

WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA LZDZ W LEGNICY

ACTA SCHOLAE SUPERIORIS
MEDICINAE LEGNICENSIS



**ZESZYTY NAUKOWE
NR 1(8)/2009**

WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA
LZDZ w LEGNICY

**ACTA SCHOLAE SUPERIORIS
MEDICINAE LEGNICENSIS**

ZESZYTY NAUKOWE

Nr 1 (8)/2009

LEGNICA 2009

Zespół redakcyjny serii zeszytów:

doc. dr Ryszard Pękała

dr Jolanta Pietras

mgr Małgorzata Modl

mgr Czesław Kowalak

Redaktor tomu:

mgr Czesław Kowalak

Druk: Urząd Statystyczny we Wrocławiu
Wydział Poligrafii z siedzibą w Legnicy

SPIS TREŚCI

Słowo wstępne	5
<i>Czesław Kowalak</i>	
Pięć lat działalności Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy (2004-2009)	7
<i>Czesław Kowalak</i>	
Kalendarium wydarzeń w Wyższej Szkole Medycznej LZDZ w Legnicy	25
<i>Ewa Kluzowicz, Jolanta Pietras</i>	
Rehabilitacja osób po mastektomii	33
<i>Jolanta Pietras</i>	
Świadomość zdrowotna i dostępność do usług medycznych mieszkańców Starostwa Legnickiego w opinii badanych	53
<i>Wiktor Piotrowski</i>	
Typy zaburzeń osobowości występujących u pacjentów w praktyce zespołów paramedycznych	67
<i>Jarosław Czeszejko-Sochacki</i>	
Claritina w leczeniu wirusowych infekcji górnych dróg oddechowych ze szczególnym uwzględnieniem przewlekłego kaszlu	75
<i>Jarosław Zagrobelny</i>	
Pomoc socjalna rodzinom niepełnym w Legnicy w latach 1999-2005	79
<i>Maria Heil, Jolanta Pietras</i>	
Czynniki wpływające na występowanie zjawiska restenozy u pacjentów po angiopla- styce wieńcowej	95

Słowo wstępne

Niniejszy ósmy numer jest kolejnym tomem cyklicznych zeszytów naukowych Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy, wydawanych pod nazwą „Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis”. Poprzednie tomy zawierały wybór prac licencjackich, które zostały napisane w ramach realizacji projektu nr Z/2.02/ II/ 2.1/2/06 „Studia pomostowe dla dolnośląskich pielęgniarek – zgodnie z priorytetem 2. – Wzmocnienie rozwoju zasobów ludzkich w regionach oraz Działaniem 2.1 – Rozwój umiejętności powiązany z potrzebami regionalnego rynku pracy i możliwości kształcenia ustawicznego w regionie”. Prezentowano w nich role pielęgniarek w różnych dziedzinach życia społecznego – pielęgnacyjne, opiekuńcze, wychowawcze, terapeutyczne, w promowaniu zdrowia.

Obecny tom jest wielowątkowy tematycznie i zawiera publikacje pracowników naukowo-dydaktycznych Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy. Autorzy prezentują w nich wyniki swoich dociekań naukowych. Tom ukazał się w roku jubileuszu 5-lecia działalności Uczelni. Stąd też publikację otwiera okolicznościowy artykuł mgr Czesława Kowalaka przypominający dokonania Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy w latach 2004-2009 wraz z kalendarium wydarzeń w Uczelni. W dalszej części dr n. med. Jolanta Pietras przedstawia wyniki badań przeprowadzonych od października 2008 r. do kwietnia 2009 r. w czterech gminach Starostwa Legnickiego w ramach projektu „Żyj zdrowo i bezpiecznie”. Autorka dokonała oceny spełniania oczekiwań społecznych w zakresie opieki medycznej, świadczonej przez zakłady opieki zdrowotnej i personel medyczny w obszarze badawczym. Wyniki badań mogą być wykorzystane do doskonalenia usług medycznych w środowisku lokalnym. Z kolei dr Wiktor Piotrowski w swoim artykule omawia problemy zaburzeń osobowości występujących u pacjentów w praktyce zespołów paramedycznych. Również interesujące jest opracowanie doc. dr Jarosława Czeszejko-Sochackiego, w którym dzieli się wynikami badań dotyczących skuteczności stosowania claritiny w terapii poinfekcyjnego kaszlu oraz w zapaleniach ucha środkowego. Badania odbyły się w Specjalistycznej Poradni Alergologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy z udziałem 13 pacjentów.

W bloku tematyki medycznej na uwagę zasługuje artykuł Ewy Kluzowicz i dr Jolanty Pietras poświęcony rehabilitacji osób po mastektomii oraz praca zespołu autorskiego Marii

Heil i dr Jolanty Pietras analizujący wyniki badań o rodzaju i częstotliwości czynników wpływających na występowanie zjawiska restenozy u pacjentów z chorobą niedokrwienia serca, leczonych angioplastyką wieńcową. Obydwie prace przedstawiają badania własne autorów. Na odrębne potraktowanie zasługuje artykuł z dziedziny socjologicznej dr. Jarosława Zagrobelnego, w którym autor analizuje problem pomocy socjalnej rodzinom niepełnym na przykładzie miasta Legnicy.

PIĘĆ LAT DZIAŁALNOŚCI WYŻSZEJ SZKOŁY MEDYCZNEJ LZDZ W LEGNICY (2004-2009)

Pięć lat działalności Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy – to piękny jubileusz. Uczelnia ze swoim bogatym dorobkiem trwale wpisała się w pejzaż akademicki Legnicy i Dolnego Śląska. Od chwili powstania z powodzeniem realizowała swoją podstawową misję – kształcenie pracowników dla sektora służby zdrowia, zdolnych do pełnej realizacji swoich umiejętności w zakresie ochrony zdrowia i ratowania życia ludzkiego.

Ten wyjątkowy jubileusz skłania do refleksji nad minionym czasem, pozwala spojrzeć w przeszłość, kreśląc równocześnie wizję rozwoju naukowo-dydaktycznego Uczelni.

Z perspektywy pięciu lat można dostrzec znaczącą rolę Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w legnickim środowisku akademickim. Szkoła może szczycić się imponującymi osiągnięciami naukowo-dydaktycznymi. Wystarczy tylko przytoczyć statystyki, z których wynika duży wkład Uczelni w podwyższanie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek z wyższym wykształceniem.

Z kronikarskiego obowiązku warto wrócić do korzeni – do 2003 roku, w którym ówczesny Zarząd Legnickiego Zakładu Doskonalenia Zawodowego podjął historyczną Uchwałę o utworzeniu Wyższej Szkoły Medycznej. Realizację czynności formalno-prawnych powierzono dr Ryszardowi Pękale – Prezesowi Zarządu LZDZ w Legnicy. Inicjatywę edukacyjną LZDZ wsparł samorząd legnicki oraz lokalne placówki służby zdrowia. Po pozytywnym zaopiniowaniu wniosku Założyciela Uczelni przez Państwową Komisję Akredytacyjną w Uchwale z dnia 14 listopada 2003 roku, Minister Edukacji Narodowej i Sportu wydał w dniu 9 stycznia 2004 roku decyzję o udzieleniu Legnickiemu Zakładowi Doskonalenia Zawodowego pozwolenia na utworzenie wyższej szkoły zawodowej pod nazwą „WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA LZDZ w Legnicy” oraz na prowadzenie kształcenia na studiach zawodowych na kierunku „pielęgniarstwo”, w specjalności „pielęgniarstwo ogólne”. Kolejną decyzją Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 12 lipca 2004 roku Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy została wpisana do rejestru wyższych uczelni niepaństwowych pod numerem 154. Dodatkowo 9 listopada 2004 r. szkoła otrzymała od Ministra Zdrowia akredytację uprawniającą do prowadzenia studiów pierwszego stopnia na kierunku „pielęgniarstwo”.

Wyższa Szkoła Medyczna realizując misję edukacyjną stara się kontynuować wieloletnią tradycję kształcenia kadr medycznych w Legnicy i sprostać aspiracjom edukacyjnym młodzieży. Dlatego też nieustannie poszerzała swoją ofertę edukacyjną, kreowała nowe kierunki studiów zgodnie z potrzebami regionu.

I tak w 2007 roku Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego wydał zezwolenie Uczelni na prowadzenie dwóch nowych kierunków studiów na poziomie pierwszego stopnia: „ratownictwo medyczne” oraz „zarządzanie”. Uczelnia prowadzi także studia podyplomowe w zakresie zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy. Z tej formy podwyższania swoich kwalifikacji zawodowych skorzystało dotychczas 77 absolwentów, a obecnie kształci się 147 słuchaczy.

Ponadto Uczelnia realizuje również kształcenie podyplomowe dla pielęgniarek w następujących specjalnościach: pielęgniarstwo rodzinne, pielęgniarstwo geriatryczne, pielęgniarstwo ratunkowe oraz pielęgniarstwo opieki długoterminowej. Aktualnie w szkoleniach specjalizacyjnych uczestniczy 116 pielęgniarek z Dolnego Śląska.

Z troską o zaspokajanie potrzeb edukacyjnych seniorów w 2007 r. powołano w strukturach Uczelni Uniwersytet Trzeciego Wieku – „Universitas Tertii Aetatis”. Jednostka cieszy się żywym zainteresowaniem społecznym. W każdym roku na zajęcia uczęszczało ok. 80 osób z Legnicy i przyległych miejscowości.

Obecnie władze Uczelni czynią intensywne starania o uzyskanie uprawnień do prowadzenia kształcenia na kierunku „pielęgniarstwo” na studiach magisterskich. Ich uruchomienie w Legnicy jest potrzebą chwili. Występuje bowiem ogromne zapotrzebowanie na te studia ze strony naszych absolwentów z dyplomem licencjata pielęgniarstwa. Za powodzeniem naszej inicjatywy edukacyjnej przemawia pięcioletnie doświadczenie w kształceniu kadr medycznych, kwalifikowana kadra akademicka oraz odpowiednia baza materialna. W dążeniu do poszerzenia oferty edukacyjnej Uczelnia wystąpiła również o pozwolenie na uruchomienie jednolitych studiów magisterskich na kierunku „farmacja”. Nadmienić należy, że LZDZ prowadzi od 2001 r. Policealne Studium Farmaceutyczne w Legnicy, a od 2007 r. w Świdnicy.

Strukturę Uczelni określa Statut Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy, Uchwały Senatu oraz zarządzenia Rektora, Kanclerza i Dziekana. W Uczelni funkcjonują obecnie dwa wydziały: Wydział Pielęgniarstwa oraz Wydział Zdrowia Publicznego i Zarządzania.

DZIAŁALNOŚĆ DYDAKTYCZNA

Od chwili powstania Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy była dobrze przygotowana kadrowo, programowo i organizacyjnie do realizacji zadań dydaktycznych na studiach licencjackich w kształceniu pielęgniarek. Szkoła jest liderem w kraju jeśli chodzi o liczbę studentów na studiach pomostowych na kierunku „pielęgniarstwo”. Dotychczas mury Uczelni opuściło 886 absolwentów z dyplomem licencjata pielęgniarstwa, a w lutym 2010 roku ich liczba przekroczy 1000 osób.

Szczegółowe dane o liczbie studentów i absolwentów w latach 2004-2009 ilustrują poniższe tabele:

**Studenci Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy w latach akademickich
2004/2005-2009/2010**

Lp.	Rok akademicki	Liczba studentów		UWAGI
		PAŹDZIERNIK	CZERWIEC	
1	2004/2005	124	235	Rekrutacja na pomostowe studia pielęgniarские odbywała się w różnych terminach w roku akademickim
2	2005/2006	308	699	
3	2006/2007	640	519	
4	2007/2008	831	285	W tym roku rozpoczęli naukę studenci kierunku „ratownictwo medyczne”
5	2008/2009	258	194	
6	2009/2010	456		

**Absolwenci Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy
w latach akademickich 2005/2006-2008/2009**

Rok akademicki	Liczba absolwentów	Uwagi
2005/2006	208	
2006/2007	98	
2007/2008	517	
2008/2009	63	

Podstawową formą kształcenia realizowaną w Uczelni są tzw. pielęgniarские studia pomostowe, będące uzupełniającymi studiami pierwszego stopnia dla pielęgniarek posiadających świadectwo dojrzałości i będących absolwentami liceów medycznych lub medycznych studiów zawodowych. Od 2007 roku zainaugurowano studia licencjackie na kierunku „ratownictwo medyczne”. Pomimo podejmowanych prób nie udało się dotychczas w Uczelni zorganizować studiów w systemie stacjonarnym. W efekcie jedynym systemem studiów realizowanym w Uczelni są w chwili obecnej studia niestacjonarne. Studia te w założeniu oparte są na indywidualizacji kształcenia, bowiem program nauczania dla każdej pielęgniarki uzależniony jest od rodzaju ukończonej szkoły pielęgniarской (5-letnie licea medyczne, 2-letnie i 3-letnie oraz 3-letnie medyczne szkoły zawodowe).

Miarą uznania dla potencjału edukacyjnego naszej Uczelni było przyznanie w roku akademickim 2009/2010 przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego wysokiego limitu 170 pielęgniarek na studia pomostowe finansowane z Europejskiego Funduszu Społecznego. Ten wskaźnik plasuje Uczelnię na szóstym miejscu w kraju wśród szkół wyższych kształcących pielęgniarki. Warto również odnotować, że na trudnym rynku edukacyjnym zrekrutowano 92 studentów na kierunku „ratownictwo medyczne”.

W działalności dydaktycznej na szczególną uwagę zasługuje troska władz Uczelni o wysoką jakość kształcenia. Potwierdziły to kontrole zewnętrzne przeprowadzone na kierunku „pielęgniarstwo”. Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy znajduje się w gronie szkół wyższych, które mogą poszczycić się uznaniem Państwowej Komisji Akredytacyjnej dla wysokiego poziomu nauczania. W uchwale z dnia 20 września 2007 roku Prezydium PKA stwierdziło, że „Uczelnia spełnia wymagania kadrowe, programowe i organizacyjne, a także posiada odpowiednią bazę materialną do prowadzenia na kierunku „pielęgniarstwo” studiów pierwszego stopnia”. Ponadto w dokumencie tym zaakcentowano, że „poziom prowadzonych studiów odpowiada podstawowym kryteriom jakościowym”.

Podobnie Krajowa Rada Akredytacyjna Szkolnictwa Medycznego po wizytacji Uczelni 14 czerwca 2007 roku wysoko oceniła działalność dydaktyczną Uczelni. Na tej podstawie Minister Zdrowia decyzją Nr 27/II/2007 z dnia 12 listopada 2007 roku wydał odpowiedni certyfikat na okres 4 lat.

Te pozytywne opinie stały się podstawą do wydania przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego decyzji o przedłużeniu zezwolenia na działalność Uczelni do 2015 roku.

Miarą uznania dla działalności dydaktycznej Uczelni jest list referencyjny Dyrektora Dolnośląskiego Wojewódzkiego Urzędu Pracy z 2008 roku, w którym złożył władzom Uczelni gratulacje za sprawną i skuteczną realizację studiów pomostowych dla dolnośląskich pielęgniarek, współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej. Warto z satysfakcją odnotować, że w naszej Uczelni był wdrażany największy projekt szkoleniowy na Dolnym Śląsku – 517 pielęgniarek otrzymało dyplomy licencjackie.

W Uczelni działa Komisja d/s Wewnętrznej Oceny Jakości Kształcenia, która systematycznie monitoruje realizację procesu kształcenia i organizację toku studiów, a także działalność dydaktyczną nauczycieli akademickich. Komisja wykonuje swoje zadania za pomocą anonimowych ankiet, kierowanych do studentów po każdym semestrze. Ich wyniki są analizowane i służą doskonaleniu nauczania w Uczelni.

Unowocześnieniu procesu dydaktycznego sprzyjać będzie przyznana ze środków EFS w 2009 r. dotacja Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na realizację projektu „Poszerzanie i doskonalenie oraz poprawa jakości oferty edukacyjnej Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy”. Projekt skierowany jest do studentów i słuchaczy Uczelni, kadry akademickiej oraz zarządzającej.

Do podstawowych działań zaplanowanych w ramach realizacji projektu należą:

- stworzenie nowej oferty edukacyjnej w zakresie specjalizacji i kursów dla pielęgniarek i ratowników medycznych,

- współpraca Uczelni z pracodawcami w zakresie wzmocnienia praktycznych elementów nauczania (w tym zakup sprzętu ratownictwa medycznego),
- implementacja treści materiałów dydaktycznych do modelu stosowanego w kształceniu na odległość,
- organizacja specjalistycznych szkoleń w zakresie nowych metod kształcenia dla akademickiej kadry dydaktycznej.

Chlubny rozdział w działalności dydaktycznej stanowią ludzie. Władze Uczelni czyniły usilne starania, aby pozyskiwać kadrę naukowo-dydaktyczną, zapewniającą realizację standardów nauczania na najwyższym poziomie jakościowym. Dzięki temu kadrę akademicką tworzą samodzielni pracownicy nauki z dużym doświadczeniem dydaktycznym i znaczącymi osiągnięciami naukowymi oraz doktorzy dysponujący wiedzą teoretyczną i doświadczeniem praktycznym. Grupę samodzielnych pracowników naukowo-dydaktycznych stanowią głównie pracownicy Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, natomiast doktorzy nauk medycznych są w większości mieszkańcami regionu legnickiego.

DZIAŁALNOŚĆ NAUKOWO-BADAWCZA

Działalność naukowo-badawcza Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy koncentruje się na indywidualnych i zespołowych badaniach naukowych prowadzonych przez kadrę akademicką Uczelni oraz na organizacji konferencji i sesji naukowych poświęconych popularyzacji osiągnięć naukowych.

Szczegółowe zasady realizacji projektów badawczych reguluje stosowne zarządzenie Rektora z 2007 roku. Większość zadań badawczych związana jest z grantami wewnętrznymi. Ich finansowanie odbywa się ze środków własnych Uczelni lub dofinansowania przez Założyciela. Od roku akademickiego 2007/2008 realizowanych jest w ujęciu wieloletnim dziewięć projektów badawczych. Obszary badawcze teoretycznych lub empirycznych dociekań naukowych obejmują dyscypliny wiedzy zajmujących się nimi pracowników akademickich. Wśród tematyki badawczej znajdowały się m.in. problemy jakości usług medycznych wybranych placówek służby zdrowia, motywacji personelu medycznego w kształceniu ustawicznym, stopnia zadowolenia mieszkańców z usług medycznych w wybranych gminach starostwa legnickiego, występowania astmy oskrzelowej i alergii wśród dzieci i młodzieży w wybranych regionach województwa dolnośląskiego, leczenia wirusowych infekcji górnych dróg oddechowych, aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych.

Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy jest zaangażowana w popularyzację osiągnięć naukowych. W tym celu organizuje konferencje i sesje naukowe, na których pracownicy nauki prezentują wyniki swoich badań. Naszymi partnerami regionalnymi w ich organizacji byli: Towarzystwo Przyjaciół Nauk w Legnicy, Towarzystwo Przyjaciół Dzieci w Legnicy, Komenda Miejska Państwowej Straży Pożarnej w Legnicy, Pogotowie Ratunkowe w Legnicy. Cztery konferencje naukowe były organizowane w oparciu o granty przyznane przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. W latach 2006-2009 Uczel-

nia zorganizowała osiem konferencji naukowych poświęconych niepełnosprawności w wymiarze osobistym i zawodowym, ratownictwu medycznemu i zarządzaniu kryzysowemu, kondycji psychofizycznej dzieci i młodzieży, ochronie zdrowia w Legnicy, starzeniu się jako zjawiska biologicznego i społecznego, kontaktom bez przemocy i komunikacji bez agresji.

W debatach naukowych – w zależności od tematyki – uczestniczyli przedstawiciele samorządów terytorialnych, organizacji społecznych, placówek służby zdrowia, administracji oświatowej, pedagodzy szkolni, pracownicy instytucji pomocy społecznej, słuchacze uniwersytetu trzeciego wieku, przedstawiciele komend straży pożarnej, pogotowia ratunkowego, stacji sanitarno-epidemiologicznych i inni.

Integralnym elementem działalności naukowo-badawczej są uczelniane wydawnictwa, które służą zaspokajaniu potrzeb edukacyjnych studentów oraz publikowaniu dorobku młodych pracowników nauki. W latach 2006-2009 ukazało się drukiem szesnaście pozycji książkowych w nakładzie 6860 egzemplarzy. Były to podręczniki, skrypty, monografie, materiały konferencyjne oraz wydawnictwa okolicznościowe. Kadra dydaktyczna Uczelni publikowała swoje opracowania naukowe także w krajowych wydawnictwach i czasopiśmie recenzowanych.

Od 2008 roku Uczelnia rozpoczęła wydawanie własnych seryjnych zeszytów naukowych pt. „Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis”. Dotychczas ukazało się osiem numerów czasopisma. W zeszytach prezentują swoje prace młodzi naukowcy oraz absolwenci, których prace dyplomowe legitymują się wysokim poziomem merytorycznym. Każdy tom zawiera tematykę związaną z naukami medycznymi.

BAZA MATERIALANA I DYDAKTYCZNA

Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy dysponuje bazą materialną i dydaktyczną zapewniającą prawidłową realizację celów kształcenia, w tym odpowiednią liczbą sal dydaktycznych, laboratoriów i pracowni.

W roku akademickim 2009/2010 zasoby techniczne Uczelni są zlokalizowane w obiekcie własnym, położonym w Legnicy przy ul. Chłapowskiego 13. Jest to budynek typowo szkolny przystosowany do potrzeb dydaktycznych szkoły wyższej, który spełnia wszystkie wymogi zapewniające studentom bezpieczne warunki kształcenia. Budynek ten w 2004 r. został przekazany aktem notarialnym przez Zarząd LZDZ na własność Wyższej Szkoły Medycznej. Tam znajduje się trzynaście w pełni wyposażonych sal wykładowych oraz cztery sale seminaryjne.

W maju 2005 roku Uczelnia otrzymała od Wojewody Dolnośląskiego na potrzeby dydaktyczne dwa budynki przy ul. Mickiewicza 36, w których usytuowano 4 sale wykładowe, 5 sal ćwiczeniowych, pracownie specjalistyczne, pomieszczenia administracyjne oraz Centrum Informacyjno-Biblioteczne. Sale dydaktyczne są w pełni wyposażone w sprzęt audiowizualny i przenośne ekrany. Nauczyciele akademicy dysponują następującymi urządzeniami elektronicznymi:

- 15 przenośnymi projektorami multimedialnymi,
- 3 odtwarzaczami video,
- 5 telewizorami,
- 5 kserokopiarkami,
- 3 radiomagnetofonami,
- 15 laptopami (notebookami).

Ponadto w szkole funkcjonują trzy pracownie informatyczne wyposażone w 40 sztuk komputerów z systemem operacyjnym Windows XP. Komputery są połączone w sieć lokalną ETHERNET 100 Mbps ze switchem i mają dostęp DSL do Internetu 4 Mbps. Oprogramowanie narzędziowe stanowią specjalistyczne programy w wersjach demonstracyjno-użytkowych.

BIBLIOTEKA

W Uczelni funkcjonuje Centrum Informacyjno-Biblioteczne, w skład którego wchodzi biblioteka z czytelnia. Biblioteka dysponuje księgozbiorem liczącym ponad 21 tysięcy woluminów. W zbiorach bibliotecznych znajdują się podręczniki oraz literatura z zakresu nauk medycznych, zarządzania, ekonomii, filozofii, etyki, socjologii, a także wydawnictwa encyklopedyczne i słownikowe. Nadmienić należy, że w 2007 roku Uczelnia pozyskała nieodpłatnie ponad 20 tysięcy książek ze zlikwidowanej biblioteki klubu garnizonowego w Legnicy. Biblioteka gromadzi również czasopisma krajowe i zagraniczne związane z pielęgniarstwem i ratownictwem medycznym. Księgozbiór jest sukcesywnie wzbogacany poprzez zakupy najnowszych publikacji.

Integralną częścią biblioteki jest czytelnia, która może jednocześnie obsłużyć 20 studentów. Dodać należy, że Uczelnia ma podpisane porozumienia zapewniające studentom i pracownikom możliwość korzystania ze zbiorów Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie, Biblioteki Głównej Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz Biblioteki Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Legnicy.

WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA I MIĘDZYUCZELNIANA

Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy nawiązała współpracę z ośrodkami akademickimi za granicą o podobnych profilach kształcenia. W maju 2006 roku Uczelnia podpisała umowę z Vyssi Odborna Skola Ždrawotnicka w Hradec Kralove (Czechy), a w 2007 roku z Instytutem Medycznym i Kolegium Medycznym we Lwowie (Ukraina). Współpraca obejmuje wymianę kadry akademickiej i studentów, a także wspólne organizowanie konferencji naukowych.

Ważnym wydarzeniem dla rozwoju Uczelni było zawarcie w 2008 roku Porozumienia z Akademią Medyczną im. Piastów Śląskich we Wrocławiu o współpracy we wszystkich obszarach zainteresowań akademickich. Dokument przewiduje realizację wspólnych przed-

sięwięć w zakresie organizacji konferencji, wykładów, szkoleń, wymianę kadry naukowej oraz wymianę wydawnictw uczelnianych.

RELACJE UCZELNI Z OTOCZENIEM

Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy od chwili powstania uznała za swoją powinność służbę środowisku społecznemu w regionie. Dzięki kształceniu młodych ludzi blisko ich miejsca zamieszkania umożliwia realizację ambicji edukacyjnych tym, dla których duże ośrodki akademickie są z różnych powodów niedostępne. Kształcąc studentów Uczelnia wydatnie przyczynia się do wzrostu liczby personelu medycznego z wyższym wykształceniem w regionie. Bliskie relacje Uczelni z otoczeniem realizowane są w różnych formach. Parlamentarzyści Ziemi Legnickiej, przedstawiciele władz samorządowych Legnicy i Zagłębia Miedziowego oraz reprezentanci organizacji i instytucji służby zdrowia uczestniczą w inauguracjach roku akademickiego i uroczystościach wręczenia dyplomów absolwentom. Władze samorządowe rekomendują projekty nowych ofert edukacyjnych szkoły. Uczelnia aktywnie uczestniczy w integracji lokalnego środowiska naukowego. Na podstawie podpisanego w 2006 roku porozumienia z Towarzystwem Przyjaciół Nauk w Legnicy zorganizowano wspólnie pięć konferencji naukowych o tematyce zdrowotnej. Ponadto Uczelnia współpracuje blisko z Towarzystwem Przyjaciół Dzieci w Legnicy. Od 2007 roku działa Akademickie Koło Przyjaciół Dzieci, które angażuje Uczelnię do organizacji Legnickich Paraolimpiad dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej oraz do wspierania finansowego akcji charytatywnych TPD. Za udzielaną pomoc na rzecz dzieci Uczelnia otrzymała honorowe wyróżnienie w formie statuetki „Pomocna dłoń”.

Warto także odnotować, że społeczność akademicka rokrocznie uczestniczy w „Marszu ku zdrowiu” organizowanym przez Stowarzyszenie Ruch Kobiet do Walki z Rakiem Piersi „Europa Donna”. Osobliwością Uczelni jest stała ekspozycja obrazów pod nazwą „Salon Polski” o tematyce historycznej oraz wystawa fotogramów „Kresy wschodnie”. Obie wystawy zostały zorganizowane przy współpracy ze Stowarzyszeniem Kulturalnym „Krajobrazy” w Legnicy i służą edukacji historycznej studentów.

Od 2007 roku kadra akademicka Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy prezentuje społeczności legnickiej wykłady w ramach corocznego Dolnośląskiego Festiwalu Nauki.

PRAKTYKI ZAWODOWE

Studenci Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy są zobowiązani do realizacji zajęć praktycznych i odbycia praktyk studenckich. W strukturze Uczelni funkcjonuje Zakład Praktyk Zawodowych, który organizuje praktyki studenckie zgodnie z planem studiów oraz regulaminem praktyk zawodowych. Odbywanie praktyki ma na celu poszerzenie wiedzy zdobytej na studiach i rozwijanie umiejętności jej wykorzystywania, poznanie struktur i mechanizmów funkcjonowania instytucji, kształtowanie umiejętności w przyszłej pracy

zawodowej, przygotowanie studenta do samodzielności i odpowiedzialności za powierzone mu zadania oraz stworzenie dogodnych warunków do aktywizacji zawodowej na rynku pracy. Zajęcia praktyczne odbywają się w placówkach służby zdrowia (zakłady opieki zdrowotnej, szpitale, przychodnie itp.), z którymi Uczelnia ma zawarte umowy. Wybory placówek do realizacji praktyk zawodowych dokonuje się w oparciu o kryteria uwzględniające liczebność i kwalifikacje kadry w placówce, urządzenie i wyposażenie zakładu, posiadane przez jednostkę programy zapewnienia jakości. Studenci po zakończeniu semestru oceniają w formie ankietowej jakość kształcenia w zakresie praktyk zawodowych.

ŻYCIE STUDENCKIE

W Uczelni działa Samorząd Studencki. Organem wykonawczym samorządu jest Zarząd, który jest łącznikiem między władzami Uczelni, kadrami akademicką a studentami. Reprezentanci samorządu zasiadają w Senacie oraz w komisji przydzielającej pomoc materialną studentom. Studenci rozwijają swoje zainteresowania w trzech kołach naukowych: Menedżerskim Studenckim Kole Naukowym, Kole Polskiego Forum Europejskiego Koalicji do Walki z Rakiem Piersi „Europa Donna” oraz w Studenckim Kole Naukowym Medycyny Ratunkowej.

Ponadto w szkole trzeci rok działa Akademickie Koło Towarzystwa Przyjaciół Dzieci, które inicjuje współdziałanie Uczelni w akcjach charytatywnych na rzecz dzieci.

Studenci korzystają z pomocy materialnej na podstawie uczelnianego regulaminu uchwalonego przez Senat 28.08.2004r. Komisja Stypendialna przydziela stypendia socjalne, naukowe oraz stypendia dla niepełnosprawnych.

ZAMIERZENIA

W planach rozwojowych Uczelni na najbliższą przyszłość zostaną uwzględnione następujące przedsięwzięcia:

- uruchomienie studiów drugiego stopnia na kierunku „Pielęgniarstwo”
- uruchomienie jednolitych studiów magisterskich na kierunku „Farmacja”
- modernizacja i doposażenie sal dydaktycznych i pracowni specjalistycznych w związku z uruchomieniem kierunku „Farmacja”
- zwiększenie oferty edukacyjnej w zakresie studiów podyplomowych
- opracowanie projektów w celu uzyskania środków finansowych z funduszy Unii Europejskiej dla poszerzenia oferty edukacyjnej.

Władze Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy w roku akademickim 2004/2005

Rektor – *prof. dr hab. n. med. Jacek Szepietowski*
Kancierz – *dr Ryszard Pękała*
Dziekan – *dr hab. n. med. Marek Bolanowski*
Prodziekan – *dr Jerzy Uzar*

SENAT UCZELNI

prof. dr hab. Jacek Szepietowski – Przewodniczący Senatu
dr Ryszard Pękała – Zastępca Przewodniczącego Senatu
dr hab. Marek Bolanowski – Dziekan
dr Janusz Prus – przedstawiciel Założyciela Uczelni
lek. med. Mirosław Gibek – przedstawiciel instytucji współpracującej z Uczelnią
dr hab. n. farm. Zbigniew Rykowski – przedstawiciel instytucji wspierającej Uczelnię
prof. dr. hab. n. med. Tomasz Szepietowski – przedstawiciel nauczycieli akademickich
mgr Jolanta Szostak – przedstawiciel nauczycieli akademickich
mgr Bernard Kustos – przedstawiciel pracowników nie będących nauczycielami akademickimi
Brygida Jedlińska – przedstawiciel studentów
Mgr Halina Białek – sekretarz Senatu

Władze Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy w roku akademickim 2009/2010

Rektor	–	<i>dr hab. n. farm. Zbigniew Rykowski prof. WSM</i>
Prorektor	–	<i>prof. dr hab. n. med. Janusz Bielawski</i>
Kanclerz	–	<i>doc. dr Ryszard Pękała</i>
Dziekan	–	<i>mgr Małgorzata Modl</i>
Prodziekan	–	<i>dr Jolanta Pietras</i>
Wicekanclerz	–	<i>mgr Czesław Kowalak</i>
Wicekanclerz	–	<i>mgr Aleksander Pękała</i>

SENAT UCZELNI

dr hab. Zbigniew Rykowski prof. WSM – Przewodniczący

doc. dr Ryszard Pękała – Zastępca Przewodniczącego

prof. dr. hab. Janusz Bielawski – Prorektor

mgr Małgorzata Modl – Dziekan

doc. dr Jarosław Czeszejko-Sochacki – przedstawiciel nauczycieli akademickich

lek. med. Dorota Czudowska – przedstawiciel Założyciela Uczelni

mgr Aleksander Pękała – przedstawiciel Założyciela Uczelni

mgr Joanna Strzyżewska – przedstawiciel pracowników nie będących nauczycielami akademickimi

Jan Kusek – przedstawiciel instytucji współpracującej z Uczelnią w zakresie praktyk zawodowych

Tomasz Wala – przedstawiciel studentów

Tomasz Radkiewicz – przedstawiciel studentów

Mariola Welter – przedstawiciel studentów

mgr Czesław Kowalak – sekretarz Senatu

**WYBRANE DOKUMENTY
WYŻSZEJ SZKOŁY MEDYCZNEJ LZDZ W LEGNICY**



MINISTER
EDUKACJI NARODOWEJ I SPORTU

DSW-3-4001-24 /WB/04

Warszawa, 2004-01-29

DECYZJA

Na podstawie art. 11 ust. 1 i 3 oraz art. 4a ust. 2 i art. 14 ustawy z dnia 26 czerwca 1997 r. o wyższych szkołach zawodowych (Dz. U. Nr 96, poz. 590 z późn. zm.), po rozpatrzeniu wniosku Legnickiego Zakładu Doskonalenia Zawodowego z siedzibą w Legnicy

udzielam

**Legnickiemu Zakładowi Doskonalenia Zawodowego
z siedzibą w Legnicy,
przy ul. Chłapowskiego 13, 59-220 Legnica**

pozwolenia na utworzenie niepaństwowej wyższej szkoły zawodowej pn.

**Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy
z siedzibą w Legnicy.**

Ogólny kierunek działalności uczelni:
kształcenie na poziomie wyższych stażów zawodowych
na kierunku „pielęgniarstwo” w specjalności „pielęgniarstwo ogólne”.

Minimalną wielkość środków majątkowych, które powinny zostać przeznaczony na utworzenie uczelni ustaliam następująco: środki finansowe w wysokości 80.000,00 (słownie: osiemdziesiąt tysięcy) złotych oraz środki rzeczowe w wysokości 335.342,00 (słownie: trzysta trzydzieści pięć tysięcy trzysta czterdzieści dwa) złote. Łącznie - środki finansowe i rzeczowe - w wysokości 415.342,00 (słownie: czterysta piętnaście tysięcy trzysta czterdzieści dwa) złote.

Termin ważności niniejszego pozwolenia ustaliam do dnia 30 września 2009 r.

Uzasadnienie

Lęgnicki Zakład Doskonalenia Zawodowego z siedzibą w Legnicy dnia 22 maja 2003 r. złożył wniosek w sprawie udzielenia pozwolenia na utworzenie niepaństwowej uczelni zawodowej pn. Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy z siedzibą w Legnicy, kształcącej na kierunku „pielęgniarstwo” w specjalności „pielęgniarstwo ogólne”. Po rozpatrzeniu wniosku pod względem formalnym, został on skierowany do zaopiniowania przez Państwową Komisję Akredytacyjną. Państwowa Komisja Akredytacyjna uchwałą nr 689/2003 z dnia 14 listopada 2003 roku wniosek ten zaopiniowała pozytywnie. Biorąc pod uwagę stanowisko Państwowej Komisji Akredytacyjnej Minister Edukacji Narodowej i Sportu uznał, iż kształcenie w ww. uczelni będzie zorganizowane prawidłowo i postanowił udzielić pozwolenia wnioskodawcy na jej utworzenie.

Minister Edukacji Narodowej i Sportu stwierdził powyższe i postanowił jak w sentencji.

Decyzja jest ostateczna.

Nie służy od niej odwołanie, jednakże na podstawie art. 127 § 3 kodeksu postępowania administracyjnego strona niezadowolona z decyzji może zwrócić się do Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek należy złożyć w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji.

