

Aspekty psychologiczne między ciałem a umysłem

The psychological aspects between the body and mind



Redakcja
Kinga Kropiwek
Mirosław Szala
Kamil Maciąg

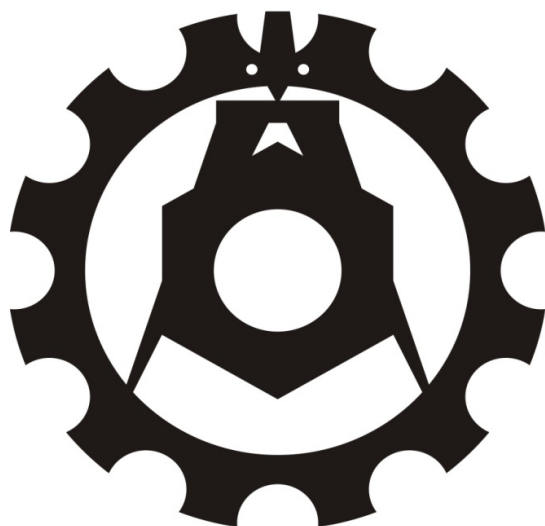
Politechnika Lubelska
Lublin 2014

Aspekty psychologiczne między ciałem a umysłem

The psychological aspects
between the body

Politechnika Lubelska

Wydział Mechaniczny



Aspekty psychologiczne między ciałem a umysłem

The psychological aspects
between the body

redakcja
Kinga Kropiwiec
Mirosław Szala
Kamil Maciąg



Politechnika Lubelska
Lublin 2014

Recenzenci:

Dr hab. Mirosław Z. Babiarz, prof. nadzw., Akademia Ignatianum w Krakowie
Prof. dr hab. Krystyna Chałas, Katolicki Uniwersytet Lubelski
Dr hab. n. farm. Elżbieta Grochowska-Niedworok, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Dr hab. n. med. Janusz Kocki, prof. nadzw., Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Dr hab. Napierała Marek, prof. nadzw., Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy
Prof. dr hab. Wiesław Piekarski, Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie
Dr hab. n. med. Jarosław Sak, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Dr hab. Michał Skrzypek, prof. nadzw., Katolicki Uniwersytet Lubelski
Dr hab. n. hum. Monika Szpringer, prof. nadzw., Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Wszystkie opublikowane artykuły zostały pozytywnie zrecenzowane

Wydano za zgodą Rektora Politechniki Lubelskiej

© Copyright by Politechnika Lubelska 2014

ISBN: 978-83-7947-048-8

Wydawca: Politechnika Lubelska

ul. Nadbystrzycka 38D, 20-618 Lublin

Realizacja: Biblioteka Politechniki Lubelskiej

Ośrodek ds. Wydawnictw i Biblioteki Cyfrowej

ul. Nadbystrzycka 36A, 20-618 Lublin

tel. (81) 538-46-59, email: wydawca@pollub.pl

www.biblioteka.pollub.pl

Druk: TOP Agencja Reklamowa Agnieszka Łuczak

www.agencjatorp.pl

Elektroniczna wersja książki dostępna w Bibliotece Cyfrowej PL www.bc.pollub.pl

Nakład: 50 egz.

Spis treści

Funkcja teatru w urzeczywistnianiu wartości przez aktorów	6
<i>Anna Karolina Ruda</i>	
Relacje interpersonalne w organizacjach a powstawanie konfliktów	13
<i>Anna Rodzeń, Agata Paluch</i>	
Zaburzenia snu wśród studentów	24
<i>Martyna Dębska</i>	
Anoreksja – zaburzona relacja między ciałem a umysłem.....	34
<i>Natalia Kaźmierczak, Sylwia Kielbasa, Antoni Niedzielski</i>	
Dozór elektroniczny w procesie wychowania resocjalizacyjnego	45
<i>Anna Brudniak-Drag</i>	
Kohabitacja w opinii par żyjących w związkach nieformalnych. Na podstawie badań socjologicznych w Lublinie	57
<i>Barbara Piotrowicz</i>	
Poziom świadomości praw pacjenta oraz opinia o ich przestrzeganiu wśród osób od 18 do 30 roku życia	70
<i>Sylwia Kielbasa, Natalia Kaźmierczak, Antoni Niedzielski</i>	
Wybrane zachowania żywieniowe młodzieży gimnazjalnej	82
<i>Katarzyna Larysz, Malwina Respondek, Lucyna Szefczyk-Polowczyk</i>	
Stan wiedzy ankietowanych kobiet na temat zakażeń układu moczowego w ciąży	92
<i>Anna Grad, Katarzyna Kalakucka, Elżbieta Majewska, Martyna Markowska, Katarzyna Kulisz, Dominika Żmurek, Paulina Gil-Kulik, Jolanta Karwat, Karolina Gil, Lidia Kotuła, Alicja Niedojadło</i>	
Problem nadwagi i otyłości uczniów gimnazjum zamieszkujących wieś lub miasto	99
<i>Lucyna Szefczyk-Polowczyk, Malwina Respondek, Weronika Szefczyk, Krystyna Szewczyk-Żołna</i>	
Wybrane motywy udziału w wolontariacie sportowym na przykładzie wolontariuszy Panasonic Evolta Triathlon.....	108
<i>Paweł Marchel, Anna Rzepińska</i>	
Dwujęzyczność w świetle badań nad mózgiem.....	108
<i>Mirek Joanna</i>	
Indeks autorów	141

Funkcja teatru w urzeczywistnianiu wartości przez aktorów

1. Opis zagadnienia

Wartości współegzystują z człowiekiem, „potrzebują” osoby aby przyjąć swój realny wymiar, jednocześnie ubogacając ją. Świadomość ich istnienia stanowi o poczuciu sensu życia. To wartości wyznaczają cele, określają granice, stanowią kim człowiek się staje. Ich hierarchiczny układ wskazuje na priorytety, dla których osoba gotowa jest zupełnie się poświęcić [1].

Współczesna cywilizacja przyjmuje stanowisko nihilizmu aksjologicznego. Nowe technologie, cybernetyka, ułatwiają komunikację i dostęp do różnych źródeł wiedzy, jednocześnie zaprzeczając istnieniu obiektywnej hierarchii wartości. Człowiek dwudziestego pierwszego wieku żyje bardzo szybko, jest nastawiony na natychmiastowe osiągnięcie sukcesu, ważna jest chwila, to co dzieje się tu i teraz, dodatkowo człowiek współczesny coraz częściej myśli wyłącznie w kategoriach „ja” [2].

Styl życia, otaczające środowisko społeczne nie sprzyjają refleksji nad hierarchią wartości. Szczególnie młodzi ludzie narażeni są na egzystowanie w pustce aksjologicznej, w której istotna jest wyłącznie tymczasowa przyjemność. Znaczący wpływ na taki stan mają media, w których coraz częściej jako najlepsze dla człowieka ukazywane są nie tylko wartości niższego rzędu, ale również antywartości.

Widoczny kryzys urzeczywistniania wartości, stanowi szczególne wyzwanie dla nauczycieli, pedagogów i rodziców. Zachodzi potrzeba poszukiwania nowych metod ukazywania obiektywnej hierarchii wartości oraz sposobów jej urzeczywistniania. Wartości istnieją w kulturze, to w kontakcie z nią uczeń może dostrzegać ich piękno i znaczenie. Badania empiryczne przeprowadzone w 2013 roku wśród uczestników studenckiego Teatru ITP, umożliwiły sformułowanie wniosku, że jedną z interesujących metod edukacji aksjologicznej może stać się właśnie teatr, jednak nie ten odległy, ale bliski, w którym młody człowiek może uczestniczyć. W jaki sposób teatr pełni funkcję aksjologiczną w urzeczywistnianiu wartości? Poniżej przedstawiona zostanie próba odpowiedzi na to pytanie.

W. Żardecki dostrzega aksjologiczną funkcję teatru w wychowaniu teatralnym: „Są to dwie wzajemnie powiązane i uwarunkowane kategorie wychowania

¹ rudaanna89@gmail.com, Zakład pedagogiki szkolnej, Wydział Nauk Społecznych, Katolicki Uniwersytet Lubelski, www.kul.pl.

teatralnego, jako integralnej części wychowania wszechstronnego, preferujące taką drogę postępowania, która od odkrywania wartości prowadzi do ich przeżywania i kształtowania osobowości odbiorcy” [3]. Wspomniany autor wskazuje, że w teatrze, który wychowuje, jego uczestnik doświadcza spotkania z wartościami. Ponad to, jak podkreśla W. Żardecki wychowanie teatralne nie kończy się na poznaniu wartości, ale także stanowi proces, który skłania uczestników do ich urzeczywistniania. Dodatkowo badacz mówi o „współczesnym kierunku wychowania teatralnego opartym na idei uniwersalizacji kultury teatralnej wyprowadzonej z preferowania niepowtarzalnych wartości ogólnoludzkich i ponadczasowych sztuki dramatyczno-teatralnej, odczytywanych i interpretowanych w kategoriach dających się rozpoznać procesów i wydarzeń współczesnej rzeczywistości” [3]. W. Żardecki zwraca uwagę, że wychowanie teatralne swoje wszelkie działania podejmuje w oparciu o wartości, podkreśla, że proces rozpoznawania wartości w teatrze dokonuje się w kontekście otaczającej rzeczywistości, przez co jego uczestnik potrafi poznane wartości urzeczywistniać w życiu codziennym.

Na ten ważny aspekt aksjologicznej funkcji teatru, w odniesieniu do rzeczywistości zwraca uwagę także A. Bielańska. Píše ona, że: „w teatrze wykorzystywane są sztuki teatralne, gotowe scenariusze, w których zawsze pojawiają się ludzkie kłopoty, konflikty, przygody i radości” [4]. Zatem jak podkreśla autorka, wartości w teatrze ukazane są w kontekście codzienności, sytuacji, z którymi uczestnik ma do czynienia poza teatrem, przez co poznane wartości może przenieść na grunt własnych doświadczeń. Ponadto A. Bielańska zwraca uwagę także na kontekst grupy, w której tworzony jest spektakl, występuje w teatrze zetknięcie się trzech płaszczyzn, w których uczestniczy aktor: „pierwsza z nich to świat grającej wspólnie grupy, opierający się na relacjach „tu i teraz”, drugi to wewnętrzny świat każdego uczestnika w relacji z innymi, a trzeci to świat zewnętrzny- rodzina znajomi, przyjaciele. Udział w „graniu ról” może być wehikułem do integracji trzech światów” [4]. Autorka podkreśla, że w teatrze aktor doświadcza spotkania z trzema światami, które bardzo często diametralnie różnią się przyjmowanymi systemami wartości. Uczestnik ma możliwość konfrontacji swojego systemu z hierarchiami pozostałych uczestników, a także swoich bliskich. Dzięki temu porównaniu ma szansę weryfikacji swojej hierarchii, nie tylko na poziomie preferencji, ale także urzeczywistniania. Dodatkowo A. Bielańska wskazuje na istnienie u aktorów dwóch czasów i przestrzeni, mianowicie: „Kiedy kończy się gra, aktor powraca do czasu rzeczywistego. Oba czasy płyną równolegle do siebie, a dwie rzeczywistości: sceny i życia codziennego nakładają się na siebie, z możliwością przenikania do siebie” [4]. Podobne zdanie na ten temat ma M. Kowalczyk pisząc, że: „Teatr wchłania w siebie zjawiska, którymi nacechowana jest rzeczywistość” [5].

Zatem właśnie ten proces przenikania i nakładania, a także „czerpania” z codzienności umożliwia dostrzeżenie pewnych wartości, dodatkowo

„mieszanie” rzeczywistości pozwala na urzeczywistnianie poznanych wartości i podjęcie decyzji o tym, czy włączyć je do osobistej hierarchii.

Na rolę przestrzeni teatralnej w urzeczywistnianiu wartości wskazuje K. Pankowska. Według autorki: „Teatr odbywa się zawsze specyficznie przywołanej przestrzeni. Jest to przestrzeń, w której wartości- w konkretnej sytuacji, konkretnym działaniu- stają się realne” [6]. Zatem wartości zaczynają „żyć” w teatrze. Aktor może poznawać określone wartości i antywartości, przyjmować je lub nie i w spektaklu zobaczyć konsekwencje takiego wyboru. Z kolei ta obserwacja i doświadczenie rzutuje na przeniesienie lub niepoznanych wartości do życia codziennego. Podobnie B. Way pisze, że: „w teatrze, tak jak w życiu istnieją doświadczenia zwycięstwa i porażki, dawania i brania, wygrywania i tracenia, bycia szlachetnym i nikczemnym, odważnym i tchórzliwym, dobrym i złym, ważnym i mało znaczącym, ludzkim i nieludzkim” [6]. Zatem rzeczywistość utworzona na potrzeby spektaklu teatralnego daje jego uczestnikom możliwość bycia kimś innym, wybierania odmiennych niż własne wartości. Dodatkowo to „teatralne postępowanie”, jest obciążone takimi konsekwencjami, jak w życiu realnym, jednak zostają one w sferze spektaklu, ostatecznie doświadczając określonych procesów. To aktor decyduje, które wartości przeniesie na grunt codzienności, a które nie.

Podsumowując powyższe aspekty należy zwrócić uwagę na to, że aksjologiczna funkcja teatru może być realizowana dzięki specyficznej rzeczywistości, która zostaje utworzona na potrzeby spektaklu. To „sceniczne teraz” nie jest jednak „oderwane” od codzienności, właściwie świat realny jest inspiracją, modelem dla świata scenicznego. Istnienie takiej zależności sprawia, że wartości są wpisane w teatr, jak pisze K. Pankowska: „Podstawowym celem teatru, jest umiejętność określania dobra i zła, prawdy i fałszu. (...) Prawdziwy teatr bowiem, zawsze dotyczy sytuacji człowieka w świecie wartości, choć ścierających się, wchodzących w konflikty, przeciwstawnych” [6]. Ponad to należy podkreślić, że ta aksjologiczna rzeczywistość teatralna jest środowiskiem, w którym dochodzi do spotkania aktora z wartościami. Uczestnik spektaklu może poznać określone wartości, co więcej może doświadczyć konsekwencji ich wyboru. Z kolei przez takie doświadczenia oraz zbieżność płaszczyzny teatralnej z rzeczywistością dokonuje weryfikacji swojej hierarchii wartości, zarówno preferowanej jak i urzeczywistnianej.

Badacze aksjologicznej perspektywy teatru zwracają także uwagę, na to jak istotnym jego elementem w procesie kreowania hierarchii wartości uczestników jest praca zespołowa. M. Kowalczyk zwraca uwagę, że: „równolegle z zadaniami teatralnymi idzie w parze budowanie więzi międzyludzkich, organizowanie dystrybucji sztuki i przenoszenie realizacji teatralnych i dramatycznych na obszar szerszy, znacznie wykraczający poza szkołę. Działaniom teatralnym towarzyszy reorganizowanie dotychczasowych kontaktów międzyludzkich, włączających do czynności twórczych kolejne, wcześniej z nimi niezwiązane osoby” [5]. Autorka zwraca uwagę na to, że przy podejmowaniu działań teatralnych dochodzi do reorganizacji sieci kontaktów aktorów. Pojawiają się nowe osoby, z którymi aby stworzyć spektakl trzeba nawiązać porozumienie. Dodatkowo te znajomości i relacje

umożliwiają wymianę wartości, a przez to reorganizację systemów aksjologicznych uczestników.

„Aksjologiczna wymiana” jest możliwa, ponieważ, jak pisze J. Kwiek: „W teatrze obowiązuje typ komunikacji dwukierunkowej” [7]. Autorka wskazuje na dialog wewnętrzny, odbywający się w teatrze, z tym, co przekazuje spektakl oraz z tym, co reprezentują pozostałe osoby, współtworzące wydarzenie teatralne. Ten dialog przy współpracy daje możliwość poznania odmiennych wartości, niż te, które preferuje aktor lub utwierdzenie w przekonaniu, że przyjęte wartości są słuszne. Ponad to jak pisze J. Kwiek: „w teatrze dominuje perswazja, czyli forma wywodu lub debaty i dyskusji, rodzaj dyskursu mającego na celu opowiedzenie się za lub przeciw jakiemuś stanowisku. Cechuje ją dwukierunkowość, podczas debaty słuchający i mówiący mogą bowiem, wymieniać argumenty, polemizować, spierać się i modyfikować swoje opinie, postawy, wartości.(...) Stwarza on szansę obu stronom uczenia się od siebie nawzajem”[7]. Aksjologiczna funkcja teatru realizowana jest przez spotkanie i pracę w grupie. Wtedy możliwe jest poznanie nowych, odrębnych hierarchii wartości, poznanie sposobów jej urzeczywistniania oraz ewentualna weryfikacja własnych systemów aksjologicznych. Jak podkreśla B. Fastyn: „teatr często daje dziecku jedyną szansę zrozumienia sposobu postępowania, wartości i uczuć innej osoby, spojrzenie na siebie z zewnątrz, wypowiedzenia ukrywanych myśli”[8]. Przez kontakt z drugim człowiekiem, jaki dokonuje się w teatrze aktor zaczyna rozumieć pewne zachowania ludzi. Dostrzega, że często są one następstwem przyjmowania konkretnej hierarchii wartości i urzeczywistniania jej. Należy podkreślić, że wachlarz podjętych relacji jest szeroki. A. Bielańska wymienia: „relacje: między aktorami, między odgrywanymi postaciami, między aktorem, a postacią, którą odgrywa, między graną postacią a innym aktorem” [4]. Wspomniana autorka wskazuje na to, że relacje, które powstają w teatrze nawiązują się także między odgrywanymi postaciami. Należy uznać również odgrywane role za istotny element aksjologicznej funkcji teatru.

Badacze zwracają uwagę na to, że role odgrywane w teatrze oddziałują na hierarchię wartości uczestników. Dokonuje się to głównie przez to, że, jak pisze A. Bielańska: „Aktor grupy szuka i wypróbowuje siebie innego lub wcześniej nieujawnionego, zмага się ze swoimi wewnętrznymi przeszkodami”[4]. Według tej autorki dzięki odgrywaniu roli aktor może „stać się” inną osobą, razem z jej zachowaniami, wartościami. Proces ten może się dokonywać jednak tylko, kiedy uczestnik autentycznie identyfikuje się z odgrywaną postacią. A. Bielańska wskazuje, że: „Granie ról zawiera element nazwany „as if”. Oznacza to, że gdy podejmujemy rolę początkowo zachowujemy się „jak gdyby” bylibyśmy graną postacią(...). Dopiero o wiele później może dojść do tego, co nazywamy identyfikacją z rolą. Wówczas poprzez włączenie doświadczenia z roli w nasze uczucia i myśli możemy osiągnąć poczucie jednorodnego „ja”. Nierealistyczne i nieautentyczne cechy czynnika „jak gdyby” znikają, jako rezultat uczuciowego

zaangażowania uczestnika. W ten sposób granie ról staje się świetnym narzędziem wydobywania autentycznych wartości”[4].

Przedstawiona wypowiedź wskazuje, że aktor „tworzy” nową jakość własnego „ja”, w związku z tym poznaje nowe wartości, urzeczywistnia inną hierarchię wartości. Ponad to autorka zwraca uwagę na to, że: „Praca nad rolą w sztuce ma pomóc uczestnikowi z jednej strony poznać nowe wartości, natomiast z drugiej poprzez odniesienie do siebie sprawić, iż zacznie on przyglądać się swoim własnym” [4]. Z przedstawionej wypowiedzi wynika, że odgrywane role dostarczają aktorowi pewnych wzorców, dzięki którym może dokonywać wewnętrznej analizy i modyfikacji swoich struktur aksjologicznych w aspekcie preferowania i urzeczywistniania.

2. Wnioski/Podsumowanie

Analiza poglądów badaczy na funkcję teatru w urzeczywistnianiu wartości aktorów, umożliwia wykazanie czynników warunkujących aksjologiczną funkcję teatru, są to:

- rzeczywistość spektaklu spreparowana specjalnie na jego potrzeby. Jest to przestrzeń, w której zawarte są wartości. Aktor w niej uczestniczący ma możliwość spotkania z nimi, dodatkowo może „wypróbować”, z czym wiąże się urzeczywistnianie określonych wartości;
- współpraca przy tworzeniu spektaklu. Przedstawienie może powstać tylko przy wzajemnym poznaniu uczestników. Przez obcowanie z drugim człowiekiem, aktor ma możliwość zetknięcia z różnymi systemami wartości, reprezentowanymi przez poszczególnych członków grupy, co może weryfikować jego własną hierarchię;
- odgrywane role - przy kreowaniu postaci dokonuje się proces identyfikacji z bohaterem, by uzyskać efekt autentyczności. Z kolei identyfikacja jest możliwa wtedy, gdy dokona się analizy struktur aksjologicznych bohatera. Ponadto konfrontacja z rolą umożliwia zweryfikowanie, które wartości przyjmowane przez grana postać włączyć do własnej hierarchii, a które jednak stanowczo odrzucić.

Przedstawione elementy aksjologicznej funkcji teatru wskazują na to, że teatr stanowi pewnego rodzaju „laboratorium aksjologiczne”. Dzięki uczestnictwu w takiej działalności osoba, nie tylko poznaje wartości, ale doświadcza jakie są skutki ich urzeczywistniania. Rzeczywistość teatru, a także spektaklu, która współistnieje równolegle z rzeczywistością codzienności, daje szansę na osobiste doświadczenie wartości oraz antywartości, umożliwia poznanie konsekwencji określonych wyborów, jednocześnie zostawiając je w przestrzeni teatru.

Literatura

1. Kowalczyk. S. Człowiek w poszukiwaniu wartości. Elementy aksjologii personalistycznej. Lublin 2006.
2. Błażejowski. W. Kryzys wartości deklarowanych. W: Teoria i praktyka wartości w pedagogice. Pod Red. W. Furmanka. Rzeszów 2011.
3. Żarecki. W. Pedagogika kultury teatralnej. W: Pedagogika kultury. Historyczne osiągnięcia, współczesne kontrowersje wokół edukacji kulturalnej, perspektywy rozwoju. Pod Red. J. Gajda. Lublin 1998.
4. Bielańska. A. Teatr, który leczy. Kraków 2002.
5. Kowalczyk. M. Teatr w świadomości uczniów (1985-1990). Warszawa 1995.
6. Pankowska. K. Drama w wychowaniu do wartości. W: Kultura- Wartości- Kształcenie. Wobec wyzwań i zagrożeń XXI wieku. Pod. red. J. Gajdy, J. Izdebskiej. Suwałki 2004.
7. Kwiek. J. Dziecko w przestrzeni teatralizowanej reklamy komercyjnej. W:Teatr w świetle. T.1. Pod. red. M. Karasińska, G. Leszczyński. Poznań 2007.
8. Fastyn. B. Teatr w pracy z dziećmi. Warszawa 2010.

Funkcja teatru w urzeczywistnianiu wartości przez aktorów

Streszczenie

Prezentowany artykuł stanowi próbę ukazania, w jaki sposób jest realizowana przez teatr jego aksjologiczna funkcja. Wydaje się ona być szczególnie istotna współcześnie. Edukacja dwudziestego pierwszego wieku potrzebuje nowych metod kreowania u młodego pokolenia właściwej hierarchii wartości. W artykule zaprezentowane zostały poglądy między innymi W. Żardeckiego, który zwraca uwagę, że wychowanie teatralne swoje wszelkie działania podejmuje w oparciu o wartości, podkreśla, że proces rozpoznawania wartości w teatrze dokonuje się w kontekście otaczającej rzeczywistości, przez co jego uczestnik potrafi poznać wartości urzeczywistniać w życiu codziennym. Dodatkowo przedstawiono wnioski A. Bielańskiej, która podkreśla, że w teatrze aktor doświadcza spotkania z trzema światami, które bardzo często diametralnie różnią się przyjmowanymi systemami wartości. Uczestnik ma możliwość konfrontacji swojego systemu z hierarchiami pozostałych uczestników, a także swoich bliskich. Dzięki temu porównaniu ma szansę weryfikacji swojej hierarchii, nie tylko na poziomie preferencji, ale także urzeczywistniania. Niniejsza problematyką zajmowała się również K. Pankowska, mianowicie wskazuje ona na to, że wartości zaczynają „żyć” w teatrze. Aktor może poznawać określone wartości i antywartości, przyjmować je lub nie i w spektaklu zobaczyć konsekwencje takiego wyboru. Z kolei ta obserwacja i doświadczenie rzutuje na przeniesienie lub nie, poznanych wartości do życia codziennego.

Analiza literatury umożliwiła wskazanie trzech głównych czynników, które umożliwiają realizację omawianej funkcji teatru. Przede wszystkim jest to, specjalnie dla potrzeb spektaklu spreparowana rzeczywistość, w której aktor uczestniczy poznając obowiązujące w niej wartości. Drugim czynnikiem jest współpraca, przy tworzeniu spektaklu. Przedstawienie może powstać tylko przy wzajemnym poznaniu uczestników, natomiast w tym procesie, aktor ma możliwość obcowania z wartościami, które reprezentują poszczególni członkowie grupy. Ostatnim czynnikiem wskazującym na realizację aksjologicznej funkcji przez teatr są odgrywane role. Przy kreowaniu postaci dokonuje się proces identyfikacji z bohaterem, by uzyskać efekt autentyczności. z kolei identyfikacja jest możliwa wtedy, gdy dokona się analizy struktur aksjologicznych bohatera.

Słowa kluczowe: teatr, wartości, urzeczywistnianie, aktor

Function of theater in realization of values by actors

Abstract

The article is an attempt to show how theater implements its axiological function. It appears to be particularly important nowadays. Twenty-first century education requires new methods for the creation the correct hierarchy of values for the young generation. The article presented the views of , among others, W. Żardeckiego, who points out that all theatrical education is based on the values , stresses that the process of recognition of the values in theater is done in the context of the surrounding reality , and thanks to this the participant is able to embody the learned values in everyday life. In addition, we focus on the conclusions made by A. Bielańska , who emphasizes that in theater actor experiences a meeting with the three worlds, which often have adopted radically different value systems . The participant is able to confront his system of hierarchies of values with the other participant's, as well as with people he is closest to. Thanks to this comparison participant has a chance to verify his hierarchy, not only at the level of preferences, but also the realization .This issues were also in the area of interest of K. Pankowska, who indicates that the values begin to "live" in the theater. The actor can explore specific values and anti-values, accept them or not , and during the performance he can see the consequences of such a choice. In turn, this observation and experience affects in the transfer or not, those values into everyday life. Thanks to analysis of the literature it was possible to identify three main factors that enable the realization of this function of theater. First of all, it is reality which was crafted especially for the show, in which actor participates and he is learning about valid values. The second factor is the cooperation during the creation of the show. Spectacle can arise only when participants know each other and in the process, the actor has the ability to commune with the values that are represented by individual members of the group. The final factor that show us the axiological function of theater are playing the roles. When creating a character actor must identify with the hero to get the effect of authenticity. In turn, identification is possible if actor will make analysis of axiological structures of the hero.

Keywords: theater, values, actors

Relacje interpersonalne w organizacjach a powstawanie konfliktów

1. Wstęp

Środowisko pracy, struktura organizacyjna może wywierać na nas pozytywny, negatywny wpływ, bądź oddziaływać neutralnie. Do społecznych warunków pracy zaliczamy stosunki interpersonalne, system motywowania, partycypacji, ogólnie panującą atmosferę i wiele innych. Istotną rolę odgrywa tu menedżer, odpowiadający za zarządzanie personelem w danej organizacji.

Przełożony utożsamiany jest zazwyczaj z osobą, która wydaje rozkazy, polecenia, wyznacza zadania i cele w organizacjach. Jednak umiejętność koordynowania tych procesów, stymulowanie rozwoju organizacji i uzyskanie efektywnej kadry pracowniczej wymaga odpowiednich relacji. Ograniczanie przez strukturę organizacji w odniesieniu do stopnia kontrolowania, narzucania racji, czy też uniemożliwianie samodzielności wpływa niekorzystnie. Dlatego też najczęstszym wynikiem negatywnych zachowań interpersonalnych jest możliwość pojawienia się konfliktu.

Organizacje łączą w sobie zarówno zasoby ludzkie jak i elementy rzeczowe, co jest wynikiem trzech rodzajów relacji, a mianowicie między ludźmi, rzeczami, a także ludźmi a rzeczami. Pomimo tego, iż największą uwagę skupia się na pierwszej wymienionej przeze mnie relacji, to pozostałe stanowią istotny element odpowiedniej funkcjonalności organizacji – przede wszystkim efektywnej.

Celem artykułu jest prezentacja stosunków, jakie zachodzą między ludźmi, przełożonymi a podwładnymi oraz naświetlenie konfliktów, które są skutkiem negatywnych relacji pomiędzy nimi.

¹ Email: anciaa15@op.pl, Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie, Wydział Inżynierii Produkcji, Studenckie Koło Naukowe Zarządzania i Ergonomii

² Email: agata1993@onet.pl, Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie, Wydział Inżynierii Produkcji, Studenckie Koło Naukowe Zarządzania i Ergonomii

2. Proces podziału i integracji w strukturze organizacyjnej

Struktura organizacji tworzy sieć stanowisk pracy i formalne wzory współdziałania pomiędzy ludźmi zajmującymi te stanowiska, określone przez kierowników po to, aby organizacja mogła sprawnie i skutecznie realizować swoje cele [1]. Jest schematem, przy którego projektowaniu menadżerowie powinni zwrócić uwagę na pasmo czynników na nią wpływających:

- podział pracy;
- departamentalizacja;
- formalizacja;
- rozpiętość kierowania;
- centralizacja i decentralizacja władzy;
- linia podporządkowania;
- łączenie elementów organizacji poprzez więzi organizacyjne pomiędzy nimi.

Podział pracy ma na ogół charakter jakościowy, to znaczy polega na tym, że poszczególni uczestnicy wykonują różne czynności w sumie składające się na proces prowadzący do realizacji celów organizacji [2]. Dzięki specjalizacji organizacja może spodziewać się efektywnej pracy zatrudnionych, znajdujących się na odpowiednich stanowiskach, których zadania są w sposób klarowny sprecyzowane. Niekiedy menadżerowie muszą wykorzystać ilościowy podział pracy, bowiem realizacja wyznaczonych zadań, może przekraczać możliwości jednego pracownika. Tworzy się wówczas takie same stanowiska pracy w celu wykonywania równocześnie takich samych zadań. Jednakże uzyskanie zwielokrotnionych korzyści nie jest możliwe.

W zależności od organizacji decyzje są podejmowane przez menadżerów najwyższych szczebli. Pozostali kierownicy wykonują polecenia od przełożonych, a ich udział w decyzjach jest nieznaczny, bądź nie występuje. Takie firmy nazywamy scentralizowanymi. W innym przypadku podejmowanie decyzji powierzone jest zarządzającym, którzy występują najbliżej miejsca działań i czynią to w organizacjach zdecentralizowanych. Im większa możliwość decydowania personelu niższego w hierarchii organizacji tym większa decentralizacja. Cieszy się ona większą skutecznością w rozwiązywaniu problemów, ponieważ na decyzję ma wpływ większa liczba ludzi. Menadżerowie niższego szczebla dokładniej znają podłoże ich występowania i mogą dobrać efektywniejsze działania, by im zapobiec.

Łączenie elementów organizacji, polega na ustaleniu stosunków służbowej podległości oraz budowaniu więzi interpersonalnych jakie chcemy osiągnąć między poszczególnymi składnikami.

Stosunki interpersonalne powstające w wyniku opisanych wyżej procesów możemy różnicować jako:

- przynależności do formalnych grup, które są składnikami organizacji;
- współdziałania, czyli realizowanie schematów ustalonych dla realizacji procesów w organizacji;
- podporządkowania, będące wynikiem specjalizacji władzy i panującej hierarchii;
- zależności, wynikające z wyspecjalizowania i wiedzy fachowej zatrudnionych (mogą mieć charakter pionowy, poziomy, diagonalny – ukośny).

Zależności te znajdują odzwierciedlenie w stosunkach organizacyjnych pomiędzy jednostkami, czy też grupami ludzi. Stosunki zasileniowe powinniśmy kojarzyć przepływem między składnikami organizacji, zaś informacyjne jak sama nazwa wskazuje z przepływem informacji.

2.1. Cztery podstawowe typy więzi organizacyjnych

Więzi organizacyjne to zależności pomiędzy stanowiskami pracy, a komórkami organizacyjnymi. W teorii organizacji wyróżnia się cztery rodzaje więzi organizacyjnych, których typologia jest oparta na kryterium kierunku powiązań między elementami tworzącymi strukturę organizacyjną [3]. Zatem są to więzi:

1. służbowe (hierarchiczne) – mamy tu styczność ze stosunkami podporządkowania, które lokują się w więziach informacyjnych, zachodzących wskutek rozmieszczenia kompetencji decyzyjnych, wydawania poleceń, nakazów, określania zadań, kontroli ich realizacji poprzez przekazywanie kierownictwu na wyższych szczeblach informacji o efektywności działania, więzi te wyrażają się w zależności podwładny a przełożony.

2. funkcjonalne (niehierarchiczne) – zachodzą na tle rozpiętości kompetencji zawodowych, których meritum jest pomaganie, wydawanie opinii, udzielanie fachowych rad, doradzanie przy wykonywaniu zadań, co wiąże się z wszechstronnym przebiegiem: pionowym, poziomym, ukośnym.

3. techniczne (specjalizacyjne) – występują w wyniku podziału pracy, wyrażające się wzajemną kooperacją jednostek od zespołu w czasie realizacji przedsięwziętego celu, zazwyczaj mające poziomy tok, ale również pionowy bądź diagonalny z uwagi na występowanie podziału pracy pomiędzy szczeblami jak i na poszczególnych stopniach hierarchii.

4. informacyjne – zachodzą na tle wymiany informacji, które nie powinny opiniować, wyrażać sugestii, wydawać poleceń, w jakikolwiek sposób oceniać, wyrażające się w interesie jednostronnego lub wzajemnego informowania się, mnogość klarownych informacji, przyczyniają się do podejmowania słusznych decyzji w każdym zespole i na wszystkich szczeblach organizacji.

Poprawne działanie organizacji, wymaga kształtowania wewnętrznego ładu. Jest on uzależniony od występowania odpowiednich więzi. Należy podejmować decyzje w oparciu o opinie pracowników, delegować kompetentne osoby do przekazu informacji, by nie zakłócić ich poprawnego funkcjonowania.

Tabela 1. Charakterystyka więzi organizacyjnych

Typy więzi	Tło występowania	Cel występowania	Kierunek występowania
Służbowe	Rozmieszczenie kompetencji	Kontrola na każdym szczeblu organizacji	Przełożony a podwładny
Funkcjonalne	Rozpiętość kompetencji	Udzielanie fachowych rad	Pionowy, poziomy, diagonalny (ukośny)
Techniczne	Specjalizacja pracy	Współdziałanie jednostek, zespołów	Zazwyczaj poziomy, rzadziej pionowy, diagonalny
Informacyjne	Wymiana informacji	Ułatwienie procesu porozumiewania się	Każdy szczebel organizacji

Źródło: opracowanie własne.

2.2. Formalne i kulturalne więzi interpersonalne

Stosunki interpersonalne mogą powstawać na tle: oficjalnym, urzędowym lub w sposób kulturalny (nieoficjalny), czyli nieprzewidziany w przepisach. Przesłanka stosunków formalnych znajduje się w przepisach, które regulują zorganizowanie przedsiębiorstwa, wynikający z nich układ stosunków służbowych pracowników oraz ustalone zasady postępowania. Są wynikiem specjalizacji pracy między pracownikami oraz rangi odpowiedzialności służbowej, jaka jest każdemu przypisana. Stosunki te możemy zauważyć w przypadku związków zawodowych, stowarzyszeń zawodowych i innych organizacji. Za ich pośrednictwem tworzą się więzi:

- **hierarchii** – więź o charakterze zazwyczaj rzeczowym na tle zależności służbowych, funkcjonuje w relacji kierownika z podległymi mu pracownikami, tworząc pionową zależność;
- **zakładowa** – dotyczy przynależności pracowników do danej grupy utworzonej w przedsiębiorstwie, cechując ją spójność załogi, poprzez przywiązanie i poczucie przynależności do zakładu pracy;

- **instytucjonalna** – jest wynikiem połączenia pracowników należących do różnych organizacji, instytucji w obrębie organizacji, występuje tu konieczność postępowania według przepisów danego zakładu.

Biorąc pod uwagę częste występowanie w rzeczywistości stosunków nieoficjalnych, możemy je rozróżnić na trzy typy:

- **niesformalizowane** uzupełniają strukturę formalną wypełniając marginesy swobody, świadomie pozostawiony uczestnikom organizacji i tym samym wzbogacając rzeczywistość strukturę organizacji [2]. Istotnym problemem jest odpowiednia rozpiętość stopnia swobody, która najkorzystniej dopełniałaby strukturę organizacji i wyznaczała do jakiego stopnia tolerować różnorodność, by zwiększyć przezroczność. Innymi słowy: jaki obrać stopień sformalizowania w zależności od panujących uwarunkowań;
- **pozaformalne (pozaorganizacyjne)** są wyrazem takich samych zainteresowań, przyjaźni, antypatii między ludźmi, prewencji wspólnych dóbr, interesów itp. Przykładem może być tworzenie się kół np. łowieckich, miłośników wszelkiego rodzaju sportów, wędkowania, co jest skutkiem organizowania przez miejsca pracy imprez okolicznościowych. Mają one na celu zapewnienie odpowiednich stosunków między pracownikami i możliwość integracji między sobą;
- **nieformalne (osobiste)** odbiegają od struktury formalnej. Modyfikują ją poprzez naruszenie ustalonego porządku, konfigurują w zależności pomiędzy pracownikami. Nie są one wynikiem struktury organizacyjnej, ani nie mają względów służbowych. Występują na tle wspólnych zainteresowań, ukończenia tej samej szkoły, wspólnego miejsca zamieszkania, uczucia sympatii, wzbudzanie zaufania, takiej samej kultury, uprawianie tych samych sportów, czy też ze względu na wspólne poglądy polityczne i wiele innych. Mogą oddziaływać pozytywnie na cele wyznaczone przez przedsiębiorstwo, negatywnie, ale też neutralnie. Dlatego kierownicy powinni mieć na uwadze takie więzi, by wykorzystać je w pozytywny sposób, mając na uwadze dobro organizacji. Więzy, które są ich wyznacznikiem to:
- **więź wspólnej pracy** jest wyrazem trudnienia się w wykonywaniu takich samych zadań, integralność interesów osobistych z współpracownikami, wyrażające sumienne wykonywanie zadań może być oznaką takiej więzi;
- **więź zawodu** zrzeka pracowników wykonujących ten sam zawód, a więc o takich samych zainteresowaniach. Wiąże się to z poczuciem dumy zawodowej i sytuowaniu swojego zawodu na wysokiej lokacie;
- **więź koleżeństwa** to połączenie wyżej opisanych więzi. Jednakże często ma też wydźwięk poza zakładowy. Jest to efektem nawiązywania bliskich stosunków ze swoimi kolegami z pracy, którego podłoże wynika z szacunku i uznania;
- **więź wspólnego losu** jest wynikiem znajdowania się w podobnej sytuacji życiowej, zatrudnienie w tym samym miejscu pracy, kwestie zarobkowe czy bytowe.

2.3. Pojęcie konfliktu i jego podstawowe typy

Tabela 2. Fazy konfliktu w kolejności powstawania

Faza pierwsza	Jest to faza kiedy pojawiają się pierwsze niewielkie napięcia w kontaktach interpersonalnych w organizacji.
Faza druga	Następuje powolna niechęć, oraz wzajemna wrogość. Mamy do czynienia z narastającymi zarzutami, negatywnymi uwagami a także coraz częstszą oceną.
Faza trzecia	W kolejnej fazie następuje rozładowanie napięcia, najczęściej w postaci gwałtownej, nieprzewidywalnej reakcji, czyli w atmosferze awantury. Ta faza jest bardzo krótka, dynamiczna i najczęściej bardzo daleka od zdrowego rozsądku.
Faza czwarta	Faza kolejna to wyciszenie. Jeśli strony utrzymują ze sobą komunikację, wówczas są w stanie spokojnie rozważyć problem i oddzielić emocje od faktów, w celu dojścia do porozumienia.
Faza piąta	W tej fazie dochodzi do porozumienia. Pozwala ona na skonfrontowanie stanowisk, rozpatrzenie wzajemnych interesów, co umożliwia dalsze współdziałanie i dalszą współpracę.

Źródło: opracowanie własne

Pomimo różnorodności źródeł spory w organizacjach mają podobny przebieg. W przyrównaniu stosunków pomiędzy ludźmi mogą odnosić się do zaspokajania potrzeb.

Możemy powiedzieć, że osoby o silnej potrzebie przynależności (afiliacji) stwierdzają, że dobra jakość stosunków interpersonalnych jest ważnym pozytywnym elementem w miejscu pracy [4]. Jednakże, kiedy taka osoba czuje negatywne emocje w swoim środowisku, może prowadzić to do powstawania sporów.

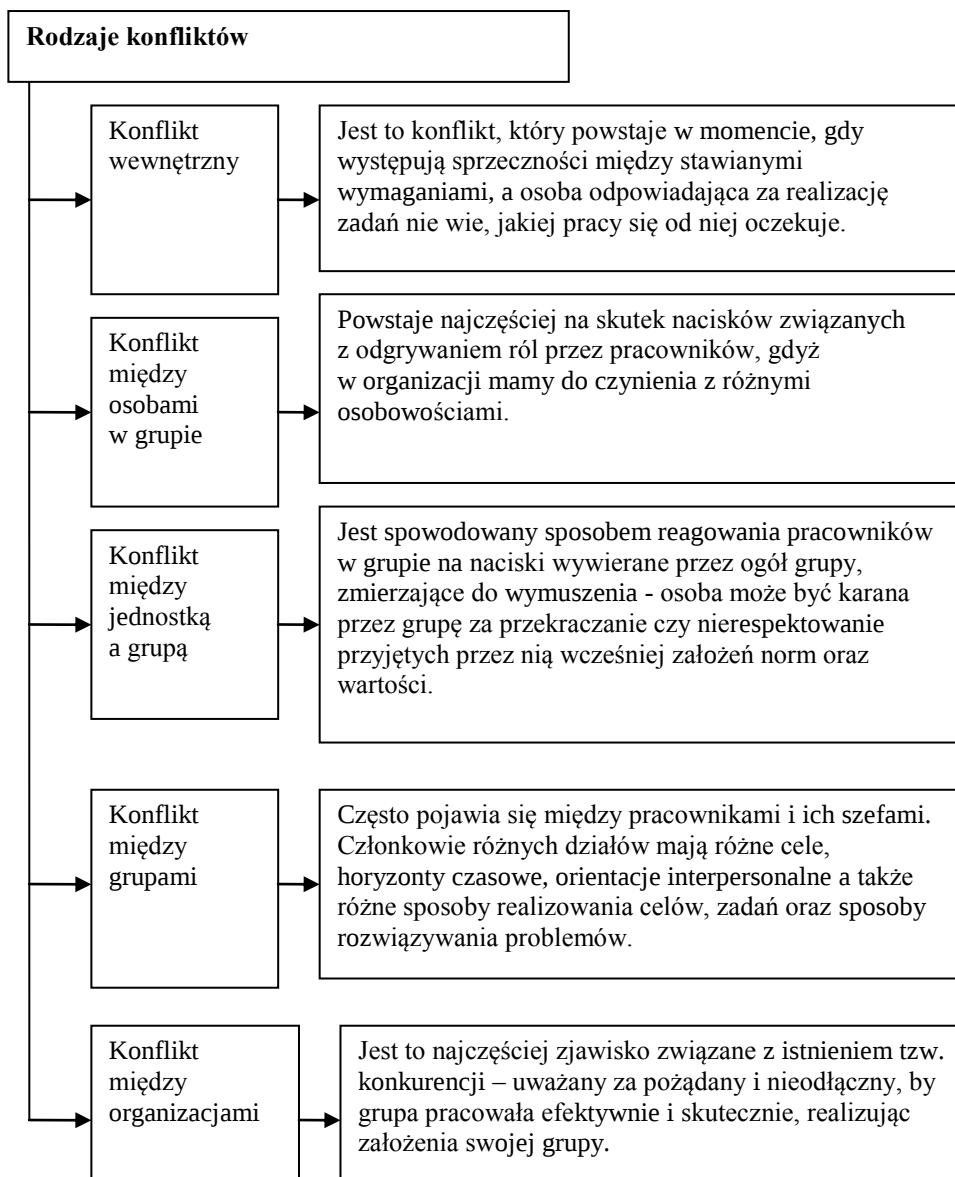
Konflikt jest pojęciem bardzo wielostronnie rozumianym. Zjawisko to opisuje definicja Stonera i Wankela, według której w organizacji konflikt oznacza spór dwóch lub więcej członków albo grup, wynikający z konieczności dzielenia się ograniczonymi zasobami albo pracami lub zajmowania odmiennej pozycji, różnych celów, wartości lub postrzeżeń [5].

Według Robbins'a konflikt definiujemy jako proces, w którym strona A podejmuje świadome wysiłki zmierzające do udaremnienia dążeń strony B przez blokowanie w jakiś sposób osiągnięcia przez nią celów lub blokowanie działań w jej interesie [6].

W organizacji możemy wyróżnić pięć rodzajów konfliktów:

- **wewnętrzny (indywidualny)** – pracownik znajduje jego źródło w niesprecyzowanych poleceniach, wymaganiach dotyczących pracy, które są z nią rozbieżne oraz zbyt niskiej efektywności wykonywania zadań i nadmiar oczekiwań niż człowiek myśli, że może zrobić; w organizacji ten rodzaj niezgodności ma wpływ na reakcję osoby na pozostałe typy konfliktów,
- **między poszczególnymi osobami** – spowodowane są różnicami charakteru, zajmowanymi stanowiskami np. przełożony a podwładny, pomiędzy równorzędnymi kierownikami, czy też podwładnymi,
- **między jednostką a grupą** – reakcja osób na presję wywieraną przez zespół w celu podporządkowania sobie pracownika, by ulegał wpływom, np. stosowanie nagan, kar za nieefektywną pracę poniżej wymaganych norm,
- **między grupami w tej samej organizacji** – pojawiają się między linią i sztabem oraz między robotnikami i kierownictwem [5],
- **między organizacjami** – najczęściej występujący konflikt w obrębie gospodarki, można go scharakteryzować jako konkurencję, jest czynnikiem wpływającym na powstawanie nowych technologii, produktów, usług, stosowania niższych cen i produktywniejszego użycia zasobów.

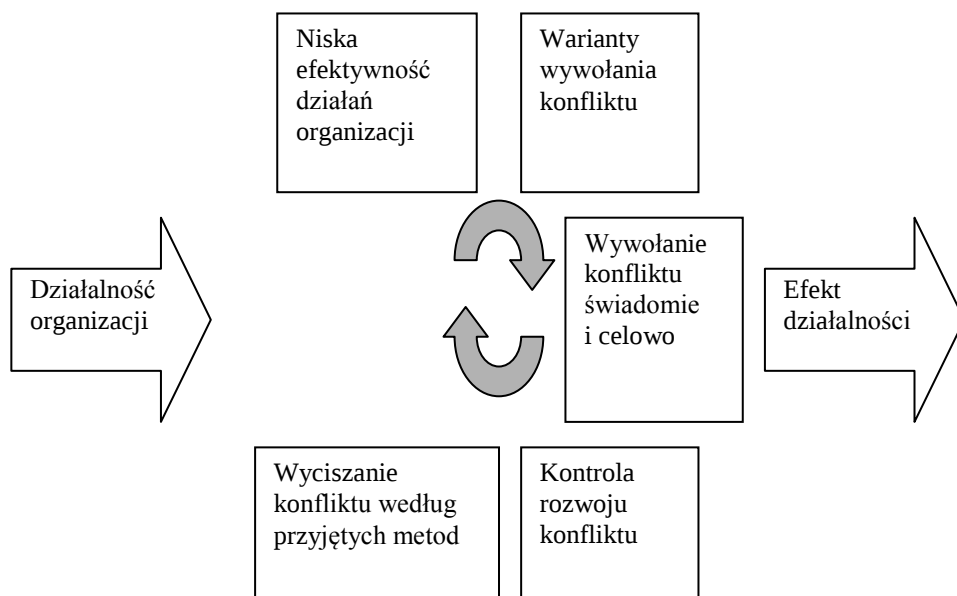
Schemat podziału powyższych konfliktów przedstawia rysunek 1.



