–3 lata. W przypadku braku współpracy rodziny w realizacji planu pracy możliwe jest podjęcie decyzji o wcześniejszym zakończeniu pracy asystenta, bądź w sytuacji rezygnacji przez rodzinę ze wsparcia.

## ■ Wnioski:

1. Główny wątek, który wyłonił się z badań, potwierdził, że żadna rodzina nie zachowuje się tak samo – a wszystkie rodziny doświadczają pewnego poziomu dysfunkcji. Jest to specyficzny typ, w którym występują problematyczne interakcje, a następnie są ignorowane lub maskowane przez jego członków. Twierdzą, że w ich środowisku rodzinnym nie ma trudności. Powszechnie wiadomo, że każdy członek rodziny ostatecznie odgrywa aktywną rolę w kontynuacji dysfunkcji. Pozostawione bez kontroli wzorce mogą wpływać na dzieci w rodzinie przez całe życie, w tym pewnego dnia mogą odkryć, że stały się odbiciem własnych dysfunkcyjnych rodzin, w których kiedyś żyły.
2. Istnieje wiele przyczyn, które rozwijają taki stan rzeczy, który negatywnie wpływa na wszystkich jej członków. Jednak dysfunkcja dotyka szczególnie dzieci, ponieważ kształtuje ich rozumienie zdrowych relacji rodzinnych, co może skutkować zaniedbaniami emocjonalnymi. Ostatecznie powoduje to, że gdy dorosną, założą własne dysfunkcyjne rodziny. Środowisko rodzinne to miejsce, w którym człowiek uczy się rozumieć siebie, swój świat i interakcje z innymi ludźmi, dlatego w wielu badaniach stwierdzono, że dorastanie w dysfunkcyjnej rodzinie może negatywnie wpłynąć na wszystkie aspekty życia człowieka. Przede wszystkim dotyczy poczucia braku własnej wartości i tworzy zniekształcone poczucie tego, jak powinny wyglądać relacje, co może utrudniać funkcjonowanie w normalnych sprawach. Wśród pracowników socjalnych, których zadaniem jest zajmowanie się rodzinami niewydol-

- nymi edukacyjnie, coraz większego znaczenia nabiera praca asystenta rodziny.
3. Asystent rodziny współpracuje z rodzinami niewydolnymi wychowawczo nie tylko w kontekście trudności wychowawczych, ale również w sprawach życia codziennego.
  4. Asystent rodziny wspiera rodziny w przezwyciężaniu trudności, motywuje do poprawy sytuacji życiowej.
  5. Celem pracy asystenta rodziny jest przede wszystkim ukierunkowanie rodziny w takim stopniu, by w przyszłości mogła samodzielnie radzić sobie z własnymi problemami.
  6. Wspólna praca asystenta z rodziną wpływa nade wszystko na prawidłowe funkcjonowanie tych rodzin w społeczeństwie.

## Bibliografia

1. Hryniewiecka A.: Pomoc społeczna w liczbach, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2010.
2. Krasiejko I.: Zawód asystenta rodziny w procesie profesjonalizacji. Wstęp do teorii i praktyki nowej profesji społecznej, Wydawnictwo Edukacyjne „AKAPIT”, Toruń 2013.
3. Kotlarska-Michalska A.: Praca socjalna w rodzinie, z rodziną i dla rodziny w perspektywie ról zawodowych pracownika socjalnego i asystenta rodziny [w:] Żukiewicz A. (red.): Asystent rodziny. Nowy zawód i nowa usługa w systemie wspierania rodzin. Od opieki i pomocy do wsparcia, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2011.
4. Dębska-Cenian A.: Asystowanie – rozważania na temat istoty tego silnie zindywidualizowanego wsparcia [w:] Szpunar M. (red.): Asystentura – nowa metoda w pomocy społecznej w Polsce, Wydawnictwo MOPS w Gdyni, Gdynia 2011.
5. Dunajska A., Dunajska D., Klein B.: Asystentura w pomocy społecznej, Wydawnictwo Verlag Daschofer, Warszawa 2011.
6. Art. 15 Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.
7. Ziemska M.: Rodzina i dziecko, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1980.
8. Kawula S., Bągiel J., Janke A.W.: Pedagogika rodziny: obszary i panorama problematyki. – Wyd. 2 popr. i uzup. – Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek, 2006: 153–170: Próba pedagogicznej typologizacji rodzin Sygn. 95063 W: 86796, 87166, 87167 (Wyd. z 2000 r.).
9. Przybyłka A.: Dysfunkcja rodziny w okresie transformacji ustrojowej [w:] Polityka społeczna wobec reform, Katowice 1999.
10. Izdebska J.: Dziecko w rodzinie u progu XXI wieku. Niepokoje i nadzieje, Białystok 2000.
11. Lesiak E., Dobrzyńska-Mesterhazy A.: Rodziny w kryzysie: diagnoza i interwencja kryzysowa [w:] Badura-Madej W. (red.): Wybrane zagadnienia interwencji

- kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 1999.
12. Krasiejko I.: Metodyka działania asystenta rodziny. Różne modele pracy socjalnej i terapeutycznej z rodziną. Wydanie drugie, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2012.
  13. Art. 10 Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej.
  14. Smrokowska-Reichmann A.: Ci trudniejsi klienci. Jak pomagać rodzinie wieloproblemowej? „Wspólne Tematy” cz. 2, 2008.

## 8. Koordynowana opieka zdrowotna w aspekcie osób przewlekle chorych na podstawie doświadczeń innych państw – przegląd literatury

### Coordinated health care in the aspect of chronically ill people is based on the experience of other countries – literature review

Katarzyna Tomaszewska<sup>1, a</sup>, Bożena Majchrowicz<sup>2, b</sup>

1Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

2Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemysłu

<sup>a</sup> <https://orcid.org/0000-0002-2129-9107>

<sup>b</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3202-1407>

#### ■ Abstrakt

**Wstęp:** Starzenie się społeczeństwa prowadzi do stałego wzrostu liczby osób z chorobami przewlekłymi, a koszty społeczno-ekonomiczne związane z powikłaniami, niepełnosprawnością i przedwczesnymi zgonami oraz bezpośrednio koszty medyczne szybko rosną. Pomimo obecnej sytuacji demograficznej na świecie, zarządzanie chorobami przewlekłymi nie poprawiło się znacząco. Koordynacja opieki to model świadczenia opieki zdrowotnej stworzony w wyniku rosnącej świadomości występowania i kosztów chorób przewlekłych wśród populacji pacjentów oraz fragmentacji i ograniczeń systemu opieki zdrowotnej.

**Cel pracy:** Przedstawienie koordynowanej opieki zdrowotnej w aspekcie przewlekle chorych na podstawie doświadczeń innych państw.

**Materiał i metody:** W niniejszym artykule dokonano przeglądu piśmiennictwa oraz przeprowadzono wyszukiwanie ręczne w bazach polskich i zagranicznych czasopism naukowych poruszających problem koordynowanej opieki zdrowotnej. Jako wytyczne zastosowano zestaw słów kluczowych: koordynowana opieka zdrowotna, pacjent, choroba przewlekła oraz czas publikacji. W pracy wykorzystano ilościową technikę analizy dokumentów.

**Wyniki i wnioski:** Koordynacja opieki ma ogromne znaczenie dla pacjentów przewlekle chorych. Wiąże się ona z ogromnymi wyzwaniami. W krajach Unii Europejskiej i w Stanach Zjednoczonych zostały wdrożone różne interwencje, takie jak zarządzanie opieką, w celu poprawy koordynacji opieki nad pacjentami przewlekle chorymi. Istnieje potrzeba wprowadzenia koordynowanej opieki zdrowotnej w chorobach przewlekłych również w Polsce, w ramach której nastąpi potencjalna poprawa zarządzania chorobą przewlekłą, co zaowocuje większym bezpieczeństwem pacjentów.

**Słowa kluczowe:** koordynowana opieka zdrowotna, pacjent, choroba przewlekła.

#### ■ Abstract

**Introduction:** Population aging leads to a steady increase in the number of people with chronic diseases, and the socio-economic costs of complications, dis-

ability and premature death, as well as direct medical costs, are increasing rapidly. Despite the current demographic situation in the world, the management of chronic diseases has not improved significantly. Coordination of care is a model of health-care delivery created as a result of the growing awareness of the prevalence and costs of chronic diseases among patient populations and the fragmentation and limitations of the healthcare system.

**Aim of the study:** The presentation of coordinated health care in the aspect of chronically ill patients is based on the experience of other countries.

**Material and methods:** This article reviews the literature and performs a manual search in the databases of Polish and foreign scientific journals dealing with the problem of coordinated health care. As guidelines, a set of keywords was used: coordinated healthcare, patient, chronic disease and time of publication. The paper uses the quantitative technique of document analysis.

**Results and conclusions:** Coordination of care is of great importance for chronically ill patients. It involves huge challenges. Various interventions, such as care management, have been implemented in the European Union and the United States to improve the coordination of care for chronically ill patients. There is a need to introduce coordinated health care in chronic diseases also in Poland, within which there will be a potential improvement in chronic disease management, which will result in greater patient safety.

**Keywords:** coordinated health care, patient, chronic disease.

## ■ Wstęp

W polskim systemie ochrony zdrowia od lat narastają problemy, z którymi trudności mają również inne kraje na całym świecie. Problemy wynikają głównie z wciąż rosnących potrzeb pacjentów zwłaszcza chorych przewlekle i nieproporcjonalnych do nich budżetów przeznaczanych na ochronę zdrowia. Nakładają się na to rosnące różnicowania w jakości opieki medycznej, wynikające z odmienności w sposobach postępowania klinicznego obserwowanych pomiędzy poszczególnymi świadczeniodawcami i regionami geograficznymi [1]. W większości krajów wysoko rozwiniętych, które stworzyły efektywne mechanizmy finansowania świadczeń medycznych, polityka zdrowotna jest ukierunkowana na budowanie systemów skoncentrowanych na zaspokajaniu potrzeb pacjenta. Stworzenie takich mechanizmów służących przede wszystkim zwiększeniu efektywności wykorzystania dostępnych zasobów, ze szczególnym uwzględnieniem tak zwanych zasobów ludzkich, jest jednym z kluczowych czynników determinujących skuteczność i efektywność systemu opieki zdrowotnej [2].

Opieka koordynowana w swoim założeniu zakłada rozwiązanie problemów organizacji świadczeń udzielanych osobom cierpiącym na schorzenia przewlekle, osobom starszym. Jej istotą jest też poprawa efektywności, jakości i skuteczności świadczonych usług. Koncepcja koordynowanej opieki zdrowotnej (KOZ) narodziła się w Stanach Zjednoczonych, ale została także wdrożona lub jest wdrażana w wielu krajach Europy. W modelu opieki managed health care kluczową rolę odgrywa za-

rzządzanie, w którym zasadnicza jest koordynacja i kompleksowość świadczeń zdrowotnych. Kompleksowość oznacza liczne medyczne z różnych specjalności i rodzajów zabiegi, zaś koordynacja oznacza współpracującą ze sobą sieć dostawców usług medycznych o szerokim spektrum świadczeń medycznych. Taki model ma zapewnić dostęp szerokiego zakresu usług medycznych pacjentom, zapewniając w ten sposób ciągłość leczenia, opieki i wewnętrzny nadzór nad jego jakością [3].

Założeniem wprowadzenia opieki koordynowanej do systemu ochrony zdrowia jest zapewnienie lepszego zdrowia, zwiększenie jakości usług zdrowotnych oraz obniżenie kosztów leczenia. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2014 r., koordynowana opieka zdrowotna to usługi medyczne zarządzane i dostarczane osobom w sposób zapewniający uzyskanie kontinuum promocji zdrowia, zapobiegania chorobom, diagnozy, leczenia, zarządzania chorobami, rehabilitacji oraz paliatywnych usług medycznych, na różnych poziomach oraz w różnych miejscach systemu opieki zdrowotnej, zgodnie z zapotrzebowaniem, w okresie całego życia i w formie stałej dyskusji z pacjentami [1]. Model koordynowanej opieki zdrowotnej jako integrujący różne szczeble opieki i zapewniający pacjentom kompleksowość i ciągłość dostarczanych usług, jest rekomendowanym przez WHO jako docelowy dla systemów ochrony zdrowia. Zasadniczym wyróżnikiem opieki koordynowanej jest jej kompleksowość przejawiająca się w zapewnieniu dostępu do świadczeń oraz zarządzaniem ich jakością [4].

Główną zasadą opieki koordynowanej jest aktywne zaangażowanie i wzmocnienie roli pacjenta, co przekłada się na efekty świadczonej opieki zdrowotnej, satysfakcję pacjenta i świadczeniodawców oraz na efektywność ekonomiczną. Ważne jest przy tym ujęcie holistyczne, uwzględniające – oprócz samych pacjentów – także opiekunów oraz społeczności lokalnej [5].

### **Koordynowana Opieka Zdrowotna a choroby przewlekłe**

Starzenie się społeczeństwa prowadzi do stałego wzrostu liczby osób z chorobami przewlekłymi, a koszty społeczno-ekonomiczne związane z powikłaniami, niepełnosprawnością i przedwczesnymi zgonami, a także bezpośrednio koszty medyczne szybko rosną. Pomimo obecnego stanu rozwoju KOZ, zarządzanie chorobami przewlekłymi nie poprawiło się znacząco. WHO od dziesięcioleci wspiera model opieki nad chorymi przewlekle zarówno na poziomie mikro: pacjent i jego rodzina; mezo: organizacja opieki zdrowotnej i lokalna społeczność; makro: ustawodawstwo. Nowoczesna koncepcja zdrowia wskazuje dodatkowo na konieczną równowagę między sferą somatyczną, psychiczną i społeczną. W związku z powyższym proponuje się, aby systemy opieki zdrowotnej budować na strukturze wspierającej „zarządzanie chorobami przewlekłymi”, zależnie od lokalnych możliwości oraz potrzeb zdrowotnych pacjentów [6]. Model Opieki Przewlekłej (Chronic Care Model – CCM) jest szeroko stosowany jako wytyczne skutecznego leczenia chorób przewlekłych już od czasu jego pojawienia się w latach 90. Podkreśla potrzebę zmian w istniejącym systemie opieki zdrowotnej i medycznej w zakresie zarządzania chorobami przewlekłymi, przedstawiając czynniki, które są ważne dla właściwego

zarządzania nimi, tak jak np.: powiązanie z zasobami społeczności, refleksja nad charakterystyką instytucji opieki zdrowotnej, wsparcie samozarządzania, zaprojektowanie systemu dostarczania, wspomaganie podejmowania decyzji oraz utworzenie systemu informacji klinicznej. Podejście to zakłada, że społeczność i system opieki zdrowotnej powinny współpracować w celu poprawy wyników leczenia poprzez tworzenie „poinformowanych i aktywizowanych pacjentów” oraz „przygotowanych i proaktywnych zespołów praktykujących” oraz rozwijanie produktywnych relacji między pacjentami a zespołem praktyk [7].