Po wyczerpaniu wyżej opisanego trybu, na decyzję przysługując skarga do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie, wniesiona za pośrednictwem Ministra Edukacji Narodowej i Sportu, w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji.



Otrzymują:

- Lęgnicki Zakład Doskonalenia Zawodowego z siedzibą w Legnicy – zniósłyciel uczelni,
- a/u.



MINISTER
EDUKACJI NARODOWEJ I SPORTU

DSW-3-4001.504/TT/04

Warszawa, dnia 12 czerwca 2004r.

DECYZJA

Na podstawie art. 12 ust. 2 i art. 14 ustawy z dnia 26 czerwca 1997 r. o wyższych szkołach zawodowych (Dz. U. Nr 96, poz. 590 z późn. zm.) oraz § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 stycznia 1991r. w sprawie sposobu prowadzenia rejestru uczelni niepaństwowych (Dz. U. Nr 12, poz. 53), na wniosek Legnickiego Zakładu Doskonalenia Zawodowego z siedzibą w Legnicy

zarządzam

wpis do rejestru niepaństwowych uczelni zawodowych

**Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy
z siedzibą w Legnicy.**

- rubryka pierwsza - liczba porządkowa wpisu: 154 -
- rubryka druga - data wpisu: „12. VI 2004 r.”
- rubryka trzecia - nazwa i siedziba uczelni: „Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy” z siedzibą w Legnicy
- rubryka czwarta - ogólny kierunek działalności uczelni: „kształcenie na poziomie wyższych studiów zawodowych na kierunku: „pielęgniarstwo” w specjalności: „pielęgniarstwo ogólne”.
- rubryka piąta - termin rozpoczęcia działalności i okres ważności zezwolenia: „termin rozpoczęcia działalności: data wpisu, okres ważności pozwolenia do dnia 30 września 2009r.”
- rubryka szósta - imię i nazwisko (lub nazwa) oraz adres załoźyciela: „Legnicki Zakład Doskonalenia Zawodowego z siedzibą w Legnicy przy ulicy Chłapowskiego 13, 59-220 Legnica.”
- rubryka siódma - informacje o wielkości oraz rodzajach środków finansowych i rzeczowych przeznaczonych na założenie i funkcjonowanie uczelni: „środki finansowe w wysokości 80.000,0 (słownie: osiemdziesiąt tysięcy) złotych oraz środki rzeczowe w wysokości 335.342,0 (słownie: trzysta trzydzieści pięć tysięcy trzysta czterdzieści dwa) złote. Łącznie - środki finansowe i rzeczowe - w wysokości 415.342,0 (słownie: czterysta pięćdziesiąt tysięcy trzysta czterdzieści dwa) złote.”

Niniejsza decyzja uwzględnia w całości żądanie strony, w związku z tym, na mocy art. 107 § 4 Kodeksu postępowania administracyjnego (ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. tj. Dz. U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071 z późn. zm.), odstąpiono od jej uzasadnienia.

Decyzja jest ostateczna.

Nie służy od niej odwołanie, jednakże na podstawie art. 127 § 3 kodeksu postępowania administracyjnego strona niezadowolona z decyzji może zwrócić się do Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek należy złożyć w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji.

Po wyczerpaniu wyżej opisanego trybu, na decyzję przysługuje skarga do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie, wniesiona za moim pośrednictwem w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji.



M. Sawicki
Miroslaw Sawicki

Ogłoszenie:

- Legnicki Zakład Doskonalenia Zawodowego z siedzibą w Legnicy, ul. Chłapowskiego 13,
59-220 Legnica - zatrudiciel uczelni

- 0/0



MINISTER
NAUKI I SZKOLNICTWA WYŻSZEGO

DSW-2-07-4003-67/07

Warszawa, 2007-04-24

DECYZJA

Na podstawie art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365 z późn. zm.), na wniosek Rektora Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy

nadaję

**Wydziałowi Zdrowia Publicznego i Zarządzania
Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy
z siedzibą w Legnicy,**

wpisanej do rejestru uczelni niepublicznych i związków uczelni niepublicznych,
w części dotyczącej uczelni utworzonych na podstawie
ustawy z dnia 26 czerwca 1997 r. o wydziałach szkoleń zawodowych
pod liczbą porządkową „154”,

uprawnienie do prowadzenia studiów pierwszego stopnia
na kierunku „ratownictwo medyczne”.

Uzasadnienie

Rektor uczelni złożył wniosek o nadanie Wydziałowi Zdrowia Publicznego i Zarządzania Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy z siedzibą w Legnicy uprawnienia do prowadzenia studiów pierwszego stopnia na kierunku „ratownictwo medyczne”. Po rozpoznaniu wniosku pod względem formalnym, został on skierowany do zapiniowania przez Państwową Komisję Akredytacyjną. Państwowa Komisja Akredytacyjna uchwałą nr 197/2007 z dnia 22 marca 2007 r. wniosek ten zapiniowała pozytywnie.

Biorąc pod uwagę stanowisko Państwowej Komisji Akredytacyjnej, Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego uznał, iż uczelnia jest przygotowana do prowadzenia kształcenia na kierunku „ratownictwo medyczne”.

Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego stwierdził powyższe i postanowił jak w sentencji.

Decyzja jest ostateczna.

POUCZENIE

Na podstawie art. 127 § 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071 z późn. zm.) strona niezadowolona z niniejszej decyzji może zwrócić się do Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy w terminie 14 dni od dnia otrzymania niniejszej decyzji.



wz. Ministra
SEKRETARZ STANU

prof. dr hab. *Stefan JURGA*

Decyzja:

- Rektor Uczelni,
- Założyciel Uczelni,
- alu



MINISTER
NAUKI I SZKOLNICTWA WYŻSZEGO

DSW-2-06-4003-366/07

Warszawa, 2007-[-30]

DECYZJA

Na podstawie art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365, z 2006 r. Nr 46, poz. 328, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 144, poz. 1033 i Nr 227, poz. 1658 oraz z 2007 r. Nr 80, poz. 543 i Nr 120, poz. 818), po rozpatrzeniu wniosku Rektora Wyższej Szkoły Medycznej LZDM w Legnicy z siedzibą w Legnicy

nadaję

**Wydziałowi Zdrowia Publicznego i Zarządzania
Wyższej Szkoły Medycznej LZDM w Legnicy
z siedzibą w Legnicy,**

**uprawnienie do prowadzenia studiów pierwszego stopnia
na kierunku „zarządzanie”.**

Uzasadnienie

W dniu 20 listopada 2006 r. wnioskodawca złożył wniosek o nadanie Wydziałowi Zdrowia Publicznego i Zarządzania Wyższej Szkoły Medycznej LZDM w Legnicy z siedzibą w Legnicy uprawnienia do prowadzenia studiów pierwszego stopnia na kierunku „zarządzanie”. Po rozpatrzeniu wniosku pod względem formalnym, został on skierowany do rozpatrzenia przez Państwową Komisję Akredytacyjną. Państwowa Komisja Akredytacyjna uchwałą z dnia 22 marca 2007 r. nr 165/2007 zaopiniowała wniosek pozytywnie.

Biorąc pod uwagę stanowisko Państwowej Komisji Akredytacyjnej, Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego uznał, iż ww. jednostka organizacyjna uzyskała już przygotowanie do prowadzenia kształcenia na kierunku „zarządzanie”.

Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego stwierdził powyższe i postanowił jak w soncie II.

Decyzja jest ostateczna.

POUCZENIE

Na podstawie art. 127 § 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071 z późn. zm.) strona niezadowolona z decyzji może zwrócić się do Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy w terminie 14 dni od dnia otrzymania niniejszej decyzji.

Otrzymanie:
- rektor Uczelni,
- założyciel Uczelni,
- alio



wz. [nieczytelne]
SEKRETARZ STANU
3 [nieczytelne]
[nieczytelne] JUR [nieczytelne]



MINISTER
NAUKI I SZKOLNICTWA WYŻSZEGO

MNISW-DNS-WUN-6013-1126-3/KT/09

Warszawa, 17 marca 2009 r.

DECYZJA

Na podstawie art. 20 ust. 9 i art. 30 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365, z 2006 r. Nr 46, poz. 328, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 144, poz. 1043, Nr 227, poz. 1658, z 2007 r. Nr 80, poz. 542, Nr 120, poz. 818, Nr 176, poz. 1238 i 1240, Nr 180, poz. 1280 oraz z 2008 r. Nr 70, poz. 416), po rozpatrzeniu wniosku z dnia 7 lutego 2009 r. złożonego przez Legnicki Zakład Doskonalenia Zawodowego, z siedzibą w Legnicy - założyciela Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy

**przedłużam do dnia 30 września 2015 r.
termin ważności pozwolenia na utworzenie
Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy z siedzibą w Legnicy,
określony w decyzji z dnia 9 stycznia 2004 r. nr DSW-3-4001-21/WB/04.**

Uzasadnienie

Strona dnia 7 lutego 2009 r. wystąpiła z wnioskiem o przedłużenie pozwolenia na działalność Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy. Minister zasięgnął, zgodnie z art. 20 ust. 9 ustawy - Prawo o szkolnictwie wyższym, opinii Państwowej Komisji Akredytacyjnej. Minister przeanalizował wniosek, zapoznał się ze zgromadzonym materiałem dowodowym, w tym uchwałą Państwowej Komisji Akredytacyjnej nr 127/2009 z dnia 5 marca 2009 r. pozytywnie opiniującą wniosek. Podstawą wydania opinii było uzyskanie przez Uczelnię pozytywnej oceny jakości kształcenia na kierunku „pielęgniarstwo” (uchwała nr 730/2007 z dnia 20 września 2007 r.). Na kierunku „zarządzanie” Uczelnia nie przeprowadziła do tej pory rekrutacji. Pozostałe kierunki prowadzone w Uczelni nie zostały jeszcze ocenione przez Komisję. Minister uznał, iż w zaistniałej sytuacji możliwe jest przedłużenie terminu ważności pozwolenia na okres 6 lat, czyli do dnia 30 września 2015 r.

Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego stwierdził powyższe i postanowił, jak na wstępie.

Decyzja jest ostateczna.

Pouczenie

Od decyzji nie służy odwołanie, jednakże na podstawie art. 127 § 3 ustawy - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071, z późn. zm.) strona niezadowolona z decyzji może się zwrócić do Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek należy złożyć w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji.

- DLUGOŚCIA:**
- Zastępca Usługi,
 - Uczelnia,
 - sk.



z up. Ministra
PODSZEFKRETARZ STANU
Gracjan Przewalski-Skrzypel
prof. Gracjan Przewalski-Skrzypel

KALENDARIUM WYDARZEŃ W WYŻSZEJ SZKOLE MEDYCZNEJ LZDZ W LEGNICY

- 01.04.2003** – Zarząd Legnickiego Zakładu Doskonalenia Zawodowego podjął uchwałę nr 5/2003 o utworzeniu Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy.
- 22.05.2003** – Legnicki Zakład Doskonalenia Zawodowego w Legnicy złożył w Ministerstwie Edukacji Narodowej i Sportu wniosek w sprawie udzielenia pozwolenia na utworzenie niepaństwowej uczelni zawodowej pod nazwą Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy, kształcącej na kierunku „pielęgniarstwo”.
- 11.07.2003** – Porozumienie LZDZ w Legnicy z TPN w Legnicy w sprawie udostępniania księgozbioru dla studentów organizowanej Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy.
- 14.11.2003** – Państwowa Komisja Akredytacyjna uchwałą nr 689/2003 pozytywnie zaopiniowała wniosek Legnickiego Zakładu Doskonalenia Zawodowego o utworzenie studiów zawodowych na kierunku „pielęgniarstwo” w specjalności „pielęgniarstwo ogólne”.
- 09.01.2004** – Minister Edukacji Narodowej i Sportu decyzją nr DSW-3-4001-21/WB/04 udzielił Legnickiemu Zakładowi Doskonalenia Zawodowego w Legnicy pozwolenia na utworzenie Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy i na kształcenie na poziomie wyższych studiów zawodowych na kierunku „pielęgniarstwo” w specjalności „pielęgniarstwo ogólne”.
- 12.07.2004** – Decyzją Ministra Edukacji Narodowej i Sportu nr DSW-3-4011-197/TT/04 Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy została wpisana do rejestru niepaństwowych uczelni zawodowych pod nr 154.
- Decyzją nr DSW-3-4001/TT/04 Minister Edukacji Narodowej i Sportu zatwierdził Statut Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy
- 01.09.2004** – Prof. dr n. med. Jacek Szepietowski został powołany na Rektora Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy.
- 01.09.2004** – Dr hab. n. med. Marek Bolanowski został powołany na Dziekana Wydziału Pielęgniarstwa.
- 18.09.2004** – Odbyło się pierwsze posiedzenie Senatu.
- 24.10.2004** – Odbyła się pierwsza inauguracja roku akademickiego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy. Podczas immatrykulacji indeksy wręczono

- 120 studentom. Wykład inauguracyjny na temat „Leonardo da Vinci jako anatom” wygłosił prof. dr n. med. Zbigniew Rajchel.
- 09.11.2004** – Minister Zdrowia decyzją nr 19/2004 udzielił Uczelni akredytacji dla kierunku kształcenia „pielęgniarstwo”.
- 01.12.2004** – Dr Ryszard Pękała został powołany na Kanclerza Uczelni.
- 15.12.2004** – Ukonstytuował się samorząd studencki. Przewodniczącą samorządu została wybrana Brygida Jedlińska.
- 28.02.2005** – Uczelnia otrzymała dotację na dofinansowanie kształcenia 120 pielęgniarek w ramach programu studiów pomostowych dla absolwentów 2,5 letnich medycznych szkół zawodowych. Koszt studiów w 90% pokrywał Fundusz PHARE 2002.
- 01.03.2005** – W siedzibie LZDZ odbyła się inauguracja roku akademickiego dla 131 studentów, w tym 72 osób na studiach dofinansowanych z Funduszu PHARE 2002 i 59 osób w trybie studiów odpłatnych.
- 01.04.2005** – Uczelnia brała udział w VII Targach Edukacyjnych w Legnicy i została wyróżniona dyplomem w konkursie na najlepszą aranżację stoiska w kategorii szkół wyższych.
- 07.04.2005** – Wojewoda Dolnośląski wyraził zgodę na przekazanie Wyższej Szkole Medycznej LZDZ w wieloletnią dzierżawę budynków przy ul. Mickiewicza 36 użytkowanych wcześniej przez Państwową Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną.
- 30.08.2005** – Dr hab. Zbigniew Rykowski został powołany na funkcję Rektora Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ.
- 14.10.2005** – W siedzibie LZDZ odbyła się uroczystość inauguracji roku akademickiego 2005/2006. Wykład inauguracyjny wygłosił prof. dr hab. Janusz Bielawski na temat: „Współczesne problemy w stosowaniu antybiotyków”.
- 08.12.2005** – Uczelnia uzyskała zgodę Centrum Kształcenia Pielęgniarek i Położnych na organizację kursów specjalistycznych w zakresie „Leczenia ran” (decyzja Nr 398/05).
- 14.12.2005** – Ukazały się dwie publikacje (skrypty) Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ opracowane przez nauczycieli akademickich Uczelni: dr Halina Wojnowska-Dawiskiba pt.: „Wprowadzenie do teorii i praktyki pielęgniarstwa psychiatrycznego” oraz dr Wiktor Dżygóra pt: „Wybrane procedury w zakładach opieki zdrowotnej i wybrane problemy ekologiczno-zdrowotne”.
- 01.01.2006** – Dr Franciszek Hawrysz został powołany na stanowisko Dziekana Wydziału Pielęgniarstwa.
- 18.02.2006** – Odbyła się uroczystość wręczenia pierwszych dyplomów licencjata pielęgniarstwa 68 absolwentom.
- 03.03.2006** – Studia podyplomowe w zakresie „Nauczanie przyrody z uwzględnieniem ścieżek edukacyjnych w klasach IV-VI szkoły podstawowej” ukończyło 12 absolwentów.

- 09.03.2006** – Senat podjął uchwałę o utworzeniu Wydziału Zdrowia Publicznego i Zarządzania.
- 16.03.2006** – Zespół wizytujący Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego dokonał oceny kierunku „pielęgniarstwo”. W wyniku przeprowadzonego monitoringu szkoła uzyskała 28 punktów na 50 możliwych.
- 05.05.2006** – Uczelnia zawarła porozumienie o współpracy z Vyšší Odborná Škola Zdravotnická a Střední Zdravotnická Škola w Hradcu Králové w Czechach.
- 01.06.2006** – Dr n. med. Tomasz Dawiskiba został powołany na stanowisko Dziekana Wydziału Pielęgniarstwa.
- 27.07.2006** – W Akademii Rycerskiej odbyła się inauguracja roku akademickiego dla studentów z grupy, której studia finansowane są w ramach programu Europejskiego Funduszu Społecznego. Podczas uroczystości dyplomy ukończenia studiów otrzymało 108 absolwentów.
- 22.09.2006** – Uczelnia udzieliła pomocy materialnej w organizacji IV Legnickiej Parolimpiady dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej.
- 07.10.2006** – Społeczność akademicka Uczelni uczestniczyła w „Marszu ku zdrowiu” zorganizowanym w Legnicy przez Ogólnopolski Ruch Kobiet do Walki z Rakiem Piersi „Europa Donna”
- 16.11.2006** – Uczelnia podpisała porozumienie o współpracy z Towarzystwem Przyjaciół Nauk w Legnicy.
- 24.11.2006** – Wręczono świadectwa ukończenia studiów podyplomowych w zakresie „Zarządzanie bezpieczeństwem i higieną pracy” (trzy semestralnych) 18 absolwentom oraz 9 absolwentom tych samych studiów realizowanych w ciągu dwóch semestrów.
- 06.12.2006** – Uczelnia wspólnie z Towarzystwem Przyjaciół Nauk w Legnicy zorganizowała konferencję naukową na temat: „Rozwój daje radość – formy i metody pracy z dziećmi i młodzieżą niepełnosprawną”.
- 14.12.2006** – W budynku Uczelni przy ul. Mickiewicza 36 odbyło się otwarcie stałej galerii obrazów pod nazwą: „Salon polski” z kolekcji dr Tadeusza Samborskiego.
– W siedzibie Uczelni odbyła się konferencja na temat: „Ziemia Legnicka wczoraj i dziś – ochrona zdrowia” zorganizowana wspólnie z Towarzystwem Przyjaciół Nauk w Legnicy i Urzędem Statystycznym we Wrocławiu.
- 19.01.2007** – Powstało Akademickie Koło Towarzystwa Przyjaciół Dzieci.
- 27.01.2007** – Wizytę w Uczelni złożył Jarosław Kalinowski, Wicemarszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.
- 08.02.2007** – Decyzją Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego Uczelnia uzyskała zgodę na prowadzenie studiów podyplomowych w zakresie „Zarządzanie bezpieczeństwem i higieną pracy”.
- 14.02.2007** – Uczelnia uzyskała pozwolenie Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych na szkolenie specjalizacyjne pielęgniarek w dziedzinie „Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania” (decyzja Nr 13/07).

- 15.02.2007** – Uczelnia wydała książkę pt.: „Ochrona zdrowia w Legnicy wczoraj i dziś” z materiałami z konferencji naukowej zorganizowanej 14.12.2006r.
- 16.02.2007** – Uczelnia uzyskała zgodę Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych na organizację szkolenia specjalizacyjnego dla pielęgniarek w dziedzinie „Pielęgniarstwo geriatryczne (decyzja Nr 16/07).
- 28.02.2007** – Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego decyzją Nr DSS-ML-4020-78/07 wyraził zgodę na prowadzenie w Uczelni studiów podyplomowych „Zarządzanie i administrowanie funduszami unijnymi”.
- 20.03.2007** – Uczelnia otrzymała pozwolenie Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych na szkolenie w dziedzinie „Pielęgniarstwo rodzinne” (decyzja Nr 41/07).
- Wydział Zdrowia Publicznego i Zarządzania WSM uchwałą Nr 197/2007 Prezydium Państwowej Komisji Akredytacyjnej otrzymał uprawnienia do prowadzenia kształcenia na kierunku „Ratownictwo medyczne” na poziomie studiów I stopnia.
 - Uchwałą Nr 165/2007 Prezydium Państwowej Komisji Akredytacyjnej nadało Wydziałowi Zdrowia Publicznego i Zarządzania WSM uprawnienia do prowadzenia kształcenia na kierunku „Zarządzanie” na poziomie studiów pierwszego stopnia.
- 24.04.2007** – Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego decyzją Nr DSW-2-07-4003-67-07 nadał Wydziałowi Zdrowia Publicznego i Zarządzania uprawnienia do prowadzenia studiów pierwszego stopnia na kierunku „Ratownictwo medyczne”.
- 11-12.05.2007** – Państwowa Komisja Akredytacyjna przeprowadziła kontrolę jakości kształcenia na kierunku „Pielęgniarstwo”. Skład osobowy komisji: prof. Wiesław Prussek, prof. Maciej Karolczak, dr Anna Abramczyk, mgr Joanna Pytlarczyk.
- 14.05.2007** – Zespół Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego w składzie: prof. dr hab. Elżbieta Krajewska – Kułak i dr Barbara Prażmowska, przeprowadził akredytację na kierunku „pielęgniarstwo”.
- 21.06.2007** – Uczelnia podpisała porozumienie ze Szkołą Medyczną „Medyk” we Lwowie w sprawie współpracy i wymiany akademickiej.
- Uczelnia podpisała porozumienie z Instytutem Medycznym we Lwowie w sprawie współpracy.
 - Uczelnia podpisała porozumienie z Medycznym Kolegium „Monada” we Lwowie w sprawie współpracy i wymiany akademickiej.
- 14.08.2007** – Uczelnia uzyskała zgodę Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych na szkolenie specjalizacyjne pielęgniarek w dziedzinie „Pielęgniarstwa ratunkowego” (decyzja Nr 183/07).
- 30.08.2007** – Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego decyzją Nr-DSW-2-06-4003-366/07 nadał Wydziałowi Zdrowia Publicznego i Zarządzania uprawnienia do prowadzenia studiów pierwszego stopnia na kierunku „zarządzanie”.

- Krajowa Rada Akredytacyjna Szkolnictwa Medycznego podjęła uchwałę Nr 19/II/2007 w sprawie udzielania akredytacji dla kierunku „pielęgniarstwo” w Wyższej Szkole Medycznej LZDZ w Legnicy.
- 15.09.2007** – Z inicjatywy Akademickiego Koła Towarzystwa Przyjaciół Dzieci, Uczelnia udzieliła pomocy materialnej w organizacji V Legnickiej Paraolimpiady w Zespole Szkół Integracyjnych w Legnicy.
- 20.09.2007** – Prezydium Państwowej Komisji Akredytacyjnej Uchwałą Nr 730/2007 pozytywnie oceniło jakość kształcenia na kierunku „pielęgniarstwo” na Wydziale Pielęgniarstwa na poziomie studiów pierwszego stopnia.
- 4 i 5.10.2007** – nauczyciele akademicy Uczelni wygłosili cztery wykłady w Legnicy i Lubinie w ramach X Dolnośląskiego Festiwalu Nauki (sesja wyjazdowa).
- 12.10.2007** – Odbyła się inauguracja roku akademickiego 2007/2008 w Akademii Rycerskiej. Wykład inauguracyjny pt: „Poszukiwanie przyczyn bólów głowy u dzieci i dorosłych” wygłosił prof. dr hab. n. med. Józef Prandota. Podczas uroczystości zainaugurował swoją działalność Uniwersytet Trzeciego Wieku przy Wyższej Szkole Medycznej LZDZ w Legnicy – Universitas Tertii Aetatis.
- 13.10.2007** – Społeczność akademicka Uczelni uczestniczyła w „Marszu ku zdrowiu”, organizowanym przez ruch do walki z rakiem piersi „Europa Donna”.
- 17-18.10.2007** – Uczelnia wspólnie z Komendą Miejską Państwowej Straży Pożarnej w Legnicy, Pogotowiem Ratunkowym w Legnicy i Centrum Naukowo-Badawczym Ochrony Przeciwpożarowej w Józefowie była organizatorem międzynarodowej konferencji naukowej w Legnicy nt. „Ratownictwo medyczne i zarządzanie kryzysowe”.
- 4-7.11.2007** – Delegacja Uczelni w składzie: dr Ryszard Pękała – Kanclerz i dr Adam Klar – Dziekan Wydziału Zdrowia Publicznego i Zarządzania, złożyła wizytę władzom Instytutu Medycznego we Lwowie.
- 12.11.2007** – Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ uzyskała od Ministra Zdrowia Certyfikat akredytacji dla kierunku pielęgniarstwo na okres 4 lat.
- 13.11.2007** – Uczelnia wspólnie z Krajowym Komitetem Wychowania Resocjalizacyjnego w Warszawie i Zarządem Oddziału Okręgowego i Miejskiego Towarzystwa Przyjaciół Dzieci w Legnicy była organizatorem konferencji nt „Kontakty bez przemocy, komunikacja bez agresji”. W obradach uczestniczył Prezes Zarządu Głównego TPD – pan Kołak, który wręczył dr Ryszardowi Pękale odznakę „Przyjaciel Dziecka”.
- 12.12.2007** – Z inicjatywy Akademickiego Koła Przyjaciół Dzieci Uczelnia wsparła finansowo akcję charytatywną „Uśmiech pod choinkę”.
- 15.12.2007** – Ukazała się publikacja uczelniana autorstwa mgr Czesława Kowalaka pt.: „Pomniki i tablice pamiątkowe w Legnicy po II wojnie światowej”.
- 03.01.2008** – Ukazała się książka dr Józefa Jagasa pt.: „Zarządzanie systemowe. Teoria i praktyka” wydana przez Uczelnię.

- 04.01.2008** – Dr Tomasz Dawiskiba Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa został powołany w skład zespołu nauk medycznych Państwowej Komisji Akredytacyjnej.
- 11.01.2008** – Przedstawiciele władz uczelnianych uczestniczyli w spotkaniu opłatkowym środowiska akademickiego Diecezji Legnickiej w Wyższym Seminarium Duchownym w Legnicy.
- 12.01.2008** – Senat podjął uchwałę o utworzeniu na Wydziale Zdrowia Publicznego i Zarządzania kierunku studiów „Kosmetologia”.
- 21.01.2008** – Zostało podpisane Memorandum o porozumieniu pomiędzy Akademią Medyczną im. Piastów Śląskich we Wrocławiu a Wyższą Szkołą Medyczną LZDZ w Legnicy.
- 27-28.02.2008** – Uczelnia wzięła udział w VI Lubuskich Targach Edukacyjnych „Absolwent” w Zielonej Górze.
- 20.03.2008** – Ukazało się wydanie II publikacji (skryptu) Krzysztofa Buraka pt.: „Farmakologia z elementami chemii i leków” (cz.I).
- 27.03.2008** – Ukazała się publikacja „Ratownictwo medyczne i zarządzanie kryzysowe” z materiałami konferencyjnymi.
- 31.03.2008** – Rada Miejska w Legnicy przyznała Odznakę „Zasłużony dla Miasta Legnicy” dr Ryszardowi Pękale Kanclerzowi WSM LZDZ, która została wręczona podczas uroczystej sesji 18.06.2008 r.
- 16.04.2008** – Rektor uczestniczył w spotkaniu środowiska akademickiego z Premierem Donaldem Tuskiem w Warszawie.
- Maj 2008** – Uczelnia otrzymała nieodpłatnie ze zlikwidowanej biblioteki Klubu Garnizowego w Legnicy ponad 30 tysięcy woluminów.
- Czerwiec 2008** – Uczelnia wydała skrypt Józefa Prandoty pt. „Wybrane zagadnienia z pediatrii i farmakologii klinicznej”.
- 18.06.2008** – Odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów pierwszym absolwentom Uniwersytetu Trzeciego Wieku (Universitas Tertii Aetatis) działającego przy Uczelni.
- 20.06.2008** – W Akademii Rycerskiej w Legnicy odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów ukończenia studiów licencjackich 517 absolwentom Wydziału Pielęgniarstwa.
- Lipiec 2008** – Uczelnia rozpoczęła wydawać własne zeszyty naukowe pt. „Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis” . Ukazało się siedem numerów publikacji.
- 30.08.2008** – Mgr Czesław Kowalak wicekanclerz został powołany na Sekretarza Senatu.
- 30.08.2008** – Doc. dr Adam Klar został powołany na Dziekana Wydziału Pielęgniarstwa.
- 10.09.2008** – Uczelnia uzyskała zgodę Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych na organizację kursów specjalistycznych „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” dla pielęgniarek i położnych (decyzja Nr 248/08).
- 01.10.2008** – Mgr Małgorzata Modl została powołana na Dziekana Wydziału Pielęgniarstwa oraz Dziekana Wydziału Zdrowia Publicznego i Zarządzania.

- 09.10.2008** – Uczelnia uczestniczyła w realizacji programu XI Dolnośląskiego Festiwalu Nauki .Kadra akademicka wygłosiła 5 wykładów na spotkaniach, w których uczestniczyło ogółem 360 osób.
- 24.10.2008** – Odbyła się inauguracja roku akademickiego 2008/2009 dla 130 studentów pielęgniarstwa na studiach pomostowych. Wykład inauguracyjny wygłosił prof. dr hab. Janusz Bielawski nt. „Problem leczenia otwartych złamań”.
- Grudzień 2008** – Uczelnia wydała książkę Wiktora Piotrowskiego pt. „Choroby wewnętrzne. Ćwiczenia dla studentów kierunku pielęgniarstwo i ratownictwo medyczne”.
- 17.12.2008** – Uczelnia wspólnie z Towarzystwem Przyjaciół Nauk w Legnicy zorganizowała konferencję naukową na temat: „Kondycja psychofizyczna dzieci i młodzieży na przykładzie populacji miasta Legnicy”.
- Styczeń 2009** – Decyzją Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego (nr MNiSW-DWI-WWP-5212-123-16/ZZ/09 Uczelnia uzyskała wysoką (16) lokatę w konkursie zamkniętym w ramach Poddziałania 4.4.1 „Wzmocnienie potencjału dydaktycznego Uczelni”, Priorytetu IV „Szkolnictwo wyższe i nauka” Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki i otrzymała środki na finansowanie projektu.
- 21.01.2009** – Uczelnia podpisała porozumienie o współpracy z Ośrodkiem Badawczo-Naukowo-Dydaktycznym Chorób Otepiennych Akademii Medycznej we Wrocławiu SP ZOZ w Ścinawie.
- 26.02.2009** – Uczelnia uzyskała zgodę Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych na organizację kursów kwalifikacyjnych w dziedzinie „Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywne opiece” dla pielęgniarek (decyzja Nr 38/09).
- 27.02.2009** – Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego przyznał środki finansowe na realizację projektu Poszerzenie, doskonalenie oraz poprawa jakości oferty edukacyjnej Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy, w ramach Poddziałania 4.1.1. „Wzmocnienie potencjału dydaktycznego uczelni” Priorytetu IV „Szkolnictwo wyższe i nauka”, Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.
- 13.03.2009** – Uczelnia uzyskała zgodę Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych na organizację kursów specjalistycznych „Szczepienia ochronne” dla pielęgniarek i położnych (decyzja Nr 03/08).
- 14.03.2009** – W siedzibie Uczelni odbyło się uroczyste wręczenie 60 absolwentom dyplomów licencjata pielęgniarstwa.
- 27.03.2009** – Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego decyzją nr MNiSW-DNS-WUN-6013-1126-3/KT/09 z dnia 27 marca 2009 r. przedłużył do 30 września 2015 r. termin ważności pozwolenia na utworzenie Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy, z siedzibą w Legnicy.
- Kwiecień 2009** – Uczelnia uzyskała zgodę Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych na prowadzenie kursu specjalistycznego z zakresu „Podstawy opieki paliatywnej” dla pielęgniarek.

- 05.05.2009** – Uczelnia uzyskała zgodę Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych na szkolenie specjalizacyjne pielęgniarek i położnych w dziedzinie „pielęgniarstwo opieki długoterminowej” (decyzja Nr 130/09).
- 15.06.2009** – Uczelnia została wyróżniona przez Oddział Okręgowy Towarzystwa Przyjaciół Dzieci w Legnicy Statuetką Honorową „Pomocna dłoń” za udzielanie pomocy na rzecz dzieci i wspieranie działalności charytatywnej TPD.
- 18.06.2009** – Odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów ukończenia studiów 60 absolwentom Uniwersytetu Trzeciego Wieku przy Wyższej Szkole Medycznej LZDZ w Legnicy.
- Senat uchwalił utworzenie na Wydziale Zdrowia Publicznego i Zarządzania na kierunku „zarządzanie” specjalności „zarządzanie bezpieczeństwem wewnętrznym” oraz studiów podyplomowych w specjalności „zarządzanie kryzysowe”.
- 06.07.2009** – Uczelnia podpisała porozumienie z Główną Biblioteką Lekarską im. Stanisława Konopki o współpracy w zakresie korzystania z literatury naukowej i czasopism specjalistycznych w wersji elektronicznej.
- 24-25.09.2009** – Kadra akademicka Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy uczestniczyła w XII Dolnośląskim Festiwalu Nauki. Wykłady wygłosili: dr Ryszard Pękała, dr Jolanta Bielawska, prof. Janusz Bielawski, mgr Małgorzata Modl, mgr Artur Gibała.
- 02.10.2009** – W Akademii Rycerskiej w Legnicy odbyła się uroczysta Inauguracja Roku Akademickiego 2009/2010 dla 240 studentów pierwszego roku na kierunkach: pielęgniarstwo i ratownictwo medyczne. Wykład inauguracyjny wygłosił doc. dr Ryszard Pękała nt. „Rola człowieka w społeczeństwie”.
- 10.2009** – Ukazała się publikacja książkowa Krzysztofa Buraka „Farmakologia z elementami chemii leków” (cz. 2). Wydana przez Uczelnię.
- 11.10.2009** – Społeczność akademicka Uczelni uczestniczyła w „Marszu ku zdrowiu” zorganizowanym przez Stowarzyszenie Ruchu Kobiet do Walki z Rakiem Piersi EUROPA DONNA.
- 14.10.2009** – Uczelnia uzyskała zgodę Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych na szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie „Pielęgniarstwo operacyjne” (decyzja Nr 295/09).
- 29.10.2009** – Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego decyzją nr WNiSW-DS.-WUN-6012-2770-3/AM/09 zatwierdził nowy Statut Uczelni.

Ewa Kluzowicz

Jolanta Pietras

Rehabilitacja osób po mastektomii

WSTĘP

Choroby nowotworowe są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce [8]. Rak piersi stanowi 17 % wszystkich nowotworów, na które zapadają kobiety w naszym kraju. Rocznie w Polsce rozpoznawanych jest 10 000 nowych zachorowań [9].

Rak sutka, choć w dużo mniejszym odsetku, występuje także u mężczyzn [8, 18]. Panujący w społeczeństwie lęk przed tymi chorobami, a także częsty brak świadomości powoduje, że kobiety nie wykonują regularnych badań piersi, mając przekonanie, że unikną w ten sposób wielu niepotrzebnych problemów, a mężczyźni na ogół zupełnie nie zdają sobie sprawy, że problem ten może dotyczyć również ich.

Spółeczeństwo powinno posiadać wiedzę na temat sposobów postępowania profilaktycznego, aby wykrycie choroby mogło nastąpić jak najwcześniej. Powinno także znać istniejące możliwości leczenia, dostępne metody oraz miejsca gdzie można się udać i uzyskać poradę [7]. Dotyczy to zarówno wczesnego etapu choroby, kiedy najważniejsza jest diagnoza i właściwe postępowanie terapeutyczne, jak i okresu późniejszego, kiedy istotne stają się zagadnienia rekonstrukcji piersi i zmiany stylu życia [2, 5, 7].

Rak piersi jest uleczalny. Całkowite wyleczenie jest możliwe pod warunkiem wczesnego wykrycia i wdrożenia odpowiedniego leczenia chirurgicznego oraz uzupełniającego [14, 19].

Zabieg operacyjny jest początkiem długiej drogi, która wymaga współpracy pacjenta z lekarzem, rehabilitantem, psychologiem i najbliższym otoczeniem [14, 19, 21 22]. Chorobę można pokonać, a skutki leczenia zminimalizować i odnaleźć się na nowo w życiu [5, 21]. Poszczególne typy nowotworów charakteryzują się różnym stopniem inwazyjności i zdolnością tworzenia przerzutów [8, 11, 13, 16, 18]. W chwili diagnozy chory nie powinien jednak myśleć o rozpoznaniu jak o wyroku śmierci. Pozytywne nastawienie do choroby i aktywny udział w procesie leczenia jest bardzo istotny [7, 21, 22].

