Studia Medyczne
Tom 20

MEDICAL STUDIES

Edited by Stanisław Głuszek

Vol. 20

QUARTERLY
October–December

Czasopismo punktowane przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego: 2,0
Publikacja indeksowana w Index Copernicus 2009: ICV= 3,77

Studia Medyczne

Pod redakcją Stanisława Głuszka

Tom 20

K W A R T A L N I K
październik–grudzień

Wydawnictwo
Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego
Jana Kochanowskiego

Kielce 2010

KOMITET REDAKCYJNY/EDITORIAL COMMITTEE

Redaktor Naczelny/Editor-In-Chief
prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek
Zastępca Redaktora Naczelnego/Deputy Editor-In-Chief
prof. dr hab. n. med. Stanisław Bień, prof. dr hab. n. med. Marianna Janion
Sekretarz Redakcji/Assistant Editors
mgr Elżbieta Hombek, dr n. med. Jerzy Krzewicki

RADA NAUKOWA/EDITORIAL BOARD

prof. Jean-Pierre Chambon (Francja)
prof. Włodzimierz Baranowski (Kielce, Warszawa)
dr Elżbieta Cieśla (Kielce)
prof. Stanisław Jerzy Czuczwar (Lublin)
prof. UJK Sławomir Dutkiewicz (Kielce, Warszawa)
prof. Bogusław Frańczuk (Kraków)
prof. UJK Andrzej Fryczkowski (Warszawa)
prof. Pavol Holeczy (Czechy)
doc. Helena Kaducakova (Słowacja)
dr Wojciech Kiebzak (Kielce)
prof. Marek Kochmański (Warszawa)
dr Aldona Kopik (Kielce)
prof. UJK Ireneusz Kotela (Kielce)
dr Dorota Kozieł (Kielce)
prof. UJK Włodzisław Kuliński (Kielce, Warszawa)
prof. UJK Wiesław Kryczka (Kielce)
prof. Anton Lacko (Słowacja)
prof. Jerzy Kotowicz (Warszawa)
prof. Andrzej Malarewicz (Kielce)
prof. Almantas Maleckas (Kowno)
dr Małgorzata Markowska (Kielce)
dr Jarosław Matykiewicz (Kielce)
prof. UJK Grażyna Nowak-Starz (Kielce)
prof. UJK Siarhei Panko (Brześć, Białoruś)
doc. Krzysztof Paśnik (Warszawa)
prof. Stanisław Pużyński (Warszawa)
prof. Stanisław Radowicki (Warszawa)
prof. Tomasz Rogula (Cleveland, USA)
dr hab. Sławomir Rudzki (Lublin)
prof. Grażyna Rydzewska (Kielce, Warszawa)
prof. Andrzej Rydzewski (Kielce, Warszawa)
prof. UJK Józef Starzewski (Kielce)
prof. Wojciech Sobaniec (Białystok)
prof. UJK Marek Sikorski (Kielce)
prof. UJK Tomasz Soszka (Kielce, Białystok)
prof. UJK Monika Szpringer (Kielce)
prof. UJK Mieczysław Szalecki (Kielce)
prof. Andrew Ukleja (Cleveland, USA)
prof. Janusz Wendorff (Kielce, Łódź)
prof. UJK Jacek Wilczyński (Kielce)
prof. UJK Beata Wożakowska-Kapłon (Kielce)
doc. Mariusz Wyleżoł (Warszawa)
prof. Stanisław Zabielski (Warszawa)

Od tomu 9 „Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej" ukazują się jako „Studia Medyczne"

Adres redakcji/Editorial Correspondence
25–317 Kielce, Aleja IX Wieków Kielc 19, www.ujk.kielce.pl/studiamedyczne
tel. 41 349 69 64, 501 036 049
e-mail: studiamedyczne@ujk.kielce.pl
Redaktor Naczelny: tel. 41 349 69 10, 0602 715 889, e-mail: sgluszek@wp.pl
Opracowanie redakcyjne/Editorial study
Anna Małgorzata Kurska
Korekta/Proofreading
Ewa Sikorska
Formatowanie komputerowe/Computer formating
Anna Domańska
Copyright © by Wydawnictwo Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego, Kielce 2010
Wydawca/Publisher
Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy Jana Kochanowskiego
25–369 Kielce, ul. Żeromskiego 5
tel. 41 349 72 65, fax 41 349 72 69
http://www.ujk.kielce.pl/wyd, e-mail: wyd@ujk.kielce.pl

SPIS TREŚCI

CONTENTS

ARTYKUŁY REDAKCYJNE/EDITORIAL ARTICLES

Wybrane problemy bioetyczne w chirurgii
Chosen bioethical problems in surgery 7
Stanisław Głuszek, Dorota Rębak, Dorota Kozieł

PRACE ORYGINALNE/ORIGINAL PAPERS

Reakcje równoważne na przykładzie prędkości przednio-tylnej posturogramu u dziewcząt i chłopców w wieku 12–15 lat
Balance reactions based on the anteroposterior speed of posturegram measured among girls and boys aged 12–15 13
Jacek Wilczyński

Social problems of old people
Problemy społeczne osób starszych 19
Monika Szpringer, Mirosław Kowalski

PRACE KAZUISTYCZNE/CASE STUDIES

Fibromatosis of the pancreas
Fibromatoza trzustki 25
Jan Deneka, Dorota Kozieł, Dorota Rębak, Stanisław Głuszek

PRACE POGLĄDOWE/REVIEW PAPERS

Rola interleukiny-25 w patogenezie chorób zapalnych jelit i dróg oddechowych
The role of interleukin-25 in pathogenesis of inflammatory diseases of intestines and respiratory tract 29
Małgorzata Czarny-Działak, Stanisław Głuszek

Historia kształcenia pielęgniarek w Kielcach (część I)
History of education of nurses in Kielce (Part I) 33
Elżbieta Kamusińska, Aleksandra Słopiecka

Uposażenie szpitala prepozyturalnego w Małogoszczu w końcu XVIII wieku
The revenues of the provostrie hospital in Małogoszcz at the end of the XVIIIth century 41
Jacek Starzyk, Katarzyna Starzyk-Łuszcz

VARIA/MISCELLANY

Quality of education and factors helping and hindering education in nursing
Jakość edukacji oraz czynników sprzyjających i utrudniających edukację w pielęgniarstwie 45
Helena Kuberová