Rys. 1. Rodzaje konfliktów powstających w różnych grupach, źródło: opracowanie własne

2.4. Konflikty interpersonalne

Konflikt interpersonalny zachodzi między dwoma osobami lub większą ich liczbą, przy czym każda ze stron działa wobec drugiej we własnym imieniu. Prezentuje swoje własne interesy i swoje stanowisko po konsultacji lub bez konsultacji z innymi, z aprobatą lub bez aprobaty innych [7].



Rys. 2. Przykład mapy procesowej konfliktu w organizacji, źródło: opracowanie własne

Powyższy rysunek 2 przedstawia przykładowy proces konfliktu powstałego w przedsiębiorstwie na skutek celowych działań, wywołanych przez uczestnika tego procesu.

Konflikt interpersonalny możemy podzielić ze względu na uwarunkowania:

- **konflikt interesów** - pojawia się pomiędzy ludźmi, którzy ubiegają się o czynniki indywidualne na tle politycznym, materialnym, społecznym, a sytuacja pozwala na finalizację korzyści tylko jednej strony,
- **konflikt postaw** - najczęściej występuje w zespołach, przejawia się, gdy jednostki reprezentują odmienne stanowiska, każda postawa przyjmowana jest w celu wyrażenia gotowości wobec danego obiektu, która wiąże się z dopasowaniem nastawienia intelektualnego, motywacyjnego, uczuciowego w stosunku do niego,
- **konflikt ról** - jest wynikiem mnogości wytyczonych oczekiwań grupy w odniesieniu do jednostki oraz jednostkowych interpretacji tych wymagań.

3. Podsumowanie

Stosunki interpersonalne odgrywają bardzo istotną rolę w środowisku organizacji- pozytywną bądź negatywną. Wpływają one na zwiększenie wydajności pracy, które w rezultacie zwiększają produkcję, usługi itp., co wpływa na osiąganie korzyści finansowych. Różnorodność zachowań ludzi w danej sytuacji, odmienność potrzeb, celów, kultur, przekonań i wiele innych czynników wpływa na powstawanie konfliktów. Ich występowanie podczas współpracy międzyludzkiej jest nieuniknione. z tego względu utrzymanie pozytywnych relacji w każdym możliwym kierunku ich występowania nie jest łatwe i wymaga należytego podejścia i odpowiedniej struktury organizacyjnej. Jednak nie same w sobie konflikty zachodzące w sposób naturalny, lecz nieoczekiwane skutki są źródłem zła. To wynik niewłaściwego postępowania ludzi, podejmowanie pewnych kroków w przyływie emocji, impulsu. Możemy wyznaczyć ich pozytywną rolę. Mogą wnieść w organizacji wiele wartościowych zmian. W trakcie ich rozwiązywania dostrzegamy inne problemy i nasza wczesna reakcja może zapobiec kolejnym sporom, stagnacji, sprzyjać powstawaniu innowacyjnych rozwiązań, wyznaczaniu sprecyzowanych celów przedsiębiorstwa, sprzyjać wzrostowi motywacji, a niekiedy wzbudzać pozytywne zmiany w kontaktach.

Literatura

1. Szczupaczyński J., *Anatomia zarządzania organizacją*, Warszawa, Wydawca: Międzynarodowa Szkoła Menadżerów, 1998, s. 27.
2. Bielski M., *Podstawy teorii organizacji i zarządzania*, Warszawa, Wydawnictwo C.H. Beck, 2004, s. 106, 109.
3. Sikorski C., *Zachowania ludzi w organizacji*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 1999, s. 48.
4. Griffin R. W., *Podstawy zarządzania organizacjami*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2004, s. 591.
5. Stoner J., Wankel C., *Kierowanie*, Warszawa, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, 1996, s. 329, 332.
6. Robbins S.P., *Zachowania w organizacji*, Warszawa, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, 2004, s. 308-309.
7. Bartkowiak G., *Psychologia zarządzania*, Poznań, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, 1997, s. 70.

Relacje interpersonalne w organizacjach a powstawanie konfliktów

Streszczenie

Po wprowadzeniu do artykułu opisany zostaje proces podziału i integracji. W odniesieniu do struktury organizacyjnej. Mają one istotne znaczenie dla menadżera, który projektuje schemat działania organizacji, ale również ze względu na powstające w ich wyniku relacje interpersonalne. Wpływają one na stosunki panujące w środowisku pracy. W dalszych rozważaniach przedstawione zostają zależności pomiędzy stanowiskami pracy, a komórkami organizacyjnymi, czyli więzi organizacyjne. Zostały rozróżnione ze względu na kierunek powiązań jakie występują między składnikami struktury organizacyjnej. Również rozpatrywana jest kwestia formalnych więzi interpersonalnych, które są wynikiem przepisów regulujących zorganizowanie przedsiębiorstwa i wynikający z nich schemat relacji służbowych pracowników. Stosunki nieformalne, które są ich przeciwieństwem zostały szczegółowo scharakteryzowane. Ostatnim etapem jakie zostało opracowane to pojęcie konfliktu i jego podstawowe typy. Występowanie sporów jest nieodłącznym elementem relacji. Poznanie tej kwestii i zinterpretowanie jej w odniesieniu do relacji międzyludzkich, umożliwiło sprecyzowanie zagadnienia jakim jest konflikt interpersonalny. Jego podział został dokonany ze względu na uwarunkowania występujące pomiędzy ludźmi, czy też w zespołach. Utrzymanie odpowiednich relacji i tym samym uniknięcie konfliktów w organizacji wymaga solidnej struktury organizacyjnej. Ma to wpływ na stosunek pracowników do realizacji wykonywanych zadań, solidność i efektywność.

Słowa kluczowe: struktura organizacyjna, więzi organizacyjne, konflikt

Interpersonal relationships in organisations and the nascency of conflicts

Abstract

After introduction to the article the processes of division and integration are described with reference to the organisational structure. They have a vital meaning for a manager, who creates a scheme of functioning of an organization and interpersonal relations which are caused by them as well. They influence relation occurring in work environment. In further look the relationship between workstations and organisational units are presented, they are called organisational bonds. They have been distinguished due to the direction of the relations which occur among the components of the organisational structure. The issue of formal, interpersonal bonds is considered as well, which are the consequence of the provisions concerning organising an enterprise and the scheme of business relation of employees which comes out of them. Opposite relations which are informal ones, have been characterised in detail. The last stage which has been described is the notion of conflict and its basic types. The occurrence of disputes in an inherent part of relationship. Cognition and interpretation of this issue with respect to interpersonal relations, made it possible to specify the issue of interpersonal conflict. Its division has been done owing to conditions occurring amongst people and teams. Maintaining proper relationships and preventing conflicts from happening in an organisation requires firm organisational structure. It has an influence over the attitude employees have towards tasks, reliability and efficiency.

Keywords: organisational structure, organisational bonds, conflict

Zaburzenia snu wśród studentów

1. Wprowadzenie

Sen to jedna z najważniejszych potrzeb fizjologicznych człowieka, ponieważ regeneruje on funkcje organizmu. Charakteryzuje się on obniżeniem wrażliwości na bodźce oraz zanikiem aktywności ruchowej. Poświęcamy na niego około 1/3 doby. Istnieją jednak wiele zaburzeń snu, które powodują zmęczenie, problemy z koncentracją uwagi oraz pamięcią. Bardzo ważne, jest więc wprowadzanie programów edukacyjnych, które mają na celu promowanie odpowiedniego, zdrowego snu oraz zmiany stylu życia. Wiedza na temat higieny snu może przekładać się na zdrowszy sen.

1.1. Sen

Sen jest procesem aktywnym, ponieważ komórki nerwowe podczas spania przesyłają bodźce elektryczne [1]. Kontrolę na rytmem snu i czuwania sprawują ośrodki nerwowe pnia mózgu, podwzgórza i jąder podstawy, zaś sterowanie odbywa się dzięki neuroprzekaznikom: GABA, histamina, noradrenalina, serotonina, acetylocholina i hipokretyna [1-3].

Tabela 1. Składowe prawidłowego zapisu elektroencefalograficznego podczas snu

	Sen wolnofalowy NREM	Sen paradoksalny REM	Okres rozburzenia
Opis	- cechuje się wolnymi falami mózgowymi (4 do 5 faz), - bez szybkich ruchów gałek ocznych	- 4 do 5 faz, przeplatających się z fazami wolnofalowymi, - z szybkimi ruchami gałek ocznych	- krótkie, jedno- lub dwuminutowe okresy rozbudzania, które występują mniej więcej co 2 godziny, częściej nad ranem

Źródło: opracowanie własne na podstawie [1, 2]

¹ Email: martynadebska.0000@gmail.com Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Fizjoterapii, SKN Medyk.

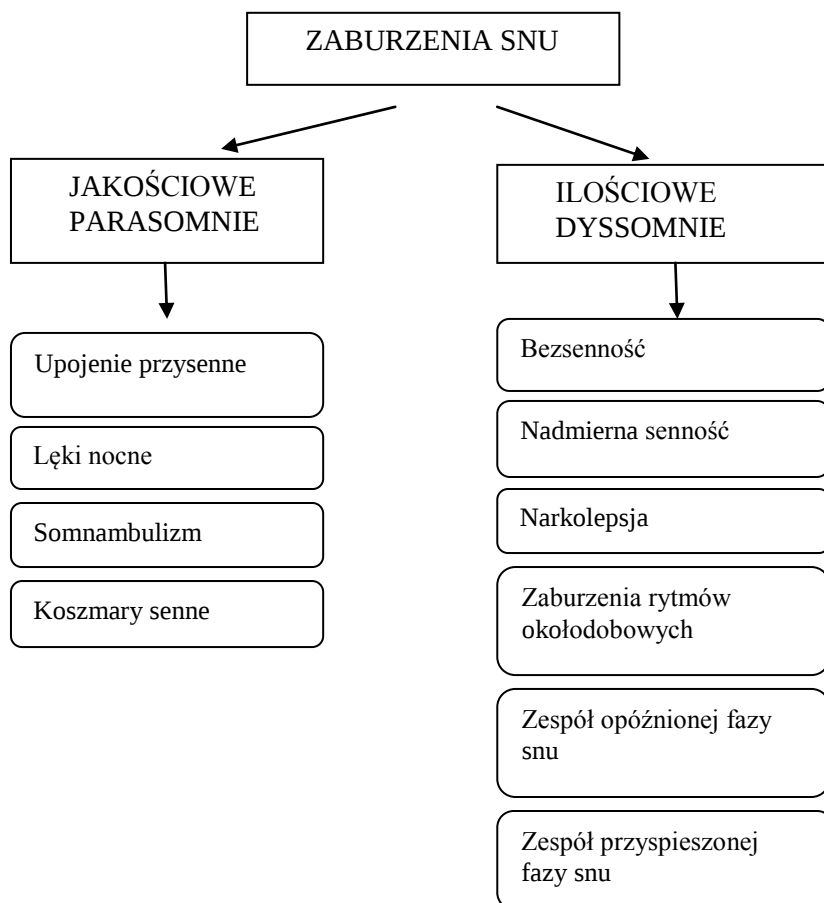
Sen REM jest mniej relaksujący niż sen NREM. Sny, które pojawiają się w owym stadium są bardziej złożone i pełne emocji, dlatego są częściej zapamiętywane [1]. Kolejno następujące po sobie w czasie snu fazy NREM i REM tworzą tak zwany cykl snu, trwający przeciętnie 90–100 min, a regulacja czasu trwania tego cyklu uzależniona jest od współdziałania zegara biologicznego i mechanizmu homeostatycznego [1,2]. Prawidłowy sen nocny składa się z czterech do pięciu cykli. Trwa on około 7-8 godzin. Marzenia senne zajmują zazwyczaj do dwóch godzin snu w ciągu nocy [1].

Od najmłodszych lat człowiek uczy się wypoczywać. Zmianie ulega wzorzec snu, który prowadzi do stopniowego skrócenia snu w ciągu doby [4,5]. Ten okres jest bardzo ważny, ponieważ wszelkie nieprawidłowości będą skutkować w dorosłym życiu [4]. Zapotrzebowanie na sen jest różne w zależności od wieku i indywidualnych predyspozycji. W pierwszym i drugim roku życia dziecko śpi około 14 godzin na dobę, powyżej trzech lat do okresu dojrzwania około 12-10 godzin, zaś dorosła osoba śpi 6-8 godzin.[1] W procesie starzenia się następuje ograniczenie ilości snu wolnofalowego i nasilenie czuwania w porze nocnej [1].

1.2. Zaburzenia snu

W Polsce, w ciągu 10 ostatnich lat, problem zaburzeń snu i bezsenności u młodych dorosłych znacznie się nasilił i dotyka on aż 60% osób poniżej 25 roku życia [6]. Konsekwencje zaburzeń snu są różne. Wyróżnia się skutki bezpośrednie – senność w ciągu dnia, niezadowolenie do podejmowania jakiegokolwiek aktywności [5,7-8], jak również błędy, utrata zdrowia [4,9]. Ważnym skutkiem, który może się pojawić jest zespół nadmiernej senności dziennej, który charakteryzuje się sennością, problemami w koncentracji, pogorszeniem wyników w nauce, ryzykownym zachowaniem, depresją, zaniedbywaniem obowiązków, pogorszeniem stanu zdrowia [4]. Często opisywanym efektem zaburzeń snu są choroby psychosomatyczne [4].

Zaburzenia snu wytwarzają wysokie koszty dla jednostki, jak również i społeczeństwa. Ich waga wynika ze znacznego rozpowszechnienia oraz z tego, iż w znacznym odsetku dotyczą ludzi uczących się i pracujących [10]. Na koszty związane z zaburzeniami snu składają się: leczenie, absencja chorobowa, utracony zysk, wypadki, zmniejszona wydajność, gorsze stanowisko pracy [10]. w stanach Zjednoczonych oszacowano te koszty na około 11 mld dolarów rocznie, zaś liczbę osób z zaburzeniami snu szacuje się na 70 mln (23% populacji USA) [11].



Rys. 1. Podział zaburzeń snu, opracowanie własne na podstawie [1]

1.3. Dyssomie

Zaburzenia snu mogą dotyczyć długości snu, jak również jego jakości. Dla celów praktycznych wyróżnia się dyssomie – zaburzenia długości snu lub pory snu i czuwania oraz parasomie – zaburzenia przysenne, które charakteryzują się występowaniem niepożądanych objawów podczas snu lub budzenia [1].

1.3.1. Bezsenność

Bezsenność polega na występowaniu snu niezapewniającego właściwego wypoczynku lub na trudnościach w zainicjowaniu lub utrzymaniu snu [1]. Może ona wyrażać się jako: problemy w zasypianiu, częste nocne przebudzenia,

wczesne poranne budzenie, sen niedający wypoczynku, znacząca senność w ciągu dnia [1,2]. Zaburzenia te mogą mieć charakter przejściowy, ostry lub przewlekły [1,2]. Wyróżnia się trzy typy bezsenności:

- przygodną, która trwa kilka dni i występuje podczas pracy zmianowej, nagłego stresu, szybkiego przekraczania stref czasowych;
- krótkotrwałą, która trwa do 3 tygodni oraz może ona współistnieć chorobie lub przewlekłemu stresowi;
- długotrwałą, która trwa więcej niż miesiąc [1].

Przyczynami, które predysponują do wystąpienia bezsenności są między innymi: leki, alkohol, kofeina, stan zdrowia (np. przewlekły ból), zaburzenia rytmu okołodobowego, czynniki środowiskowe (np. praca zmianowa) czy zaburzenia percepcji snu [1,2]. Ponadto czynnikami predysponującymi stanowią zaburzenia psychiczne – zaburzenia depresyjne, zespoły maniakalne, lękowe, otepienne, ostra reakcja na stres [1,2]. Bezsenność pojawia się także w czasie przyjmowania środków uzależniających takich jak: alkohol amfetamina, środków pobudzających takich jak: kofeina, nikotyna, jak również leków takich jak: sterydy [1,2]. Czynniki, które mogą podtrzymywać bezsenność to: zła higiena snu, zbyt długie przebywanie w łóżku, nieregularny schemat sen–przebudzenie, drzemki w ciągu dnia, lęk przed konsekwencjami wpływu źle przespanej nocy na aktywność w ciągu dnia, a także obawa, że napięcia w ciągu dnia nie pozwolą zasnąć w nocy [2].

1.3.2. Nadmierna senność – hipersomnia

Jest to wzmożona, patologiczna senność w ciągu dnia, która nie ustępuje po śnie lub podczas aktywności wymagającej uwagi, np. egzamin, podpisanie umowy [1]. Charakteryzuje się ona występowaniem incydentów nadmiernej senności, które powtarzają się co kilka tygodni lub miesięcy [1]. Do rzadziej spotykanych jednostek chorobowych, w których dominującym objawem jest nadmierna senność w ciągu dnia, należą: senność samoistna, zespół Kleinego-Levina, nadmierna senność związana z cyklem miesięcznym u kobiet [2,12]. Zespół Kleinego-Levina jest to rzadkie schorzenie, w którym raz lub kilka razy w ciągu roku pojawiają się epizody nadmiernej senności, żarłocznego jedzenia i pobudzenia seksualnego, które trwają 18-20 godzin [1].

1.3.3. Narkolepsja

Narkolepsja to nagłe ataki snu, których chory nie jest w stanie powstrzymać się. Często pojawiają się one w różnych niedogodnych warunkach [1]. Sen w narkolepsji jest krótki, bo trwa 10-20 min i wystarcza na 2-3 godziny [1]. Do charakterystycznych objawów narkolepsji należą: nadmierna senność w ciągu dnia z napadami snu, katapleksja, porażenie przysenne, częste nocne budzenie się [2]. Katapleksja polega na odwracalnej, nagłej utracie napięcia mięśniowego wszystkich lub określonej grupy mięśni [1].

1.3.4. Zaburzenia rytmów okołodobowych

Zaburzenia rytmów okołodobowych powodują, że człowiek zaczyna czuć się coraz gorzej [13]. Prowadzi to do złego samopoczucia psychicznego [13]. Odwrócenie rytmu snu i czuwania charakterystyczne jest dla organicznych schorzeń układu nerwowego [1].

1.3.5. Zespół opóźnionej fazy snu

Zespół opóźnionej fazy snu polega na zasypianiu i budzeniu się w porach, które są późniejsze od pożądanых [1]. Osoby cierpiące na ten zespół często odczuwają senności w późnych godzinach nocnych lub zasypiają nad ranem oraz budzą się około południa [1,14]. Problemy związane z rannym wstawaniem powodują notoryczne spóźnianie się do pracy bądź na uczelnię [14].

1.3.6. Zespół przyspieszonej fazy snu

W omawianym zespole sen jest prawidłowy, jednak występuje kilka godzin za wcześnie [1]. w takiej sytuacji człowiek budzi się o 2-5 godzinie rano.

1.4. Parasomnie

Parasomnie to grupa zaburzeń snu, które charakteryzują się występowaniem niechcianych aktywności ruchowych bądź wegetatywnych [1,15]. Mogą być one wynikiem nakładania się stanów czuwania, snu NREM oraz snu REM [1,15]. Pojawiają się one głównie podczas:

- wybudzenia ze snu;
- między stadiami snu;
- przejścia między snem i czuwania [1].

1.4.1. Zespół Elpenora

Zespół Elpenora inaczej nazywa się upojeniem przysennym [1]. Jest to zaburzenie świadomości pojawiające się po obudzeniu i cechujące się spowolnieniem procesów poznawczych [1,16]. Przed obudzeniem osoby, które mają ten zespół, śnią zwykle sny erotyczne bądź koszmary [16]. Po niepełnym wybudzeniu się przez krótki czas kierują nimi pożądanie lub lęk, a ich zachowanie robi wrażenie świadomego [16]. Mogą one być nawet wtedy agresywne [1,16].

1.4.2. Lęki nocne

W lękach nocnych nagłemu wybudzeniu ze snu wolnofalowego towarzyszą behawioralne oraz wegetatywne napady paniki [1]. Można zauważyć wtedy, że sen przerywa krzyk, jak również przyspieszone bicie serca oraz przyspieszony oddech czy zlewne poty [1,17]. Napad lęku nocnego może przechodzić w napad somnambulizmu [1,17].

1.4.3. Somnambulizm – sennowłóctwo

Somnambulizm to zaburzenie, któremu towarzyszą automatyzmy ruchowe, np. ubieranie się, które pojawiają się podczas snu wolnofalowego [1,18]. Sennowłóctwo objawia się wykonywaniem podczas snu złożonych czynności ruchowych takich jak: chodzenie, gotowanie, bez całkowitego wybudzenia się ze snu [1,18]. Charakterystyczne jest również fakt, że osoba z tym zaburzeniem nie pamięta swego zachowania w nocy następnego dnia [1,18]. Somnambulizm występuje rodzinie [1].

1.4.4. Koszmary sennie

Koszmary sennie są to przerażające marzenia sennie, które pojawiają się w fazie REM [1]. Prawdopodobnie pojawiają się one w odpowiedzi na charakterystyczne odczucia silnego zagrożenia, którego ludzie doznają wobec lęku przed nieznanym, strachu przed karą za występki, opuszczeniem przed osobą ukochaną, chorobą, śmiercią [19]. Charakterystyczną cechą koszmarów sennych jest mniejsze nasilenie niepokoju od lęków nocnych oraz pełny powrót świadomości od razu po obudzeniu, jak również pamięć treści koszmarów [1,19].

2. Teza

Kłopoty ze snem są bardzo częstym, jak również są niedocenionym problemem. Zaburzenia zwiększają się w czasie okresu studiów, kiedy zauważa się bardzo wiele złych zmian w stylu życia studentów. Pozbawienie tak ważnej potrzeby wpływa na psychikę i ciało człowieka.

3. Cel pracy

Celem niniejszej pracy było przedstawienie teoretyczne zaburzeń snu, jak również analiza występowania zaburzeń snu wśród studentów Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach.

4. Materiał i metody

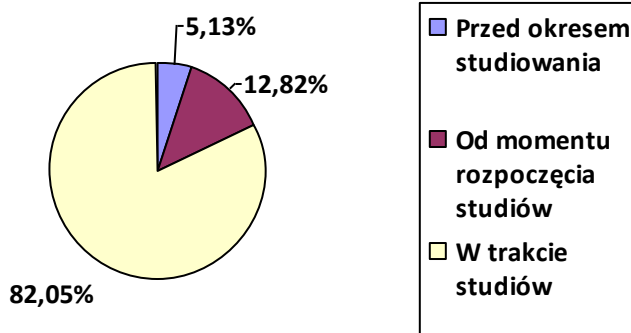
Badania przeprowadzono w styczniu 2014 roku. Podczas przeprowadzania badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorki kwestionariusz ankiety. Ankieta zawierała 30 pytań, w tym 23 pytania zamknięte oraz 7 pytań otwartych.

Badaniem objęto 62 losowo wybranych studentów Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, w tym 42 kobiety (67,74%) oraz 20 mężczyzn (32,26%). Ankietowani to przede wszystkim studenci kierunków takich jak: fizjoterapia, zarządzanie, pedagogika.

5. Analiza wyników badań

Respondenci byli w przedziale wiekowym od 19 do 25 lat. Średni wiek kobiet wynosił 21,74, zaś średni wiek mężczyzn 22,14. Przeważająca większość ankietowanych, bo 62,9% uważa, że posiada zaburzenia ze snem, w tym 76,92% kobiet i 23,08% mężczyzn. Kobiety które uważały, że miewają problemy ze snem stanowiły 71,43% wszystkich studentek, zaś mężczyźni stanowili 45% wszystkich badanych studentów. 5,13% studentów, którzy mają zaburzenia ze snem, deklaruje że śpi w ciągu nocy około 2 godzin, zaś 15,28% - około 3 godzin, zaś 25,64% - około 4 godzin, zaś 51,29% - około 5 godzin, zaś zaledwie 2,56%, co stanowi 1 osobę - około 6 godzin w ciągu nocy.

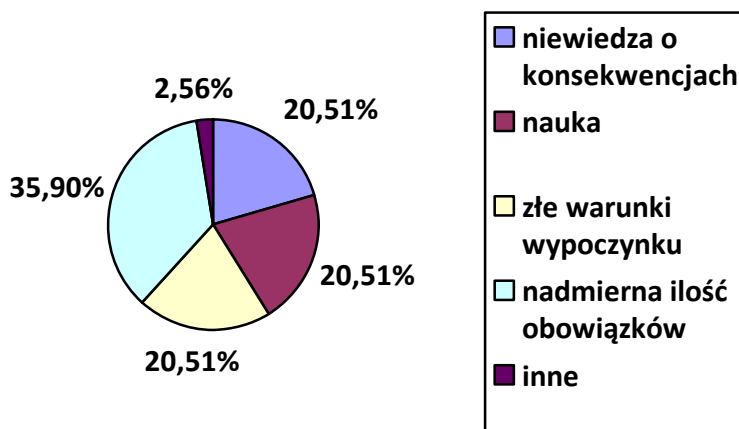
Wszyscy studenci z zaburzeniami snu określili, że skutkiem tego jest senność w ciągu dnia. Kolejnymi konsekwencjami według częstości występowania są: złe samopoczucie, zaniedbywanie obowiązków, niechęć do podejmowania wszelkiej aktywności, słabsze wyniki w nauce, depresja.



Wykres 1. Czas rozpoczęcia problemów ze snem wśród studentów mających obecnie ten problem

Moment, w którym studenci zaczęli mieć problemy ze snem jest różny. Przeważająca większość tych ankietowanych, bo 82,05% twierdzi, że problem zaczął się w trakcie studiów, zaś 12,82% uważa, że od momentu rozpoczęcia studiów. Tylko nieliczna grupa, która stanowi 5,13% sądzi, że kłopoty rozpoczęły się przed okresem studiowania. Na podstawie tych wyników można wysunąć wniosek, że zaburzenia rozpoczynają się w czasie okresu studiów, kiedy studenci zmieniają styl życia.

Studenci z zaburzeniami snu wymieniają najczęściej takie problemy jak: bezsenność, koszmary nocne czy nadmierna senność. Respondenci doszukują się różnych przyczyn oraz czynników, które predysponują do zaburzeń ze snem. 35,90% uważa, że przyczyną ich problemów ze snem jest nadmierna ilość obowiązków, zaś 20,51% uważa, że niewiedza o konsekwencjach, zaś tyle samo, bo 20,51% studentów sądzi, że nauka, zaś 20,51% uważa, że złe warunki wypoczynku.



Wykres 2. Przyczyny oraz czynniki predysponujące do zaburzeń ze snem według studentów

6. Podsumowanie

Sen to jedna z najbardziej najważniejszych potrzeb fizjologicznych człowieka, ponieważ regeneruje on funkcje organizmu. Kłopoty ze snem są bardzo częstym, jak również są niedocenionym problemem. Zaburzenia zwiększają się w czasie okresu studiów, kiedy zauważa się bardzo wiele złych zmian w stylu życia studentów. Pozbawienie tak ważnej potrzeby wpływa na psychikę i ciało człowieka.

Zaburzenia snu mogą dotyczyć długości snu, jak również jego jakości. Dla celów praktycznych wyróżnia się dyssomnie oraz parasomnie. Do dyssomni można zaliczyć: bezsenność, nadmierną senność, narkolepsję, zaburzenia rytmów okołodobowych, zespoły opóźnienia/przyspieszenia fazy snu, zaś do parasomni – upojenie przysenne, lęki nocne, somnambulizm oraz koszmary senne.

7. Wnioski

- 1) Wśród zaburzeń ze snem wyróżnia się dyssomnie oraz parasomnie.
- 2) Zaburzenia snu są rozpowszechnione wśród studentów.
- 3) Podstawowymi objawami zaburzeń snu wśród studentów jest senność w ciągu dnia oraz złe samopoczucie.
- 4) Zaburzenia ze snem rozpoczynają się w czasie okresu studiów, kiedy studenci zmieniają styl życia.

Literatura

1. Heitzman J., *Zaburzenia snu*, [W:] Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych, pod. red. Janusza Heitzman, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2007, s. 148-157.
2. Krupka-Matuszczyk I., *Zaburzenia snu u kobiet*, „Sen”, 2008, Tom 8, Nr 2, s.73-77.
3. Szelenberger W., Skalski M. *Zaburzenia snu*. [W:] Psychiatria, red. Bilikiewicz A., Puzyński S., Rybakowski J., Wciórka J., Urban i Partner, Wrocław 2002; 2: 538–554 .
4. Kasperczyk J., Joško J., Analiza czynników odpowiedzialnych za złą jakość snu u studentów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, „Hygeia Public Health”, 2012, 47(2), s. 191-195.
5. Kasperczyk J., Joško J., Cichoń-Lenart A., Lenart J., *Epidemiologia zaburzeń snu umłodzieży mieszkającej na Górnym Śląsk.*, „Sen”, 2006, 6, s. 33-38.
6. Błońska B. K., *Wstępowanie zaburzeń snu wśród studentów*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego Inst. Leków, 2012, 4, s. 485–497.
7. Pracka D., Pracki T., Nadolska M., Ciesielczyk K., Ziółkowska-Kochan M, Tafil-Klawe M, Jakitowicz J. *Epidemiologiczna ocena zmian jakości snu w wybranych grupach społecznych i wiekowych*, „Sen”, 2003, 3, s. 139-144.
8. Gaultney JF. The prevalence of sleep disorders in college students: impact on academic performance. “J Am Coll Health 2010”, 59, s. 91-97.
9. Kasperczyk J., Joško J., Lenart J., Cichoń-Lenart A. Rozpowszechnienie zaburzeń snu oraz czynniki związane z zaburzeniami snu u studentów Śląskiej Akademii Medycznej, „Sen”, 2005, 5, s. 8-13.
10. Kasperczyk J., Kasperczyk J., Joško-Ochojska J., *Ocena związku jakości snu z wybranymi osiągnięciami i obowiązkami studentów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis”, 2013, 67,3, s. 173-178.
11. Gaultney J.F. The Prevalence of sleep disorders in college students: impact on academic performance, “J. Am. Coll Health”, 2010, 59, s. 91–97.
12. Szelenberger W., Skalski M., *Epidemiologia zaburzeń snu w Polsce. Doniesienie wstępne*, [W:] Zaburzenia snu. Diagnostyka i leczenie. Wybrane zagadnienia, pod. red. Nowicki Z., Szelenberger W., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 1999, s. 57–63.
13. <http://psychiatria.mp.pl/bezsennosc/show.html?id=71289> (dostęp 11 stycznia 2014).
14. <http://www.sen-instytut.pl/slownik/pokaz/48.html> (dostęp 11 stycznia 2014).
15. <http://psychiatria.mp.pl/bezsennosc/show.html?id=79966> (dostęp 11 stycznia 2014).
16. <http://www.psychiatria.pl/txt/a,629,0,odyseusz-w-psychiatrii> (dostęp 11 stycznia 2014).
17. http://www.pfm.pl/baza_chorob/psychiatria-praktyczna-i-psychogeriatria/anomalie-snu-lunatyzm-leki-nocne-i-inne/1104 (dostęp 11 stycznia 2014).

18. Janowski K., Jelińska A., Waś A., *Somnambulizm. Obraz kliniczny i terapia*, „Roczniki psychologiczne”, 2010, tom XIII, nr 1, s. 155-175.
19. http://www.pfm.pl/baza_chorob/psychiatria-praktyczna-i-psychogeriatria/koszmary-senne-/1114 (dostęp 11 stycznia 2014).

Zaburzenia snu wśród studentów

Streszczenie

Sen to jedna z najważniejszych potrzeb fizjologicznych człowieka, ponieważ regeneruje on funkcje organizmu. Poświęcamy na niego około 1/3 doby. Kłopoty ze snem są bardzo częstym, jak również są niedocenionym problemem. Zaburzenia zwiększają się w czasie okresu studiów, kiedy zauważa się bardzo wiele złych zmian w stylu życia studentów. Pozbawienie tak ważnej potrzeby wpływa na psychikę i ciało człowieka. Pociąga to za sobą zmęczenie, problemy z koncentracją uwagi oraz pamięcią. Zaburzenia snu wśród studentów powodują również senność w ciągu dnia oraz zaburzone funkcjonowanie, co w konsekwencji może prowadzić do poważnych komplikacji, dotyczących wyników w nauce oraz, co bardzo istotne, utratę zdrowia. Niekiedy młodzi ludzie starają radzić sobie z brakiem snu, zwiększając go w dni wolne. Jednocześnie takim działaniem powodują utrwalenie nieprawidłowego wzorca. Bardzo ważne jest, więc wprowadzanie programów edukacyjnych, które mają na celu promowanie zdrowego snu oraz zmiany stylu życia. Wiedza na temat higieny snu może przekładać się na zdrowszy sen.

Słowa kluczowe: sen, zaburzenia snu, dyssomnie, parasomnie

Sleep disorders among students

Summary

Sleep is one of the most important physiological needs of a man, because it regenerates bodily functions. We put in sleep one third of a day. Sleeping problems are a very common, as well as underrated problem. Disorders increase during the study period, when a great deal for worse can be noticed in students lifestyle. Deprivation of such an important need affects the human mind and body. This entails fatigue, problems with concentration and memory. Sleep disorders among students also cause daytime sleepiness and impaired functioning, which in turn can lead to serious complications relating to academic performance and, very important, the loss of health. Sometimes young people try to cope with lack of sleep, increasing it during. At the same time such actions cause abnormal fixation pattern. The spare time introduction of educational programs that are designed to promote healthy sleep and lifestyle changes is very important. Knowledge about sleep hygiene may translate into healthier sleep.

Keywords: sleep, sleep disorders, dyssomnias, parasomnias

Anoreksja – zaburzona relacja między ciałem a umysłem

1. Wstęp

Pojęcie „anorexia” w tłumaczeniu z języka greckiego oznacza brak, zaprzeczenie (an) apetytu (orexis) i jest powszechnym określeniem na brak łaknienia lub awersję do pokarmu [1]. Razem z bulimią należą do specyficznych zaburzeń odżywiania. Termin ten został wprowadzony do literatury przedmiotu niemal jednocześnie lecz całkowicie niezależnie przez C.E. Lasegue’a w roku 1873 oraz W.W Gulla rok później, który to też zaproponował używany powszechnie termin anorexia nervosa [2]. Zgodnie z dosłownym tłumaczeniem tego pojęcia, przyjęła się błędna teza, że zaburzeniu temu towarzyszy brak apetytu. W rzeczywistości jednak osoby dotknięte anoreksją odczuwają głód, ale w obawie przed przytyciem redukują niemalże do minimum przyjmowanie posiłków i walczą z pojawiającymi się symptomami głodu [3]. Tak więc istotą problemu nie jest utrata apetytu ale nieprzeciętna umiejętność kontrolowania go. Do utraty łaknienia dochodzi dopiero w znacznie późniejszych etapach choroby [4]. Podobnego zdania jest A.H. Crisp który uważa, że *„jednym z najdotkliwszych cierpień osoby z anoreksją jest rozdarcie między jedzeniem, a lękiem przed konsekwencjami spożycia pokarmu”*[5]. Dlatego też wielu klinicystów uważa, że trafniejszym określeniem, definiującym istotę tego zaburzenia, byłoby głodzenie się (self-starvation) [6].

W literaturze zarówno medycznej jak i psychologicznej anoreksję definiuje się jako zaburzenie o podłożu psychicznym, które charakteryzuje się celowym dążeniem do utraty masy ciała, poprzez ograniczanie ilości spożywanych pokarmów, wykonywanie intensywnych ćwiczeń fizycznych czy stosowanie środków przeczyszczających, panicznym lękiem przed przybraniem na wadze, nadmiernym koncentrowaniem się na własnym wyglądzie oraz wypaczonym postrzeganiem własnego ciała [7].

Na zaburzenie to zwróciła uwagę zarówno Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) umieszczając anoreksję w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – rewizja dziesiąta (ICD-10) w roku 1992 oraz Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne lokując jadłowstręt psychiczny w systemie klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM-IV-TR) opracowanym w 2000 roku [8].

Amerykański system klasyfikacji zaburzeń psychicznych dokonuje rozróżnienia anoreksji na:

¹ Email: n.kaźmierczak@o2.pl, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Katedra Nauk Humanistycznych, <http://www.am.lublin.pl/uczelnia/struktura-organizacyjna/szczegoly,196.html>.

² Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Katedra Nauk Humanistycznych.

- Typ restrykcyjny (restricting type) – charakteryzujący się tym, że w obrazie klinicznym osoby chore ograniczają do minimum spożywanie pokarmów ale nie stwierdza się typowych epizodów niekontrolowanego przejadania się oraz zachowań związanych z usuwaniem z organizmu spożytych pokarmów za pomocą wymiotów, środków przeczyszczających i/lub moczopędnych.
- Typ bulimiczny (binge eating/purging type) – obraz kliniczny charakteryzuje się występowaniem regularnych epizodów niekontrolowanego objadania się oraz zachowań związanych z usuwaniem spożytego pokarmu tj. prowokowanie wymiotów, stosowaniem środków przeczyszczających i/lub moczopędnych [9]. W literaturze bardzo często można spotkać się z fazowym modelem przebiegu jadłowstrętu psychicznego.

W pierwszym stadium choroby najczęściej mamy do czynienia ze stanem euforii i podniecenia. Chorzy odczuwają pełną satysfakcję z tego, że w końcu posiadają pełną kontrolę nad swoim ciałem. W tym czasie systematycznie eliminują kolejne produkty ze swojego jadłospisu. Unikają pokarmów bogatych w tłuszcze i węglowodany, a w diecie przeważają owoce i warzywa oraz produkty „light”. Jednocześnie osoby chore w celu przyspieszenia ubytku masy ciała podejmują w tym czasie intensywny wysiłek fizyczny. Razem z euforią pojawia się uczucie władzy. U dziewcząt zatrzymanie miesiączki sprawia, że czują się przez to silne i posiadają złudne wrażenie panowania nad rzeczywistością. Wierzą również, że dzięki temu zatrzymają rozwój organizmu na etapie dziecięcym, odciągając tym samym konieczność stania się kobietą.

Kontrolowanie jedzenia oraz własnego ciała staje się powodem szczególnej dumy i satysfakcji, a także jak pisze Jabłow i Kowalczyk – poczucia wyższości moralnej i intelektualnej nad innymi ludźmi, a zwłaszcza nad rówieśnikami, co stanowi kolejną fazę choroby.[3, 10] Ostry reżim narzucony na jedzenie sprawia, że czują się bezpiecznie, mają wówczas poczucie własnej wartości, kształtują silną wolę i „nadludzkie” zdolności dzięki którym potrafią oprzeć się kuszącym zapachom i smakowicie przyrządzonym posiłkom.

W kolejnym etapie choroby pojawia się lęk. Mimo, że ubytek wagi jest już bardzo duży, chorzy boją się czy nadal nie jedzą zbyt dużo i czy nie stracą niezależności i kontroli, nad którymi przecież tak długo pracowali. Co pewien czas głódówka zostaje przerwana wielkimi napadami jedzenia, po których chorzy czując że przytyli stosują zachowania mające na celu przywrócić się do stanu sprzed „słabości” która ich dotknęła [10]. Stosują więc środki przeczyszczające i moczopędne, wywołują wymioty czy intensywnie ćwiczą. Nieodłącznym elementem choroby jest także zaprzeczenie jej istnieniu. Chorzy nie dostrzegają konieczności zmiany nawyków żywieniowych oraz sposobów obniżenia masy ciała [3]. Wraz z postępem choroby pojawiają się obsesyjne myśli o jedzeniu. Na tym etapie obsesji chorzy pedantycznie dbają o porządek w miejscu w którym się znajdują, a podjęte obowiązki i zadania wykonują z niezwykłą starannością i zaangażowaniem [2]. Mimo znacznego wyniszczenia organizmu zachowują niespożytą energię. W końcowym fazie choroby – abulii, pojawia się osłabienie i niechęć do podejmowania jakichkolwiek zadań. Następnie chorych dopada depresja, poczucie własnej bezwartościowości, niska samoocena, oraz myśli samobójcze [11].

2. Cel pracy

Celem pracy była próba określenia występowania wybranych objawów oraz skutków anoreksji wśród osób prowadzących blogi i/lub biorących udział w forach przeznaczonych dla osób z zaburzeniami odżywiania.

3. Materiał i metody

Badania przeprowadzono w okresie od lipca 2011 r. do kwietnia 2012 r., w formie ankiety on-line. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Składał się on z dwóch części:

1. metryczkowej – zawierającej dane dotyczące płci, wieku, masy ciała, wzrostu oraz miejsca zamieszkania;
2. obejmującej pytania dotyczące odchudzania, idealnej masy ciała oraz problemu anoreksji.

Ankieta zawierała zarówno pytania zamknięte jedno- lub wielokrotnego wyboru, jak i otwarte. Kwestionariusz ankiety umieszczony został na forach internetowych przeznaczonych dla osób z ED (eating disorder) oraz rozesłany osobom prowadzącym blogi typu „pro-ana”. Przed przystąpieniem do wypełnienia ankiety respondenci zostali poinformowani o celu jej przeprowadzenia. Udział w badaniu był całkowicie dobrowolny i anonimowy. Analizie poddano materiał badawczy składający się ze 184 poprawnie wypełnionych ankiet.

Badaniami objęto 184 osoby. Wśród badanych było 8 mężczyzn (4,35%) i 176 kobiet (95,65%).

Wiek badanych kształtował się od 10 do 23 roku życia (przedziały dwuletnie) i grupa „powyżej 23 lat”. Najliczniejszą grupą badanych byli szesnasto- i siedemnastolatki (26,63%). Równie liczną grupę stanowili osoby w wieku 13-15 lat (19,02%), 18-20 lat (19,02%) jak i ankietowani w wieku 21-23 lat (17,93%). Pozostali respondenci to osoby w wieku powyżej 23 lat (11,42%) oraz w wieku 10-12 lat (5,98%).

Rozbieżność masy ciała badanych była dość duża i wahała się od 30 do 85 kg. Najwięcej osób mieściło się w przedziale 50–59 kg (37,5%), jak też w zakresie 40–49 kg (26,63%). Ciężar ciała pozostałych respondentów znajdował się w przedziałach 60–69 kg (16,85%), 30–39 kg (9,24%), 70–79 kg (6,52%), 80–85 kg (3,26%).

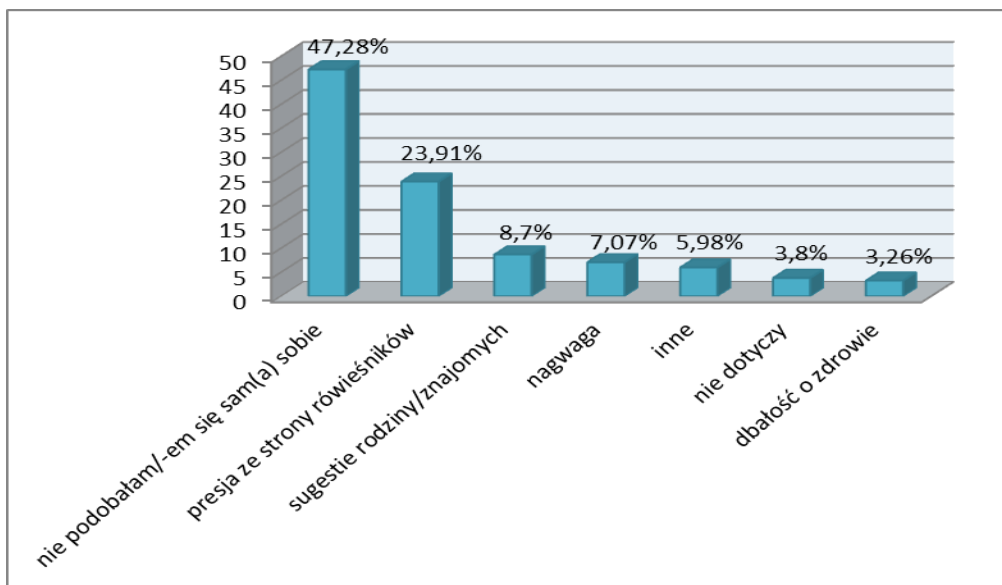
Wzrost ankietowanych mieścił się w przedziale od 150 do 190 cm. Ponad połowa ankietowanych (52,72%) osiągnęła wzrost w przedziale 160-169 cm. Pozostali badani byli wzrostu mieszczącego się w zakresie 170–179 cm (25%), 150–159 cm (14,13%) oraz 180–190 cm (8,15%).

Zdecydowana większość ankietowanych to mieszkańcy miast (83,7%), zaledwie 16,3% respondentów mieszka na wsi.

4. Wyniki i dyskusja

Odchudzanie się jest współcześnie niemal obsesją większości młodych kobiet i dziewcząt, jak podają badania CBOS właśnie ta grupa społeczna odchudza się najczęściej, bo aż ok 70% badanych kobiet odchudzało się [12]. W dzisiejszych czasach, kiedy panuje wszechobecny kult szczupłej sylwetki nie ma niemalże osoby, która nigdy nie próbowała się odchudzać. W badaniach własnych aż 96,2% badanych odchudzało się. Blisko połowa ankietowanych (47,28%) podjęła trud odchudzania z powodu braku akceptacji samego siebie, a niemal jedna czwarta (23,91%) odczuwała presję ze strony rówieśników. Wiek dojrzewania jest okresem kiedy najważniejsza jest akceptacja samego siebie i opinii otoczenia. Dlatego wyróżnianie się w tym czasie często powoduje odrzucenie z grupy rówieśniczej. Nadwaga lub otyłość mogą stać się przyczyną żartów i przykrych komentarzy ze strony otoczenia.

Skuteczna metoda na odchudzanie to nie tylko pozbycie się zbędnych kilogramów, ale także brak efektów ubocznych, które mogą szkodzić naszemu zdrowiu. Ilu odchudzających, tyle różnych sposobów na odchudzanie. Z przeprowadzonych badań można wywnioskować, że niemal połowa ankietowanych ma świadomość tego, jak powinno wyglądać prawidłowe odchudzanie. Za racjonalną dietą opowiedziało się 28,26% badanych, a 20,65% uważa, że podczas odchudzania powinno zwiększyć się wysiłek fizyczny. Za najskuteczniejszy sposób utraty masy ciała ankietowani wskazali głodówkę (29,89%). Jak pokazują badania teoria nie przekłada się na praktykę. Jako sposób na schudnięcie 37,5% ankietowanych stosowało zasady ruchu pro-ana – czyli głównie głodówkę, która jest najczęściej pojawiającym się błędem odchudzających. Głodówka jedynie rozregulowuje metabolizm i sprawia, że późniejsze próby odchudzania są jeszcze trudniejsze, przy czym 9,24% badanych wskazało na jej „koleżankę” pro-mię (bulimię) – czyli odchudzanie się poprzez przeczyszczanie. Z kolei jedna trzecia badanych (33,15%) wybrało dietę ustaloną przez samego siebie, a 9,78% respondentów zwiększyło wysiłek fizyczny. Dietę z internetu lub czasopisma stosowało 5,43% ankietowanych, a zaledwie 2 osoby (1,09%) skorzystały z profesjonalnej porady dietetyka.