Wyniki badań przeprowadzonych w Szwecji wykazały, że kobiety aktywnie walczące z chorobą żyły dłużej niż te, które pogodziły się z losem i pasywnie podchodziły do procesu leczenia [9].

Rozpoznanie raka jest bardzo silnym przeżyciem emocjonalnym. Nasuwa się szereg pytań, pojawia poczucie krzywdy, rodzi uczucie gniewu i buntu. Jednocześnie odzywa się wo-

łanie o pomoc i ratunek [21]. Jest wiele powodów, dla których warto być zdrowym i cieszyć się życiem. W przypadku postawienia przez lekarza diagnozy stwierdzającej raka sutka reakcja kobiet na ten fakt jest złożona. Choroba ma wpływ na sferę emocjonalną, społeczną i seksualną [11, 16]. Wiążą się one nie tylko ze stanem zdrowia pacjentki, ale także z jej stylem życia, kontaktami w otoczeniu i akceptacją swego własnego wyglądu [5, 21].

Dobrze poinformowane kobiety, rozumiejące wagę problemu i znające właściwe metody postępowania, mają największe szanse, by poprzez aktywny udział w leczeniu przyczynić się do pokonania choroby [5].

Odjęcie piersi jest ciężkim przeżyciem dla każdej kobiety. Kształtowanie zachowań związanych z pcią w wychowaniu sprawia, że poczucie własnej kobiecości identyfikowane jest w znacznym stopniu z wyglądem zewnętrznym i sylwetką. W związku z tym utrata najważniejszego „atrybutu kobiecości” odczuwana jest przez wiele kobiet szczególnie boleśnie [2, 22]. Jakość życia kobiet po mastektomii w dużej mierze zależy od prawidłowego przebiegu rehabilitacji. Właściwie prowadzona rehabilitacja fizyczna pozwala uniknąć wielu powikłań pooperacyjnych oraz następstw związanych z zastosowanym leczeniem chirurgicznym, a także odzyskać jak najlepszą sprawność po przeprowadzonym zabiegu [4, 5, 6, 12, 21, 22]. Proces ten powinien rozpocząć się jeszcze przed operacją [5]. Nie mniej ważna jest tu także rehabilitacja psychiczna i psychospołeczna [5, 21, 22]. Dużą pomoc i wsparcie chorej mogą znaleźć w różnego rodzaju organizacjach samopomocowych na przykład Klubach Amazonek. Działalność klubów polega między innymi na prowadzeniu sekcji ochotniczek, które udzielają kobietom tuż po zabiegu wsparcia emocjonalnego i praktycznego, pomagają w znalezieniu motywacji powrotu do zdrowia, rehabilitacji psychofizycznej oraz integracji środowiskowej [9].

Rak piersi to ogromny problem, ale także wyzwanie wymagające zaangażowania. Warto podjąć walkę, w której kobiety nie będą pozostawione samym sobie, gdyż problemy te pokonało już wcześniej wiele innych. Z tych względów należy wzmacniać w nich wolę życia i nadziei [9].

Ponieważ tak szczególną rolę w procesie powrotu do zdrowia oraz prawidłowym funkcjonowaniu w społeczeństwie i rodzinie u osób (a zwłaszcza kobiet) po zabiegu mastektomii odgrywa właśnie szeroko pojęta rehabilitacja, dlatego też w niniejszej pracy autorki postanowiły przedstawić zagadnienia związane z wybranymi jej aspektami.

Cele badań

1. Ustalenie rodzaju i częstotliwości ćwiczeń stosowanych w procesie rehabilitacji u osób poddanych zabiegowi mastektomii.
2. Określenie rodzaju stosowanych w codziennym życiu ograniczeń wynikających z zastosowanego leczenia.
3. Ustalenie przyczyn będących powodem zaniechania ćwiczeń przez chorych.
4. Określenie poziomu zadowolenia badanych z efektów rehabilitacji prowadzonej przez Klub „Agata”.

Materiał i Metoda

Badania przeprowadzone zostały za pomocą samodzielnie opracowanej ankiety (załącznik nr 1) składającej się z 13 pytań dotyczących tematu pracy i 7 pytań metryczkowych.

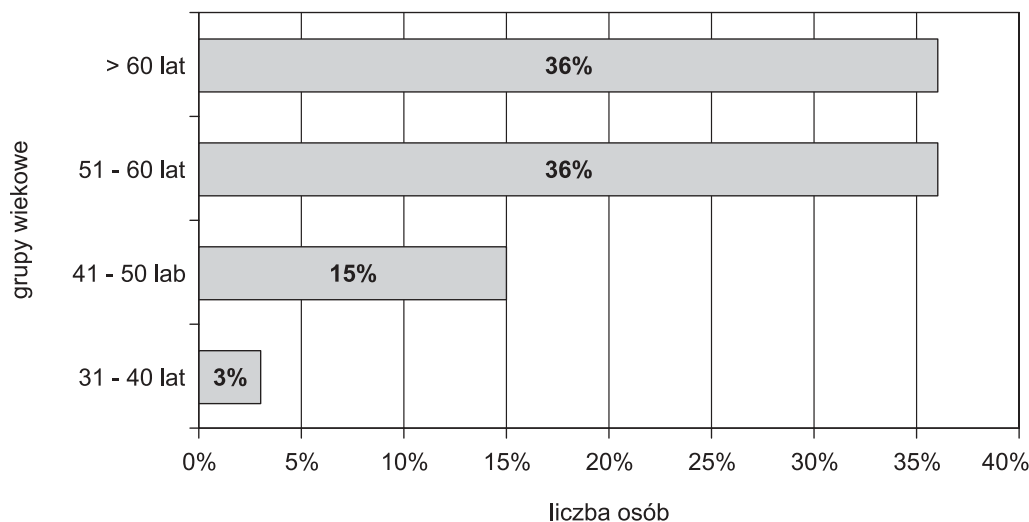
Były nimi objęte osoby zrzeszone w Klubie „Amazonek” – członkowie Klubu „Agata” mieszczącego się w Legnicy przy Akademii Rycerskiej.

Badania zostały przeprowadzone w miesiącu grudniu 2006 roku.

Dotyczyły 30 osób (100 %) po przebytych zabiegach usunięcia guza sutka, w tym 3 (10 %) po zabiegu oszczędzającym i 27 osób (90 %) po mastektomii radykalnej. Grupę badawczą stanowiło 29 kobiet (97 %) i 1 mężczyzna (3 %). Średnia wieku ankietowanych wynosiła 58 lat. W analizowanej grupie przeważały osoby mieszkające w mieście i było to 28 osób (93 %). Na wsi zamieszkiwały 2 osoby (7 %). Większość ankietowanych tj. 25 osób (83 %) mieszkała z rodziną, 5 osób (17 %) spośród respondentów było osobami samotnymi.

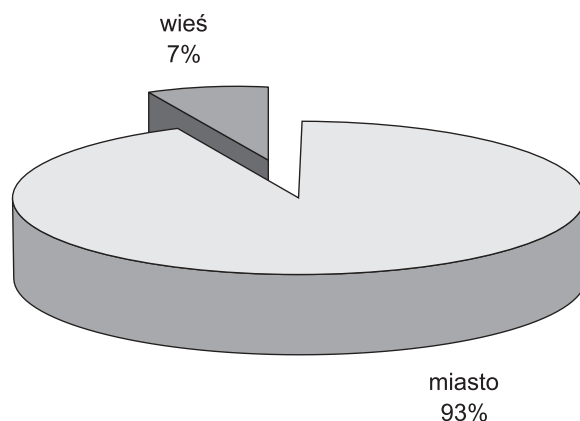
Wyniki

Analiza przeprowadzonej wśród trzydziestoosobowej grupy „Agat” ankiety wykazała, że z rehabilitacji w wymienionym klubie korzystały głównie kobiety, które – co jak powszechnie wiadomo – zgodnie ze statystykami oraz danymi zawartymi w piśmiennictwie naukowym, dużo częściej zapadają na tego typu schorzenie [8, 11, 16, 18]. Stanowiły one 29 osób spośród badanej populacji, czyli 97 %. W badanej grupie był tylko 1 mężczyzna (3 %) po mastektomii. Większość respondentów była w wieku ponad 50 lat.



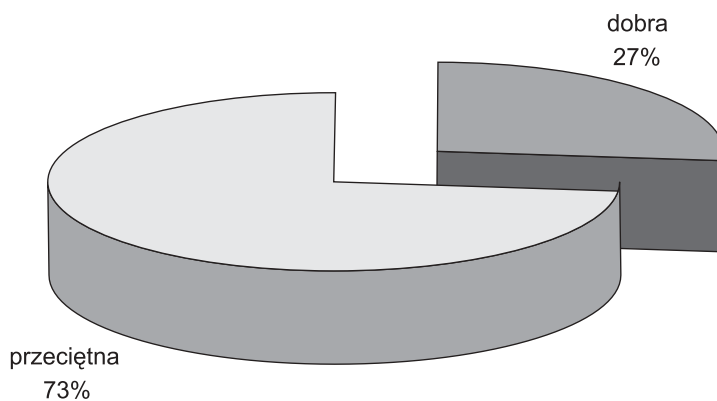
Wykres 1. Wiek badanych.

Większość członków Klubu „Agata” tj. 28 osób, czyli 93 % badanej grupy było mieszkańcami miast. 2 osoby tj. (7 %) mieszkały na wsi. 5 osób (17 %) mieszkało samotnie, a 25 osób (83 %) z członkami rodzin.



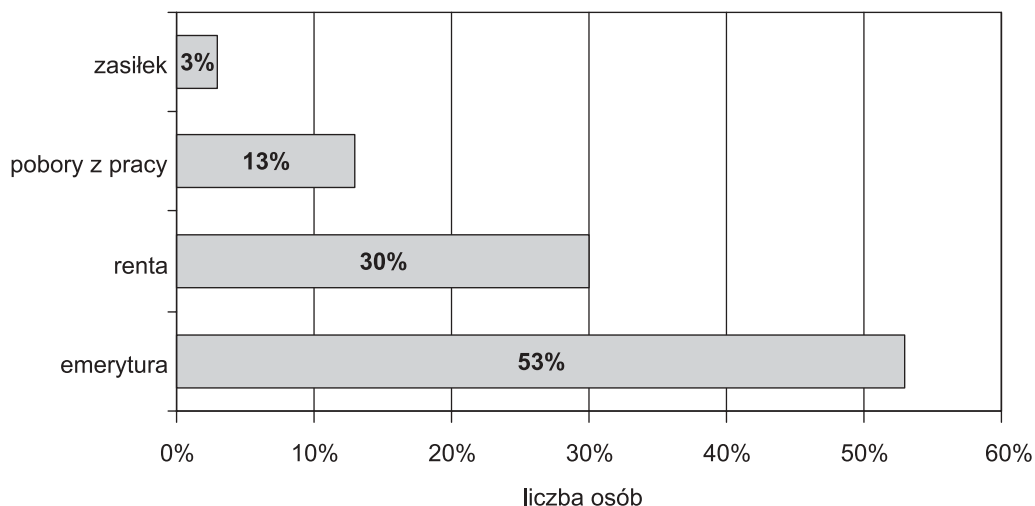
Wykres 2. Miejsce zamieszkania badanych.

Większość respondentów tj. 22 osoby (73 %) deklarowało, że ich sytuacja materialna jest przeciętna. 8 ankietowanych (27 %) oceniło swoją sytuację jako dobrą. Jako złą i bardzo dobrą nie ocenił jej nikt.



Wykres 3. Sytuacja materialna badanych.

Źródło dochodów stanowiła przeważnie emerytura. Była ona źródłem utrzymania 16 osób (53 %), w dalszej kolejności uplasowała się renta 9 osób (30 %), następnie pobory (pensja z zakładu pracy) 4 osoby (13 %) i w 1 przypadku (3 %) zasiłek dla bezrobotnych.



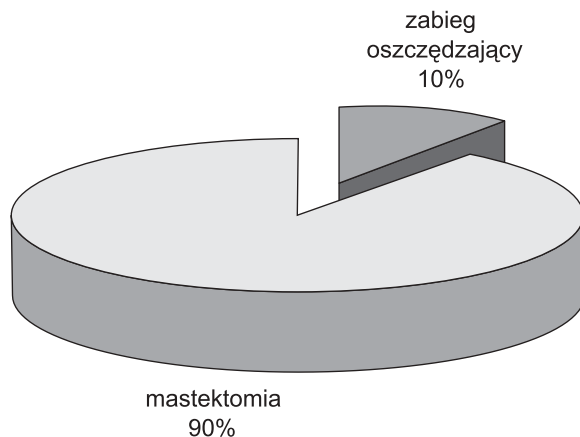
Wykres 4. Źródła dochodu legnickich „Agat”.

Respondenci byli poddani zabiegom usunięcia guza sutka w latach 1989-2006. Najwięcej zabiegów, bo około 12 % zostało przeprowadzonych w roku 2000. Szczegóły prezentuje tabela nr 1.

Tabela 1. Ilość wykonanych zabiegów usunięcia guza sutka w poszczególnych latach.

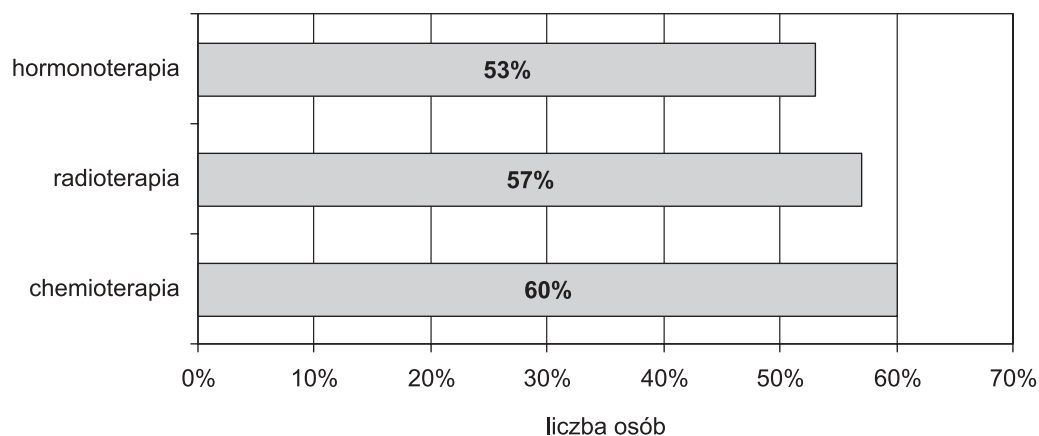
Rok wykonania zabiegu	Ilość wykonanych zabiegów	%
1989	1	3,2
1990	1	3,2
1991	1	3,2
1992	1	3,2
1993	3	9,6
1994	2	6,4
1997	2	6,4
1998	3	9,6
1999	2	6,4
2000	4	12,9
2001	3	9,6
2003	2	6,4
2004	4	12,9
2005	1	3,2
2006	1	3,2
razem	31	100

Większość zabiegów, bo aż 90 %, stanowiła mastektomia radykalna (całkowita). Jedynie w 10 % był to zabieg oszczędzający.



Wykres 5. Rodzaj wykonanego zabiegu.

U wszystkich badanych zastosowano także uzupełniające metody leczenia. Najczęściej, bo aż u 18 osób (60 %) zastosowano chemioterapię, u 17 ankietowanych (57 %) radioterapię, a u 16 osób (53 %) hormonoterapię. Procenty nie sumują się do 100, ponieważ u większości badanych stosowano jednocześnie kilka metod leczenia.



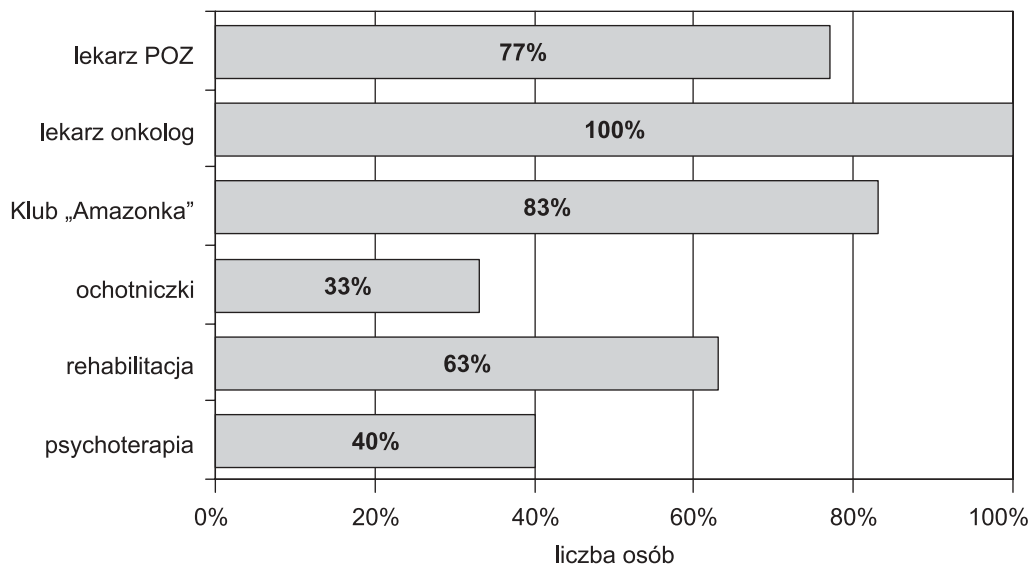
Wykres 6. Leczenie dodatkowe.

Przeprowadzone badania wykazały, że „Agaty” chętnie korzystały z różnych form pomocy już po zakończonym leczeniu chirurgicznym.

Z porad lekarza onkologa korzystali wszyscy badani tj. 30 osób (100 %). Z lekarzem Podstawowej Opieki zdrowotnej kontaktowały się 23 osoby (77 %). Aktywnie w procesie rehabilitacji uczestniczyło 19 osób (63 %).

12 ankietowanych (40 %) zostało poddanych psychoterapii.

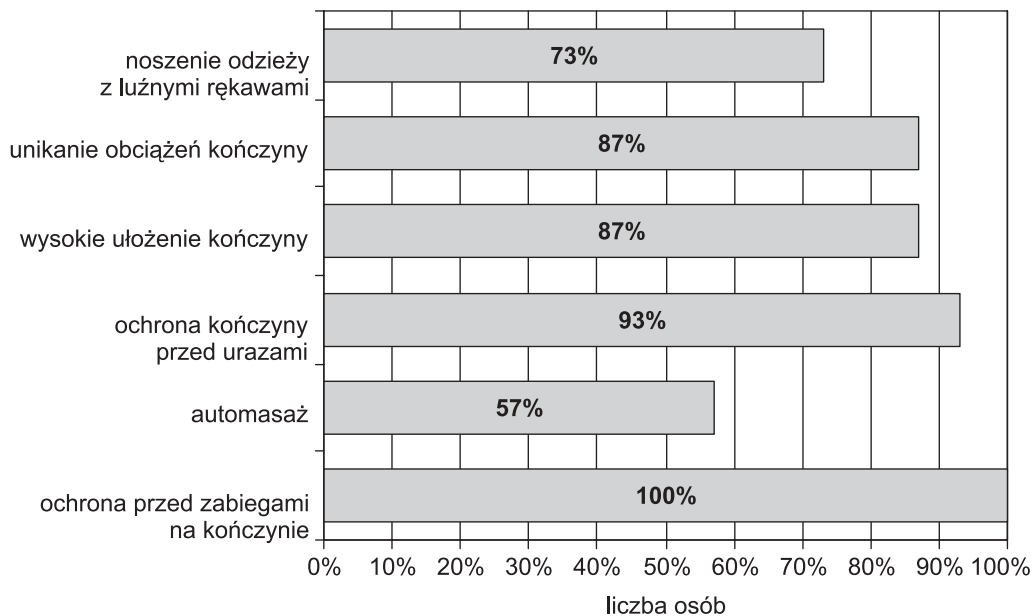
Procenty nie sumują się do 100, ponieważ większość badanych korzystała z kilku form pomocy.



Wykres 7. Formy pomocy, z której korzystały „Agaty”.

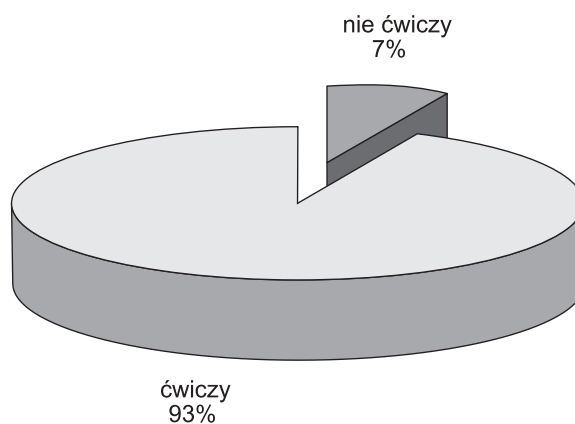
Bardzo istotnym elementem rehabilitacji „Amazonek” jest stosowanie ograniczeń i zaleceń w codziennym życiu [5 ,6, 9, 12]. Przeprowadzone badania wykazały, że zdecydowana większość ankietowanych stosowała się do zalecanych wymogów i ograniczeń.

Wszyscy badani (100 %) starali się chronić kończynę po stronie operowanej przed różnego rodzaju zabiegami. Większość ankietowanych tj. 28 osób (93 %) unikała urazów tej kończyny. 26 osób (87 %) stosowało wysokie ułożenie kończyny po stronie operowanej i tyle samo tj. 26 osób (87 %) unikało obciążania kończyny. Znaczną część w badanej grupie stanowiły osoby noszące odzież z luźnymi rękawami; były to 22 osoby (73 %). Ponad połowa ankietowanych tj. 17 osób (57 %) stosowała automasaż.



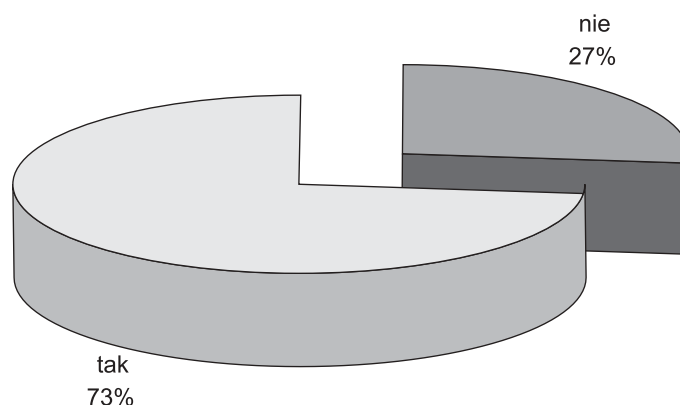
Wykres 8. Zalecenia i ograniczenia stosowane przez „Agaty”.

Nieodzownym elementem rehabilitacji osób po zabiegu usunięcia guza sutka są ćwiczenia ruchowe [5, 21, 22]. Ogromna większość, bo aż 28 ankietowanych (93 %) wykonywała takie ćwiczenia. Jedynie 2 osoby (7 %) nie stosowało ich wogóle



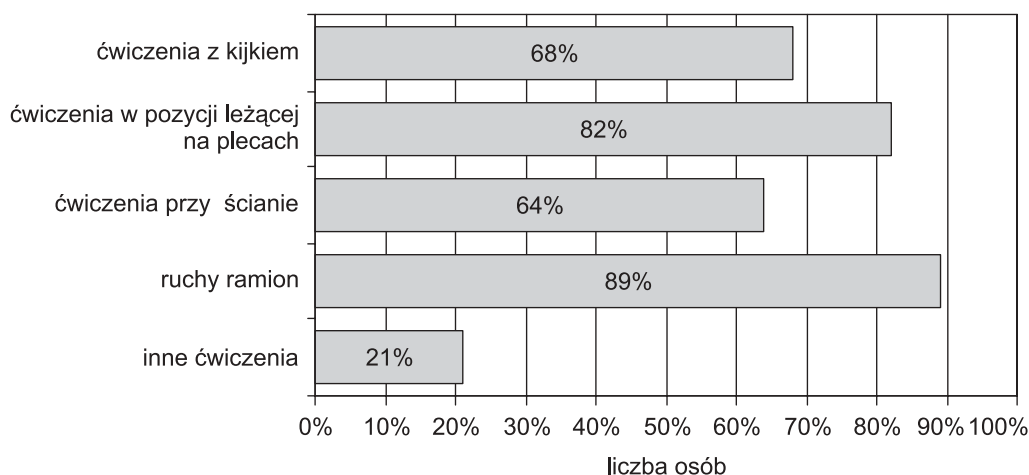
Wykres 9. Rozkład procentowy „Agat” wykonujących ćwiczenia ruchowe.

Przeprowadzone badania wykazały, że w badanej grupie zdecydowana większość, bo 22 ankietowanych (73 %) stosowało ćwiczenia oddechowe równoległe z ćwiczeniami ruchowymi, a tylko 8 respondentów (27 %) nie wykonywało tych ćwiczeń.



Wykres 10. Procentowy rozkład osób stosujących ćwiczenia oddechowe.

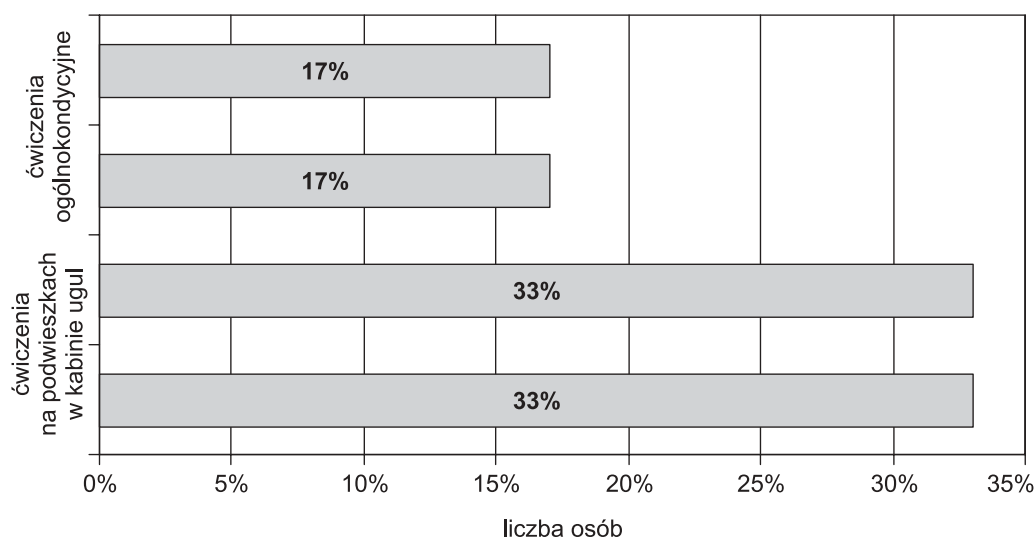
Najczęściej wykonywanymi ćwiczeniami kończyn górnych były ruchy i krążenia ramion. Stosowało je 25 osób spośród poddanych badaniom członków Klubu „Agata” (89 %). Drugim pod względem częstotliwości wykonywania były ćwiczenia w pozycji leżącej na plecach. Wykonywały je 23 osoby (82 %). Ćwiczenia z kijkiem stosowało 19 ankietowanych (68 %). 18 badanych (64 %) ćwiczyło przy ścianie.



Wykres 11. Rodzaje ćwiczeń wykonywanych przez „Agaty”.

6 osób (21 %) preferowało inne ćwiczenia. W tej grupie:
 – 2 osoby (33 %) wykonywało „rowerek”

- 2 osoby (33 %) stosowało ćwiczenia na podwieszkach w kabinie ugul
- 1 osoba (17 %) robiła ćwiczenia kręgosłupa
- 1 osoba (17 %) wykonywała ćwiczenia ogólnokondycyjne

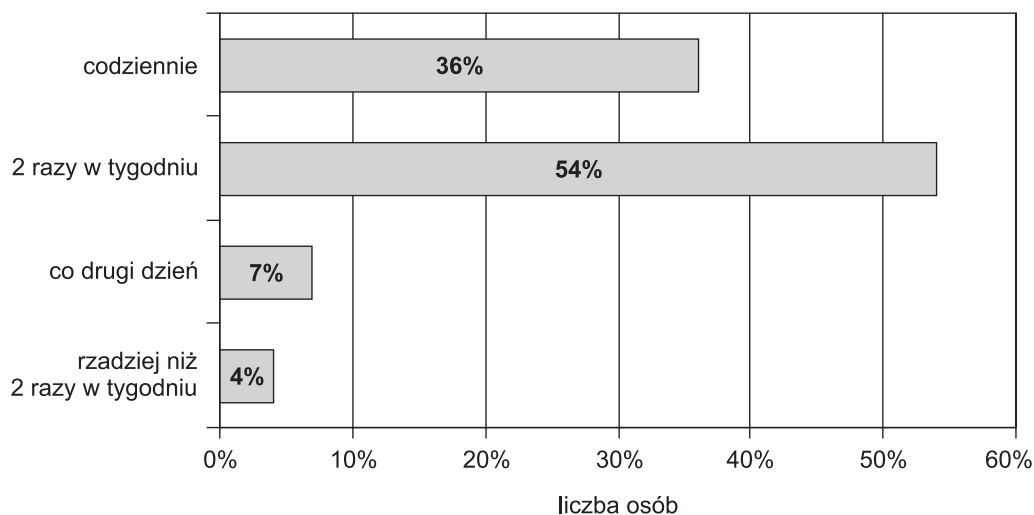


Wykres 12. Rodzaje ćwiczeń dodatkowych wykonywanych przez „Agaty”.

* Procenty nie sumują się do 100, ponieważ większość ankietowanych stosowała kilka ćwiczeń jednocześnie.

Systematyczne stosowanie ćwiczeń jest bardzo istotne w procesie rehabilitacji [5, 21, 22]. Przeprowadzone badania wykazały, że większość badanych ćwiczyła systematycznie. W tym 15 osób (54 %) ćwiczyło 2 razy w tygodniu, a kolejne 10 (36 %) codziennie.

Co drugi dzień ćwiczyły 2 osoby (7 %). Rzadziej niż 1 raz w tygodniu 1 osoba (4 %).

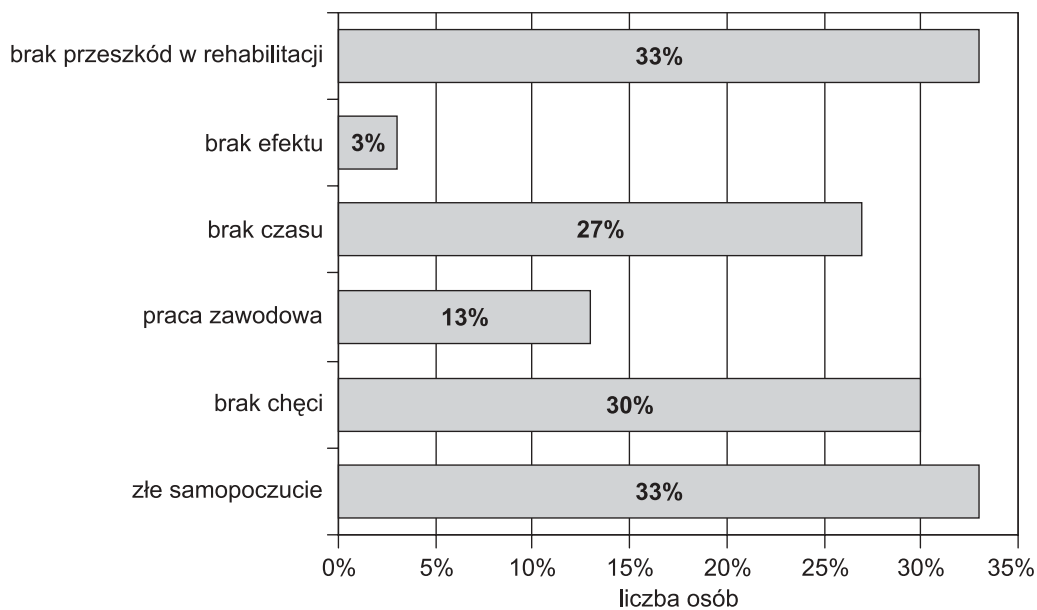


Wykres 12. Częstotliwość wykonywania ćwiczeń przez ruchowych przez „Agaty”.

Czynnikami, które powodowały zaniechanie lub ograniczenie częstotliwości wykonywania ćwiczeń były wśród respondentów:

- złe samopoczucie 10 badanych (33 %),
- brak chęci 9 ankietowanych (30 %),
- brak czasu 8 badanych (29 %),
- praca zawodowa 4 badanych (13 %),
- brak efektu ćwiczeń 1 osoba (3 %).

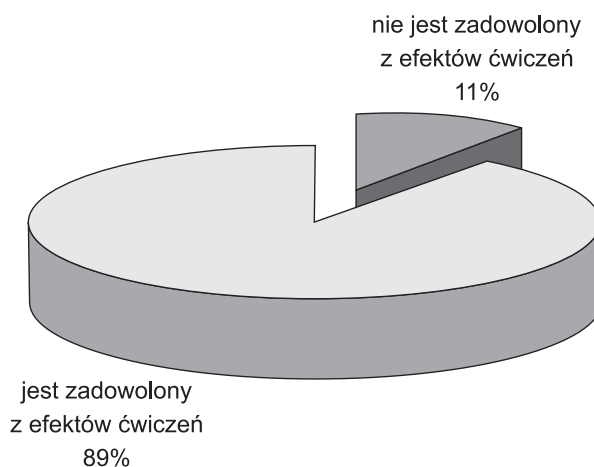
* Procenty nie sumują się do 100, ponieważ respondenci podawali po kilka odpowiedzi jednocześnie.



Wykres 13. Czynniki utrudniające rehabilitację.

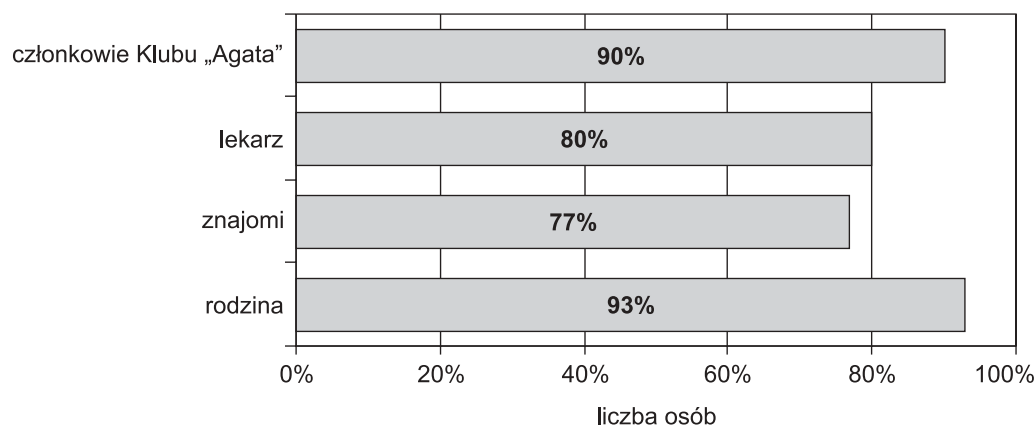
10 ankietowanych (33 %) uznało, że żaden z wymienionych wyżej czynników nie był dla nich przeszkodą w wykonywaniu ćwiczeń.

W grupie stosujących rehabilitację, z efektów ćwiczeń zadowolonych była większość respondentów i było to 25 osób (89 %). 3 badane osoby (11 %), które wykonywały ćwiczenia deklarowały, że niestety nie odczuwały ich pozytywnych skutków.



Wykres 14. Poziom efektywności stosowanych ćwiczeń.

Badania wykazały, że w badanej grupie większość osób korzystała w codziennym życiu ze wsparcia otoczenia. Największym oparciem i pomocą dla ankietowanych była rodzina – w ten sposób odpowiedziało 28 badanych (93 %). 27 osób (90 %) korzystało z pomocy członków Klubu „Agata”. Ankietowani uzyskiwali także wsparcie u lekarza – tak podały 24 ankietowane osoby (80 %). Pomoc od znajomych otrzymywało 23 respondentów (77 %).



Wykres 15. Osoby stanowiące wsparcie w codziennym życiu „Agat”.