Osoby, które doświadczają długotrwałych, przewlekłych schorzeń, często mają trudności z poruszaniem się w skomplikowanym i często nieznanym systemie ochrony zdrowia, szczególnie gdy wymagają specjalistycznych usług. Aby pomóc zmaksymalizować ich poziom funkcjonowania oraz jakość życia i stan zdrowia, zaleca się stworzenie modelu usług koordynacji opieki. Koordynacja opieki to ogólny termin określający procesy, w ramach których pracownicy służby zdrowia są klinicznie odpowiedzialni za monitorowanie i koordynację opcji i wyników opieki zdrowotnej dla osób, które doświadczają złożonych czynników społecznych, środowiskowych, finansowych i kulturowych wpływających na ich zdrowie. Ustalenia dotyczące koordynacji opieki w chorobach przewlekłych różnią się w zależności od kraju. Ogólnie rzecz biorąc, do celów koordynowanej opieki zdrowotnej zalicza się poprawę jakości życia konsumentów; zarządzanie i koordynację usług opieki zdrowotnej w celu zachęcenia konsumentów do korzystania z usług w sposób ciągły; zapewnienie wysokiej jakości interwencji oraz zmniejszenie fragmentacji opieki, w przypadku której zaangażowanych jest wiele metod leczenia. Funkcje personelu koordynującego opiekę, to zapewnianie opieki skoncentrowanej na osobie z grup ryzyka, ujawnienie funkcji opieki bezpośredniej, a mianowicie dostęp, ocena, udzielanie konsultacji, organizowanie opieki, zawieranie umów czy leczenie [8].

Wraz ze wzrostem złożoności świadczonych usług rośnie zapotrzebowanie na silniejszą podstawową opiekę zdrowotną zdolną do koordynowania opieki w ramach POZ na różnych poziomach. Miliony ludzi na całym świecie mają złożone potrzeby wykraczające poza to, co zazwyczaj zapewnia system opieki zdrowotnej. Fragmentaryzacja usług opieki zdrowotnej i społecznej powoduje, że pacjenci ze złożonymi potrzebami ponoszą główną odpowiedzialność za poruszanie się po własnej ścieżce poprzez usługi i świadczeniodawców i postrzegają systemy jako zamknięte i przytłaczające. W przypadku tych pacjentów koordynacja opieki i integracja usług opieki zdrowotnej i społecznej są jeszcze bardziej istotne. Chociaż cel koordynacji opieki jest powszechnie uzgodniony, nadal brakuje globalnego konsensusu wokół jednego modelu koncepcyjnego i występuje wiele niejasności w jej definicjach. Zarządzanie przypadkami jest prawdopodobnie najbardziej intensywną interwencją w opiece nad osobami o złożonych potrzebach zdrowotnych i społecznych. Zostało ono zdefiniowane jako ukierunkowane, oparte na społeczności i proaktywne podejście do opieki, które obejmuje wyszukiwanie przypadków, ocenę, planowanie opieki i koordynację opieki. Nawigacja po pacjencie to kolejne podejście, które pojawiło się w podstawowej opiece zdrowotnej jako środek łączący



pacjentów i rodziny z usługami podstawowej opieki zdrowotnej, opieką specjalistyczną oraz środowiskowymi usługami zdrowotnymi i społecznymi w celu zapewnienia holistycznej opieki skoncentrowanej na pacjencie. Niezależnie od przyjętego podejścia, istotnym wymiarem skutecznej koordynacji opieki jest zaangażowanie multidyscyplinarnego zespołu podstawowej opieki zdrowotnej, który funkcjonuje jako współpracująca, spójna jednostka, zapewniająca właściwą opiekę we właściwym miejscu, we właściwym czasie [9]. Skuteczność i jakość koordynacji opieki w całym systemie opieki zdrowotnej jest globalnym wyzwaniem, zwłaszcza w przypadku osób starszych o złożonych potrzebach w zakresie opieki. Różne interakcje, procedury i praktyki w ramach systemu nie są liniowe i rzadko są całkowicie racjonalne. Złożoność ta wynika z wymagań i struktur organizacyjnych, specjalistycznych kompetencji i umiejętności, potrzeb i wymagań pacjentów wynikających z wielochorobowości oraz czynników demograficznych [10, 11]. Ciągłość opieki jest zasadniczym elementem dobrze funkcjonujących systemów opieki zdrowotnej, a poprawa koordynacji podstawowej opieki zdrowotnej jest kluczowym elementem poprawy jakości systemu opieki zdrowotnej [12]. Badania wykazały, że poprawa koordynacji opieki sprzyja zmniejszeniu liczby przyjęć do szpitala wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi (z wyjątkiem osób z chorobami psychicznymi) oraz zmniejszeniu liczby wizyt na oddziałach ratunkowych (SOR) wśród starszych pacjentów [13].

W podstawowej opiece zdrowotnej rolę koordynatora opieki mogą pełnić specjaliści wywodzący się z różnych środowisk, w tym z pielęgniarstwa, pracy socjalnej, fizjoterapii i terapii zajęciowej, o ile posiadają niezbędne kompetencje. Wybór wyznaczonego koordynatora opieki często zależy od czynników kontekstowych, populacji będącej przedmiotem zainteresowania oraz celów programu. Rzeczywiście, fundamentalnym elementem koordynacji opieki jest holistyczna perspektywa opieki, która obejmuje uwzględnienie klinicznych/medycznych, jak również szerszych uwarunkowań zdrowia. To właśnie ta perspektywa zapewniła zarówno pielęgniarcom czy pracownikom socjalnym ich uprawnioną pozycję w organizowaniu i zarządzaniu opieką nad osobami przewlekle chorymi. W obu przypadkach pracownicy służby zdrowia i opieki społecznej nadal muszą ze sobą współpracować i w razie potrzeby wykorzystywać swoje unikalne umiejętności i specjalistyczną wiedzę. Praktyki podstawowej opieki zdrowotnej, które wdrożyły zespołowy model koordynacji opieki, w którym pracownik socjalny i dyplomowana pielęgniarka przeprowadzają wspólną ocenę pacjenta. Ten model koordynacji opieki okazał się skuteczny w zwiększaniu komunikacji między służbami zdrowia i opieki społecznej oraz w poprawie opieki nad osobami przewlekle chorymi [9, 14]. Uznając, że czynniki społeczne wpływają na wyniki zdrowotne pacjentów i wykorzystanie, systemy opieki zdrowotnej opracowały interwencje w celu zaspokojenia potrzeb społecznych pacjentów. Koordynacja opieki w sektorach opieki zdrowotnej i usług społecznych jest odrębną i ważną strategią odnoszącą się do społecznych uwarunkowań zdrowia, ale istnieją ograniczone informacje na temat tego, jak koordynacja opieki działa w tym kontekście. Wyniki badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych wskazują, że ocena potrzeb pacjenta, osobisty kontakt z pacjentem i znorma-

lizowane protokoły koordynacji opieki są wspólne dla wszystkich programów łączących opiekę zdrowotną i usługi społeczne. Jednak publikacje omawiające te programy zawierają niewiele szczegółów na temat kluczowych elementów koordynacji opieki [15].

Koordynację opieki w chorobach przewlekłych można również ogólnie opisać jako celowe organizowanie opieki nad pacjentem przez wielu uczestników, któremu towarzyszy wymiana odpowiednich informacji w celu poprawy bezpieczeństwa i skuteczności usług. W systematycznych i opisowych przeglądach podsumowano obszerną literaturę na temat koordynacji opieki w różnych dyscyplinach opieki zdrowotnej, w tym w podstawowej opiece zdrowotnej, behawioralnej opiece zdrowotnej i opiece specjalistycznej. Jednak istniejące badania nie koncentrowały się na koordynacji opieki w sektorach opieki zdrowotnej i usług społecznych. We wcześniejszych przeglądach systematycznych udokumentowano interwencje kliniczne mające na celu zaspokojenie potrzeb społecznych pacjentów, ale nie dostarczyły one szczegółów na temat konkretnej praktyki koordynacji opieki w ramach tych interwencji. Koordynacja opieki obejmująca opiekę zdrowotną i usługi społeczne zaskądguje na szczególną uwagę, ponieważ organizacje w tych sektorach często różnią się strukturą organizacyjną, finansowaniem, kulturą pracy i innymi czynnikami. Te różnice tworzą bariery dla skutecznych partnerstw, które nie istnieją przy koordynowaniu opieki w ramach systemu opieki zdrowotnej. Jest zatem prawdopodobne, że koordynacja opieki w ramach opieki zdrowotnej i usług społecznych przejawia się inaczej niż koordynacja między specjalizacjami w ramach opieki zdrowotnej. Jednak żadne badania nie zsyntetyzowały literatury, aby zidentyfikować ważne aspekty tego rodzaju koordynacji opieki, pozostawiając potencjalne braki w zrozumieniu przez badaczy i praktyków [11].

Koordynacja opieki była powszechnym narzędziem w praktykach, które miały na celu zarządzanie złożonymi pacjentami, jednak nadal istnieje niejasność co do najbardziej efektywnego i trwałego modelu [12].

W Korei Południowej ogłoszono plan „Pilotażowego projektu zarządzania chorobami przewlekłymi w podstawowej opiece zdrowotnej” i wprowadzono system stopniowego wzmocnienia zarządzania chorobami przewlekłymi w oparciu o usługi podstawowej opieki zdrowotnej. Obecny projekt pilotażowy obejmuje tworzenie planów opieki nad pacjentami z nadciśnieniem tętniczym i cukrzycą przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczenie usług koordynacji opieki w oparciu o te plany. Koordynacja opieki odnosi się do szeregu działań, które pomagają pacjentom i ich rodzinom w skuteczniejszym samodzielnym radzeniu sobie z ich stanem zdrowia i związanymi z nimi problemami psychospołecznymi, koordynowaniem ich opieki wśród wielu świadczeniodawców zdrowotnych i społecznych, wypełnianiem luk w opiece i otrzymywaniem odpowiedniego poziomu opieki. Wiele krajów, takich jak Wielka Brytania, Holandia, Stany Zjednoczone i Japonia wprowadziły już systemy koordynacji opieki w leczeniu chorób przewlekłych lub wdrożyły usługi koordynacji opieki w ramach krajowego systemu opieki zdrowotnej. Takie środki okazały się skuteczne w zmniejszaniu kosztów medycznych i unikaniu niepo-

trzebnego korzystania z systemu szpitalnego przez osoby fizyczne. Przyczyną trudności we wprowadzeniu systemu koordynacji opieki może być brak doświadczenia i zasobów w zakresie leczenia chorób przewlekłych [6]. Dlatego ważne jest, aby jedna instytucja prowadziła koordynację usług opiekuńczych i jednocześnie zachęcała do udziału innych usługodawców. Ponadto należy zagwarantować udział pracowników służby zdrowia w celu świadczenia kompleksowych usług i komunikowania się z usługodawcami [16].

Najważniejszymi elementami zapewniania jakości usług w perspektywie długoterminowej jest treść usług oferowanych przez koordynatora opieki oraz szkolenie personelu. Jednak nierealne jest prowadzenie programów edukacyjnych opracowanych w innych krajach przy braku usługi koordynacji opieki. Logiczne jest zarządzanie jakością i kształcenie personelu w oparciu o usługi, które dzięki wdrożeniu systemu można efektywnie wykonywać. Dlatego programy edukacyjne dla personelu powinny być stale rozwijane poprzez łączenie kształcenia teoretycznego z praktyką usług świadczonych na miejscu, a nie poprzez standaryzację procesów [7].

Pacjenci przewlekle chorzy stanowią około połowy dorosłej populacji Stanów Zjednoczonych i odpowiadają za ponad 80% kosztów opieki zdrowotnej. Przewlekle chorzy pacjenci potrzebują pomocy w różnym zakresie, aby poradzić sobie ze swoim stanem zdrowia. Pacjenci ci często przechodzą przez różne placówki opieki, takie jak szpital, przychodnia i dom opieki czy opieka domowa. Koordynacja opieki ma zatem ogromne znaczenie dla pacjentów przewlekle chorych. Wiąże się ona z wyzwaniem, takim jak ograniczona wymiana informacji między osobami w różnych placówkach opieki i nieodpowiednia opieka uzupełniająca. Różne interwencje, takie jak zarządzanie opieką, zostały wdrożone w celu poprawy koordynacji opieki nad pacjentami przewlekle chorymi, co z kolei może skutkować poprawą koordynacji opieki i wyników pacjentów [17]. Koordynacja jest szeroko stosowaną koncepcją w wielu różnych dyscyplinach. Szereg definicji w literaturze opisuje cechy koordynacji, które identyfikują współzależność jako główną cechę koordynacji, a także określają komunikację i monitorowanie jako rodzaje działań koordynacyjnych [18].

W wielu krajach coraz więcej osób żyje dłużej z (wieloma) chorobami przewlekłymi. Aby utrzymać jakość życia i lepiej zaspokoić potrzeby tych ludzi, kraje dostosowują swoje systemy opieki zdrowotnej i społecznej. Poprawa ciągłości, koordynacji i integracji opieki oraz priorytetowe traktowanie podejścia relacyjnego skoncentrowanego na osobie to główne elementy przebudowy systemu w Unii Europejskiej i Stanach Zjednoczonych. Aby ukierunkować transformację w kierunku bardziej skoncentrowanej na osobie i zintegrowanej opieki, ocena „doświadczeń pacjenta” – która jest koncepcyjnie związana z opieką skoncentrowaną na osobie – staje się coraz ważniejsza [19]. Istnieje rozbieżność między sposobem zapewniania opieki (zależnie od choroby) a potrzebami (skoncentrowana na pacjencie), co skutkuje fragmentaryczną opieką i nieoptymalną jakością, co prowadzi do złych wyników, w tym możliwych do uniknięcia zdarzeń niepożądanych, hospitalizacji i instytucjonalizacji, a także jako zwiększone koszty. Wiele osób z chorobami przewlekły-

mi napotyka bariery w dostępie do opieki lub ma trudności z poruszaniem się po systemie opieki zdrowotnej w celu uzyskania potrzebnych usług, przez co cierpi na możliwe do uniknięcia i kosztowne choroby w późnym stadium. Fragmentaryczna opieka zbyt często prowadzi do problemów, w tym interakcji lek-lek lub lek-choroba, powielania terapii, polipragmacji, sprzecznych i mylących zaleceń lub schematu leczenia, który jest skomplikowany, uciążliwy i trudny do zapamiętania. Transformacja opieki nad osobami z chorobami przewlekłymi wymaga zorganizowania opieki zdrowotnej w kontekście ich życia, z poszanowaniem ich wartości i preferencji, popartą badaniami klinicznymi i wytycznymi, które dostarczają potrzebnych dowodów i wskazówek dotyczących radzenia sobie z chorobami współistniejącymi [20].