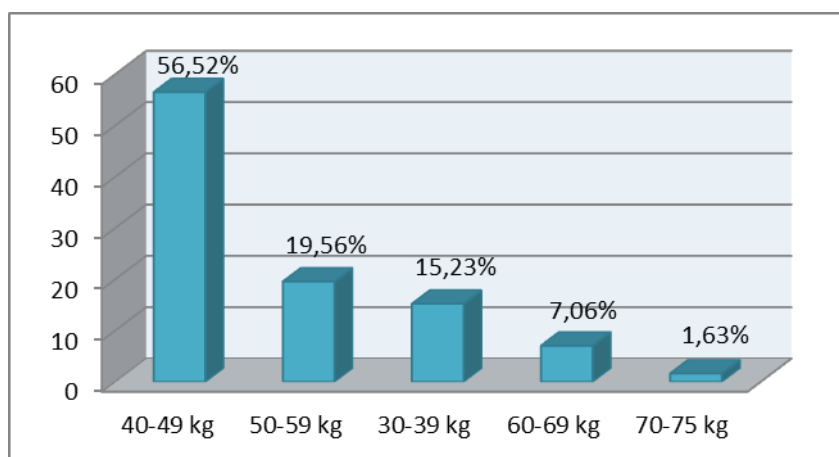


Wykres 1. Przyczyny skłaniające ankietowanych do odchudzania

Charakterystyczny wiek zachorowania, to okres dojrzewania – kształtowania autonomii poglądów i systemu wartości. Ten okres często także jest wyrazem buntu, nie tylko wobec otaczającego świata, ale również wobec własnego, zmieniającego się ciała. Jak donoszą liczne źródła najwyższą zapadalność na zaburzenia odżywiania obserwuje się u osób w wieku 11-19 lat, ze szczytem zachorowań między 13. a 15. rokiem życia. [3, 13, 14, 15] Niepokojące jest to, iż dolna granica wieku zachorowań bezustannie ulega obniżeniu. Anoreksja występuje już u dzieci poniżej 10 roku życia. Potwierdzają to również badania własne. Niemal wszyscy ankietowani (93,48%) podjęli pierwsze kroki w celu zrzucenia zbędnych kilogramów między 11 a 19 rokiem życia, przy czym największy wzrost osób odchudzających się występuje wśród trzynasto-, czternasto-, i piętnastolatków, odpowiednio 16,85%, 17,39% i 15,22% co łącznie stanowi blisko połowę badanej grupy (49,46%). Okres dojrzewania jest czasem kiedy ciało zmienia swój kształt. Ciało dziewcząt nabiera kobiecości, powodując wzmożone poczucie niepewności co do własnej osoby. Dziewczęta nie zgadzają się z własną seksualnością i dlatego podejmują decyzję o odchudzaniu, aby zachować sylwetkę dziecka - jaką miały przed okresem pokwitania [16]. Odzwierciedlają to również badania własne, dla 62,5% badanych kobiece kształty stały się przyczyną kompleksów. Nie akceptują one swojego zmieniającego się ciała i podjęły postanowienie osiągnięcia idealnie szczupłej, wręcz wychudzonej, a w konsekwencji chłopców sylwetki.

Wyidealizowany obraz pięknego ciała promowany w mass mediach powoduje, że osoby postrzegają siebie jako znacznie mniej atrakcyjne niż to jest w rzeczywistości, ciągle za grube i nie dość piękne. Efekt „krzywego zwierciadła” sprawia, że 84,24%

badanych czuje się grubymi, mimo że otoczenie postrzega je jako osoby szczupłe. Doprowadza on także do skrajnego wyczerpania organizmu, poprzez dążenie chorego do uzyskania idealnej figury w jego mniemaniu. Jest to dość złudne dążenie, gdyż im dłużej osoba poddaje się rygorystycznym dietom, tym jej granica „idealnego” wyglądu i odpowiedniej masy ciała przesuwa się coraz niżej. Potwierdzają to badania własne, na podstawie których można stwierdzić, że wiedza badanych na temat odpowiedniej dla nich masy ciała jest znikoma. Ponad połowa badanych (56,52%) chce osiągnąć ciężar ciała w przedziale 40-49 kg, przy czym najczęściej wskazywaną wartością było 45 kg. 15,23% respondentów dąży do wartości w zakresie 30-39 kg i niemal jedna piąta (19,56%) do 50-59 kg. Myśląc o „idealnej” masie ciała, należy mieć na uwadze budowę ciała, wzrost, wiek i styl życia.



Wykres 2. „Idealna” masa ciała wg ankietowanych

Osoba chora na anoreksję wbrew powszechnie przyjętym stereotypom chętnie rozmawia o jedzeniu, przede wszystkim interesuje ją zdrowe żywienie, ilość kalorii w pokarmach oraz obecność składników odżywczych. Nierzadko także gotuje dla swoich najbliższych. Po zjedzeniu czegośkolwiek osoby z zaburzeniami odżywiania odczuwają wyrzuty sumienia. Uważają, że zjadły za dużo i że z pewnością przytyją. Za wszelką cenę próbują zatuszować pierwsze symptomy choroby, kłamią co do ilości spożywanych posiłków, noszą swobodniejsze ubrania i ćwiczą w tajemnicy. Potwierdzają to również badania własne. Niemal wszyscy ankietowani (88,04%) są doskonale zorientowani ile kcal ma dany produkt spożywczy. Jak zauważa Ziółkowska, mimo iż u części osób nie diagnozuje się pełnoobjawowej anoreksji, to jednak występuje u nich tzw. Syndrom Gotowości Anorektycznej, którego jednym z zachowań jest chorobliwe liczenie kalorii spożywanych posiłków oraz znajomość wartości kalorycznych produktów pokarmowych[17]. Ponadto 69,02% badanych przyznało, że

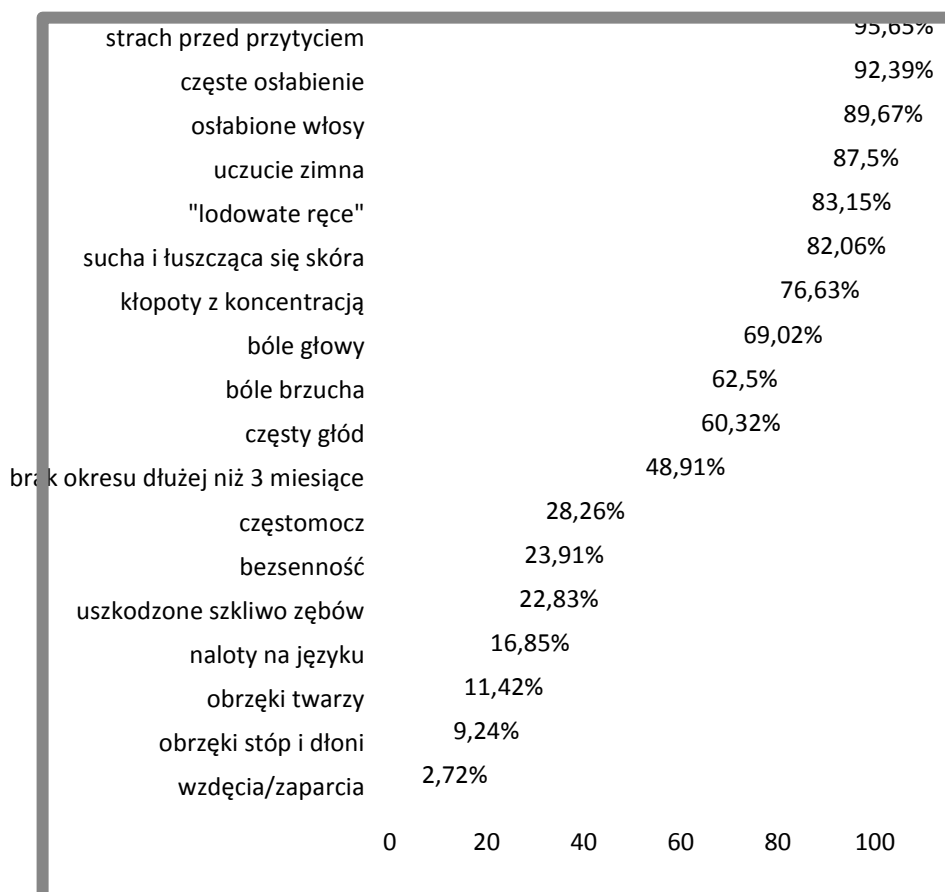
kłamię na temat ilości spożywanych pokarmów, a 80,98% ankietowanych przyznaje, że odczuwa wyrzuty sumienia po jedzeniu.

Problem odżywiania się może przybrać formę zarówno przejadania się, co w konsekwencji może prowadzić do otyłości, jak i ograniczania spożywanych produktów, co początkowo doprowadza do utraty masy, a w konsekwencji może przyczynić się do wystąpienia takich zaburzeń odżywiania jak anoreksja czy bulimia. Jak pokazują badania własne ponad połowa ankietowanych (58,7%) przyznaje, że ma problem z prawidłowym odżywianiem się, natomiast aż 41,3% badanych uważa, że odżywia się właściwie.

Osoba cierpiąca na anoreksję prędzej czy później doprowadzi się do niedożywienia, mimo, iż posiada niezwykłą odporność na osłabienie czy wręcz wycieńczenie organizmu. Odmawiając sobie jedzenia pozbawia organizm energii niezbędnej do życia i do prawidłowego funkcjonowania, przez co czuje się bez sił, przybita i w rezultacie zamyka się w sobie. Niedożywienie powoduje cały szereg negatywnych konsekwencji. Jak pokazują badania własne 91,3% respondentów deklaruje, iż są świadomi zagrożenia, jakie pociąga za sobą niedożywienie.

Diagnozowanie anoreksji może być trudne, ponieważ większość pacjentów zaprzecza chorobie i zwykle nie zgłasza się na leczenie sama lecz jest przyprowadzona przez członka rodziny. Potwierdzają to badania własne, w których 78,81% respondentów twierdzi, że specjalista nie zdiagnozował u nich choroby, a jedynie u co piątej osoby (21,19%) stwierdzono objawy choroby. Osoby z zaburzeniami odżywiania charakteryzują pewne stałe zachowania. Wśród najczęściej wymienianych był nieodparty lęk przed przybraniem masy ciała, na który wskazało 95,65% respondentów. Następnie ankietowani wskazywali na unikanie jedzenia (91,3%) bądź też na nadmierną konsumpcję (60,87%). Na prowokowanie wymiotów po spożyciu posiłku czy używanie środków przeczyszczających wskazał średnio co 5 respondent (odpowiednio 19,02% i 20,65%).

Poza dużymi problemami natury emocjonalnej, anoreksja wywołuje liczne zaburzenia ze strony poszczególnych układów. Długo trwająca choroba prowadzi do całkowitego wyniszczenia organizmu poprzez cały szereg powikłań skutkujących wielonarządową niewydolnością. Najczęściej wymienianymi przez ankietowanych dolegliwościami były: strach przed przytyciem (95,65%), częste osłabienie (92,39%), osłabione włosy (89,67%), uczucie zimna (87,5%), lodowate ręce (83,15%), sucha i łuszcząca się skóra (82,06%), kłopoty z koncentracją (76,63%), bóle głowy (69,02%), bóle brzucha (62,5%), częsty głód (60,32%), a także brak miesiączki powyżej 3 miesięcy (48,91%).



Wykres 3. Objawy występujące u ankietowanych

Leczenie szpitalne zastrzegane jest w przypadku pacjentów o bardzo niskim BMI, braku efektów dotychczasowego leczenia, złego stanu ogólnego oraz złej kondycji fizycznej. Niemal co 4 badany (27,17%) deklaruje, że był w ten sposób leczony, co sugeruje, że ich organizmy uległy znacznemu wyniszczeniu spowodowanym chorobą. Większość specjalistów uważa również, że nie można leczyć skutecznie anoreksji, wtedy gdy chory pozostaje wśród swoich bliskich. Izolacja jest zwykle konieczna aż do osiągnięcia rzeczywistej poprawy.

Pomimo, że w większości przypadków zachorowań na anoreksję, choroba ta jest „niemy” wołaniem o pomoc, ponad połowa – 61,95% ankietowanych deklaruje, że choroby można było uniknąć, gdyby tylko w porę pojawiła się pomoc i zainteresowanie ze strony odpowiednich, często najbliższych im osób.

Osoby dotknięte anoreksją w większości przypadków manifestują określony sposób myślenia, który sprawia, iż próba nakłonienia ich do działań przeciwdziałających chorobie napotyka się na wielki opór z ich strony. Traktują bowiem oni anoreksję jako niepowtarzalny i wyjątkowy styl życia, mówiąc o niej i traktując ją jako swoją najlepszą przyjaciółkę. Dlatego też przezwyciężenie tego sposobu myślenia i nakłonienie chorego do rozpoczęcia leczenia jest nadzwyczaj trudne, ale nie niemożliwe. Wymaga jednak ogromnego wysiłku ze strony najbliższych i terapeutów. Potwierdzają to badania własne, ponad 69% badanych uważa, że osoba chora nie jest w stanie sama poradzić sobie z chorobą, w tym 40,76% uważa, że zdecydowanie nie można sobie samemu poradzić, a 28,26% raczej nie. Przeciwnego zdania jest natomiast 17,39% respondentów, w tym 8,15% ankietowanych sądzi, że zdecydowanie samemu można sobie poradzić, a 9,24% raczej samemu. 13,59% respondentów nie ma wyrobionego zdania na ten temat.

Anoreksja jest zespołem chorobowym, który prowadzi do całkowitego wyniszczenia organizmu poprzez szereg powikłań metabolicznych, a także duże problemy natury psychicznej. Znajomość tych zaburzeń jest niezwykle ważne ze względu na wzrastający wskaźnik zapadalności, a także coraz bardziej obniżający się wiek zachorowania. Mała świadomość młodzieży na temat zaburzeń odżywiania wskazuje na potrzebę wprowadzania programów profilaktycznych i edukacji w tym zakresie.

5. Wnioski

- 1) Pacjenci z jadłowstrętem psychicznym stosują restrykcyjne diety oraz uprawiają intensywne ćwiczenia fizyczne.
- 2) Posiadają wypaczony obraz postrzegania własnego ciała oraz ciągłe dążenie do obniżenia masy ciała.
- 3) Największy wzrost nasilenia osób odchudzających się występuje wśród trzynasto-, czternasto-, i piętnastolatków.
- 4) Wyidealizowany obraz pięknego ciała promowany w mass mediach powoduje, że osoby postrzegają siebie jako znacznie mniej atrakcyjne niż to jest w rzeczywistości.
- 5) Poza znacznymi problemami natury emocjonalnej, anoreksja wywołuje liczne zaburzenia ze strony wszystkich układów w organizmie.
- 6) Mała świadomość młodzieży na temat zaburzeń odżywiania wskazuje na potrzebę edukacji w tym zakresie.

Literatura:

1. Tokarski J., Słownik wyrazów obcych, Warszawa 1980, PWN.
2. Józefik B., Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Kraków 1999, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s.20-31.
3. Kowalczyk M., Pedagogiczna diagnoza i profilaktyka zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej, Kraków 2008, Wydawnictwo Impuls, s.16-25.
4. Tomaszewicz-Libudzic C., Jagielska G., Komender J., Bober-Olesińska K., Retka W.: Zagrożające życiu zaburzenia metaboliczne i patofizjologiczne u chorych na jadłowstręt psychiczny. Psychiatria Polska, 1997(31), s.713-721.
5. Starzomska M., Anoreksja. Trudne Pytania, Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls, 2006, s.13.
6. Bilikiewicz A. (red.) Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2004.
7. Abraham S., Llevelyn – Jones D.L.. Bulimia i anoreksja. Zaburzenia odżywiania. Warszawa, Prószyński i S-ka, 2001.
8. <http://www.psychologia.edu.pl>.
9. <http://www.e-medycyna.net>.
10. Jablow M. M. Na Bakier zjedzeniem. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 1993, s.51-54.
11. Orwid M. Pietruszewski K. Psychiatria dzieci i młodzieży. Kraków, Collegium Medicum UJ, 1993.
12. Centrum Badań Opinii Społecznej. Komunikat zbadań - Polak zadbany – troska o sylwetkę i własne ciało. BS 130/2009.
13. Kędra E., Zaburzenia odżywiania – znak naszych czasów. Piel.Zdr.Publ. 2011, s.169-175.
14. Namysłowska I., Zaburzenia odżywiania – jadłowstręt psychiczny i bulimia. Przewodnik Lekarza, 2000(6) , s. 88-91.
15. Rajewski A., Zaburzenia odżywiania się, Przewodnik Lekarza, 2003(3), s. 110-115.
16. Sarol-Kulka A., Kulka Z., Obraz własnego ciała a seksualność kobiet z zaburzeniami odżywiania się. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 2005 14(2), s.115-122.
17. Ziółkowska B. Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt w stadium adolescencji. Poznań, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 2001, s. 87-103.

Anoreksja - zaburzona relacja między ciałem a umysłem

Streszczenie

Anoreksja jest zespołem chorobowym , który polega na świadomym ograniczaniu spożywanych pokarmów. Długo trwająca choroba prowadzi do całkowitego wyniszczenia organizmu poprzez szereg powikłań skutkujących wielonarządową niewydolnością. Poza znacznymi zaburzeniami metabolicznymi, anoreksja powoduje również ogromne problemy natury emocjonalnej czy psychicznej. Znajomość tych zaburzeń jest niezwykle ważna ze względu na wzrastające wskaźniki zapadalności, a także coraz bardziej obniżający się wiek zachorowania. Celem pracy była próba określenia występowania wybranych objawów oraz skutków anoreksji wśród osób prowadzących blogi i/lub biorących udział w forach przeznaczonych dla osób z zaburzeniami odżywiania.

Badaniu ankietowemu poddano 184 osoby. Wśród badanych było 8 mężczyzn (4,35%) i 176 kobiet (95,65%). Narzędziem badawczym wykorzystanym w pracy był autorski kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz został umieszczony na forach internetowych przeznaczonych dla osób z zaburzeniami odżywiania oraz rozesłany osobom prowadzącym blogi typu „pro-ana”.W badaniach własnych

96,2% badanych odchudzało się. Blisko połowa ankietowanych (47,28%) podjęła trud odchudzania z powodu braku akceptacji samego siebie, a niemal jedna czwarta (23,91%) odczuwała presję ze strony rówieśników. Jako sposób na schudnięcie 37,5% respondentów stosowało zasady ruchu pro-ana. Niemal wszyscy badani (84,24%) czują się grubymi, mimo że otoczenie postrzega je jako osoby szczupłe. Ponad połowa ankietowanych (58,7%) przyznaje, że ma problem z prawidłowym odżywianiem się. Wśród najczęściej wymienianych charakterystycznych zachowań był nieodparty lęk przed przybraniem masy ciała, na który wskazało 95,65% respondentów i unikanie jedzenia (91,3%). Ponad połowa – 61,95% badanych deklaruje, że choroby można było uniknąć.

Słowa kluczowe: anoreksja, model zachowania, objawy

Anorexia– disturbed relation between body and mind

Abstract

Anorexia is an illness complex which relies on conscious limitation of consumed food. Long lasting illness leads to complete exhaustion of organism throughout number of complications causing multiple organ dysfunction. Except of significant metabolic disturbances, anorexia causes also huge emotional and psychical problems. Knowledge of these disturbances is extremely important due to increasing indicators of morbidity and also to more and more decreasing age of falling ill. Object of research was a try of defining occurrence of selected symptoms and effects of anorexia among people writing blogs and/or being members of forums designed for people with eating disorders. There were 184 persons put to the survey. Among interviewees there were 8 men (4,35%) and 176 women (95,65%). The research tool used in the poll was survey questionnaire made by the author. Survey questionnaire was placed on discussion boards created for people with nourishment disorders and sent to the authors of 'pro-ana' blogs. In own research 96,2% of questioned people was on diet. Almost half of interviewees (47,28%) took the difficulty of reducing their weights because of lack of self-acceptance, and near a quarter (23,91%) felt the pressure from peers. As a method to slim 37,5% of respondents used rules of pro-ana movement. Almost all of the respondents (84,24%) feel fat although the environment regards them as a slim people. More than a half of interviewees admit that they have a problem with right way of nourishing. Among the most mentioned characteristic behaviors was irresistible fear of getting weight on which indicated 95,65% of respondents and eating avoiding (91,3%). More than a half of questioned people declare that they could avoid the illness.

Key words: anorexia, model of behavior, symptoms

Dozór elektroniczny w procesie wychowania resocjalizacyjnego

1. Wstęp

W obliczu kryzysu kary pozbawienia wolności, usilnego poszukiwania rozwiązań, które mogłyby ją substytuować, przepelnienia zakładów penitencjarnych, braku wiary w proces ponownej socjalizacji skazanego, coraz więcej głosów w naszym kraju popiera monitoring elektroniczny skazanych. Dozór elektroniczny, monitoring elektroniczny to nowoczesne nieizolacyjny system odbywania kary pozbawienia wolności poza murami zakładu penitencjarnego. Zarówno warunki odbywania kary w systemie dozoru elektronicznego oraz obowiązki skazanego w czasie odbywania kary zostały zawarte w ustawie z dnia 7 września 2007 r. o wykonywaniu kary pozbawienia wolności poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego.²

Mówiąc o resocjalizacji pedagogicy mają na myśli powtórna socjalizację osób, u których pierwotna socjalizacja była wadliwa.³ Głównym celem wychowania resocjalizacyjnego jest budowanie w świadomości wychowanków prawidłowego obrazu własnej sytuacji życiowej, zatem reedukacja postaw wychowanków, tworzenie warunków umożliwiających im wartościowanie oraz selekcjonowanie wzorów występujących w otoczeniu społecznym oraz zdobywaniem świadomości osobistego potencjału twórczego i intelektualnego.⁴

1.1. Dozór elektroniczny

Dozór elektroniczny, w Polsce, to nowoczesny nieizolacyjny system odbywania kary pozbawienia wolności poza zakładem penitencjarnym.⁵

Dozór elektroniczny nie jest alternatywną karą do kary pozbawienia wolności, lecz karą pozbawienia wolności, wykonywaną w specyficznym trybie i warunkach. Katalog kar nie zawiera odrębnej kary pozbawienia wolności w warunkach dozoru elektronicznego. Niektórzy mają odmienne zdanie

¹ Email: a_brudniak@o2.pl; Akademia Ignatianum w Krakowie, Wydział Pedagogiczny.

² Ustawa z dnia 7 września 2007 r. o wykonywaniu kary pozbawienia wolności poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego, Dz. U. 2007 nr 191 poz. 1366.

³ B. Urban, J. M. Stanik, *Resocjalizacja*, Tom I, Warszawa, Wydawnictwo PWN i Wyższa Szkoła Pedagogiki Resocjalizacyjnej, 2008, s.12.

⁴ K. Linowski, *Warunkowe zwolnienie i jego korelaty socjopedagogiczne*, Warszawa, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, 2009, s. 52-53.

⁵ R. Pelewicz, Dozór elektroniczny jako nieizolacyjny system odbywania kary pozbawienia wolności, „Informator” 4, 2013, s. 3-7.; R.A Stefański, Kara pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego, „Wojskowy Przegląd Prawniczy” 4 vol. 244, 2007, s. 35.

i twierdzą, iż SDE jest alternatywą dla kary pozbawienia wolności. Teodor Szymanowski rolę SDE określa jako alternatywę dla kary pozbawienia wolności⁶, wskazując jednocześnie na takie elementy jak:

- niewyłączanie skazanego z życia społecznego (możliwość przebywania w rodzinie, wykonywania pracy lub kształcenia się);
- unikanie często demoralizującego wpływu współskazanych;
- niższe koszty wykonywania dozoru elektronicznego, aniżeli w przypadku pozbawienia wolności pod warunkiem, że byłby on stosowany wobec sprawców, którzy jeśli nie byłiby objęci dozorem elektronicznym musieliby odbywać karę w zakładzie penitencjarnym (ujemna prognoza społeczna i zagrożenie popełnieniem przestępstwa o znacznej szkodliwości społecznej).⁷

System dozoru elektronicznego jest jednym z systemów wykonywania kary pozbawienia wolności, polegającym na kontrolowaniu zachowania skazanego przebywającego poza zakładem penitencjarnym przy użyciu aparatury monitorującej (czyli urządzeń elektronicznych oraz instalacji i systemów, które zawierają służące tej kontroli podzespoły elektryczne lub elektroniczne).⁸ Według Huberta Mazura dozór elektroniczny jest o tyle nietypowy, że nie odpowiada w pełni podstawowemu podziałowi środków zapobiegawczych na izolacyjne i nieizolacyjne. Z jednej strony SDE prowadzi do „uwięzienia” w ścianach własnego mieszkania, z drugiej jednak strony stanowi on środek wolnościowy stojący w czystej opozycji do aresztowania.⁹

Zdaniem T. Szymanowskiego właściwszą nazwą dla nowego środka byłaby „wolność dozorowana w systemie elektronicznym”. Jednakże takie określenie w większym stopniu, omawiany środek wiąże z systemem probacyjnym niż penitencjarnym. Biorąc pod uwagę nowelizację ustawy SDE należy do środków probacyjnych. Wcale nie oznacza, iż nie może on spełniać przypisanych mu zadań z pewnym odciążeniem systemu penitencjarnego łącznie. W licznych krajach dozór elektroniczny jest zaliczony do systemu probacji.¹⁰

Ustawa z dnia 7 września 2007 r. o wykonywaniu kary pozbawienia wolności poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego jasno określa przede wszystkim warunki odbywania przez skazanego kary pozbawienia wolności poza zakładem w systemie dozoru elektronicznego, warunki i tryb orzekania o udzieleniu skazanemu zezwolenia na odbycie tejże kary, organizowanie

⁶ T. Szymanowski, *Efektywność systemu penitencjarnego w Polsce – stan obecny i perspektywy*, [dostęp 5 lutego 2014], Dostępny w World Wide Web:

<http://www.wroclaw.so.gov.pl/downloads/konferencja/Teodor%20Szymanowski.pdf>.

⁷ T. Szymanowski, *Opinia o poselskim projekcie ustawy o zmianie ustawy Kodeks karny wykonawczy, ustawy Kodeks postępowania karnego, ustawy Kodeks wykroczeń oraz ustawy, Kodeks karny*, druk sejmowy nr 338 z dnia 31 maja 2006, s. 2.

⁸ Ustawa z dnia 7 września..., dz. cyt.

⁹ H. Mazur, *Dozór elektroniczny w procesie karnym*, Prokuratura i Prawo 7-8, 2009, s. 128.

¹⁰ T. Szymanowski, *Opinia ...*, dz. cyt., s. 2.

i kontrolowanie wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego oraz określa nadzór nad wykonywaniem tejże kary.¹¹

Aby odbywać karę w systemie dozoru elektronicznego skazany musi spełnić wszystkie warunki obwarowane ustawą o wykonywaniu kary pozbawienia wolności poza zakładem penitencjarnym. Skazany odbywający karę w tym systemie podlega całodobowej kontroli. Do kontroli oraz rejestracji całego przebiegu kary służy nadajnik, który zazwyczaj jest zakładany na rękę lub nogę skazanego oraz urządzenie monitorujące zainstalowane w miejscu, gdzie skazany odbywa karę.¹² Głównym zadaniem urządzeń jest stałe kontrolowanie skazanego, oraz faktu czy stosuje się on i przestrzega wszystkich warunków odbywania kary ustalonych przez sąd penitencjarny.

Dozór elektroniczny w zakresie funkcji, spełnia z jednej strony funkcję kary, z drugiej zaś strony jest środkiem zapobiegawczym. w przypadku zastosowań penitencjarnych chodzi o realizację funkcji kary, czyli, sprawiedliwej odpłaty za popełnione przestępstwo i stworzenie warunków do resocjalizacji.¹³

Wymienia się trzy zasadnicze cele stosowania dozoru elektronicznego, przede wszystkim zmniejszenie przeludnienia placówek penitencjarnych, obniżenie szeroko rozumianych kosztów dochodzenia sprawiedliwości i ograniczenie negatywnego wpływu na osoby pozbawione wolności.¹⁴

Uzasadnienie projektu ustawy o wykonywaniu kary pozbawienia wolności poza zakładem penitencjarnym w systemie dozoru elektronicznego, za pierwszorzędny cel wprowadzenia SDE uważa zmniejszenie przeludnienia w zakładach penitencjarnych.¹⁵

Krótkotrwale kary pozbawienia wolności, które w projektowanej ustawie¹⁶ miały wychodzić naprzeciw potrzebie zmniejszenia populacji osadzonych w zakładach penitencjarnych przez wprowadzenie nieizolacyjnego systemu odbywania kary pozbawienia wolności w rzeczywistości nie wpłynęły istotnie na zmniejszenie liczby osób osadzonych za murami zakładów penitencjarnych (początkowo liczba osób wykonujących karę pozbawienia wolności poniżej 1 roku nie była wielka, również przyjąć należy, że dozór elektroniczny nie został orzeczony wobec 100% takich skazanych)¹⁷.

¹¹ Ustawa z dnia 7 września ..., dz. cyt.

¹² Dozór elektroniczny jako nieizolacyjny system odbywania kary pozbawienia wolności. [W] „Informator” [online], [dostęp 5 lutego 2014]. Dostępny w World Wide Web: <http://bialystok.so.gov.pl/component/attachments/download/268.html>.

¹³ H. Mazur, Dozór..., dz. cyt., s. 128.

¹⁴ P. Moczydłowski, Przestępca na uwięzi. Elektroniczny monitoring sprawców przestępstw, Zeszyty Naukowe „Ius et Lex” 2, Warszawa, Wydawnictwo Ius et Lex, 2006, s.12.

¹⁵ Uzasadnienie projektu ustawy o wykonywaniu kary pozbawienia wolności poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego, druk sejmowy nr 1237 z dnia 6 grudnia 2007, s. 1.

¹⁶ Tamże.

¹⁷ J. Lipski, Opinia na temat projektu ustawy o zmianie ustawy kodeks karny wykonawczy, ustawy kodeks wykroczeń oraz ustawy kodeks karny, druk sejmowy nr 338 z dnia 25 kwietnia 2006.

2. Dozór elektroniczny w procesie wychowania resocjalizacyjnego

Wychowanie resocjalizacyjne wpisane jest w ramy pedagogiki resocjalizacyjnej, która przez ogół oddziaływań pedagogicznych i psychologicznych (polegających na stosowaniu różnych technik form i metod wychowawczych, obejmujących psychotechnikę, socjotechnikę, kulturo-technikę, naukę szkolną oraz pracę) oddziałuje na jednostki nieprzystosowane do środowiska społecznego, czego przejawem jest naruszanie przez nie obowiązujących norm i zasad społecznych, moralnych oraz prawnych.¹⁸ Resocjalizacja, ponowna socjalizacja człowieka¹⁹, zajmuje się więc wychowaniem (proces celowego i świadomego kształtowania ludzkich zachowań, postaw, ról społecznych czy osobowości, zgodnie z ideałem, modelem człowieka, którego chcemy ukształtować)²⁰ osób z zaburzeniami w procesie socjalizacji (całokształt wpływów wywieranych na jednostkę poprzez środowisko społeczno – kulturowe, w którym ona żyje i rozwija się), czyli z tą kategorią osób, która z różnych powodów przejawia objawy niedostosowania (zachowania o charakterze antyspołecznym, pozostające w konflikcie z istniejącymi normami współżycia społecznego²¹; zachowania społecznie destruktywne, niezgodne z oczekiwaniami społecznymi w zakresie ustosunkowania się do norm społecznie akceptowanych)²², wyklejenia społecznego oraz przestępczego (zachowania przestępcze, dewiacyjne)²³, paraprzestępczości oraz przestępczości.²⁴

Osoba, wobec której nie powiódł się proces socjalizacji oraz proces wychowania, jest jednostką wadliwie z socjalizowaną, lub co najmniej przejawia wiele zachowań uznawanych przez społeczeństwo za niewłaściwe, niepożądane, szkodliwe. Celem wychowania resocjalizacyjnego jest ponowna socjalizacja, czyli zespół zabiegów o charakterze resocjalizacyjnym, który ma na celu doprowadzić jednostkę nieprzystosowaną do poprawnego przystosowania społecznego oraz ukształtować takie cechy w jej zachowaniu i osobowości, które pomogą jej osiągnąć optymalne uspołecznienie oraz zdrowe i akceptowane

¹⁸ Cz. Kupisiewicz, M. Kupisiewicz, *Słownik pedagogiczny*, Warszawa, Wydawnictwo PWN, 2009, s. 123.

¹⁹ C. Betke, T. Betke, *Diagnoza resocjalizacyjna i jej wykorzystanie w projektowaniu procesu wychowawczego*, w: B. Kosek – Nity, D. Raś (red.), *Resocjalizacja, diagnoza, wychowanie*, Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 1999, s. 24 – 35.

²⁰ L. Pytka, *Pedagogika resocjalizacyjna. Wybrane zagadnienia teoretyczne, diagnostyczne i metodyczne*, Warszawa, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, 2005, s. 23.

²¹ Tamże, 25.

²² A. Paszkiewicz, *Wychowanie resocjalizacyjne w środowisku otwartym – zarys teorii*, Białystok, Wydawnictwo Trans Humana, 2005, s. 37.

²³ Tamże, s. 37.

²⁴ L. Pytka, *Pedagogika...*, dz. cyt., s. 27.

funkcjonowanie w społeczeństwie, którego normy i zasady będzie starać się przestrzegać.²⁵ Socjalizacja jest uczeniem się zachowań prospołecznych, nabywaniem takich zachowań, które są zgodne z regułami współżycia społecznego, dostosowywaniem się w trakcie rozwoju do oczekiwań społecznych oraz uczeniem się eliminowania niekorzystnych społecznie form zaspokojenia swoich potrzeb.²⁶ Ten wielostronny proces rozwoju społecznego człowieka, jakim jest socjalizacja, polega również na nabywaniu przez nią systemu wartości, norm oraz wzorów zachowań obowiązujących w danym społeczeństwie.²⁷

Jak słusznie zauważa wielu pedagogów, pedagogika resocjalizacyjna nie może tylko i wyłącznie zajmować się korektą zachowań oraz postaw ludzi. Swą działalnością, prócz zintensyfikowanych oddziaływań wychowawczych, świadomych, celowych i kierunkowych na jednostkę pozostającą w konflikcie z normą prawną,²⁸ musi uwzględnić zarówno zakres działań profilaktycznych jak i zapobiegawczych.²⁹ Przedmiotem pedagogiki resocjalizacyjnej jest nie tylko korekta zachowań wychowanka, ale także działalność obejmująca: opiekę resocjalizacyjną, wychowanie resocjalizujące oparte głównie o samokontrolę i współudział zainteresowanego w procesie wychowania oraz terapię, leczenie zaburzeń i dysfunkcji.³⁰ Współcześnie pedagogika resocjalizacyjna podkreśla istotę i znaczenie wychowania resocjalizującego w warunkach wolnościowych. Resocjalizacja zatem zmierza w kierunku eliminowania systemu dyscyplinarno – izolacyjnego³¹ na rzecz systemu dyscyplinarno – wolnościowego. W wychowaniu resocjalizacyjnym ponownie nastąpiło otwarcie na współpracę ze środowiskami naturalnymi takimi jak rodzina, czy wszelkimi instytucjami wychowawczymi, które mogą pomóc w ponownej socjalizacji niedostosowanego społecznie.³²

W literaturze odnajdujemy wiele zarzutów kierowanych w stronę resocjalizacji. Głównymi zarzutami są nieskuteczność resocjalizacji, jej nieefektywność, stagnacja programowa i treściowa, powtórna patologizacja skazanych przebywających w zakładach penitencjarnych.

²⁵ Tamże.

²⁶ A. Paszkiewicz, *Wychowanie ...*, dz. cyt., s. 38.

²⁷ Cz. Kupisiewicz, M. Kupisiewicz, *Słownik ...*, dz. cyt., s. 155.

²⁸ R. Borowski, *Resocjalizacja – ku środowisku wolnościowemu* w: I. Pospieszyl, M. Konopczyński (red.), *Resocjalizacja - w stronę środowiska otwartego*, Warszawa, Wydawnictwo PEDAGOGIUM, 2007, s. 77 – 82.

²⁹ Z. S. Iwański, *Wprowadzenie do pedagogiki resocjalizacyjnej*, Płock, Wydawnictwo naukowe NOVUM, 2003, s. 151-152.

³⁰ L. Pytka, *Pedagogika ...*, dz. cyt., s. 39.

³¹ Z. S. Iwański, *Wprowadzenie ...*, dz. cyt., s. 152.

³² Tamże.

Współczesna rzeczywistość, wraz z rozwojem cywilizacji, podpowiada nam aby również współczesna resocjalizacja stanęła na wysokości swych zadań i obowiązków oraz uległa transformacji. Rozległa wielowymiarowość oddziaływań wychowawczych otwiera szanse na lepszą, skuteczniejszą, efektywniejszą resocjalizację poprzez wychowanie oparte na wolności, poza murami zakładów penitencjarnych czy poprawczych, gdzie brak z socjalizowanego społeczeństwa, przestrzegającego ogólnie panujących zasad i norm społecznych, z ukształtowanym systemem wartości, moralnym kręgosłupem, mającego dostęp zarówno do edukacji, kultury czy pracy zarobkowej. Obecnie zaobserwować można zmierzanie pedagogiki resocjalizacyjnej w kierunku zwiększania znaczenia aksjologicznego, wzmacniania systemu wartości w procesie wychowania.³³ Resocjalizacja w nowym, szerokim ujęciu, obejmuje zarówno oddziaływania terapeutyczne zorientowane na teorię uczenia się treningu społecznego, leczenie psychiatryczne, terapię grupową, nauczanie zawodu, stosowanie ulg, udzielanie urlopów, dostęp do kultury, umożliwianie kształcenia, wskazanie sposobów zagospodarowania czasu wolnego, kontakty ze światem zewnętrznym.³⁴ Warto zwrócić uwagę na resocjalizację przy współudziale społeczeństwa, która obejmuje każde działanie mające na celu pomoc sprawcy przestępstwa w powrocie na drogę prawa.³⁵ Probacja zatem, jako środek resocjalizacji opierający się na społeczeństwie bazuje na teorii, iż najlepszym sposobem osiągnięcia celu jest organizowanie sankcji kryminalnych w społeczeństwie, gdy uzasadniają to funkcje kary.³⁶

Od kilku lat trwają intensywne dyskusje nad rozwojem probacji w Polsce. Kara izolacyjna wydaje się być bardzo surową i odpowiednią w sprawach o przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu czy w sprawach, gdzie występują zorganizowane grupy przestępcze.³⁷ Jednak zdarzają się osoby, które popełniły przestępstwo przypadkowo. w przypadku takiego przestępcy, którego można określić jako mniej niebezpiecznego, kary nieizolacyjne i środki probacji mogą być skuteczne oraz stanowią pewną prewencję i ochronę porządku prawnego na przyszłość, a w konsekwencji zastępują izolacyjną karę pozbawienia wolności. Ważne jest, aby bezwzględna kara pozbawienia wolności wobec sprawców drobniejszych przestępstw była ostatecznością.³⁸

³³ Tamże.

³⁴ K. Linowski, *Warunkowe...*, dz. cyt., s. 52-53.

³⁵ Tamże, s. 53.

³⁶ D. McKenzie, D. Parent, *Shock incarceration and prison crowding in Luisiana*, "Journal of Criminal Justice" 19, s. 191.

³⁷ K. Pierzchała, *Teoretyczne podstawy probacji. Przestępstwo. Probacja alternatywą dla kary pozbawienia wolności*, Probacja 4, 2011, s. 5-26.

³⁸ Tamże.

Resocjalizacja dostrzegła i doceniła znaczenie istoty działania samowychowawczego, samokontroli w procesie ponownej socjalizacji. Dlatego tak ważna jest dejuryzacja oraz depenalizacja zarówno orzekanych kar jak i środków resocjalizacyjnych dla skazanych, którzy popełnili czyny karalne o niewielkiej szkodliwości społecznej lub o niskiej szkodliwości społecznej, na krótkoterminowe kary pozbawienia wolności w warunkach wolnościowych. Postulowanie o zastosowaniu w resocjalizacji elementów samowychowawczych, gdzie skazanego traktuje się w sposób podmiotowy, uwzględniając przy tym jego indywidualność i odrębność psychologiczną, stymuluje jednostkę do prospołecznych zachowań a tym samym przynosi efektywne rezultaty oddziaływań resocjalizacyjnych. Już samo podjęcie wysiłku samowychowawczego czy samo kontrolującego się skazanego pokazuje efektywność takiego wychowania resocjalizacyjnego. Podkreślić należy, że nie ma efektywnego oddziaływania resocjalizacyjnego bez indywidualnego stymulowania jednostki, czyli bez bezpośredniej rozmowy z wychowankiem, w której to odbywa się rozumna wychowawczo rozmowa, dialog.³⁹ Zdaniem Stanisława Górskiego wychowanie resocjalizacyjne to świadomy i celowy proces bezpośredniego lub pośredniego oddziaływania na osoby wykołajone w celu przysposobienia ich do pełnienia konstruktywnych ról społecznych, w sposób zgodny ze społecznymi oczekiwaniami.⁴⁰ S. Górskiemu nie chodzi o juretyczną lecz o wychowawczą poprawę jednostki. Postępowanie reedukacyjne przyjmuje zatem zadanie wyeliminowania czynników, które wywołują zaburzone stany osobowości wychowanka, naprawienie stanów osobowości przez usunięcie jej negatywnych zmian, wywołanych wspomnianymi czynnikami, utrwalenie uzyskanych wyników, zainspirowanie jednostki do samowychowania.⁴¹

W większości krajów europejskich odchodzi się od stosowania izolacyjnych warunków kary na rzecz wolnościowych, oczywiście w uzasadnionych wypadkach. Ryszard Borowski pisze o „pedagogice wolności”, którą postrzega w kategoriach nie stosowania pedagogiki schematycznej, formalnej, regulaminowej czy dyrektywnej.⁴² Osoby skazane za czyny karalne o niskiej lub znikomej szkodliwości czynu na kary krótkoterminowe zamiast trafiać do zakładów penitencjarnych, gdzie byliby „edukowani” przez współosadzonych, pozbawieni doświadczeń z otwartego środowiska społecznego, kontaktów z rodziną, wyizolowani, zdani tylko na kulturę więzienną oraz podkulturę przestępczą zamiast przechodzić efektywną resocjalizację przechodzą wtórną demoralizację. Oczywiście łatwiej jest wychowywać, resocjalizować skazanych w systemie izolacyjnym, ponieważ prościej jest nadzorować skazanego w zamknięciu aniżeli „poprawić” go w życiu wolnościowym, poprzez

³⁹ R. Borowski, *Resocjalizacja...*, dz. cyt., s. 77 – 82.

⁴⁰ S. Górski, *Metodyka resocjalizacji*, Warszawa, Wydawnictwo Związków Zawodowych, 1985, s. 39.

⁴¹ S. Benedyczak i in., *Wprowadzenie do metodyki pracy penitencjarnej*, Kalisz, 1995, s. 23.

⁴² R. Borowski, *Resocjalizacja ...*, dz. cyt., s. 77 – 82.

środowisko zewnętrzne, pozawięzienne.⁴³ Taką możliwość stwarza odbywanie kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego.

Orzekanie w sprawach dotyczących wykonania kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego należy do sądu penitencyjnego, w którego okręgu kara jest lub ma być wykonywana. w tego rodzaju sprawach sąd penitencyjny orzeka na wniosek skazanego lub za zgodą skazanego, na wniosek jego obrońcy, prokuratora, sądowego kuratora zawodowego lub dyrektora zakładu penitencyjnego.⁴⁴ Na skazanego odbywającego karę pozbawienia wolności w SDE sąd nakłada obowiązki oraz informuje skazanego o konsekwencjach ich naruszenia.

Do obowiązków skazanego zalicza się obowiązek określonego zachowania się, w szczególności pozostawania we wskazanym przez sąd penitencyjny miejscu w wyznaczonym czasie, chyba że przepisy ustawy stanowią inaczej. Skazany ma obowiązek udzielania wyjaśnień dotyczących przebiegu odbywania kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego i wykonywania nałożonych na niego obowiązków, a zwłaszcza kontaktowania się z sądowym kuratorem zawodowym. Jednym z najważniejszych obowiązków jest nieustanne noszenie nadajnika oraz dbania o powierzone mu elektroniczne urządzenie rejestrujące i nadajnik, a zwłaszcza ich ochrony przed utratą, zniszczeniem, uszkodzeniem lub uczynieniem niezdatnymi do użytku. Poddanie się czynnościom kontrolnym upoważnionego podmiotu dozoru mające na celu sprawdzenie prawidłowości funkcjonowania elektronicznego urządzenia rejestrującego oraz nadajnika. Odbywający karę, w przypadku zainstalowania stacjonarnego urządzenia monitorującego w miejscu obecnego zamieszkania i odbywania kary ma obowiązek odbierania połączeń telefonicznych przychodzących do tego urządzenia. Kolejnym obowiązkiem skazanego jest uiszczenie w określonym terminie równowartości kosztów postępowania wykonawczego związanych z wykonywaniem kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego.⁴⁵

Dzięki wolnościowemu systemowi odbywania kary pozbawienia wolności skazany może nie tylko przebywać i mieszkać z własną rodziną ale również pomagać jej finansowo, podejmując pracę zarobkową, oraz podejmując opiekę np. nad małoletnimi. Fakt, iż skazany musi pozostać w domu w określonych przez sąd godzinach w ciągu dnia lub określonych dniach tygodnia, pozwala jednak funkcjonować wolnościowo skazanemu i pomagać w wypełnianiu obowiązków domowych, rodzicielskich czy podjęciu pracy zarobkowej. Skazany ma prawo oddalić się z miejsca stałego pobytu lub innego wskazanego miejsca, na okres nieprzekraczający 12 godzin dziennie, w szczególności w celu: świadczenia pracy, wykonywania praktyk religijnych lub korzystania z usług religijnych, sprawowania opieki nad osobą małoletnią lub osobą niedołązną lub chorą,

⁴³ Tamże.

⁴⁴ W. Kotowski, B. Kurzępa, *Dozór elektroniczny – zarys problematyki*, Probacja 2, 2009, s. 88.

⁴⁵ Tamże.

podjęcie kształcenia i samokształcenia oraz wykonywania twórczości własnej, korzystania z urządzeń lub zajęć kulturalno-oświatowych i sportowych, komunikowania się z obrońcą, pełnomocnikiem oraz wybranym przez siebie przedstawicielem. Skazany mimo, iż odbywa karę pozbawienia wolności utrzymuje więzi z rodziną lub innymi bliskimi osobami. Może również korzystać z opieki medycznej lub udziału w terapii. Kolejnym pozytywem jest fakt możliwości dokonania niezbędnych zakupów w sklepie. Taka forma wykonywania kary pozbawienia wolności stwarza skazanemu pełne uczestniczenie w życiu rodziny, bliskich, czy w społeczeństwie oraz obserwować i nabywać pozytywne wzorce zachowań.⁴⁶

Prócz wsparcia rodziny i bliskich skazany odbywający karę w SDE może zwrócić się z wszelkimi pytaniami, wątpliwościami do zawodowego kuratora sądowego, pod którego kuratelą przebywa.

Niewątpliwie prawidłowe funkcjonowanie dozoru elektronicznego jako systemu wykonywania kary pozbawienia wolności jest zależne od doboru skazanych, którzy mają odbywać karę w tym systemie.⁴⁷ Z uwagi na to, że polega on na odbywaniu kary w warunkach wolnościowych, konieczna jest eliminacja skazanych, którzy wymagają izolacji. Przed podjęciem decyzji o zastosowaniu dozoru sąd dokonuje analizy: cech osobowości skazanego, jego sytuacji życiowej, warunków rodzinnych czy mieszkaniowych.⁴⁸ Ustawa uzależnia zatem wykonywanie kary pozbawienia wolności w SDE od rozmiaru kary i okoliczności związanych ze skazanym oraz właściwości skazanego.⁴⁹ SDE daje szansę skazanym, mimo wyroku pozbawienia wolności, resocjalizacji na wolności, probacji poprzez pracę, utrzymywanie bliskich kontaktów z rodziną, udział w życiu społeczeństwa.