SPRAWOZDANIA/REPORTS

Sprawozdanie z konferencji naukowej III Kliniki Psychiatrycznej IPIN i Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ „Kontrowersje w psychiatrii 2010 – zaburzenia lękowe i lęk jako objaw", Kraków 23–24.04.2010
A report of the scientific Conference of the III Psychiatric Clinic IPIN and the Adult Psychiatrics Clinic CMUJ on "The Controversies in Psychiatry 2010 – anxiety disturbances and fear as a symptom", Cracow April 23–24 2010 49
Agata Horecka-Lewitowicz, Piotr Lewitowicz, Monika Szpringer

Regulamin publikacji prac w „Studiach Medycznych" 53
Publication instruction in "Medical Studies"

WYBRANE PROBLEMY BIOETYCZNE W CHIRURGII

CHOSEN BIOETHICAL PROBLEMS IN SURGERY

Stanisław Głuszek[1, 2], Dorota Rębak[2], Dorota Kozieł[2]

[1] Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach
Kierownik: prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek

[2] Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego z Pracownią Badań Naukowych
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik: prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek

STRESZCZENIE

Bioetyka odgrywa ważną rolę w medycynie, poszukując rozwiązań etyczno-moralnych w wielu obszarach od chirurgii płodu, poprzez etykę transplantologii, innowacji, badań naukowych, publikacji medycznych, aż do medycyny paliatywnej. Do podstawowych zasad bioetyki należą: autonomia chorego, czynienie dobra, nieczynienie zła, sprawiedliwość, prawdomówność.

Decyzje etyczne opierają się na filozoficznym podłożu nauk medycznych. Najbardziej powszechna stała się **moralność potoczna** skupiająca różne myśli filozoficzne. Wydawana ocena etyczna opiera się w dużym stopniu na własnym doświadczeniu życiowym i zdrowym rozsądku. We współczesnym społeczeństwie modny stał się **utylitaryzm**, w którym uzyskanie „jak największej korzyści dla jak największej liczby ludzi" staje się wyznacznikiem podejmowanych decyzji etycznych, a użyteczność jest podstawowym kryterium postępowania.

Innym modelem współczesnej etyki jest **zasada całkowitej**, **absolutnej autonomii**, z którą związany jest problem eutanazji. Przemyślenia dotyczące tego obszaru pozwalają wskazać odczuwany przez pacjenta ból jako główną przyczynę myśli o eutanazji. Rozwiązania problemu upatruje się w podniesieniu jakości opieki paliatywnej, okazaniu empatii i wsparcia psychicznego.

Etyczny wymiar transplantologii dotyczy m.in. problemów wiążących się z dobrowolnym oddaniem organów przez żywych dawców, ryzykiem powikłań i śmierci dawcy, przeszczepem twarzy wpływającym na sferę psychologiczną pacjenta. Podstawę etycznych decyzji w podejmowanych działaniach transplantacyjnych stanowi stwierdzenie śmierci mózgu i serca. Ważnym zagadnieniem etycznym jest DNR (*Do Not Resuscitate*) w przypadku zatrzymania krążenia.

Podstawę wszelkich interwencji medycznych stanowi świadoma zgoda chorego, poprzedzona udzieleniem rzetelnej informacji dotyczącej stopnia ryzyka proponowanego zabiegu operacyjnego. Należy pamiętać, że zarówno przedmiotem, jak i podmiotem podejmowanych działań jest człowiek i to powinno stanowić podstawę etycznych decyzji.

Słowa kluczowe: bioetyka, chirurgia, transplantologia, eutanazja.

SUMMARY

Bioethics plays an important role in medicine seeking ethic and moral solutions in many fields, from fetus surgery, transplantology, innovation, scientific research, medical publication to palliative medicine ethic. Basic principles of bioethics include: the autonomy of a patient, doing good, undoing evil, justice and truthfulness.

Ethical decisions are grounded on philosophical basis of medical sciences. **Common morality**, concentrating different philosophical thoughts, has become the most prevailing. The given ethical evaluation bases, to a high degree, on one's own life experience and common sense. In a modern society **utilitarianism** has become popular, where gaining the most possible benefits for the most possible number of people becomes the determinant of taken ethical decisions, and usefulness is the basic criterion of conduct.

The second model of contemporary ethic is the **principle of complete**, **absolute autonomy**, which, among others, the problem of euthanasia is connected with. Considerations relating to this field allow to indicate the pain experienced by a patient as the main reason for thoughts about euthanasia. A solution to the problem is perceived in improvement in the quality of palliative care, showing empathy and psychological support.

The ethical dimension of transplantology concerns, among others, problems relating to voluntary giving organs by alive donors, the risk of complications and the death of a donor, face transplant affecting a psychological sphere of a patient. The base of ethical decisions in taking transplant actions accounts for determining brain and heart death. An important ethical issue is DNR (Do Not Resuscitate) in the case of circulation stop.

The basis for every medical intervention constitutes the ill person's consent proceeded by providing incredible information concerning the degree of a risk of suggested surgery. One should remember that the subject as well as the object of taken actions is a human being and this should constitute the base for ethical decisions.

Key words: bioethics, surgery, transplantology, euthanasia.

WYBRANE PROBLEMY BIOETYCZNE W CHIRURGII

Bioetyka (gr. *bios* – życie, *ethos* – obyczaj) odgrywa istotną rolę w medycynie jako całości i pełni funkcję kontrolną w wielu obszarach wiedzy medycznej. Ważnym obszarem z punktu widzenia etyki są dyscypliny zabiegowe. Wszelkie oceny bioetyczne są rozpatrywane w piśmiennictwie w świetle podstawowych zasad etyki: 1) autonomii chorego (*patient autonomy*), 2) czynienia dobra (*principle beneficience*), 3) nieczynienia zła (*principle nonmaleficience*), 4) sprawiedliwości (*justice*), 5) prawdomówności (*veracity*) [1].

Zgoda świadoma

Lekarz ma prawny obowiązek przekazania informacji choremu o stopniu ryzyka zabiegu w sposób prosty i zrozumiały. Brak rzetelnej informacji nie daje pacjentowi pełnego obrazu planowanego zabiegu. Bez wyczerpującej informacji zgoda staje się nieważna, a lekarz może być wówczas powołany do odpowiedzialności odszkodowawczej za wykonanie zabiegu bez świadomej decyzji pacjenta. Lekarz powinien ograniczać się do podania typowych powikłań, bez wnikania w rzadkie i nietypowe przypadki będące skutkiem powikłań pooperacyjnych [2].

W trudnych sytuacjach klinicznych osobom najbliższym należy przekazać najbardziej istotną część wiedzy na temat choroby. Jeżeli wystąpią powikłania i ewentualna śmierć, rodzina zmarłego z większym zrozumieniem przyjmie niepomyślny wynik leczenia. Autonomia chorego determinuje prawo do ograniczonej informacji dotyczącej powikłań i ryzyka operacji. Takie życzenie chorego powinniśmy uszanować, kierując się zasadami etycznymi [3].