Wnioski

W oparciu o przeprowadzone badania wysunięto następujące wnioski:

1. Zdecydowana większość badanych (93 %) po zakończonym leczeniu chirurgicznym systematycznie i aktywnie korzystała z różnych form rehabilitacji.
2. Najczęściej wykonywanym ćwiczeniem ruchowym były krążenia i ruchy ramion (89 %) oraz ćwiczenia wykonywane w pozycji leżącej na plecach (82 %).
3. Prawie wszystkie badane osoby stosowały zalecenia medyczne i ograniczenia wynikające ze specyfiki przeprowadzonego zabiegu chirurgicznego.
4. Najczęściej wymienianą przyczyną zaniechania podejmowania ćwiczeń było złe samopoczucie i brak czasu.
5. Większość osób (89 %) biorąca udział w rehabilitacji oceniła jej skutki pozytywnie.
6. Dla członków Klubu „Agata” wsparcie stanowiła przede wszystkim rodzina, a także inni członkowie Klubu.

Podsumowanie

Kluby „Amazonek” niosą szeroko pojętą pomoc oraz wsparcie psychiczne osobom, a przede wszystkim kobietom po mastektomii [9]. Umożliwiają korzystanie z fachowej, profesjonalnej i wieloprofilowej rehabilitacji oraz są źródłem motywacji, a także mobilizacji do kontynuowania ćwiczeń. Uzyskane dane potwierdziły, że faktycznie wśród osób zrzeszonych zdecydowana większość nawet po zakończonym leczeniu systematycznie korzystała z różnych jej form.

W trakcie badań pytano członków Klubu „Agata” o rzeczywisty wpływ jaki na ich kondycję fizyczną i psychiczną miało korzystanie ze wsparcia członków Klubu „Amazonek”.

Ogromna większość ankietowanych przyznała, że bycie członkiem Klubu „Agata” stanowiło dla nich duże wsparcie, a przede wszystkim dawało poczucie, że nie jest się osamotnionym w zmaganiach z chorobą nowotworową. Większość badanych kładła nacisk na świadomość, że choroba dotyczy również innych osób twierdząc, że „w grupie nigdy nie jest się odosobnionym w swojej tragedii”. Ankietowani przyznawali, że odprężają się psychicznie spotykając się z osobami z Klubu. Wszyscy wskazywali na pozytywne efekty działalności Klubu „Agata”. Ankietowani przyznawali, że spotkania w Klubie miały na nich korzystny i budujący wpływ. Były wsparciem. Dostarczały także przydatnej wiedzy i wielu informacji, ułatwiały kontakt z lekarzem oraz umożliwiały wyjazdy na turnusy rehabilitacyjne, a leczenie uzdrowiskowe jest tu również bardzo istotne [4]. Stanowiły także znaczącą motywację i pomoc w rehabilitacji. Badania wykazały, że spotkania w Klubie „Agata” dla niektórych ich członków spowodowały odnalezienie sensu życia, nawet po tak okaleczającym zabiegu jakim jest mastektomia. Duży nacisk „Agaty” kładą na możliwość przekazania swojej wiedzy, spostrzeżeń i praktycznych porad dotyczących profilaktyki oraz obserwacji zwłaszcza wczesnych objawów choroby, a także własnych doświadczeń, innym osobom. Badani wskazywali na istotne znaczenie profilaktyki i samobadania piersi. Z przeprowadzonych badań wynika jednoznacznie, że działalność Klubu „Agata” jest wsparciem dla osób po mastektomii zamieszkujących Legnicę i jej okolice.

PIŚMIENNICTWO

1. Bąk M., Rostkowska E.: Etyczne aspekty rehabilitacji kobiet po Mastektomii; Postępy rehabilitacji; t. XIV, (4), 2000, s. 86
2. Bąk M., Rostkowska E.: Wpływ stosowania protezy piersi podczas snu na postawę ciała u kobiet po mastektomii; Fizjoterapia; 4, (8), 2000, s. 11-15
3. Bochenek A., Reichel Z.: Anatomia człowieka; PZWL, Warszawa 2003
4. Czerwińska J.: Rehabilitacja uzdrowskowa po mastektomii; Magazyn Pielęgniarki i Położnej – (11), 1999, s.19-20
5. Grabowska D. Hawro R.: Program Rehabilitacji Kobiet po Mastektomii – Wyd. Irbis, Wrocław 2001
6. Hawro R.: Automasaż – materiały informacyjne dla kobiet po Mastektomii; Femina-Fenix, Wrocław 2001, s. 14-15
7. Hawro R.: Nowości w leczeniu i pielęgowaniu chorób Nowotworowych; Materiały Zjazdowe – II Dolnośląskiej Konferencji Szkoleniowej Pielęgniarek i Położnych, Piechowice 2004, s. 14-21
8. Krzakowski M.: Onkologia kliniczna; Wyd. Medyczne Borgis, Warszawa 2005
9. Lewera D.: Poradnik dla Amazonki; Continuo, Wrocław 2004
10. Lewicka M.: Historia leczenia raka piersi; Nasz głos, (4), 2003, s. 20
11. Martius G.: Ginekologia i Położnictwo; Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1997
12. Morawska E.: Kompleksowa Terapia Przeciwozrękowa po Radykalnym Leczeniu Raka Sutka; IX Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa dla Pielęgniarek Onkologicznych, Łódź 2005, s. 23-24
13. Noszczyk W.: Chirurgia; Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2005
14. Pawlicki M.: Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia; Alfa-medica press, Bielsko-Biała 2001
15. Prochowicz Z.: Podstawy masażu leczniczego; Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004
16. Pschyrembel W.: Ginekologia praktyczna; Wyd. Lekarskie PZWL Warszawa 1994
17. Roźniatowski T.: Mała Encyklopedia Medycyny; Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1994
18. Szmidt J.: Podstawy chirurgii; Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2004
19. Tarkowski R.: Rak sutka, Materiały informacyjne dla kobiet po Mastektomii; Wyd. Femina-Fenix, Wrocław 2003, s. 5-7
20. Tchórzewska H.: Dwadzieścia lat Zakładu Rehabilitacji Centrum Onkologii –Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie; Nowotwory; 1, vol. 55, 2005, s. 93-95
21. Tchórzewska H.: Rehabilitacja chorych leczonych z powodu raka gruczołu piersiowego; Nowotwory 47, supl. 2; 1997, s.93-96
22. Tchórzewska H.: Rehabilitacja kobiet leczonych z powodu raka piersi; Wyd. Aleksandria, Warszawa 2004
23. Tchórzewska H.: Spacer po zdrowie i dobrą kondycję; Amoena life, 5, 2004, s. 6-7
24. Walden-Gałuszko K : Podstawy opieki paliatywnej ; Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2005

Załączniki

Załącznik nr 1 – ankieta

Proszę o wypełnienie poniższej ankiety. Jest ona anonimowa. Uzyskane dane mają posłużyć do opracowania zagadnień dotyczących rehabilitacji u osób poddanych zabiegowi mastektomii. Autorzy badań liczą, że przybliży im ona problemy z jakimi się Państwo zmagacie. Proszę o rzetelne udzielanie odpowiedzi.

1. W którym roku był wykonywany zabieg/zabiegi usuwania guza piersi
.....
2. Rodzaj wykonanego zabiegu
Oszczędzający
Tak Nie
Mastektomia
Tak Nie
3. Czy był(a) Pan(i) poddawana(y) innym metodom leczenia
Tak Nie
Jeśli tak, to jakie metody leczenia zastosowano:
 - Radioterapia
Tak Nie
 - Chemioterapia
Tak Nie
 - Hormonoterapia
Tak Nie
4. Z jakich form pomocy Pan(i) korzystał(a), oprócz leczenia szpitalnego
 - Wizyty u lekarza POZ
Tak Nie
 - Wizyty u lekarza onkologa
Tak Nie
 - Korzystanie ze wsparcia członków Klubu „Agata”:
Tak Nie
 - Wsparcie Ochotniczek
Tak Nie

Udział w rehabilitacji ruchowej

Tak

Nie

Korzystanie z psychoterapii

Tak

Nie

5. Proszę podać jakie zalecenia i ograniczenia w życiu codziennym stosował(a) lub nadal Pan(i) stosuje noszenie odzieży z luźnymi rękawami

Tak

Nie

– wysokie ułożenie kończyny podczas snu, wypoczynku i pracy

Tak

Nie

– unikanie obciążania tej kończyny ciężką pracą, lub noszenia w niej niewielkich nawet ciężarów

Tak

Nie

– ochrona kończyny strony operowanej przed oparzeniem, skaleczeniem i zakażeniem

Tak

Nie

– ochrona kończyny strony operowanej przed pomiarami ciśnienia, szczepieniami, zastrzykami i pobieraniem krwi

Tak

Nie

– stosowanie automasażu

Tak

Nie

6. Czy stosuje Pani ćwiczenia ruchowe

Tak

Nie

7. Rodzaj ćwiczeń, które Pan(i) wykonuje

Ćwiczenia z kijkiem

Tak

Nie

Ćwiczenia w pozycji leżącej na plecach

Tak

Nie

Ćwiczenia przy ścianie

Tak

Nie

Podnoszenie ramion w górę i opadanie w dół

Tak Nie

Inne

Tak Nie

Jakie

8. Czy równoległe z ćwiczeniami ruchowymi stosuje Pani ćwiczenia oddechowe

Tak Nie

9. Jak często stosuje Pani ćwiczenia ruchowe

Codziennie

Tak Nie

Co drugi dzień

Tak Nie

2 razy w tygodniu

Tak Nie

1 raz w tygodniu

Tak Nie

Rzadziej

Tak Nie

10. Czy jest Pani zadowolona z efektów ćwiczeń

Tak Nie

11. Jeśli nie ćwiczy Pan(i) regularnie, to proszę podać przyczyny

Brak czasu

Tak Nie

Praca zawodowa

Tak Nie

Brak chęci, motywacji

Tak Nie

Brak efektu dotychczasowej rehabilitacji

Tak Nie

Złe samopoczucie

Tak Nie

Brak wiedzy na temat jak ćwiczyć

Tak Nie

Nic nie utrudnia

Tak Nie

12. Na czyją pomoc może Pan/Pani liczyć

Rodziny

Tak Nie

Znajomych

Tak Nie

Lekarza

Tak Nie

Członków Klubu „Agata”

Tak Nie

Innych osób

Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać kogo

13. Proszę opisać jaki wpływ na Pani kondycję psychiczną i fizyczną ma korzystanie ze wsparcia członków Klubu „Agata”

.....
.....

METRYCZKA

WIEK

WIEK

20-30 lat	31-40 lat	41- 50 lat	51- 60 lat	ponad 60 lat

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

wieś	miasto

WYKSZTAŁCENIE

podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe	inne

SYTUACJA MATERIALNA

zła	przeciętna	dobra	bardzo dobra

Z KIM PANI MIESZKA

sama	z rodziną	Ośrodek Opiekuńczy

ŹRÓDŁO UTRZYMANIA

pobory z pracy	renta	emerytura	zasilek dla bezrobotnych	inne

STAN CYWILNY

panna	mężatka	stan wolny

**Świadomość zdrowotna i dostępność
do usług medycznych mieszkańców
Starostwa Legnickiego w opinii badanych
– wyniki badań przeprowadzonych w ramach projektu
WDN-POKL.09.05.00-02-237/07**

Wstęp

Świadomość zdrowotna jest jednym z podstawowych czynników wpływających na podejmowanie i wdrażanie przez ludzi do swojego życia tzw. zachowań prozdrowotnych (mających pozytywny wpływ na zdrowie) oraz unikanie zachowań antyzdrowotnych (wykazujących działanie negatywne).

Zachowania zdrowotne, a także dostępność do usług medycznych są z kolei jednymi z głównych determinantów mających wpływ na zdrowie poszczególnych jednostek oraz całego społeczeństwa.

Autorzy opracowania biorąc pod uwagę istotne znaczenie powyższych czynników na omawiane kwestie podjęli się przeprowadzenia analizy badań określających podejmowanie zachowań zdrowotnych, jak również dostępność do usług medycznych mieszkańców 4 gmin Dolnego Śląska mając na względzie ustalenie deficytów w przedstawionych sferach.

Otrzymane dane mogą być cennym źródłem informacji odnośnie oczekiwań społeczności lokalnej i zachowań miejscowej ludności w zakresie zdrowia, pomocnym w opracowaniu odpowiednich programów edukacyjnych i profilaktycznych oraz wskazującym, które obszary w funkcjonowaniu służby zdrowia i dostępności usług medycznych wymagają udoskonalenia.

Cele badań

1. Ustalenie rodzaju i częstotliwości zachowań zdrowotnych wśród mieszkańców wybranych miejscowości województwa dolnośląskiego oraz określenie poziomu dostępności do wybranych usług medycznych w miejscu zamieszkania.
2. Opracowanie wskazówek w zakresie poprawy stylu życia, a także podniesienia poziomu jakości i dostępności usług medycznych ludności lokalnej.

Materiał

Badaniami objęto łącznie 200 osób – mieszkańców 4 miejscowości województwa dolnośląskiego: Miłkowic, Kunic, Rokitek oraz Legnickiego Pola – uczestniczących w spotkaniach w ramach projektu WDN.POKL.09.05.00-02-237/07.

Największy odsetek, bo niemal połowę respondentów, stanowili mieszkańcy Miłkowic i było to aż 88 osób, czyli 44 % całej badanej grupy.

W następnej kolejności uplasowali się mieszkańcy Legnickiego Pola stanowiący nieco ponad ¼ wszystkich badanych – było to 53 osoby, to jest 26,5 %.

W Kunicach były to 34 osoby – 17 % badanej grupy.

Najmniejszą część stanowili mieszkańcy Rokitek 25 osób – 12,5 %.

Metody

Badania przeprowadzono w okresie od 29.10.2008 r. do 19.11.2008 r. za pomocą ankiety składającej się z metryczki zawierającej dane osobowe respondentów oraz części zasadniczej podzielonej na dwie główne podgrupy pytań (wzór – patrz załącznik).

I-sza część obejmowała pytania dotyczące stylu życia i zachowań zdrowotnych badanych.

II-ga zawierała pytania dotyczące usług świadczonych w ramach dostępnej opieki medycznej.

Wyniki badań

Płeć badanych

Wśród uczestników projektu podział ze względu na płeć rozkładał się podobnie – 102 osoby (51 %) stanowiły kobiety, 98 osób (49 %) mężczyźni.

Wiek badanych

W badanej grupie zdecydowanie przeważały osoby młode.

173 respondentów, czyli aż 86,5 % całej badanej populacji mieściło się w przedziale wiekowym do 25 roku życia.

Dalszych 11 ankietowanych (5,5 %) – znalazło się w granicach od 25 do 40 roku życia.

Zaledwie 9 badanych (4,5 %) – było w przedziale wiekowym 40-55 lat.

Tylko 3 osoby (1,5 %) – powyżej 55 roku życia.

4 osoby nie podały swojego wieku.

Wykształcenie w badanej grupie

Ogólny poziom wykształcenia ankietowanych nie był wysoki, być może między innymi ze względu na w większości młody wiek respondentów i fakt, że byli to mieszkańcy mniejszych miejscowości.

Wśród badanych przeważały osoby z wykształceniem podstawowym – było to, aż 149 ankietowanych, czyli prawie $\frac{3}{4}$ wszystkich badanych (74,5 %).

Wykształcenie zawodowe deklarowało 10 respondentów (5 %).

Średnie 14 (7 %).

Wyższe zaledwie 12 ankietowanych (6 %).

15 osób (7,5 %) nie podało poziomu posiadanego wykształcenia.

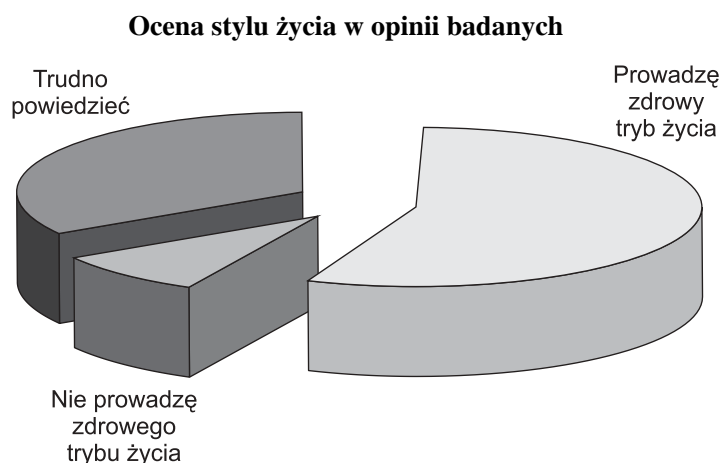
Ocena stylu życia i zachowań zdrowotnych

Ponad połowa respondentów uznała jednoznacznie, że prowadzi zdrowy styl życia – odpowiedziało tak 115 osób (57,5 %).

Tylko 19 osób (9,5 %) – zadeklarowało bezspornie, że nie prowadzi zdrowego stylu życia.

Aż ponad 1/3 badanych dbających na miarę możliwości o kwestie zdrowia, ale jednocześnie zauważając pewne niedociągnięcia w sferze swoich zachowań zdrowotnych miała problemy z zakwalifikowaniem siebie do jednej z powyższych grup, dlatego określeniem *trudno powiedzieć* – odpowiedziało 66 badanych (33 %).

Rozkład procentowy obrazuje wykres nr 1.



Wykres nr 1.

W opinii badanych zdrowy styl życia polegał na:

Prowadzeniu systematycznej aktywności fizycznej – takiej odpowiedzi udzieliło 41 osób (20,5 %).

Również 41 (20,5 %) uznało, że jest to właściwe odżywianie.

22 osoby (11 %) , że to przede wszystkim dobre samopoczucie.

Największy odsetek, bo aż 144 osoby czyli 72 % ankietowanych trafnie uznało, że na zdrowy styl życia składają się wszystkie wyżej wymienione czynniki.

** Procenty nie sumują się, ponieważ respondenci z wyjątkiem grupy, która wskazała na wszystkie z podanych czynników, udzielali po kilka odpowiedzi równocześnie, zwykle tworząc ze sobą różne połączenia 3 pierwszych możliwości.*

Najczęściej podejmowanymi formami aktywności fizycznej były wśród ankietowanych:

Przede wszystkim jazda na rowerze. Taką formę ruchu preferowała znacznie więcej niż połowa respondentów – były to 133 osoby, to jest 66,5 % badanej populacji.

W dalszej kolejności – bieganie 105 osób (52,5 %) czyli również nieco ponad połowa ankietowanych.

W następnej kolejności uplasowały się spacer – chętnie korzystało z nich 94 osoby, co także stanowi niemal połowę badanych (46 %).

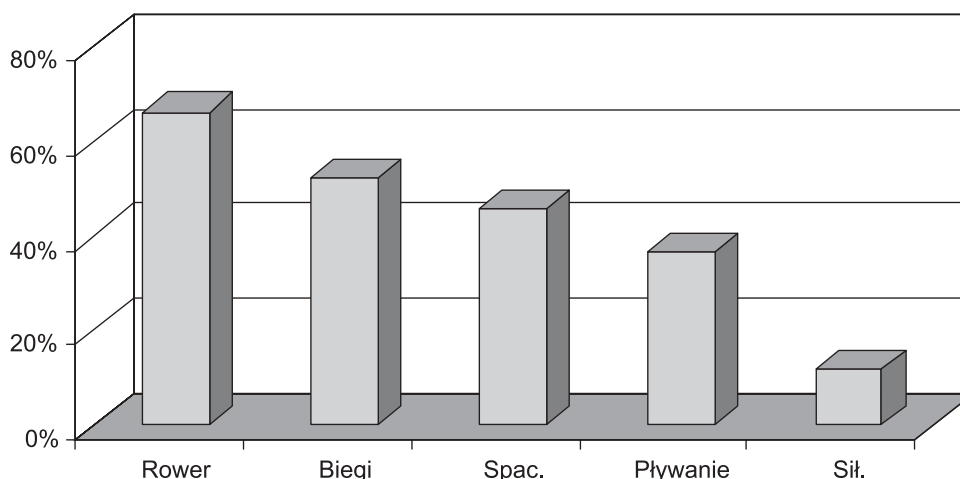
Pływanie wybrało – 74 ankietowanych (37 %).

Siłownię zaledwie – 24 respondentów (12 %).

** Procenty nie sumują się ponieważ respondenci udzielali tu po kilka odpowiedzi jednocześnie.*

Dane prezentuje wykres nr 2.

Najczęstsze formy aktywności fizycznej wśród badanych



Wykres nr 2.

Ankietowani chętnie i regularnie korzystali z różnych form aktywności fizycznej.

Częstość tej aktywności kształtowała się w badanej grupie następująco:

3 x w tygodniu uprawiało wysiłek fizyczny, aż 148 badanych (74 %).

2 x w tygodniu dalszych 30 ankietowanych (15 %).

1 x w tygodniu 17 respondentów(8 %).

Rzadko – odpowiedziły tylko 2 osoby (1 %).

W ogóle – 4 osoby, stanowiło to zaledwie 2 % całej poddanej badaniu populacji.

Preferowaną formą spędzania wolnego czasu były wśród badanych:

Gra na komputerze – odpowiedziało tak najwięcej, bo aż 100 osób czyli 50 % ankietowanych, na co w znacznej mierze wpływ mógł mieć młody wiek badanych.

Również spora grupa, bo 89 (44,5 %) badanych zadeklarowała, że – uprawia w wolnym czasie sporty.

Aktywne spędzanie czasu w formie spacerów podało 84 osoby (42 %).

70 (35 %) oznajmiło, że w wolnym czasie ogląda telewizję.

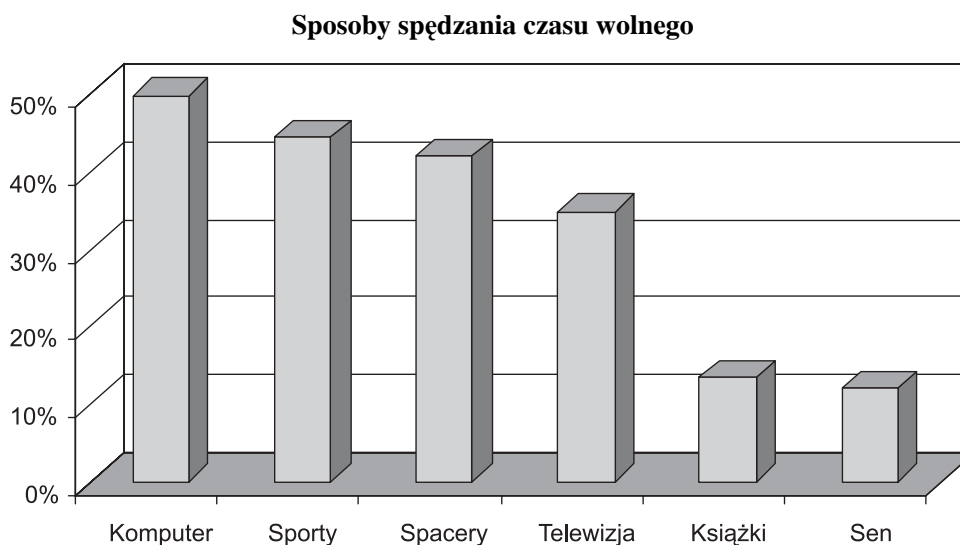
27 (13,5 %) czyta książki.

24 osoby (12 %) najchętniej w tym czasie śpią.

** Procenty nie sumują się ponieważ respondenci udzielali po kilka odpowiedzi.*

Ogółem aż 86,5 % badanych chętnie korzystało z aktywnych formy spędzania wolnego czasu, takich jak sporty i spacery, niemniej jednak jako preferowane sposoby w dużej mierze ankietowani zaznaczali także formy bierne wypoczynku, wśród których najczęściej wybieraną odpowiedzią była gra na komputerze i oglądanie telewizji dające łącznie wartość 85 % oraz inne rzadziej wybierane, podane powyżej.

Rozkład procentowy przedstawia wykres nr 3.



Wykres nr 3.

Zwyczaje żywieniowe najczęściej były efektem:

Tradycji rodzinnej – odpowiedziało tak najwięcej, bo 79 osób (39,5 %).

64 osoby (32 %) nie potrafiły sprecyzować skąd wzięły się ich preferencje i nawyki w zakresie żywienia.

22 respondentów (11 %) – zwyczaje żywieniowe nabyło od znajomych.

16 (8 %) – z TV.

Również 16 (8 %) z czasopism.

14 (7 %) z reklam.

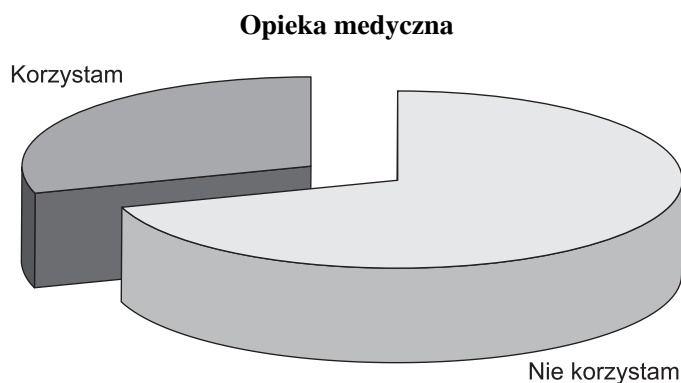
Od partnera życiowego – tylko 1 osoba.

** Procenty nie sumują się ponieważ w kilku przypadkach respondenci udzielili więcej niż jednej odpowiedzi.*

Z opieki medycznej ogółem korzystało 140 (70 %) badanych.

Nie korzystało 60 (30 %).

Rozkład procentowy przedstawia wykres nr 4.



Wykres nr 4.

Częstość korzystania z porad lekarza pierwszego kontaktu wśród respondentów była następująca:

Wizyty 3-6 x do roku – deklarowało 46 osób (23 %).

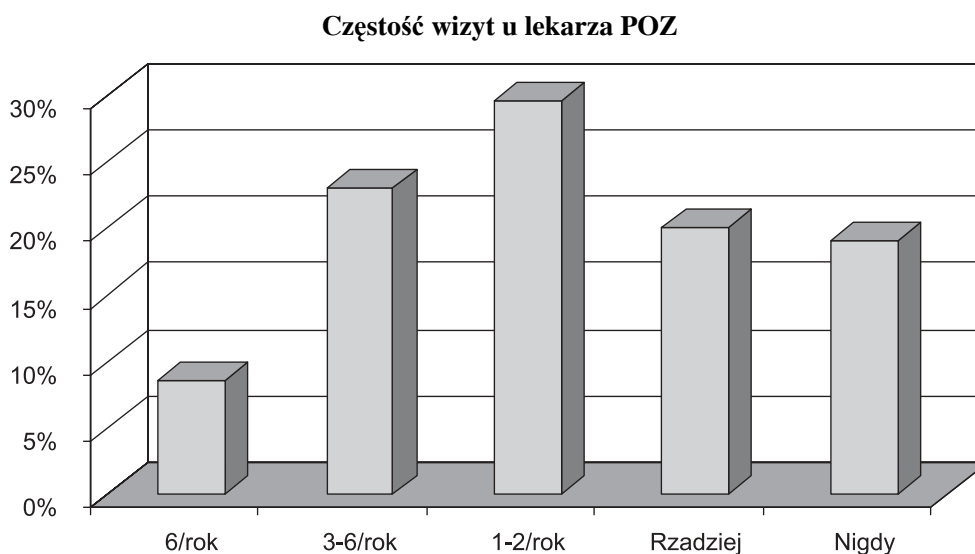
Największy odsetek badanych korzystał z usług lekarza POZ w umiarkowany sposób, to jest 1-2 x w roku i było to – 59 osób (29,5 %) czyli ponad ¼ całej analizowanej populacji.

Rzadziej niż 1 raz w roku korzystało – 40 (20 %) ankietowanych.

Nigdy nie korzystało – 38 osób (19 %).

Najmniej, bo 17 (8,5 %) respondentów korzystało z porad lekarza pierwszego kontaktu z dużą częstotliwością, czyli częściej niż 6 x w roku.

Rozkład procentowy przedstawia wykres nr 5.



Wykres nr 5.

Z usług pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej badani zwykle nie korzystali.

Liczba pacjentów korzystających z usług świadczonych przez pielęgniarkę rodzinną deklarowana przez ankietowanych była znacznie mniejsza niż w przypadku lekarza pierwszego kontaktu.

Nigdy nie korzystałem – takiej odpowiedzi udzieliło, aż 94 osoby (47 %).

59 osób (29,5 %) odpowiedziało, że tak, ale rzadziej niż 1 raz w roku.

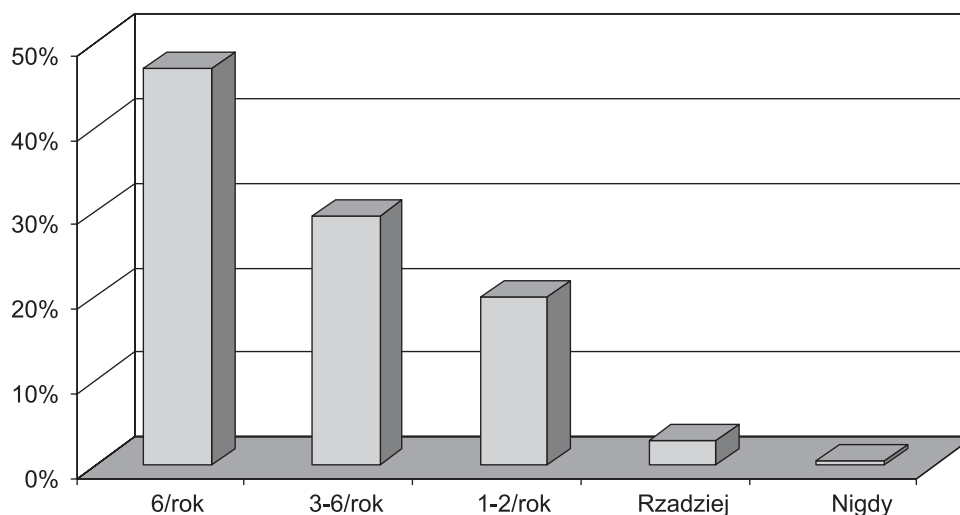
40 ankietowanych (20 %) korzystało maksymalnie 1-2 x do roku.

Znikoma ilość, bo tylko 6 respondentów czyli 3 % korzystało – 3-6 x w roku.

Zaledwie 1 osoba (0,5 %) – oznajmiła, że częściej niż 6 x w roku.

Procentowy rozkład ilości osób korzystających z usług pielęgniarki z zaznaczonym wyraźnie spadkiem w miarę wzrostu częstości świadczeń prezentuje wykres nr 6.

Pielęgniarka środowiskowo-rodzinna – częstość usług wśród badanych



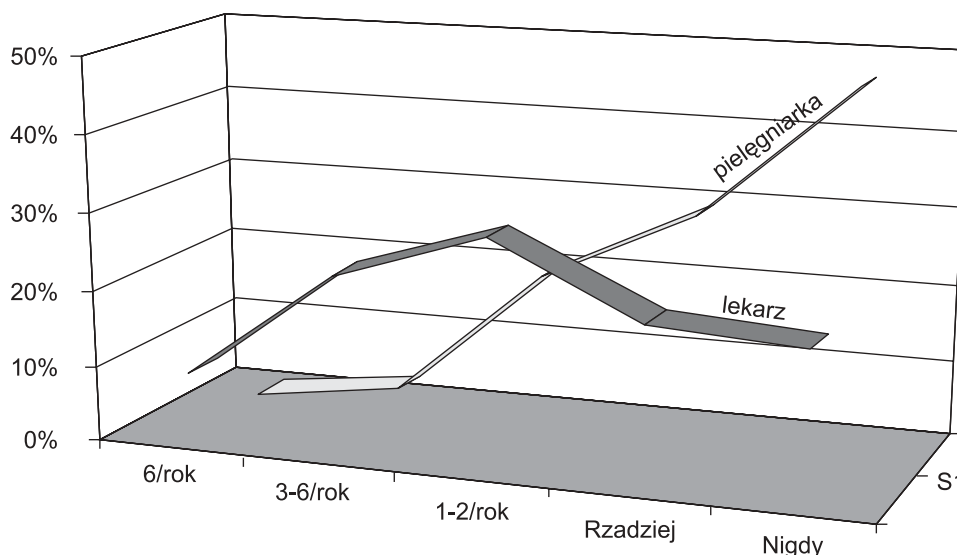
Wykres nr 6.

Porównanie częstości usług świadczonych przez pielęgniarkę w stosunku do świadczeń lekarza pierwszego kontaktu przedstawia wykres nr 7 (linia różowa – pielęgniarka, linia niebieska lekarz). Widać na nim wyraźnie, że liczba osób korzystających z usług omawianych świadczeniodawców częściej niż 6 razy w roku w obu przypadkach jest mała, wartości zbliżają się do siebie w okolicach częstości mieszczącej się w granicach 1-2 razy na rok, następnie rozchodzą uwydatniając różnicę w ilości osób nigdy nie korzystających z usług pielęgniarki i lekarza.

Ewidentnie widać, że większy procent badanych nie korzystał nigdy ze świadczeń pielęgniarki środowiskowo – rodzinnej.

Różnica wynosi tu 28 % i jest znamienne statystycznie.

Częstość usług pielęgniarki na tle usług lekarza



Wykres nr 7.

Częstość korzystania z usług gabinetu zabiegowego kształtowała się wśród badanych następująco:

Nigdy nie korzystam – odpowiedziało 65 ankietowanych (32,5 %).

Rzadziej niż 1 raz w roku – oznajmiło 52 badanych (26 %).

1-2 razy w roku – deklarowało 50 respondentów (25 %).

3-6 razy w roku – 21 osób (10,5 %).

Częściej niż 6 razy w roku – zaledwie 12 badanych (6 %).

Jak wynika z przedstawionych powyżej proporcji częstotliwość korzystania przez ankietowanych z usług gabinetu zabiegowego była większa niż w przypadku świadczeń pielęgniarki środowiskowo – rodzinnej. Różnica rzędu 14,5 % między osobami nigdy nie korzystającymi z usług pielęgniarki rodzinnej, a nie korzystającymi z usług gabinetu zabiegowego była znamienna statystycznie, jednak mimo wszystko stosunkowo nieduża.

Prawie 1/3 respondentów twierdziła, że nie korzysta wcale ze świadczeń medycznych oferowanych przez gabinet zabiegowy.

Łącznie zaledwie 16,5 % badanych było częstymi pacjentami gabinetu zabiegowego i pojawiała się tam częściej niż 3 razy w roku.

Z lekarskiej wizyty domowej zdecydowana większość respondentów nie korzystała:

Nigdy – w ten sposób odpowiedziało 137 osób (68,5 %).

35 osób czyli 17,5 % ankietowanych korzystało z takich wizyt – 1-2 x w roku.

19 osób (9,5 %) – rzadziej niż 1 raz w roku.

4 osoby (2 %) – 3-6 razy w roku.

5 badanych (2,5 %) – częściej niż 6 razy w roku.

Jak wynika z przedstawionych wyliczeń 31,5 %, czyli niemal 1/3 wszystkich respondentów łącznie, kiedykolwiek korzystała z lekarskiej wizyty domowej, z tego ponad połowa maksymalnie 1-2 razy w roku, a zaledwie 4,5 % częściej.

Również z pielęgniarskiej wizyty domowej prawie 3/4 respondentów nie korzystało nigdy.

Było to, aż 143 osób (71,5 %).

28 badanych (14 %) korzystało – rzadziej niż 1 raz w roku.

18 ankietowanych (9 %) – 1-2 x w roku.

6 (3 %) – 3-6 x w roku.

5 (2,5 %) częściej niż 6 razy w roku.

Z wizyt pielęgniarskich kiedykolwiek korzystało łącznie 28,5 % ankietowanych.

Częstotliwość wizyt pielęgniarskich była zatem wśród badanych nieznacznie niższa niż w przypadku domowych wizyt lekarskich.

Z badań diagnostycznych zleconych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:

Nigdy nie korzystało 73 osoby, czyli 36,5 % badanych.

Rzadziej niż 1 raz w roku – 51 ankietowanych (25,5 %).

1-2 x w roku – korzystało 57 respondentów (28,5 %).

3-6 x do roku – 19 (9,5 %) osób.