System dozoru elektronicznego jest bodźcem do wypracowania samokontroli i tym samym przestrzegania porządku prawnego oraz przeciwdziałania demoralizacji skazanego przez pozbawienie kontaktu ze środowiskiem więziennym.⁵⁰ SDE zdaje się spełniać wymogi celu indywidualno-prewencyjnego, a także prewencji ogólnej. SDE pozwala na indywidualne podejście do odbywania kary pozbawienia wolności przez skazanego, sąd nakładając obowiązki uwzględnia czas, w którym skazany może podjąć pracę zarobkową, odebrać dziecko ze szkoły czy skorzystać z pomocy terapeuty. Przebywając w społeczeństwie unika stygmatyzacji i odrzucenia społecznego. Poprzez całodobową kontrolę urządzeń monitorujących oraz dozór kuratora skazany nabywa pozytywnych nawyków

⁴⁶ A. Ważny, *Ustawa o monitoringu elektronicznym*, e-Administracja 5, 2008, s. 48-49.

⁴⁷ K. Mrozek, K. Sitnik, *Przesłanki wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego*, Kwartalnik Naukowy Prawo Mediów Elektronicznych 4, 2011, s. 3.

⁴⁸ Tamże, s. 3.

⁴⁹ R. A. Stefański, *Kara pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego*, „Wojskowy Przegląd Prawniczy” 4, vol. 244, 2007, s. 35.

⁵⁰ K. Mrozek, K. Sitnik, *Przesłanki...*, dz. cyt., s. 3.

kontrolowania oraz planowania swojego czasu. Staje się odpowiedzialny za swoje zachowanie i postępowanie, kontrolowanie czasu, przestrzeganie wszelkich nakazów sądu. Każde spóźnienie, próba manipulacji przy nadajniku, niewypełnianie lub niestosowanie się do nakazów sądu skutkuje poniesieniem konsekwencji za swoje przewinienie. Kara za przewinienie jest natychmiastowa i bardzo surowa dla skazanego, ponieważ wiąże się z osadzeniem skazanego w zakładzie penitencjarnym. Dozór elektroniczny dyscyplinuje skazanego, narzucając harmonogram dnia daje poczucie bezpieczeństwa skazanemu a jednocześnie przypomina o dotkliwości odbywanej kary. Kolejnym elementem wychowującym jest ponoszenie kosztów odbywania kary w SDE przez skazanego.

3. Podsumowanie

Dozór elektroniczny jest najnowocześniejszym systemem odbywania kary pozbawienia wolności w Polsce. Literatura poświęcona SDE i jego zastosowaniu przytacza wiele argumentów przemawiających za, jak i przeciw stosowaniu SDE. Wprowadzenie dozoru elektronicznego zbliża polski system prawny do światowych standardów wykonywania kary pozbawienia wolności oraz resocjalizacji skazanych. Ponowna socjalizacja, której celem jest „naprawienie” jednostki niedostosowanej społecznie może odbywać się w warunkach wolnościowych. Odchodzenie od kar izolacyjnych za popełnienie czynu karalnego o niskiej szkodliwości społecznej umożliwia recydywistom natychmiastowe odbywanie kary pozbawienia wolności w zakładach penitencjarnych. Dozór elektroniczny umożliwia skazanemu funkcjonowanie w społeczeństwie, mieszkanie z najbliższą rodziną, podjęcie pracy zarobkowej co daje mu poczucie bycia użytecznym, potrzebnym, nie odsuniętym na „boczny tor”. SDE ma uczyć człowieka odpowiedzialności za jego czyny i za jego życie. Korzyści płynące ze stosowania SDE są ogromne. SDE zachęca, zamiast przynosić rozgoryczenie skazanego, buduje, a nie degraduje. Dozór elektroniczny, monitorując skazanego przez całą dobę, kładzie nacisk na zapobieganie zachowaniom niezgodnym z prawem poprzez promocję zachowań zgodnych z prawem oraz chroni społeczeństwo i jednocześnie zapobiega popełnieniu kolejnego przestępstwa. Pomaga uniknąć druzgocących efektów osobowościowych, które często są wynikiem długoletniej izolacji. Nie powoduje nagłych zmian nawyków, nie niszczy więzi rodzinnych, kontaktów z przyjaciółmi i ekonomicznej niezależności skazanego. Wychowanie skazanego tą metodą jest o wiele mniej kosztowne niż utrzymanie go w zakładzie penitencjarnym. Zapewnia brak społecznej stygmatyzacji, wykluczenia społecznego oraz minimalizuje ryzyko recydywizmu.⁵¹

⁵¹ K. Pierzchała, *Teoretyczne...*, dz. cyt., s. 5-26.

Literatura

1. Benedyczak S. i in., Wprowadzenie do metodyki pracy penitencjarnej, Kalisz, 1995.
2. Betke C., Betke T., Diagnoza resocjalizacyjna i jej wykorzystanie w projektowaniu procesu wychowawczego, w: B. Kosek – Nity, D. Raś (red.), Resocjalizacja, diagnoza, wychowanie, Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 1999.
3. Borowski R., Resocjalizacja – ku środowisku wolnościowemu w: I. Pospiszyl, M. Konopczyński (red.), Resocjalizacja - w stronę środowiska otwartego, Warszawa, Wydawnictwo PEDAGOGIUM, 2007.
4. Dozór elektroniczny jako nieizolacyjny system odbywania kary pozbawienia wolności. [W] „Informator” [online], [dostęp 5 luty 2014]. Dostępny w World Wide Web: <http://bialystok.so.gov.pl/component/attachments/download/268.html>.
5. Górski S., Metodyka resocjalizacji, Warszawa, Wydawnictwo Związków Zawodowych, 1985.
6. Iwański Z. S., Wprowadzenie do pedagogiki resocjalizacyjnej, Płock, Wydawnictwo naukowe NOVUM, 2003.
7. Kotowski W., Kurzępa B., Dozór elektroniczny – zarys problematyki, Probacja 2, 2009.
8. Kupisiewicz Cz., Kupisiewicz M., Słownik pedagogiczny, Warszawa, Wydawnictwo PWN, 2009.
9. Linowski K., Warunkowe zwolnienie i jego korelaty socjopedagogiczne, Warszawa, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, 2009.
10. Lipski J., Opinia na temat projektu ustawy o zmianie ustawy kodeks karny wykonawczy, ustawy kodeks wykroczeń oraz ustawy kodeks karny, druk sejmowy nr 338 z dnia 25 kwietnia 2006.
11. Mazur H., Dozór elektroniczny w procesie karnym, Prokuratura i Prawo 7-8, 2009.
12. McKenzie D., Parent D., Shock incarceration and prison crowding in Luisiana, “Journal of Criminal Justice” 19.
13. Moczydłowski P., Przestępca na uwięzi. Elektroniczny monitoring sprawców przestępstw, Zeszyty Naukowe „Ius et Lex” 2, Warszawa, Wydawnictwo Ius et Lex, 2006.
14. Mrozek K., Sitnik K., Przesłanki wykonywania kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego, Kwartalnik Naukowy Prawo Mediów Elektronicznych 4, 2011.
15. Paszkiewicz A., Wychowanie resocjalizacyjne w środowisku otwartym – zarys teorii, Białystok, Wydawnictwo Trans Humana, 2005.
16. Pelewicz R., Dozór elektroniczny jako nieizolacyjny system odbywania kary pozbawienia wolności, „Informator” 4, 2013.
17. Pierzchała K., Teoretyczne podstawy probacji. Przestępstwo. Probacja alternatywą dla kary pozbawienia wolności, Probacja 4, 2011.
18. Pytka L., Pedagogika resocjalizacyjna. Wybrane zagadnienia teoretyczne, diagnostyczne i metodyczne, Warszawa, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, 2005.
19. Stefański R. A., Kara pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego, „Wojskowy Przegląd Prawniczy” 4, vol. 244, 2007.
20. Stefański R. A., Kara pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego, „Wojskowy Przegląd Prawniczy” 4 vol. 244, 2007.

21. Szymanowski T., Efektywność systemu penitencjarnego w Polsce – stan obecny i perspektywy, [dostęp 5 lutego 2014], Dostępny w World Wide Web: <http://www.wroclaw.so.gov.pl/downloads/konferencja/Teodor%20Szymanowski.pdf>.
22. Szymanowski T., Opinia o poselskim projekcie ustawy o zmianie ustawy Kodeks karny wykonawczy, ustawy Kodeks postępowania karnego, ustawy Kodeks wykroczeń oraz ustawy, Kodeks karny, druk sejmowy nr 338 z dnia 31 maja 2006.
23. Urban B., Stanik J. M., Resocjalizacja, Tom I, Warszawa, Wydawnictwo PWN i Wyższa Szkoła Pedagogiki Resocjalizacyjnej, 2008.
24. Ustawa z dnia 7 września 2007 r. o wykonywaniu kary pozbawienia wolności poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego, (Dz. U. 2007 nr 191 poz. 1366).
25. Uzasadnienie projektu ustawy o wykonywaniu kary pozbawienia wolności poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego, druk sejmowy nr 1237 z dnia 6 grudnia 2007.
26. Ważny A., Ustawa o monitoringu elektronicznym, e-Administracja 5, 2008.

Dozór elektroniczny w procesie wychowania resocjalizacyjnego

Streszczenie

Treść artykułu porusza temat resocjalizacji w warunkach wolnościowych poprzez dozór elektroniczny. w Polsce dozór elektroniczny jest innowacyjną i najnowocześniejszą formą odbywania kary pozbawienia wolności poza zakładem penitencjarnym. Dotychczas pojęcie monitoringu, dozoru elektronicznego było częściej poruszane przez prawników, penologów, kryminologów, rzadziej przez pedagogów. Główną przesłanką artykułu jest zwrócenie uwagi na dozór elektroniczny jako na jedną z wielu form wychowania resocjalizacyjnego z punktu widzenia pedagogów.

Słowa kluczowe: dozór elektroniczny, resocjalizacja, wychowanie

Electronic supervision in the process of the resocialization upbringing

Abstract

Article's content concerns on resocialization in condition of non - imprisonment, throughout electronic supervision. In Poland electronic supervision is a modern and innovative way of inducing home arrest and curfew conditions to law offenders, without imprisonment. So far the idea of electronic supervision was raised mostly by lawyers, criminologists, rarely by pedagogues. Main objective of this article is to draw attention on electronic supervision as one of the many forms of resocialization upbringing from the perspective of pedagogues.

Keywords: electronic supervision, resocialization, upbringing

Kohabitacja w opinii par żyjących w związkach nieformalnych. Na postawie badań socjologicznych w Lublinie

1. Wstęp

W nowoczesnym społeczeństwie funkcjonują różnorodne modele wspólnego życia osób dorosłych, które prezentowane są jako alternatywa tradycyjnego małżeństwa lub formy w stosunku do niego równorzędne [1]. Jedną z form „bycia w związku” jest kohabitacja. Jest ona zjawiskiem coraz powszechniejszym, a na tę formę współżycia decydują się osoby coraz młodsze.

Podejmując próbę zdefiniowania pojęcia „kohabitacji” zwraca się uwagę na liczne elementy tego zjawiska, takie jak: czas wspólnego zamieszkiwania, utrzymywanie kontaktów seksualnych, posiadanie lub nieposiadanie dziecka, prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego, podział obowiązków. Jednak głównymi wyznacznikami definicyjnymi takiego sposobu życia są heteroseksualność dwóch niespokrewnionych ze sobą osób oraz brak prawnego usankcjonowania związku.

Osoby żyjące w związkach nieformalnych stanowią coraz liczniejszą część polskiego społeczeństwa [2] i z tego powodu socjologiczne badania zjawiska kohabitacji są wartościowe ze społecznego punktu widzenia. Należy przypuszczać, że kohabitacja, jako forma życia szczególnie powszechna wśród młodych Polaków, będzie odgrywała rosnącą rolę w kształtowaniu nowych wzorów życia rodzinnego.

Badacze społeczni zwracają uwagę na dynamikę zjawiska kohabitacji oraz na nieodwracalność procesów, które są konsekwencją związku nieformalnego. Podkreślają także, że kohabitacja nie jest zjawiskiem nowym, gdyż w każdym społeczeństwie żyły i żyją jednostki niechące lub niemogące z różnych powodów zawrzeć związku małżeńskiego. Współcześnie stała się ona domeną ludzi młodych i dobrze wykształconych.

Celem pracy jest poznanie opinii osób żyjących w związkach nieformalnych na temat zjawiska kohabitacji. Problemy badawcze pracy zostały wyrażone w postaci pytań: Jakie były powody wspólnego zamieszkania osób kohabitujących?; Jakie oczekiwania wobec związku formułują osoby kohabitujące oraz jakie zmienne je

¹ Email: b_piotrowicz@wp.pl, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Socjologii, <http://www.kul.pl/>

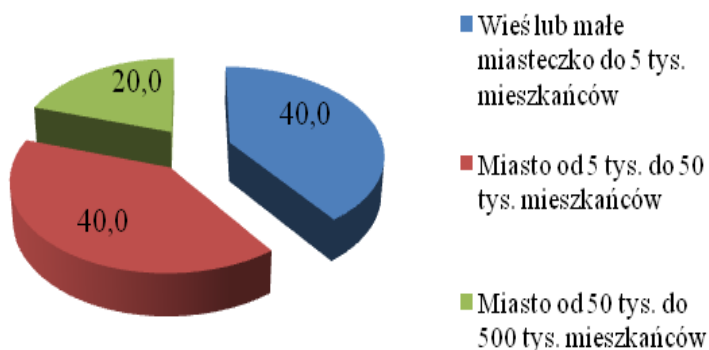
warunkują?; Czy osoby kohabitujące czują się dyskryminowane przez otoczenie?; Czy planują małżeństwo i posiadanie potomstwa?

W badaniu zastosowano celowy dobór próby. Badaniu poddano wyłącznie pary kohabitujące, co umożliwiło porównanie opinii obu płci (pod kątem podobieństw i różnic) dotyczących różnych sfer wspólnego życia. Dobór celowy pozwolił na uzyskanie pełnej zwrotności wysyłanych ankiet. Zastosowano metodę kuli śnieżnej (ang. *snowball sampling*) [3]. Polega ona na rekrutowaniu respondentów biorących udział w badaniu przez innych respondentów. Do przeprowadzenia badania posłużył rozbudowany elektroniczny kwestionariusz ankiety, który umieszczony został na serwerze internetowym [4]. Badanie przeprowadzono w terminie od 15 grudnia 2012 do 1 kwietnia 2013 r.

2. Cechy społeczno-demograficzne osób kohabitujących

W badaniu udział wzięło 31 par żyjących w związkach kohabitacyjnych. Wszyscy respondenci są mieszkańcami Lublina. Respondenci biorący udział w badaniu stanowią dwie duże, równoliczne grupy (po 40%) – są to osoby pochodzące z terenów wiejskich lub małych miasteczek oraz osoby pochodzące z dużych miast. 20% respondentów to mieszkańcy miast o średniej liczbie mieszkańców.

Uwagę zwraca specyfika wykształcenia osób należących do badanej grupy. W latach 70. i 80. XX wieku w Polsce kohabitowały przeważnie osoby z wykształceniem podstawowym, zasadniczym zawodowym i średnim [5]. Respondenci „badania lubelskiego” posiadają częściej wykształcenie średnie, zawodowe oraz wyższe. Rozważania wynikające z zależności wykształcenia od płci zaprezentowano w tabeli 1.

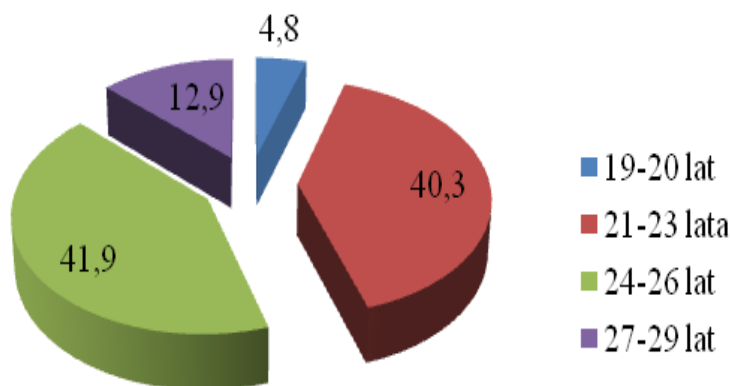


Wykres 1. Wielkość miejscowości pochodzenia respondenta (w %)

Tabela 1. Wykształcenie a płeć

	Kobieta		Mężczyzna		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Średnie	10	32,3	13	41,9	23	37,1
Zasadnicze zawodowe	0	0	1	3,2	1	1,6
Wyższe licencjackie/ inżynierskie	19	61,3	13	41,9	32	51,6
Wyższe magisterskie	2	6,5	4	12,9	6	9,7
Ogółem	31	100	31	100	62	100

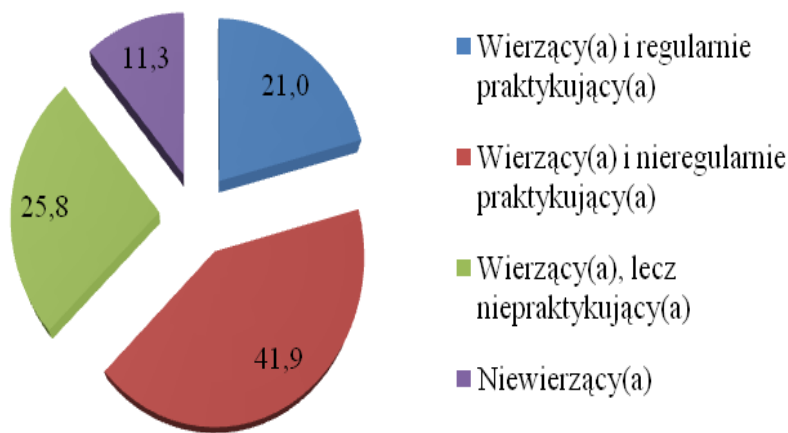
Sześćdziesiąt dwa procent respondentów posiada dyplom ukończenia uczelni wyższej. Wykształceniem średnim legitymuje się 38% badanych (o 9,6% więcej kobiet niż mężczyzn). Analiza wykazuje, że w badanej grupie kobiety częściej niż mężczyźni legitymują się wykształceniem wyższym (posiada je 67,8% respondentek i 58,4% respondentów). Zaledwie jedna osoba posiada wykształcenie zawodowe.



Wykres 2. Wiek respondentów (w %)

Wśród badanych dominują osoby młode, przed 30. roku życia. Najliczniejsze grupy stanowią osoby w wieku 24-26 lat (42%) oraz 21-23 lat (40%). Nieco ponad 10% to osoby z najstarszej kategorii wiekowej (27-29 lat). Najmłodsza osoba ma 19 lat, a najstarsza 29. Zupełnie inaczej prezentował się przekrój

wiekowy osób kohabitujących nieco ponad 10 lat temu. A. Kwak [5] przytacza dane pochodzące z mikrospisu z 2002 roku: niewiele ponad połowę (53%) osób żyjących w kohabitacji stanowili wówczas ludzie pomiędzy 30 -49 rokiem życia. Kolejne wyróżnione przez tę autorkę grupy wiekowe to: 19-24 lata i 25-29 lat (kolejno 10% i 9% udziału w grupie osób kohabitujących). Porównanie zbadaniem A. Kwak ukazuje tendencję do wchodzenia w związki nieformalne w coraz młodszym wieku, a decyzja ta nie jest już powiązana z niskim statusem społecznym, jak miało to miejsce przed dekadą [5]. „Odmłodzenie” osób kohabitujących może być spowodowane wstąpieniem w wiek prokreacyjny osób z tzw. wyżu demograficznego przełomu lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych [2].



Wykres 3. Stosunek do wiary (w %)

Istotnym elementem badań było rozpoznanie stosunku osób kohabitujących do wiary i praktyk religijnych. Respondentami były wyłącznie osoby wyznania rzymsko-katolickiego. Badania wykazały duży odsetek osób deklarujących rzadkie praktyki religijne (41,9%) oraz wcale niepraktykujących (ponad ¼ badanych). W zestawieniu tej kategorii osób z określającymi siebie jako „niewierzący” okazuje się, że prawie 80% respondentów to osoby luźno lub w ogóle nie związane z religią. Być może osłabienie więzi z religią to efekt stylu życia, który w świetle etyki katolickiej uniemożliwia pełne korzystanie z sakramentów. Uzyskane wyniki mogą także świadczyć o postępującej wśród osób młodych sekularyzacji.

3. Postawy osób żyjących w związkach nieformalnych wobec zjawiska kohabitacji

Badając opinie na temat kohabitacji, analizowano powody zamieszkania z partnerem. Ujawniono motywacje wynikające z praktycznego podejścia do życia, jak również odnoszące się do potrzeb psychicznych.

Tabela 2. Powody wspólnego zamieszkania a wiek respondenta

	19-20 lat		21-23 lata		24-26 lat		27-29 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Chęć sprawdzenia się w związku	3	100	16	64,0	16	61,5	3	37,5	38	61,5
To okres próby przed zawarciem małżeństwa	2	66,7	8	32,0	8	30,8	2	25,0	20	32,3
Koszty utrzymania (wspólne utrzymanie jest tańsze)	1	33,3	9	36,0	12	46,2	3	37,5	25	40,3
Wolne mieszkanie partnera/partnerki	0	0	3	12,0	2	7,7	1	12,5	6	9,7
Nacisk partnera/partnerki	0	0	1	4	1	3,8	0	0	2	3,2
Podział obowiązków	0	0	9	36,	11	42,3	0	0	20	32,3
Potrzeba zamieszkania razem	2	66,7	17	68,0	15	57,7	4	50,0	38	61,3
Chęć spędzania z partnerem/partnerką większej ilości czasu	3	100	19	76,0	15	57,7	16	75,0	43	69,4
Posiadanie dziecka	0	0	0	0	0	0	2	25,0	2	3,2

*Odsetki nie sumują się do 100, ponieważ ankietowani mogli wskazać więcej niż jedną wartość

Najczęstszymi powodami wspólnego zamieszkania okazały się kolejno: chęć spędzania z partnerem większej ilości czasu (69,4%), chęć sprawdzenia się w związku (61,5%), potrzeba zamieszkania razem (61,3%). Skłonność do traktowania związku nieformalnego jako okresu próby przed zawarciem małżeństwa jest charakterystyczna dla najmłodszych respondentów, która wraz z wiekiem badanych maleje. Podobną tendencję zaobserwować można w przypadku potrzeby zamieszkania razem – częstość wskazywania tego powodu obniża się

z wiekiem. Niewiele osób wskazuje jako przyczynę wspólnego zamieszkania wolne mieszkanie partnera/partnerki. Zdaniem większości nie jest to wystarczający powód, by razem zamieszkać.

Ciekawą tendencję ujawnia badanie motywacji, jaką jest chęć wspólnego prowadzenia gospodarstwa domowego. Potrzebę dzielenia obowiązków odczuwają głównie osoby w wieku 21-26 lat, natomiast kohabitujący należący do dwóch skrajnych kategorii wiekowych nie wykazują żadnego zainteresowania tym argumentem. Dla najmłodszych respondentów ważna jest możliwość spędzania ze swoim partnerem większej ilości czasu (100% wskazań). W pozostałych grupach wiekowych takie deklaracje są jednak rzadsze. Ogółem, dla około 70% respondentów była to ważna przesłanka decyzji o wspólnym zamieszkanui.

Za największy plus kohabitacji uważają oni możliwość lepszego poznania się (wskazanie 65% mężczyzn i nieco ponad połowy kobiet) oraz sposobność spędzenia razem większej ilości czasu (35,5%). Ważna jest także możliwość sprawdzenia siebie (27,4%). Na dalszy plan schodzą argumenty przyjemnościowe, takie jak: poczucie wolności, aktywne życie seksualne, wygoda. Można zauważyć, że zarówno kobiety jak i mężczyźni zwracają uwagę na te same zalety związku kohabitacyjnego.

Tabela 3. Opinie na temat zalet mieszkania razem a płeć

Zaleta	Kobieta		Mężczyzna		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tańszy koszt utrzymania	4	12,9	4	12,9	8	12,9
Możliwość sprawdzenia siebie	8	25,8	9	29,0	17	27,4
Więcej czasu spędzonego razem	7	22,6	15	48,4	22	35,5
Wygoda	2	6,5	2	6,5	4	6,5
Lepsze poznanie się	16	51,6	20	64,5	36	58,1
Wspieranie się w trudnych chwilach	5	16,1	4	12,9	9	14,5
Podział obowiązków	6	19,4	6	19,4	12	19,4
Wykonywanie codziennych czynności razem	4	12,9	1	3,2	5	8,1
Poczucie wolności	0	0	1	3,2	1	1,6
Regularne życie seksualne	0	0	1	3,2	1	1,6
Budowanie zaufania	4	12,9	1	3,2	5	8,1
Pielegnowanie uczucia bliskości	4	12,9	3	9,7	7	11,3
Uczenie się kompromisu	2	6,5	2	6,5	4	6,5

*Odsetki nie sumują się do 100, ponieważ ankietowani mogli wskazać więcej niż jedną wartość

Zbadano również jak w opinii badanych przedstawiają się wady kohabitacji.

Tabela 4. Opinie na temat wad mieszkania razem a płeć

Wada	Kobieta		Mężczyzna		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Po ślubie nic się nie zmienia	0	0	2	6,5	2	3,2
Brak prywatności, swobody	6	19,4	4	12,9	10	16,1
Częste nieporozumienia, sprzeczki	10	32,3	10	32,3	20	32,3
Nuda, zmęczenie sobą nawzajem	1	3,2	6	19,4	7	11,3
Brak uregulowań prawnych	1	3,2	2	6,5	3	4,8
Sprzeczność z wiarą	1	3,2	0	0	1	1,6
Konieczność szukania kompromisu	4	12,9	4	12,9	8	12,9
Wzrost liczby obowiązków	0	0	3	9,7	3	4,8
Odwlekanie ślubu	1	3,2	2	6,5	3	4,8
Brak	11	35,5	7	22,6	18	29,0

*Odsetki nie sumują się do 100, ponieważ ankietowani mogli wskazać więcej niż jedną wartość

Uciążliwą cechą kohabitacji w opinii badanych jest przede wszystkim występowanie częstych nieporozumień i sprzeczek między partnerami (32,3%). Badani narzekają także na brak prywatności w związku – ta cecha przeszkadza częściej kobietom (19,4%) niż mężczyznom (12,9%). Do niedogodności zalicza się również konieczność dążenia do kompromisu (tego zdania jest jedna dziesiąta respondentów). Z jednej strony badani wskazują „uczenie się kompromisu” jako zaletę, z drugiej niełatwe okazuje się konieczność szukania kompromisu z partnerem. Kohabitujący mężczyźni skarżą się na zwiększenie liczby obowiązków, dla kobiet natomiast nie stanowi to żadnego problemu. Prawie 30% badanych nie widzi w związku nieformalnym żadnych wad. Ciekawe, że cechy właściwe tylko związkom nieformalnych (np. brak regulacji prawnych, sprzeczność z wiarą) schodzą na dalszy plan i nie stanowią dla osób kohabitujących większego wyzwania. Podsumowując należy zauważyć, że badani częściej wskazują na zalety niż obciążenia wybranego trybu życia, a tym samym potwierdzają swoje życiowe wybory.

Sumując, przy podejmowaniu decyzji o wspólnym zamieszkaniu zauważyć można bardzo wyraźny trend do kierowania się postawami indywidualistycznymi wyrażającymi jednak tolerancję i pewien zakres swobody w stosunku do partnera. Młodzi, wchodzący w kohabitację, wyrażają sprecyzowane postawy wobec tej formy życia i tego, w jaki sposób widzą swoją rolę w tym typie związku. Swoją decyzję traktują poważnie i tego samego oczekują od partnera.

Tabela 5. Stosunek do wybranych stwierdzeń (w %)

Stwierdzenie Osoby kohabitujące są...	Zdecydowanie się zgadzam		Raczej się zgadzam		Raczej się nie zgadzam		Zdecydowanie się nie zgadzam		Trudno powiedzieć		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
dyskryminowane towarzystwo	2	3,2	1	1,6	16	25,8	23	69,4	0	0	62	100
dyskryminowane przez własne rodziny	4	6,5	6	9,7	15	24,2	28	45,2	9	14,5	62	100
dyskryminowane w życiu publicznym	3	4,8	7	11,3	19	30,6	31	50,0	2	3,2	62	100

Kohabitujący nie odczuwają presji ze strony zarówno bliższego, jak i dalszego otoczenia. Nie czują się dyskryminowani na polu kontaktów towarzyskich. Deklaruje to większość ankietowanych (w tym ponad 2/3 w sposób zdecydowany). Osoby biorące udział w badaniu praktycznie nie odczuwają ograniczeń na tym polu i mogą dowolnie kształtować swoje życie towarzyskie.

Czują się oni swobodnie nie tylko w gronie przyjaciół. Przeważająca liczba respondentów (69,4%) uważa, że osoby żyjące w związkach nieformalnych nie doświadczają odrzucenia także ze strony swoich rodzin. Jest jednak grupa osób, w których opinii konkubenci są dyskryminowani przez krewnych (16,2%).

Rozwijając temat wykluczenia społecznego osób kohabitujących, należy wyjść poza ich najbliższe otoczenie, które stanowią rodzina i znajomi. Zdaniem większości badanych, osoby będące w związkach nieformalnych nie są dyskryminowane w życiu publicznym (80,6%, z czego połowa respondentów wyraziła swoje opinie w sposób zdecydowany), przeciwnego zdania jest tylko 16,2% badanych. Analizie poddano również plany małżeńskie osób kohabitujących.

Tabela 6. Plany małżeńskie osób kohabitujących

	19-20 lat		21-23 lata		24-26 lat		27-29 lat		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tak	1	33,3	20	80,0	19	73,1	6	75,0	46	74,2
Nie	1	33,3	3	12,0	1	3,8	1	12,5	6	9,8
Trudno powiedzieć	1	33,3	2	8,0	6	21,1	1	12,5	10	16,1
Ogółem	3	100	25	100	26	100	8	100	62	100

Prawie $\frac{3}{4}$ osób kohabitujących planuje w przyszłości zawarcie związku małżeńskiego. Stanu cywilnego nie zamierza zmieniać 9,8%. Odsetek osób mających niesprecyzowane plany w tej kwestii wynosi 16,1%. Zmienną istotnie różnicującą plany ślubne respondentów był stosunek do wiary.

Najwięcej osób przeciwnych małżeństwu jest wśród niewierzących (57,1%). Respondenci mający wątpliwości w kwestii zawarcia związku małżeńskiego to przeważnie osoby wierzące, ale niepraktykujące (31,3%) oraz nieregularnie praktykujące (11,5%). Wierzący i praktykujący regularnie w większości planują zawarcie związku małżeńskiego

Tabela 7. Plany małżeńskie a płeć

	Kobieta		Mężczyzn		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak	23	74,2	23	74,2	46	74,2
Nie	3	9,7	3	9,7	6	9,8
Trudno powiedzieć	5	16,1	5	16,1	10	16,1
Ogółem	31	100	31	100	62	100

Osoby kohabitujące deklarują złożenie przysięgi małżeńskiej z rozmaitych przyczyn. Najczęściej decyzja o wejściu w związek małżeński jest wynikiem świadomej decyzji przez partnerów (96,4%). Równie liczną grupę stanowią osoby, które zamierzają zawrzeć związek małżeński, ponieważ pragną założenia rodziny; częściej to pragnienia kobiet (96,4%) niż mężczyzn (88,9%). Istotną przesłanką planów małżeńskich osób kohabitujących jest także lepsza sytuacja prawna małżonków (69,1%) – na tę kwestię zwracają uwagę nieco częściej mężczyźni niż kobiety. Ankietowani są zdania, że ślub przypieczętuje łączące ich uczucie (68,5%) oraz scementuje ich związek zapewniając tym samym poczucie bezpieczeństwa (66%). Badani widzą także inne praktyczne zalety wejścia w związek małżeński. Ponad połowa badanych zamierza go zawrzeć, ponieważ chce w przyszłości wziąć kredyt mieszkaniowy. Istotne są dla nich także udogodnienia majątkowe, na jakie mogą liczyć po ślubie (41,8%).

Co ciekawe, więcej kobiet (48,1%) niż mężczyzn (42,3%) uważa, że ślub zagwarantuje stabilność ich związków. Także kobiety częściej prezentują religijne motywy wejścia w związek małżeński w przyszłości. Kobiety (42,9%) bardziej niż ich partnerom (33,3%) zależy im na tym, by żyć w zgodzie z tradycją chrześcijańską. Badanym nie jest obojętny los dzieci (tych, które już się pojawiły i przyszłych) w tworzonych przez siebie związkach. Ze względu na dzieci małżeństwo chce zawrzeć o 12,1% więcej mężczyzn niż kobiet. Co ciekawe, mężczyznom również bardziej niż ich partnerkom zależy na hucznym weselu. Chce tego prawie połowa mężczyzn i prawie $\frac{1}{3}$ kobiet. Ankietowani wydają się być odporni na perswazję ze strony rodziny sugerującej zawarcie małżeństwa. Odpowiadając na pytanie dotyczące motywacji zawarcia związku małżeńskiego, badani zawsze wskazywali więcej niż jedną odpowiedź. Oznacza to, że powody wstąpienia w związek w małżeński w przyszłości będą różnorodne, a co za tym idzie, oczekiwania wobec związku małżeńskiego tych osób będą zróżnicowane i niejednolite.

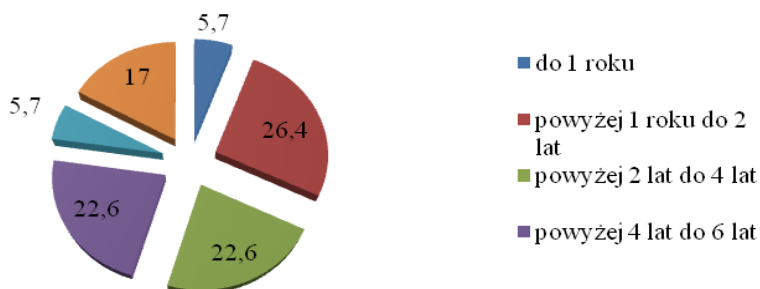
Zdecydowana większość respondentów (87,1%) planuje ze swoim partnerem posiadanie potomstwa w przyszłości. O dzieciach nie myśli na razie 12,9% badanych.

Tabela 8. Uwarunkowania decyzji matrymonialnych respondentów

	Kobieta		Mężczyzna		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Ślub przypieczętuje nasze uczucie	20	71,4	17	65,4	37	68,5
To obopólna decyzja w związku	27	96,4	26	96,3	53	96,4
Pragnę założenia rodziny	27	96,4	24	88,9	51	92,7
Chcę żyć zgodnie z tradycją chrześcijańską	12	42,9	9	33,3	21	38,2
Ze względu na presję rodziny	0	0	1	3,7	1	1,8
Małżonkowie mogą liczyć liczne udogodnienia finansowe (np. ulgi podatkowe, ubezpieczenia)	11	39,3	12	44,4	23	41,8
Lepsza pozycja małżonków wobec prawa (np. uzyskiwanie informacji w szpitalu, podejmowanie decyzji, dziedziczenie)	17	60,7	21	77,8	38	69,1
Chcemy wziąć kredyt mieszkaniowy	16	57,1	14	51,9	30	54,5
Ślub zagwarantuje stabilność naszego związku	13	48,1	11	42,3	24	45,3
Daje poczucie bezpieczeństwa	17	63,0	18	69,2	35	66,0
Ze względu na dzieci	9	32,1	11	42,3	20	37,0
Też chcę mieć wesele	9	32,1	13	48,1	22	40,0

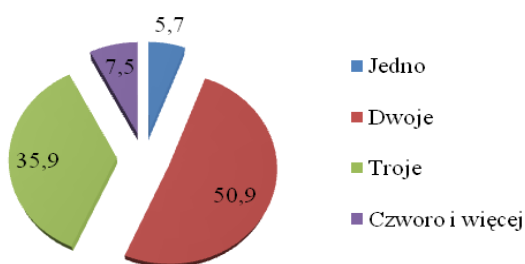
*Odsetki nie sumują się do 100, ponieważ ankietowani mogli wskazać dowolną ilość odpowiedzi

Wykres 5. Przybliżony czas realizacji planów prokreacyjnych (w %)



Większość badanych, zapytanych o przybliżony czas, kiedy zdecyduje się na dziecko, potrafiło udzielić zdecydowanej odpowiedzi. Okazuje się, że jest duża grupa osób planująca potomstwo w niedalekiej przyszłości: prawie 1/3 badanych chce, by dziecko pojawiło się w ich życiu w ciągu 2 lat (w tym 5,7% do roku). W najbliższym czasie powiększenia rodziny nie planuje ponad połowa ankietowanych (niektórzy z tej grupy oddalają pojawienie się dziecka w ich życiu nawet o 10 lat). Duży odsetek osób żyjących w związkach nieformalnych nie wie jeszcze, kiedy chciałoby mieć dziecko (17%). Podsumowując powyższą analizę można stwierdzić, że dość duża część osób kohabitujących posiada skonkretyzowane plany prokreacyjne, które zamierza zrealizować w najbliższych latach. Jednak większość ankietowanych nie zastanawia się nad tym poważnie.

Wykres 7. Deklarowana chęć posiadanej liczby dzieci (w %)



Większość badanych (50,9%) planuje posiadanie dwojga dzieci. Zaledwie 5,7% badanych planuje mieć w przyszłości tylko jedno dziecko. Zaskoczyć może liczba osób, które planują w przyszłości założenie rodzin wielodzietnych: aż 43,4% respondentów ambitnie planuje mieć w przyszłości troje i więcej dzieci.

4. Wnioski

Opinie na temat zjawiska kohabitacji są uwarunkowane indywidualnymi przekonaniami i życiowymi doświadczeniami osób praktykujących ten styl życia.

Istotnym powodem wspólnego zamieszkania była potrzeba pogłębienia relacji z partnerem. Rozkład odpowiedzi ujawnił różnice motywacji ze względu na wiek badanych (osoby młodsze wykazują tendencję do częstszego wybierania odpowiedzi skrajnych, natomiast rozkład odpowiedzi pozostałych grup wiekowych nie różni się między sobą).

Do najczęściej wskazywanych zalet związku kohabitacyjnego badani zaliczyli te same cechy, które wskazywane były jako powody wspólnego zamieszkania. Świadczy to o tym, że z powodzeniem realizują oni założenia będące implikacją podjęcia decyzji o zamieszkaniu razem z partnerem.

Jeśli zaś chodzi o wady związków kohabitacyjnych w opinii respondentów, to odnoszą się one przede wszystkim do barier komunikacyjnych między partnerami. Prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego jest przestrzenią powstawania wielu konfliktów, dlatego wymaga to od partnerów większej asertywności i chęci współpracy. Osoby kohabituujące prezentowały w toku badań swe wyobrażenia na temat społecznego odbioru zjawiska kohabitacji w Polsce. Formułowane przez nich sądy wskazują, że nie czują się oni dyskryminowani w życiu społecznym.

Orientację życiową kohabitujących respondentów najogólniej określić można jako prorodzinną. Ich opinie wskazują na pozytywny stosunek do małżeństwa i rodziny. Może o tym świadczyć wysoki odsetek par planujących w przyszłości zawarcie związku małżeńskiego. Zmienną istotnie różnicującą plany matrymonialne respondentów jest stosunek do wiary (im silniejszy związek z religią, tym większe przywiązanie do instytucji małżeństwa).

Większość osób żyjących w związkach nieformalnych w Lublinie planuje posiadanie dwojga dzieci. Co ciekawe, duży odsetek respondentów deklaruje chęć założenia rodziny wielodzietnej.

Literatura

1. Dyczewski L., Wyobrażenia młodzieży o małżeństwie i rodzinie. Pomiędzy tradycją a nowoczesnością, Lublin, Wydawnictwo KUL, 2009.
2. <http://www.stat.gov.pl/> [dostęp: 12.02.2014]
3. Babbie E., Podstawy badań społecznych, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2009.
4. https://docs.google.com/forms/d/10bbe5XzrAADr-8C9bn-R7Kdg_NZ7JiMUX27bG73GzE/viewform [dostęp: 12.02.2014]
5. Kwak A., Rodzina w dobie przemian. Małżeństwo i kohabitacja, Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 2005.

Kohabitacja w opinii par żyjących w związkach nieformalnych. Na podstawie badań socjologicznych w Lublinie

Streszczenie

Artykuł prezentuje wyniki badań dotyczących opinii osób kohabitujących na temat związków nieformalnych. Celem badań było uzyskanie odpowiedzi na pytania: jakie są powody wspólnego zamieszkania? Jakie są oczekiwania kohabitujących osób wobec tworzonego przez nich związku? Czy w związku z wybraną i realizowaną formą związku kohabitacyjnego czują się dyskryminowani przez otoczenie? Czy planują małżeństwo i posiadanie dzieci? Przy pomocy elektronicznego kwestionariusza ankiety przebadano 31 par kohabitujących, mieszkających w Lublinie, które zostały dobrane metodą doboru celowego. Przeprowadzona analiza dowiodła, że najczęstszymi powodami wspólnego zamieszkania były kolejno: pragnienie spędzania z partnerem większej ilości czasu, sprawdzenia się w związku, potrzeba zamieszkania razem, a także dążenie do niższych kosztów utrzymania. Za największe zalety związku kohabitacyjnego badani uznają możliwość lepszego poznania się, a także spędzenia razem większej ilości czasu, przy czym na dalszy plan schodzą argumenty przyjemnościowe. Najpopularniejszymi wadami kohabitacji są w opinii badanych częste nieporozumienia, a także brak prywatności. Badane osoby kohabitujące wykazują orientację wyraźnie prorodziną: zawarcie małżeństwa planuje 74,2% badanych. Zmienną istotnie różnicującą plany matrymonialne respondentów jest stosunek do wiary: im silniejszy związek z religią, tym większe przywiązanie do instytucji małżeństwa. Zdecydowana większość badanych planuje posiadanie potomstwa, w tym w najbliższej przyszłości.

Słowa kluczowe: małżeństwo, kohabitacja, związek nieformalny

Cohabitation in the opinion of couples living in informal relationships, based on sociological research in Lublin

Abstract:

The present article discusses the results of studies on the opinions of couples living in informal relationships. The purpose of the research was to answer the questions: What are the reasons for cohabitation? What are the expectations of cohabitants regarding their relationship? Do they feel discriminated against? Are they planning to marry and have children? 31 cohabiting couples living in Lublin were studied using an electronic survey questionnaire. They were selected through purposive sampling method and snowball sampling. The most frequent reasons for cohabitation were given in the following order: the desire to spend more time with their partner, the desire to prove themselves in a relationship, the need to live together and to lower the costs of living. Women and men differ in terms of meeting the expectations in an informal relationship. What the subjects regard as the biggest advantages is the possibility of getting to know each other better, and the opportunity to spend more time together. The most common drawbacks are, the subjects believe, frequent misunderstandings and lack of privacy. Interestingly enough, the respondents most frequently point to specific characteristics of all relationships.

The cohabiting subjects exhibit a distinctly pro-family attitude. 74.2% of the respondents plan to marry for various reasons. The variable that significantly differentiates marriage plans of respondents is their attitude towards faith: the stronger the relationship with religion, the greater the attachment to marriage as an institution. A vast majority of respondents (87.1%) plan to have children, including those in the near future.

Keywords: marriage, cohabitation, informal relationship

Poziom świadomości praw pacjenta oraz opinia o ich przestrzeganiu wśród osób od 18 do 30 roku życia

1. Uwagi ogólne

Prawa pacjenta to pojęcie stosunkowo młode. Wcześniej relacje między lekarzem a pacjentem oparte były na zaufaniu, a autonomia pacjenta była w znacznym stopniu ograniczona. Różnica w wiedzy, rozumieniu pojęć medycznych i kompetencjach w sposób naturalny usprawiedliwiała paternalizm w opiece zdrowotnej. Jednak w okresie po drugiej wojnie światowej sytuacja uległa znaczącej zmianie. Coraz powszechniejszy dostęp do wiedzy oraz wzrost świadomości dotyczącej praw człowieka sprawiły, że stopniowo zaczął rozwijać się ruch na rzecz ustanowienia praw pacjenta [1]. Nie bez znaczenia było uchwalenie w 1948 r. przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, w której wyraźnie zadeklarowano, że człowiek ma przyrodzone prawo do życia, wolności, prywatności, swobodnego rozwoju w społeczeństwie oraz do poszanowania swojej godności. [2, 3].

Współczesna koncepcja dotycząca praw pacjenta oparta jest na wartościach przedstawionych przez WHO w 1994 r. w Modelu Deklaracji Praw Pacjenta oraz na przygotowanym przez organizację Active Citizenship Network wraz z grupą europejskich organizacji obywatelskich w 2002 r. dokumencie nazwanym Europejską Kartą Praw Pacjenta. Oba wymienione akty nawiązują do przepisów prawa związanych z ochroną podstawowych praw człowieka i obywatela.

W Polsce na skutek procesów społeczno-gospodarczych po 1989 r. wzrósł udział obywateli w różnych dziedzinach funkcjonowania społeczeństwa, w tym w zakresie polityki zdrowotnej i dążeń do upowszechnienia koncepcji praw pacjenta. w wyniku uchwalania kolejnych aktów prawnych wypracowany został katalog praw pacjenta zbliżony do zalecanego standardu europejskiego i międzynarodowego. Jednak przez wiele lat regulacje dotyczące praw pacjenta w Polsce rozproszone były w szeregu różnych ustaw i rozporządzeń. Brak całościowego i jednolitego ujęcia tego zagadnienia był wielokrotnie powodem

¹ sylwiakielbasa@op.pl, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Katedra Nauk Humanistycznych, <http://www.am.lublin.pl/uczelnia/struktura-organizacyjna/szczegoly,196.html>

² Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Katedra Nauk Humanistycznych, <http://www.am.lublin.pl/uczelnia/struktura-organizacyjna/szczegoly,196.html>

utrudnień przy próbie ustalenia rzeczywistych uprawnień pacjenta i ich egzekwowaniu. Sytuacja zmieniła się na początku 2008 r. kiedy wniesiony został pakiet projektów ustaw dotyczących założeń systemu ochrony zdrowia, w tym m.in. projekt ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta [4,5]. W efekcie kolejnych prac w dniu 6 listopada 2008 r. Sejm przyjął ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [6]. Wyróżniono w niej prawa do:

- świadczeń zdrowotnych,
- informacji,
- zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych,
- tajemnicy informacji związanych zpacjentem,
- wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych,
- poszanowania intymności i godności pacjenta,
- dokumentacji medycznej,
- zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza,
- poszanowania życia prywatnego i rodzinnego,
- opieki duszpasterskiej,
- przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Uregulowanie zagadnień związanych z prawami pacjenta w jednej ustawie miało doniosłe znaczenie zarówno w sferze tworzenia i stosowania prawa jak i w sferze świadomości ludzkiej. z jednej strony bowiem ukształtowane zostały rozwiązania instytucjonalne oraz mechanizmy ułatwiające wprowadzenie bardziej równoprawnych relacji w sektorze zdrowia, z drugiej natomiast pacjenci zaczynają dostrzegać, że ich potrzeby i związane z tym prawa są rzeczywiście chronione i przestrzegane. Samo istnienie ustawy obejmującej w sposób całościowy prawa przysługujące pacjentom przyczynia się do kreowania różnorodnych działań na rzecz ich interesu. Skonstruowanie katalogu praw przesądza o zakresie ochrony obejmującej wszystkich pacjentów oraz stwarza możliwość na podwyższenie standardów opieki zdrowotnej [3,7].

2. Cel pracy

Celem pracy było poznanie poziomu świadomości praw pacjenta i opinii dotyczącej ich przestrzegania przez personel medyczny wśród osób młodych pomiędzy 18 a 30 rokiem życia.