Przestrzeganie zasad bioetyki (autonomia, sprawiedliwość, nieczynienie zła, dobroczynność) jest konieczne w wielu dziedzinach medycyny. Ich realizacja jest możliwa w oparciu o katalog cnót lekarza takich, jak:

1) wierność i stałość w zaufaniu oraz dotrzymywaniu obietnic (*fidelity to trust and promise*),
2) trzymanie w ryzach swoich korzyści (*effacement of selfinterest*).
3) intelektualna uczciwość (*intellectual honesty*),
4) współczucie i troska (*compassion and caring*),
5) odwaga (*courage*),
6) sprawiedliwość (*justice*),
7) roztropność (*prudence*) [4].

Cnoty te są szczególnie istotne w wykonywaniu obowiązków lekarza chirurga, którego praca wiąże się z wysokim natężeniem reakcji stresowej [5]. Niezwykle przydatna w chirurgii jest odwaga moralna i pokora wynikająca z ograniczoności działań lekarskich wobec natury i jednocześnie będąca rezultatem rozsądnych zachowań wobec zespołu i chorych. Nadmiar pychy, zarozumialstwo, przekonanie o własnej olbrzymiej wiedzy i dużych umiejętnościach w historii chirurgii wielokrotnie było przyczyną nieszczęść [1] .

Filozoficzne aspekty bioetyki

Decyzje etyczne opierają się na filozoficznym podłożu nauk medycznych. W rozwoju medycyny ważną rolę odegrały różne kierunki filozoficzne, takie jak personalizm, scjentyzm, utylitaryzm, kantyzm, marksizm i egzystencjalizm.

W starożytności wykształcony został **hipokratejsko-samarytański etos medycyny**. Zmianie uległo spojrzenie na miejsce chorego w społeczeństwie, na życie i śmierć człowieka. W filozofii marksistowskiej społeczeństwo miało większą wartość niż pojedyncza osoba. Takie założenia mogły mieć niepożądane skutki dla refleksji etycznej z zakresu medycyny, ponieważ lekarz zawsze służył chorej osobie, przekładając jej dobro nad dobrem całego ciała społecznego [6]. W liberalistycznym podejściu jednostka ludzka rozumiana jest jako całkowicie autonomiczna. Człowiek jest jedynym decydentem swojego życia; nie zależy on od nikogo, a za drugiego jest odpowiedzialny tylko tyle, o ile podpowie mu to jego wolna wola. W kwestiach bioetycznych, zgodnie z liberalistycznym myśleniem, tylko konkretny człowiek, gdyby znalazł się w ciężkiej sytuacji nieuleczalnej choroby, ma pełne prawo zdecydować o możliwości zakończenia swojego życia [7].

Wybrane problemy etyczne transplantacji

Podejmując etyczne zagadnienie transplantologii należy zacząć od problemu uznania śmierci mózgu i śmierci sercowej, dających możliwości działań transplantacyjnych. Zasada śmierci mózgowej utrwaliła się w świadomości społeczeństw i nie budzi większych zastrzeżeń, natomiast uznanie śmierci sercowej wzbudza kontrowersje.

Zwiększający się niedobór narządów do przeszczepów prowadzi do popularyzacji przeszczepów od żywych dawców (wątroba, nerki) i poszukiwania żywych dawców [8]. Oddanie narządów przez żyjących dawców jest etycznym dylematem ze względu na konieczność zabezpieczenia życia zdrowej osoby i poprawy jakości życia osoby chorej [9]. Nieodparte poczucie chęci oddania własnej części ciała jest niezwykłe i zobowiązuje lekarza do szczególnych zachowań zabezpieczających dawcę i biorcę. Pośrednie dawstwo narządu (czyli oddanie do banku narządów) jest przykładem radykalnego altruizmu w obliczu zagrożenia życia. Narząd jest prawdziwym darem życia, który nie może być sprzedany ani kupiony [10].

Do standardowo wykonywanej współcześnie terapii należy transplantacja nerki. Długoterminowe przeżycie poprawia się znacząco wśród chorych, którzy otrzymali nerkę w porównaniu z pacjentami oczekującymi na przeszczep.

Liczba oczekujących na narządy znacznie wzrosła, co jest związane z poprawą wyników transplantacji. Lista zmarłych dawców pozostała bez zmian w ciągu ostatnich kilku lat. Obecny mechanizm pozyskiwania nerek opiera się na dobrowolnych donacjach [11].

Ze względu na brak nerek i innych narządów do przeszczepów niektóre ośrodki transplantacji rozluźniają kryteria akceptacji dawców i używają dawców marginalnych (*marginal donors*). Po przeszczepie dawca powinien mieć przewidywany długi okres przeżycia, a biorca poprawę jakości i wydłużenie życia [12].

„Turystyka transplantacji" i handel narządami odpowiada za około 5 do 10% wszystkich światowych transplantacji nerek [13].

Przeciwnicy pieniężnej rekompensaty za pozyskanie narządów do przeszczepu, podpierają się kantowską teorią autonomii i argumentami o niemoralności sprzedawania narządów. Niektórzy uważają, że finansowe wsparcie mogłoby zwiększyć pulę dawców, więc należałoby je rozważyć. Jeśli rozwiązania te nie będą brane pod uwagę problem braku dawców nadal będzie rósł [11].

Żywi dawcy w transplantacji wątroby ryzykują powikłaniami i śmiercią. Dorośli żywi dawcy oferują lepszy dostęp do ratującej życie transplantacji pacjentom w końcowym stadium choroby wątroby na obszarach, gdzie umieralność oczekujących na przeszczep jest wysoka, a dostępność do narządów zmarłych dawców nie zaspokaja potrzeb. Zagrożenia dla żywego dawcy, takie jak ryzyko powikłań i śmierci, muszą być wzięte pod uwagę przez pacjentów i lekarzy [14].

Nową erą w transplantalogii są przeszczepy twarzy, obarczone wieloma etycznymi dylematami. Chirurdzy i etycy stworzyli dokładne wytyczne etyczne selekcji pacjentów, świadomej zgody, dokładnej oceny ryzyka medycznego i psychologicznego zabiegu. Przeszczep twarzy dokonuje zmian zewnętrznego wyglądu twarzy, stanowi także bardzo trudny problem psychologiczny – akceptacji własnego ciała [15]

Etyka transplantacji opisuje i wartościuje odpowiedzialność lekarzy i jej granice względem chorych i umierających, świadomą zgodę chorego na przeszczep w aspekcie autonomii, pojęcie śmierci oraz doniosłość życia cielesnego [16].