Opieka skoncentrowana na pacjencie i koordynacja opieki to kluczowe obszary priorytetowe dla zapewnienia wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Jednak przecięcie tych dwóch pojęć jest słabo scharakteryzowane. Większy postęp w jakości opieki zdrowotnej można osiągnąć, gdy opieka jest zorganizowana w sposób zgodny z preferencjami, potrzebami i wartościami pacjentów na każdym poziomie systemu opieki zdrowotnej. Zarówno w badaniach naukowych, jak i w praktyce opieka skoncentrowana na pacjencie i koordynacja opieki są często traktowane jako odrębne byty, jednak takie podejście ma ograniczenia. Opieka skoncentrowana na pacjencie jest zwykle rozumiana jako opieka zgodna z preferencjami, potrzebami i wartościami pacjentów. Choć stanowią użyteczny punkt wyjścia, takie definicje generalnie nie odnoszą się do szerszego kontinuum świadczenia opieki zdrowotnej, skupiając się zamiast tego na diadzie pacjent-lekarz. Z kolei definicje koordynacji opieki podkreślają wymiar organizacyjny. Na przykład pierwotna definicja Amerykańskiej Agencji ds. Badań i Jakości Opieki Zdrowotnej definiuje koordynację opieki jako „celowe organizowanie czynności związanych z opieką nad pacjentem i wymianę informacji między wszystkimi uczestnikami zajmującymi się opieką nad pacjentem w celu zapewnienia bezpieczniejszej i skuteczniejszej opieki”. Chociaż ta koncepcja wyraźnie odwołuje się do bezpieczeństwa i skuteczności, pomija koncentrację na pacjencie, czyli uwzględnianie preferencji, potrzeb i wartości pacjenta w opracowywaniu, realizacji i koordynacji planów opieki. Kilka modeli integruje koncepcje opieki skoncentrowanej na pacjencie z koordynacją opieki i odwrotnie [21]. Jednak wstępne przeszukanie literatury nie przyniosło opublikowanego przeglądu opisującego koncepcję koordynacji opieki skoncentrowanej na pacjencie jako pojedynczej konstrukcji.

Koordynacja opieki w celu promowania ciągłości usług zdrowotnych ma zasadnicze znaczenie dla poprawy bezpieczeństwa i skuteczności systemu opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych, zwłaszcza w przypadku szybko starzejącej się populacji w połączeniu z rosnącą liczbą dorosłych cierpiących na choroby przewlekłe, których wydatki na opiekę zdrowotną wynoszą 3,8 biliona dolarów rocznie. Opracowanie strategii zapobiegania rozdrobnieniu opieki obejmuje zorganizowane działania w zakresie opieki nad pacjentem i efektywną wymianę informacji między wszystkimi członkami zespołu w celu zapewnienia bezpiecznej, zintegrowanej i dostępnej opieki. Mimo że koordynacja opieki została uznana przez Institute of Medi-

cine za kluczową strategię poprawy opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych, badania ujawniły utrzymujące się luki w zmianach opieki, przyczyniające się do niepożądanych zdarzeń zdrowotnych, niepotrzebnych hospitalizacji i złych doświadczeń pacjentów. Istnieje potrzeba poprawy koordynacji opieki w zakresie zdrowia publicznego, w ramach której zespół opieki zdrowotnej współpracuje i stara się zapewnić opiekę wysokiej jakości, potencjalnie poprawiając bezpieczeństwo pacjentów i wyniki zdrowotne [22].

## ■ Podsumowanie

Biorąc pod uwagę znaczenie ciągłej opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi, obowiązkiem pracowników służby zdrowia jest planowanie i promowanie strategii zapewniających zaspokojenie potrzeb pacjentów i opiekunów. Jednym z kluczowych aspektów koordynacji opieki jest identyfikacja osób wymagających szczególnego traktowania oraz aktywizacja ich i ich opiekunów, uruchamiając odpowiednie działania. Oczekuje się, że wykorzystanie technologii do nadzoru epidemiologicznego i rozwoju interwencji poprawi dostęp i równość [23].

## Bibliografia

1. Kowalska K.: Koordynowana opieka zdrowotna. Doświadczenia międzynarodowe, propozycje dla Polski, Warszawa 2013.
2. Kita A.: Koordynacja jako element nowoczesnej opieki nad pacjentem onkologicznym. Specyfika aktywności zawodowej koordynatorów, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2019; 17(2): 74–80.
3. Rabiasz R., Dobrowolska B.: Zarys problemów w kompleksowej opiece nad pacjentem w POZ po planowanych zmianach w ochronie zdrowia, *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2018; 17(2(63)).
4. Schrijvers G.: Opieka koordynowana. Lepiej i taniej, Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2017.
5. Opieka koordynowana? Tam, gdzie już działa, przynosi efekty, *Polityka Zdrowotna*, 2018. <https://www.politykazdrowotna.com/31135,opieka-koordynowana-tam-gdzie-juz-dziala-przynosi-efekty> [dostęp: 01.05.2023].
6. Kurpas D., Mroczek B.: CCM (Chronic Care Model) w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, *Family Medicine & Primary Care Review*, 2014; 16(3): 309–312.
7. Lee JJ., Bae SG.: Implementation of a care coordination system for chronic diseases, *Yeungnam Univ J Med.*, 2019; 36(1): 1–7. doi: 10.12701/yujm.2019.00073. Epub 2018 Dec 20. PMID: 31620605; PMCID: PMC6784624.
8. Heslop L., Cranwell K., Burton T.: Care coordination for chronic and complex health conditions: An experienced based co-design study engaging consumer and clinician groups for service improvement, *PLoS One*, 2019; 14(10): e0224380. doi: 10.1371/journal.pone.0224380. PMID: 31671167; PMCID: PMC6822704.
9. Karam M., Chouinard MC., Poitras ME., Couturier Y., Vedel I., Grgurevic N., Hudon C.: Nursing Care Coordination for Patients with Complex Needs in Pri-

- mary Healthcare: A Scoping Review, *Int J Integr Care.*, 2021; 21(1): 16. doi: 10.5334/ijic.5518. PMID: 33776605; PMCID: PMC7977020.
10. Persson MH., Søndergaard J., Mogensen CB., Skjøt-Arkil H., Andersen PT.: Healthcare professionals' experiences and attitudes to care coordination across health sectors: an interview study, *BMC Geriatr.*, 2022; 22(1): 509. doi: 10.1186/s12877-022-03200-6. PMID: 35729544; PMCID: PMC9210644.
  11. Williams MD., Asiedu GB., Finnie D., Neely C., Egginton J., Finney Rutten LJ., Jacobson RM.: Sustainable care coordination: a qualitative study of primary care provider, administrator, and insurer perspectives, *BMC Health Serv Res.*, 2019; 19(1): 92. doi: 10.1186/s12913-019-3916-5. PMID: 30709349; PMCID: PMC6359857.
  12. Albertson EM., Chuang E., O'Masta B., Miake-Lye I., Haley LA., Pourat N.: Systematic Review of Care Coordination Interventions Linking Health and Social Services for High-Utilizing Patient Populations, *Popul Health Manag.*, 2022; 25(1): 73–85. doi: 10.1089/pop.2021.0057. Epub 2021 Jun 16. PMID: 34134511; PMCID: PMC8861924.
  13. Misra V., Sedig K., Dixon DR., Sibbald SL.: Prioritizing coordination of primary health care, *Can Fam Physician.*, 2020; 66(6): 399–403; Erratum in: *Can Fam Physician.*, 2020; 66(8): 554. PMID: 32532718; PMCID: PMC7292521.
  14. Chen CC., Chiang YC., Lin YC., Cheng SH.: Continuity of Care and Coordination of Care: Can they Be Differentiated? *Int J Integr Care.*, 2023; 23(1): 10. doi: 10.5334/ijic.6467. PMID: 36819617; PMCID: PMC9936907.
  15. Möckli N., Espinosa JA., Simon M., Meyer-Masseti C., Zúñiga F.: Clarifying the muddy concept of home healthcare coordination: A comprehensive theoretical framework, *Heliyon*, 2023; 9(3): e14243. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e14243. PMID: 36967915; PMCID: PMC10031358.
  16. Fitzgerald TM., Williams PA., Dodge JA., Quinn M., Heminger CL., Moultrie R. et al.: Program implementation approaches to build and sustain health care coordination for type 2 diabetes, *Health Promot Pract.*, 2017; 18: 306–13.
  17. Berkowitz SA., Parashuram S., Rowan K., Andon L., Bass EB., Bellantoni M., Brotman DJ., Deutschendorf A., Dunbar L., Durso SC., Everett A., Giuriceo KD., Hebert L., Hickman D., Hough DE., Howell EE., Huang X., Lepley D., Leung C., Lu Y., Lyketsos CG., Murphy SME., Novak T., Purnell L., Sylvester C., Wu AW., Zollinger R., Koenig K., Ahn R., Rothman PB., Brown PMC.: Johns Hopkins Community Health Partnership (J-CHiP) Team. Association of a Care Coordination Model With Health Care Costs and Utilization: The Johns Hopkins Community Health Partnership (J-CHiP), *JAMA Netw Open.*, 2018; 1(7): e184273. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.4273. PMID: 30646347; PMCID: PMC6324376.
  18. Kianfar S., Carayon P., Hundt AS., Hoonakker P.: Care coordination for chronically ill patients: Identifying coordination activities and interdepen-

- dencies, *Appl Ergon.*, 2019; 80: 9–16. doi: 10.1016/j.apergo.2019.05.002. Epub 2019 May 20. PMID: 31280815; PMCID: PMC8610785.
19. Rijken M., Close J., Menting J., Lette M., Stoop A., Zonneveld N., de Bruin SR., Lloyd H., Heijmans M.: Assessing the experience of person-centred coordinated care of people with chronic conditions in the Netherlands: Validation of the Dutch P3CEO, *Health Expect.*, 2022; 25(3): 1069–1080. doi: 10.1111/hex.13454. Epub 2022 Mar 23. PMID: 35318778; PMCID: PMC9122454.
  20. Bierman AS., Wang J., O'Malley PG., Moss DK.: Transforming care for people with multiple chronic conditions: Agency for Healthcare Research and Quality's research agenda, *Health Serv Res.*, 2021; 56 (Suppl 1): 973–979. doi: 10.1111/1475-6773.13863. Epub 2021 Sep 6. PMID: 34378192; PMCID: PMC8515222.
  21. Khanna A., Fix GM., Anderson E., Bolton RE., Bokhour BG., Foster M., Smith JG., Vimalananda VG.: Towards a framework for patient-centred care coordination: a scoping review protocol, *BMJ Open*, 2022; 12(12): e066808. doi: 10.1136/bmjopen-2022-066808. PMID: 36456025; PMCID: PMC9716881.
  22. Kilbourne AM. et al.: A research agenda for care coordination for chronic conditions: aligning implementation, technology, and policy strategies, *Translational Behavioral Medicine*, 2018; 8(3): 515–521.
  23. Geboy AG., Nichols WL., Fernandez SJ. i in.: Wykorzystanie elektronicznej dokumentacji medycznej w celu wyeliminowania wirusowego zapalenia wątroby typu C: badania przesiewowe w dużym zintegrowanym systemie opieki zdrowotnej, *PLoS One*, 2019; 14(5): e0216459.





## 9. Socio-economic situation of people over 50

### Sytuacja społeczno-ekonomiczna osób po 50. roku życia

Wiktorja Dudek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Student Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

#### ■ Abstract

**Introduction:** The problem of the aging of the population is an important phenomenon of the 21st century. Life expectancy in Europe continues to increase. This is related to the increase in the number of elderly people in relation to the rest of society, and thus, with the adversities with which these people and society must struggle.

**Purpose of the article:** The aim of the study is to indicate the problems faced by people over 50 in Poland.

**Conclusions:** People over 50 have enormous potential related to, inter alia, life experience, which the society should appreciate and use, especially in the aspect of professional work or family life. The task of the state and of every younger citizen is therefore to ensure that every representative of the older generation has a chance to fulfill their goals, dreams, develop or live in dignity, healthy and without fear of another day.

**Keywords:** social situation, economic situation, people over 50.

#### ■ Abstrakt

**Wstęp:** Problem starzenia się społeczeństwa jest ważnym zjawiskiem XXI wieku. Średnia długość życia w Europie stale rośnie. Wiąże się to ze wzrostem liczby osób starszych w stosunku do reszty społeczeństwa, a co za tym idzie – z przeciwnościami losu, z jakimi muszą zmagać się te osoby i społeczeństwo.

**Cel pracy:** Celem artykułu jest wskazanie problemów, z jakimi borykają się osoby po 50. roku życia w Polsce.

**Wnioski:** W osobach po 50. roku życia drzemie ogromny potencjał związany m.in. z doświadczeniem życiowym, które społeczeństwo powinno docenić i wykorzystać, szczególnie w aspekcie pracy zawodowej czy życia rodzinnego. Zadaniem państwa i każdego młodszego obywatela jest zatem zapewnienie każdemu przedstawicielowi starszego pokolenia szansy na realizację swoich celów, marzeń, rozwój lub życie godne, zdrowe i bez obawy o kolejny dzień.

**Słowa kluczowe:** sytuacja społeczna, sytuacja ekonomiczna, osoby po 50. roku życia.

## ■ Introduction

The problem of aging is considered by many to be one of the most important phenomena of the 21st century. Its impact on the economy and social life is undeniable. More and more often we discover old age as a phase of life which does not have to be associated with health loss and inevitable dependence on other people, but it creates new opportunities [1].