3. Materiał i metoda badawcza

Badanie przeprowadzono w lutym 2014 r. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z dwóch części. Pierwsza z nich dotyczyła świadomości praw pacjenta, druga natomiast opinii o ich przestrzeganiu. W pierwszym pytaniu respondenci pytani byli czy kiedykolwiek słyszeli o prawach przysługujących pacjentom. Dla osób, które udzieliły negatywnej odpowiedzi w tym pytaniu

badanie na tym etapie kończyło się. Respondenci, którzy pozytywnie odpowiedzieli na pierwsze pytanie przechodzili do kolejnych pytań. W drugim pytaniu badani proszeni byli o spontaniczne wymienienie wszystkich znanych im praw pacjenta. Pytanie trzecie zawierało listę praw pacjenta oraz prośbę o wskazanie, które z nich są respondentowi znane. Pytanie czwarte dotyczyło źródeł, z których respondenci pozyskali informacje dotyczące praw pacjenta (badani mieli możliwość wybrania więcej niż jednej odpowiedzi). W kolejnym pytaniu respondenci mieli wskazać swoją opinię dotyczącą częstości przestrzegania poszczególnych praw pacjenta. w szóstym pytaniu ankietowani mieli odpowiedzieć, czy w przypadku naruszenia ich praw jako pacjentów zgłosiliby ten fakt odpowiedniej instytucji. W ostatnim pytaniu respondenci mieli za zadanie samodzielnie wskazać instytucje, do których ich zdaniem należałoby zgłosić fakt naruszenia praw pacjenta.

Badana populacja to osoby od 18 do 30 roku życia. Kwestionariusz ankiety zamieszczono w Internecie na 5 różnych forach o tematyce niezwiązanej z systemem opieki zdrowotnej. Medium to zostało wybrane z uwagi na największy zasięg i możliwości dotarcia do potencjalnych respondentów w wybranej grupie wiekowej. Badanie miało charakter anonimowy. Przystąpienie do niego poprzedzone zostało wyrażeniem świadomej zgody na udział w badaniu.

Analizie poddano materiał badawczy składający się z 236 poprawnie wypełnionych ankiet.

4. Wyniki badań

Przeprowadzone badanie pokazało, że świadomość praw przysługujących pacjentom wśród osób od 18 do 30 roku życia jest na bardzo niskim poziomie. Ponad połowa ankietowanych (55,5 %) stwierdziła, że nigdy nie słyszała o prawach przysługujących pacjentom.

Tabela 1. Odpowiedzi na pytanie „Czy kiedykolwiek słyszał(a) Pan(i) o prawach przysługujących pacjentom?”

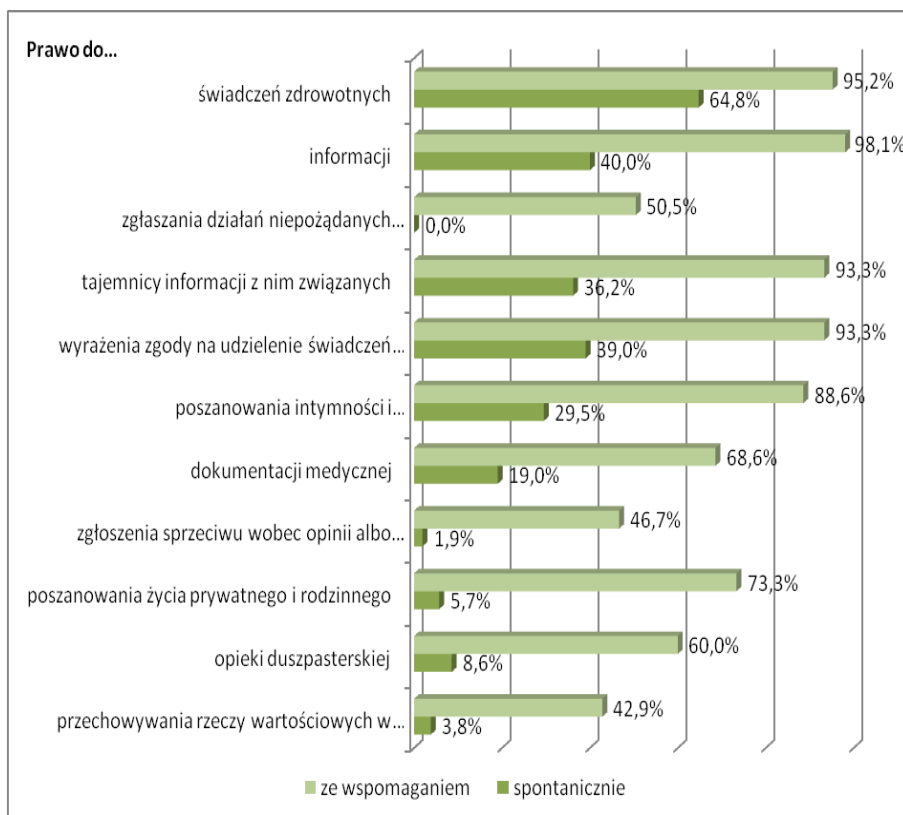
Rodzaj odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Odsetek odpowiedzi N=236 (100%)
Tak	105	44,5%
Nie	131	55,5%

Źródło: Opracowanie własne

Wśród respondentów, którzy zadeklarowali, że słyszeli o prawach pacjenta najczęściej wymienianym w sposób spontaniczny prawem pacjenta było prawo do świadczeń zdrowotnych. Wskazało na nie aż 64,8% respondentów.

Stosunkowo często ankietowani wymieniali również prawo do informacji, prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz prawo do tajemnicy informacji związanych z pacjentem (odpowiednio 40%; 39% i 36,2%). w dalszej kolejności wskazywane były prawo do poszanowania godności oraz intymności (29,5%) oraz prawo do dokumentacji medycznej (19%). Stosunkowo rzadko respondenci wymieniali prawo do opieki duszpasterskiej (8,6%), do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (5,7%), do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (3,8%) oraz do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza (1,9%). Żaden z respondentów nie wymienił prawa do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych.

Wykres 1. Świadomość istnienia poszczególnych praw pacjenta („spontaniczna” – respondenci wymieniali samodzielnie poszczególne prawa i „ze wspomaganiem” – respondenci wybierali prawa z dołączonej do pytania listy praw pacjenta)



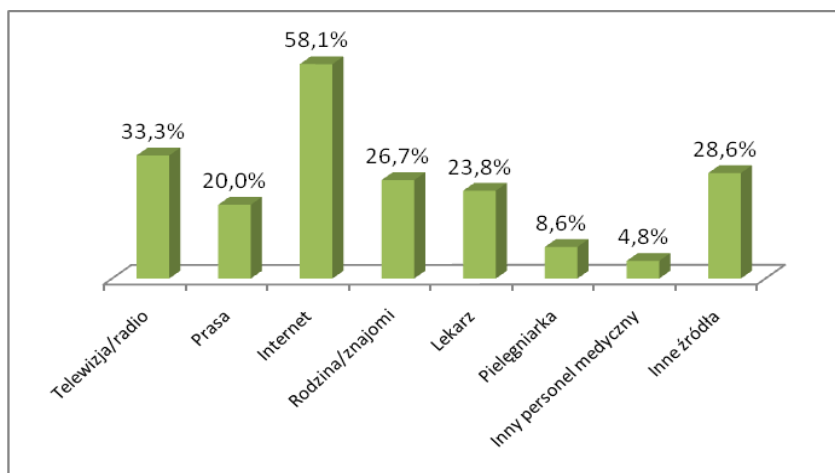
Źródło: Opracowanie własne, podstawa – respondenci, którzy słyszeli o prawach pacjenta (N=105)

Korzystając z załączonej do pytania listy praw pacjenta respondenci deklarowali bardzo wysoką znajomość prawa do informacji, do świadczeń zdrowotnych, do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz do tajemnicy informacji związanych z pacjentem (odpowiednio 98,1%; 95,2%; 93,3% oraz 93,3%). W dalszej kolejności znalazło się prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta (88,6%), prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (73,3%), prawo do dokumentacji medycznej (68,6%), prawo do opieki duszpasterskiej (60%), prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych (50,5%), prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza (46,7%) oraz prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (42,9%).

Na podkreślenie zasługuje fakt osobnego wymienienia przez respondentów prawa do umierania w spokoju i godności (11 respondentów) oraz prawa do wypisu ze szpitala na żądanie pacjenta (13 respondentów) będące w zasadzie częścią składową innych praw (odpowiednio prawo do poszanowania intymności i godności oraz prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych). Co więcej, 12 ankietowanych wskazało na prawo do wyboru i zmiany lekarza (w szczególności rodzinnego).

Inne odpowiedzi wskazywane przez respondentów to prawo do wyrażenia zgody i sprzeciwu na pobranie narządów (8 respondentów) oraz prawo do wystąpienia do Rzecznika Praw Pacjenta, do sądu lub innej instytucji w przypadku naruszenia praw pacjenta (13 respondentów).

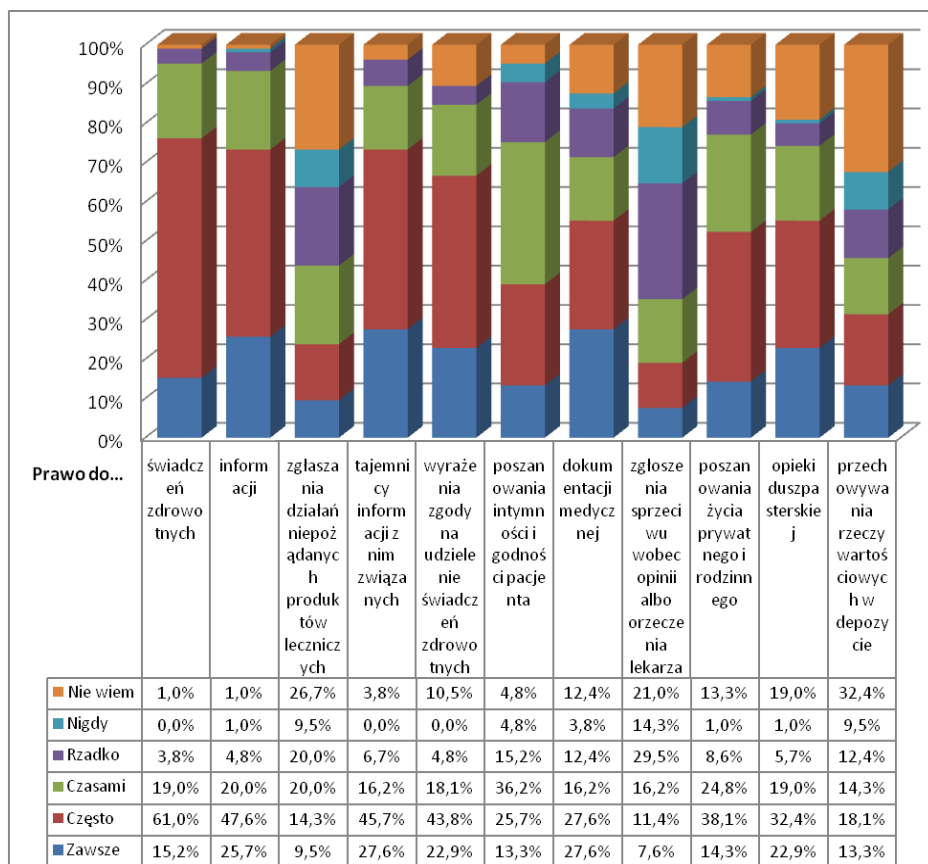
Wykres 2. Źródła pozyskiwania informacji o prawach pacjenta



Źródło: Opracowanie własne, podstawa – respondenci, którzy słyszeli o prawach pacjenta (N=105)

Wśród źródeł pozyskiwania informacji dotyczących praw pacjenta wśród osób pomiędzy 18 a 30 rokiem życia największą rolę odgrywa internet – respondenci wskazywali na to źródło w 58,1% przypadków. Inne media – telewizja/radio oraz prasa – stanowiły odpowiednio 33,3% oraz 20% odpowiedzi. 26,7% respondentów informacje o prawach pacjenta pozyskało od rodziny lub znajomych. Personel medyczny był źródłem informacji o prawach pacjenta dla 37,2% ankietowanych (w tym lekarz – 23,8%, pielęgniarka – 8,6%, inny personel medyczny – 4,8%). Wśród innych źródeł ankietowani wskazywali m.in. ulotki, plakaty, informacje umieszczone na tablicach w przychodniach i szpitalach (8 osób) oraz przepisy prawa (5 osób).

Wykres 3. Opinie respondentów o przestrzeganiu poszczególnych praw pacjenta

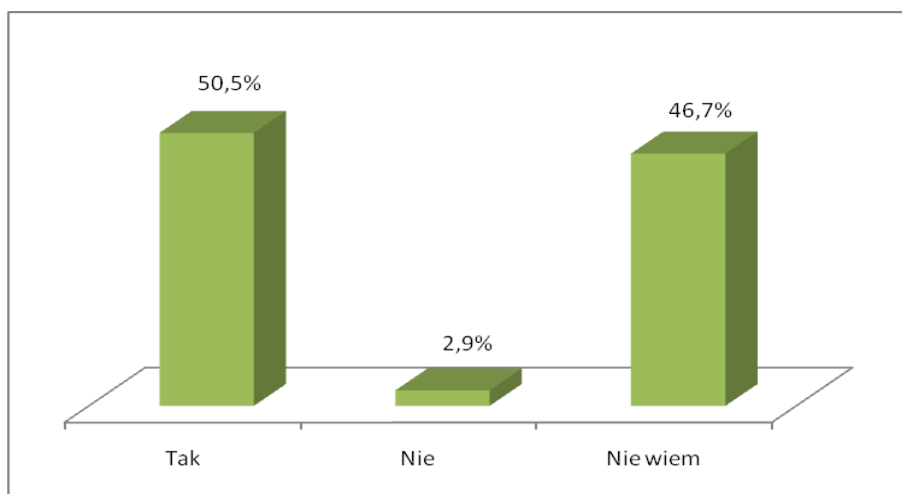


Źródło: Opracowanie własne, podstawa – respondenci, którzy słyszeli o prawach pacjenta (N=105)

Respondenci pytani o stopień przestrzegania poszczególnych praw pacjenta jako przestrzegane „zawsze” najczęściej wskazywali prawo do tajemnicy informacji związanych z pacjentem oraz prawo do dokumentacji medycznej – po 27, 6% odpowiedzi. Wśród praw pacjenta, które przestrzegane są „zawsze” lub „często” kolejno znalazły się: prawo do świadczeń zdrowotnych (76,2%), prawo do informacji oraz do tajemnicy informacji związanych z pacjentem (po 73,3%), oraz prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych (66,7%). Natomiast wśród praw, które przestrzegane są zdaniem respondentów w najmniejszym stopniu („nigdy” lub „rzadko”) znalazły się kolejno: prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza (43,8%), prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych (29,5%), prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (21,9%) oraz prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta (20%). Najwięcej odpowiedzi „nie wiem” wystąpiło w przypadku prawa do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (32,4%), prawa do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych (26,7%), prawa do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza (21%) oraz prawa do opieki duszpasterskiej (19%).

Ponad połowa badanych (50,5%) stwierdziła, że w przypadku naruszenia ich praw jako pacjentów zgłosiłaby ten fakt odpowiedniej instytucji. 46,7% respondentów wskazało na odpowiedź „nie wiem”. Jedyne 2,9% badanych wskazało na odpowiedź negatywną.

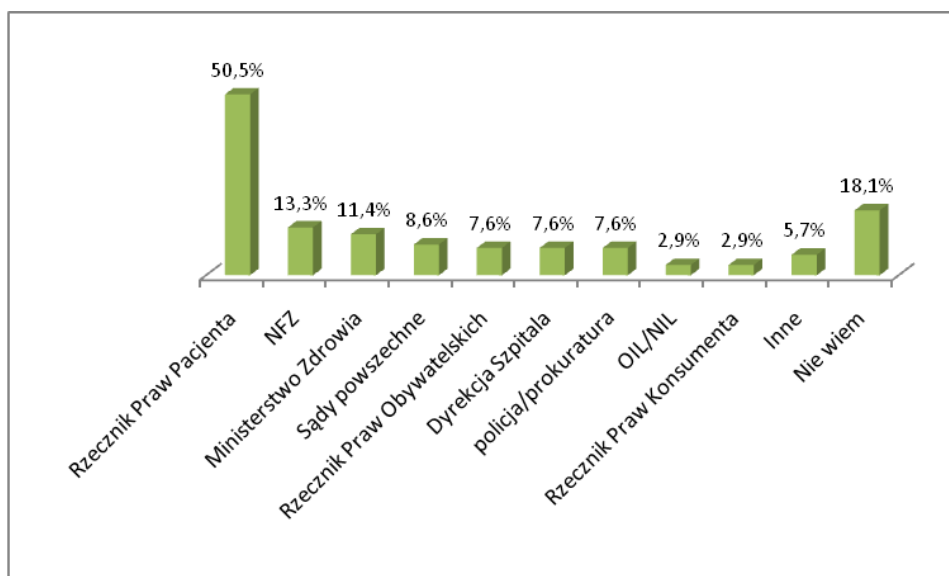
Wykres 4. Odpowiedź na pytanie czy w przypadku naruszenia praw ankietowanych jako pacjentów zgłosiliby ten fakt odpowiedniej instytucji



Źródło: Opracowanie własne, podstawa – respondenci, którzy słyszeli o prawach pacjenta (N=105)

W odpowiedzi na pytanie dotyczące instytucji, do której zdaniem respondentów należałoby zgłosić fakt naruszenia praw pacjenta ponad połowa ankietowanych (50,5%) wskazała Rzecznika Praw Pacjenta. w dalszej kolejności znalazł się Narodowy Fundusz Zdrowia (13,3%), Ministerstwo Zdrowia (11,4%), sądy powszechne (8,6%), Rzecznik Praw Obywatelskich (7,6%), dyrekcja szpitala, w którym doszło do naruszeń praw pacjenta (7,6%), policja i prokuratura (łącznie 7,6%), okręgowe izby lekarskie i Naczelna Izba Lekarska (łącznie 2,9%) oraz Rzecznik Praw Konsumenta (2,9%).

Wykres 5. Instytucje, do których zdaniem respondentów należałoby zgłosić fakt naruszenia praw pacjenta



Źródło: Opracowanie własne, podstawa – respondenci, którzy słyszeli o prawach pacjenta (N=105)

5. Dyskusja

Prawa pacjenta stanowią szczególny przypadek szeroko rozumianych praw człowieka. Determinują status pacjenta w procesie leczniczym, określają czego może on oczekiwać w procesie leczenia. W czasach gdy korzystanie z opieki zdrowotnej jest zjawiskiem powszechnym, świadomość pacjentów o przysługujących im prawach oraz umiejętność korzystania z nich jest kwestią kluczową.

Przeprowadzone badanie wykazało, że świadomość praw pacjenta wśród osób pomiędzy 18 a 30 rokiem życia jest niska. Ponad połowa badanych (55,5%) nigdy nie słyszała o prawach przysługujących im jako pacjentom. Wynik na podobnym poziomie został uzyskany w 2008 r. podczas badań

prowadzonych przez Millward SMG/KRC na zlecenie Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, gdzie odpowiedź negatywną wskazało 42% badanej populacji (ogólnopolska, losowo-kwotowa, imienna próba osób, reprezentatywna dla dorosłej populacji Polaków) [8], a także w 1998 r. W badaniach prowadzonych przez G. J. Iwanowicz-Palus, gdzie brak znajomości swoich praw zgłosiła prawie połowa badanych pacjentów (49,3%), a za dobrą uznało ją tylko 20,1% z nich (badaną populację stanowili pacjenci zakładów opieki zdrowotnej lecznictwa zamkniętego na terenie województwa lubelskiego) [9].

Znajomość przysługujących praw jest warunkiem koniecznym, aby móc w pełni z nich korzystać. Niska ich świadomość wśród pacjentów może mieć negatywne konsekwencje w kontaktach ze służbą zdrowia, bowiem znajomość przysługujących praw znacząco ułatwia relacje na linii pacjent – lekarz i inny personel medyczny. Pacjent nieznający swoich praw będzie zawsze w gorszej pozycji.

Stara rzymska maksyma powiada, że nieznajomość prawa szkodzi. Szkodzi tym, którzy go nie znają albo poprzez narażenie się na różnego rodzaju sankcje, albo poprzez nieuzyskanie możliwych do osiągnięcia korzyści. Podobnie jest z każdym rodzajem wiedzy. Pamiętać należy jednak, że nie w każdym przypadku jej brak będzie zawiniony przez tych, którzy czegoś nie wiedzą. Należy rozważyć kwestię, czy w każdym przypadku brak wiedzy pacjentów o przysługujących im prawach będzie ich wyłączną winą. Za jedno z kluczowych źródeł informacji o prawach pacjenta należałoby uznać lekarzy, pielęgniarki i inny personel medyczny. Badanie pokazało, że zdecydowanie częściej informacje o prawach przysługujących pacjentom pozyskują oni z mediów (Internet – 58,1%, telewizja/radio – 33,3%, prasa – 20%, odpowiednio lekarz – 23,8%, pielęgniarka – 8,6%, inny personel medyczny – 4,8%).

Mając na uwadze z jednej strony fakt niskiej świadomości praw pacjenta wśród badanej grupy wiekowej, z drugiej natomiast wskazywanie Internetu jako głównego źródła pozyskiwania informacji o prawach pacjenta, być może zasadnym byłoby wykorzystanie tego medium w celach edukacji tej grupy pacjentów w zakresie przysługujących im praw.

Przestrzeganie praw pacjenta przez personel medyczny wpływa na postrzeganie systemu ochrony zdrowia jako ogółu. Badani wskazali na szereg naruszeń w tym zakresie (głównie prawa do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, prawa do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych, prawa do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie oraz prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta). Zauważyć należy fakt, że w przypadku niektórych praw pacjent nie może posiadać pełnej wiedzy na temat tego czy są one rzeczywiście przestrzegane (np. czy lekarz dochowuje

tajemnicy informacji związanych z pacjentem). Nasuwa się tu pytanie czy nie byłoby zasadnym rozszerzenie prowadzonych badań również na personel medyczny, a następnie porównanie otrzymanych wyników.

Za zadowolający można uznać niewielki odsetek osób, które nie zgłosiliby nigdzie faktu naruszenia praw pacjenta (2,9% badanych). z drugiej jednak strony aż 46,7% ankietowanych wskazało na odpowiedź „nie wiem”. Wprawdzie co drugi respondent zna instytucję Rzecznika Praw Pacjenta, jednak aż 18,1% badanych nie potrafiła wskazać żadnej instytucji, gdzie można byłoby zgłosić fakt naruszenia przysługujących im jako pacjentom praw. Co więcej, respondenci wskazywali na błędne instytucje jak np. Rzecznik Praw Konsumenta. W tym zakresie również świadomość badanej populacji jest na stosunkowo niskim poziomie.

Podsumowując, świadomość istnienia praw przysługujących pacjentowi, odpowiednia wiedza o nich oraz umiejętność korzystania z nich jest warunkiem koniecznym dla osiągnięcia zadowolenia z usług medycznych. Badania ujawniły konieczność edukacji społeczeństwa w tym zakresie. Świadome korzystanie z praw przez pacjenta a z drugiej strony ich przestrzeganie przez lekarzy, pielęgniarki i inny personel medyczny może w sposób pozytywny wpłynąć na wizerunek systemu ochrony zdrowia wśród społeczeństwa.

6. Wnioski

- 1) Niska świadomość praw pacjenta wskazuje na potrzebę edukacji społeczeństwa w tym zakresie.
- 2) Najlepszym medium służącym edukacji w zakresie praw pacjenta w badanej grupie wiekowej jest Internet.
- 3) Uzyskane wyniki potwierdziły potrzebę i celowość prowadzenia dalszych badań związanych ze świadomością i przestrzeganiem praw pacjenta.
- 4) Za celowe należy uznać rozszerzenie zakresu prowadzonych badań na personel medyczny, a następnie porównanie otrzymanych wyników.

Literatura

1. Olejniczak M., Michowska M., Basińska K., Opinie studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego na temat przestrzegania praw pacjenta w czasie odbywania zajęć klinicznych. Ann. Acad. Med. Gedan. 2011, 41, s. 79-87.
2. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka [przeglądany 9 lutego 2014]. Dostępny w: <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/onz/1948.html>.
3. Nesterowicz M., Prawo medyczne, Toruń: Wydaw. Dom Organizatora, 2013, s.17-21.
4. Karkowska D., Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa: Wydaw. Wolters Kluwer, 2013, s. 3-6.

5. Druk sejmowy nr 283 [przeglądany 9 lutego 2014]. Dostępny w [http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/3FF88ECF3F0D4BF5C12573FE003C3949/\\$file/283.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/3FF88ECF3F0D4BF5C12573FE003C3949/$file/283.pdf).
6. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.
7. Śliwka M., Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawno porównawczym, Toruń: Wydaw. Dom Organizatora, 2010, s. 19-38.
8. Prawa pacjenta. Raport z badania Capibus [przeglądany 9 lutego 2013]. Dostępny w: http://www.prawapacjenta.eu/var/media/File/Raport%20z%20badania_swiadomosc%20praw%20pacjenta%20i%20wiedza%20w%20Polsce.pdf.
9. Iwanowicz-Palus G. J., Znajomość praw pacjenta. Zdrowie Publ 2002, 112 (3), s. 320-325.

Poziom świadomości praw pacjenta oraz opinia o ich przestrzeganiu wśród osób od 18 do 30 roku życia

Streszczenie

Celem pracy było poznanie poziomu świadomości praw pacjenta i opinii dotyczącej ich przestrzegania przez personel medyczny wśród osób młodych pomiędzy 18 a 30 rokiem życia. Badanie przeprowadzono w lutym 2014 r. z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety zamieszczonego w Internecie.

W pierwszej części kwestionariusza badano świadomość praw pacjenta. Jedynie 44,5% respondentów słyszała kiedykolwiek o prawach przysługujących pacjentom. Wśród praw, które pacjenci znają najlepiej znalazły się: prawo do świadczeń zdrowotnych, do informacji oraz tajemnicy informacji związanej z pacjentem, a także prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Badanie wykazało, że głównym źródłem pozyskiwania wiedzy o prawach pacjenta dla badanej populacji jest Internet (58,1%).

Druga część kwestionariusza dotyczyła opinii o przestrzeganiu praw pacjenta przez personel medyczny. Respondenci wśród praw, które przestrzegane są w najmniejszym stopniu wskazywali najczęściej prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych, prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie oraz prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta. Połowa badanych stwierdziła jednoznacznie, że w przypadku naruszenia ich praw jako pacjentów zgłosiłaby ten fakt odpowiedniej instytucji (co drugi respondent wskazywał, że taką instytucją jest Rzecznik Praw Pacjenta). Analiza otrzymanych wyników pozwala stwierdzić, że świadomość praw przysługujących pacjentom wśród badanej populacji jest niska. Istnieje potrzeba edukacji społeczeństwa odnośnie przysługujących im praw. Ponadto, w zakresie przestrzegania praw pacjenta, za celowe należy uznać rozszerzenie badanej populacji o personel medyczny, a następnie porównanie otrzymanych wyników.

Słowa kluczowe: prawa pacjenta, pacjent, prawo

The level of awareness of patients' rights among people between 18 and 30 years of age and their opinion about respecting these rights

Abstract

The aim of this study was to investigate the level of awareness of patients' rights among young people between 18 and 30 years of age and to know their opinion about respecting these rights. The study was conducted in February 2014. a survey posted on the internet was used.

In the first part of survey respondents awareness was investigated. Only 44,5% of them had ever heard about patients' rights. Among rights, that respondents know the best were: the right to health

benefits, the right to information and the right to the secrecy of information associated with the patient and to consent to health services. The study showed that the main source of acquiring knowledge about patients' rights for the study population is the internet (58,1%).

The second part of survey concerned the opinion of respecting patients' rights. Respondents among rights that are respected in the slightest frequency pointed the right to raising an objection of the opinion or a statement of the doctor, the right to report adverse reactions to medical products., the right to placing assets in deposit and the right to respect for privacy and dignity of the patient. Half of the respondents stated clearly that in case of violation of their rights they would report that fact to the appropriate institution (every other respondent indicated that such institution is the Patients' Rights Ombudsman). Analysis of the results showed that the awareness of the patients' rights among the study population is low. There is a need to educate them about their rights. Moreover, in the field of respecting patients' rights, the extension of the study population to medical personnel should be considered and then results should be compared.

Keywords: patients' rights, patient, law

Wybrane zachowania żywieniowe młodzieży gimnazjalnej

1. Wstęp

Nawyki żywieniowe to charakterystyczne i powtarzające się zachowania realizowane pod wpływem potrzeby dostarczania składników odżywczych oraz zapewnienia celów społecznych i emocjonalnych [1].

Nawyki żywieniowe są jednym z głównych czynników wpływających na stan zdrowia człowieka. Prawidłowe odżywianie oraz aktywność fizyczna są zasadniczymi elementami zdrowego stylu życia. Prozdrowotny wpływ odżywiania polega na zabezpieczeniu energetycznych potrzeb organizmu oraz na dostarczeniu z dietą podstawowych składników pokarmowych jak białka, tłuszcze, węglowodany na odpowiednim poziomie. Niezbędna jest także zbilansowana podaż witamin i minerałów oraz wody [2].

Nawyki żywieniowe większości młodzieży są dziś nieprawidłowe. Gimnazjaliści spożywają żywność wysoko przetworzoną o niskiej wartości odżywczej. Posiłki nie są różnorodne, opierają się o grupy tych samych produktów. Taki sposób odżywiania prowadzi do zahamowania prawidłowego rozwoju organizmu. Złe nawyki żywieniowe wykształcone u większości dorastającej młodzieży prowadzą do coraz częściej występujących zaburzeń odżywiania

Kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych wśród młodzieży jest bardzo istotne. Należy uczyć młodzież zasady racjonalnego odżywiania się oraz wypracowywać prawidłowe nawyki żywieniowe. Jest to istotne zwłaszcza w świetle badań, które dowodzą, iż 50-80% dzieci otyłych jest później otyłymi ludźmi dorosłymi i zmaga się konsekwencjami nadmiernej masy ciała przez resztę życia [3].

Dzieci w okresie tak intensywnego rozwoju, jakim jest czas dojrzewania charakteryzują się zwiększonym zapotrzebowaniem na wszystkie składniki odżywcze [1]. Zróżnicowana, racjonalna dieta oraz eliminowanie złych przyzwyczajeń to jedno z najistotniejszych czynników wpływających na prawidłowy rozwój młodego organizmu [4].

¹ malwina.respondek@gmail.com, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Studium Doktoranckie Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej w Sosnowcu. <http://www.slam.katowice.pl/>.

2. Cel pracy

Celem głównym pracy, było poznanie wybranych nawyków żywieniowych młodzieży szkolnej w wieku gimnazjalnym. Oceniono ponadto: zadowolenie młodzieży z własnej sylwetki oraz stosowanie diet odchudzających, spożywanie przez młodych ludzi żywności typu fast food, słodkich napojów oraz słodkich i słonych przekąsek.

3. Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 401 uczniów (202 dziewcząt i 199 chłopców) w wieku między 13 a 18 rokiem życia, gimnazjów mieszczących się w Zabrzu.

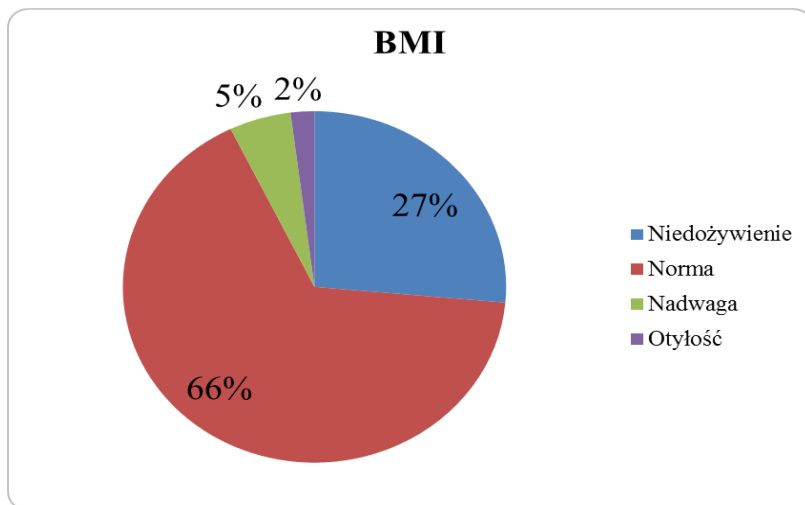
Badanie zostało przeprowadzone metodą ankietową. Do celów badawczych użyto autorskiego kwestionariusza ankiety zawierającego pytania zamknięte oraz pytania otwarte (waga i wzrost). Badanie było anonimowe, a udział w nim dobrowolny.

Obliczenia statystyczne wykonano za pomocą programu Statistica 10. Za poziom istotności, przyjęto $\alpha=0,05$. Na podstawie danych antropometrycznych, obliczono współczynnik masy ciała (Body Mass Index -BMI). Przy obliczaniu korzystano ze wzoru $BMI = (\text{masa ciała [kg]} / (\text{wzrost [m]}^2))$ [5].

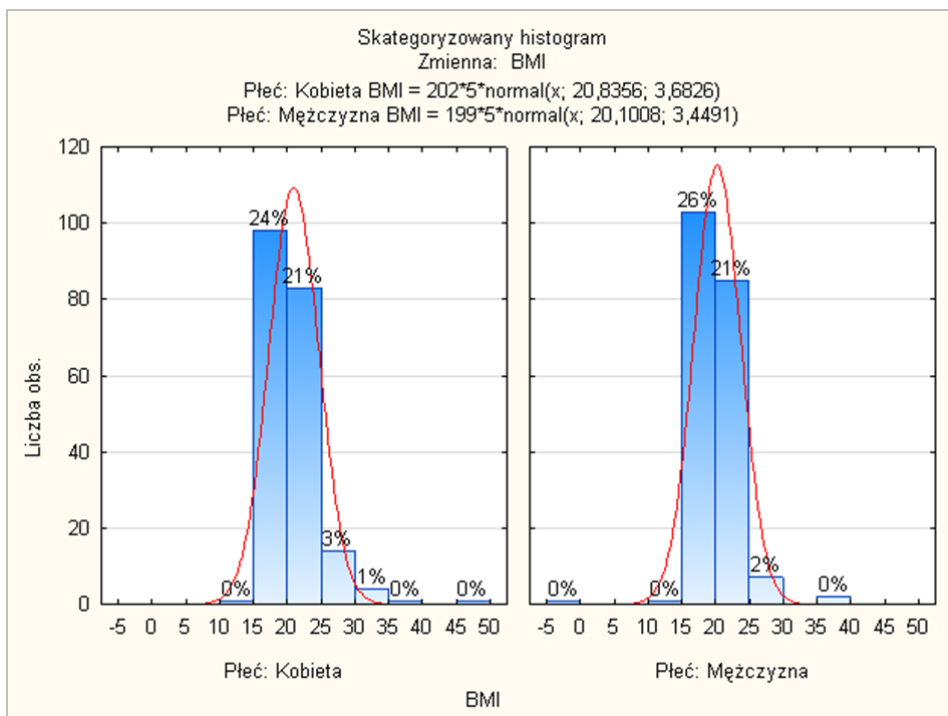
Wskaźnik ten jest powszechnie stosowany w badaniach epidemiologicznych w rozpoznawaniu nadwagi i otyłości. Jest rekomendowany przez wielu ekspertów, m.in. przez Europejskie Stowarzyszenie ds. Otyłości u Dzieci (ECOG) i powszechnie akceptowany w badaniach epidemiologicznych otyłości u dzieci na świecie [6, 7] i w Polsce [8, 9]. Wykazuje silną korelację z całkowitą zawartością tłuszczu w organizmie. Jego wartość jest obarczona w mniejszym stopniu błędem pomiarowym niż pomiary grubości fałdów tłuszczowych. Należy jednak zwrócić uwagę, że przybiera duże wartości w przypadku silnej mezymorficznej budowy ciała [10]. Uzyskane wartości wskaźnika BMI interpretowano wg zaleceń [11-13].

4. Wyniki

Większość badanych gimnazjalistów wykazywała prawidłową masę ciała. Wśród badanych zbyt wysoką masę ciała charakteryzowało 7,2% badanych osób, a grupa ze zbyt niską masą ciała stanowiła 26,4% wszystkich badanych (Rys. 1). z uzyskanych danych wynika, iż w populacji generalnej badanych gimnazjalistów większy problem stanowi niedożywienie, niż nadwaga, czy otyłość.



Rys. 1. Wskaźnik masy ciała badanych BMI (kg/m²)



Na podstawie przeprowadzonego testu serii Walda-Wolfowitza, stwierdzono różnice pomiędzy badaną populacją generalną BMI dziewcząt i populacją generalną BMI chłopców dla przyjętego poziomu istotności α ($p = 0,03 < \alpha = 0,05$). W badanej populacji generalnej dziewcząt, wartość zmiennej losowej BMI przyjmuje na ogół wyższe wartości niż w badanej populacji generalnej chłopców.

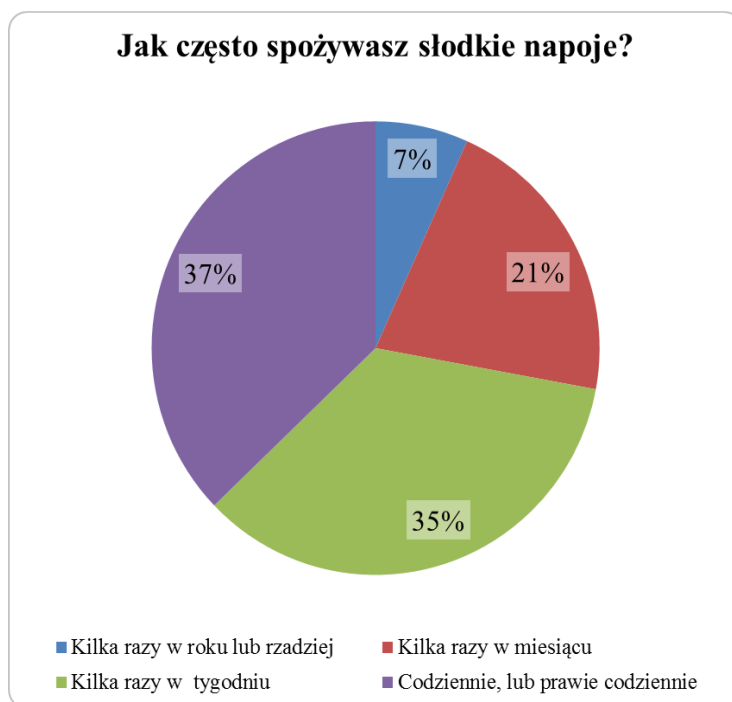
Za śniadanie uznano posiłek spożywany w ciągu dwóch godzin od przebudzenia. z badań wynika, iż ponad 71% badanych gimnazjalistów spożywa śniadanie (Rys. 3)

Rys. 3. Spożywanie śniadań przez badaną grupę



Gimnazjalistom zadano pytanie o częstotliwość spożywania przez nich słodkich napojów. Najliczniejszą grupę, bo aż 37% stanowiły osoby spożywające tego rodzaju napoje codziennie, lub prawie codziennie. 34% badanych spożywa niezdrowe napoje kilka razy w tygodniu. Rzadsze spożywanie, bo kilka razy w miesiącu zadeklarowało 21% badanej młodzieży. Okazjonalnie słodkie napoje spożywało jedynie 6,7% respondentów. Osoby te zadeklarowały w ankiecie spożywanie tego produktu kilka razy do roku, lub rzadziej.

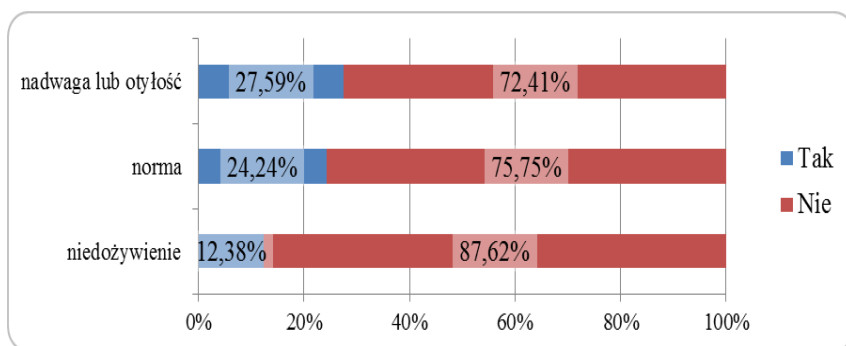
Na podstawie przeprowadzonego testu χ^2 zależności, stwierdzono zależność między zmienną losową płeć i zmienną losową częstotliwość spożycia słodkich napojów w badanej populacji generalnej, dla przyjętego poziomu istotności α przy $p = 0,003$. Wartość współczynnika V-Cramera = 0,18 oznacza, że siła zależności między badanymi cechami statystycznymi w próbie pobranej zanalizowanej populacji generalnej jest słaba.



Rys. 4. Spożywanie słodzonych napojów przez ankietowanych

Wśród badanej młodzieży ponad 21% osób przyznaje, iż stosuje lub w przeszłości stosowała diety odchudzające.

Na podstawie przeprowadzonego testu χ^2 zależności, stwierdzono zależność między zmienną losową stosowanie diety i zmienną losową BMI w badanej populacji generalnej, dla przyjętego poziomu istotności α przy $p = 0,029$. Wartość współczynnika V-Cramera = 0,13 oznacza, że siła zależności między badanymi cechami statystycznymi w próbie pobranej zanalizowanej populacji generalnej jest słaba (Rys. 5). Wartość współczynnika BMI ma niewielki wpływ na stosowanie przez gimnazjalistów diet odchudzających. Osoby ze zbyt niską masą ciała, w normie i te ze zbyt wysoką masą ciała stosują diety podobnie często.



Rys. 5. Zależność pomiędzy BMI a stosowaniem diety odchudzającej

Jedynie 24,7% badanych spożywa warzywa i owoce kilka razy dziennie. Spożycie warzyw lub owoców raz dziennie deklaruje 26,4% badanych. Kilka razy w tygodniu warzywa i owoce włącza do jadłospisu niespełna 39% badanych. 10% osób przyznaje, że spożywa warzywa i owoce kilka razy w miesiącu lub rzadziej (Rys. 6).

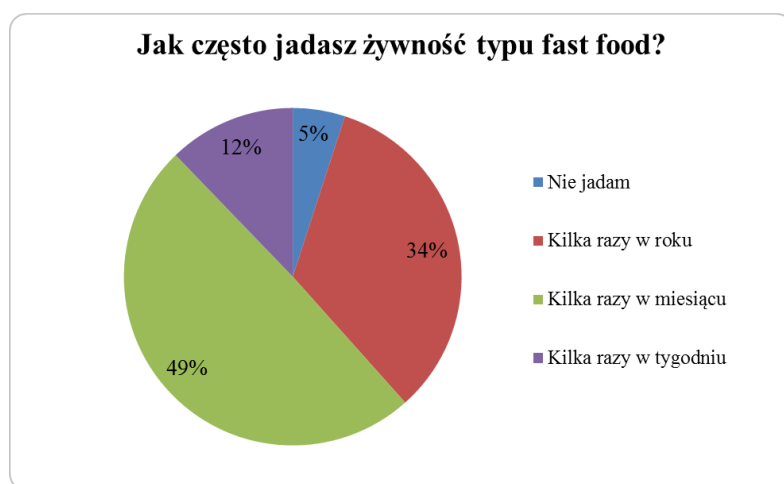


Rys. 6. Spożywanie owoców i warzyw przez badanych

Na postawione w ankiecie pytanie o częstotliwość spożycia żywności typu fast food najwięcej uczniów, bo 49,40% odpowiedziało, iż sięga po żywność typu fast-food kilka razy w miesiącu. Kilka razy w tygodniu szybką żywność spożywa 12,2% gimnazjalistów, zaś kilka razy w roku 33,4% (Rys. 7). Stwierdzono zależność między zmienną losową „płeć” i zmienną losową „częstość spożycia żywności typu fast food” w badanej populacji generalnej, dla przyjętego poziomu istotności α przy $p = 0,01$. Wartość współczynnika V-Cramera = 0,15 oznacza że siła zależności między badanymi cechami statystycznymi w próbie pobranej zanalizowanej populacji generalnej jest słaba.

Przeprowadzono także test dla współczynnika korelacji gamma. Na jego podstawie stwierdzono zależność między zmienną losową „częstość spożycia słodkich napojów” i zmienną losową „częstość spożycia pokarmów typu fast food” w badanej populacji generalnej, dla przyjętego poziomu istotności α , $p < 10^{-6}$.

Wartość współczynnika korelacji rang gamma wynosi 0,6 co oznacza, że siła zależności między badanymi cechami statystycznymi. W próbie pobranej zanalizowanej populacji generalnej jest umiarkowana. Ponieważ wartość współczynnika korelacji rang gamma jest dodatni, wynika z tego, że w próbie oraz w badanej populacji generalnej jednostki statystyczne ustawione są zgodnie ze względu na badane cechy statystyczne.



Rys. 7. Spożywanie produktów typu fast-food przez badanych gimnazjalistów
[opracowanie własne]

5. Dyskusja

Jednym z błędów popełnianym przez sporą grupę młodzieży, jest pomijanie śniadania. Przeprowadzone badania potwierdziły, że nie wszyscy badani gimnazjaliści spożywają śniadanie. Prawie 30% uczniów pomija ten posiłek. Z badań Marcysiak i wsp. wynika, iż śniadanie w domu spożywa 81% uczniów [2]. Wśród młodzieży warszawskiej, badanej przez Boniecką i wsp. aż 37% uczniów w wieku gimnazjalnym pomijało śniadanie [14]. Inne badania, przeprowadzone przez Ziółkowską i wsp. wykazały, że 11,6% gimnazjalistów nigdy nie spożywa śniadania. Regularne konsumowanie śniadania deklarowało 63,5% młodzieży, zaś 24,9% spożywało je tylko czasami [15].

Co piąty badany gimnazjalista przyznał, że stosuje lub w przeszłości stosował diety odchudzające, w grupie tej przeważają dziewczęta. Stanowią one ponad 17% ogółu badanych. Chłopcy stosujący diety odchudzające stanowią 4% ogółu. Badania Bardo i wsp. obejmujące dziewczęta szkół ponadpodstawowych

z województwa pomorskiego, potwierdziły podobną tendencję. Z badań tych wynika, iż 30% badanych dziewcząt stosowało diety odchudzające [11]. Badani przez Kolarzyk i wsp. gimnazjaliści z krakowskich szkół, także przyznali, że w momencie prowadzenia badania są w trakcie stosowania diety odchudzającej. Stanowili oni prawie 34% ogółu. w grupie tej, także dziewczęta częściej podejmowały decyzję o stosowaniu diet niż chłopcy. Odchudzające się gimnazjalistki stanowiły 20,5%, zaś gimnazjaliści płci męskiej niespełna 13,5%. Badani chłopcy z krakowskich szkół ponad trzykrotnie częściej stosowali diety odchudzające niż chłopcy badanej grupy własnej [16]. Badania Skop-Lewandowskiej i wsp. potwierdziły, iż blisko 1/3 dziewcząt badanej grupy czasami stosuje diety odchudzające [4].

Kolejnym powszechnie popełnianym błędem żywieniowym jest spożywanie słodzonych napojów. Stale także poszerza się rynek tego typu produktów. Gimnazjaliści mają szeroki dostęp do napojów dosładzanych i coraz większy wybór. Wpływa to na rosnącą częstość ich spożywania. Codziennie lub prawie codziennie słodkie napoje pije 37,2%, a kilka razy w tygodniu 34,9% gimnazjalistów biorących udział w badaniu. Wyniki są podobne z tymi uzyskanymi przez Świdorską-Kopacz i wsp., gimnazjaliści badani w 2008 roku w 28,2% sięgali po słodkie napoje codziennie, zaś kilka razy w tygodniu 34,3% [17]. Ze spożywaniem słodkich napojów umiarkowanie skorelowany jest kolejny niekorzystny nawyk żywieniowy - wraz ze wzrostem częstości spożywania słodkich napojów, wzrasta częstość spożywania „szybkiej żywności” przez badane osoby.