63,5 % czyli więcej niż połowa ogólnej liczby ankietowanych korzystało z badań diagnostycznych zleconych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Biorąc pod uwagę ogólny odsetek osób, które deklarowały wcześniej, że rzadziej lub częściej korzystają z porad lekarza POZ, wynoszący 70,5 % analizowanej grupy – większość z nich wykonywała badania diagnostyczne.

Ocena pracy rejestracji dotycząca z osobna godzin otwarcia, możliwości rejestracji telefonicznej, życzliwości i uprzejmości personelu, sprawności obsługi oraz możliwości uzyskania informacji ustnej była bardzo zróżnicowana.

W skali w skali od 1 do 10 wahała się od obu wartości skrajnych poprzez wszystkie pośrednie.

Dostępność do lekarza pierwszego kontaktu w dniu zgłoszenia:

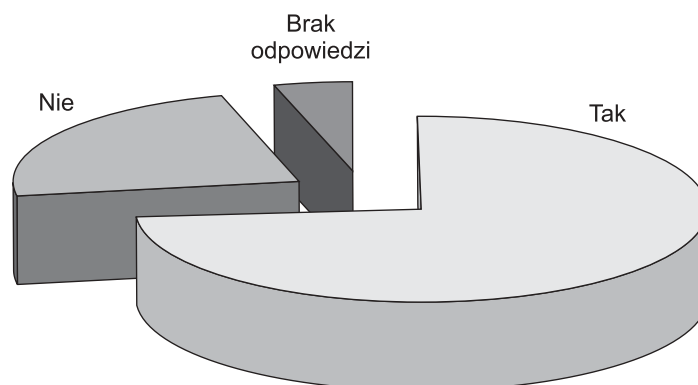
Możliwość taką deklarowało 145 osób (72,5 %) stanowiących niemal ¾ badanej grupy.

Brak możliwości podało 46 respondentów (23 %).

9 osób (4,5 %) nie udzieliło na to pytanie żadnej odpowiedzi.

Wartości procentowe przedstawia wykres nr 8.

Dostępność lekarza POZ w dniu zgłoszenia



Wykres nr 8.

Na pytanie których świadczeń specjalistycznych brakuje w miejscu zamieszkania:

116 osób (58 %) nie udzieliło żadnej odpowiedzi.

Nie brakuje nic – odpowiedziało 31 ankietowanych (15,5 %).

Nie wiem – 12 (6 %).

Wśród respondentów, którzy wymienili konkretne świadczenia specjalistyczne zwykle odpowiedzi dotyczyły wręcz pojedynczych specjalności medycznych.

Najwięcej spośród ankietowanych wskazało na brak lekarza okulisty i było to 17 osób czyli 8,5 % ogółu badanych.

Szczegółowe dane liczbowe i procentowe zawiera tabela nr 1.

Tab.1. Dostępność do świadczeń medycznych.

Odpowiedzi badanych	Liczba (n)	Procent (%)
Brak odpowiedzi	116	58 %
Nic nie brakuje	31	15,5 %
Nie wiem	12	6 %
Brakuje wszystkiego	4	2 %
Wskazane specjalności		
Okulista	17	8,5 %
Dentysta	7	3,5 %
RTG	5	2,5 %
Laryngolog	4	2 %
Neurolog	3	1,5 %
Kardiolog	2	1 %
Ortopeda	2	1 %

Odpowiedzi badanych	Liczba (n)	Procent (%)
Chirurg	2	1 %
Psychiatra	1	0,5 %
Lekarza sportowy	1	0,5 %
Logopeda	1	0,5 %
Poradnia psychologiczno-pedagogiczna	1	0,5 %
Razem:	210 *	104,5 % *

* Procenty nie sumują się do 100 % ponieważ w niektórych przypadkach respondenci wymieniali po kilku specjalistów.

Mimo iż tylko 15,5 % ankietowanych uznało, że w miejscu ich zamieszkania nie brakuje żadnych świadczeń specjalistycznych to łącznie, aż 64 % badanych odpowiedziało nie wiem lub nie udzieliło zupełnie żadnej odpowiedzi w tej kwestii.

Pytanie było pytaniem otwartym bez podanych możliwości wyboru i prawdopodobnie miało to wpływ na zaistniały fakt.

Z pośród ankiet zawierających konkretne wskazania, najczęściej dotyczyło braku dostępności do usług okulisty i choć odsetek ten w odniesieniu do ogółu badanych był niewielki, to umiejscawiając go tylko już na tle konkretnych, udzielonych odpowiedzi wynosił 34 %.

Wskazania co do zmian w funkcjonowaniu miejscowej służby zdrowia:

Analogicznie jak w poprzednim pytaniu również w tym większość respondentów nie udzieliła żadnej konkretnej odpowiedzi co do sugerowanych zmian w lokalnych placówkach służby zdrowia i było to, aż 123 osoby (61,5 %).

Nie wiem co należy zmienić – odpowiedziało 15 ankietowanych (7,5 %).

Nic nie trzeba zmieniać – tak uznało – 25 badanych (12,5 %).

Potrzeba więcej specjalistów – 18 (9 %).

Potrzebnych jest ogółem więcej lekarzy – 6 osób (3 %).

Należy zmienić lekarzy – 6 osób (3 %).

Trzeba zmienić godziny pracy placówki – 5 (2,5 %).

Zmienić cały personel – 2 (1 %).

Zmienić wszystko – 2 (1 %).

Zapewnić lepszą obsługę medyczną – 2 (1 %).

Zmienić sposób podejścia do pacjenta – 2 (1 %).

Zapewnić dostępność do gabinetów specjalistycznych finansowanych przez NFZ (bez dodatkowych kosztów ze strony pacjenta) – 2 osoby (1 %).

Zapewnić szybki dostęp do badań diagnostycznych – 2 (1 %).

Zmienić ceny – 1 (0,5 %).

** Procenty nie sumują się ponieważ w niektórych przypadkach respondenci wymieniali po kilka odpowiedzi.*

Podobnie jak wcześniej tu także, mimo że tylko niewielki odsetek – bo 12,5 % uważał, że w funkcjonowaniu służby zdrowia nie trzeba zmieniać nic, to aż 69 % badanych bądź wcale nie udzieliło odpowiedzi lub też stwierdziło – nie wiem co należy zmienić.

To pytanie było również pytaniem otwartym i fakt ten najprawdopodobniej miał wpływ na zaistniałą sytuację.

Największy z spośród podanych odsetek sugestii dotyczących zmian dotyczył konieczności zwiększenia ilości lekarzy specjalistów – uznało tak 9 % ogółu badanych, jednak w odniesieniu tylko do udzielonych konkretnych odpowiedzi opinia ta plasowała się na pierwszym miejscu sięgając 37,5 %.

Podsumowanie

Zdecydowaną większość ankietowanych we wszystkich objętych badaniami miejscowościach stanowiły osoby młode (do 25 roku życia). Byli to głównie ludzie z wykształceniem podstawowym.

Pomimo tego większość respondentów wiedziała, na czym polega zdrowy styl życia i udzieliła najbardziej poprawnej z podanych (choć nie zawierającej wszystkich możliwych elementów) odpowiedzi.

Mając na względzie wymienione czynniki i znajomość aspektów wpływających pozytywnie na stan zdrowia, zadowalający jest fakt, iż ponad połowa ankietowanych uznała, że prowadzi zdrowy styl życia, a spora grupa respondentów potrafiła zauważyć u siebie istniejące w tej sferze niedostatki.

Poparciem deklaracji dotyczącej zdrowego stylu życia było częste i regularne korzystanie przez badanych z różnorodnych form aktywności czynnej. Aż $\frac{3}{4}$ respondentów uprawiało sporty lub wykonywało wysiłek fizyczny 3 razy w tygodniu. Wraz z grupą, która aktywność fizyczną podejmowała 2 razy tygodniowo stanowili oni łącznie niemal 90 % wszystkich badanych.

Ankietowani preferowali przede wszystkim jazdę na rowerze, w dalszej kolejności bieganie i spacer, jednak mimo to duża część badanych jako ulubiony sposób na spędzenie wolnego czasu podała w kwestionariuszu również bierne formy wypoczynku, takie jak m.in. grę na komputerze i oglądanie telewizji, co ogółem (pomijając inne mniej liczne odpowiedzi) dotyczyło ponad $\frac{3}{4}$ wszystkich respondentów.

Zwyczaje żywieniowe były najczęściej efektem tradycji rodzinnej, ale z opracowanej w ramach projektu i udostępnionej do niniejszej pracy ankiety nie wynika czy były one prawidłowe, ani w ogóle jakie były, dlatego ten aspekt zdrowego stylu życia nie może być tu potwierdzeniem wyrażonej przez badanych subiektywnej opinii.

Świadomość zdrowotna oraz będące w dużej mierze jej efektem styl życia i zachowania zdrowotne, jak również jakość oraz dostępność usług medycznych w miejscu zamieszkania są bardzo ważnymi czynnikami wpływającymi na zdrowie jednostek i ogółu społeczeń-

stwa, dlatego istotne jest dołożenie wszelkich starań by ustalić deficyty w zakresie świadomości zdrowotnej ludności i świadczonej jej jakości opieki, po to by podjąć działania zmierzające do ich poprawy.

W badanej grupie, aż 30 % osób oświadczyło, że nie korzysta z opieki medycznej.

Ankietowani rzadko również korzystali z usług lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, a w szczególności z wizyt domowych. Na taki wynik wpływ mógł mieć tu również niezbyt zaawansowany wiek badanych, a w konsekwencji także lepszy stan ich zdrowia.

W celu uzyskania świadczeń wykonywanych przez pielęgniarki respondenci chętniej korzystali z usług gabinetu zabiegowego niż pielęgniarki rodzinnej.

Wart podkreślenia jest fakt, że większość osób deklarowała dobrą dostępność do lekarza pierwszego kontaktu bez konieczności dłuższego czekania, to jest już w dniu zgłoszenia.

Przeważająca część respondentów nie wyraziła konkretnej opinii, co do sugerowanych zmian w funkcjonowaniu lokalnych placówek służby zdrowia.

Wśród zdań wyrażonych przez badanych najczęściej poruszaną była kwestia problemu dostępności do lekarzy specjalistów, ale dotyczyła głównie pojedynczych specjalności medycznych. Najwięcej spośród udzielonych odpowiedzi wskazywało na brak możliwości korzystania w miejscu zamieszkania z porad lekarza okulisty.

Wnioski:

1. Osoby poddane badaniom regularnie korzystały z różnorodnych form aktywności czynnej.

2. Najczęstszą formą aktywności fizycznej była jazda na rowerze, jednak preferowanymi formami spędzania wolnego czasu były także formy bierne – gra na komputerze i oglądanie TV.

3. Z porad lekarza rodzinnego i pielęgniarki środowiskowo – rodzinnej, a także wizyt domowych respondenci korzystali rzadko.

4. Dostępność lekarza pierwszego kontaktu w dniu zgłoszenia była możliwa w większości przypadków.

5. Problem w dostępności do usług medycznych stanowił głównie brak lekarzy specjalistów, zwłaszcza lekarza okulisty, w miejscu zamieszkania badanych.

6. Wskazane wydaje się umożliwienie lepszego dostępu do wymienionych specjalistów mieszkańcom małych miejscowości, a także działania zachęcające do korzystania z usług oferowanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, a także edukacji lokalnej ludności w omawianej sferze.

TYPY ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI WYSTĘPUJĄCYCH U PACJENTÓW W PRAKTYCE ZESPOŁÓW PARAMEDYCZNYCH

Wstęp

Zaburzenie osobowości jest stanem psychicznym, w którym występuje częściowa dezintegracja psychiki, rozchwianie emocjonalne oraz szybkie, gwałtowne zmiany osobowości.

Zaburzenia osobowości są typowymi zespołami klinicznymi, a raczej stanami behawioralnymi i psychospołecznymi. Osobowość może ulec dezintegracji wówczas, gdy dochodzi do traumatycznych przeżyć osobistych, uzależnień, może być również jednym z objawów chorób psychicznych.

Zaburzenia osobowości są związane zarówno z nieadekwatną mimiką twarzy w przypadku smutku, gniewu, bólu oraz nieukrywanie ruchów związanych z bólem głowy, a także jękiem.

Rozmaitość zachowań w przebiegu zaburzeń osobowości mających charakter objawów nerwicowych jest ogromna i niespecyficzna, stąd trudności w rozpoznaniu i interpretacji symptomów. W ich przebiegu występują natomiast pewne charakterystyczne objawy zaburzeń nerwicowych i są to:

- kompulsja,
- kleptomania,
- protekcyjność,
- zachowania socjalne,
- nieśmiałość i niepewność.

Zaburzenia osobowości są też nazywane charakteropatią. Zmiany osobowości charakteryzuje także obniżenie inicjatywy, zmniejszenie dotychczasowych zainteresowań (hobby) usztywnienie postawy, narastająca apatia, osłabienie kontroli emocjonalnej oraz utrata empatii w nieodpowiednich sytuacjach.

W badaniach psychologicznych potwierdzono zmniejszenie odpowiedzialności odbierania ekstrawersji, a także większy poziom neurotyzmu. Badani z podwyższonym poziomem neurotyzmu są leniwi, depresyjni, a co najważniejsze podatni na urazy psychiczne. Czasami u pacjentów z cechami neurotycznymi po wystąpieniu objawów otępienia pojawiają się objawy depresji.

Istotnym elementem osobowości u takich osób jest podatność na urazy psychiczne w przypadku doświadczeń traumatycznych np. po katastrofie komunikacyjnej. W takich sytuacjach rodzaj i nasilenie zmian osobowości zależne są od stopnia otępienia.

Podsumowując można stwierdzić, że pewna grupa cech osobowości jest względnie stała (wrogość, samokrytycyzm, impulsywność oraz odczucia estetyczne i wartości), natomiast ulegają zmianie lęk, depresja, pozytywne emocje, otwartość na idee i sumienność.

Znajomość poszczególnych typów osobowości jest bardzo przydatna w praktyce medycznej w tym także w pracy zespołów Pogotowia Ratunkowego. Jest ona nieocenioną pomocą w doborze właściwego postępowania względem spotykanych w pracy pacjentów.

Badania psychiatryczne

Badanie psychiatryczne stanowi część badania zespołu paramedycznego i powinno być poprzedzone badaniem somatycznym, fizykalnym – także badaniem neurologicznym w ograniczonym zakresie.

Badanie psychiatryczne polega na rozmowie z chorym oraz obserwacji jego zachowań od chwili przyjazdu zespołu paramedycznego, ewentualnie uzupełnienie tych danych z wywiadu od otoczenia. Wywiad taki jest podstawowym elementem składowym oceny psychiatrycznej.

W wywiadzie uwzględniamy:

1. rodzaj objawów występujących u danej osoby zaburzeń psychicznych
2. początek zaburzeń psychiatrycznych, którym może być:
 - ostry, przewlekły ból, skryty przebieg choroby psychiatrycznej
 - okoliczności towarzyszące wystąpieniu pierwszych objawów lub też nawrotów objawów psychicznych
3. współistnienie innych chorób somatycznych oraz stosowane leki psychotropowe i inne
4. powód wezwania pomocy medycznej, bezpośrednia przyczyna zgłoszenia zachorowania.

Zespoły zaburzeń osobowości

Typy zaburzeń osobowości spotykane u pacjentów w praktyce zespołów paramedycznych:

1. Obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości.

Osoby z obsesyjno-kompulsyjnym zaburzeniem osobowości cechują dążenie do doskonałości, perfekcjonizmu i przesadne znaczenia do utrzymania porządku. Starają się one również utrzymać pełną kontrolę nad psychiką i kontaktami międzyludzkimi skrupulatnie przestrzegając wszystkich zasad i harmonogramów. Na każdym kroku są to osoby bardzo ostrożne, chcąc uniknąć błędów, wszystko poprawiając po kilka razy. Przykładanie wagi do błahych drobiazgów utrudnia im właściwe zorganizowanie czasu i życia. Dążenie do perfekcjonizmu codziennego w każdym detalu sprawia, że nie są w stanie doprowadzić do końca rozpoczętych działań. Cechuje ich również tak dalece posunięte oddanie pracy, że rezygnują z wypoczynku, nie potrafiąc zrobić zazwyczaj nic tylko i wyłącznie dla przyjemności. Zgodnie z obecnymi poglądami główną cechą osób z obsesyjno-kompulsyjnym zaburzeniem osobowości jest przesadna sumienność, objawiająca się skłonnością do wyrachowania, zdyscyplinowania, fachowości, dążenie do osiągnięcia sukcesu, perfekcji, porządku wewnętrznego i zupełnego braku elastyczności w sprawach dotyczących etyki i moralności. Trudno przychodzi im również pozbywanie się starych nieużytecznych przedmiotów, często bywają również przesadnie oszczędni. Na płaszczyźnie kontaktów międzyludzkich nie potrafią dzielić się zadaniami z innymi i często są surowi oraz uparci. Z tego powodu często otoczenie uważa ich za sztywnych, oziębłych i zawziętych. Osoby z tym rodzajem zaburzeń osobowości nie mają obsesji czy zwyczajowych rytuałów postępowania. Trudności w kontaktach z innymi wynikają często z nadmiernej nadwrażliwości i obawy przed krytyką lub odrzuceniem, dlatego nie szukają kontaktów z ludźmi i mają utrudniony kontakt, pragną jednak uczucia i bywają często samotni i znudzeni. Niezdolność do swobodnych kontaktów wynika z silnego lęku, któremu towarzyszy niskie poczucie własnej wartości i nadmierna koncentracja na własnej osobie. Z powodu lęku osoby te są nadwrażliwe na wszelkie przejawy odrzucenia społecznego, często dopatrując się kpin lub lekceważenia w zupełnie niewinnych wypowiedziach innych osób. Osoby te również niechętnie podejmują osobiste ryzyko, nie angażują się w jakiegokolwiek nowe aktywności, ponieważ mogą potencjalnie spowodować ich zakłopotanie. Często unikają aktywności zawodowych, pociągających za sobą znaczące kontakty społeczne, z powodu lęku przed krytycyzmem, dezaprobatą, odrzuceniem i brakiem akceptacji środowiska.

2. Osobowość zależna

Osoby z osobowością zależną bardzo mocno uzależniają się od innych i odczuwają silną potrzebę oddania się pod czyjąś opiekę, co prowadzi do zachowań natrętnych i uległych. Perspektywa rozstania lub nawet chwilowa samotność wywołuje w nich poczucie silnego lęku, niepokoju, a nawet silnej paniki. Osoby z tego typu zaburzeniem osobowości-budują swoje życie wokół innych i aby utrzymać ich przy sobie, podporządkowują im swoje potrzeby lub poglądy, co często prowadzi do nieprzemyślanego wyboru partnera. Zdarza się, że często w obawie przed utratą wsparcia ze strony partnera tłumią swój gniew i trwają w związku, znosząc fizyczne lub psychiczne znęcanie się. Podjecie

nawet prostych codziennych decyzji bez zasięgnięcia rady i uzyskania poparcia jest dla nich bardzo trudne, być może dlatego że brak im wiary w siebie, z poczucia bezradności. Funkcjonują dobrze do chwili kiedy nie muszą zostać sami. Osoby te najczęściej wydają się być „pozbawione charakteru” i nijakie, uważają, że nie mają prawa do odrobiny indywidualności. Przepęlna je obawa, że mogą zostać same, a kiedy jeden związek się kończy szukają pośpiesznie następnego partnera. Bardzo często zdarza się, że osoby te jednocześnie cierpią z powodu unikania kontaktów z innymi ludźmi, lub fobii społecznej, napadów paniki lub uogólnionego lęku. Są nadwrażliwe i mają poczucie nieprzystosowania.

3. Schizotypowe zaburzenia osobowości

Osoby z tym rodzajem osobowości nie tylko nadmiernie zamknięte w sobie i nie nawiązują kontaktów społecznych czy interpersonalnych, lecz charakteryzują się także zaburzeniami poznawczymi oraz ekscentrycznością w porozumiewaniu się i zachowaniu. Występuje też dziwaczne myślenie, postrzeganie i mowa. Mimo, że osoby z zaburzeniem schizotypowym zazwyczaj zachowują kontakt z rzeczywistością, to jednak wykazują myślenie zabobonne i ksobne, a pod wpływem silnego stresu mogą pojawiać się u nich przejściowe objawy psychotyczne. Osoby te mają problemy z koncentracją uwagi i pogorszeniem pamięci operacyjnej (np. zapamiętywanie szeregu cyfr). Pozbawione są pewnego rodzaju kluczowej umiejętności integracji, która pozwala im kontrolować sytuacje i iść przez życie, realizując osobiste cele. Wynikiem tego jest niepełne opanowanie wielu podstawowych umiejętności, takich jak zdolność do jasnego wystawiania się, co często powoduje, że dorosły człowiek staje się bezproduktywny i dryfuje bez celu. Niekiedy osoby te istotnie wierzą, że dysponują nadprzyrodzoną mocą i angażują się w magiczne rytuały. Ich dziwaczny sposób myślenia, mowy i inne zachowania przypominają objawy obserwowane w cięższych przypadkach schizofrenii. Rozpoznanie tego typu zaburzenia osobowości w całej populacji ocenia się na około 3 %.

4. Narcystyczne zaburzenie osobowości (osobowość narcystyczna)

Najbardziej charakterystycznym „wskaźnikiem” narcystycznego zaburzenia osobowości jest wielkościowe poczucie własnej wartości, co przejawia silną tendencję do przeceniania własnych umiejętności i osiągnięć, przy jednoczesnym niedocenianiu zdolności i dokonań innych. Osoby te często są pochłonięte fantazjami o nieograniczonych sukcesach, władzy, błyskotliwości, „piękności” lub idealnej miłości. Ponieważ wierzą w swą wyjątkowość uważają, że zrozumieć ich mogą tylko osoby równie wyjątkowe jak oni sami. Brak im umiejętności przyjmowania innego niż ich samych punktu widzenia, innej niż ich perspektyw. Często mają poczucie, że wszystko im się należy. Rzadko przejawiają empatię, niechętnie rozpoznają czy identyfikują się z potrzebami czy uczuciami innych osób, często wykorzystują je do swych własnych celów. Większość badaczy klinicystów uważa, że osoby z narcystyczną osobowością mają w gruncie rzeczy zachwiane poczucie własnej wartości. Jest to powód ich nadmiernego poświęcenia uwagi własnej osobie,

tego co inni o nich myślą, potrzebując tak częstej i intensywnej uwagi i podziwu. Nic więc dziwnego, że są równocześnie niezwykle wrażliwi na krytykę, która wywołuje w nich uczucie upokorzenia, pustki lub wściekłości.

5. Paranoidalne zaburzenie osobowości (osobowość paranoidalna)

Osoby z paranoidalnym zaburzeniem osobowości przejawiają obsesyjną podejrzliwość i nieufność względem otoczenia. Często uważają się za niemal doskonałe, a winą za swe błędy i niepowodzenia obarczają innych, niekiedy do tego stopnia, że przypisują im celowe działanie. Nieustannie spodziewają się, że zostaną oszukani, szukają dowodów na potwierdzenie swoich podejrzeń, nie przyjmując do wiadomości faktów zaprzeczających. Często dręczą ich wątpliwości dotyczące lojalności przyjaciół, co wywołuje niechęć i ogranicza zaufanie do nich. Doszukują się podtekstów wymierzonych przeciwko nim w niewinnych uwagach na swój temat. Nie wiele potrzeba by zareagowali gniewem i agresją. Uporczywie chowają urazy i krytykę. Warto pamiętać, że osoby z zaburzeniem osobowości paranoidalnej rzadko bywają psychotyczni, przez większość czasu zachowują normalny kontakt z rzeczywistością. Przesadna podejrzliwość i brak zaufania do innych sprawia, że osoby te przeżywają spore trudności i przykrości w kontaktach międzyludzkich i pozostają w ciągłej czujności na atak ze strony otoczenia.

6. Schizoidalne zaburzenia osobowości (osobowość schizoidalna)

Osoby ze schizoidalnym zaburzeniem osobowości (SZO) są aspołeczne, nieśmiałe, introwertyczne i wyjątkowo upośledzone, jeśli chodzi o tworzenie więzi społecznych. Nie czerpią przyjemności z bliskich kontaktów z innymi osobami, jak również z bycia członkiem rodziny. Zwykle nazywane są samotnikami. Podstawową cechą tego zaburzenia jest niezdolność do nawiązywania normalnych związków z innymi osobami. Zrywają większość kontaktów towarzyskich i zwykle mają problemy z wyrażeniem wprost swojej wrogości. Przejawiają niewielkie, jeśli w ogóle zainteresowanie doświadczeniami seksualnymi z innymi osobami. Osoby z tymi zaburzeniami są zwykle nieśmiałe, choć trafniej jest nazwać je introwertykami. Choć cechą zarówno nieśmiałości, jak i introwersji jest unikanie ludzi, ta pierwsza postawa wynika tylko ze strachu przed kontaktem, podczas gdy introwersja to wyraźna chęć unikania ludzi. Zazwyczaj wyrażają obojętność zarówno w kwestii pochwały ich jak i krytyki. W konsekwencji osoby z tym zaburzeniem osobowości wybierają zawody, które wymagają samotności. Choć często nadmiernie fantazjują i w nietypowy sposób kontaktują się z otoczeniem, mają skłonność do introjekcji, uciekania w swój wewnętrzny świat nie tracą kontaktu z rzeczywistością.

7. Antyspołeczne zaburzenie osobowości (osobowość antyspołeczna)

Główną cechą antyspołeczną zaburzenia osobowości (AZO) jest ciągle manifestowanie antyspołecznych zachowań przez osoby amoralne lub impulsywne. Osoby dotknięte AZO zwykle nie potrafią cierpliwie czekać na zaspokojenie swoich potrzeb, nie uznają autorytetów oraz wykazują zachowania narcystyczne. Zaburzenie to pojawia się zazwy-

czaj w połowie okresu dorastania (często już wcześniej) i rozwija się do okresu dorosłości, obejmując wiele zachowań – w szkole, w pracy i w stosunkach interpersonalnych. Aby zdiagnozować to zaburzenie osoba musi mieć przynajmniej osiemnaście lat, nie mieć szacunku dla innych oraz stosować przemoc, a także wykazywać objawy zaburzenia zachowania już przed ukończeniem piętnastego roku życia. Ponadto powinny wystąpić przynajmniej trzy z następujących objawów: nieprzestrzeganie norm społeczno-prawnych, co przejawia się w powtarzających się zachowaniach będących podstawą do aresztowań, drażliwość i agresywność, które prowadzą do częstych bójek i napadów, ciągły brak poczucia odpowiedzialności za zachowania finansowe i zawodowe, impulsywność i brak umiejętności planowania, podstępne i kłamliwe usposobienie, lekko-myślność i brak troski o bezpieczeństwo własne lub innych, brak skrupułów. AZO dotyczy nie więcej niż 30% ogólnej liczby więźniów. Antyspołeczne zaburzenie osobowości przez niektórych nazywane jest „skrajnym narcyzmem”.

8. Depresja endogenna

Depresja jest zaburzeniem nastroju i afektu. Jej podstawowe objawy to: dysforia (złe samopoczucie) i/lub apatyczny nastrój, utrata lub zmniejszenie się wrażliwości na bodźce i anhedonia, czyli stała niezdolność do odczuwania przyjemności. Podstawowe symptomy często występują z następującymi objawami drugorzędowymi: wycofanie się z kontaktu z innymi osobami, poczucie beznadziejności, myśli samobójcze, zaburzenia snu, spowolnienie lub pobudzenie psychoruchowe, zmniejszenie łaknienia lub inne zaburzenia odżywiania, obwinianie siebie, brak poczucia własnej wartości, nieuzasadnione poczucie winy, zaburzenia koncentracji, obnoszona zdolność podejmowania decyzji, nadużywanie alkoholu i substancji psychoaktywnych, płacz bez widocznej przyczyny. Przynajmniej 200 000 osób jest corocznie hospitalizowanych z powodu depresji. Szacuje się iż około 3% mężczyzn i 5% kobiet przechodziło przez epizody depresyjne wystarczająco ciężkie, by zalecić hospitalizację. Czynniki zwiększające prawdopodobieństwo wystąpienia depresji to: występowanie depresji u członków rodziny, epizody depresyjne w dzieciństwie, nadużywanie alkoholu, wysoki poziom stresu, niedawno doznane utraty, niskie poczucie własnej wartości i każda przewlekła choroba.

9. Histrioniczne zaburzenie osobowości

Specyficzne cechy histrionicznego zaburzenia osobowości to dramatyczna (teatralna), przesadna ekspresja emocji, pragnienie skupienia na sobie całej uwagi otoczenia oraz tworzenie płytkich, nieszczerych i konfliktowych związków z ludźmi. Osoby cierpiące na to zaburzenie mają tendencje do zbyt emocjonalnego podejścia do problemów. W niektórych przypadkach mogą się posunąć do prób samobójczych, by manipulować otoczeniem. Często narzekają na dolegliwości somatyczne, jak „napady słabości” i bóle głowy. Są próżni i zaabsorbowani tylko własną osobą. SA postrzegani jako towarzyscy i pełni empatii. Taki wizerunek ułatwi im zawieranie nowych znajomości i związków. Przy bliższym poznaniu okazują się emocjonalnie niewrażliwi i nie wnikają w rolę, jaka

sami odgrywają w związku czy przyjaźni. Kiedy dochodzi do nieuchronnych problemów unikają winy. Osoby histrioniczne lubią flirtować, jednak poprzestają zwykle na wysyłaniu otoczeniu uwodzicielskich sygnałów, po których nie należy sobie zbyt wiele obiecywać. Ich praca intelektualna pozostaje na niskim poziomie, choć ich potencjał jest wysoki. Nie potrafią myśleć analitycznie. W wyniku tego są postrzegane jako dramatyczne, ale jednocześnie łatwowierne i naiwne.

Omówienie

Znajomość zaburzeń osobowości w pracy zespołów paramedycznych jest niezwykle ważna, ponieważ ma wpływ na sposób postępowania diagnostycznego i terapeutycznego nie tylko związanego z zaburzeniami psychicznymi.

Bardzo często u osób z zaburzeniami osobowości występują inne schorzenia somatyczne, wiedza z zakresu psychiatrii w tym przypadku jest nieodzowna, pozwalająca na właściwe podejście do chorych, u których występują zaburzenia osobowości.

W zaburzeniach osobowości typu osobowości unikającej czy osobowości antyspołecznej kontakt jest utrudniony. Trudne jest także przeprowadzenie wywiadu. Sprowokowanie chorego do wypowiedzi i zadawania pytań na które pacjent odpowiada tak lub nie, dopiero wtedy pozwala sprecyzować i rozszerzyć zakres pytań umożliwiających właściwą diagnostykę i dobre postępowanie terapeutyczne. W toku przeprowadzania badania można spotkać się również z niechęcią, a nawet zachowaniem dziwnym w przypadkach osobowości narcystycznych czy osobowości schizofrenicznej lub w osobowości histrionicznej.

W przypadkach np. chorób układu krążenia, należy się liczyć z możliwością utrudnionego kontaktu w niektórych typach zaburzeń osobowości, wtedy z uwagi na skąpy wywiad badaniem decydującym o dalszym postępowaniu będzie badanie fizykalne.

W chorobach układu oddechowego, zatorowości płucnej, czy chorobach układu pokarmowego, kolkach jelitowych, wątrobowych jest możliwość, że chory z zaburzeniem osobowości będzie nadmiernie nieadekwatnie eksponował objawy poprzez dziwne ich określenie i sposób przedstawienia dolegliwości.

W związku z trudnościami w interpretacji i kontakcie z chorym z zaburzeniem osobowości konieczne jest zapoznanie się studentów na kierunku ratownictwo medyczne z przedstawionymi typami osobowości i zaburzeniami z tym związanymi. Umożliwi to w przyszłości właściwe postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne z chorym mającym zaburzenia osobowości.

LITERATURA

1. Bilikiewicz T.: Psychiatria kliniczna. Wyd. 7 (pod red. A. Bilikiewicza, PZWL, Warszawa 1989, t. 2.
2. Cwynar S.: Psychopatie i inne zaburzenia osobowości. W: J. Jarosz, S. Cwynar (red.): Podstawy psychiatrii. Wyd. 3, PZWL, Warszawa 1980, s. 216-232.
3. Engel G.: Psychological development in health and disease. Saunders, Philadelphia 1962.
4. Garrett J. F., Levine E. S. (red.): Praktyka psychologiczna w rehabilitacji inwalidów. PZWL, Warszawa 1972.
5. Jakubik A.: Mit osobowości pogranicznej. W: L. Grochowska, A. Jakubik, I. M. Marcysiak, S. Siek, A. Strzałęcki, J. Terelak (red.): Studia z psychologii. Tom VII. Wyd. ATK, Warszawa 1996, s. 303-316.
6. Jakubik A.: Zaburzenia osobowości. WL PZWL, Warszawa 1997.
7. Jakubik A.: Osobowość aleksytymiczna. W: A. Grochowska (red.): Wokół psychologii Social and psychological aspects of disability. University Park Press, Baltimore 1977.
8. Kowalik S.: Wybrane psychospołeczne problemy niepełnosprawności i rehabilitacji. W: I. Sęk (red.): Społeczna psychologia kliniczna. PWN, Warszawa 1991, s. 446-471.
9. Ostrowska H.: Funkcjonowanie osobowości w warunkach choroby i szpitala. W: H. Larkowa (red.): Problemy psychologiczne w rehabilitacji inwalidów. PZWL, Warszawa 1971, t. 2.

CLARITINA W LECZENIU WIRUSOWYCH INFEKCI GÓRNYCH DRÓG ODDECHOWYCH ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM PRZEWLEKŁEGO KASZLU

Wirusy stanowią najczęstszy czynnik etiologiczny zakażeń dróg oddechowych. Choć infekcje wirusowe mogą występować przez cały rok, to ich nasilenie ma miejsce w miesiącach jesienno-zimowych i wczesno-wiosennych. Typowe objawy zakażeń to kichanie, wyciek z nosa, uczucie zatkania nosa, bóle głowy, ucha czy gardła oraz suchy, męczący kaszel.

Wirusy najczęściej powodujące infekcje dróg oddechowych to wirus grypy (typ A i typ B) wirusy papagrypy (serotyp 1, 2, 3), wirusy RS (*respiratory syncytia virus*) a także, należące do rodziny *Picornaviridae* – rinowirusy.

W etiologii górnych dróg oddechowych u dzieci zdecydowanie dominują natomiast wirusy RS i wirusy paragrypy.

Wywołują one głównie zakażenia oskrzeli, oskrzelików i płuc u niemowląt i małych dzieci oraz zapalenie krtani i ucha środkowego. Po przebytych zapaleniu dróg oddechowych wywołanym wirusem RS, obturacja oskrzeli może utrzymywać się przez długi okres. Według Gerna i wsp., obturacja oskrzeli może utrzymywać się do 2 r. ż. u 75 % dzieci u 50 % dzieci po 3 lat po infekcji, a u 40% dzieci nawet do 5 lat (1). W ciągu kilku kolejnych lat u wielu dzieci dojść może do rozwoju astmy.

Zapalenie wirusowe w drogach oddechowych przebiega w dwóch fazach – naczyniowej (obturacyjno-sekrecyjnej) oraz komórkowej.

Inwazja wirusa doprowadza do częściowej martwicy oraz ogniskowej metaplastyki nabłonka co prowadzi do zaburzenia funkcji układu rzęskowego. Jednocześnie dochodzi do uwolnienia szeregu mediatorów zapalnych takich jak TNF (*Tumor Necrosis Factor*), interleukiny 1,6 a także bradykininy, prostaglandyn, leukotrienów i tlenu azotu (4).

Rola histaminy w zapaleniu wirusowym pozostaje nie do końca wyjaśniona. Według jednych autorów histamina nie odgrywa istotnej roli w patofizjologii infekcji (5), według innych dochodzi do *wyraźnego* wzrostu stężenia histaminy co wpływa na rozszerzenie naczyń

i wzrost ich przepuszczalności (6). Efektem działania mediatorów zapalnych jest powstanie obrzęku śluzówki. W fazie drugiej komórkowej cytokiny i mediatory pozapalne wykazują działania chemotaktyczne prowadząc do powstania nacieku zapalnego. Jednocześnie zmianie ulega charakter wydzieliny, ulega ona wyraźnemu zagęszczeniu.