Eutanazja

„Są ludzie, gotowi zabić z całej masy powodów – spadku, by pozbyć się ciężaru emocjonalnego lub ciężaru opieki, a od czasu do czasu, z powodu, który uważają za współczucie"[17] .

Dyskusja o eutanazji jest wszechobecna, towarzyszy jej lęk o naszych pacjentów, naszych bliskich i naszą przyszłość. Czy istotnie w najtrudniejszym okresie naszego życia medycyna wykaże swoją skuteczność, a w okresie odchodzenia pozbawi nas bólu i zajmie się ogólną opieką nad nami, czy też zastosuje eutanazję jako rodzaj walki z naszym bólem [1]?

„Ludzie chcą umrzeć z kilku powodów. Pierwsze trzy to ból, ból i ból. Jeśli jest on zniesiony, to wraca chęć do życia" [18]. Ból można leczyć. Według danych WHO, ból nowotworowy można wyeliminować u 95% pacjentów. Lekarze bardzo często nie potrafią leczyć bólu – rozwiązaniem tego problemu jest doskonalenie umiejętności walki z bólem, a nie uciekanie się do eliminacji choroby „przez eliminację pacjenta".

Współcześnie do aktów medycznych kończących życie chorego zalicza się: podawanie środków uśmierzających ból w dawkach, które mogą przyśpieszyć zgon, ograniczenie albo zaprzestanie aktywnego leczenia lub reanimacji, przerwanie stosowania urządzeń sztucznie podtrzymujących życie (np. odłączenie respiratora, przerwanie dializoterapii), towarzyszenie lub pomoc w samobójstwie, iniekcja zabójczej substancji [19]. Świadomość społeczeństw w wielu krajach europejskich kieruje się w stronę przyzwolenia na asystowanie lekarzy przy samobójstwie osób terminalnie, nieuleczalnie chorych i strasznie cierpiących [20]. Mimo powtarzających się spraw sądowych, wspomagane samobójstwo nie jest dopuszczalne w wielu krajach m.in. w Wielkiej Brytanii, a za udział w nim grozi maksymalnie 14 lat więzienia. Dziesiątki terminalnie chorych Brytyjczyków wyjeżdża do klinik w Szwajcarii, gdzie śmierć na życzenie jest dopuszczalna, a rodzina lub przyjaciele, pomagający umrzeć bliskiej osobie, nie są pociągani do odpowiedzialności prawnej.

Życie ludzkie jest wartością jedyną i niepowtarzalną, człowiekowi trzeba nieść opiekę medyczną do końca jego życia. Eutanazja jest nieusprawiedliwiona, nie może być akceptowalną drogą rozwiązywania problemów medycznych i zdrowotnych [21]. Brak godnych warunków społecznych i materialnych, brak zdrowia biologicznego, jak i psychicznego nie może podważać godności człowieka i głosić, że nie ma on prawa do życia, lecz ma prawo do śmierci. Trzeba zmieniać złe warunki życia, a nie zabijać. Śmierć nie jest niczym godnym i dobrym, jest złem, które dotyka ludzi. Nie da się oswoić śmierci, nazywając ją czymś dobrym, szlachetnym i oczekiwanym [19].

Czynniki psychiczne, takie jak objawy depresyjne i poczucie braku zainteresowania chorym, wiążą się

bezpośrednio z planowaniem eutanazji. Stosunek chorych do eutanazji jest zmienny [22].

Medycyna dość dobrze kontroluje ból, trudność stanowi problem cierpienia. Dopóki chory potrafi usprawiedliwić swoje cierpienie, dopóty żyje i nie chce umierać. Kiedy chory jednak traci nadzieję i nie widzi sensu dalszego cierpienia, wtedy dopiero zaczyna myśleć o rezygnacji z życia [23].

W obliczu śmierci chorzy wyrażają obawy i lękają się, że nikt ich nie słucha, boją się śmierci przepełnionej niepotrzebnym bólem i cierpieniem. Trudne rozmowy z poważnie chorymi przeprowadzone we właściwym czasie, dotyczące medycznych, psychosocjalnych i duchowych potrzeb w obliczu bliskiej śmierci są obowiązkiem, a także przywilejem lekarza i pielęgniarki [24, 25, 26].

Najlepszymi doradcami w postępowaniu z chorymi jest doświadczenie lekarza, jego wrażliwość i zdolność empatii, wiedza na temat zagadnień opieki paliatywnej i terminalnej połączone z umiejętnością wsparcia psychicznego [27].

DNR – Do Not Resuscitate

Na temat decyzji o niepodejmowaniu resuscytacji (DNR – *Do Not Resuscitate*) w Polsce nie ma jednoznacznych ustaleń. Decyzja taka jest podejmowana przez kierownika oddziału lub lekarza pełniącego obowiązki. Wskazana jest rozmowa z rodziną chorego i wyjaśnienie motywów podjęcia takiej decyzji [19].

W nowych wytycznych zaleca się, by decyzje o próbie resuscytacji podejmować w sposób zgodny ze świadomą decyzją każdego pacjenta, niezależnie od tego czy stanowi wcześniejsze polecenie, czy została ona podjęta niedawno lub też w inny sposób liczący się z dobrem chorego. Według tych wytycznych reanimować można tylko chorego, którego życzenia na temat resuscytacji nie są znane lub nie można ich ocenić. Świadome decyzje podjęte przez chorych zdolnych do decydowania o sobie, również te wyrażone we wcześniejszych twierdzeniach, że leczenie przedłużające życie nie jest właściwe, powinny być respektowane przez pracowników ochrony zdrowia.

Podejmowanie prób resuscytacji w przypadku chorych, u których niewydolność krążeniowo-oddechowa stanowi terminalny epizod choroby jest niewłaściwym postępowaniem. Zarówno chorzy, jak i ich bliscy nie mogą domagać się leczenia, które zespół medyczny uważa za niewłaściwe. Jednakże w miarę możliwości należy wziąć pod uwagę ich życzenia [28].

Problemy etyczne umierania (End-of-life)

„A więc jaki jest koniec życia człowieka, który długo gaśnie i któremu nic więcej ponad nadzieję dobrej śmierci medycyna ofiarować nie potrafi, a niekiedy nawet i tego nie zdoła uczynić?" [29]

Jednym z węzłowych problemów etycznych w chirurgii jest śmierć pacjenta. Umiejętność walki z bólem, trafność rozmowy z chorym i rodziną, kompetencje zawodowe, kultura osobista oraz właściwa postawa etyczna są wymagalnymi cechami lekarza [30]. Objawy terminalnego końca życia są trudne lub niemożliwe do likwidacji, problemem jest także zmniejszenie ich nasilenia. Wymagają one dobrego merytorycznego przygotowania[30].