Miszczak describes “aging” as a completely natural process that follows maturity. Changes during this period relate largely to metabolism, changes in the ability to regenerate cells in the human body. It is still a poorly understood process and the difficulties in finding specific causes are related with a multitude of factors that affect these causes. Miszczak points out that “objectively there is no natural or biological threshold of old age. The connection of the beginning of this period in life with the chronological age is purely contractual and is related to the establishment and development of the social security system, administrative proceedings regarding the retirement procedure and withdrawal from the economic activity of a given individual” [2]. Aging is therefore an established process with many consequences.

The aging of the society is influenced by many factors of an economic, political, moral or extraordinary nature. Lipczyńska points out that the direct factors are migration, mortality and the number of births. Thanks to high fertility, the number of children in the age structure of the society is higher and contributes to a lower share of older people in this structure.

### **The situation of people over 50**

The family is the first and at the same time one of the most important social groups to which a person belongs from birth to death. The most important needs, such as belonging, recognition, self-fulfillment, security and respect, are satisfied here. These needs and how they are met vary depending on the stage of life. The family is the primary place of life activity for children (before starting their studies) and for the oldest ones (after the end of their professional career). The family is also the most important source of support and care for these generations. You hear more and more these days about the growing interest in institutions such as nursing homes and day care homes. These places satisfy basic living needs, but often they are not able to satisfy the spiritual, emotional or psychological ones. Deteriorating physical and mental fitness increases the need of older people for closeness, familiarity, and the need to be useful<sup>29</sup>. Therefore, the primary place of existence of an old man should undoubtedly be the family environment, and in exceptional cases of a far-reaching disability – institutionalized care<sup>30</sup>.

An important aspect influencing the family life of people over 50 is their marital status. According to data from the Central Statistical Office of Poland, the vast

majority of women aged 50–59 (72.4%) are married. With age, the number of married women gradually decreases and the number of widows increases, so that in the age range of 80 and more it is at the level of 13.1% of married women and 79.9% of widows. Age also affects the number of virgins and divorced women, the number of which in the total number of women aged 50+ is gradually decreasing. The table below presents the marital status of the population over 50 in Poland.

**Table 1. Marital status of the population after 50 years of age**

sex age	Overall (in thousand)	Cavaliers, Virgo	Married	Widowers, widows	Divorced, Divorced	Indefinite
<b>Men</b>	15652,2					
50–59	2822,8	11,3%	78,3%	2,7%	7,1%	0,7%
60–69	1706,5	6,0	81,9	6,3	5,4	0,4
70–79	969,5	3,8	78,6	14,6	2,8	0,3
80 and more	404,0	2,4	61,9	33,8	1,6	0,3
<b>women</b>	17027,4					
50–59	3000,0	6,4	72,4	11,6	9,1	0,4
60–69	2062,5	5,3	59,9	27,7	6,8	0,3
70–79	1527,4	3,9	36,4	55,8	3,7	0,3
80 and more	943,7	4,6	13,1	79,9	1,9	0,5

Source: GUS, 2011: Population. Demographic and social condition and structure. 2011 National Population and Housing Census, p. 64, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warsaw.

The data indicate that the difference between married and widowed men is not as drastic as that of women. In the 50–59 age bracket, married people and widowers are 78.3% and 2.7%, respectively, while in the 80 and more age bracket, married people are 61.9% and widowers are 33.8%. The percentage of bachelors also decreases with age, from 11.3% in the age of 50–59 to 2.4% in the age of 80 and more. Such a significant discrepancy in the number of widows (79.9%) and widowers (33.8%) is due to the fact that women live longer than men. According to GUS data, the difference between the life expectancy of a woman and a man is about 8–9 years. This disproportion consequently affects the lack of the feeling of closeness, belonging and familiarity, which are important for mental health. So old age for men mostly means living with another person, and for women - most often loneliness [1]. That is why, after the death of the spouse, contact with children, extended family and the immediate environment is so important.

The authors emphasize the importance of social roles in the life of older people. The family as the basis of social life is connected with the roles of friends, friend-

ships, and social roles, but also with the role of a neighbor. Older people are members of housing communities and local communities. Neighbors often expect wisdom and knowledge from them, which is the result of life experience. Therefore, the elderly can act as advisers and mediators, thanks to which they have a chance to find recognition and gain respect in their immediate environment [2].

### **Healthcare**

Health and fitness are one of the most important aspects of life in late adulthood. Everyone hopes to live healthy as long as possible, fearing the moment when disease or infirmity will affect their functioning. Consequently, the growing number of elderly people somehow forces the state to constantly develop and support a social policy that will allow the society to age in health. Thanks to the progress of medicine, we can already observe an increase in life expectancy, which may have an impact on the emergence of economic and social problems [3].

Older people are more and more aware of the role of physical, social and professional activity. It is related to the desire to ensure health, independence and productivity in old age - these are the three crucial spheres determining the optimal quality of life [3]. Nevertheless, research shows that the health condition of the Polish population deteriorates significantly with age. Already 27.7% of people aged 50 to 54 assess their health as "bad". In people aged 80 and more, this percentage is 40.4%. Poland ranks 4th from the bottom among 32 countries surveyed in terms of health self-assessment. According to Frąckiewicz, periods in history when many economic and social changes took place could have had a significant impact on the health of the elderly. The author emphasizes that despite the declared poor health, as many as 21.9% of respondents do not use medical assistance. This may be due to a lack of treatment habits that develop at a younger age, or because of education (which is lower in older people) [4]. Przybyłka points out that health in early and late old age may also be influenced by factors such as the use of stimulants, poor sanitary and hygienic conditions, stress, improper nutrition, lack of recreation or reduced physical activity [5]. Frąckiewicz divides the factors affecting health into:

1. ecological factors – i.e. where the person was born and the environment in the place of current residence;
2. standard of living – income achieved by a given person and his family, consumption structure and household equipment;
3. individual socio-professional and cultural characteristics – that is, the level of education, class or social class, marital status or profession;
4. lifestyle – food quality, used stimulants (alcohol, cigarettes, psychoactive substances) [4].

In addition to self-esteem, an important aspect are also other long-term health problems that emphasize the poor health situation of Poles. According to research by the Central Statistical Office (GUS) from 2009, nearly 90% of the elderly surveyed suffer from a chronic illness or have other long-term health problems. The

most common and most frequently indicated problem was hypertensive disease, which half of the respondents suffered from, followed by coronary heart disease (every third respondent) and diabetes (every sixth respondent). Tuberculosis is also a big problem, due to the decline in immunity, affecting about 2,000 elderly people (1/4 of cases in the whole country), and cancer [1].

With age, eyesight and hearing also deteriorate. Already more than 90% of elderly people wear glasses, every 12th person uses a hearing aid (at the age of 80 or more, every ninth person) and 1/3 of the respondents have problems with hearing a conversation. These problems may contribute to limiting the possibility of independent functioning. Older people have problems with basic household activities or taking care of themselves. Preparing meals, shopping or everyday toilet are a challenge for a single person (every sixth elderly person) [1].

Thanks to the development of medicine and better access to medical care, many diseases of late adulthood can be detected early, which will contribute to a milder course or complete elimination of the problem. An important role here is played by the promotion of health and education of the society, so as to take care of one's own dignified and healthy old age already in youth [6].

### **Housing situation**

Nowadays, the standard of most flats and houses is at a much higher level than in the past and is constantly improving. According to the data, the percentage of flats equipped with basic equipment and inhabited by seniors was slightly lower than the rest of the population. Most of this is not due to the lack of financial resources, but to the lack of demand and willingness on the part of the elderly to obtain these devices [7].

The table below shows the percentage of individual installations present in the homes of people over 50. Based on these data, it can be seen that the housing situation of seniors in cities is better than that of those living in the countryside.

The biggest difference concerns access to hot water (4.7%), bathroom (5.7%) and a flush toilet (5.8%). Seniors, both in towns and in the countryside, can enjoy access to the water supply (99.9% and 98.4% of households, respectively) and gas installations (93.3% in the city and 92.4% in the countryside). Seniors in cities have greater access to central heating (88.8% in the city and 78.5% in the countryside), while in the countryside the stove is used more often (21.2% in the countryside and 11.0% in the city). According to the data, 85.9% of apartments used by seniors provides thermal comfort [8]. The table below shows a comparison of the number of households of older people in rural and urban areas, which are equipped with individual installations.

**Table 2. Comparison of the number of elderly households in rural and urban areas that are equipped with individual installations**

	City	Countryside
<b>Waterworks</b>	99,9%	98,4%
<b>flush lavatory</b>	98,9%	93,1%
<b>Bathroom</b>	98,3%	92,6%
<b>Hot running water</b>	99,0%	94,3%
<b>Gas</b>	93,3%	92,4%
<b>Central heating</b>	88,8%	78,5%
<b>Stove</b>	11,0%	21,2%

Source: GUS: 2020, The situation of elderly people in Poland in 2018, Ed. Kamińska-Gawryluk E., p. 41, Statistical Office in Białystok, Warsaw.

Housing policy can have a large impact on the potential loneliness of older people. Frąckiewicz points out that conflicts may arise more often in small apartments where a family of many generations lives. The problem of small size is also related to the lack of space for an elderly person, who is sometimes forced to change their place of residence [4]. The situation of the elderly is now characterized by greater housing independence than among the younger generation. This does not always mean good housing conditions [9]. Older people have apartments that are often not adapted to their physical needs. Such premises are located on high floors and do not have a lift. The cost of their living may be too high for a retired person who lives alone but wants to keep the apartment in order to transfer it to someone from the family in the future [9].

### **Financial situation**

The financial situation of older people largely depends on their livelihoods. People under the age of 60 are often still employed, so their situation is relatively good. Along with retirement, seniors lose some funds, and thus their standard of living decreases. The data show that in the population of people aged 65 and over, as many as 95% of people live on unearned sources such as pensions or disability pensions. Only 2% of the elderly (65+) made a living, and they were largely men. The largest number of working seniors is in the Mazowieckie Voivodeship. From 2002 to 2011, the share of older people living on pensions (family, social) decreased from 21% to 8% [1]. The table below presents changes in the average gross monthly retirement pension in 2010, 2017 and 2018.

**Table 3. Average monthly gross pension in PLN**

	2010	2017	2018
<b>from the non-agricultural social security system:</b>	1642,90	2138,03	2221,90
<b>individual farmers:</b>	954,68	1200,00	1226,85

Source: GUS: 2019, Poland in numbers 2019, M. Ambroch (ed.), P. 8, Warsaw.

Due to the stability of income and a smaller number of people in the household, the elderly are less exposed to poverty in the first years after retirement. Along with the depletion of the financial resources that a retiree accumulated when he was professionally active, the risk of poverty becomes a problem that is difficult for seniors to deal with. An older person who falls into poverty most often stays in poverty due to the physical inability to work [10].

In the 2011 survey, assessing their own financial situation, retirees answered as follows: 18% of respondents considered their situation as good or very good, 60% as average, and 23.5% are dissatisfied with their financial situation. For comparison, in 2018 as many as 33.5% of seniors considered their financial situation as very good and good, 54.8% as average, and 11.8% as bad. Thus, it can be noticed that in recent years the financial situation of seniors in their own subjective opinion has improved [8]. Interestingly, as many as 30.4% of people who have not yet reached the retirement age have decided to take advantage of the possibility of early retirement, which translates into the amount of their benefits (fewer years of work means a smaller pension) [2].

An important factor influencing the amount of income and expenses is the place of residence of the senior. In this respect, the economic situation of people living in the countryside is much worse than those living in the city. Income in the city is 26.8% higher, while expenses are 18.9% higher [11].

According to Tabaczkiwicz-Paech, the financial situation of seniors can significantly affect their well-being. Due to the lack of funds, they cannot afford to develop their interests or make their dreams come true. Financial security gives everyone, including seniors, the opportunity to manage their own lives. It also gives a sense of inner peace, without worrying about the next day or week. Also, thanks to appropriate measures, the elderly can take better care of their health and social contacts [12].

### **Ending and conclusion**

Nowadays, the problem of an aging population is an important phenomenon. Due to the increasing life expectancy, the proportion of older people is increasing in relation to the rest of society. This is related to the challenges that society faces and the elderly have to struggle, i.e. with providing health care at an appropriate level, with financial problems, loneliness, the sense of losing purpose in life increasing with age, marginalization on the part of the society or the elderly's family itself. People over 50 have enormous potential related to, inter alia, life experience, which the

society should appreciate and use, especially in the aspect of professional work or family life. The task of the state and of every younger citizen is therefore to ensure that every representative of the older generation has a chance to fulfill their goals, dreams, develop or live in dignity, healthy and without fear of another day.

## Bibliography

1. GUS: Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050, Warszawa 2014: 7–8. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-osob-starszych-i-konsekwencje-starzenia-sie-ludnosci-polski-w-swietle-prognozy-na-lata-2014-2050,18,1.html> [dostęp: 10.03.2021].
2. Kijak R., Szarota Z.: Starość. Między diagnozą a działaniem, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013: 19–21.
3. Dragan A.: Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki, Opracowania Tematyczne, OT-601, Kancelaria Senatu, Warszawa 2011: 5–6.
4. Frąckiewicz L.: Starzenie się ludności Polski i jego konsekwencje [w:] Smolak M. (red.): Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny, z. 1, Wydział Prawa i Administracji UAM, Poznań 1999: 5.
5. Przybyłka A.: Profilaktyka zdrowotna populacji wieku poprodukcyjnego [w:] Frąckiewicz L. (red.): Polska a Europa, Procesy demograficzne w progu XXI wieku, Proces starzenia się społeczeństwa i jego wyzwania dla polityki społecznej, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2002; 8: 78.
6. Kopczyński J., Łabanowska C.: Perspektywy zdrowotne starszej populacji [w:] Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i program działania, Polska Akademia Nauk, Kancelaria PAN, Komitet prognoz „Polska 2000 Plus”, Warszawa 2008: 64–74.
7. Błędowki P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Kubicki P.: Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012: 79–80.
8. GUS: Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r., Kamińska-Gawryluk E. (red.), Urząd Statystyczny w Białymstoku, Warszawa 2020: 41. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2018-roku,2,1.html> [dostęp: 28.12.2020].
9. Balcerzak-Paradowska B.: Warunki życia i mieszkaniowe osób starszych [w:] Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i program działania, Polska Akademia Nauk, Kancelaria PAN, Komitet prognoz „Polska 2000 Plus”, Warszawa 2008: 172.
10. Balcerzak-Paradowska B.: Warunki życia i mieszkaniowe osób starszych [w:] Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i program działania, Polska Akademia Nauk, Kancelaria PAN, Komitet prognoz „Polska 2000 Plus”, Warszawa 2008: 170.