Elementy przesącza (białka krwi, globuliny, mukopolisacharydy) tworzą różnego rodzaju kompleksy (7). Zagęszczeniu wydzieliny sprzyjają także neuropeptydy (tachykiny – neurokina A i B, substancja P, neuropeptyd K) oraz leukotrieny (LTC₄, LTB₄, LTD₄, LTE₄) (8). W fazie komórkowej obserwuje się nasiloną obturację oraz nieproduktywny kaszel. Zaleganie śluzu pogłębia obturację oraz sprzyja namnażaniu się kolonizujących drogi oddechowe bakterii takich jak: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* czy też *Staphylococcus aureus*. Nosicielstwo bakterii może przejść w stan aktywnego zakażenia.

Terapia niepowikłanych infekcji wirusowych ma charakter objawowy (leki przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, adrenomimetyki stosowane ogólnie lub miejscowo, leki wykrztuśne, przeciwkaszlowe, witaminy, preparaty wapnia).

W przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań włączone jest właściwe leczenie wspomagające (antybiotykoterapia, sterydoterapia). Celowym wydaje się również wspomagające stosowanie w infekcjach niepowikłanych leków antyhistaminowych wykazujących działanie przeciwzapalne.

Claritina jest lekiem blokującym receptor histaminowy H₁, o udowodnionej skuteczności i dużym profilu bezpieczeństwa, stosowanym powszechnie w leczeniu chorób alergicznych na całym świecie. Skuteczność leków przeciwhistaminowych była przedmiotem wielu dużych, wielośrodkowych badań klinicznych.

Leki przeciwhistaminowe są od wielu lat stosowane we wspomaganiu leczenia infekcji dróg oddechowych przez dużą grupę lekarzy (2,5). Wyniki badań *in vitro* sugerują, że cetyryzyna i loratadyna działają profilaktycznie wobec niektórych wirusowych zakażeń dróg oddechowych.

W różnych badaniach udokumentowano ekspresję cząsteczki ICAM-1 na komórkach nabłonka oddechowego i wykazano, że pełni ona rolę receptora dla rinowirusów. Z innych badań wiadomo, że takie leki przeciwhistaminowe, jak: cetyryzyna, loratadyna, lewokabastyna, feksofenadyna i terfenadyna są zdolne do hamowania ekspresji cząsteczki ICAM-1.

Cechą wymagającą szczególnego podkreślenia w aspekcie ich wykorzystania w terapii infekcji wirusowych górnych dróg oddechowych, jest zdolność niektórych leków antyhistaminowych (np. loratadyna i desloratadyna) do hamowania ekspresji cząstek adhezyjnych ICAM-1 na komórkach nabłonka. Cząstki te biorą udział w pozanacyniowej migracji komórek procesu zapalnego. Ponadto prawie 90% rinowirusów dokonuje kolonizacji komórek nabłonka dróg oddechowych właśnie poprzez ICAM-1. Hamowanie więc ich ekspresji może być ważnym elementem ograniczającym rozwój infekcji. Jak wykazał Ciprandi

i WSP., loratadyna znacząco redukuje ekspresję cząstek adhezyjnych ICAM-1 na komórkach nabłonka nosa a także spojówek (11, 12).

Autorzy wykazali ponadto, iż loratadyna znacząco zmniejszała liczbę komórek metachromatycznych oraz hamowała migrację eozynofili do spojówek. Warto dodać, iż badanie to przeprowadzone było w warunkach naturalnej ekspozycji alergenowej. Podobne wyniki uzyskali Campbell i WSP., według których loratadyna w jednorazowej dawce 10mg powodowała obniżenie stężenia ICAM-1 w materiale z płukania nosa (13). Vignoi i wsp. wykazali, iż loratadyna i desloratadyna hamują wywołaną histaminą ekspresję cząstek ICAM-1 oraz antygenów HLA-DR klasy II na komórkach nabłonka (14). Wpływ loratadyny i desloratadyny na ekspresję ICAM-1 potwierdzili także Papi i wsp. (15). Loratadyna i desloratadyna hamowały indukowaną przez ekspresję ICAM-1 na komórkach nabłonka dróg oddechowych.

U znacznej części pacjentów infekcjom wirusowym górnych dróg oddechowych może towarzyszyć kaszel. Często również, czemu sprzyja utrzymujący się stan nadreaktywności dróg oddechowych, kaszel może występować do kilku tygodni po ostrej fazie objawów. Jak zaprezentowali Tanaka i wsp., loratadyna wykazała również właściwości redukcji liczby napadów kaszlu u pacjentów z chorobami jamy nosowej oraz u pacjentów z kaszlem o nieustalonej etiologii (16).

W badaniach własnych brało udział 13 pacjentów w wieku od 4 do 43 lat, średnia wieku 11, 6 lat. U wszystkich pacjentów występował kaszel w okresie od kilku do kilkunastu miesięcy, średni 4, 2 miesiąca. Pacjenci nie gorączkowali, wyniki laboratoryjne (morfologia z objawem CRP, OB.) mieli w granicach normy. Wszyscy pacjenci przyjmowali leki objawowe w tym Claritinę w dawkach w zależności od wieku i wagi ciała 1 raz dziennie.

U 8 pacjentów (61 %) po 14 dniach kaszel wyraźnie zmniejszył się. U 9 pacjentów (69 %) po 4 tygodniach leczenia kaszel całkowicie ustąpił.

U 3 (23 %) zdecydowanie zmniejszył się.

U 1 pacjenta (7 %) nastąpiła nieznaczna poprawa.

Podsumowując, infekcje wirusowe górnych dróg oddechowych, w znacznej części powodowane przez rinowirusy stanowią częsty i ważny poprzez możliwość powikłań, problem kliniczny. Ze względu na potwierdzoną licznymi badaniami zdolność hamowania ekspresji cząstek ICAM-1, koniecznych do kolonizacji nabłonka przez rinowirusy, zastosowanie loratadyny a także desloratadyny w terapii tych schorzeń może być uzasadnione. Ponadto, leki te mogą być również wykorzystane w skutecznej terapii poinfekcyjnego kaszlu oraz w zapaleniach ucha środkowego.

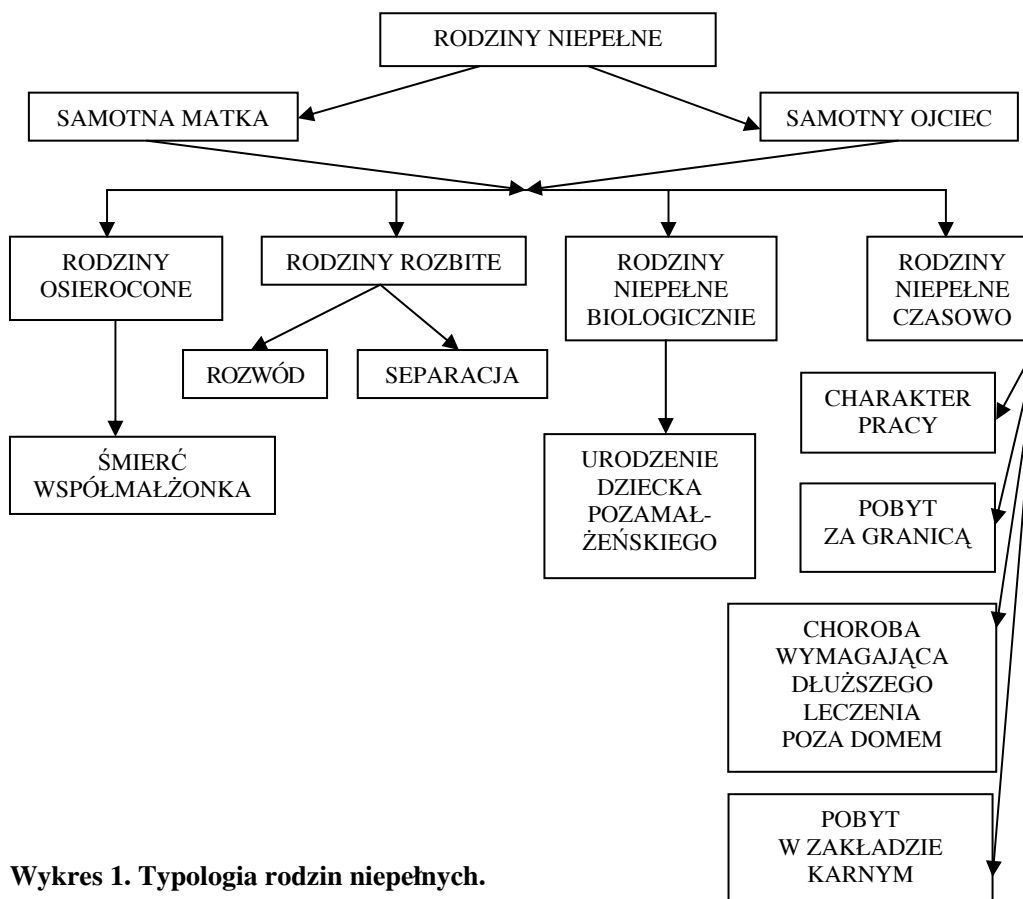
PIŚMIENNICTWO

1. Zawisza E. Loratadyna w leczeniu wirusowych infekcji górnych dróg oddechowych
2. Rapijko P., Wojdas A., Usowski I., Jurkiewicz D., Wpływ cetyryzyny na wspomaganie leczenia infekcji górnych dróg oddechowych, *Ann Univ Maria Curie Skłodowska [Med.]* 2006; 60 suppl. 17(6)272-275
3. Kowalski L., [w:] *Immunologia kliniczna*, red. Kowalski M., wyd. I Meditan Łódź
4. Jutel M., Histamina reguluje odpowiedź limfocytów T i przeciwciał dzięki zróżnicowanej ekspresji receptorów H₁ i H₂. *Alergologia współczesna* VXII – 2001:13

Pomoc socjalna rodzinom niepełnym w mieście Legnica w latach 1999-2005

Tematem mojej rozprawy jest pomoc socjalna rodzinom niepełnym w mieście Legnicy. Zjawisko istnienia rodzin niepełnych w społeczeństwie nie jest czymś nowym. Ten typ rodziny istniał i istnieć będzie nadal. Problem ten jest istotny dla problematyki społecznej z faktu, że ten typ rodzin, jak można sądzić z literatury przedmiotu oraz danych statystycznych, coraz częściej występuje.

Niepełność rodziny może być skutkiem istnienia różnych zjawisk zachodzących w życiu społecznym człowieka. Może to być powodowane świadomym wyborem lub zdarzeniem losowym. Prezentuje to wykres 1.



Wykres 1. Typologia rodzin niepełnych.

Niezależnie od wyrażanych w literaturze ocen realizacji przez państwo polityki społecznej w stosunku do rodziny oraz pomocy socjalnej świadczonej rodzinom, w tym także rodzinom niepełnym, pomoc taka może powodować uzależnienie oraz przenoszenie odpowiedzialności za rodzinę z jej członków na instytucje państwowe, w tym instytucje samorządów terytorialnych. To ewentualne uzależnienie od pomocy społecznej może w przyszłości powodować, że również wychowankowie tych rodzin będą uzależnieni od pomocy społecznej i nie będą aktywnymi uczestnikami na rynku pracy.

Zainteresowałem się tym problemem, gdyż w pracy zawodowej na co dzień pracuję z rodzinami niepełnymi korzystającymi z pomocy socjalnej oferowanej przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Legnicy.

Podjęte przeze mnie badania, które są podstawą empiryczną pracy doktorskiej, miały zdiagnozować aktualną sytuację tych rodzin niepełnych, które korzystają z pomocy Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Legnicy. Dla wypracowania tak pomyślanego projektu badawczego niezbędne było prócz literatury przedmiotu z zakresu socjologii rodziny, pedagogiki i socjologii, korzystanie z danych wtórnych: danych statystycznych dotyczących rodzin, ich struktury, w tym również rodzin niepełnych w przekroju krajowym i regionalnym. Konieczne też było dokonanie analizy w dłuższym przekroju czasowym typów niepełności rodzin, tak w kraju, jak i w mieście Legnicy. Dla dopracowania projektu badawczego wykorzystałem również dane udostępnione mi przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.

Na podstawie zgromadzonych informacji sformułowałem pytanie badawcze oraz hipotezy badawcze związane z analizowanymi obszarami życia rodzinnego i sytuacji rodzin niepełnych.

Pytanie badawcze, które stanowi podstawę każdego planu badawczego brzmi następująco: jak wygląda pomoc społeczna rodzinom niepełnym w Legnicy, oraz w jaki sposób obecna sytuacja rodzin niepełnych korzystających z instytucji pomocy społecznej była determinowana przez dekonstrukcję rodziny, jak wygląda życie takich rodzin, w jaki sposób realizują one swoje funkcje (prezentuje to slajd).

Uszczegółowiając problem badawczy, celem badań i analiz było poszukiwanie odpowiedzi na poniższe pytania:

1. Czy i w jaki sposób, sytuacja, w jakiej doszło do rozpadu rodziny wpływa na jej sytuację ekonomiczną, organizację gospodarstwa domowego oraz proces wychowania w rodzinie; czy po odejściu małżonka utrzymywane są kontakty towarzyskie, czy badani i ich dzieci są poddawani ostracyzmowi społecznemu, czy są dyskryminowani i czy czują się dyskryminowani?
2. Jak wyglądają warunki mieszkaniowe rodziny samotnego rodzica; czy rozpad rodziny przyczynił się do polepszenia lub pogorszenia warunków mieszkaniowych?
3. W jaki sposób samotni rodzice realizują podstawowe funkcje rodziny: wychowawczą i socjalizującą, zabezpieczającą; czy są wydolne wychowawczo, czy nie?

4. Jaka jest aktywność zawodowa samotnych rodziców; czy kiedykolwiek pracowali, czy aktualnie pracują, czy poszukują oni pracy, czy starają się polepszyć swoje kwalifikacje zawodowe?
5. Jaką funkcję w życiu rodziny samotnego rodzica pełni pomoc społeczna; czy jedynie ma zabezpieczać materialny wymiar egzystencji, będąc substytutem pensji, czy jest dopełnieniem dochodu z pracy legalnej i uzyskiwanego na „czarno”, czy pobieranie zasiłków z pomocy społecznej jest dla tych osób „wstydliwą koniecznością” czy „łatwymi pieniędzmi”?
6. Jak wygląda instytucjonalna pomoc społeczna oferowana rodzinom z jednym rodzicem; czy zabezpiecza ich podstawowe potrzeby, czy otrzymują wystarczające wsparcie, kto udziela im pomocy i w jakiej formie?

Poszukiwania odpowiedzi na powyższe pytania prowadzone będą wzdłuż poszczególnych tropów – hipotez badawczych.

1. Najczęściej z pomocy społecznej korzystają bierni zawodowo rodzice z rodzin niepełnych.
2. Rodzice bierni zawodowo nie zamierzają podejmować aktywności zawodowej.
3. Rodziny niepełne korzystają z bardzo dużej pomocy od rodzin pochodzenia (rodzice, dziadkowie, rodzeństwo).
4. Rodzice samotnie wychowujący dzieci najczęściej korzystają ze wszystkich przysługujących im uprawnień z pomocy społecznej.
5. Im więcej problemów skupia na sobie rodzina, tym większą ilość pomocy otrzymuje.
6. Wejście w system pomocy społecznej umożliwia realizację alternatywnego sposobu funkcjonowania rodziny: większość rodzin utrzymuje się z pomocy społecznej oraz wsparcia materialnego, rzeczowego i usługowego otrzymywanego od rodzin pochodzenia.
7. Większość rodzin niepełnych uzależniona jest od pomocy społecznej.

W celu przeprowadzenia i zebrania materiału do badań nad pomocą społeczną rodzinom niepełnym w Legnicy, skonstruowałem kwestionariusz wywiadu, zawierający 178 pytań dotyczących problemów przedstawionych wyżej oraz metryczkę z 5 pytaniami. Pytania zostały uporządkowane i zaprezentowane w formie bloków zagadnień, dotyczących poszczególnych wymiarów sytuacji życiowej rodzin samotnych rodziców.

Badania kwestionariuszowe trwały w sumie 3 miesiące i zostały przeprowadzone w okresie od marca do maja 2006 roku. Do próby wylosowałem 300 przypadków, z czego w trakcie prowadzenia badań i po wstępnej selekcji, do dalszej analizy wybrałem 269 wywiadów. Próba jest losowa i reprezentatywna. Głównymi przyczynami odrzucenia kwestionariuszy były liczne braki danych oraz odmowa wzięcia udziału w badaniach. Pomimo trudności uzyskałem wymaganą w badaniach naukowych reprezentatywność wyników, określoną na poziomie 95 %. Do doboru próby posłużyłem się imienną bazą adresową klientów Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Legnicy. Wyboru dokonałem spośród osób będących w latach 1999-2005 samotnymi rodzicami i klientami MOPS jednocześnie.

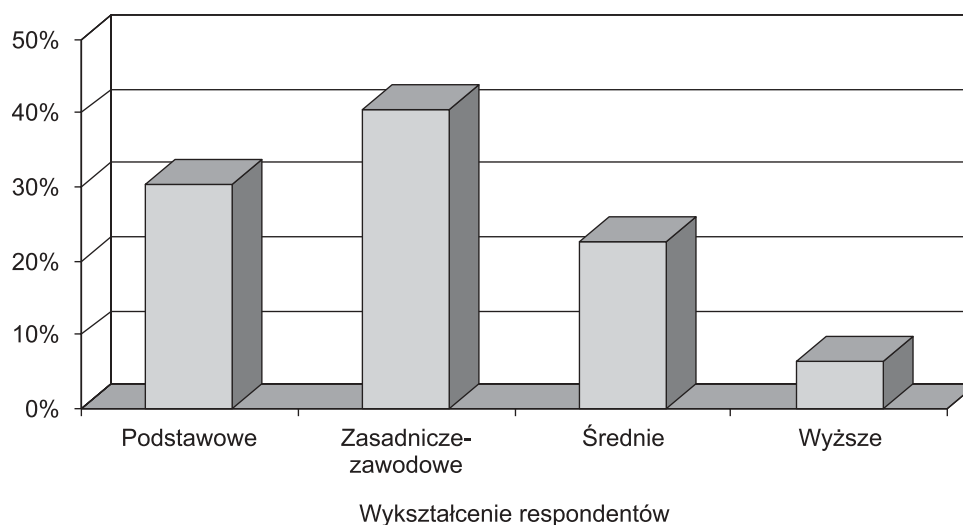
Osób takich było w chwili pobierania próby 710. Przyjęto, że liczba ta będzie stanowiła badaną populację.

W badaniach wzięło udział 269 osób, samotnie wychowujących dzieci legniczan, w przedziale wieku od 22 do 62 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby pomiędzy 35 a 39 rokiem życia. Trzydziestolatkowi w sumie stanowili kategorię ponad 46 %. Zdecydowaną większość, prawie 92 % respondentów, stanowiły kobiety. Mężczyźni to nieco ponad 8 % wszystkich pytanych samotnych rodziców.

Tabela 1. Kategorie wieku z uwzględnieniem płci.

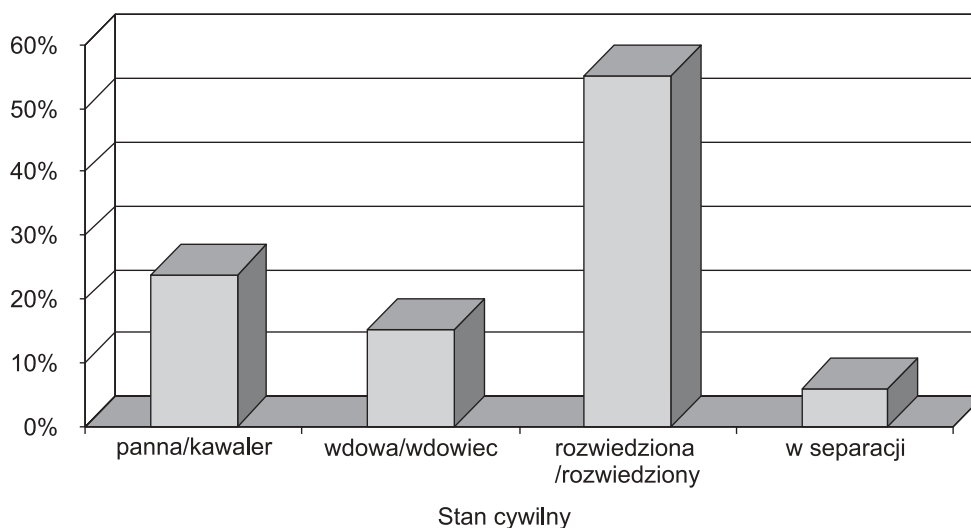
% ogółem	Kategorie wieku respondentów							ogółem
	Do 24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Pow. 50	
Kobiety	4,8 %	16,0 %	21,2 %	23,0 %	10,8 %	11,9 %	4,1 %	91,8 %
Mężczyźni	–	0,7 %	1,5 %	0,7 %	3,0 %	1,9 %	0,4 %	8,2 %
ogółem	4,8 %	16,7 %	22,7 %	23,8 %	13,8 %	13,8 %	4,5 %	100 %

Wśród badanych dominowały osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym, najmniej liczna była kategoria osób posiadających dyplom wyższej uczelni. Odpowiednio, osoby z wykształceniem podstawowym stanowiły 30,5 % z zasadniczym 40,5 %, średnim 22,7 %, zaś z wyższym 6,3 % .



Wykres 2. Poziom wykształcenia respondentów.

Badani legniczanie samotnie wychowujący dzieci, to w głównej mierze osoby rozwiedzione. Tak siebie określiło 55 % respondentów. Drugą co do wielkości (23,8 %), kategorię stanowiły osoby, które nigdy wcześniej nie wchodziły w związek małżeński. Osoby owdowiałe wynosiły 15,2 %, a będące w separacji 5,9 % pytanych.



Wykres 3. Stan cywilny respondentów.

Wśród badanych osób samotnie wychowujących dzieci, ponad 51 % to rodziny z jednym dzieckiem, a z dwójką dzieci to niecałe 27 %. Średnia liczba dzieci w rodzinach niepełnych wynosi 1,84 (przy średniej dla województwa dolnośląskiego 1,43¹ w roku 2005). Rodziny wielodzietne² stanowią niecałe 22 %.

Analiza porównawcza pokazała, że osoby o niższym poziomie wykształcenia częściej stają przed problemem samotnego rodzicielstwa i konieczności pomocy ze strony instytucji państwa, oraz posiadają większą ilość dzieci niż rodzice z wyższym poziomem wykształcenia.

Wśród badanych osób doświadczenie w małżeństwie posiadało 205 osób, co odpowiada 73,2 % ogółu respondentów. Większość spośród pytanych stwierdziła, że rozwiązanie małżeństwa nastąpiło w wyniku rozwodu (72,2 %), następnie w wyniku śmierci partnera (20,0 %) oraz separacji (7,8 %). Przeciętna długość trwania związku mieści się w przedziale od 5 do 10 lat.

¹ Średnia wyliczona z danych prognozowych GUS – u na rok 2005, dla rodzin z jednym dorosłym i co najmniej jednym dzieckiem dla województwa dolnośląskiego.

Źródło: http://www.stst.gov.pl/dane_spol-gosp/ludnosc/prognoza_gosp/tabele/dolnoslaskie.xls

² Wg GUS, rodzina wielodzietna to rodzina z co najmniej trojgiem dzieci na utrzymaniu.

Wiek dziecka w chwili odejścia jednego z rodziców wyznacza długość związku rodziny pełnej³ oraz moment jej rozpadu. W momencie rozpadu związku dzieci były najczęściej w wieku 5-9 lat.

Rozwody są najczęstszą formą rozpadu związku małżeńskiego. Jedynie co piąty badany stwierdził, że jest osobą owdowiałą. Osoby rozwiedzione wraz z separowanymi stanowiły 80 % osób z rodzin, które w swej historii zaliczyły okres, gdy były pełne.

W badaniach legnickich najczęstszą przyczyną rozwodów i separacji był⁴: alkoholizm (48,4 %), zaraz za nim znalazły się niezgodność charakterów (47,8 %), niewierność (29,6 %) oraz nieporozumienia na tle finansowym (11,4 %). Pośród podanych powodów zerwania związku małżeńskiego znalazła się ponad to „długotrwała nieobecność” jednego z partnerów (18,2 %).

Za główną decyzję o rozwodzie uznano brak dalszej możliwości życia razem. Ponad 60 % respondentów stwierdziła, że zdecydowali się na rozwód lub separację, gdyż „nie można było dłużej z nim/nią wytrzymać”. 33,5 % badanych zdecydowało na rozwiązanie związku małżeńskiego, kierując się dobrem dzieci, 20,1 % dobrem całej rodziny. Ponadto 11,6 % pytanych dokonało wyboru pod wpływem, czy za radą prawnika, a 6,1 % za namową nowego partnera. Pozytywny stosunek do instytucji rozwodu zgłasza 84 %, negatywnie o rozwodzie wypowiadało się 16 % pytanych.

Rodzina zdekompletowana charakteryzuje się trudnościami w prawidłowym pełnieniu funkcji materialnych oraz wychowawczych. Wśród wymienionych obszarów bezradności respondenci najczęściej odpowiadali, że odczuwają brak partnera w sprawach związanych z utrzymaniem rodziny i wychowaniem dzieci.

Przeciętne mieszkanie samotnego rodzica korzystającego z pomocy społecznej w Legnicy składa się 2,84 izby i pod tym względem sytuacja tych osób jest gorsza od innych mieszkańców miasta (mniejsza od przeciętnej liczby izb dla Legnicy, wynoszącej 3,50). W mieszkaniu znajdowały się: oddzielna kuchnia (99,3 %), łazienka (75,5 %) i splukiwana toaleta (76,2 %), piec węglowy (66,5 %). Większość mieszkań znajduje się w starym budownictwie, w kamienicach wybudowanych przed końcem Drugiej Wojny Światowej (75,8 %), pozostałe zaś w blokach (21,2 %) i w domach jednorodzinnych (3,0 %) [N = 269]. Wśród samotnych rodziców, najgorszą sytuację mieszkaniową mają panny⁵, najlepszą stwierdzono w przypadku osób separowanych. Panny częściej niż wdowy, osoby rozwiedzione i separowane mieszkają wspólnie ze swoimi rodzicami. Większość mieszkań samotnych rodziców stanowi własność komunalną (67,7 %).

Ponad połowa badanych samotnych rodziców korzysta z dodatku mieszkaniowego wypłacanego z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej. Wśród samotnych rodziców, pomimo pobierania dodatku, prawie 30 % badanych osób ma zaległości w opłatach mieszka-

³ M. Tyszkowa „Charakterystyka typowych środowisk wychowawczych: rodzinnego, szkolnego i poza-szkolnego” w: „Problemy opiekuńczo-wychowawcze”, Nr 3 z 1974 str. 2-7;

⁴ Pytając respondentów w Legnicy o przyczyny ich rozwodu lub separacji, zaznaczono, że chodzi o powód podany w pozwie rozwodowym. Respondenci podawali więcej niż jedną przyczynę.

⁵ Pozycje mierzone różnicą średnich ilości izb.

niowych, z czego większość w wysokości kilkuset złotych (19,4 % spośród wszystkich otrzymujących dodatek), a trzech badanych nawet kilku tysięcy złotych [N=144].

Większość badanych łęmiczan może liczyć na czyjąś pomoc w prowadzeniu domu. Ponad 60 % samotnych rodziców korzysta z czyjegoś wsparcia w domu, przede wszystkim ze strony własnych rodziców (70 % osób potwierdzających korzystanie z pomocy w prowadzeniu domu). W dalszej kolejności respondentom pomagają konkubenci lub konkubiny (8 %), rodzeństwo (8 %), dzieci zamieszkujące z rodzicem (7,4 %), sąsiedzi (6,2 %), teściowie (4,9 %), a także starsze, niemieszkające już z rodzicem dzieci (4,3 %), znajomi (3,7 %) oraz były małżonek (3,7 %) [N=269].

Zestawienie 1. Pomoc w prowadzeniu domu.

60 % samotnych rodziców korzysta z czyjegoś wsparcia w domu, przede wszystkim ze strony własnych rodziców w tym:

- pomoc rodziców (70 %),
- konkubenci lub konkubiny (8 %),
- rodzeństwo (8 %),
- dzieci zamieszkujące z rodzicami (7,4 %),
- sąsiedzi (6,2 %),
- teściowie (4,9 %),
- starsze, niemieszkające już z rodzicem dzieci (4,3 %),
- znajomi (3,7 %),
- były małżonek (3,7 %).

Wśród form pomocy otrzymywanej od osób wspierających samotnego rodzica przeważają usługowe (54,3 %) i żywnościowe (50,0 %), nad finansowymi (38,3 %) i rzeczowymi (39,5 %) i polegają głównie na pilnowaniu dzieci,

Ze względu na problem pomocy społecznej rodzinom z jednym rodzicem interesujące są kwoty pieniędzy, jakimi są wspomagani samotni rodzice oraz kto im ich udziela. Najwięcej respondentów wskazujących na otrzymywanie takiej formy pomocy otrzymuje wsparcie w kwocie nie większej niż 200 zł miesięcznie (34,9 %), następnie do 100 zł co miesiąc (27,9 %). Powyżej 300 zł każdego miesiąca otrzymuje 18,6 % badanych, wskazujących na otrzymywanie pomocy finansowej. Mniej niż 50 zł otrzymuje 18,6 % samotnych rodziców. Rodzice badanych osób najczęściej dają im kwoty do 50 zł (ośmiu badanych) oraz powyżej 300 zł (sześciu badanych). Byli małżonkowie regularnie wspierający pieniędzmi dawne rodziny, przeznaczają na to powyżej 200 zł (czterech badanych). Nieco mniej skąrzy są konkubenci, którzy obdarowują swych partnerów i ich rodziny kwotami poniżej 200 zł (siedmiu badanych).

Większość samotnych rodziców twierdzi, że ma trudności z wykonywaniem niektórych zadań wynikających z prowadzenia gospodarstwa domowego (51,7 %) [N=269]. Samotni rodzice, w większości mogą liczyć na czyjąś pomoc (70,1 %). W wykonywaniu określonych czynności wyręczają ich głównie rodzice (23,0 %), sąsiedzi (13,7 %) oraz znajomi (11,5 %).

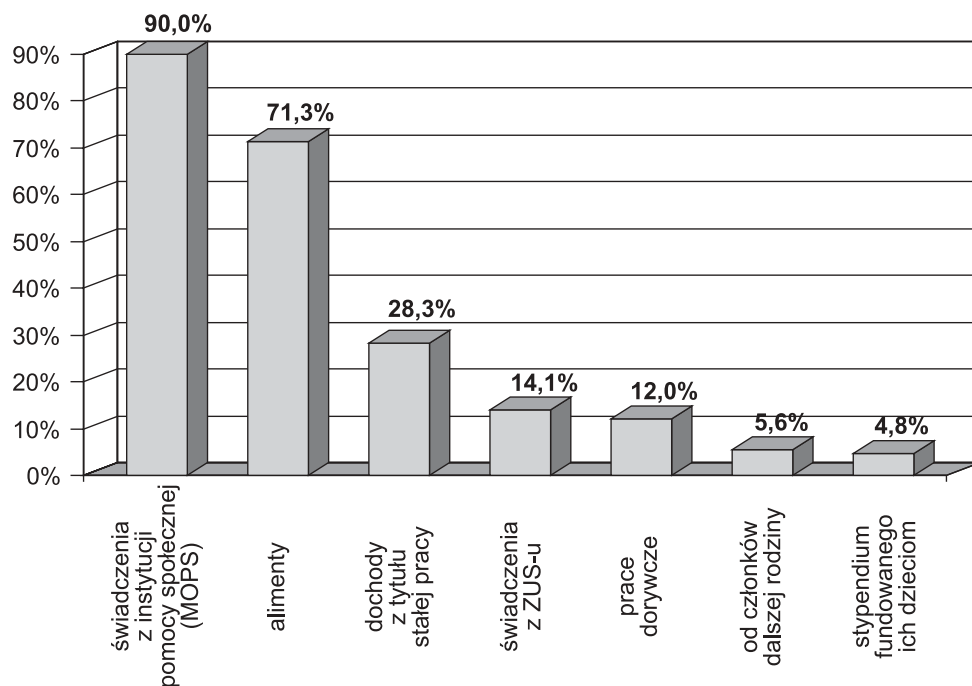
Osoby pracujące wśród samotnych rodziców stanowią jedynie 28 % ogółu. Odsetek osób niepracujących w chwili badań wyniósł prawie 72 %. Częściej pracowały osoby rozwiedzione i wdowy, niż panny i separowane. Osoby z wyższym wykształceniem częściej pracują niż te z niższym. Przeciętnie samotny rodzic nie pracuje ponad 3,5 roku. W ciągu ostatniego roku (poprzedzającego badania) 33,0 % badanych samotnych rodziców starało się dopasować swoje umiejętności zawodowe do potrzeb rynku pracy, pozostali nie podjęli takich działań. Prawie 67 % badanych jest zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy jako bezrobotni (1,5 % z prawem do zasiłku), z czego prawie 55 % dłużej niż 4 lata (prawie 40 % dłużej niż 5 lat). Istnieje dosyć silna zależność między wykształceniem a rejestracją w PUP. Im wyższe wykształcenie posiadają badani, tym rzadziej są klientami urzędów pracy. Większość samotnych rodziców uważa, że posiadane przez nich kwalifikacje i umiejętności nie są atrakcyjnymi dla potencjalnych pracodawców. Prawie 70 % badanych uważa, że nie mają szansy na znalezienie pracy.

Najważniejszymi korzyściami płynącymi z bierności zawodowej są wolny czas (37,7 %) i możliwość większej kontroli nad rozwojem dzieci (35,7 %). Poza tym pozostawanie bezrobotnym umożliwia czerpanie korzyści z dodatkowych świadczeń socjalnych (20,1 %) oraz jednoczesne pobieranie świadczeń z MOPS-u, ZUS-u lub PUP-u oraz pracę w szarej strefie, „na czarno” (20,4 %). Dla 4,8 % badanych sytuacja pozostawania bez pracy i czerpania z tego tytułu różnego rodzaju zasiłków i pomocy daje w sumie większe profity finansowe niż praca na pełnym etacie. Za największe straty wynikające z podjęcia pracy, badani samotni rodzice uznali utratę wolnego czasu (30,1 %) oraz świadczeń z instytucji pomocy społecznej (29,7 %) i codziennego kontaktu z dziećmi (26,8 %). Przeciętne miesięczne wynagrodzenie za pracę samotnego (pracującego) rodzica wynosi 890,13 zł, mediana objęta jest przedziałem 800-1000 zł. Poza aktywnością zawodową 40 % badanych samotnych matek i ojców przyznawało się do zarabkowania pracami dorywczymi. Również z takiej formy dorabiania korzystają osoby pracujące zawodowo (prawie 30 % spośród pracujących zawodowo). Praca dorywcza najczęściej polega na sprzątaniu czyjegoś mieszkania (17,8 %), opiece nad dziećmi innych osób (14,5 %), zbieraniu sezonowych owoców i warzyw (12,6 %). Pracą dorywczą samotni rodzice są w stanie dorobić średnio 211,17 zł miesięcznie.

Podstawowym źródłem dochodów samotnych rodziców były świadczenia z instytucji pomocy społecznej (MOPS) – 90 % oraz alimenty – 71,3 %⁶. Poza tym 28,3 % badanych samotnych rodziców czerpała dochody z tytułu stałej pracy, 14,1 % otrzymywała świad-

⁶ Respondenci pytani o źródła utrzymania jedynie w 35,3% przypadkach wskazali na alimenty jako jedno ze źródeł utrzymania. W dalszej części wywiadu zweryfikowano informacje.

czenia z ZUS-u, a prawie 12 % respondentów podejmowała prace dorywcze, zarabiając w ten sposób część środków⁷. Samotne matki i ojcowie otrzymywali materialną pomoc od członków dalszej rodziny – 5,6 % oraz żyli ze stypendium fundowanego ich dzieciom – 4,8 % [N=269]. Wykres 5



Wykres 5. Źródła utrzymania samotnych rodziców.

Większość badanych legniczan korzysta z dwóch źródeł utrzymania – 51,7 %, łącząc świadczenia z MOPS-u z alimentami lub dochodem z tytułu stałej pracy. Ponad 30 % otrzymuje pieniądze z tylko jednego źródła, najczęściej pobierając zasiłki z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Legnicy lub pracując.