Popularność żywności typu fast food ciągle wzrasta, co sprawia, że młodzież coraz częściej po nią sięga. Na podstawie badań własnych stwierdzono, że jedynie 5% respondentów nie spożywa posiłków typu Fast food. Badania przeprowadzone w 2004 roku przez Wierzbicką i wsp. w rejonie Warszawy udowodniły, iż 21,2% gimnazjalistów w ogóle nie spożywała „szybkiej żywności” [18]. Podobny wynik uzyskali Kolarzyk i wsp. analizując zwyczaje żywieniowe nastoletnich uczniów zkrakowskich szkół gimnazjalnych. Odsetek tamtejszej młodzieży stroniącej od fast foodów stanowił 17,4% [19]. Gimnazjaliści biorący udział w badaniach Wierzbickiej i wsp. w 15,2% przyznali, że po żywność typu fast food sięgają 3 razy w tygodniu lub częściej, a raz, lub 2 razy w tygodniu zbarów szybkiej obsługi korzysta 25,7% badanych [18]. w badaniach własnych grupa młodzieży spożywająca tego typu produkty kilka razy w tygodniu, jest mniejsza, gdyż stanowi 12,2% ogółu.

Spożycie warzyw i owoców przez gimnazjalistów jest praktycznie znikome. Jedynie około 24,5% osób spożywa warzywa lub owoce kilka razy dziennie. Sieganie po te produkty raz dziennie zadeklarowało 26,5% respondentów. Pozostała część młodzieży spożywa warzywa lub owoce kilka razy w tygodniu (39%) oraz kilka razy w miesiącu lub rzadziej (10%).

6. Wnioski

Przeprowadzone badania pozwalają zaproponować następujące wnioski:

- 1) W grupie badanych gimnazjalistów częściej występuje niedożywienia, niż nadwaga, czy otyłość.
- 2) Młodzież gimnazjalna spożywała zbyt dużo i zbyt często słodkie oraz słodkie napoje, za często także korzystała z produktów typu fast food.
- 3) Spożycie warzyw i owoców wśród badanych nastolatków jest niewystarczające.
- 4) Wykazano zależność pomiędzy częstością spożycia żywności typu fast food a spożywaniem przez gimnazjalistów słodkich napojów.
- 5) Ze wzrostem wartości współczynnika masy ciała badanej grupy, maleje ilość spożywanych w ciągu dnia posiłków.

Literatura

1. <http://www.izz.waw.pl>
2. Marcysiak M., Ciosek A., Żywica M., Porządek E., Banasiewicz D., Marcysiak M., Zagroba M., Ostrowska B., Skotnicka-Klonowicz G.: Zachowania żywieniowe i aktywność fizyczna uczniów klas sportowych i ogólnych w Ustrzykach Dolnych. Problemy Pielęgniarstwa 2009, 17, 3, 216-222.
3. Tabak I., Mazur J., Oblacińska A., Jodkowska M.: Masa ciała, poczucie własnej wartości i zadowolenie z życia młodzieży w 13-15 letniej, Medycyna Wieku Rozwojowego 2007, 11, 3, 1, 281-290.
4. Skop-Lewandowska A., Szot W., Samoocena obrazu sylwetki uczniów krakowskich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Probl Hig Epidemiol 2010, 91, 4, 596-601.
5. <http://www.who.int>.
6. Bryl W, Hoffmann K, Miczke A, i wsp. Otyłość w młodym wieku – epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. Prz Lek 2006; 9: 91–95.
7. World Health Organization: Lobstein T, Baur L and Uauy R, for the IASO International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. Report to the Obesity Reviews 2004; 5(Suppl. 1): 4–104.
8. Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. Pediatrics 1998; 101:518–525.
9. Freedman DS, Dietz WH, Srinivasan SR, et al. The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. Pediatrics 1999; 103: 1175–1182.
10. Oblacińska A, Jodkowska M, red. Otyłość u polskich nastolatków. Epidemiologia, styl życia, samopoczucie. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 2007: 21–40.
11. Bardo Z., Szczepańska W., Babicz-Zielińska E.: Postawy dziewcząt ze szkół gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych w stosunku do diet odchudzających. Family Medicine & Primary Care Review 2010, 12, 3, 581-583.
12. Felińczak A., Fal A.M., Grzebieluch J., Seń M., Kliskowska I.: Nadwaga i otyłość dzieci i młodzieży wrocławskiej. Medycyna Środowiskowa 2009, 12, 2, 47-55.
13. Mędreła-Kuder E.: Błędy żywieniowe dziewcząt w wieku gimnazjalnym a ryzyko wystąpienia u nich zaburzeń odżywiania. Rocz. PZH 2009, 60, 1, 39-42.

14. Boniecka I., Michota-Katulska E., Ukleja A., Czerwonogrodzka A., Kowalczyk E., Szczygłowska A.: Zachowania żywieniowe wybranej grupy dzieci w wieku szkolnym w aspekcie zagrożenia otyłością. *Przegląd Lekarski* 2009, 66, 1-2, 49-51.
15. Ziółkowska A., Gajewska M., Szostak-Węgierek D.: Zachowania żywieniowe młodzieży gimnazjalnej z Warszawy i miejscowości podwarszawskich. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2010, 91, 4, 606-610.
16. Kolarzyk E., Janik A., Kwiatkowski J., Potocki A.: Stosowanie diet odchudzających przez krakowską młodzież ze szkół ponadpodstawowych, z uwzględnieniem wieku i płci, *Probl. Hig. Epidemiol.* 2010, 91, 3, 409-413.
17. Świderska-Kopacz J., Marcinkowski J.T., Jankowska K.: Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej i ich wybrane uwarunkowania. Cz. IV. Sposób żywienia. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2008, 89, 2, 241-245.
18. Wierzbicka E., Stosio A.: Spożycie produktów typu "fast food" przez wybraną grupę młodzieży szkolnej z rejonu warszawy. *Żywnie Człowieka i Metabolizm* 2007, 34, 1/2, str. 182-187.
19. Kolarzyk E., Młynarska-Lang D.: Zwyczaje żywieniowe młodzieży krakowskich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2010, 91, 3, 414-418.

Wybrane zachowania żywieniowe młodzieży uczęszczającej do gimnazjum

Streszczenie

W niniejszej pracy dokonano analizy wybranych nawyków żywieniowych młodzieży uczęszczającej do gimnazjum. Badania przeprowadzono metodą ankietową, za pomocą autorskiego kwestionariusza. Przebadano grupę liczącą 401 osób, zamieszkających w Zabrze. Świadomość gimnazjalistów dotycząca zdrowego odżywiania okazała się niska. Większość z nich uważa, iż odżywia się zdrowo popełniając jedynie małe błędy. W rzeczywistości jednak, tylko niewielki odsetek młodzieży wypracował zdrowe nawyki żywieniowe. Pokarmami najchętniej spożywanymi przez gimnazjalistów są słodkie i słone przekąski oraz słodzone, gazowane napoje.

Słowa kluczowe: gimnazjum, odżywianie, nawyki

Selected nutritional behaviour of junior high school pupils

Abstract

In the following master's thesis, an analysis was made of selected dietary habits of young people attending junior high school. Research was conducted by a survey, using the author's own questionnaire. The study included a group of 401 people living in Zabrze and the surrounding area. The awareness of junior high school students on healthy eating has proven low. Most of them think that they eat healthily, committing only small errors. In reality, however, only a small proportion of young people has developed healthy eating habits. Foods most consumed by middle school students are sweet and salty snacks and sweetened carbonated beverages.

Keywords: junior high school, nutrition, habits

Anna Grad¹, Katarzyna Kałakucka, Elżbieta Majewska, Martyna Markowska, Katarzyna Kulisz, Dominika Żmurek, Paulina Gil-Kulik, Jolanta Karwat, Karolina Gil, Lidia Kotuła, Alicja Niedojadło

Stan wiedzy ankietowanych kobiet na temat zakażeń układu moczowego w ciąży

1. Wprowadzenie

Zakażenia układu moczowego występują zdecydowanie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Wiąże się to głównie z odmienną budową anatomiczną, krótszą cewką moczową u kobiet i bliskością ujścia cewki moczowej i odbytu. o zakażeniu dróg moczowych mówimy, kiedy patogeny dotrą powyżej zwieracza pęcherza moczowego, najczęściej drogą wstępującą. Bakteriomocz może być symptomatyczny lub asymptomatyczny. O bakteriurii znamiennej mówimy kiedy w moczu wykrywamy 10^5 bakterii *Escherichia coli* na 1 ml lub 10^3 bakterii/ml innych niż *E. coli*. Bakteriomocz bezobjawowy to taki, kiedy wykrywamy w moczu bakterie w ilości 10^5 /ml, lecz pacjentka nie zgłasza żadnych objawów. Bakteriuria bezobjawowa jest stanem, w którym nie podejmuje się leczenia, chociaż zalecane jest ono w przypadku kobiet w ciąży. Objawy w przypadku zakażenia układu moczowego mogą być następujące: bolesne, utrudnione oddawanie moczu, częstomocz, bóle ogólne: gorączka, bóle mięśniowe, bóle w okolicy lędźwiowej [1,3].

Najczęstszym patogenem izolowanym z układu moczowego kobiet jest *Escherichia coli*. Ponadto przyczynami zakażenia mogą być inne bakterie z rodziny *Enterobacteriaceae*, bakterie bytujące w okolicy przedsionka pochwy, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoea* i inne [1-3].

Diagnostyka zakażeń układu moczowego opiera się głównie na analizie moczu oraz wykonaniu posiewu mikrobiologicznego. Jest to badanie tanie i łatwe do przeprowadzenia. Powinno się je wykonywać zaraz na początku ciąży oraz kilka razy w trakcie jej trwania. Pozwala szybko uchwycić rozwijające się zakażenie i wprowadzić niezbędne leczenie [6].

Stanem fizjologicznym, w którym częściej dochodzi do zakażeń dróg moczowych jest ciąża. Związane jest to ze zmianami jakie pojawiają się u kobiet w czasie jej trwania:

¹ Email: anna_grad@onet.pl, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, i Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologicznym, Studenckie Koło Naukowe Laboratoryjnej Genetyki Medycznej przy Zakładzie Genetyki Klinicznej.

Podwyższenie poziomu hormonów, takich jak estrogeny i progesteron, co powoduje poszerzenie dróg wyprowadzających mocz, a jednocześnie spada perystaltyka moczowodów i mocz zalega dłużej w pęcherzu:

- Często u kobiet w ciąży pojawia się glukozuria i proteinuria, ułatwia to penetrację drobnoustrojów;
- Zwiększa się także ilość wydzieliny śluzowej pochwy;
- Podwyższona temperatura ciała sprzyja inkubacji patogenów;
- Wzrasta pH moczu;
- Dodatkowo ucisk macicy na pęcherz moczowy powoduje częstomocz, wiąże się to z częstszym korzystaniem z toalet, także publicznych [1,4].

Powikłaniami zakażeń układu moczowego u kobiet w ciąży może być ostre odmiedniczkowe zapalenie nerek, a także przedwczesny poród oraz niska masa urodzeniowa noworodka. Wielokrotne infekcje w późniejszym okresie, zaburzenia rozwoju, dysfunkcje układu oddechowego, nerwowego i pokarmowego. Ostre odmiedniczkowe zapalenie nerek jest ciężką komplikacją, ponieważ może doprowadzić do uszkodzenia nerek, wstrząsu septycznego czy rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego, a stany te są bezpośrednim zagrożeniem życia dla matki oraz płodu [5].

2. Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie stanu wiedzy kobiet w wieku rozrodczym, na temat zakażeń dróg moczowych oraz ich wpływu na przebieg ciąży, a także na rozwijający się płód.

3. Materiał i metody

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując autorski kwestionariusz. Ankieta obejmowała pytania dotyczące: częstości występowania zakażeń układu moczowego, głównych objawów towarzyszących infekcji, diagnostyki zakażeń układu moczowego, wpływu infekcji na przebieg ciąży oraz profilaktyki zakażeń układu moczowego. Badano 60 kobiet, większość (61,7%) jest w wieku 20-25 lat. Miejsce zamieszkania prezentują się następująco: 31,3% z nich mieszkała na wsi, 30% w mieście do 500 tysięcy mieszkańców, 13% w mieście do 100 tysięcy mieszkańców, 10% w mieście do 10 tysięcy mieszkańców oraz po 6,67% w mieście do 200 i powyżej 500 tysięcy mieszkańców. Ponad połowa (58,3%) kobiet posiadała wykształcenie średnie, a nieco mniej bo 40% wykształcenie wyższe a 1,67% wykształcenie podstawowe w ciąży było 28,3% badanych kobiet.

4. Wyniki

Analizowano wiedzę respondentek dotyczącą zakażeń układu moczowego u kobiet ciężarnych. Co trzecia badana kobieta miała zakażenie układu moczowo-płciowego (33,3%). Respondentki jako główne objawy infekcji najczęściej wskazywały: częste oddawanie moczu 26,7%; dyskomfort 25%; pieczenie w cewce moczowej 23,3%; bolesne parcie na pęcherz 16,7%; tkliwość w okolicy nadłonowej 11,7%; mętny mocz 10%; zmieniony zapach moczu u 3,3% oraz gorączka i bóle głowy po 1,7%.



Wykres 1. Obrazujący rozkład odpowiedzi na pytanie: Jakie wystąpiły u Pani objawy zakażenia układu moczowego

Prawie połowa (45%) respondentek, które chorowały na zakażenie układu moczowego, zapytane o częstość wystąpienia tych infekcji odpowiedziało, że chorują do kilku razy w roku, 40% Pań twierdzi, że infekcja wystąpiła tylko raz, a 15% ankietowanych zaznacza, że dolegliwości występują średnio co 9 miesięcy.

Większość, badanych kobiet (68,3%) słyszała o „Lactobacillus” tzw. bakteriiach kwasu mlekowego, niewiedzę na ten temat deklarowało 31,7% kobiet.

Na pytanie czy zakażenia układu moczowo-płciowego wpływają na rozwijający się płód, nieco mniej niż połowa (45%) respondentek uważa że „tak”, 6,7% twierdzi, że nie mają żadnego wpływu, a aż 48,3% kobiet zaznaczyło odpowiedź „nie wiem”.

Większość badanych kobiet (93,3%) wie, że badanie ogólne moczu daje informację na temat trwającego zakażenia układu moczowego, tylko 6,7% uważa, że nie dostarcza ono takich informacji. 71,7% respondentek nie wiedziało, że w grupie kobiet ciężarnych najczęstszą formą zakażeń układu moczowego jest bezobjawowy bakteriomocz, wiedzę tę deklarowało 28,3% kobiet.

Sprawdzono również, czy kobiety będąc w ciąży miały wykonywane badanie ogólne moczu. Najczęstszą odpowiedzią (47,1%) była odpowiedź „tak, wykonywałam je tylko gdy zaleci lekarz”; 41,18% kobiet odpowiedziało, że „tak, wykonywałam je regularnie co 4 tygodnie”; natomiast 11,8% kobiet przyznało: „tak ale wykonywałam je z własnej inicjatywy”. Odpowiedzi: „nie było takiej potrzeby, gdyż nie miałam żadnych dolegliwości”, nie zaznaczyła żadna z respondentek.



Wykres 2. Obrazujący rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy w czasie ciąży wykonywała Pani badanie moczu [opracowanie własne]

Zbadano wiedzę czy ciąża według respondentek w jakiś szczególny sposób predysponuje do zakażeń układu moczowego. Najwięcej badanych kobiet 46,7% udzieliło odpowiedzi, że nie wie czy istnieje jakakolwiek zależność. 40% badanych kobiet zaznaczyło odpowiedź: „tak, kobieta w czasie ciąży jest szczególnie narażona na infekcje dróg moczowych, związane jest to przede wszystkim działaniem hormonów”. 11,7% respondentek uznało że „tak, ale gospodarka hormonalna nie ma żadnego wpływu na rozwój zakażeń”, jedynie 1,7% uważa że „ciąża w żaden sposób nie wpływa na rozwój zakażeń układu moczowego”. 38,3% badanych kobiet zaznaczyło odpowiedź, że to właśnie

w I trymestrze ciąży występuje największe ryzyko zakażenia układu moczowo-płciowego, 30% uważa że podczas całej ciąży występuje jednakowe ryzyko, 13,3% że w III trymestrze ciąży a 1,7 że w II trymestrze ciąży.

5. Wnioski

Zakażenie układu moczowego występuje średnio u co trzeciej badanej kobiety. Objawia się to przeważnie częstym oddawaniem moczu, pieczeniem w cewce moczowej oraz bolesnym parciem na pęcherz. Z przeprowadzonych badań wynika, że zakażenia te powracają z różną częstością u ponad połowy Pań, u których już wcześniej wystąpiło zakażenie układu moczowego. Wiedza na temat wpływu zakażeń układu moczowego na rozwijający się płód jest podzielona. Niemalże połowa badanych kobiet nie wie czy istnieje jakikolwiek wpływ zakażeń układu moczowego na ciążę podobny odsetek respondentek uważa, że infekcje układu moczowego mają znaczący wpływ na przebieg ciąży. Natomiast tylko nieliczne Panie są zdania, że zakażenia układu moczowego nie wpływają na rozwijający się płód. Prawie wszystkie przebadane kobiety wiedzą, że badanie ogólne moczu dostarcza nam informacji na temat trwającego zakażenia układu moczowego. Większość respondentek nie posiada informacji, że najczęstszą formą zakażeń układu moczowego w grupie kobiet ciężarnych jest bezobjawowy bakteriomocz.

Wszystkie respondentki, które były w ciąży, podczas jej trwania miały wykonywane badanie ogólne moczu. Większość kobiet z grupy badanej wykonywała je tylko gdy zalecił je lekarz, część regularnie co 4 tygodnie, pozostałe Panie wykonywały je z własnej inicjatywy. Prawie połowa przebadanych kobiet nie posiada wiedzy na temat tego, czy ciąża w jakiś specjalny sposób predysponuje do zakażeń układu moczowego. Nieco mniej Pań uważa, że kobieta w czasie ciąży jest szczególnie narażona na infekcje dróg moczowych, co związane jest głównie działaniem hormonów. Niewiele respondentek jest zdania, że istnieje taka predyspozycja, ale nie ma to powiązania z gospodarką hormonalną.

Podziękowania

Autorzy publikacji składają podziękowania recenzentowi dr hab. n. med. Januszowi Kockiemu, prof. UM, za sformułowanie merytorycznej opinii o pracy.

Praca powstała z wykorzystaniem sprzętu zakupionego w ramach Projektu: „Wypożyczenie innowacyjnych laboratoriów prowadzących badania nad nowymi lekami stosowanymi w terapii chorób cywilizacyjnych i nowotworowych” w ramach Programu Operacyjnego Rozwój Polski Wschodniej 2007-2013, Osi priorytetowej i Nowoczesna Gospodarka, Działania I.3 Wspieranie Innowacji.

Literatura

1. Robak-Chołubek D., Sobstyl M., Tkaczuk- Wałach J., Jakiel G.: Zakażenia dróg moczowych wśród kobiet. Przegląd Menopauzalny 2008; 4: 231-234.
2. MacLean A.B.: Urinary tract infection in pregnancy. International Journal of Antimicrobial Agents 2001; 17: 273-277.
3. Ramos N.L., Sekikubo M., Dzung D.T.N., Kosnopfel C., Kironde F, Mirembe F., Brauner A: Uropathogenic *Escherichia coli* isolates from pregnant women in different countries. J Clin Microbiol. 2012; 50: 3569-3574.
4. Budzyński W.: Ocena czynników regulujących homeostazę energetyczną i wybranych markerów zapalenia u kobiet rodzących po przebytej infekcji układu moczowego w III trymestrze ciąży". Rozprawa doktorska; Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. 2012, Poznań.
5. Prakash J.: The kidney in pregnancy: a journey of three decades. Indian J Nephrol. 2012; 22: 159- 167.
6. Kupilas A.: Zakażenia układu moczowego. Przegląd Urologiczny 2006; 4: 50-59.

Stan wiedzy ankietowanych kobiet na temat zakażeń układu moczowego w ciąży

Streszczenie

Zakażenia układu moczowego to jedna z najczęściej występujących chorób infekcyjnych. Przypadłość ta w zdecydowanej mierze dotyczy kobiet w wieku rozrodczym. Do zakażeń dochodzi zwykle drogą wstępującą, a najczęstszym patogenem jest bakteria *Escherichia coli*. Schorzenie może przebiegać zarówno bezobjawowo jak i objawowo. Podczas ciąży do zakażeń może dochodzić częściej, szczególnie w III trymestrze, ze względu na fizjologiczne zmiany, które oddziałują bezpośrednio i pośrednio na układ moczowy. Celem pracy jest przedstawienie stanu wiedzy kobiet w wieku rozrodczym, na temat zakażeń dróg moczowych oraz ich wpływu na przebieg ciąży, a także na rozwijający się płód. w niniejszej pracy poruszono między innymi problem diagnostyki zakażeń układu moczowego u kobiet ciężarnych, częstotliwości występowania zakażeń oraz zagrożeń jakie niesie ze sobą nieleczona infekcja dróg moczowych u kobiet ciężarnych. W pracy wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety. Przepytano 60 kobiet w wieku rozrodczym. Przeprowadzone badania były anonimowe.

W oparciu o uzyskane wyniki sformułowano następujące wnioski: Infekcja układu moczowego wystąpiła (przynajmniej jeden raz) u 1/3 badanych respondentek. Według ankietowanych objawy zakażenia układu moczowego to: częste oddawanie moczu, pieczenie w cewce moczowej oraz bolesne parcie na pęcherz. Z przeprowadzonych badań wynika, że zakażenia te powracają z różną częstością u ponad połowy kobiet. Wszystkie respondentki, które były w ciąży, miały w tym czasie wykonywane badanie ogólne moczu. Niewiele osób zdaje sobie sprawę, że nieleczona objawowe zakażenie układu moczowego może prowadzić do poważnych powikłań. Prawie połowa przebadanych kobiet nie wie czy ciąża w jakiś szczególny sposób predysponuje do występowania zakażeń układu moczowego. Nieco mniej kobiet jest zdania, że kobieta w czasie ciąży jest bardziej narażona na infekcje dróg moczowych.

Słowa kluczowe: ciąża, zakażenia układu moczowego

The respondents' women awareness on the subjects of urinary system infection during pregnancy

Abstract

One of the most usually occur infection disease is infections the urinary system. This affliction is common in women on reproductive age. Usually to the infection going in ascending way and bacteria *Escherichia coli* is the most often pathogen. This disease can show symptoms or not. The infections may occur more often during pregnancy, especially in III trimester, which is effected directly and indirectly to urinary system.

The aim is show knowledge women in reproductive age about infection the urinary system and his influence to pregnancy and also development fetus. This study contain diagnostic the urinary infection in pregnant women, frequently infection and danger which can cause infection urinary in pregnancy.

The study was conducted on 60 women in reproductive age. The study was carried out using the diagnostic poll method with the use an original anonymous survey questionnaire.

On the base obtain results we are able to get this conclusion. The infection urinary system was (at least one time) in 1/3 asking respondent. The symptoms urinary system infection according to surveyor are: often urination, burning urination and alginuresis. This infections come back with different frequency in above half women. All respondent which were in pregnancy, had urine examine when they expect children. Only a few women know that not treatment infection urinary system can cause serious complications. Almost half exams women don't know if pregnancy have influence to urinary infection.

Keywords: pregnancy, infection the urinary system

Problem nadwagi i otyłości uczniów gimnazjum zamieszkujących wieś lub miasto

1. Wstęp

Otyłość zaliczana jest do chorób dietozależnych. Dotyczy ona osób w każdym wieku, jednakże nieleczona nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży i skutkuje konsekwencjami zdrowotnymi.

Problem dotyczy również rodziców, którzy nie postrzegają otyłości i nadwagi w kategoriach choroby, a własne nieprawidłowe nawyki żywieniowe, przekazują świadomie bądź nieświadomie, swoim dzieciom. Otyłość dotyczy każdej sfery zdrowia, zarówno fizycznej, psychicznej jak i społecznej [1, 2]. Nadwaga i otyłość powodują znaczne ograniczenia w rozwoju dzieci, a u młodzieży obniżają jakość życia [3]. Poza tym podnoszą znacznie koszty zdrowotne, bowiem leczenie chorób (np. miażdżycy, nadciśnienia tętniczego i ich powikłań) wynikających z nadwagi i otyłości jest obciążające dla resortu zdrowia. W Unii Europejskiej problem nadwagi dotyczy 24% dzieci (w Polsce 5-17%) [4]. Przyczyn nadwagi i otyłości należy szukać wśród czynników środowiskowych, genetycznych oraz psychologicznych.

2. Cel pracy

Celem pracy jest wskazanie czynników, predysponujących do powstawania otyłości u uczniów gimnazjum zamieszkujących wieś lub miasto poprzez ocenę ich nawyków żywieniowych, wskaźnika masy ciała (BMI) oraz aktywności fizycznej.

3. Materiał i metody

Badania przeprowadzono w maju 2013 roku metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietowania z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza. Badaniem objęto 100 uczniów w wieku 11-16 lat, w trzech wybranych szkołach gimnazjalnych województwa śląskiego. Kwestionariusz uwzględniał: dane socjometryczne (płeć, wiek, miejsce zamieszkania), antropometryczne (wzrost, masę ciała) i aktywność fizyczną.

¹ lucynka.szefczyk@gmail.com, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Studium Doktoranckie Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej w Sosnowcu, <http://www.slam.katowice.pl/>

Przyjęto wartość wskaźnika BMI zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) [5].

Obliczeń wskaźnika masy ciała BMI dokonano na podstawie wyników pomiarów uzyskanych w czasie badań wykonanych przez pielęgniarkę szkolną. Wskaźnik BMI obliczono korzystając ze wzoru $BMI = (\text{masa ciała [kg]} / (\text{wzrost [m]}^2))$ [6].

4. Analiza wyników badań

Grupa chłopców stanowiła 45% [n=45], natomiast dziewcząt 55% [n=55]. Taka sama liczba uczniów zamieszkiwała miasto [n=50] i wieś [n=50]. Interpretację wyników określonych wskaźnikiem BMI zawarto w Tabeli 1. Nie stwierdzono występowania niedowagi u badanych dzieci.

Tabela 1. Interpretacja wskaźnika BMI badanej grupy

	BMI	Miasto		Wieś		Razem	
		[n]	%	[n]	%	[N]	%
nadwaga	25-30 kg/m ²	7	14	5	10	12	12
otyłość	> 30 kg/m ²						
norma	18,5-25 kg/m ²	43	86	45	90	88	88
Razem		50	100	50	100	100	100

Źródło: opracowanie własne

Zapytano ankietowanych czy w ich rodzinach są osoby, u których wystąpiła nadwaga lub otyłość, odpowiedzi przedstawia Tabela 2.

Tabela 2. Występowanie nadwagi i otyłości w rodzinach badanych dzieci

	Miasto		Wieś		Razem	
	[n]	%	[n]	%	[N]	%
tak	23	46	10	20	32	32
nie	23	46	36	72	58	58
nie wiem	4	8	4	8	10	10
Razem	50	100	50	100	100	100

Źródło: opracowanie własne

W kolejnym etapie badań respondenci odpowiadali na pytanie dotyczące ilości posiłków spożywanych w ciągu dnia. 6% badanych wskazało, że spożywa dwa posiłki w ciągu dnia. Natomiast pięć posiłków w ciągu dnia spożywa 12% ankietowanych. Szczegółowe wyniki obrazuje Tabela 3.

Problem nadwagi i otyłości uczniów gimnazjum zamieszkujących wieś ...

Tabela 3. Liczba posiłków spożywanych w ciągu dnia przez respondentów

	Miasto		Wieś		Razem	
	[n]	%	[n]	%	[N]	%
2	2	4	4	8	6	6
3	20	40	20	40	40	40
4	20	40	22	44	42	42
5	8	16	4	8	12	12
Razem	50	100	50	100	100	100

Zapytano ankietowanych jak często spożywają warzywa oraz owoce. Codzienne spożywanie warzyw i owoców zadeklarowało (42% uczniów zamieszkujących miasto oraz 64% uczniów zamieszkujących wieś). Odpowiedzi badanych przedstawia Tabela 4.

Tabela 4. Częstość spożywania owoców i warzyw przez ankietowanych

	Miasto		Wieś		Razem	
	[n]	%	[n]	%	[N]	%
Codziennie	21	42	32	64	63	63
Kilka razy w tygodniu	12	24	15	30	36	36
Kilka razy w miesiącu	15	30	3	6	45	45
W ogóle	2	4	0	0	6	6
Razem	50	100	50	100	150	150

Zapytano również o częstotliwość spożywania niezdrowych przekąsek (chipsów, słodczy). Odpowiedzi na to pytanie wskazują, że więcej dzieci zamieszkujących miasto spożywa niezdrowe przekąski (Tabela 5).

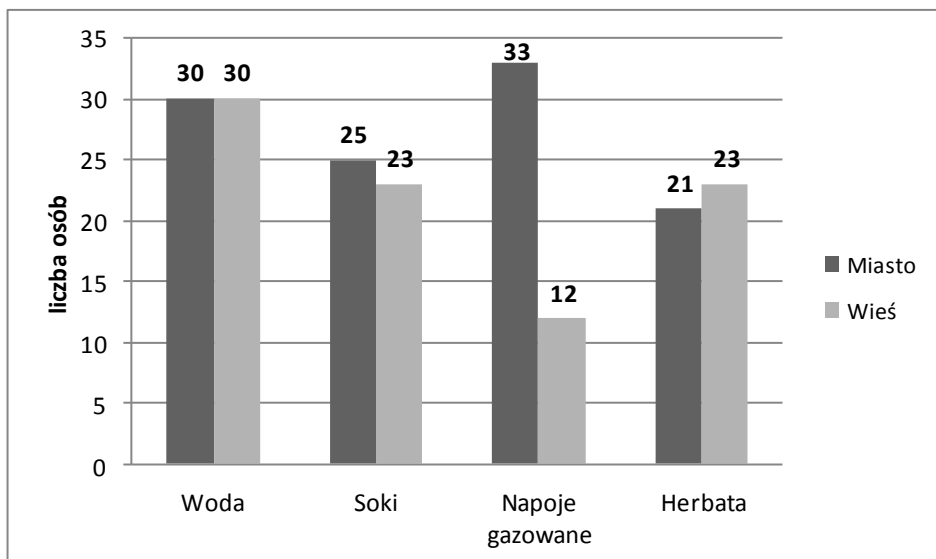
Tabela 5. Częstość spożywania chipsów i słodczy przez badanych

	Miasto		Wieś		Razem	
	[n]	%	[n]	%	[N]	%
Codziennie	20	40	11	22	31	31
Kilka razy w tygodniu	20	40	13	26	33	33
Kilka razy w miesiącu	10	20	17	34	27	27
W ogóle	0	0	9	18	9	9
Razem	50	100	50	100	100	100

Odpowiedzi uzyskane na pytanie czy dzieci i młodzież spożywają posiłki, jednocześnie oglądając telewizję, czytając, grając na komputerze przedstawiają

się następująco: 82% respondentów z miasta odpowiedziało twierdząco, natomiast 66% uczniów zamieszkujących wieś utrzymywało, że spożywaniu przez nich posiłków nie towarzyszy włączony telewizor czy komputer.

Zapytano uczniów jakie napoje najczęściej spożywają. Napojem najczęściej preferowanym jest woda (Rys. 1).



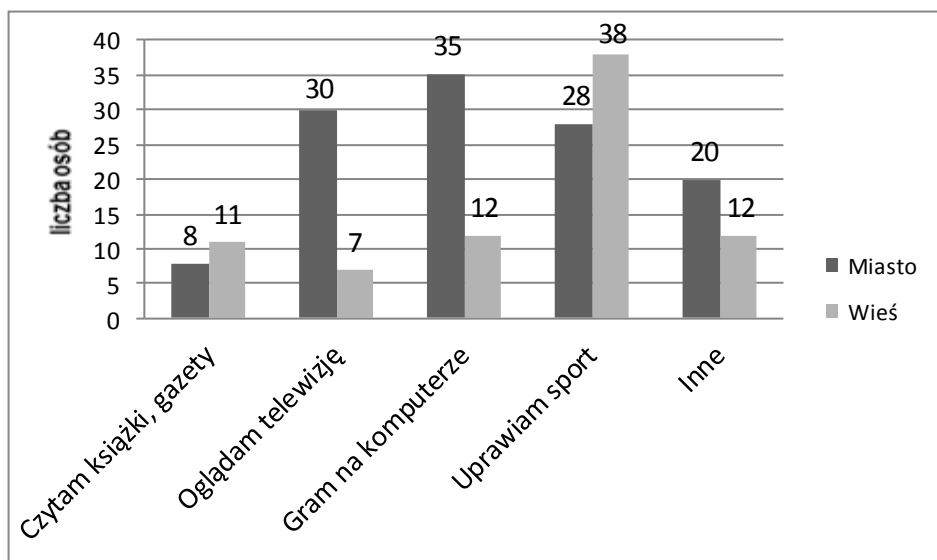
Rys. 1. Preferowane napoje przez badaną grupę [opracowanie własne]

Zapytano uczniów o korzystanie w szkole ze sklepików spożywczych i automatów z napojami. Korzystanie z nich potwierdziło 85% uczniów zamieszkujących miasto i 24% uczniów mieszkających na wsi. (We wszystkich badanych placówkach oświatowych dzieci miały możliwość korzystania ze sklepiku szkolnego).

Respondenci wybierający odpowiedź twierdzącą proszeni byli o wypisanie najczęściej kupowanych produktów w powyższych sklepikach szkolnych. Aż $\frac{3}{4}$ badanych odpowiedziało, że są to batony, napoje gazowane, chipsy, żelki. Co czwarta osoba deklarowała zakup kanapek.

Analizując elementy aktywności fizycznej dzieci i młodzieży zadano badanym pytanie o czynne uczestnictwo w szkolnych zajęciach wychowania fizycznego. 93% badanych dzieci deklaruje uczestnictwo na lekcjach wychowania fizycznego (92% badanych z miasta oraz 94% badanych zamieszkujących wieś).

Zapytano dzieci i młodzież jak spędzają wolny czas. Odpowiedzi zawiera Rys. 2.



Rys. 2. Sposoby spędzania wolnego czasu przez respondentów [opracowanie własne]

Zapytano ankietowanych, ile czasu przebywają przed telewizorem lub komputerem w czasie wolnym. Czas poświęcony na telewizję i komputer wynoszący od 11-15 godz. tygodniowo zadeklarowała co trzecia osoba (Tabela 6). Zapytano respondentów o ilość czasu poświęconego na aktywność ruchową. Kilka razy w tygodniu czas na aktywność fizyczną poświęca 44% ankietowanych (42% uczniów mieszkających w mieście oraz 46% uczniów mieszkających na wsi). Taki wskaźnik może wynikać z możliwości, jakie stwarza aglomeracja miejska w zakresie zwiększania aktywności fizycznej dla dzieci (kółka sportowe, baseny, kluby sportowe), natomiast u mieszkańców wsi podyktowany może być wysiłkiem fizycznym wynikającym np. z pracy w gospodarstwach (Tabela 7).

Tabela 6. Czas spędzany przed telewizorem lub komputerem przez badaną grupę

godz/tydz	Miasto		Wieś		Razem	
	[n]	%	[n]	%	[N]	%
do 5	3	6	17	34	20	20
6 do 10	27	54	22	44	49	49
11 do 15	20	40	11	22	31	31
Razem	50	100	50	100	100	100

Źródło: opracowanie własne

Tabela 7. Częstość uprawiania aktywności fizycznej

	Miasto		Wieś		Razem	
	[n]	%	[n]	%	[N]	%
2 do 3 razy w tygodniu	10	20	11	22	21	21
Kilka razy w tygodniu	21	42	23	46	44	44
Kilka razy w miesiącu	16	32	16	32	32	32
Tylko zajęcia w-f w szkole	3	6	0	0	3	3
Razem	50	100	50	100	100	100

Źródło: opracowanie własne

5. Podsumowanie

Otyłość u dzieci i młodzieży stanowi problem wielu krajów (Stany Zjednoczone, Holandia, Niemcy). w Polsce pomimo prowadzenia programów mających na celu zapobieganie i zwalczanie nadwagi i otyłości wśród młodzieży, zauważa się problem narastania odsetka dzieci i młodzieży z nadmierną masą ciała z 12,6% w 2006 roku do 24,7% w 2010 r. [7, 8].

W niniejszej pracy autorzy podjęli próbę zbadania czynników wpływających na występowanie otyłości i nadwagi wśród dzieci i młodzieży. W badanej grupie aż 14% uczniów zamieszkujących miasta boryka się z problemem nadmiernej masy ciała (nadwagi i otyłości). Nieco niższy odsetek osób dotyczy rówieśników zamieszkujących wieś 10%. Wyższe wartości uzyskali Marcysiak M. i wsp. w swoich badaniach, w których odsetek otyłych i zagrożonych otyłością wyniósł 18% [9]. Wyniki Podobne do tych, które uzyskali autorzy przedstawiają Ziółkowska A. i wsp. [10].

Niemal co trzeci ankietowany badanej grupy wychowywany jest w rodzinie, w której występuje problem nadwagi i otyłości. Bardzo często matki nieświadomie przekazują dzieciom negatywne wzorce zachowań zdrowotnych, nie zauważając ogromnej odpowiedzialności związanej z przygotowywaniem wartościowych i odpowiednio zbilansowanych posiłków dla dzieci. Występowanie nadwagi bądź otyłości w rodzinach respondentów, może rzutować w przyszłości na powielanie przez dzieci i młodzież niezdrowych nawyków żywieniowych do nich prowadzących. Analizując zachowania pro- i antyzdrowotne uczniów zamieszkujących miasto lub wieś wykazano niewielkie różnice, dotyczące np. korzystania ze sklepików szkolnych, sposobów spędzania wolnego czasu jak i aktywności fizycznej.

Liczba spożywanych codziennie posiłków w obydwu badanych grupach respondentów kształtuje się na porównywalnym poziomie. Należy mieć na uwadze fakt, iż dla części badanych dzieci posiłkiem jest pełnowartościowy obiad, dla innych mogą być nim słodczyce. Zgodnie z zaleceniami Światowej

Organizacji Zdrowia powinno się spożywać co najmniej 3 posiłki dziennie. w przeprowadzonym badaniu jedynie 12% respondentów spożywa 5 posiłków w ciągu dnia.

Pozytywnym nawykiem żywieniowym badanej grupy jest codzienne spożywanie warzyw i owoców. Nawyk ten wykazało 53% badanych. w badaniach Marcysiak M. dużo więcej osób deklarowało spożywanie tych produktów codziennie (93%). Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, iż więcej dzieci zamieszkujących wieś codziennie spożywało warzywa i owoce. Zdaniem autorów różnica ta może wynikać z większej dostępności do ocenianych produktów na wsi. Niepokój budzi fakt, że niemal co trzeci badany mieszkający w mieście, spożywa warzywa i owoce jedynie kilka razy w miesiącu. Wśród rówieśników zamieszkujących wieś, odsetek ten wynosi 6%.

Jednym z czynników ryzyka wystąpienia nadwagi i otyłości jest nadmierna podaż cukrów prostych. Niemal połowa badanych zamieszkujących miasta spożywa słodycze i chipsy codziennie. Porównując wyniki pracy Marcysiak M. i wsp. można stwierdzić, że są one podobne do uzyskanych [9]. Badania naukowe dowodzą, iż słodzone napoje gazowane podobnie jak słodycze sprzyjają powstawaniu nadwagi i otyłości u dzieci [11]. Ważny aspekt stanowi łatwa dostępność do tego typu produktów w sklepikach szkolnych [12]. Badani uczniowie zamieszkujący miasta częściej korzystają z takich udogodnień, niż ich rówieśnicy pochodzący ze wsi.

W dobie komputeryzacji i ogólnodostępnych multimediów, uczniowie coraz rzadziej spędzają wolny czas angażując się w zajęcia sportowe. Dużo częściej są to zajęcia sedentarne, polegające najczęściej na wielogodzinnym oglądaniu telewizji lub korzystaniu z komputera w pozycji siedzącej. Bardzo często zajęciom tym towarzyszy podjadanie wysokoenergetycznej żywności. Badania naukowe dowodzą, że spożywanie w ten sposób posiłków skutkuje brakiem kontroli nad ilością i jakością racji pokarmowych. Takie przyzwyczajenia istotnie wpływają na zagrożenia nadwagą lub otyłością [13]. Analizując aktywność fizyczną badanych osób, zauważa się, że aż 93% respondentów uczęszcza regularnie na zajęcia wychowania fizycznego w szkole. Odmienne dane przedstawia Jodkowska M., gdzie dzieci i młodzież niećwicząca stanowi aż 28% [14].

Odpowiedzi ankietowanych na pytanie dotyczące spędzania wolnego czasu, wskazują, iż ponad połowa dzieci aktywnie spędza ten czas. Na drugim miejscu ankietowani przyznali, że swój czas spędzają przed komputerem lub przed telewizorem. Uzyskane wyniki badań własnych potwierdziły, że więcej dzieci zamieszkujących wieś poświęca swój wolny czas na aktywność fizyczną. Niepokój budzi fakt, iż co czwarty uczeń mieszkający w mieście spędza przed telewizorem/komputerem od 6-10 godzin tygodniowo, a co piąty od 11-15 godzin. Znacznie lepiej przedstawiają się te wyniki w przypadku młodych mieszkańców wsi. Zauważa się potrzebę organizowania zajęć pozalekcyjnych aktywizujących dzieci i młodzież. Pomocne mogą być także kampanie społeczne nagłaśniane przez środki masowego przekazu, mające na celu walkę z nadwagą oraz otyłością w społeczeństwie.

6. Wnioski

- 1) Nadwaga lub otyłość występowała na podobnym poziomie u uczniów mieszkających w mieście lub na wsi.
- 2) Badaną grupę uczniów zarówno miast jak i wsi charakteryzowały nieprawidłowe nawyki żywieniowe (liczba posiłków spożywanych w ciągu dnia, częstość spożywania owoców i warzyw).
- 3) Uczniowie mieszkający zarówno na wsi jak i w mieście popełniali błędy żywieniowe polegające na nadmiernym spożywaniu chipsów, słodczy i napojów gazowanych.
- 4) Badaną grupę charakteryzowała zbyt mała aktywność fizyczna.

Literatura

1. Tatoń J. Czech A., Bernas M. Otyłość — zespół metaboliczny. W: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
2. Jodkowska M. Radiukiewicz K. Występowanie różnych dolegliwości somatycznych i stanów emocjonalnych. W: Oblacińska A., Jodkowska M. (red.). Otyłość u polskich nastolatków epidemiologia, styl życia, samopoczucie. Raport zbadań uczniów gimnazjów w Polsce., Warszawa 2007; 88–90.
3. Tounian P. Otyłość u dzieci, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008.
4. Bryl W. Hoffman K., Miczke A. i wsp. Otyłość w młodym wieku — epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. Przew. Lek. 2006 i 91–95. 9:.
5. Bardo Z. Szczepańska W., Babicz-Zielińska E.: Postawy dziewcząt ze szkół gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych w stosunku do diet odchudzających. Family Medicine & Primary Care Review 2010, 12, 3, 581–583.
6. <http://www.who.int> dostęp: 30.01.2014r.
7. NIK. Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej. Nr ewid. 149/2011/P/10190/KNO.
8. Mazur J. Tabak I., Gajewski J., Dzielska A. Nadwaga i otyłość wśród uczniów gimnazjum w zależności od wybranych czynników behawioralnych - zmiany w latach 2006-2010. PRZEGL EPIDEMIOLOG 2012; 66: 503 - 508.
9. Marcysiak M. Zagroba M., Ostrowska B., Wiśniewska E., Marcysiak M., Skotnicka-Klonowicz G. Aktywność fizyczna a zachowania żywieniowe dzieci i młodzieży powiatu ciechanowskiego. Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (2): 176–183.
10. Ziółkowska A. Gajewski M., Szostak-Węgierek D. Zachowania żywieniowe młodzieży gimnazjalnej z Warszawy i miejscowości podwarszawskich. Probl Hig Epidemiol 2010, 91(4): 606–610.
11. Żyła a Książek J. Żywnienie dzieci starszych. Medycyna Praktyczna – Pediatria, 2008, 1: 23–27.
12. Szymandera-Busza K. Waszkowiak K., Jędrusek-Golińska A., Sulima E., Skowrońska M., Ocena asortymentu sklepików w szkołach miasta Poznania. Probl Hig Epidemiol 2010, 91(4): 628–631.
13. Blass EM Anderson DR, Kirkorian HL, i in. On the road to obesity: Television viewing increases intake of high-density foods. Physiol Behav 2006 i 88(4-5):597–604.

14. Jodkowska J. Aktywność fizyczna i zachowania sedenteryjne. W: Jak pomóc otyłemu nastolatkowi? praca zbiorowa red. Oblacińska A., Tabak I., Zakład Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa 2006 s.27.
15. Mazur J Małkowska-Szkućnik A. Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2010: 14-16 i 109-112.

Problem nadwagi i otyłości uczniów gimnazjum zamieszkujących wieś lub miasto

Streszczenie

Otyłość jest chorobą dietozależną. Szybkie tempo życia, niski poziom wiedzy dzieci i młodzieży na temat racjonalnego odżywiania, złe nawyki żywieniowe, brak aktywności fizycznej - są głównymi powodami zwiększania się liczby dzieci i młodzieży z nadwagą i otyłością.

Badanie ankietowe przeprowadzone wśród 100 uczniów zamieszkujących miasto lub wieś potwierdziło, że uczniowie gimnazjum pochodzący ze wsi są bardziej aktywni fizycznie oraz popełniają mniej błędów żywieniowych niż ich rówieśnicy mieszkający w mieście.

Wnioski: Zarówno uczniów miast jak i wsi charakteryzowały nieprawidłowe nawyki żywieniowe (liczba posiłków spożywanych w ciągu dnia, częstość spożywania owoców i warzyw). Ponadto badaną grupę charakteryzowała zbyt mała aktywność fizyczna. Nadwaga lub otyłość występowała na podobnym poziomie u uczniów mieszkających w mieście lub na wsi

Słowa kluczowe: nadwaga, otyłość, dzieci

Overweight and obesity problem of high school students living in a village or in a city

Abstract

Obesity is diet-related disease. Fast paced of life, low level of children and youth knowledge about rational nutrition, bad eating habits pass on by parents and family members, lack of any physical activity- are the main reasons of increasing number of children and adolescents with overweight and obesity. A survey conducted among 100 students, who live in the town or village, confirmed that high school students coming from the village are physically more active and make less nutritional mistakes than their peers who live in the city.

Conclusions: Students from town as well as students from village have characterized abnormal eating habits (number of meals eaten per day, the frequency of consumption fruits and vegetables). What's more, the test group has characterized too less physical activity. Overweight or obese has performed at a similar level of students who live in the city or in the village.

Keywords: overweight, obesity, children

Wybrane motywy udziału w wolontariacie sportowym na przykładzie wolontariuszy Panasonic Evolta Triathlon

1. Wstęp

Aktywność związana z niesieniem pomocy innym jest składową każdego społeczeństwa. W odniesieniu do niej płeć, wiek, kolor skóry, pochodzenie społeczne i wiele innych zmiennych nie mają znaczenia [1]. Kluczowym czynnikiem jest niesienie pomocy i poświęcenie innym własnego czasu czy uwagi [2].

Wolontariat jako zjawisko społeczne obejmuje swoim zasięgiem różne obszary związane z aktywnością człowieka [3]. Ochotnicy pomagają w instytucjach pomocy społecznej, w obszarze edukacji, ochrony zdrowia, działaniach na rzecz ochrony środowiska [4], jak również w innych dziedzinach życia [2]. W niniejszym artykule uwaga skierowana zostanie w stronę specyficznej działalności, jaką jest wolontariat sportowy.