„Kiedy jestem w stanie podczas rozmowy uspokoić i dać nadzieję choremu, nawet określoną w czasie, np. paromiesięczną, muszę złożyć autentyczną deklarację, że moje wysiłki będą nakierowane na pomoc, na utrzymanie w jakimś stopniu jego sprawności oraz usunięcia czy zmniejszenia różnorakich dolegliwości. Wykazując szacunek dla chorego, trzeba go jednak poinformować, że opieka może być skuteczna w określonym stopniu i czasie. Dawanie pełnej nadziei bez uzasadnienia jest nieetyczne wobec chorego" [29].

Śmierć stanowi dla lekarza bolesne doznanie, klęskę i porażkę zawodową. Najtrudniejszą staje się sprawa informowania chorego o jego stanie zdrowia w obliczu śmierci. Należy udzielać moralnego wsparcia, rozumianego jako obecność przy umierającym chorym i towarzyszenie mu w milczeniu. „Godne milczenie", empatia jest postawą dojrzałą i twórczą wobec każdego chorego, człowieczeństwem dzielącym się z drugim człowiekiem, wspierającym go w trudnych chwilach.

We współczesnym społeczeństwie umieranie ludzi przeważnie odbywa się w szpitalach bez obecności rodziny, toteż obowiązek przygotowania do śmierci pacjenta i jego bliskich w znaczącym stopniu spoczywa na lekarzach i pielęgniarkach, w nich upatruje się autentycznego zaangażowania w opiekę nad chorymi [29].

„Nie jest prawdopodobne, by natura, która wszystkie poprzednie okresy życia doskonale przeprowadziła, niby akty pięknej sztuki zlekceważyła, jak niewprawny poeta, jego akt ostatni. Życie musi mieć przecież swój ostateczny kres, swój moment dojrzałości i przekwitu, jak owoc drzew i płodów ziemi, który opada, gdy już zupełnie dojrzeje. Człowiek mądry powinien poddać się spokojnie tej konieczności" – Epikur.

PIŚMIENNICTWO

[1] Głuszek S. Problemy etyczne w chirurgii. W: Przegląd Piśmiennictwa Chirurgicznego 2008. Red. W Noszczyk. Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny, Warszawa 2009; 1–9.

[2] Wroński K, Cywiński J, Depta A. Czy pacjenci są informowani przez lekarzy o stopniu ryzyka proponowanego zabiegu operacyjnego? Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2009; 6: 307–311.
[3] Głuszek S. Problemy etyczne w chirurgii. W: Przegląd Piśmiennictwa Chirurgicznego 2006. Red. W Noszczyk. Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny, Warszawa 2007; 1–8.
[4] Biesaga T. Etyka cnót w etyce medycznej. Med Prakt Chir. 2007; 2: 105–108.
[5] Beals DA. Virtue ethics in a pluralistic world. Semin Pediatr Surg 2001; 10: 179–185.
[6] Muszala A. Marks, Sartre i medycyna. Med Prakt Chir 2009; 3: 111–113.
[7] Muszala A. „Filozofia głupcze". Czyli na czym oparta jest etyka lekarska? Med Prakt Chir. 2009; 6, 157–160.
[8] Wright L. Ethical controversies in public solicitations for organs. Transplant Rev 2008; 22:184–186.
[9] Liefeldt L i wsp. Kontraindikationen zur nierenlebendspende. Dtsch Med Wochenschr 2005; 130: 2039–2042.
[10] Truog RD. The ethics of organ donation by living donors. N Engl J Med 2005; 353: 444–446.
[11] Berman E, Lipschutz JM, Bloom D et al. The Bioethics und Utility of Selling Kidneys for Renal Transplantation. Transplant Proc 2008; 40: 1264–1270.
[12] Banasik M. Living donor transplantation – the real gift of life. Procurement and the ethical assessment. Annals of transplantation 2006; 11: 4–6.
[13] Brown RS. Live Donors In Liver Transplantation. Gastroenterology 2008; 134: 1802–1813.
[14] Johanson SE, Corsten MJ. Facial transplantation in a new era: what'are the ethical implications? Curr Opin Otolaryngolog Head Neck Surg 2009; 17: 274–278.
[15] Bosshard G. Ethical problems in organ transplantion. Ther Umsch 2009; 66: 607–611.
[16] Voo TCH, Campbell AV, de Castro LD. The ethics of organ transplantation: shortages and strategies. Annals Academy of Medicine 2009; 38: 359–364.
[17] http://www.polskieradio.pl/wiadomości/swiat/artykul 138018.html
[18] Buczyński F. Nadzieja umiera po śmierci. Dziennik 2008; 23–24.02: 24–25.
[19] Biesaga T. Eutanazja – śmierć godna czy niegodna? Med Prakt Chir 2005; 5:115–118.
[20] Jonem JW, McCullough LB, Richman BW. Phicisian-assisted suicide: has it come of age. Surgery 2005; 138: 105–108.
[21] Meilaender G. Living life's end First Things 2005; 153: 17–21.
[22] Emanuel EJ, Fairclongh DL, Emanuel LL. Attitudes and desires related to euthanasia and physician – assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. JAMA 2000; 284: 2460–2468.
[23] Szawarski Z. Co badamy badając eutanazję?. JAMA 2001; 3: 221–222.
[24] Puchalski Z. Refleksje chirurga: nie tylko skalpelem. Medyk Białostocki 2001; 2: 1–5.
[25] Głuszek S. Problemy etyczne w chirurgii. W: Przegląd Piśmiennictwa Chirurgicznego 2000. Red. W Noszczyk. Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny, Warszawa 2001; 1–9.
[26] Quill TE. Jak nawiązać rozmowę o umieraniu z ciężko chorymi pacjentami. JAMA (PL) 2001; 3: 195–201.
[27] Głuszek S. Problemy etyczne w chirurgii. W: Przegląd piśmiennictwa chirurgicznego 2004. Red. W Noszczyk. Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny, Warszawa 2005; 1–7.
[28] Mayor S. Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation. BMJ 2001; 322: 509–511.
[29] Głuszek S. Lekarz wobec cierpienia, umierania i śmierci. W: Jastrząb M, Mastela M, Brożek T et al. Życie i śmierć. Wyższe Seminarium Duchowne, Kielce 2007; 32–46.
[30] Savory EA, Marco CA. End-of-live issues in the acute and critically ill patient. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2009; 17: 21.