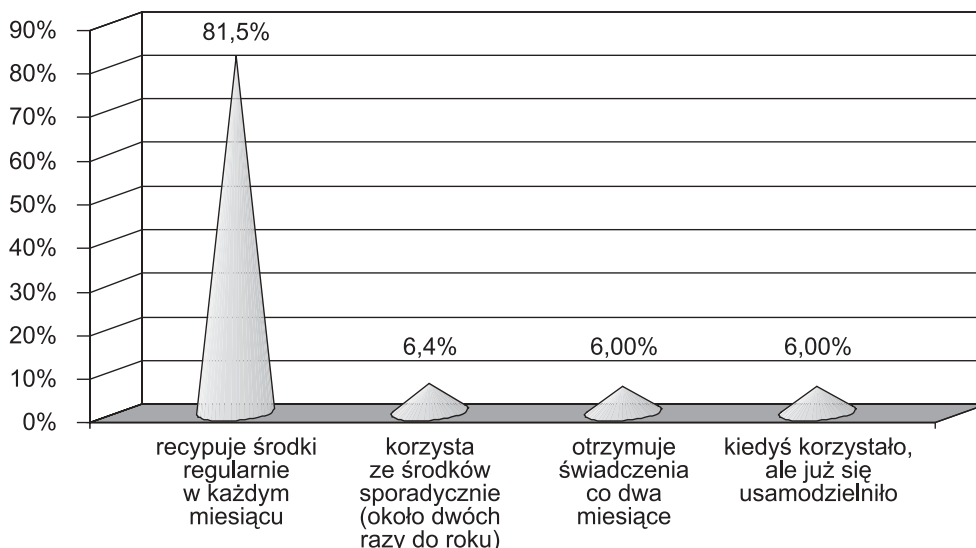
Do najlepiej sytuowanych samotnych rodziców (uwzględniając tylko średnią dochodów) należą osoby owdowiałe. Najgorzej uposażonymi samotnymi rodzicami są panny z dziećmi.

Ponad 70 % samotnych rodziców uważa, że posiadane przez nich środki finansowe nie pozwalają im i ich rodzinom na zaspokojenie podstawowych potrzeb. Zdecydowana większość samotnych rodziców uważa, że często brakuje im pieniędzy na zakupy. Takiego zdania jest nieco ponad 70 % badanych.

⁷ Można zauważyć, że część respondentów „przyznała się” do łączenia dochodów ze źródeł pomocowych oraz zarobkowych. Tym samym można śmiało stawiać hipotezę o tym, że stała praca nie chroni przed biedą. Choć z drugiej strony łączenie dochodów z pomocy społecznej i pracy zawodowej i dorywczej, częściej określane jest mianem „swobodnej przedsiębiorczości ubogich” (por. Zalewski D., *Życie z preambułą: o tępieniu fikcji*, [w:] *Przeciw biedzie. Programy, pomysły, inicjatywy*. red. Tarkowska E., „Oficyna Naukowa”, Warszawa, 2002, str. 119;

Prawie 20 % badanych stwierdziło, że brakuje im czasami pieniędzy na żywność.

Zdecydowana większość samotnych rodziców to beneficjenci MOPS – u w Legnicy. Jedynie 7,4 % osób twierdzi, że nigdy nie korzystało z pomocy tej instytucji [N=269, 7,4 % nigdy nie korzystało z MOPS, co oznacza, że 92,6 % korzysta]. Wśród korzystających ze świadczeń pomocy społecznej, 81,5 % recypuje środki regularnie w każdym miesiącu, 6,4 % korzysta ze środków sporadycznie (około dwóch razy do roku), 6,0 % otrzymuje świadczenia, co dwa miesiące, zaś pozostałe 6,0 % kiedyś korzystało, ale już się usamodzielniało [N=249, osoby korzystające kiedykolwiek z pomocy MOPS]



Wykres 6. Częstotliwość otrzymywania środków z pomocy społecznej osób korzystających kiedykolwiek z pomocy MOPS.

Do najczęściej wskazywanych świadczeń uzyskiwanych z instytucji pomocy społecznej – ZUS-u i MOPS-u należą: zasiłek rodzinny (wyplacany co miesiąc 83,6 % badanych samotnych rodziców), zasiłek celowy (ogólnie 63,6 % osób, w tym comiesięcznie 35 %, kwartalnie 20 % oraz rzadziej niż raz na pół roku 8,5 %), zasiłek okresowy (ogółem 49,1 %, w tym każdego miesiąca otrzymuje go 35,

7 %, co trzy miesiące 9,7 % oraz co pół roku 3,7 % respondentów), dodatek mieszkaniowy (48,7 % wszystkich badanych legniczan, regularnie co miesiąc otrzymuje go 48,3 %) oraz fundowane przez gminę obiady w szkole (45 % osób korzysta z nich przez cały rok, poza oczywiście okresami wolnymi od nauki) i zaliczka alimentacyjna (przysługująca 39,0 % osób). Zasiłek stały, wynikający z trwałej dysfunkcji uniemożliwiającej wykonywanie pewnych zadań i czynności przyznano zaledwie 1,5 % badanych legniczan, z kolei zasiłek z tytułu samotnego wychowywania dzieci pobiera 19,0 % osób [N=269].

Zestawieni 2. Najczęściej wskazywane świadczenia uzyskiwane z instytucji pomocy społecznej – ZUS-u i MOPS-u.

- zasiłek rodzinny (wypłacany co miesiąc 83,6 % badanych samotnych rodziców),
- zasiłek docelowy (ogólnie 63,6 % osób, w tym comiesięcznie 35 %, kwartalnie 20 % oraz rzadziej niż raz na pół roku 8,5 %),
- zasiłek okresowy (ogółem 49,1 %, w tym każdego miesiąca otrzymuje go 35,7 %, co trzy miesiące 9,7 % oraz co pół roku 3,7 % respondentów),
- dodatek mieszkaniowy (48,7 % wszystkich badanych legniczan, regularnie co miesiąc otrzymuje go 48,3,
- obiady w szkole (45 % osób korzysta z nich przez cały rok, poza oczywiście okresami wolnymi od nauki),
- zaliczka alimentacyjna (przysługująca 39,0 % osób),
- zasiłek stały, wynikający z trwałej dysfunkcji uniemożliwiającej wykonywanie pewnych zadań i czynności przyznano zaledwie 1,5 % badanych,
- zasiłek z tytułu samotnego wychowywania dzieci pobiera 19,0 % osób.

Zdecydowana większość osób twierdzi, że otrzymywane środki nie pozwoliły im na usamodzielnienie się – 82,5 %.

Stan materialny aż 22,3 % osób pogorszył się od momentu objęcia pomocą MOPS-u.

W przeprowadzonych w Legnicy badaniach dotyczących pomocy socjalnej rodzinom niepełnym, alimenty stanowiły jedno z podstawowych źródeł utrzymania w przypadku 71,3 % badanych osób [N = 269]. Wysokość zasądzonych świadczeń alimentacyjnych w przypadku badanych samotnych rodziców, wynosi przeciętnie 250 zł miesięcznie na jedno dziecko.

Przeciętna rodzina osób samotnie wychowujących dzieci składa się z niepełna trzech osób, rodzica i „dwójki dzieci⁸”. Przeciętny wiek dziecka w takiej rodzinie wynosi 10,15. Przeciętnie najstarsze dzieci posiadają na wychowaniu wdowy i wdowcy, najmłodsze zaś panny.

Większość samotnych rodziców z Legnicy jest zadowolona z wyników w nauce osiągniętych przez ich dzieci – 65,8 %, zaś niezadowolone deklaruje 19 %. Pozostali ankietowani posiadają dzieci nieuczęszczające do szkoły.

Pomoc dziecku w nauce najczęściej oferują i zapewniają osobiście samotni rodzice – 50,9 %, w następnej kolejności nauczyciele prowadzący zajęcia wyrównawcze w szkole – 16,4 %, dziadkowie – 10,4 %, koledzy ze szkoły – 10,0 %, starsze rodzeństwo – 8,2 %, pedagog szkolny – 4,8 %, kurator – 3,0 % oraz korepetytor opłacany z własnych środków – 3,0 % oraz drugi rodzic – 3,3 %. Samemu sobie z problemami szkolnymi jest pozostawione prawie 12 % uczniów, co również oznacza, że uczniowie mogą podjąć obowiązków nałożonych przez nauczycieli.

⁸ Dokładne dane zostały przedstawione wcześniej, dla przypomnienia średnia liczba dzieci w rodzinie wynosi 1,83 osoby, co wraz z rodzicem daje niepełną trzyosobową grupę.

Zestawieni 3. Osoby pomagające dzieciom z rodzin niepełnych w nauce.

- osobiście samotni rodzice – 50,9 %,
- nauczyciele prowadzący zajęcia wyrównawcze w szkole – 16,4 %,
- dziadkowie – 10,4 %,
- koledzy ze szkoły – 10,0 %,
- starsze rodzeństwo – 8,2 %,
- pedagog szkolny – 4,8 %,
- kurator – 3,0 %
- korepetytor opłacany z własnych środków – 3,0 %,
- drugi rodzic – 3,3 %.

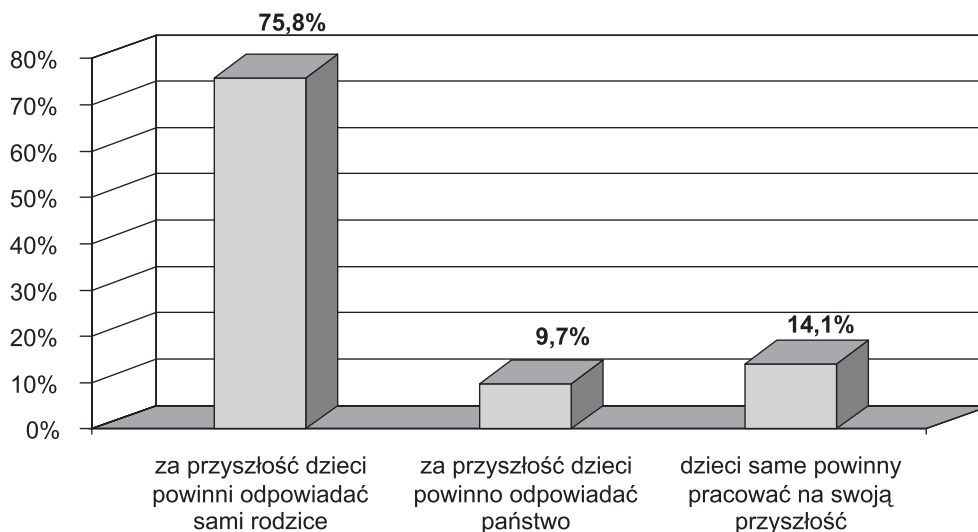
Rodzice samotnie wychowujący dzieci są w stanie osobiście pomóc w nauce swojemu dziecku. Większość osób, które mają dzieci w wieku „szkolnym” uważa, że jest w stanie zawsze pomóc – 42,5 %, zaś 7,5 % czasami. Z kolei 30,5 % samotnych rodziców nie potrafi zawsze wspomóc w rozwiązaniu problemów związanych z lekcjami, gdyż nie jest w stanie zrozumieć zagadnień, 7,5 % pomaga rzadko, zaś 11,9 % stwierdza, że w ogóle nie rozumie „zadań domowych” dzieci.

Najczęściej wskazywanymi obszarami niewydolności wychowawczej są edukacja (szkoła, słabe oceny i złe zachowanie) i osobowość dziecka. Samotni rodzice pytani o to ile czasu spędzają ze swoim dzieckiem, najczęściej odpowiadali, że cały swój czas poświęcają dzieciom – 62,2 %. Każde popołudnie z dziećmi spędza 30,3 % badanych legniczan, zaś wieczory 6,4 %. Jedynie 1,1 % pytanych respondentów przyznała, że spędza z nim zbyt mało czasu [N=269]. Do najczęściej spotykanych i wymienianych form aktywności w czasie wolnym należą wspólne oglądanie telewizji – 68,4 % samotnych rodziców, oraz spacerowanie – 52,4 %. Nieco rzadziej samotni rodzice sprawdzają stan przygotowania do lekcji – 34,9 %, wspólnie wychodzą w odwiedziny do rodziny – 33,8 %, pomagają dziecku w lekcjach – 32,7 % i sprzątają mieszkanie – 28,6 %. Do rzadkości należą wspólne czytanie książek – 21,4 %, w tym lektur szkolnych – 15,2 %, wyjście do kina – 11,2 %, czy restauracji – 7,8 % [N=269, jest to wielokrotny wybór].

Większość samotnych rodziców z Legnicy samodzielnie bez niczyjej pomocy wychowuje i opiekuje się swoimi dziećmi. Czyni tak ponad 55 % badanych legniczan, pozostałe 45 % samotnie wychowujących rodziców przyznaje się do otrzymywania pomocy w opiece nad potomstwem. Podobnie jak w przypadku pomocy w prowadzeniu domu, najczęściej wskazywanymi osobami, które pomagają w opiece są dziadkowie dziecka, najczęściej rodzice samotnej matki lub ojca – 39,8 % [N=269].

Wśród badanych samotnych rodziców dominuje pogląd, że za przyszłość dzieci z takich rodzin powinni odpowiadać sami rodzice – 75,8 %. Niewątpliwie jest to wskaźnik poczucia odpowiedzialności za losy dziecka. Jedynie 9,7 % samotnych rodziców twierdzi, że za

przyszłość dzieci z takich rodzin powinno odpowiadać państwo, zaś 14,1 % respondentów uważa, że dzieci same powinny pracować na swoją przyszłość.



Wykres 7. Kto powinien być odpowiedzialny za przyszłość dzieci z rodzin niepełnych?

Poczucie odpowiedzialności za losy dzieci z rodzin niepełnych jest związane z wykształceniem badanych osób⁹. Im niższe wykształcenie posiada badany, tym chętniej powierzyłby przyszłość dzieci w ręce państwa. Zdecydowana większość badanych samotnych rodziców uważa, że ich dzieciom będzie powodziło się zdecydowanie lepiej niż im samym – 85 %. Będą bardziej samodzielne, zaradne i przedsiębiorcze niż ich rodzice. Jednak 13,4 % badanych uważa, że jedyne co ich dzieci po nich odziedziczą to bieda. Tyle osób uważa, że ich dzieci w przyszłości będzie korzystało z oferty pomocy społecznej, stając się klientami Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Coraz częściej pojawia się społeczne przyzwolenie na tworzenie się różnych form związków zastępujących rodzinę. Nie zawiera się małżeństw, a jedynie tworzy konkubiny, związki partnerskie, samotne rodzicielstwo. Coraz częściej ludzie tworzą rodziny niepełne w sposób świadomy, przyjmując wszystkie tego konsekwencje, jakie pojawią się w ich rodzinach w przyszłości. Na samotne rodzicielstwo najczęściej decydują się ludzie w wieku około 30 roku życia. Są to osoby, które z różnych powodów nie znalazły partnera życiowego, a posiadają silną potrzebę rodzicielstwa. Osoby te najczęściej posiadają ustabilizowaną sytuację materialną i nie mają potrzeby korzystania z pomocy socjalnej oferowanej przez MOPS. W zupełnie innej sytuacji znajdują się matki samotnie wychowujące dziecko, które jest konsekwencją przypadkowego związku, spontanicznej decyzji, czy chwili zapomnienia się. Tego typu rodzicielstwo dotyczy najczęściej kobiet młodych (na-stoletnich), z niskim poziomem wykształcenia.

⁹ Spearmana rho = - 0,355, p< 0,0005.

Samotne rodzicielstwo, bez względu na to czy przyczyną niepełności jest separacja, rozwód, śmierć czy świadoma lub nie decyzja o stworzeniu rodziny niepełnej, zawsze zmienia oblicze rodziny. Zmiany te uwidaczniają się w pełnionych przez rodzinę funkcjach. Powoduje to, że rodziny te są jakby skazane na korzystanie z pomocy socjalnej oferowanej przez MOPS czy ZUS. Praca pokazuje podstawowe dylematy pomocy rodzinom niepełnym. Obowiązek państwa pomocy w usamodzielnieniu ekonomicznym i funkcjonalnym rodzin, w zapewnieniu względnie przyjaznego dla wychowania i wykształcenia dzieci środowiska, przez część beneficjentów jest rozumiany jako zwolnienie z odpowiedzialności za własny los i los potomstwa. Z badań wynika, że rodzice są wyjątkowo zaradni, dobrze zorientowani w uprawnieniach im przysługujących i skutecznie je realizujący. Bardzo racjonalnie zachowują się na pomocowym rynku, bilansując wszystkie możliwe korzyści i straty wynikające z potencjalnych działań radykalnie zmieniających ich sytuację ekonomiczną. Z badań wynika, że znakomita większość badanych nie zamierzała zmienić swojej sytuacji na rynku pracy, nie zamierzała ponosić jakichkolwiek wysiłków związanych z kształceniem, uzyskaniem kwalifikacji, poszerzeniem umiejętności zawodowych. Podejmowali działania pozorne, utrwalające ich sytuację, pozycję wśród beneficjentów pomocy społecznej. Jeśli warunkiem jej uzyskania jest status poszukującego pracy bezrobotnego, oczywiście na pewno zarejestrują się w PUP-ie, mając błogą nadzieję, że nie będzie dla nich pracy. Jeśli nawet uzyskają skierowanie, to znajdą dostateczne usprawiedliwienie by pracy tej nie podjąć w stanie swego zdrowia, w chorobach dzieci, w obowiązkach związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego, opieką i wychowaniem dzieci. Najczęściej są to osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym i podstawowym. Ponad 2/3 samotnych rodziców uważa, że nie mają szansy na znalezienie pracy, choć ponad połowa deklaruje, że poszukuje pracy. Samotni rodzice, którzy nie pracują, za największą korzyść takiej sytuacji uważają posiadanie czasu wolnego, oraz możliwość czerpania dodatkowych korzyści ze świadczeń socjalnych oferowanych przez MOPS. I podejmowania prac w szarej strefie. Jak pokazują przeprowadzone przeze mnie badania te trzy powody były wskazane też przez respondentów jako największe straty związane z faktem podjęcia przez nich legalnego zatrudnienia. Warto zwrócić uwagę, że samotni niepracujący rodzice, ceniący sobie szczególnie czas wolny, otrzymują bardzo dużą pomoc od rodzin pochodzenia. Jak twierdzą badani, nie podejmowanie pracy zawodowej, pozwala im na sprawowanie większej kontroli nad rozwojem dzieci.

Posiadanie dzieci jest dostateczną przesłanką do korzystania przez rodzinę ze wszystkich dostępnych źródeł pomocy oferowanej przez organizacje do tego stworzone: MOPS, ZUS, NGOS. Z badań nie wynika by samotni, niepracujący rodzice korzystający z pomocy socjalnej lepiej niż pracujący rodzice opiekowali się potomstwem, przykładali się do wypełniania ról rodzicielskich, dbali o należyte wychowanie i wykształcenie swoich dzieci. Jeśli założymy, że większość badanych pochodzi z tradycyjnych rodzin o wyraźnie zaznaczonych w procesie wychowania rolach: matki, żony, gospodyni domowej zastanawiać musi fakt, że samotne matki mają trudności w prowadzeniu gospodarstwa domowego i opiece nad dziećmi, że mają problemy w podejmowaniu prostych czynności, wykonywa-

nie których nie jest związane z poziomem wykształcenia. Osoba posiadająca niski poziom wykształcenia może przecież ugotować posiłek, posprzątać, pracować, zaprowadzić dzieci do szkoły czy przedszkola. Może również nakarmić dzieci i sprawdzić czy są czyste tylko, że tego rodzaju samodzielność utrudnia korzystanie z pomocy socjalnej uszczuplając strumień pomocowych środków. Rodzice żyją z dziećmi, żyją na ich koszt i kosztem ich przyszłości. Państwo natomiast nie może dzieci pozostawić bez pomocy, a rodzice doskonale zdają sobie z tego sprawę, dlatego wykorzystują fakt posiadania dzieci do otrzymywania jak największych strumieni pomocowych z instytucji takich jak np. MOPS. Warto też zwrócić uwagę na język, jakim się posługują badani legniczanie w kontaktach z pracownikami instytucji opieki. Beneficjenci opieki społecznej doskonale widzą w jaki sposób należy przedstawić swoją sytuację rodzinną, aby otrzymać pożądaną pomoc oferowaną przez MOPS.

Z analizy zebranego materiału wynika, że z pomocy socjalnej oferowanej przez MOPS w Legnicy najczęściej korzystają osoby, które otrzymują też bardzo dużą pomoc tak finansową, jak i usługową czy rzeczową od rodziny pochodzenia czy osób trzecich. To właśnie dziadkowie pomagają w większości przypadków w prowadzeniu gospodarstwa domowego u samotnie wychowującego rodzica, sprawowaniu funkcji opiekuńczo – wychowawczej w stosunku do swoich wnuków. Jednocześnie, jak pokazuje mi praktyka zawodowa, rodzina z rodzicem samotnie wychowującym dzieci im więcej problemów generuje tym większą i częstszą pomoc otrzymuje z MOPS w Legnicy. Z jednej strony takie działanie ma pobudzić do usamodzielnienia się i przyczynić do poprawy sytuacji materialno – bytowej rodziców zwracających się o pomoc do ośrodka pomocy społecznej, z drugiej strony przyczynia się do wyuczonego zachowania beneficjentów pomocy społecznej celem uzyskania jak największych strumieni pomocy socjalnej. Osoby takie w większości przypadków uważają, że skoro raz weszły w system pomocowy to należy im się on na stałe. Sytuacja taka powoduje, że tego typu zachowania i sposobu myślenia uczone są dzieci tychże rodziców, które same w przyszłości w większości przypadków staną się klientami pomocy społecznej. Jak wynika z zaprezentowanego materiału oraz mojego doświadczenia zawodowego wejście rodziny niepełnej w system pomocy socjalnej oferowanej przez MOPS w Legnicy umożliwia realizację alternatywnego sposobu funkcjonowania rodziny, zwłaszcza niepełnej.

Realizuje się to kosztem osób z rodziny pochodzenia oraz kosztem środków rzeczowych, finansowych i usługowych oferowanych z pomocy społecznej. Tego typu sytuacja w większości przypadków powoduje uzależnienie się tych rodzin od otrzymywanej pomocy socjalnej, nawet jeśli (jak twierdzą badani) pomoc ta nie jest wystarczająca do zaspokojenia podstawowych potrzeb bytowych. Z licznych rozmów, jakie przeprowadziłem z podopiecznymi MOPS w Legnicy wiem, że osoby te uważają, że lepszym rozwiązaniem jest pobieranie świadczeń socjalnych i pracowanie w szarej strefie niż legalne zatrudnienie na etat. Na podstawie własnych obserwacji poczynionych podczas pracy w MOPS w Legnicy twierdzę, że polityka socjalna państwa skierowana w stronę osób i rodzin jej potrzebujących celem wsparcia ich w trudnych sytuacjach życiowych i mo-

tywowania do ich usamodzielnienia się, nie tylko w większości mi znanych przypadków nie czyni tego (powodując uzależnienie rodzin od pomocy), ale też uczy beneficjentów (całe ich rodziny) „zaradności” w oszukiwaniu państwa tak, aby otrzymać jak największą ilość strumieni pomocy socjalnej przy jak najmniejszym własnym wysiłku i „łamaniu” przepisów prawa.

*Maria Heil
Jolanta Pietras*

CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA WYSTĘPOWANIE ZJAWISKA RESTENOZY U PACJENTÓW PO ANGIOPLASTYCE WIEŃCOWEJ

Motto:

*Nigdy nie jest za wcześnie ani za późno, aby
troszczyć się o swoje zdrowie...*

Epikur

WSTĘP

W dzisiejszych czasach coraz większym problemem staje się choroba wieńcowa, która często kończy się zawałem serca. Przyczyną tego schorzenia jest zwężenie światła tętnic wieńcowych, dostarczających krew do mięśnia sercowego. Choroba wieńcowa oraz inne schorzenia układu krążenia są obecnie najczęstszą przyczyną zgonów w wielu wysoko uprzemysłowionych krajach [16].

Niewiele osób myśli na co dzień o swoim zdrowiu. Jakież później następuje zdziwienie, gdy któregoś razu człowiek budzi się jako pacjent oddziału kardiologicznego, czy intensywnej terapii. Zaskoczenie jest jeszcze większe, gdy pacjent trafia tam ponownie, zdziwiony „nieskutecznością” przeprowadzonych wcześniej zabiegów. Zawał serca dla większości osób jest zdarzeniem dramatycznym. Wpływ na to ma przebieg choroby, ale także przewiezienie chorego do szpitala i umieszczenie na sali intensywnej terapii, gdzie znajduje się nieznaną aparaturą, a wokół widać pospiesznie działający personel. Wzrost liczby osób cierpiących na choroby serca na szczęście zbiegł się w czasie z postępowaniem w dziedzinie kardiologii. Mnogość dostępnych zabiegów stosowanych w przypadku choroby niedokrwiennej stanowi obecnie rutynowe postępowanie w oddziałach kardiologicznych. Jednak zabieg, to nie wszystko. Dalsze efekty w dużej mierze zależne są od samego chorego, uwzględniania zaleceń lekarza i pielęgniarki, przestrzegania diety, unikania używek, prowadzenia aktywnego trybu życia, korzystania z wypoczynku, itp. Dotyczy to zwłaszcza młodych osób po zawale, które bardzo często wracają do stylu życia, jaki prowadziły przed chorobą. Młodzi pacjenci zazwyczaj bardzo szybko wracają do dobrej kondycji i bywa, że traktują go jak niegroźną chorobę, nie uwzględniając możliwości ponownego nawrotu.

Właśnie w takich sytuacjach, człowiek poznaje wartość zdrowia. Po zawale mięśnia sercowego stosunek do własnego organizmu jest szczególnie ważny. Większość osób po takim epizodzie może w znacznym stopniu odzyskać dawną formę, ale najpierw musi poznać i usunąć przyczyny choroby. Trzeba pamiętać, że angioplastyka wieńcowa nie leczy choroby, tylko usuwa jej skutki! Choroba w dalszym ciągu może postępować, mogą powstawać nowe zwężenia w innych tętnicach lub w tym samym miejscu.

Specyfika Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, ponowne hospitalizacje tych samych pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym, a także stosunkowo nowa metoda ich leczenia za pomocą angioplastyki wieńcowej, były motywacją do zajęcia się powikłaniami, jakimi są restenozy. W pracy przedstawiono wyniki badań przeprowadzonych wśród pacjentów, u których wykonano w przeszłości zabieg angioplastyki wieńcowej z implantacją stentów po nawrocie zwężenia leczonej tętnicy wieńcowej.

Badania ankietowe przeprowadzone zostały w oddziale kardiologicznym oraz Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego szpitala MCZ w Lubinie były ukierunkowane ustalenie czynników zewnętrznych, mających wpływ na zjawisko restenozy.

Cele badań

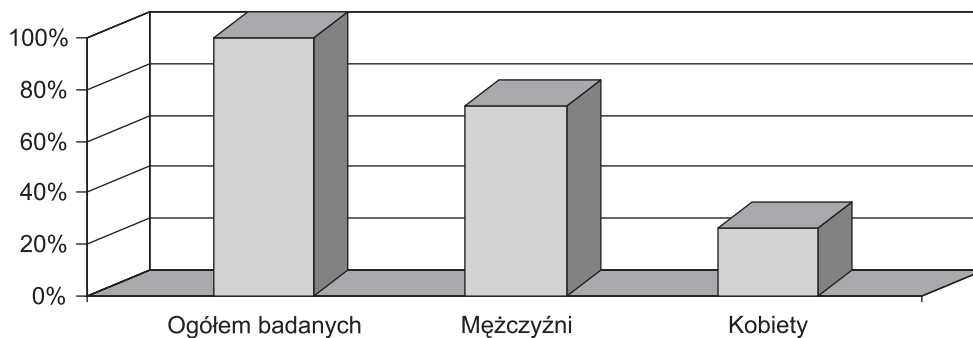
Celem badań jest:

1. Określenie rodzaju i częstotliwości czynników wpływających na występowanie zjawiska restenozy u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca leczonych angioplastyką wieńcową.
2. Ustalenie typowego okresu ponownego zwężenia tętnic po wcześniej przeprowadzonym zabiegu.
3. Wykazanie związku między stylem życia, dietą, stosowaniem używek i występowaniem chorób współistniejących z częstością zjawiska restenozy.

Metody i organizacja badań

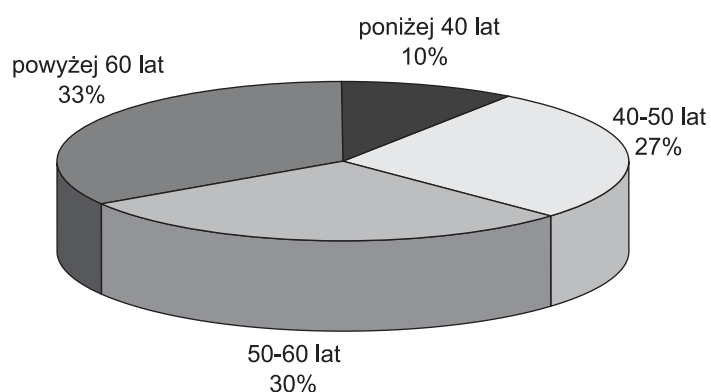
Badania przeprowadzono w okresie od czerwca do listopada 2009r. w Oddziale Kardiologii i Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, w szpitalu Miedziowego Centrum Zdrowia w Lubinie. Objęto nimi 30 wybranych losowo chorych, u których wystąpiło zjawisko restenozy. Za pomocą dobrowolnej, anonimowej ankiety (załącznik nr 1) oraz analizy dokumentacji medycznej zebrano dane od pacjentów z objawową chorobą niedokrwienną serca. Każda z tych osób w miejscu istotnego zwężenia naczynia wieńcowego miała wykonany zabieg angioplastyki wieńcowej z implantacją stentów. Wyniki badań

Płeć badanych – w badaniu ankietowym wzięło udział **30** osób, w tym **22** mężczyzn (**73,3 %**) i **8** kobiet (**26,7 %**).



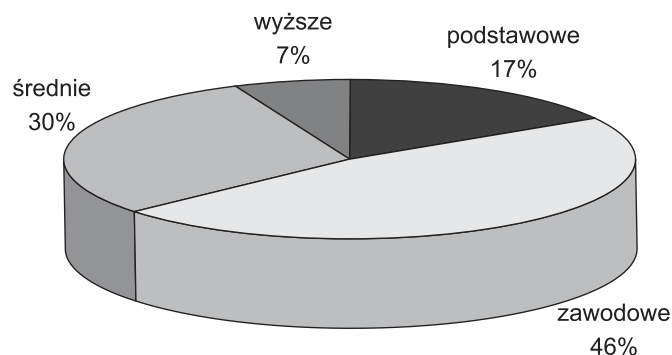
Wykres 1. Ilość badanych ze względu na płeć.

Wiek – badaniem objęto osoby dorosłe. Grupę badanych podzielono na cztery kategorie wiekowe: poniżej 40 lat i w tej grupie znalazły się – 3 osoby (10 %), od 40 do 50 lat 8 osób (27 %), od 50 do 60 lat – 9 osób (30 %) oraz powyżej 60 lat – 10 osób (33 %).



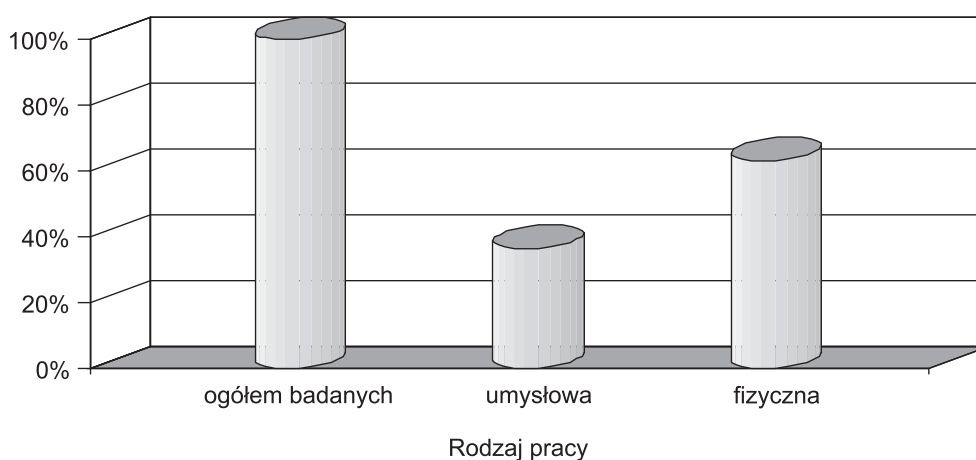
Wykres 2. Rozkład procentowy badanych pod względem wieku.

Wykształcenie – liczbę badanych z uwzględnieniem poziomu wykształcenia przedstawia wykres 3. W grupie tej wykształcenie podstawowe miało 5 osób (17 %), zawodowe – 14 (46 %), średnie – 9 (30 %), a wyższe – 2 osoby (7 %).



Wykres 3. Poziom wykształcenia wśród badanych.

Rodzaj wykonywanej pracy – wśród badanych znalazły się osoby wykonujące zarówno pracę umysłową – **11 osób (36,7 %)**, jak i fizyczną – **19 badanych (63,3 %)**.



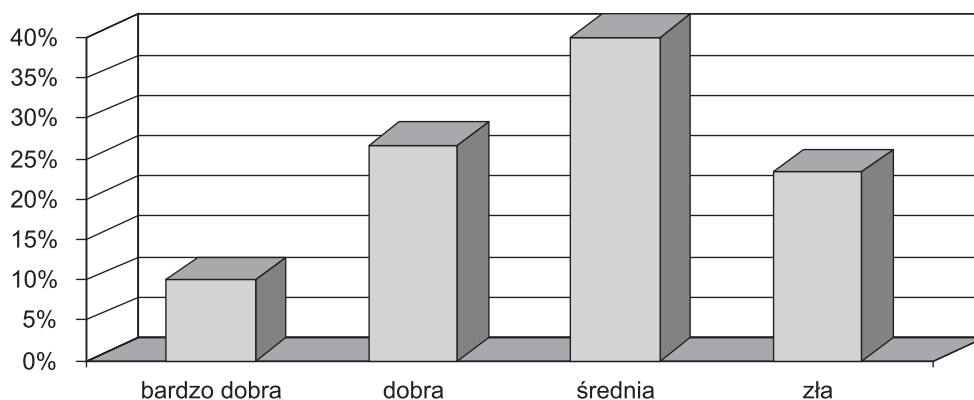
Wykres 4. Liczba badanych pod względem wykonywanej pracy.

Miejsce zamieszkania – osoby objęte badaniem ankietowym pochodziły z różnych miejsc zamieszkania (Wykres 5). Na terenach wiejskich mieszka – **14 osób (46,7 %)**, w małym mieście – **12 (40 %)**, natomiast w dużym mieście (powyżej 100 tys. mieszkańców) – **4 badanych, co stanowiło 13,3 %**.



Wykres 5. Miejsce zamieszkania ankietowanych.

Sytuacja materialna ankietowanych – grupa okazała się zróżnicowana pod względem statusu materialnego: bardzo dobrą sytuację deklarowały – 3 osoby (10 %), dobrą – 8 (26,7 %), średnią – 12 (40 %), natomiast złą sytuację materialną podało 7 osób (23,3 %).



Wykres 6. Sytuacja materialna badanych.

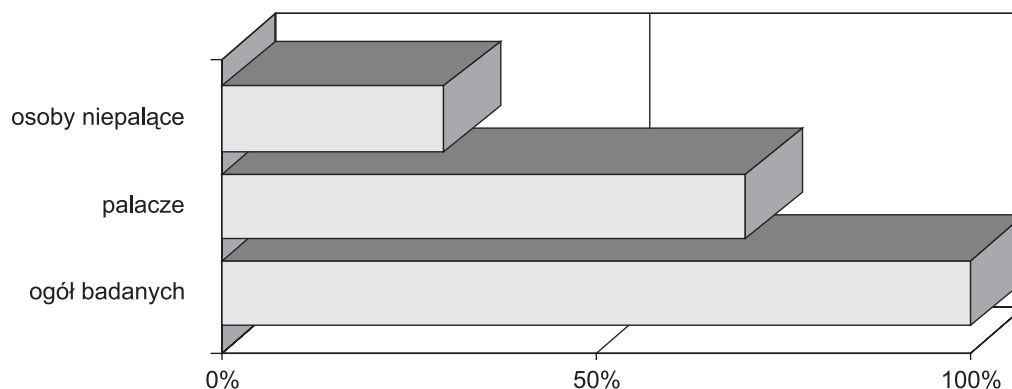
Częstość występowania cukrzycy w analizowanej grupie

Wśród ankietowanych 17 osób (56,7 %) nie chorowało na cukrzycę. Pozostałych 13 (43,3 %) leczyło się z jej powodu. W grupie osób z cukrzycą 3 osoby (23,1 %) przyjmowały insulinę, a 10 osób (76,9 %) było leczonych doustnymi lekami hipoglikemizującymi.