Zanim jednak przejdziemy do omówienia motywów działania wolontariuszy należy wyjaśnić samo pojęcie wolontariatu i wolontariusza, które nie są łatwe do jednoznacznego zdefiniowania. Związane jest to zarówno z szerokim zakresem prac, jakie może wykonywać ochotnik, jak również z obszarem jego działań. Próbując odnaleźć znaczenie terminu „wolontariat” możemy poruszać się w następujących obszarach: wolontariat rozumieniu ustawowym, wolontariat w sektorze prywatnym, tzw. wolontariat pracowniczy, aktywność członków organizacji, pracę społeczną asystentów, pracę społeczną bez pośrednictwa instytucjonalnego [5]. W niniejszym artykule skupimy się na ustawowym rozumieniu wolontariatu.

Można rozróżnić dwie podstawowe kategorie wolontariatu: formalny lub nieformalny [6] i może być on realizowany w różnych formach. Pomoc można świadczyć zarówno na szczeblu lokalnym, jak i krajowym czy nawet międzynarodowym. Można podjąć działania jednorazowe lub pomagać w dłuższym okresie czasu [7].

W odniesieniu do wolontariatu sportowego mówimy raczej o wolontariacie jednodniowym lub krótkotrwałym (poniżej 30 dni). Związane jest to przede

¹ Email: marchel.pawel@wp.pl, Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy

² Email: arzepinska@gmail.com, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

wszystkim z pomocą, jakiej potrzebuje organizator wydarzenia. Przeważnie ochotnicy pomagają w dniu zawodów i kilka dni przed nimi.

Genezy słowa „wolontariat” należy szukać w języku łacińskim, pochodzi ono bowiem od łacińskiego *voluntas/voluntarius*, co w tłumaczeniu oznacza dobrą wolę, dobrowolność [8]. Wolontariuszem jest więc osoba, która ochotniczo i bez wynagrodzenia działa na rzecz innych [4]. Wolontariat natomiast, jak definiują go badacze z Uniwersytetu Johna Hopkinsa to „*nieodpłatna, dobrowolna praca świadczona na rzecz osób nieznanym [...] podejmowana indywidualnie lub w ramach organizacji lub instytucji publicznej* [9, s.2]. Tak rozumiany jest wolontariat w niniejszym artykule.

2. Cel pracy

W artykule autorzy skupią się na wskazaniu wybranych motywów podjęcia decyzji o udziale w wolontariacie przez ochotników Panasonic Evolta Triathlon. Poznanie motywacji uczestników wolontariatu jest szczególnie ważne dla organizatorów wydarzeń sportowych. Głównym celem, jaki stawiają sobie autorzy jest wskazanie najważniejszych motywów, jakimi kierują się wolontariusze podczas podejmowania decyzji o udziale w wolontariacie. Szczegółowe cele niniejszego artykułu skupiają się na wskazaniu rangi pozostałych pobudek, które skłaniają ochotników do pracy wolontarystycznej.

Dzięki wiedzy na temat przyczyn podejmowania aktywności wolontarystycznej będą oni w stanie podjąć działania zmierzające do stworzenia jak najdogodniejszych warunków pracy dla ochotników. Informacje dotyczące motywów udziału w wolontariacie sportowym mogą się także przyczynić do powstania procedur, które spowodują, że praca wolontariuszy będzie bardziej efektywna.

3. Material i metody

Metodą, jaka została zastosowana podczas zbierania danych była metoda sondażu diagnostycznego. Wśród wolontariuszy biorących udział w spotkaniu organizacyjnym rozdany został kwestionariusz ankiety. Badanie ankietowe zostało przeprowadzone 31 sierpnia 2013 r., czyli w przeddzień Panasonic Evolta Triathlon. W badaniu wzięło udział 36 osób.

Podczas spotkania organizacyjnego uczestnicy wolontariatu dowiedzieli się, do jakich zespołów zadaniowych zostali przypisani oraz jaki związany jest z tym zakres obowiązków. Z racji tego, że impreza odbywała się na trasie pomiędzy Borównem a Bydgoszczą część ochotników musiała zostać zawieszona do Borówna, a część na punkty żywieniowe rozstawione na trasie zawodów.

Przy wypełnianiu kwestionariusza ankiety zadanie badanych polegało na wybraniu 6 spośród 14 wymienionych czynników i przypisaniu im wartości od 1 do 6. Wolontariusze mieli możliwość dopisania własnego motywu.

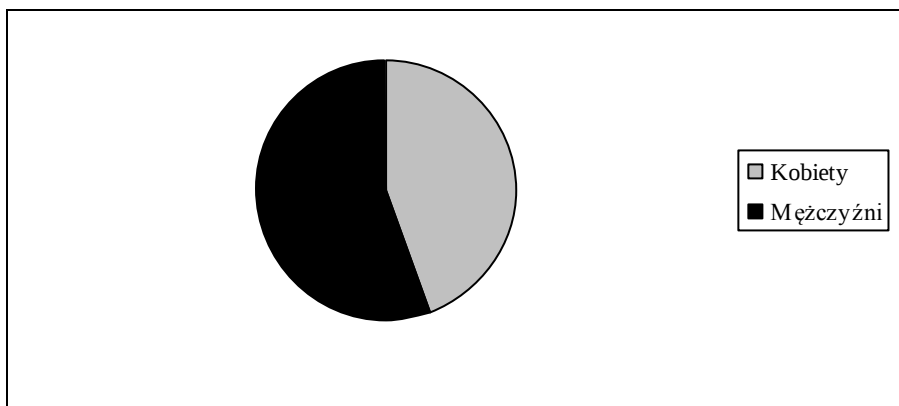
Z możliwości tej skorzystała tylko jedna osoba. W treści pytania badani zostali poinformowani, że 1 oznacza motyw najważniejszy. Aby uniknąć sugestii o ważności poszczególnych przyczyn udziału w wolontariacie została także podana informacja, iż kolejność motywów wypisanych w ankiecie jest przypadkowa. Kolejność analizowania motywów w niniejszym artykule będzie taka sama, jak kolejność umieszczenia ich w kwestionariuszu ankiety.

Opracowanie artykułu zostało poprzedzone analizą literatury z zakresu wolontariatu, jak również obowiązujących przepisów prawnych regulujących udział osób w wydarzeniach sportowych w charakterze wolontariusza. W tym przypadku należy zwrócić szczególną uwagę na Ustawę o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie [10], która określa zasady funkcjonowania wolontariatu i udziału w nim ochotników.

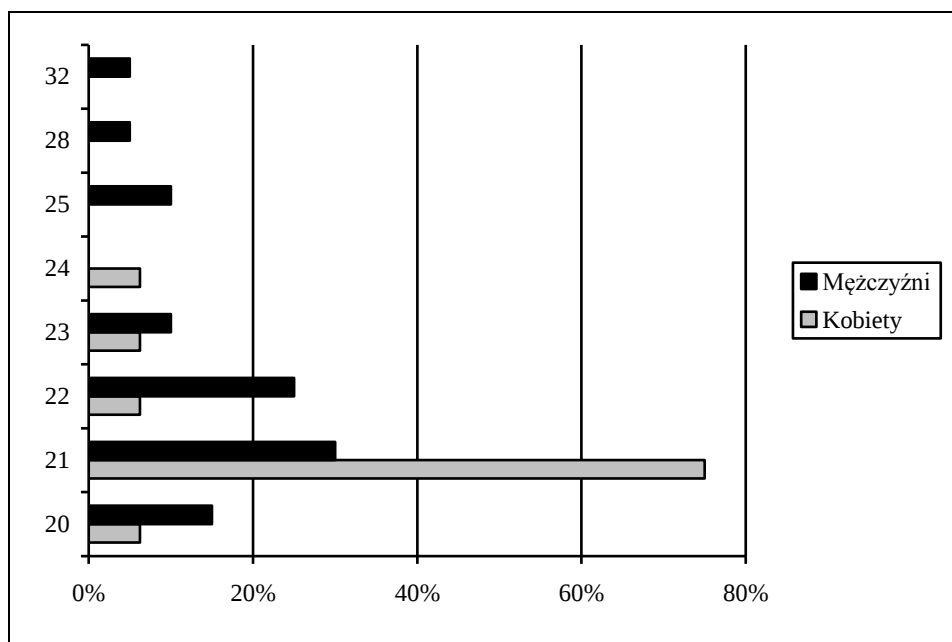
4. Analiza badań własnych

4.1. Prezentacja badanej grupy

W badaniu wzięło udział 71 osób, jednak tylko 36 ankiet było wypełnionych poprawnie i mogło zostać wykorzystanych przy prezentowaniu wyników. W tej grupie ok. 44% stanowiły kobiety, a 56% mężczyźni.



Rys. 3. Płeć wolontariuszy Panasonic Evolta Triathlon;
Źródło: opracowanie własne

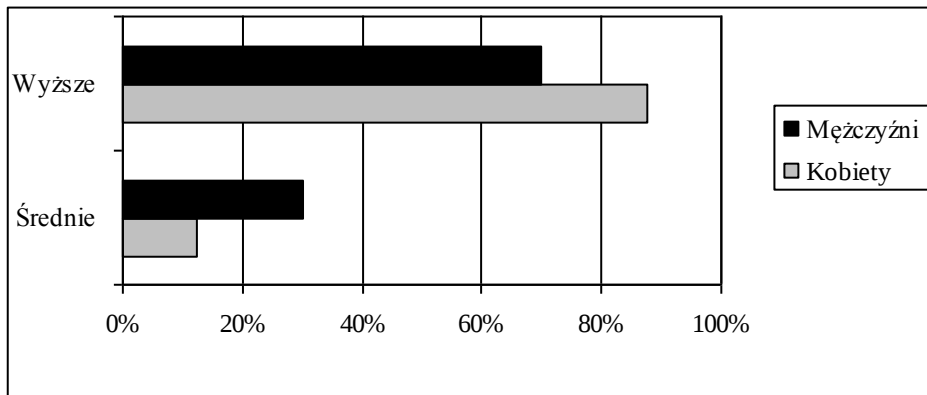


Ryc. 4. Wiek wolontariuszy Panasonic Evolta Triathlon;
Źródło: opracowanie własne

Analizując wiek uczestników wolontariatu podczas Panasonic Evolta Triathlon należy zwrócić uwagę, że były to osoby młode. 75% kobiet 30% mężczyzn stanowiły osoby w wieku 21 lat. Jedynie wśród mężczyzn były osoby w wieku 25 i więcej lat.

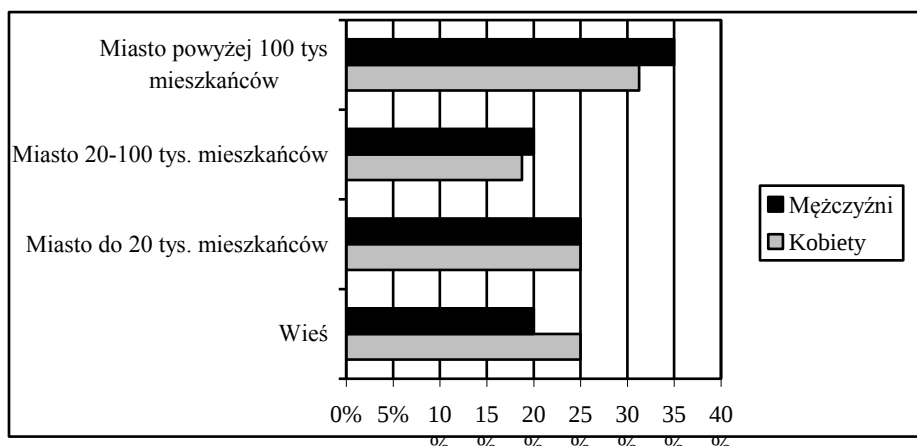
Poziom wykształcenia jest ważny czynnikiem w procesie decyzyjnym jednostki. Wśród wolontariuszy Panasonic Evolta Triathlon zdecydowaną większość stanowiły osoby z wykształceniem wyższym. Studenci lub absolwenci studiów stanowili ponad 85% badanych kobiet i 70% mężczyzn.

Niewiele ponad 10% kobiet posiadało wykształcenie średnie. Wśród badanych mężczyzn taki poziom wykształcenia zaznaczyło 30% osób. Ta grupa jest bardzo ciekawym obiektem badań, ponieważ prawdopodobnie to właśnie z niej pochodzą osoby o motywacji wewnętrznej. Nie należy oczywiście odbierać studentom prawa do kierowania się właśnie tymi pobudkami, jednak możliwość zaliczenia semestru lub odrobienia nieobecności jest silnym czynnikiem zewnętrznym, który mógł sugerować podjęcie decyzji o udziale w wolontariacie. Żadna z badanych osób nie posiadała wykształcenia niższego niż średnie.



Rys. 5. Wykształcenie wolontariuszy Panasonic Evolta Triathlon
Źródło: opracowanie własne

Czynnik środowiskowy jest bardzo ważny podczas charakterystyki badanej grupy. To, skąd pochodzi osoba może mieć wpływ na podjęcie decyzji o udziale w wolontariacie. W przypadku Panasonic Evolta Triathlon mamy do czynienia z osobami pochodzącymi zarówno ze wsi, jak i z dużych miast. Na rycinie 4 przedstawiona została informacja na temat miejsca pochodzenia ochotników.



Rys. 6 Miejsce zamieszkania wolontariuszy Panasonic Evolta Triathlon
Źródło: opracowanie własne

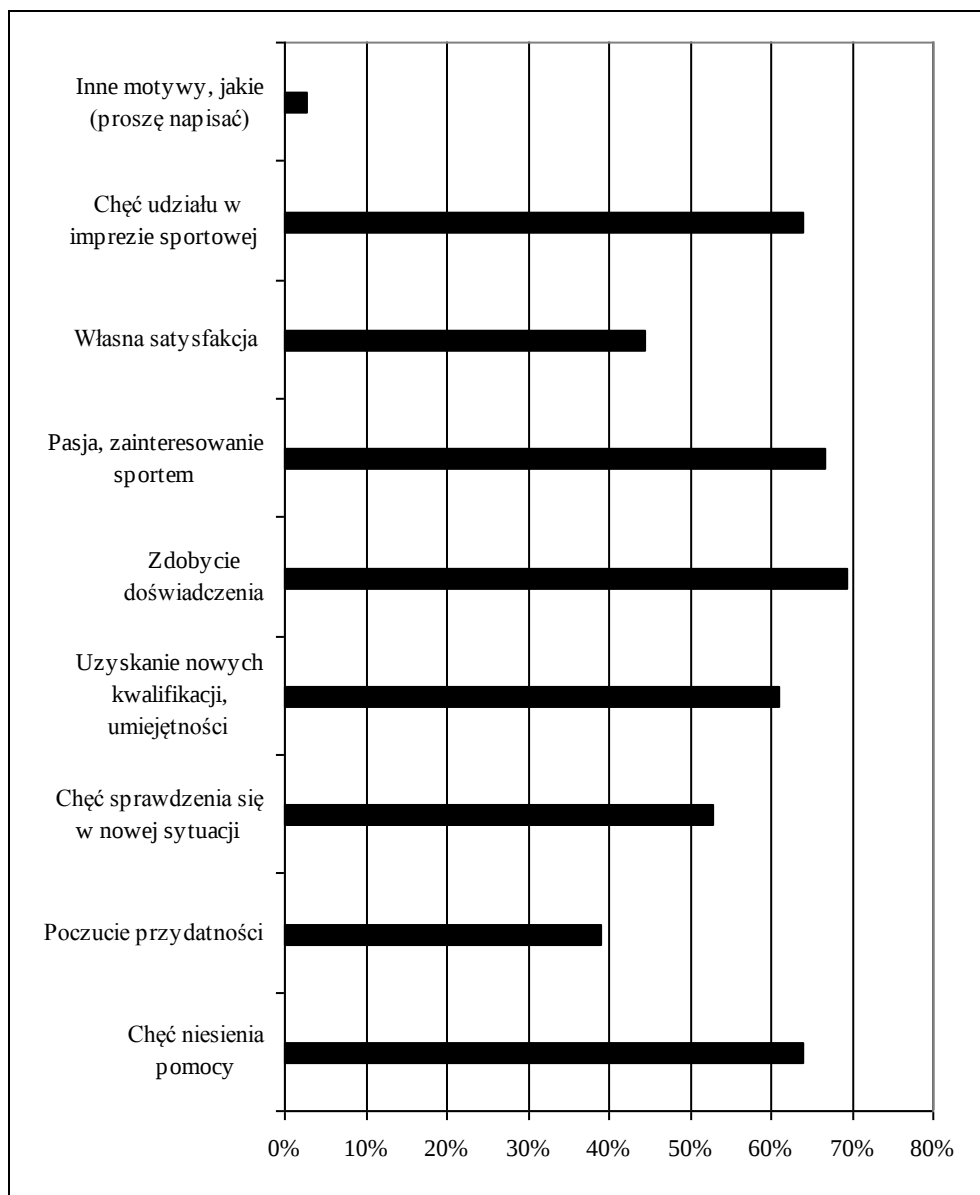
Wśród obojga płci największą grupę stanowiły osoby z dużych miast. Ponad 30% kobiet i 35% mężczyzn zaznaczyło tę odpowiedź. Wskazania dla pozostałych odpowiedzi oscylują w granicach 20%.

4.2. Motywy udziału w wolontariacie

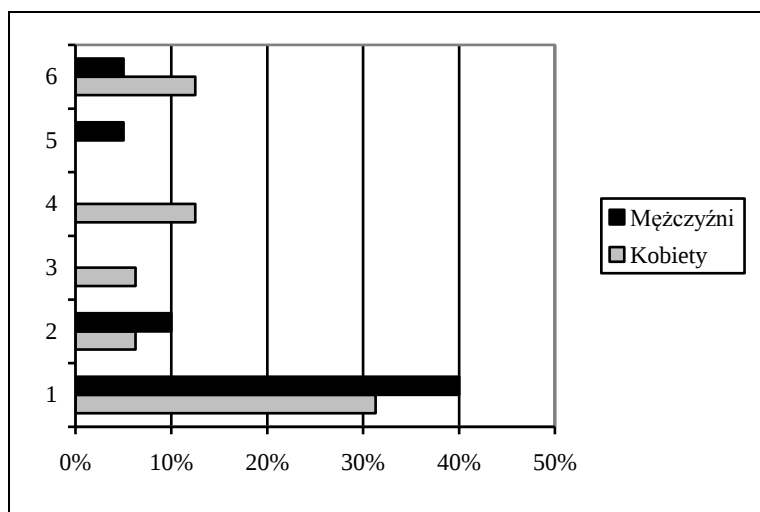
Poznanie motywów udziału w wolontariacie jest bardzo ważnym aspektem dla organizatora jakiegokolwiek wydarzenia. Wiedza na ten temat może mieć kluczowe znaczenie w przypadku planowania pracy z wolontariuszami. Analizując ochotników Panasonic Evolta Triathlon najważniejszym motywem była chęć zdobycia doświadczenia. Odpowiedź tę zaznaczyło blisko 70% osób. Kolejne dwa czynniki z około 65% wskazań związane były z zainteresowaniem sportem i chęcią udziału w wydarzeniu, jakim były zawody. Ponad 60% wynik wskazań uzyskały także odpowiedzi związane z chęcią pomocy i uzyskaniem nowych kwalifikacji i kompetencji. Na rycinie 5 zostało przedstawione procentowe zestawienie wybranych motywów udziału w wolontariacie.

Samo wskazanie na motywów udziału w wolontariacie jest bardzo ważną informacją dla organizatora. Dodatkowe wskazanie rangi motywu może przyczynić się do ustalenia bardziej precyzyjnych form współpracy z wolontariuszami. Może okazać się, że dwa motywy, które uzyskały podobny wynik w ogólnym zestawieniu mogą znacząco się różnić pod względem rangi. Jeden z nich może mieć najwięcej wskazań przy 1, a więc być najczęściej wybierany jako najważniejszy, zaś drugi przy 4 czy 5, a więc w motywach mniej ważnych. Dlatego szczegółowe przyjrzenie się wybranym motywom jest ważnym aspektem niniejszego opracowania.

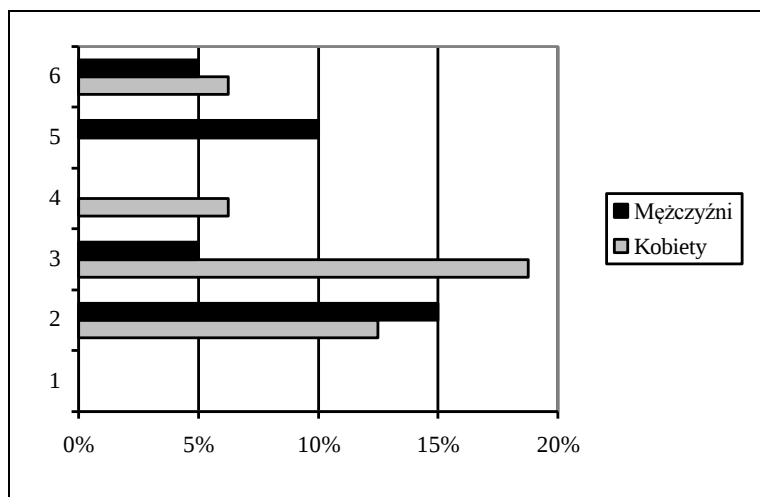
Chęć niesienia pomocy. Jak się okazało podczas badania silne pobudki altruistyczne, jakie powinny towarzyszyć każdej działalności wolontarystycznej bez względu na rodzaj wolontariatu, były głównym motywem działania w przypadku ochotników Panasonic Evolta Triathlon. Ponad 30% kobiet i aż 40% mężczyzn wskazało ten motyw jako najważniejszy. Świadczyć to może o tym, że młodzi ludzie chcą świadczyć swoją pomoc i działania organizatorów różnych wydarzeń, w tym sportowych powinny być kierowane na tę grupę społeczną. Odpowiednia oderta skierowana do młodych osób może sprawić, że ich chęć niesienia pomocy zostanie wykorzystana w dobrym celu, z korzyścią nie tylko dla nich samych, ale także dla społeczeństwa.



Rys. 7. Wybrane motywy uczestnictwa w wolontariacie;
Źródło: opracowanie własne

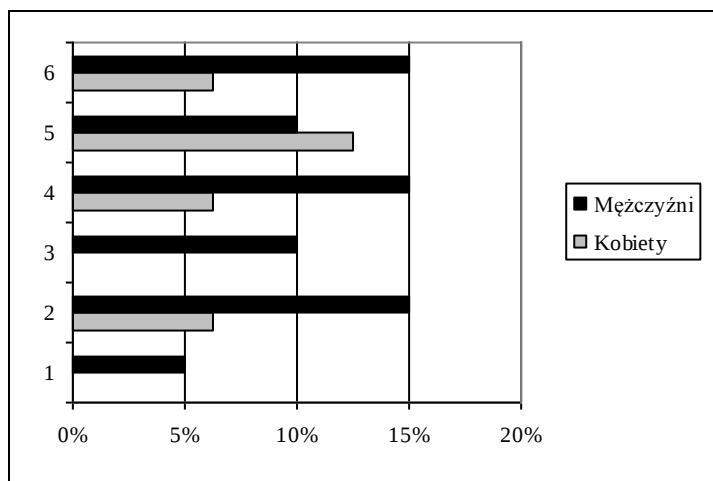


Rys. 8. Ranga motywu chęć niesienia pomocy;
Źródło: opracowanie własne



Rys. 9. Ranga motywu poczucie przydatności;
Źródło: opracowanie własne

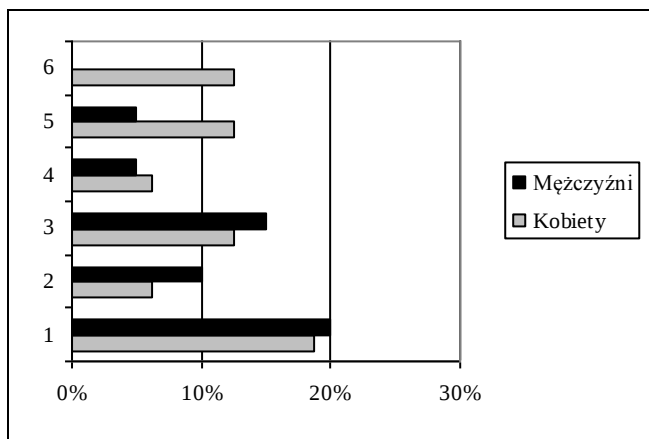
Poczucie przydatności. Drugi z zaproponowanych motywów dotyczy poczucia przydatności. Związany jest on z zaspokojeniem wewnętrznej potrzeby bycia potrzebnym przy realizacji konkretnego działania. Wśród badanych ochotników trudno mówić o silnym poczuciu przydatności. Świadczy o tym fakt, że żadna osoba nie umieściła tego motywu na pierwszym miejscu. Najwięcej wskazań wśród mężczyzn miał ten czynnik na 2 miejscu i było to 15%. W blisko 20% przypadków kobiety umieszczały ten motyw na 3 miejscu i była to najczęściej przypisywana przez panie ranga dla tej pobudki.



Rys. 10. Ranga motywu chęć sprawdzenia się w nowej sytuacji

Źródło: opracowanie własne

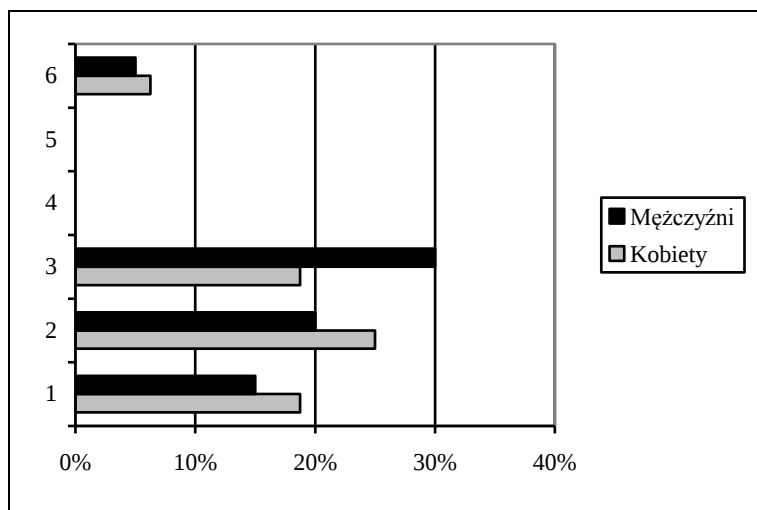
Chęć sprawdzenia się w nowej sytuacji. Dla wielu osób udział w wolontariacie jest nowym doświadczeniem. Niektóre z zadań, jakie napotykają wolontariusze podczas pracy mają swój odpowiednik w sektorze komercyjnym, inne niestety nie. Stykając się z nimi podczas wolontariatu osoba może zdobyć wiedzę na temat sposobów i metod postępowania w nietypowej sytuacji. Ochotnicy Panasonic Evolta Triathlon raczej nie kierowali się chęcią sprawdzenia się w nowej sytuacji, jako motywem przy podejmowaniu decyzji o udziale w wolontariacie. Czynniki ten częściej wskazywali mężczyźni, a przy trzech wartościach rangi (2, 4, 6) uzyskał on 15% wskazań wśród panów. Z kolei kobiety najczęściej umieszczały ten motyw na 5 miejscu. Takiego wyboru dokonało nieco ponad 10% pań.



Rys. 11. Ranga motywu uzyskanie nowych kwalifikacji, umiejętności

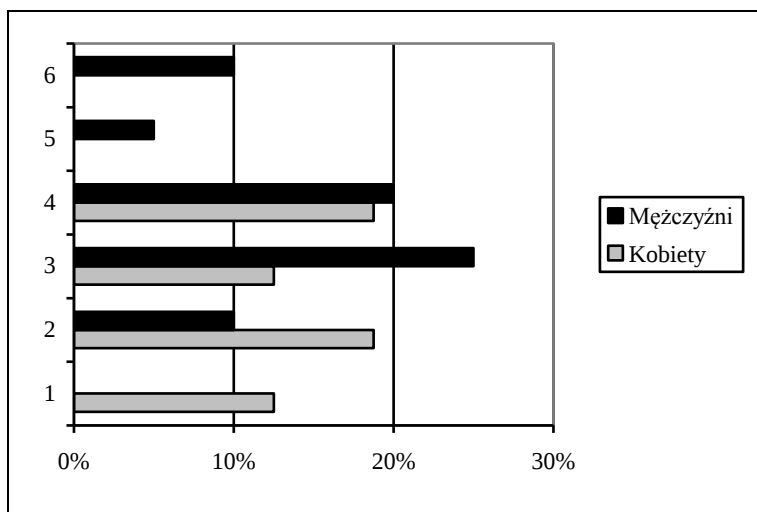
Źródło: opracowanie własne

Uzyskanie nowych kwalifikacji, umiejętności. Bardzo często z udziałem w wolontariacie wiąże się uzyskanie nowych kwalifikacji i umiejętności. Młodzi ludzie coraz częściej dostrzegają, iż pomoc świadczona w ramach nieodpłatnej pracy stanowi pierwszy krok w karierze zawodowej [7]. Ochotnicy muszą działać w zespole, nierzadko wspólnymi siłami przeciwdziałać napotkanym trudnościom, pracować w stresie, szybko podejmować decyzje, umieć dostosować się do sytuacji. Te umiejętności są przydatne w różnych obszarach życia, a mogą być napotykanne po raz pierwszy i kształtowane podczas pomocy przy organizacji zawodów sportowych. Blisko 20% kobiet i 20% mężczyzn nadała temu motywowi najwyższą rangę. Pozwala to stwierdzić, że wolontariusze nie tylko chcą nieść pomoc, ale także chcą się czegoś nauczyć, zdobyć nowe umiejętności.



Ryc. 12. Ranga motywu zdobycie doświadczenia
Źródło: opracowanie własne

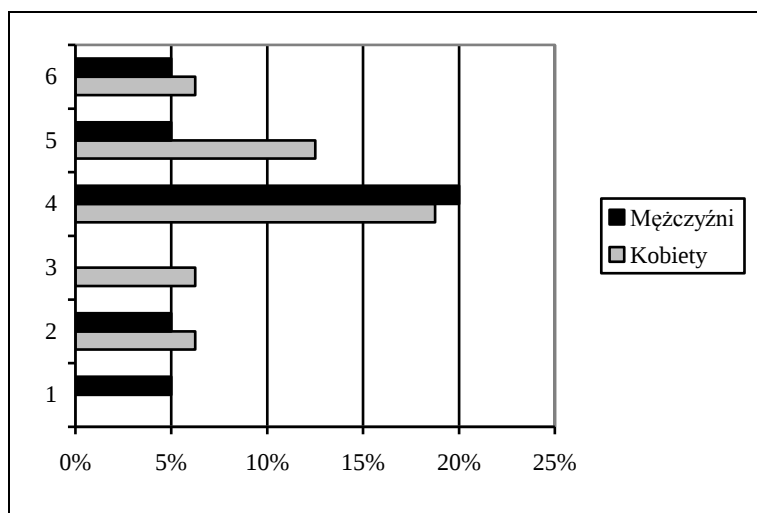
Zdobycie doświadczenia. Jak zaznacza to M. Danielak-Chromać wolontariat zaczyna być odbierany jako ważny czynnik na rynku pracy. Przed podjęciem pracy zawodowej młodzi ludzie coraz częściej pracują jako wolontariusze. W ten sposób zdobywają cenne doświadczenie zawodowe [5]. Zdobycie doświadczenia było najczęściej wskazywana odpowiedzią. Na rycinie 5 możemy zauważyć, że odpowiedzi takiej udzieliło blisko 70% wszystkich badanych. Analizując rycinę 10 widzimy, że motyw ten nie był najczęściej wskazywany na pierwszym miejscu. Około 25% kobiet przydzieliło mu rangę 2, a 30% mężczyzn umieściło go na 3 pozycji. Oznacza to, że motyw ten jest ważny dla wolontariuszy, ale nie najważniejszy. Ochotnicy chcą zdobywać wiedzę i doświadczenie, które później może zaprocentować w pracy zawodowej.



Ryc. 13. Ranga motywu pasja, zainteresowanie sportem

Źródło: opracowanie własne

Pasję i zainteresowanie sportem jako motyw udziału w wolontariacie wskazało blisko 70% ochotników. Zainteresowanie sportem badanych może mieć związek z faktem iż wielu uczestników badania było studentami wychowania fizycznego. Z racji wybranego kierunku studiów ich fascynacja aktywnością fizyczną jest uzasadniona. Motyw ten jest ważniejszy dla kobiet niż dla mężczyzn. Blisko 20% pań wskazało go na 2 miejscu pod względem ważności. Tak sam odsetek kobiet umieścił go na 4 miejscu. Wśród panów najczęściej wskazań – około 25% - miał motyw ten przy 3, a więc w przedziale średniej rangi motywu.

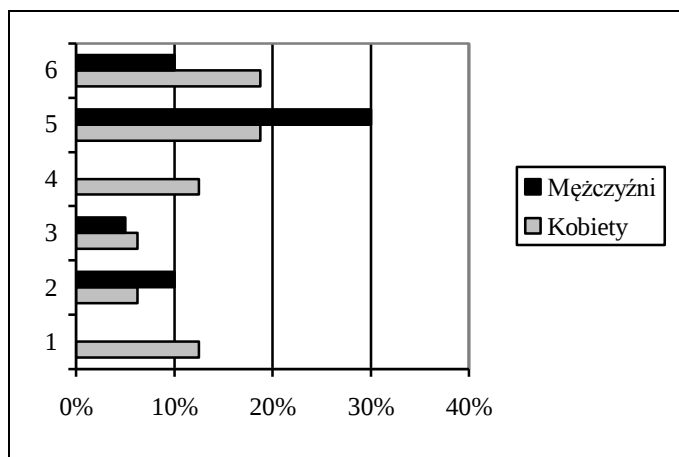


Ryc. 14. Ranga motywu własna satysfakcja

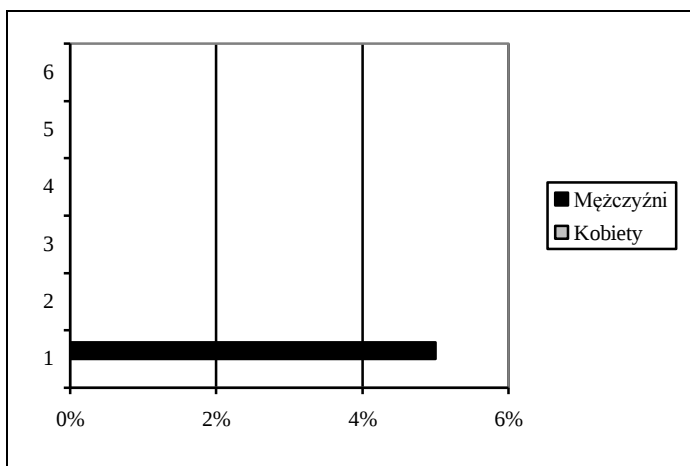
Źródło: opracowanie własne

Własna satysfakcja. Mimo iż wolontariusze odczuwają chęć niesienia pomocy, to samo jej udzielanie nie przynosi im samorealizacji. Żadna kobieta i tylko 5% mężczyzn uznało ten motyw za najważniejszy. Na rycinie 12 możemy zauważyć, że dopiero przy 4 jest najwięcej wskazań zarówno u pań jak i u panów. Wartości te oscylują w granicach 20%.

Chęć udziału w imprezie sportowej. Motyw związany z chęcią udziału w imprezie sportowej był jednym z częściej wybieranych przez ochotników. Ponad 60% osób wskazało na tę odpowiedź. Był to trzeci, obok chęci niesienia pomocy i zdobycia doświadczenia, z najczęściej wskazywanych motywów. Tak częste udzielanie tej odpowiedzi należy powiązać zarówno z pasją i zainteresowaniem sportem, jak również z kierunkiem studiów wolontariuszy. Patrząc jednak na rangę tego motywu (rycina 13) możemy zauważyć, że nie jest on aż tak ważny dla wolontariuszy. Wśród kobiet najczęściej pojawiał się przy randze 5 i 6 – około 20%, zaś mężczyźni w 30% przypadków umieszczali go na 5 miejscu. Można więc wywnioskować, że udział w imprezie jest wartością dodaną do wolontariatu i nie stanowi głównego kryterium podjęcia decyzji o udziale w wolontariacie sportowym.



Ryc. 15. Ranga motywu chęć udziału w imprezie sportowej
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 16. Ranga innego motywu
Źródło: opracowanie własne

Jak już wspomniano tylko jedna osoba skorzystała z możliwości wpisania własnego motywu udziału w wolontariacie. Pomimo tak małej liczby wskazań jest to bardzo ważna odpowiedź, gdyż została wskazana na 1 miejscu. Odpowiedź ta związana była z możliwością zaliczenia semestru, dzięki udziałowi w wolontariacie. Nadanie temu motywowi najwyższej rangi rzuca nowe światło na całe badanie. Wzbudza jednocześnie w autorach opracowania szereg pytań związanych zarówno z zasadami zaliczenia semestru, jak również motywami wiodącymi innych badanych. Należy się zastanowić, czy większa grupa ochotników nie kierowała się tym motywem i czy nie był on wiodący dla większej grupy wolontariuszy? Dalsze badania w tym obszarze pozwolą dokładniej przyjrzeć się zagadnieniu i przyczynią się do udzielenia odpowiedzi na powyższe pytania.

5. Podsumowanie i wnioski

Bez wątpienia wolontariat jest bardzo ważnym aspektem organizacyjnym każdej imprezy sportowej. Pomoc i zaangażowanie wolontariuszy przyczyniają się do poprawy jakości organizowanej imprezy. Ich praca na wielu płaszczyznach zapewnia sprawne przeprowadzenie zawodów.

Zanim jednak organizator będzie mógł skorzystać z pomocy wolontariuszy musi ich zachęcić do współpracy. Chcąc, żeby proces rekrutacji wolontariusz był jak najbardziej efektywny należy poznać motywy podejmowania decyzji o udziale w wolontariacie. Znajomość tych aspektów pozwoli na lepsze przygotowanie się organizatora do przyjęcia wolontariusza. Posiadając wiedzę w tym zakresie koordynator wolontariatu będzie w stanie stworzyć takie warunki pracy, które będą najkorzystniejsze nie tylko dla niego, ale także dla ochotników.

W artykule przedstawione zostały wybrane motywy udziału ochotników Panasonic Evolta Triathlon w wolontariacie sportowym. Z pewnością nie wyczerpują one całości omawianego zagadnienia. Chcąc poznać jak najwięcej motywów kierujących ludźmi w stronę wolontariatu sportowego należy prowadzić badania na wielu polach. Oznacza to, że analizie poddani powinni zostać ochotnicy z różnych środowisk, różnych dyscyplin sportowych, imprez o zróżnicowanej randze i zasięgu. Ponadto badania powinny być powtarzane co pewien czas, żeby móc sprawdzić, czy i jeśli tak to w jaki sposób zmieniają się motywy udziału w wolontariacie.

Najważniejszym motywem podjęcia decyzji o wolontariacie był motyw związany z chęcią niesienia pomocy. Niewiele ponad 60% badanych wskazało na tę pobudkę. Świadczenie pomocy nie było jednak związane z poczuciem przydatności. Niecałe 40% osób wybrało ten motyw

Najczęściej wskazywanymi motywami były te, które dotyczyły aspektów możliwych do wykorzystania w przyszłości. Było wśród nich przede wszystkim zdobycie doświadczenia, które wybrało blisko 70% badanych oraz uzyskanie nowych kwalifikacji i umiejętności z ponad 60% wskazań. Motywy te były także jednymi z najczęściej wskazywanych na pierwszych trzech miejscach, co oznacza, że była im przypisywana najwyższa ranga.

Wydaje się, że jednym z głównych motywów podjęcia decyzji o udziale w wolontariacie sportowym jest realna pasja i zainteresowanie sportem oraz chęć udziału w imprezie sportowej. W przypadku wolontariuszy Panasonic Evolta Triathlon było to odpowiednio niecałe 70% wskazań oraz nieco ponad 60% odpowiedzi. Motyw ten najczęściej umieszczany był w drugiej połowie skali, co oznacza, że udział w imprezie sportowej może być odbierany przez ochotników jako wartość dodana do wolontariatu.

Literatura

1. Danielak-Chomać M., Dobrowolska B., Roguska A., *Wolontariat w teorii i praktyce*, Siedlce, Fundacja na Rzecz Dzieci i Młodzieży „SZANSA”, 2010 [ze wstępu].
2. Szymanowska J., *Znaczenie wolontariatu studenckiego w procesie wspomagania osób chorych i niepełnosprawnych*, [W:] *Wolontariat w teorii i praktyce*, pod red. M. Danielak-Chomać, B. Dobrowolska, A. Roguska, Siedlce, Fundacja na Rzecz Dzieci i Młodzieży „SZANSA”, 2010, s. 81-87.
3. Dobrowolska B., *Wolontariat i postawy altruistyczne w opinii społecznej. Studenci wobec wolontariatu – analiza badań.*, [W:] *Wolontariat w teorii i praktyce*, pod red. M. Danielak-Chomać, B. Dobrowolska, A. Roguska, Siedlce, Fundacja na Rzecz Dzieci i Młodzieży „SZANSA”, 2010, s. 59-79.
4. Blicharz R., Huchała A., *Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Komentarz*, Warszawa, Wolters Kluwer, 2008.
5. Danielak-Chomać M., *Regulacje prawne wolontariatu – szanse i bariery rozwoju*, [W:] *Wolontariat w teorii i praktyce*, pod red. M. Danielak-Chomać, B. Dobrowolska, A. Roguska, Siedlce, Fundacja na Rzecz Dzieci i Młodzieży „SZANSA”, 2010, s. 89-101.
6. Pazderski F., Sobiesiak-Penszko P., *Wolontariat osób dojrzałych w Polsce. Ekspertyza dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej*, Warszawa, 2013.
7. Matuszewska A., *Wolontariat międzynarodowy jako forma aktywności edukacyjnej młodzieży*, Olsztyn, Centrum Badań Europy Wschodniej, 2010.
8. Roguska A., *Wolontariat – działania na rzecz jednostki i społeczeństwa*, [W:] *Wolontariat w teorii i praktyce*, pod red. M. Danielak-Chomać, B. Dobrowolska, A. Roguska, Siedlce, Fundacja na Rzecz Dzieci i Młodzieży „SZANSA”, 2010, s. 27-48.
9. Makowski G., *Młody, bogaty, wykształcony, religijny – mit polskiego wolontariusza*, Warszawa, CBOS BS/63/2011, 2011.
10. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, Dz. U. 2003 Nr 96 poz. 873

Wybrane motywy udziału w wolontariacie sportowym na przykładzie wolontariuszy Panasonic Evolta Triathlon

Streszczenie

Wolontariat jest bardzo ważnym aspektem organizacji każdego wydarzenia sportowego. Badanie motywów podejmowania aktywności przez ochotników jest kluczowe dla określenia sposobu współpracy z nimi. W artykule przedstawione zostały wybrane motywy udziału w wolontariacie sportowym wolontariuszy Panasonic Evolta Triathlon. Przy badaniu zagadnienia autorzy posłużyli się kwestionariuszem ankiety, który wolontariusze wypełniali podczas spotkania organizacyjnego. Z przeprowadzonych badań wynika, że wolontariusze chcą pomagać przy organizacji imprezy, a świadcząc pomoc chcą zdobyć doświadczenie oraz nowe kwalifikacje i umiejętności.

Słowa kluczowe: wolontariat, wolontariat sportowy, motywy udziału w wolontariacie

Selected aims of taking part in the sport volunteering basing on the example of Panasonic Evolta Triathlon volunteers.

Summary

Voluntary service is a significant aspect by organising every sport event. Researching the aims of taking part in the voluntary activity by volunteers is crucial by specifying the ways of mutual cooperation. The article focuses on the selected aims named by Panasonic Evolta Triathlon volunteers when it comes to sport volunteering. The authors base their work mainly on the questionnaire filled in by the volunteers during the organisational meeting. The results show clearly that the volunteers are willing to help by the organisation of the event. By doing so, they not only help but also gain experience or new skills and qualifications.

Key words: voluntary service, sport volunteering, aims of partaking in voluntary actions

Dwujęzyczność w świetle badań nad mózgiem

1. Wprowadzenie

Dwujęzyczność (ang.: bilingualism) może być definiowana na wiele sposobów. W zdecydowanej większości przypadków rozumiemy pod tym pojęciem zespół umiejętności, który umożliwia osobie dwujęzycznej na swobodne operowanie dwoma językami na zaawansowanym poziomie, porównywalnym do kompetencji *native speaker'a* [1]. Czasami jednak stopień biegłości językowej, niezbędny do określenia danej osoby mianem dwujęzycznej, definiowany jest jako znacznie niższy – mianowicie jako umiejętność tworzenia zrozumiałych wypowiedzi w obu językach. Takie ujęcie pozwala zaliczyć w poczet osób dwujęzycznych także osoby uczące się dwóch języków obcych [2]. Z kolei pod względem socjolingwistycznym dwujęzyczność może być definiowana jako regularne używanie dwóch języków, bez uwzględnienia poziomu kompetencji językowej [3]. Niektórzy językoznawcy zwracają uwagę, że dwie osoby jednojęzyczne nie są w stanie zastąpić osoby dwujęzycznej ze względu na jej unikalne umiejętności w zakresie znanych jej dwóch języków [1].

Ludzki mózg cechuje plastyczność, która jest kształtowana na podstawie zdobywania doświadczeń oraz odbierania bodźców z otoczenia. Osoby dwujęzyczne posługują się dwoma językami przez całe swoje życie. Ich mózg nieustannie kontroluje i decyduje, z jakim językiem ma kontakt w danym momencie i w jakim języku odbywa się rozmowa, hamując tym samym adekwatny proces dotyczący drugiego języka. Dowiedziono, że mózg osoby dwujęzycznej wykazuje korzystne zmiany strukturalne i funkcjonalne w obrębie rejonów zaangażowanych w operowanie językami oraz czynności związane m.in. ze zdolnością selektywnego skupiania uwagi, rozwiązywania problemów oraz przystosowywaniem się do nowych sytuacji [4].

Zjawisko dwujęzyczności od dawna fascynowało świat nauki, jednak dopiero w połowie XIX wieku zaczęto prowadzić badania, mające na celu wyjaśnić istotę zdolności mowy oraz nauki języków obcych. Wówczas głównym źródłem informacji o umiejscowieniu rejonów w mózgu odpowiedzialnych za mowę były zaburzenia mowy (afazje) u pacjentów z uszkodzeniami mózgu oraz badania

¹ Absolwentka studiów I stopnia (Biotechnologia), Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej;
Wydział Humanistyczny: Lingwistyka stosowana, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej;
joanna.aleksandra.mirek@gmail.com

sekcyjne. Natomiast w czasach współczesnych możliwe jest badanie mózgowych mechanizmów mowy bezpośrednio na pacjentach, dzięki nieinwazyjnym metodom obrazowania mózgu, tj. rezonans magnetyczny, czy metody izotopowe. Postęp naukowy umożliwił tym samym rozwój nowej dziedziny – neurolingwistyki. Ma to ogromne znaczenie zwłaszcza w czasach współczesnych, ponieważ umożliwia nie tylko lepsze zrozumienie tego złożonego zagadnienia, lecz również wpływa na doskonalenie metod dydaktycznych, skorelowanych z wiedzą o procesach zachodzących w mózgu podczas nauki języków obcych.