Adres do korespondencji:

prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: sgluszek@wp.pl
tel. 41 349 69 09, fax. 41 349 69 16

REAKCJE RÓWNOWAŻNE NA PRZYKŁADZIE PRĘDKOŚCI PRZEDNIO-TYLNEJ POSTUROGRAMU U DZIEWCZĄT I CHŁOPCÓW W WIEKU 12–15 LAT

BALANCE REACTIONS BASED ON THE ANTEROPOSTERIOR SPEED OF POSTUREGRAM MEASURED AMONG GIRLS AND BOYS AGED 12–15

Jacek Wilczyński

Zakład Rehabilitacji Narządu Słuchu i Równowagi, Instytut Fizjoterapii
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Stanisław Bień

STRESZCZENIE

Celem badań była analiza reakcji równoważnych na przykładzie prędkości przednio-tylnej oraz określenie roli analizatorów wzroku w procesie utrzymania równowagi ciała u dzieci w wieku 12–15 lat. Badaniami objętych zostało 503 dzieci z wylosowanych uprzednio: Szkoły Podstawowej nr 13 i Gimnazjum nr 4 w Starachowicach. Równowagę badano na platformie stabilograficznej. Do oceny równowagi ciała zastosowano platformę Cosmogamma by Emildue. Urządzenie składa się z platformy dynamometrycznej, komputera z oprogramowaniem do uzyskiwania i przetwarzania testów diagnostycznych oraz monitora i drukarki. Zmiana maksymalnego nacisku na podeszwy stóp podczas wychyleń ciała odbierana jest za pomocą mechaniczno-elektrycznego transduktora składającego się z trzech sensorów zainstalowanych w podstawie platformy. Zarejestrowany sygnał przetwarzany jest z informacji analogowej w cyfrową, następnie opracowany poprzez oprogramowanie komputera. Dane liczbowe uzyskiwane są dzięki pomiarom siły reakcji podłoża przez sensory umieszczone w trzech punktach platformy. Odpowiednie oprogramowanie stwarza możliwość obliczenia wypadkowej siły reakcji podłoża, która jest sumą momentów sił działających na platformę w trzech punktach pomiaru środka nacisku stóp. Do jej analizy zastosowano prędkość przednio-tylną posturogramu (PP). Wartość PP dla całej grupy oscylowała od 10,50 z oczami otwartymi (OE) do 10,56 z oczami zamkniętymi (CE). PP była mniejsza u dziewcząt zarówno w teście przy OE, jak i CE. Przy CE nastąpił wzrost PP tylko u 12-letnich dziewcząt i 12-, 14-, 15-letnich chłopców. Skrócenie PP w teście CE można wytłumaczyć tym, że w przypadku chwilowego braku kontroli wzrokowej u badanych dzieci występowała większa koncentracja i skupienie uwagi na wykonywanej pracy. Analiza wariancji wykazała istotne zróżnicowanie PP względem płci ($p<0,001$), wieku ($p<0,027$), istotną interakcję płci i opcji badania ($p<0,001$) oraz wieku i opcji badania ($p<0,01$).

Słowa kluczowe: analizator wzroku, reakcje równoważne, platforma stabilograficzna, test Romberga, COP, PP.

SUMMERY:

The aim of the research was to analyze the equivalent reactions based on AP and estimate the role of sight analyzers in the process of keeping balance among children aged 12 to 15. Firstly, 503 children aged 12 to 15 were drawn from the Primary School number 13 and from the Junior High School number 4 in Starachowice and next they were examined. Balance was measured on the stabilographic platform. To evaluate the balance of a body the Cosmogamma platform by Emildue was used. This device consists of a dynamometric platform, the computer with the proper software (to get and process diagnostic tests), the screen and the printer. A change of the maximum pressure on soles during a body inclination is received by the mechanical-electrical transductor consisting of three sensors installed on the base of the platform. A registered signal is processed from analogue information into digital information, and then it is worked out by the computer software. The numerical data is got thanks to the measurements of the force of foundation reactions and sensors set in three places on the platform. The proper software makes it possible to work out the outcome force of the foundation reactions which is the summary of the moments of forces acting on the platform in three points. For its analysis the anteroposterior speed of the posturegram was used. The value of PP for the whole group varied from 10,50 with open eyes to 10,56 with closed eyes. PP was lower among girls in the test with OE as well as with CE. Measuring the value with CE we could observe an increase of PP among 12-year-old girls and 12, 14, 15-year-old boys. Shortening the PP in the test with CE can be explained by the fact that having a temporary absence of a visual inspection examined children could better focus on their work. The analysis of variations showed significant differences of PP ($p<0,001$) according to the gender, age ($p<0,027$), a significant interaction between gender and the options of the study ($p<0,001$) as well as age and the option of testing ($p<0,01$).

Key words: sight analyzer, balance reactions, stabilographic platform, Romberg's test, center of feet pressure (COP), anteroposterior speed of the posturegram (AP).

WSTĘP

Utrzymywanie równowagi jest specyficzną czynnością ruchową, wymagającą precyzyjnej współpracy wszystkich segmentów ciała w wyniku zadziałania procesów dynamicznych, przebiegających poza świadomością. Wymaga to stałej współpracy układów sensorycznych: wzrokowego, proprioceptywnego i błędnikowego, które rejestrują odchylenia rzutu środka masy ciała (COM) od wartości zadanej z układem wykonawczym realizującym korekcje minimalizujące te odchylenia. Pośrednikiem w tej rejestracji oraz przetwarzaniu sygnałów aferentnych i generacji decyzji w drogach eferentnych jest OUN. Wszystkie systemy współpracujące w procesie stabilizacji ciała tworzą układ równowagi [1, 2]. Można także rozszerzyć pojęcie równowagi na sytuacje dynamiczne. W trakcie lokomocji przez fazową aktywność mięśniową utrzymywana jest typowa dla postawy człowieka pionowa orientacja głowy i tułowia [3, 4, 5, 6, 7, 8].

Utrzymanie równowagi w trakcie realizacji czynności ruchowych warunkowane jest procesami zbierania i przetwarzania informacji specyficznych dla konkretnej sytuacji. Kontrola równowagi ciała jest podstawą każdego działania ruchowego, którego efekt końcowy jest uzyskiwany przez wykorzystanie różnych strategii. Równowaga to efekt procesu samoorganizacji, którego podstawowym mechanizmem jest jedność stabilności i zmienności sprowadzająca się m.in. do wyboru strategii rozwiązania określonego zadania ruchowego. Rozpatrując równowagę ciała zawsze powinno się uwzględniać specyfikę zadania ruchowego, w trakcie którego ta właściwość się przejawia. Celem badań była analiza reakcji równoważnych na przykładzie prędkości przednio-tylnej (PP) środka nacisku stóp (COP) u dziewcząt i chłopców w wieku 12–15 lat. W badaniach własnych analizowano już reakcje równoważne m.in. na przykładzie prędkości bocznej i długości ścieżki środka nacisku stóp (COP) [9, 10].