11. GUS: Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego, Warszawa 2018: 7–8. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/informacja-o-sytuacji-osob-starszych-na-podstawie-badan-glownego-urzedu-statystycznego,1,2.html> [dostęp: 17.03.2021].
12. Tabaczkiewicz-Paech A.: Sytuacja społeczna ludzi starych jako problem pedagogiczny, Neodidagmata, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań 1992; 21: 92.



## 10. Promocja zdrowia jako czynnik przeciwdziałający wykluczeniu społecznemu

### Health promotion as a factor counteracting social exclusion

Alicja Kłos<sup>1, a</sup>, Irena Brukwicka<sup>1, b</sup>, Iwona Dudzik<sup>2, c</sup>

<sup>1</sup>Institut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu

<sup>2</sup>Institut Humanistyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu

<sup>a</sup><https://orcid.org/0000-0002-8180-4224>

<sup>b</sup><https://orcid.org/0000-0002-2213-702X>

<sup>c</sup><https://orcid.org/0000-0001-6434-9699>

#### ■ Abstrakt

**Wstęp:** Promocja zdrowia jest w dzisiejszych czasach bardzo ważna. Zdrowie społeczne i dobrostan są determinowane wieloma czynnikami wykraczającymi poza ramy opieki zdrowotnej, w tym warunkami społeczno-ekonomicznymi, konsumpcją, wzorcami demograficznymi i rodzinnymi, zmianami społeczno-politycznymi i gospodarczymi oraz globalnymi zmianami środowiskowymi.

**Cel badań:** Ocena promocji zdrowia jako czynnika przeciwdziałającego wykluczeniu społecznemu.

**Materiały i metody:** Badaniem objęto 100 osób. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Zastosowaną techniką była technika ankiety. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety.

**Wyniki:** W grupie 100 przebadanych osób było 54 kobiet i 46 mężczyzn. W grupie respondentów 46% to mężczyźni, a 54% to kobiety. Aż 44% badanej grupy to ludzie w wieku 19–22 lat, 36% w wieku 23–25 lat, 13% w wieku 26–30 lat. Studenci powyżej 30. roku życia stanowią 7% próby. Wśród badanych 47% posiada wykształcenie średnie, 39% licencjat, tylko 9% badanych uczniów posiada wykształcenie techniczne, 5% badanych posiada tytuł magistra. Osoby w wieku 19–22 lat w większości posiadają wykształcenie średnie, jedynie 4 osoby posiadają wykształcenie wyższe.

**Wnioski:** Promocja zdrowia poprzez realizację kampanii i akcji społecznych wpływa w różnym stopniu na zwiększenie świadomości społeczeństwa. Według ankietowanych skuteczność kampanii i akcji promujących zdrowie jest wysoka i prowadzona w szerokim zakresie. Natomiast kampanie i akcje przeciwdziałające wykluczeniu społecznemu w ocenie ankietowanych są mało zauważalne i w niewielkim stopniu wpływają na społeczeństwo. Ich skuteczność oceniono nisko.

**Słowa kluczowe:** promocja zdrowia, kampanie i akcje społeczne, wykluczenie społeczne.

## ■ Abstract

**Introduction:** Description of the “health promotion” concept and its aim which is the formation of healthy habits in society favouring health and formation of abilities helping to cope with problems. Realization of campaigns and social actions as a way of health promotion.

**Purpose of research:** The main purpose of the research was to rate the effectiveness of campaigns and social actions counteracting social exclusion and promoting healthy lifestyle in opinion of students from various fields of study.

**Resources and methods:** The study was conducted by means of diagnostic survey. With use of this technique an individual and categorized survey assessing the effectiveness of campaigns and social actions promoting health and counteracting social exclusion was carried out among students from various faculties.

**Results:** In the group of 100 people surveyed, there were 54 women and 46 men. In the group of respondents, 46% are men and 54% are women. As many as 44% of the surveyed group are people aged 19–22, 36% of those aged 23–25, 13% of those aged 26–30. Students over 30 years of age constitute 7% of the sample. Among the respondents, 47% have secondary education, 39% have a bachelor’s degree, only 9% of the surveyed students have a technical education, 5% of the surveyed students have a master’s degree. People from the 19–22 age group mostly have secondary education, only 4 people have higher education.

**Conclusions:** Promotion of health through the implementation of campaigns and social actions affects the raise in public awareness to varying degrees. According to respondents the effectiveness of campaigns and social actions promoting health is high and is conducted widely. In contrast, campaigns and social actions against social exclusion are hardly noticeable and have little to no impact on society according to respondents. Effectiveness of such actions was rated low.

**Keywords:** health promotion, campaigns and social actions, social exclusion.

## ■ Wstęp

Promocja zdrowia to proces, który umożliwia ludziom i społecznościom zwiększenie kontroli nad czynnikami wpływającymi na ich zdrowie, dokonywanie wyborów i decyzji prozdrowotnych, rozwijanie kompetencji rozwiązywania problemów oraz zwiększanie potencjału zdrowotnego [1]. Promocja zdrowia jest w dzisiejszych czasach bardzo ważna. Zdrowie społeczne i dobrostan są determinowane wieloma czynnikami wykraczającymi poza ramy opieki zdrowotnej, w tym warunkami społeczno-ekonomicznymi, konsumpcją, wzorcami demograficznymi i rodzinnymi, zmianami społeczno-politycznymi i gospodarczymi oraz globalnymi zmianami środowiskowymi. Problemom zdrowotnym można skutecznie zapobiegać, zachęcając jednostki i społeczności do podejmowania działań na rzecz zdrowia. Promocja zdrowia jest elementem polityki zdrowotnej państwa i skutecznie realizowana doprowadzi do pozytywnych efektów zdrowotnych. Działania na rzecz promocji zdrowia powinny być prowadzone na poziomie całych społeczeństw i powinny koncentrować się na

kreowaniu zachowań oraz umiejętnościach prozdrowotnych związanych z określonymi elementami stylu życia. Wśród narzędzi wykorzystywanych w działalności społecznej w zakresie promocji zdrowia znajdują się kampanie i akcje społeczne. Ich celem jest zmiana zachowania jednostki lub społeczeństwa, a za pośrednictwem środków masowego przekazu docierają do dużej części społeczeństwa.

Od zarania dziejów człowiek zabiegał o poprawę zdrowia oraz zapobieganie chorobom, oznacza to, że koncepcja promocji zdrowia ma długą tradycję sięgającą czasów starożytnych. Już w kulturach Egiptu i Indii były zachowania wywodzące się ze zwyczajów ludowych i religijnych, których celem była ochrona zdrowia i życia ludzi. Również grecka medycyna już w V i VI wieku podkreślała, że podstawą w leczeniu nie jest terapia, lecz ochrona zdrowia i jego umacnianie. Zauważono, że tryb życia, a przede wszystkim sposób odżywiania i aktywność fizyczna wpływają na zdrowie [2].

W starożytnych Chinach uważano, że „choroba przenika przez usta”, potwierdza to również zasada sformułowana przez Konfucjusza, że „jeśli człowiek nie zachowuje porządku i umiaru w regularnym odżywianiu i pracy, choroba zabije go” [3].

W czasach średniowiecza większą wartość niż zdrowie miały wartości duchowe i mistyczne, a cierpienie i wyniszczenie stały się ideałem [4]. W XIX wieku postęp technologiczny i rozwój cywilizacji spowodował zmianę w podejściu do zdrowia. W krajach europejskich zaczęto zwracać większą uwagę na warunki sanitarne i warunki pracy. W 1848 roku w Anglii została wydana ustawa o zdrowiu publicznym, mówiąca między innymi o czystości powietrza, jakości żywności i wody pitnej oraz o usuwaniu odpadów [5].

W Polsce prekursorem medycyny społecznej był między innymi Karol Marcinkowski. Mimo trudnej sytuacji, jaka panowała na początku XX wieku, w Polsce działały towarzystwa zabiegające o poprawę warunków zdrowotnych. Przykładem może być Towarzystwo Higieniczne, które zabiegało o zdrowie dzieci i młodzieży, organizując kolonie oraz akcje np. „kropla mleka”, jak również zakładało ogrody służące wychowaniu fizycznemu. W latach 60. XX wieku w Polsce rozpowszechnił się termin „medycyna społeczna”, mający podobne znaczenie jak określenie „zdrowie publiczne”, które używane było w krajach Europy zachodniej, w nim właśnie swoje miejsce znalazła promocja zdrowia.

Medycyna społeczna rozpatruje zagadnienia zdrowotne w dużej skali, bada stan zdrowia ludności, uwarunkowań społecznych, ocenia efekty działań podejmowanych na rzecz zdrowia, wyznacza kierunki ochrony zdrowia stosownie do potrzeb społecznych oraz możliwości [6]. Promocja zdrowia powstała dzięki obserwacji życia codziennego, na podstawie zapisanych przekazów historycznych (np. Stary Testament, papirusy), jak też przekazywanych ustnie przez starsze pokolenia młodszemu. Nawet wśród ludów prymitywnych zajmowali się tym np. czarownicy, znachorzy. W cywilizowanych społeczeństwach działaniem na rzecz zdrowia zajmują się wykwalifikowane osoby [7]. Krajem, w którym rozpoczęto działania związane z promocją zdrowia we współczesnym rozumieniu jest Kanada [8]. Sam termin „promocja zdrowia” i kierunki jego działania pierwszy raz były ogłoszone podczas Świa-

towego Zgromadzenia Zdrowia w 1978 roku w Ałma-Ata. Najważniejszym dokumentem dotyczącym promocji zdrowia w czasach obecnych jest powstała w 1986 roku w trakcie Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie tzw. Karta Ottawska, którą można nazwać „konstytucją” promocji zdrowia [9]. Najbardziej znana jest definicja promocji zdrowia stworzona przez WHO i zawarta w Karcie Ottawskiej zatwierdzonej na I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia (Ottawa 1986 rok). Określa ona promocję zdrowia jako „proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na jego zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania” [10]. Zdrowie należy traktować jako bogactwo, z którego człowiek korzysta w swoim codziennym życiu, a nie jako cel, do którego dąży. W ujęciu ogólnym zdrowie ma wymiar pozytywny i aby je wzmocnić należy zwrócić uwagę na sprawność fizyczną, a także na umiejętności życiowe jednostki i społeczeństwa. Odpowiedzialność za prowadzenie działań promujących zdrowie nie należy jedynie do służby zdrowia, ale należy do wszystkich, którzy wywierają wpływ na zdrowy styl życia całego społeczeństwa [11].

Inne podejście do promocji zdrowia w roku 1974 przedstawił Lalonde, uważał on, że jest to działalność ukierunkowana na informację, wpływanie i wspieranie zarówno jednostek, jak i organizacji, aby mogły mieć większe poczucie odpowiedzialności i być bardziej aktywnymi w sprawach dotyczących zdrowia fizycznego i psychicznego [12]. Definicja ta uwidacznia behawioralne uwarunkowanie zdrowia, przede wszystkim styl życia i zachowania zdrowotne. Kładzie ona nacisk głównie na aktywność osób i grup biorących udział w działaniach na jego rzecz. Termin „wykluczenie społeczne” w ostatnich latach stał się bardzo popularny zarówno w życiu codziennym, mediach, dyskusjach socjologicznych oraz polityce społecznej. Wykluczenie społeczne stało się jednym z najważniejszych problemów społecznych, który należy ograniczać i eliminować [13]. Wykluczenie społeczne jest zjawiskiem, które występowało w przeszłości, obecnie i jeżeli nic się nie zmieni – będzie również w przyszłości [14]. Zdefiniowanie terminu wykluczenie społeczne jest niełatwym zadaniem, ponieważ zjawisko to jest złożone. Jest ono najczęściej definiowane jako brak lub nieudolność uczestnictwa w życiu społecznym [15]. Stan, a także proces, na który wpływ ma wiele czynników i charakteryzuje się zerwaniem więzi społecznych oraz rodzinnych [16]. Według Narodowej Strategii Integracji Społecznej „wykluczenie społeczne to brak lub ograniczenie możliwości uczestnictwa, wpływania i korzystania z podstawowych instytucji publicznych i rynków, które powinny być dostępne dla wszystkich, a w szczególności dla osób ubogich” [17]. O wykluczeniu społecznym możemy mówić również w sytuacji, gdy jednostki są pozbawione możliwości pełnego uczestnictwa w społeczeństwie [18]. Zjawisko to także opisywane jest jako niezdolność do uczestniczenia w ważnych kontekstach życia społecznego, politycznego, kulturalnego [19].

Wykluczenie społeczne możemy również określić jako pojęcie przeciwstawne do uczestnictwa społecznego w większych zbiorowościach: narodzie, społeczeństwie, społeczności. Wiąże się ono z izolacją, która może być dobrowolna, ale najczęściej jest spowodowana czynnikami wewnętrznymi, tj.: ubóstwo, bezrobocie,

niepełnosprawność, rasa [20]. Promocja zdrowia może doprowadzić do zmniejszenia nierówności społecznych w zdrowiu przez działania zwiększające wiedzę społeczeństwa na temat zdrowia, zdrowego stylu życia, tworzenie warunków do rekreacji i sportu, zdrowe miejsca zamieszkania oraz pracy. Działania te nie tylko mają oddziaływać na jednostkę, ale powinny wpływać na zmianę warunków społecznych i ekonomicznych w taki sposób, aby wpływały na zdrowie publiczne. Promocja zdrowia poprzez swoje działania może zmniejszać wpływ nierówności społecznych na zdrowie publiczne pod warunkiem odpowiedniego wykorzystania jej potencjału [21].

## ■ Cel badań

Ocena promocji zdrowia jako czynnika przeciwdziałającego wykluczeniu społecznemu.

## ■ Materiały i metody

Badaniem objęto 100 osób. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Zastosowaną techniką była technika ankiety. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety.

## ■ Wyniki

W grupie 100 ankietowanych osób były 54 kobiety i 46 mężczyzn. W grupie badanych 46% stanowią mężczyźni, a 54% kobiety. Wśród badanej grupy aż 44% stanowią osoby w wieku 19–22 lat, 36% osoby w wieku 23–25 lat, 13% osoby w wieku 26–30 lat. Studenci w starszym wieku niż 30 lat stanowią 7% próby. Wśród badanych 47% posiada wykształcenie średnie, 39% posiada wykształcenie licencjackie, tylko 9% ankietowanych studentów posiada wykształcenie techniczne, 5% badanych studentów posiada wykształcenie magisterskie. Osoby z grupy wiekowej 19–22 w większości posiadają wykształcenie średnie, tylko 4 osoby zdobyły wykształcenie wyższe.