Tabela 1. Występowanie cukrzycy u ankietowanych.

Nie chorują na cukrzycę	Chorzy na cukrzycę	Leczenie	
		Insulinoterapia	Leczenie doustne
17 osób	13 osób	3 osoby	10 osób

Nikotynizm wśród badanych – na to pytanie negatywnie odpowiedziało **9** osób (**30 %**). Do nałogu palenia przyznało się **21** ankietowanych (**70 %**). Wśród zadeklarowanych palaczy **4** osoby (**19 %**) wypalały poniżej 10 sztuk w ciągu doby, **11** osób (**52,4 %**) – 10 do 20 sztuk, a **6** osób (**28,6 %**) powyżej 20 szt./dobę.

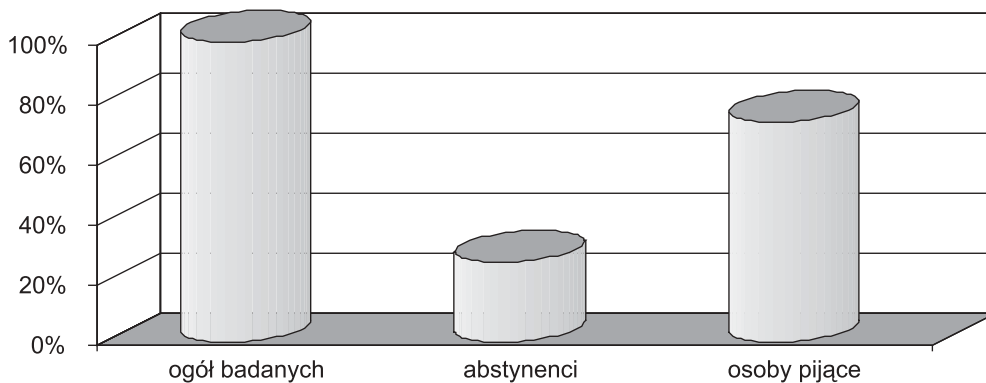


Wykres 7. Uzależnienie od papierosów w badanej populacji.

Tabela 2. Ilość wypalanych w ciągu doby papierosów.

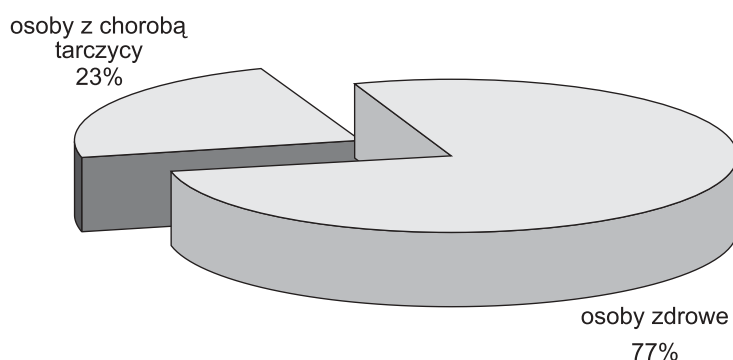
Ilość wypalanych papierosów w ciągu doby	Ilość osób	Procent (%)
Poniżej 10 szt.	4	19%
10-20 szt.	11	52,4%
Powyżej 20 szt.	6	28,6%

Spożycie alkoholu w badanej grupie – **8** badanych (**26,7 %**) w ogóle nie piło alkoholu. **22** osoby (**73,3 %**) spożywały go, z czego **2** (**9,1 %**) często, a **20** (**90,9 %**) tylko sporadycznie lub okazjonalnie.



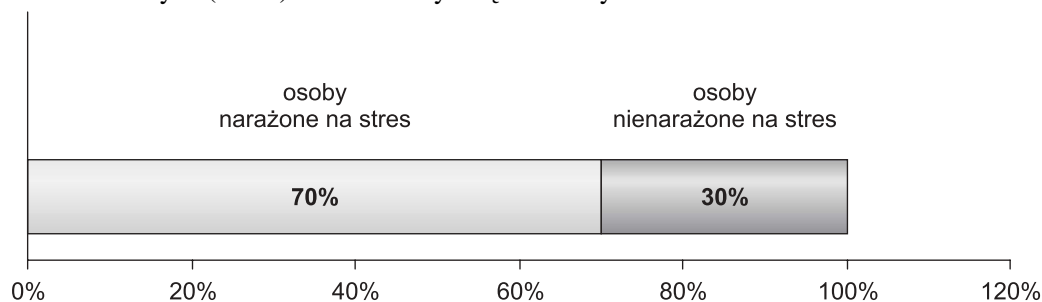
Wykres 8. Rozkład % spożycia alkoholu w badanej populacji.

Choroby tarczycy w badanej populacji – grupie badanej 23 osoby (76,6 %) nie chorowały na tarczycę. Tylko u 7 osób (23,3 %) istniały nieprawidłowości w funkcjonowaniu tego narządu. Spośród chorych z zaburzeniami funkcji tarczycy 6 badanych (85,7 %) miało nadczynność, a 1 (14,3 %) niedoczynność.



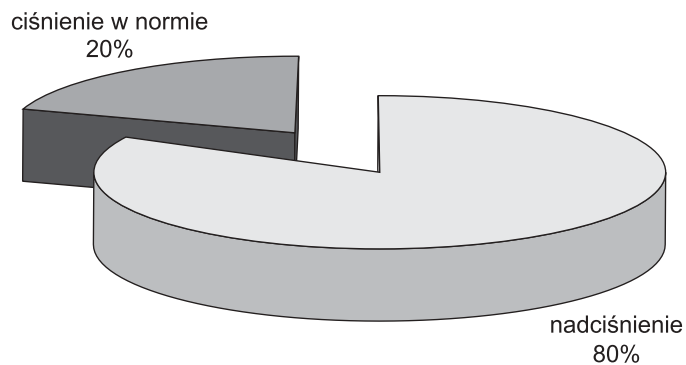
Wykres 9. Częstość występowania chorób tarczycy.

Narażenie na stres – 21 osób (70 %) podało, iż często byli narażeni na stres, natomiast 9 ankietowanych (30 %) nie miało zbyt często do czynienia ze stresem.



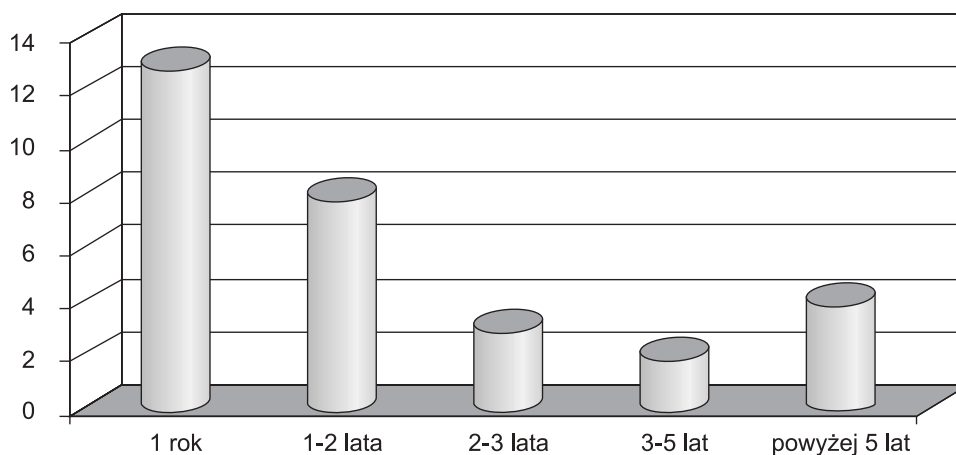
Wykres 10. Ilość osób narażonych na stres.

Nadciśnienie wśród ankietowanych – spośród badanych **24** osoby (**80 %**) chorowały na nadciśnienie. Tylko **6** pacjentów (**20 %**) nie miało problemów z ciśnieniem tętniczym krwi.



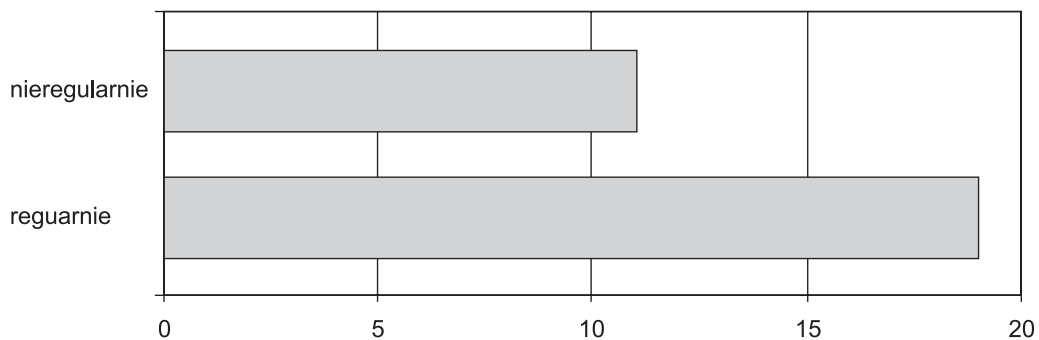
Wykres 11. Liczba badanych chorujących na nadciśnienie.

Czas wykonania zabiegu angioplastyki wieńcowej – w badanej populacji wszczepienie stenów podczas zabiegu angioplastyki wieńcowej miało miejsce w ciągu ostatniego roku w przypadku **13** osób, co stanowiło **43,3%**. U **8** osób (**26,7 %**) zabieg wykonano 1-2 lata temu, u **3** badanych (**10 %**) – 2 do 3 lata temu, u **2** pacjentów (**6,7 %**) 3-5 lat temu, a powyżej 5 lat – u **4** osób (**13,3 %**).



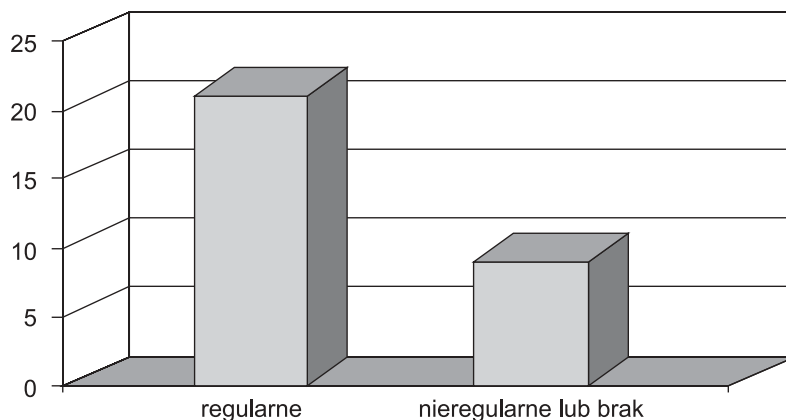
Wykres 12. Upływ czasu od implantacji stentu.

Stosowanie leków przeciwzakrzepowych – na pytanie o regularne przyjmowanie leków przeciwzakrzepowych pozytywnie odpowiedziało **19** osób (**63,3 %**), a negatywnie **11** (**36,7 %**).



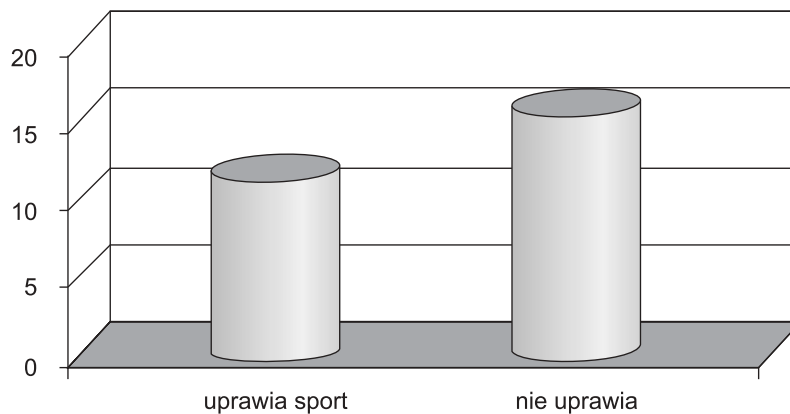
Wykres 13. Regularność zażywania leków przeciwzakrzepowych.

Wizyty kontrolne – w grupie badanych na kontrolne wizyty u kardiologa regularnie przychodziło **21** osób, co stanowiło **70 %** ankietowanych. **9** badanych (**30 %**) robiło to nieregularnie, bądź wcale.



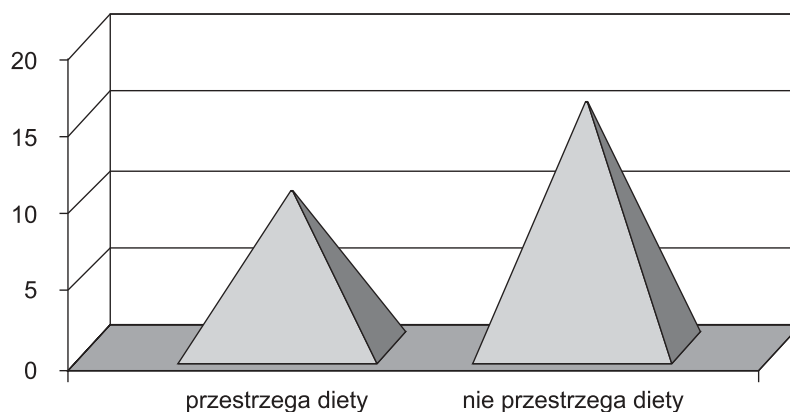
Wykres 14. Częstość wizyt kontrolnych u kardiologa.

Aktywność ruchowa wśród badanych – spośród ankietowanych **13** osób (**43,3 %**) często podejmowało aktywność ruchową. Pozostałe **17** osób (**56,7 %**) było aktywnych rzadko, bądź wcale.



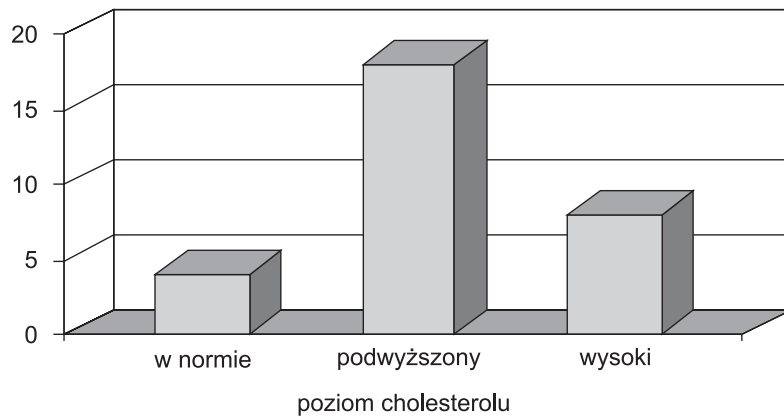
Wykres 15. Aktywność ruchowa w badanej grupie.

Dieta – do niestosowania zaleconej przez lekarza diety przyznało się **12** osób (**40 %**). Ściśle do wskazań dietetycznych stosuje się **18** badanych, co stanowi **60 %**.



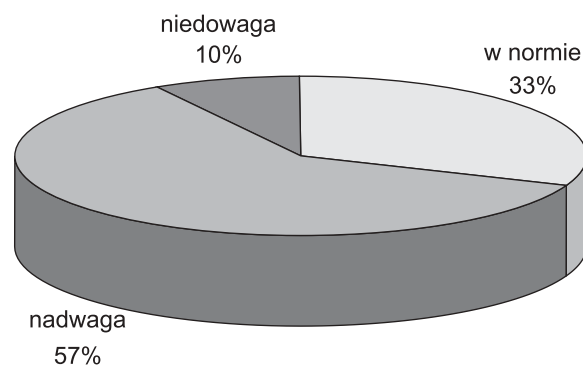
Wykres 16. Stosowanie diety u ankietowanych.

Poziom cholesterolu – w grupie badanych poziom cholesterolu całkowitego był w normie u **4** osób (**13,3 %**), podwyższony u **18** (**60 %**), a wysoki u **8** badanych, co stanowi **26,7 %** ankietowanych.



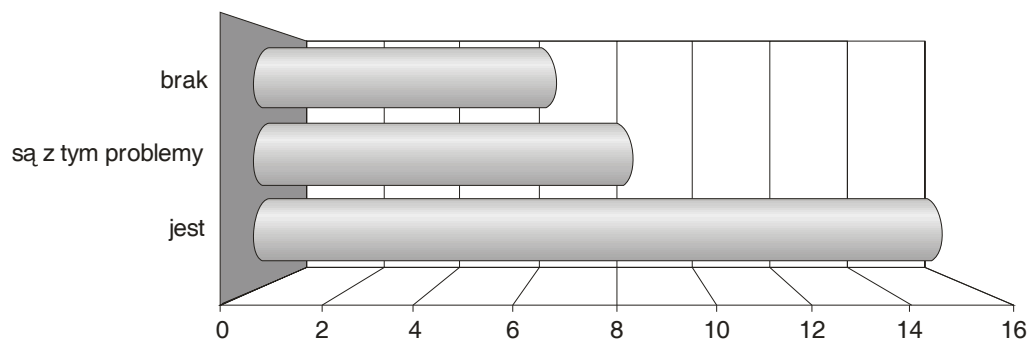
Wykres 17. Poziom cholesterolu w badanej grupie.

Waga – wśród badanych masa ciała mieszcząca się w granicach normy dotyczyła **10** osób (**33,3 %**). **3** osoby (**10 %**) wykazywały niedowagę, a aż **17** osób (**56,7 %**) miało nadwagę.



Wykres 18. Masa ciała badanych.

Urlop – w badanej populacji **16** osób (**53,3 %**) znajdowało czas na wypoczynek podczas urlopu, **8** osób (**26,7 %**) miało z tym problemy, a **6** badanych (**20 %**) podało, że w ogóle nie miało czasu na wypoczynek.



Wykres 19. Czas na wypoczynek wśród ankietowanych.

Wnioski

1. W badanej grupie zaobserwowano zależność ponownego zwężenia tętnicy wieńcowej od wieku. U osób powyżej 60 roku życia restenoza występowała w 33 % przypadków. W grupie poniżej 40 lat odsetek procentowy był zdecydowanie niższy i wynosił 10%.
2. Wśród ankietowanych przeważali mężczyźni. Aż u 73,3 % mężczyzn wystąpił nawrót zwężenia poszerzanej tętnicy wieńcowej.
3. Zjawisko restenozy występowało zwykle w pierwszym roku po zabiegu – 43,3 %.
4. Restenoza częściej występowała u osób z wykształceniem zawodowym (46 %) oraz wykonujących pracę fizyczną (63,3 %).
5. Zdecydowana większość badanych, bo aż 80% chorowała na nadciśnienie. Prawie połowa analizowanej grupy chorowała na cukrzycę, a ¼ wykazywała nieprawidłowości w funkcjonowaniu tarczycy.
6. W zakresie stosowania używek 70 % nałogowo paliło papierosy, a 73,3 % piło alkohol – nie mniej jednak tylko okazjonalnie.
7. W badanej populacji zaobserwowano duże narażenie na stres. Występowało ono w 70 % przypadków.
8. Aż 40 % badanych nie stosowało leków przeciwzakrzepowych, również 40 % zaleceń dietetycznych, a ponad połowa (56,7 %) nie uprawiała aktywności fizycznej.
9. U 56,7 % ankietowanych stwierdzono nadwagę, a u większości (86,7 %) podwyższony poziom cholesterolu.
10. Celowa wydaje się edukacja chorych pod kątem zmiany stylu życia.

Omówienie wyników

W badanej populacji większość osób stanowili mężczyźni. Doniesienia naukowców [9] dotyczące tej zależności potwierdzają wyniki przeprowadzonych badań. Najwięcej ankietowanych pochodziło z terenów wiejskich, co może mieć związek z niewłaściwymi nawykami żywieniowymi czy utrudnionym dostępem do lekarza. Przyczyną niewielkiej ilości osób pochodzących z dużego miasta może być lokalizacja ośrodka kardiologii w małym mieście. W jego regionie przeważają miasta poniżej 100 000 mieszkańców. Ludność dużych miast ma jednak lepszy dostęp do badań i edukacji na ten temat.

Niższy odsetek nawrotu zwężenia poszerzanej tętnicy wieńcowej zaobserwowano u osób poniżej 40 roku życia. Może mieć to związek z niewielką częstością występowania choroby niedokrwiennej serca w tak młodym wieku. Najwięcej pacjentów miało restenozę w ciągu roku po zabiegu angioplastyki wieńcowej, co potwierdza publikowane przez różnych autorów teorie [9]. Według wyników przeprowadzonej ankiety zjawisko restenozy zdecydowanie częściej występowało u chorych, którzy deklarowali wykształcenie zawodowe oraz pracowali fizycznie. W tym przypadku niższy poziom edukacji wyznaczał inne priorytety, przez co pojawiało się wiele czynników ryzyka jednocześnie. $\frac{2}{5}$ badanej populacji nie przestrzegało zalecanej diety, ponad $\frac{4}{5}$ miało podwyższony poziom cholesterolu w surowicy krwi, a prawie $\frac{3}{5}$ nadwagę. Prawidłowe odżywianie się pacjentów po implan-

tacji stentów jest bardzo istotne dla utrzymania dobrego stanu zdrowia. Ważne jest przestrzeganie diety zawierającej małą ilość tłuszczów oraz soli, które mogą prowadzić do nawrotu choroby serca. Znaczną część badanych stanowili nałogowi palacze (70 %) i osoby spożywające alkohol. Na wizyty kontrolne u kardiologa nie zgłaszało się regularnie 30% ankietowanych, a niemal 40% nie przyjmowało leków przeciwzakrzepowych. Leczenie (zarówno farmakoterapia, jak i zdrowy styl życia) jest tu konieczne, gdyż uszkodzeniu ulegają naczynia tętnicze, przez co serce „zmuszone” jest do nadmiernej pracy. Szybciej też rozwija się miażdżycza w tętnicach. Niektóre źródła podają, że odsetek osób stosujących zalecenia lekarskie maleje wraz z upływem czasu od hospitalizacji [22].

Intensywne działania mające na celu zmianę stylu życia podejmowane po zabiegu angioplastyki wieńcowej mogą zmniejszyć konieczność wykonywania ponownych zabiegów rewaskularyzacyjnych oraz częstość występowania zawałów i zgonów sercowo-naczyniowych. *Nieuświadomieni chorzy łatwo zapominają o ciągle istniejącym zagrożeniu, przez co zmniejsza się motywacja do modyfikacji czynników ryzyka, np. rzucenia palenia czy walki z otyłością. Świadomość chorych, że zabieg w razie potrzeby można powtórzyć, także nie sprzyja podejmowaniu wysiłków w zakresie prewencji wtórnej. Dlatego niezbędna jest skuteczniejsza edukacja zdrowotna chorych po interwencjach wieńcowych [22].*

PODSUMOWANIE

Chęć życia człowieka idzie w parze z marzeniem o długim życiu w dobrym stanie zdrowia. Działania medyczne dążą w kierunku jego przedłużenia. W ciągu ostatniego stulecia marzenie to zaczęło stawać się rzeczywistością. Poprawiła się jakość życia przeciętnego Polaka, nastąpił gwałtowny rozwój światowej medycyny, a w konsekwencji wydłużyło ludzkie życie. Niestety choroby układu krążenia stanowią nadal duży problem, a ich częstość występowania stale rośnie. Nie ulega jednak wątpliwości, że sprawność i samodzielność ludzi w przeważającej mierze zależą od ich stanu zdrowia, jako podstawowego warunku satysfakcjonującej jakości życia [12]. Dlatego należy dbać o jego jakość. Aby tego dokonać, trzeba zacząć od zajęcia się problemem edukacji zdrowotnej społeczeństwa już od najmłodszych lat. Również obowiązkiem lekarzy i pielęgniarek jest przypominanie pacjentom podstawowych zasad żywienia i higieny, zapewniających prawidłowy rozwój oraz dobry stan zdrowotny przez możliwie długi czas. Promocja zdrowia na gruncie medycznym oznacza rozszerzenie i wzbogacenie dotychczasowych działań zapobiegawczych. Zostają one powiązane z ogólną strategią i metodologią promocji zdrowia ukierunkowanej na style życia, co ma szczególne znaczenie dla profilaktyki zdrowotnej, dotyczącej ludzi w zasadzie zdrowych. Promocja zdrowia jest bardzo istotnym elementem w walce o przedłużenie życia ludzkiego i poprawę jego jakości. Przeobrażenia w pojmowaniu zdrowia i choroby oraz akcentowanie znaczenia zachowań prozdrowotnych w procesie kształtowania zdrowia, jego umacniania i poprawy niewątpliwie uczyniły jednostkę współodpowiedzialną za jego stan. Zmianie ulega również postawa pacjenta. Z pasywnego dotychczas biorcy świadczeń z zakresu zdrowia staje się samodzielnym realizatorem działań. Wartość zdrowia najlepiej poznaje się jednak przez chorobę. Po zawale mięśnia sercowego stosunek

do własnego organizmu staje się szczególnie ważny. Właściwe potraktowanie tego epizodu może być kluczem do przyszłego zdrowia. Nawet po przebytych zawale człowiek może odzyskać dawną formę. Jeśli uda się poznać i usunąć przyczyny choroby, to zawał może stać się początkiem tym razem już bardziej zdrowego życia.

Na podstawie analizy zebranych danych wyłania się konieczność świadomego wprowadzenia zmian i ograniczeń stylu życia po przebytych zabiegu PTCA. Chociaż stenty skutecznie przeciwstawiają się obkurczeniu naczyń, to nie zapobiegają zupełnie nawrotom zwężenia czyli restenozie. Wykluczenie dających się usunąć czynników ryzyka opłaca się, nawet jeśli początkowo praca nad ich wyeliminowaniem okaże się trudna [18].

W przeprowadzonych badaniach stwierdzono, że najczęściej występującymi czynnikami ryzyka restenozy po zabiegu angioplastyki wieńcowej były: wiek i płeć ankietowanych, czas, jaki upłynął od zabiegu PTCA, a także niewłaściwy styl życia. Duży wpływ mają też współistniejące choroby, jak nadciśnienie tętnicze, czy cukrzyca. Niestety na niektóre czynniki nie mamy wpływu. Modyfikacji nie podlegają: upływ czasu, czy przynależność do danej płci. Mimo to można znacznie zmniejszyć ryzyko ponownych komplikacji zdrowotnych poprzez stosowanie się do zaleceń lekarza: niepalenie, zmianę nawyków żywieniowych, regularną farmakoterapię czy wzrost aktywności fizycznej [6]. Nawet chory po zawale serca nie powinien z niej rezygnować. Nagła modyfikacja stylu życia nie jest łatwym zadaniem, szczególnie dla dorosłego człowieka o określonych przyzwyczajeniach i często nieprawidłowych nawykach. Wiadomo, że angioplastyka wieńcowa nie leczy choroby tylko usuwa jej skutki! Choroba nadal może postępować, mogą powstawać nowe zwężenia w innych tętnicach lub w tym samym miejscu. Restenoza jest największym problemem kardiologii interwencyjnej. Jeden z polskich kardiologów, A. Askanas, powiedział kiedyś: *„Przebycie niepowikłanego zawału w odpowiednim wieku może przedłużyć życie”*. Rozsądny pacjent, po takim incydencie diametralnie zmienia swój styl życia. Przestaje palić, stosuje dietę, ma czas na aktywność fizyczną i wypoczynek. To daje mu przewagę nad tymi, którzy prowadzą niehigieniczny tryb życia [25].

PIŚMIENNICTWO

1. Abrahams P.: *Atlas anatomii. Ciało człowieka: budowa i funkcjonowanie*; Świat Książki, Warszawa 2004,
2. Babuszkin A.: *Życie po zawale*; Oficyna wydawnicza ABA, Warszawa 2006,
3. Biercewicz M., Ślusarz R. (red.): *Pielęgniarstwo w geriatrici*; Wyd. Med. Borgis, Warszawa 2006,
4. Bochenek A., Reicher M.: *Anatomia człowieka*; PZWL, Warszawa 2006,
5. Brunwald E.: *Atlas chorób serca*; VIA MEDICA, Gdańsk 2006,
6. Brzezińska-Rajszyg G., Dąbrowski M.(red.): *Kardiologia interwencyjna*; PZWL, Warszawa 2009,
7. Buszman P., Trznadel S.: *Prospektywny rejestr oceniający skuteczność i bezpieczeństwo leczenia chorych ze zmianami de novo w naczyniach wieńcowych przy użyciu stentów kobaltowo-chromowych*; Kardiologia Polska 9/2007, s. 1041-1046,
8. Davies C., Bashir Y.: *Nagłe stany w kardiologii*; Via Medica, Gdańsk 2002,
9. Dudek D., Rzeszutko Ł.: *Czy zjawisko restenozy nadal limituje skuteczność angioplastyki wieńcowej?*; Wyd. Medyczne, Kraków 2003,
10. Dzielski T., Buszman P.: *Zapalenie a restenoza po implantacji stentu do tętnicy wieńcowej*; Postępy w Kardiologii Interwencyjnej 1/2005, 1, 1s. 67–70,
11. Gabryel J., Tendera M.(red.): *Mechanizmy zapalne a restenoza po zabiegach implantacji stentów metalowych i uwalniających leki*; Postępy w Kardiologii Interwencyjnej 1/2009, 5, s.41-46,
12. Grodzicki T., Gryglewska B. (red.) :*Kardiologia u osób w wieku podeszłym*; Medical Press, Gdańsk 2003,
13. Jackson G.: *Zdrowe serce – wszystko o funkcjonowaniu i dolegliwościach serca oraz leczeniu jego chorób*; Wyd. TENTEN, Warszawa 1993,
14. Janion M.: *Kardiologia*; Wydawnictwo Stachurski, Kielce 2005,
15. Kośmider M.: *Koronarografia i koronaroplastyka z dostępu przez tętnicę promieniową*; Wyd. Termedia, Poznań 2009,
16. Leibold G.: *Zawał serca*; AWM, Zurich 2003,
17. Łopaciuk S. (red.): *Zakrzepy i zatory*; Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2002,
18. Mathes P.: *Poradnik zawałowca*; Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2005,
19. Michajlik A., Ramotowski W.: *Anatomia i fizjologia człowieka*; PZWL, Warszawa 2006,
20. Mitkowski P.: *Ostre zespoły wieńcowe*; Adamed, Warszawa 2007,
21. Pasiński T., Torbicki A.: *Angiologia*; PZWL, Warszawa 2004,
22. Wilczek R., Kubica A. (red.): *Wpływ przebytych zabiegów angioplastyki wieńcowej oraz hospitalizacji z powodu zawału serca na poziom wiedzy i skuteczność edukacji zdrowotnej u osób z ostrym zawałem serca*; Postępy w Kardiologii Interwencyjnej 1/2009; 5, 1 (15), s. 25-30,
23. Witkowski A.: *Restenoza po zabiegach angioplastyki wieńcowej – w poszukiwaniu nowych opcji terapeutycznych*; Kardiologia Polska 3/2006; 64 s.273-274,
24. Wrześniewski K., Włodarczyk D.: *Choroba niedokrwienna serca*; Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2004,
25. Wrześniewski K., Dobrolubow U.: *Jak żyć po zawale serca?*; PZWL, Warszawa 1988,
26. Yusuf S., Cairns J. (red.): *Kardiologia faktów*, tom II; Centrum Wydawnictw Medycznych, Warszawa 2005,
27. Żurkowski A., Wojakowski W.: *Czy stężenie interleukiny 10 i białka C-reaktywnego 6 miesięcy po zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej pozwala przewidzieć wystąpienie restenozy w stencie?*; Kardiologia Polska 6/2009; 67: s. 623-630.

ANKIETA

Ankieta ta przygotowana jest przez studentkę Wydziału Pielęgniarstwa. Skierowana jest do pacjentów z miażdżycą naczyń wieńcowych, leczonych metodą angioplastyki wieńcowej. Jej celem jest poznanie czynników wpływających na występowanie zjawiska restenozy.

Proszę o zakreślenie odpowiedzi najbardziej zgodnej ze stanem faktycznym. Ankieta jest anonimowa. Otrzymane wyniki pozwolą na opracowanie danych statystycznych, które zostaną wykorzystane jako źródło do badawczej pracy licencjackiej autora.

Płeć:

M

K

Wiek:

poniżej 40 lat

40-50 lat

50-60 lat

powyżej 60 lat

Wykształcenie:

podstawowe

zawodowe

średnie

wyższe

Rodzaj wykonywanej pracy:

umysłowa

fizyczna

Miejsce zamieszkania:

- wieś
- małe miasto
- duże miasto (powyżej 100 tys. mieszkańców)

Sytuacja materialna

- bardzo dobra
- dobra
- średnia
- zła

1. Czy choruje pan/i na cukrzycę?

- nie
- tak

Jeśli tak, to jak leczona:

- insulina,
- tabletki

2. Czy pali pan/i papierosy?

- nie
- tak

Jeśli tak, to:

- poniżej 10 szt./dobę,
- 10-20 szt./dobę,
- powyżej 20 szt./dobę

3. Czy pije pan/i alkohol?

nie

tak

Jeśli tak, to:

sporadycznie,

często

4. Czy choruje pan/i na tarczycę?

nie

tak

Jeśli tak, to:

nadczynność

niedoczynność

5. Czy często jest pan/i narażony/a na stres?

tak

nie

6. Czy choruje pan/i na nadciśnienie?

tak

nie

7. Kiedy wykonano u pana/i zabieg angioplastyki wieńcowej (wszczepienie stentów)?

mniej niż 1 rok temu

1-2 lata temu

2-3 lata temu

3-5 lat temu

powyżej 5 lat

8. Czy regularnie przyjmowane są leki p/zakrzepowe (*Plavix, Polocard, itp.*)

tak

nie

9. Czy zgłasza się pan/i regularnie na kontrolne wizyty u kardiologa?

tak

nie

10. Czy często uprawia pan/i aktywność ruchową?

tak

nie

11. Czy przestrzega pan/i zalecanej diety?

tak

nie

12. Jaki ma pan/i poziom cholesterolu w surowicy krwi?

w normie

podwyższony

wysoki

13. Waga

nadwaga

normalna

niedowaga

14. Czy znajduje pan/i czas na wypoczynek (urlop)?

tak

nie

rzadko

Dziękuję za wypełnienie ankiety



Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy

59-220 Legnica, ul. Mickiewicza 36

tel./fax: 076 72-45-160, tel. 076 72 45-158

www.wsmlegnica.pl, e-mail: dziekanat@wsmlegnica.pl

Kierunki:

- Ratownictwo Medyczne,
- Pielęgniarstwo,
- Zarządzanie:
 - ✓ Zarządzanie i Marketing Farmaceutyczny,
 - ✓ Zarządzanie Jednostkami Służby Zdrowia,
 - ✓ Zarządzanie Bezpieczeństwem i Higieną Pracy,
 - ✓ Zarządzanie Bezpieczeństwem Wewnętrznym.

Kształcenie podyplomowe dla Pielęgniarek:

- Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, geriatrycznego, ratunkowego, operacyjnego oraz opieki długoterminowej.

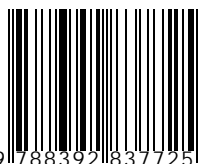
Kursy specjalistyczne dla Pielęgniarek:

- Kurs szczepień ochronnych,
- Kurs leczenia ran,
- Wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego dla pielęgniarek i położnych,
- Kurs kwalifikacyjny z zakresu medycyny rodzinnej,
- Kurs specjalizacyjny z zakresu podstaw opieki paliatywnej.

Kursy ratownictwa medycznego:

- Kwalifikowanej pierwszej pomocy,
- Pierwszej pomocy przedmedycznej.

ISBN 978-83-928377-2-5



9 788392 837725