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

W badaniu wzięło udział 503 dzieci w wieku 12–15 lat ze Szkoły Podstawowej nr 13 i Gimnazjum nr 4 w Starachowicach. Badania przeprowadzono w listopadzie i grudniu 2005 roku. Dobór badanych dokonany został losowo, zgodnie z zasadą randomizacji, po uprzednim ustaleniu kryteriów, jakim powinny odpowiadać poszczególne grupy. Rozkłady liczebności w grupach wieku i płci nie różniły się istotnie. W badaniach reakcji równoważnych zastosowano platformę stabilograficzą Cosmogamma by Emildue [rys. 1]. Badanie reakcji równoważnych na platformie polegały na analizie prędkości przednio-tylnej środka nacisku stóp – COP (*center of pressure*).

Zastosowana w pracy stabilografia komputerowa stwarza możliwość pośredniej oceny funkcji układu nerwowego poprzez pomiar wychwiań ciała charakteryzujących utrzymanie równowagi w pozycji stojącej. Wstępna analiza kształtu posturogramu pozwala stwierdzić, że sygnał ten oprócz stacjonarnej, niezależnej składowej szybkozmiennej zawiera trendy stochastyczne (składowe wolnozmienne). Obecność składowej szybkozmiennej jest podyktowana istnieniem szumu w układzie kontroli postawy i występuje tylko w aktywności nerwowo-mięśniowej człowieka [2]. Wykonano test Romberga składający się z dwóch następujących po sobie prób, trwających po 30 sekund: pierwsza z oczami otwartymi (OE – *open eyes*), druga z oczami zamkniętymi (CE – *close eyes*). Analizie poddano prędkość przednio-tylną (PP) (*anteroposterior speed*). Prędkość przednio-tylna jest średnią szybkością COP wzdłuż osi Y (mm/s). Oceniając prędkość przednio-tylną (PP) obliczono podstawowe parametry statystyczne zmiennych w każdym przedziale wieku odrębnie dla dziewcząt i chłopców. Normalność rozkładu zmiennych weryfikowano testem Kołmogorowa-Smirnowa. Różnice w prędkości przednio-tylnej (PP) pomiędzy dziewczętami a chłopcami oceniano analizą czynnikową. Następnie dokonano analizy wariancji z klasyfikacją potrójną dla powtarzanych pomiarów z oczami otwartymi (OE) i zamkniętymi (CE) odrębnie dla zmiennych wyłonionych w analizie czynnikowej [11].

Rys. 1. Platforma stabilometryczna Cosmogamma by Emildue R50300 [16]

WYNIKI

Tabela 1. Prędkość przednio-tylna (PP) (*anteroposterior speed*)

Płeć Wiek	Prędkość przednio-tylna (OE)			Prędkość przednio-tylna (CE)			Różnica OE–CE
	x	n	s	x	n	s	
Dziewczęta	10,17	247	3,44	9,64	247	3,21	0,53
12	10,00	60	3,31	10,47	60	3,36	-0,47
13	9,75	60	3,53	9,26	60	3,79	0,49
14	10,53	65	3,11	9,73	65	2,80	0,80
15	10,35	62	3,81	9,10	62	2,75	1,25
Chłopcy	10,82	256	3,76	11,45	256	4,18	-0,63
12	11,32	65	3,26	12,87	65	4,33	-1,55
13	11,76	61	4,84	11,40	61	4,53	0,36
14	10,51	60	3,63	10,78	60	3,54	-0,28
15	9,81	70	2,93	10,75	70	4,00	-0,93
Razem	10,50	503	3,62	10,56	503	3,84	-0,06

Tabela 2. Analiza wariancji prędkości przednio-tylnej (PP)

Zmienne niezależne	DF efekt	MS efekt	DF błąd	MS błąd	F	p
Płeć (1)	1	391,87	495	19,37	20,22	**0,001**
Wiek (2)	3	59,63	495	19,37	3,07	**0,027**
Opcja badania (3)	1	0,44	495	7,05	0,06	0,802
Interakcja płeć – wiek (1,2)	3	43,33	495	19,37	2,23	0,083
Interakcja płeć – opcja badania (1,3)	1	78,09	495	7,05	11,07	**0,001**
Interakcja wiek – opcja badania (2,3)	3	26,69	495	7,05	3,78	**0,010**
Interakcja płeć – wiek – opcja badania (1,2,3)	3	11,12	495	7,05	1,57	0,193

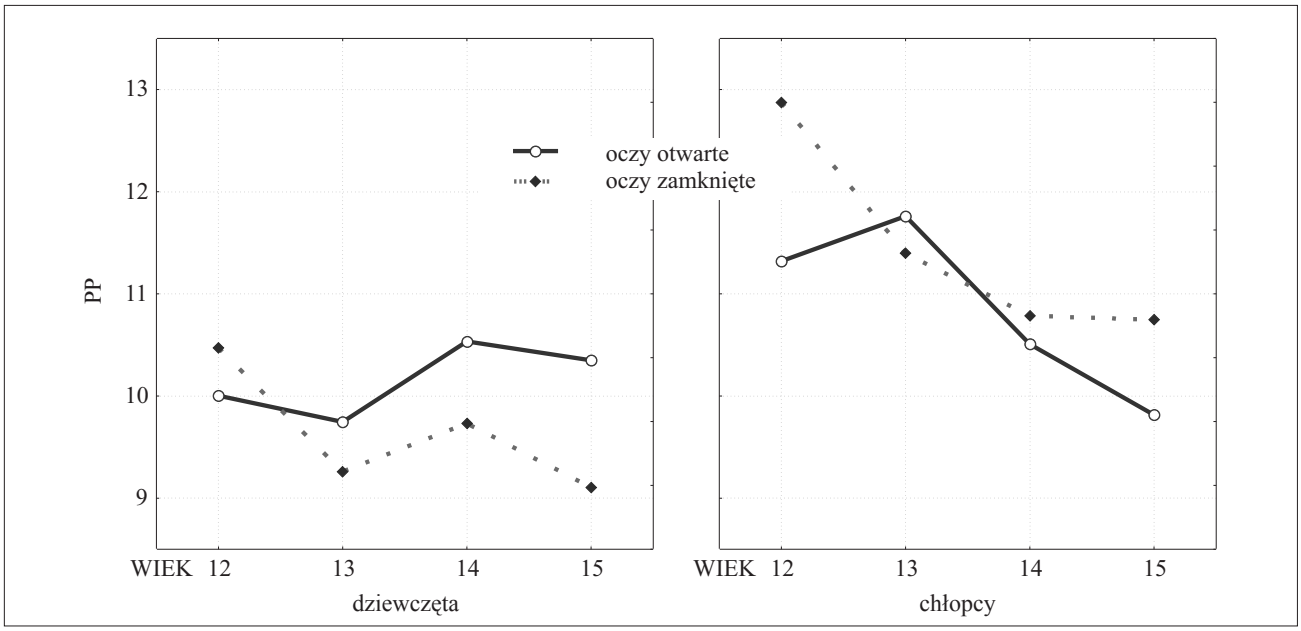
DF (*degree of freedom*) – liczba stopni swobody, MS (*mean square*) – średnia kwadratów, F – stosunek MS efektu do MS błędu, p – poziom istotności.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Człowiek może przejawiać różne reguły łącznego wykorzystania dostępnych informacji w zależności od warunków środowiskowych. Zdrowe dorosłe osoby bazują głównie na informacji proprioceptywnej w warunkach typowych, gdy wszystkie rodzaje informacji są dostępne, choć można „zmusić" ich do przejścia na informację wzrokową, poprzez zmianę warunków stania na podłożu. Szczególną rolę odgrywają analizatory wzroku. W staniu swobodnym informacja wzrokowa działa silnie stabilizująco na utrzymanie pozycji, a chwilowe wyłączenie wzroku powoduje zmianę ilości i amplitudy wychyleń. Wzrok jest głównym źródłem informacji u osób z uszkodzeniem systemu przedsionkowego lub czucia proprioceptywnego.