W przedziale wiekowym 23–25 lat dominującym wykształceniem jest wyższe licencjackie, 1 osoba posiada wykształcenie magisterskie, 4 badanych posiada wykształcenie wyższe inżynierskie, natomiast 6 osób posiada wykształcenie średnie. W przedziale wiekowym 26–30 lat wszyscy badani posiadają wykształcenie wyższe, z czego 7 osób posiada wykształcenie licencjackie, 4 osoby wykształcenie wyższe inżynierskie i tylko 2 osoby wyższe magisterskie. Wśród badanych studentów w wieku starszym niż 30 lat – 5 osób posiada wykształcenie wyższe licencjackie, natomiast 2 osoby wyższe magisterskie. 30% ankietowanych studentów zamieszkuje miasta liczące od 100 do 500 tysięcy mieszkańców, 29% jako miejsce zamieszkania wskazało wieś, 26% miasto o liczności poniżej 100 tysięcy mieszkańców i tylko 15% określiło swoje miejsce zamieszkania jako miasto powyżej 500 tysięcy mieszkańców.

Badania wykazały, że wykluczenie społeczne jest problemem znanym wśród studentów niezależnie od wieku. Wyniki są istotnie statystycznie ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 1. Znajomość pojęcia wykluczenie społeczne**

19–22 lat 23–25 lat		Wiek				Suma	
		26–30 lat	>30 lat				
Czy spotkał/ spotkała się Pan/ Pani z pojęciem wykluczenia spo- łecznego?	Tak	N	35	34	11	5	85
		%	79,55%	94,44%	84,62%	71,43%	85%
	Nie	N	5	1	2	1	9
		%	11,36%	2,78%	15,38%	14,29%	9%
	Nie wiem	N	4	1	0	1	6
		%	9,09%	2,78%	0%	14,29%	6%
$\chi^2 = 123,36$				$p < 0,001$			

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzane akcje i kampanie społeczne przeciwdziałające wykluczeniu społecznemu w opinii ankietowanych nie przynoszą oczekiwanych efektów lub w niewielkim stopniu.

**Tabela 2. Zwiększenie świadomości na temat wykluczenia społecznego**

19–22 lat 23–25 lat		Wiek				Suma	
		26–30 lat	>30 lat				
Czy Pana/Pani zdaniem informacje zawarte w akcjach zapobiegających wykluczeniu społecz- nemu przyczyniają się do zwiększenia świa- domości społecznej na ten temat?	Wcale	N	6	5	1	0	12
		%	13,64%	13,89%	7,69%	0%	12%
	Rzadko	N	9	7	1	0	17
		%	20,45%	19,44%	7,69%	0%	17%
	Średnio	N	16	9	5	0	30
		%	36,36%	25,00%	38,46%	0%	30%
	Często	N	9	7	2	5	23
		%	20,45%	19,44%	15,38%	71,43%	23%
	W bardzo dużym stopniu	N	4	8	4	2	18
		%	9,09%	22,22%	30,77%	28,57%	18%
	$\chi^2 = 29,42$				$p = 0,003$		

Źródło: opracowanie własne.

Informacje pozyskane z akcji i przeciwdziałających wykluczeniu społecznemu są wykorzystywane przez ankietowanych rzadko lub sporadycznie.



**Tabela 3. Częstotliwość wykorzystywania informacji pozyskanych z akcji przeciwdziałających wykluczeniu społecznemu**

19–22 lat 23–25 lat		Wiek				Suma		
		26–30 lat	>30 lat					
Czy i jak często informacje pozyskane z akcji zapobiegających wykluczeniu społecznemu są przez Pana/Panią wykorzystywane?	Wcale	N	9	4	2	0	15	
		%	20,45%	11,11%	15,38%	0,00%	15%	
	Rzadko	N	7	9	1	0	17	
		%	15,91%	25,00%	7,69%	0,00%	17%	
	Średnio	N	19	8	4	2	33	
		%	43,18%	22,22%	30,77%	28,57%	33%	
	Często	N	7	8	2	3	20	
		%	15,91%	22,22%	15,38%	42,86%	20%	
	W bardzo dużym stopniu	N	2	7	4	1	14	
		%	4,55%	19,44%	30,77%	14,29%	14%	
	$\chi^2 = 26,35$				$p = 0,010$			

Źródło: opracowanie własne.

Studenci potwierdzają skuteczność akcji i kampanii promujących zdrowie.

Ankietowani studenci nie potwierdzili hipotezy, ich zdaniem skuteczność akcji i kampanii promujących zdrowie jest niewielka. Wyniki istotne statystycznie ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 4. Skuteczność akcji promujących zdrowie**

19–22 lat 23–25 lat		Wiek				Suma		
		26–30 lat	>30 lat					
Jak ocenia Pan/Pani skuteczność takich akcji?	Nie skuteczne	N	4	3	0	0	7	
		%	9,09%	8,33%	0%	0%	7%	
	Słabo skuteczne	N	12	4	1	0	17	
		%	27,27%	11,11%	7,69%	0%	17%	
	Średnio skuteczne	N	16	9	5	1	31	
		%	36,36%	25%	38,46%	14,29%	31%	
	Wystarczająco skuteczne	N	6	5	3	5	19	
		%	13,64%	13,89%	23,08%	71,42%	19%	
	Bardzo skuteczne	N	6	15	4	1	26	
		%	13,64%	41,67%	30,77%	14,29%	26%	
	$\chi^2 = 43,8$				$p < 0,001$			

Źródło: opracowanie własne.

## ■ Dyskusja

Promocja zdrowia może realizować swoje zadania na wiele różnych sposobów. Jedną z metod realizacji programów z zakresu promocji zdrowia są akcje i kampanie społeczne przeprowadzane w celu uwrażliwienia odbiorców na wybrane zagadnienia bądź w celu rozwiązania poważnego problemu społecznego. Oczekiwany efekt można osiągnąć jedynie przez długotrwałe działania skierowane na dany problem.

Przeważająca większość ankietowanych (78%) uważa, że akcje i kampanie promujące zdrowie i przeciwdziałające wykluczeniu społecznemu są potrzebne. Z akcjami tymi najczęściej spotykają się w telewizji (43% respondentów), 27% ankietowanych spotyka akcje promujące zdrowie w Internecie, 18% w radiu oraz pozostałe 18% w innych źródłach.

W celu weryfikacji wyników badań własnych dokonano porównania z badaniami przeprowadzonymi w latach 2012–2013 wśród studentów poznańskich uczelni. Badania te wykazują, że głównym źródłem informacji o akcjach i kampaniach społecznych wśród ankietowanych jest telewizja 68%, Internet deklaruje 48%, radio 12% prasa 16% [70].

Badania własne wykazują, że akcje i kampanie społeczne w dużym stopniu lub często wpływają na zwiększenie świadomości społeczeństwa, 54% ankietowanych deklaruje taki pogląd, 23% uważa, że wpływają w niewielkim stopniu oraz 23% twierdzi, że nie mają żadnego wpływu. Ponad połowa respondentów (60%) dzieli się zdobytymi dzięki akcjom i kampaniom społecznym informacjami z rodziną bądź znajomymi. Wyniki badań przeprowadzonych wśród białostockich studentów to potwierdza, 61,5% z nich zadeklarowało, że kampanie społeczne mają wpływ na świadomość społeczeństwa i uwrażliwiają go na dany problem, a tylko 22% twierdzi, że są obojętne [71].

Inaczej wygląda sytuacja, gdy chodzi o akcje i kampanie przeciwdziałające wykluczeniu społecznemu. Wyniki przeprowadzonych badań własnych wykazały, że pojęcie wykluczenia społecznego jest znane przez ankietowanych studentów. Zdecydowana większość, aż 85% respondentów spotykało się z tym pojęciem często i najczęściej jest ono kojarzone ze stanem zdrowia. Duża część badanych (67%) uważa, że akcje i kampanie społeczne przeciwdziałające wykluczeniu społecznemu są potrzebne.

Zapytani o częstotliwość spotykania tych akcji respondenci odpowiedzieli, że nie widują ich wcale – 53% lub rzadko – 28%. Akcje te prawie nie są spotykane w środkach masowego przekazu w przeciwieństwie do akcji promujących zdrowie.

Na pytanie, jaki wpływ na świadomość społeczeństwa mają akcje dotyczące wykluczenia społecznego: 41% ankietowanych potwierdziło ich skuteczność, a 59% uważa, że ich wpływ na społeczeństwo jest znikomy.

Zapytani o skuteczność akcji i kampanii przeciwdziałających wykluczeniu społecznemu ankietowani studenci uważali, że ich skuteczność jest niewielka – 65%, a tylko 35% uważało, że w znacznym stopniu wpływają na społeczeństwo.

Wyniki badań własnych porównano z badaniami przeprowadzonymi w roku 2011 na grupie studentów kierunków nauczycielskich z Polski i Francji, gdzie 70%

ankietowanych uważało, że kampanie przeciwdziałające wykluczeniu społecznemu są potrzebne, ale mało skuteczne z powodu złej organizacji tych kampanii [73]. Porównując wyniki badań własnych z tymi danymi, można stwierdzić, że uzyskane wyniki są porównywalne, a różnice mogą wynikać z liczby osób ankietowanych.

Przeprowadzone badania potwierdzają potrzebę tworzenia akcji i kampanii społecznych promujących zdrowie i przeciwdziałających wykluczeniu społecznemu. Wpływają one na zwiększenie wiedzy społeczeństwa na temat zdrowia oraz uwrażliwiają go na ważne problemy społeczne. Akcje i kampanie promujące zdrowie prowadzone są częściej i w większej skali, dlatego też wywierają większy wpływ na społeczeństwo. Akcje przeciwdziałające wykluczeniu społecznemu są spotykane rzadziej i dlatego przynoszą mniejsze korzyści.

### **Wnioski:**

Z analizy wyników przeprowadzonych badań wynika:

- Kampanie i akcje społeczne promujące zdrowie i przeciwdziałające wykluczeniu społecznemu są potrzebne do zwiększenia wiedzy społeczeństwa na tematy związane ze zdrowiem oraz uwrażliwienie na problemy społeczne.
- Ankietowani wykorzystują w dużym stopniu wiedzę pozyskaną z kampanii oraz akcji społecznych i dzielą się tą wiedzą z bliskimi.
- Do najczęściej spotykanych sposobów dbania o zdrowie można zaliczyć: higienę osobistą, aktywność fizyczną oraz zdrowe odżywianie.
- Kampanie i akcje społeczne odniosą oczekiwany efekt tylko wówczas, gdy będą docierały do całego społeczeństwa, a ich przekaz będzie rozpoznawalny i na długo zapadnie w pamięć.
- Kampanie i akcje społeczne przeciwdziałające wykluczeniu społecznemu wciąż są rzadko spotykane, przez co nie przynoszą oczekiwanych efektów. Nasuwa się wniosek, że należy zwiększyć zasięg i częstotliwość przeprowadzania tych kampanii.

### **Bibliografia**

1. Wojtczak A.: Zdrowie publiczne. Najważniejsze zagadnienia dla studiujących i zainteresowanych nauką o zdrowiu, CeDeWu, Warszawa 2017: 168.
2. Dolińska-Zygmunt G.: Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie, PAN, Warszawa 2000: 16.
3. Brzeziński T.: Historia medycyny, Państwowy Zakład Wydawnictw Medycznych, Warszawa 1988: 238–242.
4. Głowacka M.: Promocja zdrowia. Konspekty kulturowo społeczne, Wolumin, Poznań 2000: 229.
5. Paździoch S., Ryś A.: Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1996: 45.
6. Kirschner H.: Promocja zdrowia na tle medycyny społecznej [w:] Karski J.B. (red.): Promocja zdrowia, Nowe wydawnictwo Ignis, Warszawa 1999: 71–83.

7. Jabłoński L.: Sądologia, Wyższa Szkoła Rozwoju Regionalnego w Żyrardowie, Warszawa 1998: 132.
8. Karski J.B.: Promocja zdrowia, IGNIS, Warszawa 1993: 19–20.
9. <https://www.who.int> 16.05.2019,17: 38.
10. Tang KCh., Beaglehole R., O' Byme D.: Policy and partnership for health promotion: addressing the determinants of health, *Biulletin of the World Health Organization*, 2005; 83(12): 884.
11. Gniazdowski A.: Rola wybranych czynników psychospołecznych w procesie wdrażania promocji zdrowia w Polsce, *Promocja Zdrowia Nauki Społeczne i Medycyna*, 1995; 2(7): 22–28.
12. Karski J.B.: Postępy promocji zdrowia. Przegląd międzynarodowy, Warszawa 2006: 196.
13. Faliszek K.: Partycypacja i wykluczenie w społeczności lokalnej [w:] Wooh K., Pawlus-Czyż S. (red.): *Praca socjalna wobec nowych obszarów wykluczenia społecznego*, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2008: 71.
14. Estivill. J.: *Concepts and strategies for combating social exclusion an overview* International labour office, Genewa 2003.
15. Frąckiewicz L.: Wykluczenie społeczne w skali makro i mikroregionalnej [w:] Frąckiewicz L. (red.): *Wykluczenie społeczne*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2005: 11–26.
16. Muras M.: Pojęcie wykluczenia społecznego [w] Czapińska J., Panek T. (red.): *Diagnoza Społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania, Warszawa 2006: 237.
17. *Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski*: 21.
18. Giddens A.: *Socjologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007: 346.
19. Projekty badawcze z zakresu polityki społecznej Finansowane przez Ministerstwo Nauki i Informatyzacji oprac. Szerfenberg R. „Problemy Polityki Społecznej”, 2003; 5.
20. Jarosz M.: Obszary wykluczenia w Polsce [w:] Jarosz M. (red.): *Wykluczeni. Wymiar społeczny, materialny, etyczny*, Instytut Studiów Politycznych PAN, Warszawa 2008: 10–11.
21. Słońska Z.A.: Promocja zdrowia i jej rola w zwalczaniu społecznych nierówności w zdrowiu, *Postępy Nauk Medycznych*, 2016; 29(5): 350–355.