2. Rola lewej półkuli mózgowej

2.1. Główne ośrodki językowe

Porozumiewanie się za pomocą mowy odróżnia człowieka od innych naczelnych. Mowa jest ściśle powiązana z myśleniem abstrakcyjnym, umożliwiającym przekształcanie myśli w sygnały werbalne, dzięki którym zachodzi komunikacja. U 98% ludzi praworęcznych i ok. 70% leworęcznych ośrodki mowy zlokalizowane są w korze lewej półkuli mózgowej. Znajdują się w niej dwa główne obszary odpowiedzialne za tworzenie oraz rozumienie mowy, połączone są ze sobą za pomocą pęczka łukowatego, który przewodzi między nimi informacje. Lewa półkula jest dzięki temu wyspecjalizowana w werbalnej analizie informacji [5].

Ośrodek ruchowy mowy (ośrodek Broki) zlokalizowany jest w płacie czołowym, w tylnej części zakrętu czołowego dolnego (pole 44, 45 Brodmanna). Tworzony jest w nim szczegółowy wzorzec niezbędny do artykulacji mowy. Ośrodek Broki odpowiada za planowanie wypowiedzi oraz wypowiadanie mowy. Dowiedziono również, że odgrywa istotną rolę w rozpoznawaniu składni zdań mowy słyszanej – aktywuje się, gdy osoba słyszy zdanie z błędem syntaktycznym [5].

Natomiast ośrodek czuciowy (słuchowy) mowy, zwany również ośrodkiem Wernickiego, położony jest w płacie skroniowym w tylnym odcinku zakrętu skroniowego górnego oraz części zakrętu skroniowego środkowego. Dochodzi w nim do modulowania, analizy i identyfikacji językowych bodźców słuchowych i wzrokowych, a także do przetwarzania abstrakcyjnych myśli w zrozumiałe pojęcia. Obszar ten odpowiada za tzw. słuch fonematyczny, dzięki któremu człowiek jest w stanie odróżniać dźwięki mowy (fonemy) od dźwięków pochodzących z otoczenia. W zakręcie skroniowym górnym, w obrębie którego położony jest ośrodek Wernickiego, zakodowane są ogólne nazwy przedmiotów i pojęć – rejon ten aktywuje się, gdy zdanie zawiera błąd semantyczny [5].

Oprócz powyższych okolic istnieją również inne ośrodki, biorące udział w powstawaniu i rozumieniu mowy. Należy do nich m.in. styk ciemieniowo-skroniowo-potyliczny, w obrębie którego znajduje się zakręt nadbrzeżny oraz

zakręt kątowy płatu ciemieniowego, położony ku tyłowi od szczeliny bocznej, a także ośrodki zlokalizowane w pobliżu części płatu potylicznego i skroniowego. W procesie sterowania mową zaangażowana jest dodatkowa okolica ruchowa, wyspa, mózdzek oraz przednia część zakrętu skroniowego dolnego, odpowiadająca za prawidłowe posługiwanie się częściami mowy. Natomiast w procesie czytania bierze udział kora wzrokowa, położona na biegunie potylicznym, zaś przy artykulacji wypowiedzi ośrodki zlokalizowane w korze motorycznej [5].

Ośrodki prawej półkuli mózgowej odpowiedzialne są za intonację mowy, jej wydźwięk emocjonalny, użycie pragmatyczne oraz rozpoznawanie tych aspektów mowy u innych [5].

2.2. Dwujęzyczność przy braku lewej półkuli

Niezmiernie ciekawym jest przypadek dziewczynki, na której w wieku trzech lat przeprowadzono operację usunięcia lewej półkuli mózgowej, zajętej przez zagrażające śmiercią zapalenie mózgu Rasmussena (przewlekłe ogniskowe zapalenie mózgu, ang.: Rasmussen's encephalitis), któremu towarzyszyły niekontrolowane ataki padaczki. Operacja była niezbędna, ponieważ zagrożona była również druga półkula, a choroba doprowadziła już do prawostronnego porażenia połowicznego oraz poważnego zaburzenia funkcji językowych dziecka. Pomimo tego, że doszło do usunięcia dominującej u pacjentki półkuli (dziewczynka była praworęczna), w której znajdowały się centra językowe oraz centra odpowiadające za kontrolę motoryczną lewej części ciała, dziewczynka w wieku siedmiu lat posługiwała się biegle dwoma językami, niderlandzkim i tureckim, wobec czego została oficjalnie uznana za osobę dwujęzyczną. Objawy porażenia połowicznego prawej części ciała częściowo ustąpiły, w momencie badania widoczne były jedynie nieznaczne objawy spastyczności lewego ramienia oraz ręki. Pacjentka cierpi na ślepotę połowiczną, ale jej słuch funkcjonuje doskonale. Prowadzi w pełni normalne życie [6], [7], [8], [9].

Ten niezwyklej przypadek świadczy o tym, jak plastyczny i zdolny do przystosowania się do nowych warunków jest ludzki mózg, który jest w stanie przejąć część najistotniejszych dla prawidłowego funkcjonowania funkcji nawet po usunięciu jednej półkuli. W tym przypadku prawa półkula niemal w pełni zrekomensowała brak lewej. Mózg pacjentki przystosował się do utraty lewej półkuli mimo, iż mogłoby się wydawać, że tak ogromna utrata tkanki mózgowej powinna być katastrofalna w skutkach – można byłoby oczekiwać braku komunikowania się za pomocą mowy (usunięcie ośrodków mowy w lewej półkuli) oraz poważnego połowicznego upośledzenia ruchu [8], [9].

3. Dwujęzyczność u dzieci

Dziecko nabywa mowę instynktownie, ponieważ proces ten jest zdolnością wrodzoną. Akwizycja języka przebiega spontanicznie, nawet bez stosowania metod dydaktycznych, pod warunkiem jednak, że dziecko ma kontakt z językiem w ciągu pierwszych lat życia, kiedy jego mózg charakteryzuje największa plastyczność (powstają i utrwalają się połączenia neuronalne). W tym okresie bardziej skuteczna jest również nauka drugiego języka [5].

Najnowsze badania naukowe wykazują, że wychowywanie w środowisku dwujęzycznym może wspomagać proces rozwoju określonych umiejętności kognitywnych. Należą do nich m.in.: zdolność elastycznego myślenia oraz myślenie abstrakcyjne. Udowodniono również, że dzieci dwujęzyczne rozwijają bardzo wydajną pamięć roboczą. Jest to rodzaj pamięci krótkotrwałej, która przechowuje i przetwarza informacje w krótkich okresach czasu, dlatego odgrywa kluczową rolę m.in. w procesie uczenia się oraz rozwiązywaniu problemów (np. w czytaniu ze zrozumieniem oraz wykonywaniu obliczeń w myślach) [10], [11].

Wiek dzieci, w którym mają kontakt z dwoma językami, ma kluczowy wpływ na ich opanowanie. Wczesny, intensywny i systematyczny kontakt z językami pozwala im szybko opanować podstawy obu języków w sposób niemal identyczny, w jaki dzieci jednojęzyczne opanowują swój język ojczysty. Jako dwujęzyczni dorośli doskonale radzą sobie z obydwojema językami. Podczas posługiwania się dwoma językami ich mózg operuje w sposób podobny, jak u jednojęzycznych dorosłych, posługujących się jednym językiem [12].

Dowodzono również, że prawdopodobieństwo perfekcyjnego opanowania języka u osób dwujęzycznych, mających styczność z drugim językiem w późniejszym wieku, spada drastycznie, jeśli język ten nie zostanie przyswojony do okresu dojrzewania [12].

3.1. Zdolności poznawcze dzieci jedno- i dwujęzycznych

Mózg małych dzieci, wychowywanych w rodzinach dwujęzycznych, wykazuje dłuższy okres elastyczności w nauce tych języków. Wykazano, że niemowlęta w wieku ok. 6-9 miesięcy, wychowywane w rodzinach jednojęzycznych, są w stanie rozróżniać między dźwiękami charakterystycznymi dla dwóch różnych języków (ojczystego i obcego), natomiast już w wieku 10-12 miesięcy tracą tę umiejętność – odróżniają między różnymi dźwiękami, charakterystycznymi wyłącznie dla ich języka ojczystego. Z kolei dzieci dwujęzyczne w wieku 6-9 miesięcy nie zauważają różnicy między dźwiękami dwóch języków. Dzieje się to dopiero w wieku ok. 10-12 miesięcy. Wyniki badania sugerują, że mózg dzieci dwujęzycznych pozostaje plastyczny przez dłuższy okres czasu niż u jednojęzycznych, prawdopodobnie dlatego, że dzieci dwujęzyczne mają w domu kontakt z większą różnorodnością dźwięków. To z kolei sugeruje, że organizacja neuronalna dzieci dwujęzycznych, przyczyniająca się do nauki języków, może rozwijać się w innych okresach

czasu niż u dzieci jednojęzycznych [13]. Stopień wczesnej ekspozycji na oba języki determinuje również bogactwo językowe dzieci dwujęzycznych we wczesnym dzieciństwie. Dowiedziono, że dzieci mówią więcej słów w tym języku, z którym miały większą styczność w domu i najbliższym otoczeniu [13].

Kora przedczołowa odgrywa istotną rolę w myśleniu abstrakcyjnym, procesach intelektualnych, selektywnym skupianiu uwagi, planowaniu i realizacji złożonych działań oraz przewidywaniu ich konsekwencji. Ośrodek ten rozwijany jest głównie w ciągu pierwszych pięciu lat życia. Osoby wielojęzyczne nieustannie korzystają z tego systemu i rozwijają go – w sposób bardziej lub mniej świadomy – kojarząc brzmienie słowa w określonym języku z jego znaczeniem w znanych językach oraz posługując się nimi (ang.: *dog-chien dilemma*) [5], [14], [15].

Dzieci, które od urodzenia miały kontakt z dwoma językami, wykazują zdecydowanie większą zdolność do selektywnego skupiania uwagi oraz przystosowanie do zmian reguł określonej czynności. W pewnym doświadczeniu wykazano wyraźną różnicę w zachowaniu dzieci 7-miesięcznych, wychowujących się w środowisku jedno- oraz dwujęzycznym. Obie grupy dzieci słyszały najpierw trzysylabowy wyraz (np. lo-lo-vu), po czym w lewym rogu ekranu pojawiał się obrazek przedstawiający zabawkę. Po przeprowadzeniu dziewięciu takich prób, obie grupy dzieci nauczyły się spoglądać w kierunku lewej strony ekranu zaraz po usłyszeniu wspomnianego wyrazu. Później zmieniono regułę – dzieci słyszały inny trzysylabowy wyraz (np. lo-vu-lo), zaś obrazek pojawiał się tym razem po prawej stronie ekranu. Tym razem tylko dzieci dwujęzyczne nauczyły się nowej reguły podczas sześciu sesji powtórkowych, natomiast dzieci jednojęzyczne nie były w stanie przyswoić tej reguły nawet po dziewięciu powtórzeniach [14], [38]. Można wysnuć wniosek, że transfer językowy, jakiego musi dokonywać dziecko przysłuchujące się obojgu rodzicom, zwracającym się do niego w dwóch różnych językach, ma bezpośredni wpływ na umiejętność podziału uwagi i szybkiego przystosowywania się do nauki nowych reguł [14].

Z kolei w innym badaniu udowodniono, że dzieci dwujęzyczne przewyższają swoich jednojęzycznych rówieśników w rozwiązywaniu zadań, sprawdzających m.in. zdolność rozwiązywania problemów, świadomość metajęzykową oraz pamięć roboczą (np. zadania matematyczne). Wykazano przy tym, że lepsze wyniki osiągnęła grupa dzieci, która od najmłodszych lat wychowywała się w środowisku dwujęzycznym, nieustannie posługując się oboma językami i kontynuując naukę w klasach dwujęzycznych (język angielski i gaelicki szkocki) niż dzieci, które swoim językiem ojczystym posługiwały się niemal wyłącznie w domu (język sardyński i włoski) [16].

Z wyników powyższych badań można wyciągnąć wniosek, że nauka drugiego języka ma swoje odzwierciedlenie w budowie mózgu, który odpowiednio przystosowuje się do tego procesu [10].

3.2. Badania mózgu dzieci

3.2.1. Charakterystyka fNIR

Do badania rejonów aktywności mózgu dzieci stosuje się obecnie funkcjonalne obrazowanie w podczerwieni fNIR (ang.: Functional Near-Infrared Spectroscopy) [10]. Jest to nieinwazyjna metoda optyczna, która, podobnie jak fMRI, mierzy aktywność hemodynamiczną mózgu, podczas gdy badana osoba zajmuje się rozwiązywaniem określonego zadania. W tym przypadku ogromną zaletą jest niewątpliwie fakt, że fNIR wykazuje tolerancję na niewielkie ruchy, co ma ogromne znaczenie przy badaniu języka – podczas mówienia, pisania, czytania, zwłaszcza u małych dzieci [12].

3.2.2. Wyniki i interpretacja badań

Dotychczasowe badania dowiodły, że rejony związane z aktywnością językową rozwijają się w sposób podobny zarówno u dzieci jedno-, jak i wielojęzycznych [10]. Zarówno w grupie dzieci jedno-, jak i dwujęzycznych, wykazano bardzo wysoką aktywność w rejonach mózgu odpowiedzialnych za operowanie językiem – w zakręcie skroniowym górnym (przetwarzanie danych fonetycznych), zakręcie czołowym dolnym lewej półkuli (rozpoznawanie znaczenia oraz przetwarzanie słów) oraz w rejonie pierwszorzędowej kory wzrokowej (V1), odpowiedzialnej za odbiór i przetwarzanie wrażeń wzrokowych [12].

Podobieństwa w budowie mózgu obu grup dzieci sugerują, że dzieci dwujęzyczne opanowują swój język ojczysty w sposób podobny oraz w tym samym czasie, co jednojęzyczne, uczące się swojego języka ojczystego. Zakręt skroniowy górny wykazywał aktywność nawet u najmłodszych dzieci (2-6 miesięcy), zaś ośrodek Broki oraz zakręt czołowy dolny lewej półkuli, rozwija się nieco później (10-14 miesięcy) [12]. Dowodzi to, że nie bez znaczenia jest to, z iloma językami dziecko ma kontakt już od momentu urodzenia.

3.3. Edukacja dwujęzyczna

3.3.1. Faworyzowanie modelu jednojęzycznego

Do lat 60. XX wieku w Stanach Zjednoczonych panował powszechny pogląd, że dzieci wychowywane w środowisku dwujęzycznym wolniej przyswajają język, zapamiętują mniejszą ilość słownictwa, a tym samym, nie są w stanie opanować do perfekcji dwóch języków [14], [12]. Miało to być związane z hipotezą, że zbyt wczesny kontakt z językiem obcym może powodować błędy oraz opóźnienia w opanowaniu obu języków w związku ze zjawiskiem interferencji językowej oraz rzekomym naturalnym „zaprogramowaniem” mózgu wyłącznie dla jednego języka [10].

3.3.2. Korzyści edukacji dwujęzycznej

Najnowsze badania rzucają jednak zupełnie inne światło na kwestię dwujęzyczności dzieci. Udowodniono bowiem, że dzieci, które mają kontakt z dwoma językami przed osiągnięciem 10. roku życia, nie wykazują żadnych oznak negatywnej interferencji językowej, opóźnienia okresu mówienia pierwszych słów, czy nauce czytania [10].

Wiek przyswajania pierwszego języka u dzieci dwujęzycznych odgrywa ogromne znaczenie również w procesie nauki poprawnego pisania. Wykazano, że dzieci dwujęzyczne, które miały kontakt z dwoma językami przed osiągnięciem 3. roku życia i uczęszczają do klas dwujęzycznych, osiągają najlepsze rezultaty w zadaniach sprawdzających czytanie ze zrozumieniem w porównaniu ze swoimi rówieśnikami, którzy kontakt z językiem obcym mieli dopiero w szkole [10], [12].

Natomiast dzieci dwujęzyczne, które mają kontakt z drugim językiem w nieco późniejszym wieku (3-7 lat), mogą wykazywać niższy stopień kompetencji językowej w czytaniu w języku innym niż ojczysty – ze względu na fakt, że jeszcze w pełni go nie przyswoiły (nie zaś ze względu na brak rozwiniętej umiejętności czytania) [12].

Wczesny kontakt dziecka z dwoma językami oraz możliwie jak najczęstsze ćwiczenie umiejętności w praktyce jest najbardziej optymalną opcją, umożliwiającą osiągnięcie biegłości językowej w obu językach [10], [12]. Należy jednak wyraźnie podkreślić, że dzieci, które mają styczność z dwoma językami w późniejszym wieku są w stanie osiągnąć kompetencje w drugim języku [12].

Najbardziej zalecaną i skuteczną strategią stosowaną przez małżeństwa mieszane, pragnące wychowywać potomstwo w sposób dwujęzyczny, to tzw. strategia osoby (jedna osoba – jeden język), polegająca na tym, że od momentu urodzenia dziecka, każde z rodziców zwraca się do niego w jednym języku (najlepiej – w swoim języku ojczystym bądź innym, pod warunkiem, że jest opanowany do perfekcji). Jest to tzw. symultaniczne nabywanie obydwu języków. Niezmiernie istotną rolę odgrywa również dbałość o harmonijny przebieg rozwoju dwujęzycznego, mający na celu rozwój dwujęzyczności zrównoważonej. Z tego powodu oboje rodziców powinno starać się spędzać z dzieckiem podobną ilość czasu – w przeciwnym razie u dziecka przeważał będzie jeden z języków (dwujęzyczność dominująca). Nie bez znaczenia pozostaje również pozytywne nastawienie do kwestii dwujęzyczności oraz szacunek i pozytywne wartościowanie obu języków i kultur przez rodziców, ponieważ wszystkie te czynniki motywują dziecko do nauki i posługiwania się obydwojema językami [3], [17].

3.3.3. Total immersion

Dowiedziano, że akwizycja języka naturalnego następuje przez ok. 7300 godzin, czyli ok. dwa lata, przy dziennym nakładzie 8-10 godzin kontaktu z językiem [18]. Pełna biegłość w drugim języku może nastąpić pod warunkiem, że dzieci uczą się systematycznie – zarówno w domu, jak i otoczeniu. Udowodniono również, że nauka języka wyłącznie w szkole jest niewystarczająca do opanowania go do perfekcji [12].

Idealnym rozwiązaniem jest zatem codzienna ekspozycja na język obcy w różnych sytuacjach. Rozwiązaniem mogą być metody stosowane w niektórych szkołach, mające na celu „całkowite zanurzenie” uczniów w języku obcym (ang.: total immersion) poprzez nauczanie różnorodnych przedmiotów właśnie w danym języku – innym niż ojczysty [10]. Do takich metod należy m.in. CLIL (ang.: Content and Language Integrated Learning). Nacisk metody położony jest na rozwijanie umiejętności komunikacyjnych, poprawność językową oraz podwyższenie biegłości językowej – głównie poprzez zwiększenie możliwości bezpośredniego kontaktu z językiem obcym [19], [20], [21]. Nauczycielami są najczęściej *native speakerzy* bądź osoby biegłe językowo, będące jednocześnie wykwalifikowanymi nauczycielami określonego przedmiotu. Takie podejście zapewnia wysoką jakość kształcenia oraz ustrzeżenie się przed błędami natury językowej, które w konsekwencji byłyby przyswajane przez uczniów [22]. Szacuje się, że różnica w postępach w nauce między uczniami uczęszczającymi do klas z programem CLIL a tymi, uczęszczającymi do klas, w których lekcje prowadzone są w języku ojczystym, odpowiada ok. dwóm latom nauki. [23].

4. Osoby dorosłe

Korzyści płynące ze znajomości języków obcych nie ograniczają się jednak wyłącznie do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Dowiedziano bowiem, że dwujęzyczne osoby dorosłe wykonują różnego rodzaju zadania (sprawdzające m.in. zdolność selektywnego skupiania uwagi, planowania, przyjmowania określonej strategii, czy rozwiązywania problemów) w sposób szybszy i bardziej efektywny niż osoby jednojęzyczne, udowadniając tym samym, że zalety dwujęzyczności wykraczają znacznie poza ramy sprawności językowej [10], [24].

Ponadto wykazano, że osoby dwujęzyczne, uczące się obu języków od najmłodszych lat, rozwijają dwa odrębne systemy przetwarzania mowy dla obu języków (tzw. systemy dźwiękowe). Dowiedziano tego w doświadczeniu, w którym osoby dwujęzyczne miały za zadanie wypowiadać sylaby, specyficzne fonetycznie dla dwóch znanych im języków. Osoby te każdorazowo przystosowały wymowę do określonego języka. Natomiast grupa osób jednojęzycznych wypowiadała określone sylaby cały czas w taki sam sposób, co stanowi dowód, że nie rozwinęły u siebie dwóch odrębnych systemów dla dwóch języków. Osoby jednojęzyczne mają zatem rozwinęty system dźwięków tylko dla swojego języka ojczystego i próbują korzystać z niego również

w trakcie posługiwania się innymi językami, których nauczyli się w późniejszym wieku. Zjawisko to wyjaśnia, dlaczego osobom jednojęzycznym, które nauczyły się innego języka stosunkowo późno, bardzo trudno jest się wyzbycić akcentu swojego języka ojczystego [25].

Dowodzono również, że osoby dwujęzyczne aktywują oba języki podczas używania tylko jednego z nich, bez względu na to, kiedy którykolwiek z nich używany był po raz ostatni. Osoby dwujęzyczne mają kontrolę nad paralelną aktywnością obu języków i w danym momencie posługują się odpowiednim z nich, hamując jednocześnie używanie drugiego. Z tego powodu niezmiernie rzadko zdarza się osobom biegłym dwujęzycznym wypowiadać słowa w języku, którego nie zamierzali użyć [11], [26].

4.1. Aktywność neuronalna

4.1.1. Stopień zaawansowania, wiek rozpoczęcia nauki drugiego języka

Organizacja neuronalna modulowana jest przez stopień zaawansowania języka oraz wiek rozpoczęcia nauki. Dwujęzyczni dorośli, którzy mieli kontakt z dwoma językami przed ukończeniem 5. roku życia, bądź w okresie, gdy mózg charakteryzował się jeszcze plastycznością, przetwarzają oba te języki w sposób podobny, jak osoby jednojęzyczne, operujące swoim językiem ojczystym.

W mózgach osób dwujęzycznych biegłych językowo obserwuje się nakładanie aktywności, tj. wzmożoną aktywność w dokładnie tych samych rejonach, odpowiedzialnych za funkcje językowe w obrębie lewej półkuli, bez względu na to, którym językiem się w danym momencie posługują, a także tych samych rejonów, aktywujących się u osób jednojęzycznych, posługujących się swoim językiem ojczystym [12]. Są to rejony położone w płacie czołowym, skroniowym oraz ciemieniowym [27]. Podobnie jak u dzieci dwujęzycznych, rejony mózgu, w których zaobserwowano nakładanie się aktywności u dwujęzycznych osób dorosłych to: ośrodek Broki, zakręt czołowy dolny lewej półkuli oraz zakręt skroniowy górny [12].

Natomiast u dwujęzycznych osób dorosłych, które miały styczność z językiem w późniejszym wieku, aktywują się całkowicie inne (niepokrywające się) regiony mózgu dla każdego ze znanych języków [28]. Aktywacja ta zachodzi m.in. przy wykorzystaniu rejonów odpowiedzialnych za pamięć roboczą oraz ruch fizyczny, co świadczy o ich wzmożonym wysiłku umysłowym. Wykazano również, że podczas rozwiązywania klasycznych zadań behawiorystycznych związanych z językiem obcym badani należący do tej grupy popełniali znacznie więcej błędów niż osoby biegłe dwujęzyczne [12].

Nauka drugiego języka powoduje wzrost gęstości istoty szarej w korze lewego płatu ciemieniowego dolnego. Rejonowi temu przypisuje się udział w opanowaniu i nauce drugiego języka. Odpowiada również rejonowi

aktywowanemu podczas zadań sprawdzających płynność mówienia. Również i w tym wypadku stopień zaawansowania języka oraz wiek rozpoczęcia nauki wpływa bezpośrednio na budowę tego rejonu. Gęstość istoty szarej w korze płatu ciemieniowego dolnego jest większa u osób dwujęzycznych niż u jednojęzycznych – zwłaszcza w lewej półkuli, przy czym była ona większa u osób mających kontakt z dwoma językami od najmłodszych lat niż w przypadku osób, które uczyły się tego języka w późniejszym wieku. Gęstość w tym rejonie jest wprost proporcjonalna do biegłości językowej, ale maleje wprost proporcjonalnie do wieku rozpoczęcia nauki. Wynika to prawdopodobnie ze strukturalnej reorganizacji spowodowanej nabywaniem doświadczenia. Bardziej prawdopodobnym jest bowiem, że osoby dwujęzyczne, mające kontakt z oboma językami od najmłodszych lat, opanowują drugi język poprzez przebywanie z otoczeniem, niż dzięki genetycznym predyspozycjom do zwiększonej gęstości istoty szarej [29].

Powyższe dane dowodzą, że wiek, w którym dziecko ma kontakt z dwoma językami, ma bardzo istotny wpływ na budowę mózgu. Jeśli proces ten zachodzi później, wówczas typowa organizacja neuronalna odpowiedzialna za przetwarzanie danych językowych ulega zmianie, podczas gdy takie zjawisko nie zachodzi w przypadku wczesnej ekspozycji [12].

4.1.2. Operowanie językiem

Gdy osoba dwujęzyczna przestaje mówić w jednym języku i zaczyna w drugim (transfer językowy), obserwuje się u niej wzmożoną aktywację w ośrodku Broki oraz bilateralnym zakręcie nadbrzeżnym, położonym w obrębie płatu ciemieniowego. Obszary te są odpowiedzialne za kontrolowanie poprawności ortograficznej oraz fonologicznej, co sugeruje, że właśnie one sprawiają największe trudności podczas transferu językowego [28].

Osoby dwujęzyczne wykazują się również zdecydowanie lepszą umiejętnością wychwytywania głosu rozmówcy (selektywne skupianie uwagi) i ignorowania dźwięków pochodzących z otoczenia (kontrola inhibicyjna), przy przysłuchiwaniu się oraz prowadzeniu rozmów w znanych im językach w porównaniu do osób jednojęzycznych [30]. W ramach specjalizacji neuronalnej u osób dwujęzycznych rozwijają się rejony korowe i podkorowe związane z językiem i przetwarzaniem dźwięków, a także rejony odpowiedzialne m.in. za selektywne skupianie uwagi. Neuronalna specjalizacja możliwa jest dzięki codziennemu przebywaniu w środowisku, w którym osoba dwujęzyczna nieustannie operuje obydwojema językami, ćwicząc przy tym selektywne skupianie uwagi. Przyczynia się to do efektywnej koncentracji na bodźcach językowych, zwłaszcza specyficznych cechach dźwięku, istotnych w procesie komunikacji. Słuch uwrażliwia się na te bodźce i dostosowuje do percepcji oraz automatycznego przetwarzania dźwięków w sposób bardziej wydajny niż u osób jednojęzycznych [4].

Trudności ortograficzne w różnych językach powodują wzmożoną aktywację kory wzrokowej. Dowiedziono, że większa aktywacja tego rejonu występuje podczas kontaktu ze słowami w językach o skomplikowanej pisowni, zawierającymi więcej liter (dotyczyło to np. języka niemieckiego w porównaniu z angielskim) [27].

Natomiast stopień trudności składni zdania w różnych językach ma wpływ na aktywność zakrętu czołowego dolnego w obrębie lewej półkuli. W pewnym doświadczeniu anglojęzyczne osoby jednojęzyczne, wykazały większą aktywność tego regionu przy tworzeniu zdań o strukturze „podmiot-dopełnienie”, które są generalnie uznawane za trudniejsze, niż zdania o szyku „dopełnienie-podmiot” w zdaniach względnych w języku angielskim. Takie samo zjawisko zaobserwowano u osób dwujęzycznych, posługujących się językiem angielskim i hiszpańskim. Jednak już przy wykonywaniu takiego samego zadania w języku hiszpańskim, nie wykazano ww. aktywności. Powyższe zjawisko wyjaśniają reguły gramatyczne obu języków przy budowaniu zdań względnych poprawny szyk zdania odgrywa niezmiennie istotną rolę w języku angielskim, podczas gdy w języku hiszpańskim panuje w tym zakresie większa swoboda [12].

Ponadto udowodniono, że lewe jądro ogoniaste odpowiedzialne jest za kontrolę procesów językowych (w zakresie znaczeniowym oraz słownictwa), zarówno u osób jedno-, jak i dwujęzycznych. Dowiedziono, że spadek aktywności tego rejonu obserwuje się przy powiązanych semantycznie słowach w tym samym języku. Natomiast największa aktywność obserwowana jest przy niepowiązanych znaczeniowo słowach – bądź – gdy słowa pojawiają się w różnych językach, ponieważ wówczas aktywowany proces kontroli i decyzji [27].

5. Dwujęzyczność w wieku starszym

Wzmożona aktywność umysłowa, poparta odpowiednimi ćwiczeniami (tj. łamigłówek, sudoku etc.) pomaga osobom starszym ustrzec się bądź też opóźnić rozwój wielu chorób. Należy jednak zauważyć, że rozwiązywanie tego typu zadań trwa określony czas, zaś używanie dwóch bądź więcej języków obcych jest procesem ciągłym, a przy tym naturalnym. Osoby dwujęzyczne nieustannie skupiają uwagę w sposób selektywny, bardziej lub mniej świadomie kojarząc brzmienie słowa w określonym języku z jego możliwym znaczeniem w znanych im językach, bądź też poszukując odpowiedniego ekwiwalentu przy próbie tłumaczenia, będąc jednocześnie w stanie naprzemiennie posługiwać się oboma językami (transfer językowy) [14].

5.1. Sprawność intelektualna

Uważa się, że umiejętność swobodnego formułowania myśli, łatwego przystosowywania się do nowych sytuacji oraz selektywnego skupiania uwagi słabnie wraz z wiekiem. Jednak najnowsze badania dowodzą, że dwujęzyczność osłabia ww. skutki procesu starzenia, przyczyniając się do lepszej formy

intelektualnej osób starszych. Wskazują na to m.in. wyniki badania, w którym osoby dwujęzyczne (w wieku 60-68 lat) rozwiązywały różnego rodzaju zadania, wymagające aktywności intelektualnej, znacznie szybciej niż ich jednojęzyczni rówieśnicy. U osób dwujęzycznych stwierdzono niższy stopień aktywacji płatu czołowego, co świadczy o mniejszym zużyciu energii oraz niewielkim stopniu trudności zadań, podczas gdy u osób jednojęzycznych wymagały one znacznego wysiłku intelektualnego (stwierdzono u nich większą aktywację tego rejonu mózgu) [31], [32].

Prawdopodobnym wyjaśnieniem powyższego zjawiska jest nakładanie się aktywności w obrębie kory przedczołowej lewej półkuli oraz przedniej części zakrętu obręczy, następujące zarówno podczas transferu językowego, jak i rozwiązywania nowych zadań. Wynika z tego, że operowanie dwoma językami, opanowane do perfekcji dzięki codziennym wieloletnim ćwiczeniom, wpływa także na szybkość i efektywność zachodzenia procesów niejęzykowych, wymagających selektywnego skupiania uwagi. Dzięki temu starsze osoby dwujęzyczne są w stanie wykonywać określone czynności intelektualne w sposób znacznie szybszy niż ich jednojęzyczni rówieśnicy. Wyniki badania sugerują zatem, że dwujęzyczność przyczynia się do większej efektywności pracy mózgu w obliczu procesu starzenia [31], [32].

5.2. Choroba Alzheimera

5.2.1. Rezerwa poznawcza

Koncepcja rezerwy poznawczej (ang.: cognitive reserve) odnosi się do określonych cech mózgu, które zmniejszają wpływ patologiczny chorób na efektywność jego pracy. Mogą być to cechy strukturalne, np. dodatkowe neurony, w tym neurony piramidowe, synapsy, cechy funkcjonalne – objętość dodatkowej przestrzeni, bądź mechanizmy kompensujące, angażujące dodatkowe rejony mózgu, powodując, że mózg nadal działa poprawnie, mimo rozwijającej się choroby [33], [34], [35]. Zjawisku temu przypisuje się wysoką sprawność intelektualną osób w wieku starszym, u których stwierdzono rozległą atrofię mózgu [36].

Istnienie rezerwy poznawczej wyjaśnia zatem indywidualne różnice w podatności na choroby związane z wiekiem atakujące mózg (m.in. choroba Alzheimera). Przypuszcza się, że różnice te zależą w znacznej mierze od uwarunkowań biologicznych oraz doświadczeń życiowych, włączając edukację, pracę zawodową, iloraz inteligencji, a także aktywność fizyczną oraz realizację zainteresowań w czasie wolnym w wieku starszym, które w efekcie mają znacznie zredukować bądź opóźnić ujawnienie objawów choroby Alzheimera oraz innych form demencji [33], [34], [35].

W grupie osób zestawionych ze sobą pod względem zdolności poznawczych oraz stopnia zaawansowania choroby, osoby z wysoką objętością rezerwy poznawczej wykazują więcej rejonów w mózgu dotkniętych chorobą. Ich rezerwa poznawcza będzie rekompensowała zmiany patologiczne w ich mózgu, pozwalając im na funkcjonowanie na wyższym poziomie intelektualnym, niż można by przypuszczać wyłącznie na podstawie badań zmian mózgu. Innymi słowy, zajętych chorobą musi być znacznie więcej obszarów w mózgu, aby w ogóle doszło do ujawnienia objawów choroby [36].

5.2.2. Opóźnienie wystąpienia objawów choroby

Zgodnie z przypuszczeniami, w porównaniu z pacjentami jednojęzycznymi, u pacjentów dwujęzycznych ze zdiagnozowaną chorobą Alzheimera wykazano więcej rejonów mózgu charakterystycznych dla tej choroby dotkniętych atrofią w obrębie płatu skroniowego [36].

Dowiedziano, że dwujęzyczność może przyczynić się do opóźnienia ujawnienia objawów demencji. W grupie 211 pacjentów ze zdiagnozowaną demencją, aż 102 pacjentom, którzy byli dwujęzyczni, postawiono diagnozę o 4,3 roku później, zaś wystąpienie pierwszych objawów nastąpiło dopiero 5,1 roku później – w porównaniu do grupy jednojęzycznej (109 pacjentów) pomimo faktu, że obydwie grupy cechowały stosunkowo podobne zdolności poznawcze oraz dobry stan zdrowia [10], [37].

Z przeprowadzonego badania wynika, że dwujęzyczność jest aktywnością wymagającą wzmoczonego wysiłku intelektualnego i przyczynia się do zwiększenia rezerwy poznawczej (w taki sam sposób, jak inne ćwiczenia, angażujące aktywność umysłową). Jednocześnie jednak nie stwierdzono, aby dwujęzyczność zapobiegała chorobie Alzheimera, a jedynie fakt, że znacznie opóźnia wystąpienie jej objawów [37].

Najwyższa zapadalność na chorobę Alzheimera dotyka ludzi starszych po 70 roku życia. Jeśli wystąpienie objawów tejże choroby zachodzi ok. pięć lat później u osób dwujęzycznych niż u jednojęzycznych, to w przeliczeniu na średnią życia, która w przypadku przeciętnego Kanadyjczyka wynosi ok. 79 lat, oznacza wysokie prawdopodobieństwo, że w ogóle dojdzie u nich do rozwoju choroby [14].

6. Podsumowanie

Najnowsze badania naukowe przyczyniły się do obalenia mitów, rozpowszechnionych w XX wieku, jakoby wychowanie dwujęzyczne od najmłodszych lat miało fatalny w skutkach wpływ na opanowanie przez dzieci dwóch języków, zwłaszcza języka ojczystego. Obecnie uwypukla się zalety dwujęzyczności, proklamując edukację dwujęzyczną, zyskującą coraz większą popularność również w polskich szkołach. Do najistotniejszych wniosków z przeprowadzonych badań należy niewątpliwie fakt, że w wieku przed

osiągnięciem 5. roku życia ekspozycja na dwa różne języki jest optymalna dla rozwoju i opanowania tych języków. Opanowanie drugiego języka przez dzieci (2-9 lat) zachodzi w sposób podobny jak u dzieci jednojęzycznych, a także stosunkowo szybko, o ile kontakt z językiem jest intensywny i systematyczny. Dowiedziono również, że optymalnym środowiskiem nauki języków dla dzieci nie jest wyłącznie nauka w szkole, lecz przede wszystkim dom oraz najbliższe środowisko, w jakim przebywają dzieci.

Na organizację neuronalną ma wpływ przede wszystkim stopień zaawansowania języka oraz wiek podjęcia nauki dwóch języków. Osoby dwujęzyczne biegłe językowo wykazują aktywność dokładnie tych samych rejonach w mózgu, bez względu na to, którym językiem się w danej chwili posługują. Natomiast u osób mniej sprawnych językowo, które miały styczność z drugim językiem w późniejszym wieku, zaobserwowano aktywację całkowicie różnych rejonów mózgu dla obu języków. Do głównych rejonów aktywowanych podczas posługiwania się dwoma językami, zarówno u dzieci, jak i dorosłych, należy m.in.: ośrodek Broki, zakręt czołowy dolny lewej półkuli, zakręt skroniowy górny oraz rejony położone w obrębie płatu ciemieniowego.

Nie bez znaczenia pozostaje również fakt, że dwujęzyczność wiąże się z szybszym i bardziej efektywnym wykonywaniem różnego rodzaju zadań, wymagających selektywnego skupiania uwagi, planowania, czy rozwiązywania problemów, zarówno w przypadku dwujęzycznych dzieci, jak i dorosłych oraz osób starszych.

Udowodniono również, że znaczne opóźnienie wystąpienia objawów choroby Alzheimera w wieku starszym jest prawdopodobnie związane ze zjawiskiem rezerwy poznawczej, której objętość jest znacznie zwiększona dzięki posługiwaniu się dwoma językami.

Fakt, że dwujęzyczność możliwa jest nawet przy usuniętej lewej półkuli, w której znajdują się ośrodki językowe, świadczy o tym, jak ubogi jest jeszcze stan wiedzy świata nauki o funkcjonowaniu mózgu. Można wysnuć wniosek, że skoro tak skomplikowany zespół procesów, jakich niewątpliwie wymaga dwujęzyczność, zachodzi przy braku lewej półkuli, to posiadanie całego mózgu prawdopodobnie umożliwia osiąganie rekordowych dokonań, jeśli tylko posługujemy się nim w odpowiedni sposób. To z kolei implikuje konieczność dalszych badań naukowych nad naturą procesów zachodzących w mózgu osób dwu- i wielojęzycznych.

Literatura

1. J. F. Hamers, M. H. A. Blanc, "Bilinguality and Bilingualism", Second Edition, Cambridge University Press 2000
2. <http://www.ia.uw.edu.pl/o-instytucie/struktura/zaklad-jezykoznawstwa-angielskiego-stosowanego/dziedziny-badan/223-dwujezycznosc-wielojezycznosc-roznojezycznosc>
3. K. Wróblewska-Pawlak, „Naturalna dwujęzyczność czyli o dwujęzycznym wychowaniu dzieci”, „Języki Obce w Szkole”, Nr: 01/2013

4. J. Krizman, V. Marian, A. Shook, E. Skoe, N. Kraus, "Subcortical encoding of sound is enhanced in bilinguals and relates to executive function advantages"; Proceedings of the National Academy of Sciences, 2012 DOI
5. S. Konturek, „Fizjologia człowieka. Podręcznik dla studentów medycyny”, rozdział: „Mowa i czynności intelektualne”, Elsevier 2007
6. J. Borgstein, C. Grootendorst, Clinical picture - Half a brain, University Hospital Rotterdam, 3015 GJ Rotterdam, Netherlands, THE LANCET, Vol 359, February 9, 2002;
7. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)07676-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)07676-6/fulltext)
8. <http://www.telegraph.co.uk/science/science-news/3294761/Girl-with-half-a-brain-becomes-fluent-in-two-languages.html>
9. K.V.Haak , D. R. M. Langers, R. Renkenb, P. V. Dijk, J. Borgstein, F. W. Cornelisse, Abnormal visual field maps in human cortex: A mini-review and a case report, Cortex (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.cortex.2012.12.005>
10. M. Spitzer, „Jak się uczy mózg”, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007
11. E. Westly, „The Bilingual Advantage”, July/August 2011, Scientific American Mind
12. <http://www.sciencedaily.com/releases/2013/02/130220084444.htm>
13. L.A. Petitto, “New Discoveries From the Bilingual Brain and Mind Across the Life Span: Implications for Education”, “Mind, Brain and Education”, Vol. 3, No. 4., 2009
14. <http://www.sciencedaily.com/releases/2011/08/110829070559.htm>
15. J. Diamond, “The Benefits of Multilingualism”, 15 October 2010, Vol. 330, SCIENCE
16. <http://healthland.time.com/2013/04/23/bilingualism/>
17. F. Lauchlan, M. Parisi, R. Fadda, “Bilingualism in Sardinia and Scotland: Exploring the cognitive benefits of speaking a ‘minority’ language”, Journal of Bilingualism (<http://ijb.sagepub.com/content/early/2012/04/12/1367006911429622.abstract>)
18. M. Kania, „Wpływ wybranych czynników na rozwój dwujęzyczności dzieci”, „Języki Obce w Szkole”, Nr: 03/2013
19. M. Donerowicz: “Skuteczna nauka języków obcych na przykładzie wybranych stron www”, „Języki obce w szkole”: 01/2013
20. <http://www.goethe.de/ges/spa/dos/ifs/en2747558.htm>
21. http://ec.europa.eu/languages/policy/language-policy/bilingual_education_en.htm
22. <http://www.goethe.de/ges/spa/dos/ifs/met/en2747826.htm>
23. <http://clilingmesoftly.wordpress.com/clil-teachers-tl-competence/>
24. <http://www.goethe.de/ins/pl/lp/lhr/mat/dfu/cli/pl2777493.htm>
25. <http://www.sciencedaily.com/releases/2010/07/100707065139.htm>
26. <http://www.sciencedaily.com/releases/2013/05/130520163859.htm>
27. <http://www.sciencedaily.com/releases/2013/09/130910121521.htm>
28. J. Crinion, R. Turner, A. Grogan, “Language control in bilingual brain”, SCIENCE, VOL. 312, 9 JUNE 2006
29. S. Dehaene "Fitting two languages into one brain" - Oxford Journals; Oxford University Press 1999; brain.oxfordjournals.org/content/122/12/2207.full
30. A. Mechelli, J. T. Crinion, U. Noppeney, J. O'Doherty, J. Ashburner, R. S. Frackowiak, C. J. Price: "Structural plasticity in the bilingual brain. Proficiency in a second language and age at acquisition affect grey-matter density"; NATURE; VOL. 431; 14 OCTOBER 2004
31. <http://www.sciencedaily.com/releases/2012/04/120430152033.htm>
32. <http://www.sciencedaily.com/releases/2013/01/130108201519.htm>

33. B.T. Gold, C. Kim, N.F. Johnson, R. J. Kryscio, Ch.D. Smith "Lifelong Bilingualism Maintains Neural Efficiency for Cognitive Control in Aging", *J Neurosci*. Jan 9, 2013; 33(2): 387–396.
34. B. R. Reed, D. Mungas, S. Tomaszewski Farias, D. Harvey, L. Beckett, K.Widaman, L. Hinton, Ch. DeCarli; "Measuring cognitive reserve based on the decomposition of episodic memory variance"; *Brain - A Journal of Neurology*; doi:10.1093/brain/awq154 *Brain* 2010; 133; 2196–2209
35. Y. Stern, "Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease", *Lancet Neurol*. 2012 Nov;11(11):1006-12. doi: 10.1016/S1474-4422(12)70191-6
36. A.M. Tucker, Y. Stern, "Cognitive reserve in aging", *Curr Alzheimer Res*. 2011 Jun;8(4):354-60
37. T.A. Schweizer, J. Ware, C. E. Fischer, F.I.M. Craike, E. Bialystok: Bilingualism as a contributor to cognitive reserve: Evidence from brain atrophy in Alzheimer's disease; *Cortex* 48 (2012) 991e996
38. F. I.M. Craik, E. Bialystok, M.Freedman: "Delaying the onset of Alzheimer disease - Bilingualism as a form of cognitive reserve"; *Neurology* 75 November 9, 2010
39. A.M. Kovács, J. Mehler, "Cognitive gains in 7-month-old bilingual infants", *Proc Natl Acad Sci U S A*. Apr 21, 2009; 106(16): 6556–6560

Dwujęzyczność w świetle badań nad mózgiem

Streszczenie

Pomimo wzrastającej popularności języka angielskiego, nazywanego współczesną *lingua franca*, dwujęzyczność jest wciąż jednym z najbardziej pożądanых atutów na rynku pracy, a także umiejętnością powszechnie darzoną estymą. W ciągu ostatnich lat radykalnie zmieniły się poglądy na temat edukacji dwujęzycznej. Wyniki najnowszych badań naukowych nie pozostawiają bowiem żadnych wątpliwości, że dzieci wychowujące się w środowisku dwujęzycznym są w pozycji uprzywilejowanej w stosunku do ich jednojęzycznych rówieśników. Dowiedziono również, że wysokie kompetencje językowe dzieci dwujęzycznych wywierają bezpośredni wpływ na ich umiejętności w wieku dorosłym. Nie zmienia to jednak faktu, że nauka języków obcych w każdym wieku ma korzystny wpływ na ludzki mózg, o czym świadczyć może chociażby potwierdzona licznymi badaniami naukowymi hipoteza, że dwujęzyczność przyczynia się do znacznego opóźnienia ujawnienia objawów choroby Alzheimera. Poniższy artykuł ma za zadanie przybliżenie tego złożonego zagadnienia, ilustrując na różnorodnych przykładach, w jakiej mierze dwujęzyczność przyczynia się do zmiany struktury ludzkiego mózgu, uwzględniając przy tym rolę edukacji dwujęzycznej oraz aktywność intelektualną osób dorosłych i starszych.

Słowa kluczowe: dwujęzyczność, język obcy, edukacja dwujęzyczna, transfer językowy, ośrodki językowe w mózgu, rezerwa poznawcza, choroba Alzheimera

The brain research on bilingualism

Abstract

In spite of an increasing popularity of English, frequently named as a contemporary form of *lingua franca*, bilingualism is still one of the most desirable and valuable personal qualities on the job market, as well as a highly-respected complex of skills. Over the decades, the views on a bilingual education have undergone a fundamental change, as the newest research has dispelled the previous preconceptions and proved beyond doubt that children raised in a bilingual environment do have a massive advantage over their monolingual counterparts. Their well-developed skills have a direct

impact on their future performance as adults. Nevertheless, it does not change the fact that acquiring foreign languages at any age has a positive effect on a human brain, which can be supported by the frequently-acknowledged hypothesis, proclaiming positive effects of bilingualism on delaying the onset of the Alzheimer's disease. This paper aims at providing with a better understanding of this complex issue by illustrating, to what extent bilingualism contributes to the modulation of the brain structure, as well as quality of our life, including the role of the bilingual education and intellectual activity of adults and elderly people.

Keywords: bilingualism, foreign language, bilingual education, language switching, brain language areas, cognitive reserve, Alzheimer's disease

Indeks autorów

Brudniak - Drąg Anna.....	45
Dębska Martyna.....	24
Gil Karolina.....	92
Gil-Kulik Paulina.....	92
Grad Anna.....	92
Kalakucka Katarzyna.....	92
Karwat Jolanta.....	92
Kaźmierczak Natalia.....	34, 70
Kielbasa Sylwia.....	34, 70
Kotuła Lidia.....	92
Kulisz Katarzyna.....	92
Larysz Katarzyna.....	82
Majewska Elżbieta.....	92
Marchel Paweł.....	108
Markowska Martyna.....	92
Mirek Joanna.....	124
Niedojadło Alicja.....	92
Niedzielski Antoni.....	34, 70
Paluch Agata.....	13
Piotrowicz Barbara.....	57
Respondek Malwina.....	82, 99
Rodzeń Anna.....	13
Ruda Anna Karolina.....	6
Rzepińska Anna.....	108
Szefczyk Weronika.....	99
Szefczyk-Polowczyk Lucyna.....	82, 99
Szewczyk-Żoła Krystyna.....	99
Żmurek Dominika.....	92