## 11. Domowa profilaktyka przeciwstarzeniowa

### Home anti-aging prophylaxis

Magdalena Koziarowska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Akademia Nauk Stosowanych w Koninie

#### ■ Abstrakt

Starzenie to naturalny proces organizmu, jednak przynosi ono negatywne skutki. Procesy związane z upływem czasu widoczne są przede wszystkim na skórze. Chcąc dbać o zdrowie, kondycję oraz wygląd, należy kompleksowo zadbać o swoje ciało. W profilaktyce anti-aging ważną rolę odgrywa odpowiednia dieta i dostarczanie niezbędnych składników w posiłkach. Ponadto higiena snu, styl życia oraz codzienne nawyki wpływają na procesy starzenia, a świadome kontrolowanie tych elementów może korzystnie wpływać na samopoczucie i zdrowie. Najważniejszym elementem jest codzienna pielęgnacja i wspomaganie skóry kosmetykami oraz rytuałami kosmetycznymi. Gabinety kosmetyczne oferują szeroki wachlarz zabiegów, ale najlepsze efekty uzyskuje się w warunkach domowych dzięki systematyczności, regularności oraz dobrze dobranej pielęgnacji.

**Słowa kluczowe:** profilaktyka przeciwstarzeniowa, pielęgnacja, dieta, styl życia.

#### Abstract

Aging is a natural process of the body, but it brings negative effects. Processes related to the passage of time are visible primarily on the skin. If you want to take care of your health, condition and appearance, you should take care of your body comprehensively. Proper diet and providing the necessary ingredients in meals play an important role in anti-aging prevention. In addition, sleep hygiene, lifestyle and daily habits affect the aging process, and conscious control of these elements can have a positive effect on well-being and health. The most important element is daily care and skin support with cosmetics and cosmetic rituals. Beauty salons offer a wide range of treatments, but the best results are obtained at home thanks to regularity, regularity and well-chosen care.

**Keywords:** anti-aging prevention, care, diet, lifestyle.

## ■ Wstęp

W działaniach przeciwstarzeniowych ważną rolę odgrywa kilka elementów. Nie tylko wiek ma znaczenie przy procesach starzenia, ale także sposób odżywiania, prowadzony styl życia, aktywność fizyczna, ogólny stan zdrowia, ekspozycja na promieniowanie słoneczne oraz stosowana pielęgnacja. Celem pracy jest przedstawienie metod profilaktyki przeciwstarzeniowej w warunkach domowych oraz w codziennych nawykach.

### **Dieta**

W diecie anti-aging istotne jest zbilansowanie posiłków oraz ich regularne spożywanie. Należy zadbać o odpowiednią ilość kalorii spożywanych w ciągu dnia i nieodprowadzanie do ciągłego przejadania się ani głodzenia. Radykalne diety mogą przynosić negatywne efekty dla skóry. Dla lepszych efektów należy zrezygnować z produktów zawierających tłuszcze trans, które są prozapalne. Unikanie alkoholu i kofeiny, które pobudzają organizm, to także nawyk wspierający dłuższe zachowanie młodości. Ponadto warto ograniczyć cukier rafinowany, który powoduje gwałtowny wzrost, a następnie spadek energii – nasila to odczuwanie stresu dla organizmu. Układając dietę, dobrze jest uwzględnić fitoestrogeny – hormony roślinne wykazujące pozytywny wpływ na gospodarkę hormonalną kobiet w okresie klimakterium. Poza tymi kilkoma zasadami istotne jest dobieranie odpowiednich składników odżywczych. Do zachowania zdrowia i pożądanego wyglądu trzeba zadbać o dostarczanie ciału kilku ważnych składników oraz nie doprowadzać do ich niedoborów.

- **Białko:** wchodzi w skład skóry, paznokci oraz włosów. W skórze występuje w roli naturalnego czynnika nawilżającego. Niedobory białka mogą prowadzić m.in. do zahamowania regeneracji naskórki i komórek reszty warstw, stopniowego zaniku podskórnej tkanki mięśniowej, a także do zwiotczenia skóry i nadmiernego wypadania włosów.
- **Węglowodany:** są składnikiem NMF, stanowią źródło energii, witamin z grupy B i błonnika pokarmowego. Błonnik ma pozytywny wpływ m.in. na perystaltykę jelit – przy zaparciach występują także problemy skórne (przetłuszczenie cery i powstające wykwity).
- **Tłuszcze:** utrzymują poprawne nawilżenie skóry poprzez zatrzymywanie wody w organizmie. Niwelują szorstkość oraz chropowatość skóry. Niedobór tkanki tłuszczowej przyczynia się do zwiotczenia skóry, ścięczenia i pojawiania się zmarszczek.
- **Niezbędne Nienasycone Kwasy Tłuszczowe (NNKT):** ich niedobór powoduje wypadanie włosów, odbarwienia skóry oraz zmiany skórne. Występuje także wyższa wrażliwość na zmiany alergiczne i zakażenia bakteryjne. Ponadto pojawia się suchość skóry oraz nasilone złuszczenie.
- **Witamina A:** deficyt witaminy A przyczynia się do kruszenia i wolniejszego rośnięcia paznokci, wysuszenia i łamania włosów, wysuszenia i łuszczenia skóry, wysypek skórnych.
- **Witamina E:** niedobór tej witaminy powoduje szybsze starzenie się skóry.

- Witamina C: niedobór witaminy C powoduje obniżenie odporności, ogólne zmęczenie i osłabienie, krwawienia z dziąseł, nosa i skóry, zanik włókien kolagenowych, a także przedwczesne starzenie się skóry.
- Witamina B2: w przypadku niedoboru tej witaminy pojawiają się pęknięcia kąćców ust, wypadanie włosów, łuszczenie i świąd skóry oraz łojotok.
- Witamina B5: deficyt tej witaminy prowadzi do wypadania włosów, nasilenia łamliwości paznokci, tworzenia się pigmentacyjnych plam na skórze, nadmiernego rogowacenia i złuszczenia się naskórka.
- Witamina B6: kiedy brakuje witaminy B6 zaobserwować można przetłuszczającą się skórę, łupież, stany zapalne w okolicach warg oraz na języku.
- Witamina B12: niedobór przyczynia się do stanów zapalnych skóry, zmian zabarwienia na żółtoszary, osłabienia struktury włosów, a także utraty ich zdrowego wyglądu.
- Cynk: bierze udział w metabolizmie witaminy A, poprawia wygląd i kolor skóry, reguluje produkcję łoju wewnątrz skóry, pobudza wzrost włosów i paznokci, przyspiesza gojenie się ran, wpływa na miękkość skóry i włosów, a także zmniejsza skłonności do trądziku.
- Selen: pierwiastek ten neutralizuje wolne rodniki, wpływa na uelastycznienie i poprawę jędrności skóry, zmniejszenie łupieżu oraz działa przeciwbakteryjnie i przeciwgrzybiczo.
- Sód i potas: przyczyniają się do regulacji gospodarki wodnej i nawodnienia skóry. Niedobór sodu uwyppukla zmarszczki, ale z kolei nadmiar może prowadzić do obrzęków i uczucia ociężałości. Natomiast niedobór potasu zwiększa podatność na trądzik.
- Żelazo: niedobór żelaza jest przyczyną bladości skóry, jej suchości, osłabienia włosów, nasilenia ich wypadania oraz pęknięcia ust.
- Siarka: odpowiada za regulację procesu rogowacenia naskórka i tworzenia się keratyny. Siatka poprawia wygląd skóry, zapobiega wypadaniu i łamliwości włosów oraz bierze udział w zwalczaniu infekcji.
- Miedź: pobudza wzrost włosów, zmniejsza stany zapalne skóry, utrzymuje prawidłowe pH skóry, hamuje proces powstawania wolnych rodników, uelastycznia i dotlenia skórę, a także zwiększa odporność organizmu na infekcje.
- Magnez i krzem: ich niedobory mogą być powodem łamliwości włosów i paznokci.
- Woda: właściwe nawodnienie organizmu zapewnia miękkość, jędrność i gładkość skóry. Woda uczestniczy w procesach usuwania zbędnych produktów przemiany materii [1].

### **Codzienne nawyki**

Długotrwały stres powoduje produkcję wolnych rodników i uszkodzenie bariery hydrolipidowej. Zwiększa się tym samym wrażliwość skóry na czynniki zewnętrzne, co prowadzi do pogorszenia jej stanu. Ponadto chroniczny stres podnosi poziom kortyzolu, który degraduje białka podporowe oraz kolagen w strukturach skóry. Dbając o

jakość snu oraz jego ilość, jesteśmy w stanie zredukować negatywne działanie tego hormonu. Higiena snu to dobre działania w profilaktyce anti-aging [2].

Aktywność fizyczna pozwala zmniejszyć napięcie spowodowane stresem dnia codziennego, korzystnie wpływa na nastrój oraz jakość snu. Podczas wysiłku fizycznego układ endokrynologiczny wydziela endorfiny, serotoninę, dopaminę oraz noradrenalinę – hormony te pozytywnie wpływają na samopoczucie oraz funkcjonowanie organizmu.

Synteza witaminy D w skórze zachodzi dzięki promieniowaniu słonecznemu, jednak światło to może przynosić także niekorzystne skutki. Największe nasłonecznienie jest w okolicach południa. To czas, kiedy promienie działają najsilniej i najintensywniej wnikają w struktury skórne. Ekspozycja słoneczna nie tylko latem w pełnym słońcu jest niebezpieczna. W okresie zimowym i podczas zachmurzenia nadal dociera do nas szkodliwe promieniowanie słoneczne. UVA aktywuje w skórze niekorzystne procesy przyspieszające starzenie, niszczy fibroblasty, kolagen i elastynę, a także osłabia odporność skóry, co może przyczynić się do jej nowotworów. Nie wielka ekspozycja na słońce, wynosząca kilkanaście minut, wpływa na pobudzenie tych procesów nawet przez kilka dni. Natomiast UVB uznaje się za mniej szkodliwe, jednak również jest niepożądane. Pobudzana do pracy melanina i powstały rumień po ekspozycji na słońce mogą wydawać się atrakcyjne. Ale należy zaznaczyć, że promienie UVB powodują zmiany w naskórku, tkance łącznej, a nawet strukturze DNA. W zapobieganiu tym następstwom zaleca się stosowanie filtrów UV – kremów i emulsji ze specjalnymi składnikami aktywnymi pochodzenia chemicznego i fizycznego. Wystarczy zwrócić uwagę na oznaczenia na opakowaniu – SPF (Sun Protection Factor) to międzynarodowe oznaczenie tych preparatów, a znajdująca się przy nim liczba określa poziom ochrony wg standardów europejskich.

Działania pielęgnacyjne w zakresie anti-aging powinny rozpocząć się już ok. 25 roku życia, kiedy to dochodzi do pierwszych procesów starzenia się w strukturach skóry. Choć jego skutki będą widoczne dopiero kilka lat później, to niektórych zmian nie da się już spowolnić ani zatrzymać.

### **Kosmetyki anti-aging**

Kremy przeciwstarzeniowe mają za zadanie nawilżać, odbudowywać barierę hydrolipidową, niwelować szkodliwe działanie wolnych rodników oraz promieniowania UV [3]. Plan pielęgnacyjny musi być przemyślany na wiele lat do przodu, gdyż podając skórze zbyt duże stężenie danych substancji aktywnych za wcześnie, możemy doprowadzić do rozleniwienia organizmu. Oznacza to, że jeżeli skóra przyzwyczai się, że jakiś jej składnik jest pozyskiwany z zewnątrz, to „uzna”, że nie warto tracić energii na samodzielne jego tworzenie, tym samym np. produkcja młodego kolagenu może być mało efektywna. Jak najbardziej można stosować preparaty w kuracjach bądź mniejszych dawkach, ale na tyle rozsądnie, aby nie przesycić nimi skóry. Kremy do stosowania na dzień są lekkiej konsystencji, natomiast te nocne nieco bardziej zbite i gęstsze oraz z większą zawartością składników aktywnych.



Pielęgnacja skóry wokół oczu powinna zacząć się najwcześniej. W tej okolicy jest ona najcieńsza, niemalże pozbawiona gruczołów łojowych. Czynniki środowiskowe oraz praca zawodowa mogą doprowadzać do przesuszenia tej okolicy, obrzęków oraz podrażnienia, a co za tym idzie – pojawiania się wczesnych oznak starzenia. Do tego dochodzi jeszcze naturalna mimika twarzy i pogłębienie się zmarszczek szczególnie w okolicy oczu. W pielęgnacji początkowo wybiera się lekkie formuły jak np. żel, doraźnie stosowane są płyty pod oczy, które mogą mieć działanie chłodzące i niwelować tym samym obrzęki. Większe stężenie składników aktywnych znajduje się w kremach, dlatego skóra wymagająca intensywniejszej pielęgnacji będzie potrzebowała właśnie tych produktów. W składzie tych kosmetyków powinny znajdować się antyoksydanty, substancje przeciwzmarszczkowe oraz filtry słoneczne, aby nie narażać skóry na szkodliwe działanie promieni UV.

Serum to skoncentrowany kosmetyk ze składnikami aktywnymi o wyższym stężeniu np. w kremie. Jego formuła jest zazwyczaj lżejsza, jeśli ma postać emulsji bądź oleju. Należy jednak pamiętać o zasadzie omawianej wyżej – nie można doprowadzić do przedwczesnego zaspokajania skóry składnikami aktywnymi z zewnątrz. Należy więc obserwować potrzeby skóry oraz dobierać składniki tak, aby dostarczyć jej to, co najpotrzebniejsze. Kosmetyk ten może być wprowadzony do codziennej pielęgnacji, ale także w ramach kuracji w danej porze roku czy w konkretnych okolicznościach życiowych.

Najwyższe dawki dostarczanych do warstw skóry składników aktywnych znajdują się w maskach kosmetycznych. Maski występują w formie pasty, kremu, w płachcie czy też alg morskich. W zależności od zawartości składników aktywnych są one nawilżające, odżywcze, regenerujące bądź oczyszczające.

W celu przywrócenia prawidłowego pH skóry aplikuje się toniki do tego przeznaczone. Ponadto mają one za zadanie nawilżyć, odświeżyć, odżywić, a także oczyścić skórę, gdyż składniki w nich zawarte penetrują w głąb naskórka. Prawidłowe pH skóry wynosi ok. 5,5, takie środowisko jest bakteriostatyczne dla bakterii chorobotwórczych. Dodatkowo sprzyja ono prawidłowemu nawilżeniu i poziomowi lipidów skóry, a także reguluje procesy rogowacenia, złuszczenia i regeneracji naskórka.

### **Rytuały pielęgnacyjne**

Dla zachowania zdrowego wyglądu skóry najważniejszym elementem jest jej prawidłowe nawilżenie. Poprawnie nawilżony naskórek ma w sobie ok. 10–13% wody, która pochodzi ze skóry właściwej. Na jej odparowywanie mają wpływ warunki zewnętrzne, stan skóry oraz jakość struktur zapobiegających utracie wody, a także jej stężenie w skórze, gdyż działa tu zjawisko różnicy stężeń osmotycznych (prawidłowo przenika ona od środka, przez warstwy naskórka na powierzchnię). Przesuszenie skóry może być uwarunkowane genetycznie, ale także być wynikiem nieprawidłowej pielęgnacji [4]. Okres okołomenopauzalny sprzyja rozwojowi suchości skóry, gdyż obniżony poziom estrogenu negatywnie wpływa na jej nawilżenie, a zachodzące w niej procesy hamują wytwarzanie kwasu hialuronowego. Cera ta jest narażona na czynniki pochodzenia zewnętrznego w większym stopniu, gdyż

przepuszczalność bariery hydrolipidowej jest rozregulowana. Skóra ta daje obraz szorstkiej, matowej oraz pozbawionej jędrności. Na jej powierzchni zmarszczki będą szybciej widoczne. Nawilżenie to niezbędny element w pielęgnacji każdej skóry. Do prawidłowego funkcjonowania nawet tłustej cerze potrzebna jest dawka nawilżająca. Prawidłowy poziom nawilżenia skóry możemy kontrolować poprzez zatrzymanie wody oraz wzmocnienie bariery hydrolipidowej. Pierwszy mechanizm wykorzystuje higroskopijność powłok skórnych. Skóra zawiera w sobie naturalny czynnik nawilżający zwany NMF, więc aby zatrzymać w niej wodę, trzeba zadbać o jego prawidłowe stężenie. W jego skład wchodzi kwas hialuronowy, aminokwasy, kwas piroglutaminowy oraz moczowy, sole kwasu mlekowego, kreatynina, mikroelementy, a także fosforany i inne. Drugim mechanizmem wpływającym na nawilżenie jest bariera nieprzenikliwa dla wody – lipidy naskórka, które składają się z fosfolipidów, ceramidów oraz cementu międzykomórkowego (kwasów tłuszczowych). Dobra kondycja tej bariery nie doprowadza do nadmiernej utraty wody, a także nie pozwala na wnikanie szkodliwych substancji pochodzenia zewnętrznego. Znajdujące się w składzie produktów kosmetycznych lipidy poprawiają jakość tej bariery, odbudowują oraz uszczelniają jej naturalny skład.

Zaraz obok nawilżenia bardzo ważne jest oczyszczanie skóry. Jej nieprawidłowa pielęgnacja w tej kategorii doprowadzić może do powstawania zaskórników, nadmiernej pracy gruczołów łojowych, zmiany kolorytu, a także powstawania oznak starzenia. Dzięki prawidłowości tego etapu składniki aktywne z dalszych kroków wnikną głębiej i przyniosą lepsze rezultaty. Ponadto zniwelowanie zanieczyszczeń zewnętrznych może skutecznie zapobiegać stresowi oksydacyjnemu pochodzącemu ze środowiska. Na powierzchni skóry gromadzone jest sebum, pot oraz inne zanieczyszczenia, które doprowadzają do podrażnienia skóry, jej stanów zapalnych, a co za tym idzie – przyspieszenia procesów starzenia. Pielęgnacja oczyszczająca powinna odbywać się po całym dniu, ale także rano (w pościeli znajdują się bakterie i roztocza niekorzystne dla skóry). W tym celu demakijaż wykonuje się specjalnymi preparatami, gdyż na rynku jest coraz więcej kosmetyków kolorowych o wodoodpornych właściwościach, które trudno usunąć ze skóry. Ten etap pielęgnacji powinien być bardzo dobrze przemyślany i przebiegać w kilku fazach. Sposób zmywania produktów także odgrywa ważną rolę. Nadmierne pocieranie i szarpanie skóry doprowadzić może do powstawania zmarszczek oraz podrażnień, szczególnie w okolicy oczu, gdzie skóra jest znacznie delikatniejsza.

Peeling skóry pozwoli na usunięcie martwych komórek w procesie złuszczenia. Jest to element oczyszczenia, wygładzenia i poprawy kolorytu skóry. Tak przygotowana powierzchnia pozwoli na lepszą absorpcję składników odżywczych z kremów, masek czy innych kosmetyków. Jednak nadmierne ścieranie naskórka prowadzi do pobudzenia procesu keratynizacji, który ma także funkcję ochronną. Naturalny proces złuszczenia naskórka trwa około 28 dni. W wyniku nieprawidłowego peelingowania może stać się ona pogrubiona, przesuszona, podrażniona, a także występować mogą niedoskonałości skóry. Na rynku jest wiele kosmetyków złuszczących, działających z różną siłą i głębokością. W domowej pielęgnacji najlepiej stosować

produkty delikatniejsze, nie częściej jak 1–2 razy w tygodniu, a mocniejsze złuszczenie pozostawić specjalistom z dziedziny kosmetologii, dermatologii i medycyny estetycznej.

Dla lepszych efektów pielęgnacyjnych nie można zapomnieć o zabezpieczeniu skóry – przede wszystkim przed zanieczyszczeniami środowiska zewnętrznego, ale także przed promieniowaniem słonecznym. Słońce daje krótkotrwałe konsekwencje w postaci rumienia i pobudzenia pracy melanocytów, ale także długoterminowe wpływające na procesy starzenia, a także powstawanie nowotworów skóry. Promienie te wpływają negatywnie na barierę ochronną skóry, przez co prowadzą do stresu oksydacyjnego. Ponadto dochodzi do uszkodzenia włókien kolagenowych i elastynowych, przebudowy DNA komórkowego w skórze, degradacji naczyń włosowatych oraz zaburzeń jej ukrwienia. Praca melanocytów także zostaje zachwiana, przez co koloryt staje się nierówny i powstają przebarwienia. Kremy z SPF fizycznym działają jak lustro i odbijają negatywne promienie od powierzchni skóry, natomiast chemiczne pochłaniają je i nie pozwalają na przenikanie w głębsze struktury skóry. Ochrona przeciwsłoneczna powinna być stosowana przez cały rok, nawet kiedy wydaje nam się, że nie ma zagrożenia dla ciała. Szkodliwe promienie słoneczne docierają do ziemi nieustannie. Ponadto ekrany komputerów czy telefonów emitują podobne światło do promieniowania UVA, jest to światło niebieskie (HEV). Jego działanie także może negatywnie wpływać na powłoki skórne. Czyli ochrona SPF jest konieczna również w domu czy w pracy [5].

Naturalna ochrona przeciwoksydacyjna spada wraz z wiekiem. Do tego dochodzi smog, promieniowanie UV, zanieczyszczenia, stres i inne szkodliwe czynniki, wtedy organizm nie jest w stanie samodzielnie wytworzyć niezbędnych przeciwutleniaczy i pomoc z zewnątrz staje się nieodzowna. Do listy substancji antyoksydacyjnych zalicza się witaminę C, która chroni skórę, a zarazem neutralizuje wolne rodniki. Ten oraz inne antyoksydanty aplikowane są na powierzchnię ciała poprzez kosmetyki. Poza tym możemy działać przeciwstarzeniowo, włączając je w dietę i suplementację. Dlatego też owoce i warzywa są niezbędne w codziennym odżywianiu się, stanowią one bogate źródło przeciwutleniaczy pochodzenia naturalnego. Bardzo niebezpieczne są zanieczyszczenia środowiska w postaci drobnocząsteczkowych pyłów, toksyn, metali ciężkich. Zanieczyszczenia te powodują stany zapalne, podrażnienia i przyspieszają procesy starzenia się. Technologia kosmetyków opracowała antysmogowe produkty, które mają na celu zablokować wnikanie tych cząsteczek w skórę. Boostery (kosmetyki ochraniające warstwę rogową skóry przed toksynami oraz podrażnieniami) mają dodatkowe właściwości nawilżające, ochronne, regeneracyjne i odżywcze, w zależności od potrzeb i preferencji użytkownika [6].

Aplikując kosmetyki w warunkach domowych, dobrze jest stosować techniki automasażu. Poprzez taką gimnastykę mięśni utrzymuje się skórę w odpowiednim napięciu. Masaże te opierają się na technice spiralno-okrężnej ruchów masujących oraz rozcierających. Poprawiają one ukrwienie, dotlenienie oraz odżywienie skóry.

W codziennej pielęgnacji warto wykorzystać fakt regeneracji skóry podczas nocnego odpoczynku. Procesy naprawcze i odbudowujące skórę odbywają się

głównie w nocnych porach. Wtedy wytwarza się melatonina, która stanowi podstawę w procesach regeneracyjnych organizmu. Odbudowie podlega wtedy naskórek, wyrównuje się poziom wody, włókna kolagenowe zostają odnowione, komórki zostają intensywnie dotlenione oraz odżywione, a toksyny są usuwane z organizmu.

### **Składniki aktywne w kosmetykach**

W kosmetykach przeciwstarzeniowych powinny znaleźć się między innymi:

- Kwas hialuronowy – dzięki zdolności wiązania wody wpływa na poprawne nawilżenie skóry oraz wypełnianie zmarszczek.
- Kolagen – chociaż nie odbuduje już utraconego kolagenu, to z pewnością zatrzyma wodę na powierzchni naskórka.
- Witamina C – wykorzystywana jako silny antyoksydant w walce z wolnymi rodnikami. Ponadto rozjaśnia przebarwienia, stymuluje fibroblasty do produkcji młodego kolagenu, a także pobudza witaminę E do działania.
- Witamina E – neutralizuje wodne rodniki, wzmacnia barierę hydrolipidową, poprawia nawilżenie, wygładza i zmiękcza skórę. Ponadto hamuje procesy zapalne, łagodzi poparzenia np. pochodzenia słonecznego, a także podrażnienia. Jest naturalnym filtrem UV.
- Retinol – czyli pochodna witaminy A. Działa w skórze dzięki zdolności pobudzania fibroblastów do produkcji kolagenu, a także reguluje procesy złuszczenia i regeneracji naskórka.
- Niacyna – inaczej witamina B3. Stymuluje produkcję lipidów (głównie ceramidów), wzmacniając tym samym barierę hydrolipidową. Regeneruje uszkodzenia spowodowane promieniowaniem UV. Redukuje rozszerzenie porów oraz zmniejsza ich pracę.
- Kwasy AHA – należy do nich kwas glikolowy, kwas mlekowy, kwas cytrynowy, kwas jabłkowy, kwas winowy, kwas migdałowy. Regulują one procesy rogowacenia, poprawiają nawilżenie oraz wspomagają przenikanie innych składników aktywnych w głąb skóry. Poprzez stymulację fibroblastów przyczyniają się do syntezy kolagenu, elastyny i glikozamidów. Przeznaczone są dla cer o różnych potrzebach.
- PHA – polihydroksykwasy, do których należy kwas laktobionowy. Delikatnie złuszcza i rozjaśnia skórę. Poprawiają funkcjonowanie bariery hydrolipidowej, uelastyczniają oraz zagęszczają skórę, ponadto wzmacniają naczynia krwionośne.
- Peptydy – wykazują szereg funkcji, w zależności od ich technologii. Peptydy sygnałowe pobudzają fibroblasty do wytwarzania kolagenu i elastyny, transportujące są nośnikami substancji aktywnych w głąb skóry, a neuropeptydy rozluźniają mięśnie, które tworzą zmarszczki (działając na podobnych zasadach jak toksyna botulinowa).
- Ceramidy – odbudowują i regenerują płaszcz hydrolipidowy. Dzięki czemu nie odparowuje woda z powłok skórnych oraz są one lepiej nawilżone i odżywione. Nie dopuszczają szkodliwych czynników do wnętrza, a zarazem

stanowią transport dla niezbędnych dla składników zawartych w preparatach.

- Koenzym Q10 – chroni skórę przed stresem oksydacyjnym, dotlenia komórki, odżywia je i poprawia ich metabolizm. Usuwa toksyny i zanieczyszczenia dzięki zdolnościom detoksykującym. Wzmacnia barierę ochronną skóry oraz poprawia jędrność skóry.

To są podstawowe elementy w składzie kosmetyków przeciwstarzeniowych. Lista składników aktywnych anti-aging jest znacznie dłuższa, a technologia kosmetyków jest prężnie rozwijającą się dziedziną [7].

## ■ Podsumowanie

W profilaktyce przeciwstarzeniowej ogromne znaczenie ma holistyczne podejście do organizmu. Biorąc pod uwagę dietę, styl życia, codzienne nawyki, jesteśmy w stanie osiągać najlepsze rezultaty. Jednakże dbając o skórę, jej kondycję oraz wizualny wygląd, dbamy o zdrowie, lepsze samopoczucie, zmniejszamy efekty starzenia. W działaniach anti-aging najważniejszą rolę odgrywa praca własna, regularność oraz prawidłowość wdrożonych rytuałów.

## Bibliografia

1. Jarosz M.: Dietetyka. Żywność, żywienie w prewencji i leczeniu, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2016/2017.
2. Musiała N., Hołyńska-Iwan I., Olszewska-Słonina D.: Kortyzol – nadzór nad ustrojem w fizjologii i stresie, Diagnostyka Laboratoryjna, 2018; 54(1): 29–36.
3. Rhein L.D., Fluhr J. W.: Starzenie skóry? Aktualne strategie terapeutyczne, MedPharm Polska, Warszawa 2013: 11–20, 26–32, 195–201.
4. Jabłońska S., Chorzelski T.: Choroby skóry, PZWL, Warszawa 2002: 15–28.
5. Molski M.: Nowoczesna kosmetologia: kosmetyki, zabiegi, suplementy, PWN, Warszawa 2014: 254–264.
6. Marzec A.: Chemia nowoczesnych kosmetyków, TNOiK, Toruń 2010: 182–185.
7. Kołodziejczak A.: Kosmetologia, PZWL, Warszawa 2020; 2: 341.

## Poprzednie tomy

1. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 1, S. Rudzki (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2013.
2. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 2, S. Rudzki (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2014.
3. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 3, S. Rudzki (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2015.
4. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 4, K. Rejman (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2016.
5. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 5, K. Rejman (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2017.
6. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 6, K. Rejman (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2018.
7. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 7, K. Rejman (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2019.
8. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 8, K. Rejman (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2020.
9. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 9, K. Rejman (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2021.
10. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 10, K. Rejman (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2022.
11. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 11, K. Rejman (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2023.