W sytuacji braku lub zakłócenia informacji przedsionkowej, w czasie spokojnego stania, jest ona wyrównywana poprzez pozostałe dostępne systemy czuciowe. W przypadku zaburzenia funkcji dwóch źródeł informacji czuciowej zwiększenie wychyleń jest dużo większe niż w sytuacji zaburzenia czynności jednego systemu. Wielu autorów sugeruje, że w staniu swobodnym na stabilnym podłożu receptory czucia głębokiego są ważniejsze niż pozostałe źródła informacji, szczególnie w przypadku wyłączenia informacji wzrokowej. Cenne są badania porównawcze dotyczące procesu utrzymywania równowagi podczas pełnej kontroli wzroku i po jej wyłączeniu. Zamknięcie oczu (CE) zwykle powoduje większe wychwiania. Interesujące są badania o kompensacyjnej roli wzroku podczas utrzymywania równowagi u osób ze schorzeniami czucia i układu przedsionkowego. Wykazały one pogorszenie stabilności ciała po krótkotrwałym wyłączeniu kontroli wzrokowej.

Proprioceptory szyjne dostarczają informacji o ułożeniu głowy względem ciała. Przesyłają ją albo bezpośrednio do jąder przedsionkowych i tworu siatkowatego, albo pośrednio do móżdżku. Informacja proprioceptywna jest najważniejsza w reakcjach odruchowych układu równowagi. Kiedy głowa przechyla się w jednym kierunku to impulsy z szyjnych receptorów powodują odczucie zakłócenia równowagi, gdyż są przeciwstawne do dostarczanych informacji



Rys. 2. Prędkość przednio-tylna (PP)

z narządów przedsionkowych. Jednak kiedy całe ciało przechyla się w jednym kierunku to impulsy z narządów przedsionkowych są zgodne z receptorami szyjnymi i dochodzi do uświadomienia zmiany położenia całego ciała. Proprioceptywna i eksteroceptywna informacja z innych części ciała jest również ważna w utrzymaniu równowagi, ponieważ nie bez znaczenia jest czy wrażenie ucisku dotyczy jednakowo obu stóp, czy też ucisk pochodzi z przedniej lub tylnej części stopy.

Informacja wzrokowa ma istotne znaczenie po zniszczeniu narządów przedsionkowych, a nawet po osłabieniu informacji proprioceptywnej. Nawet wyraźnie liniowy lub obrotowy ruch natychmiast wyzwala wrażenia na siatkówce i ta informacja jest przesyłana do OUN. Osoby z obustronnie zniszczonym narządem przedsionkowym mają zdolność zachowania równowagi tak długo, jak utrzymują otwarte oczy oraz jak długo wykonują powolne ruchy ciała. Każde zamknięcie oczu lub gwałtowny ruch doprowadzają do zakłócenia czynności układu równowagi. Nawet stymulacja mięśni gałek ocznych przez wibrację powoduje zwiększenie zakresu wychwiań ciała w określonym kierunku zależnie od drażnionych mięśni. Badania osób z zaburzeniami ostrości widzenia wykazały u nich gorszą stabilność ciała w pozycji stojącej. Kompensacyjna rola wzroku występuje u osób ze schorzeniami czucia i układu przedsionkowego. Badania potwierdzają nieznaczne pogorszenie stabilności ciała w przypadku krótkotrwałego wyłączenia kontroli wzrokowej. Oprócz informacji wzrokowych szczególną rolę w utrzymywaniu pozycji stojącej spełniają bodźce proprioreceptywne mięśni gałek ocznych. Ich stymulacja przez wibrację powoduje zwiększenie zakresu wychwiań ciała w określonym kierunku zależnie od położenia drażnionych mięśni. Wskazuje to na udział aparatu ruchowego gałek ocznych w kontrolowaniu wychwiań ciała. Jego nieprawidłowe działanie może powodować wadliwe pobudzenie czynności błędnika, a w konsekwencji zawroty głowy i utratę stabilności. Stabilność ciała oraz percepcja ruchu pogarsza się również w przypadkach zaburzeń ostrości widzenia. Zmiany te dotyczą szczególnie płaszczyzny strzałkowej. Prawidłowa ostrość widzenia jest konieczna zarówno do rozpoznawania konturów obrazów, jak i do utrzymywania optymalnej równowagi ciała. Duże znaczenie w utrzymaniu postawy pionowej ma orientacja przestrzenna głowy w stosunku do siły grawitacji. Ruchy głowy związane z ruchami oczu oraz czynnością kanałów półkolistych zapewniają prawidłową statykę ciała, a pobudzenie narządów otolitowych przez pochylenie głowy powoduje odruchowy skurcz mięśni szyi i korekcję ustawienia głowy. Zrównoważone położenie głowy decyduje o równowadze całego ciała [12, 13, 14, 15].

Prędkość przednio-tylna (PP) oscylowała od 10,50 z oczami otwartymi (OE) do 10,56 z oczami zamkniętymi (CE). Różnica w teście Romberga wynosiła -0,06. U dziewcząt prędkość przednio-tylna (PP) w teście oczy otwarte (OE) najmniejsza była u 13- następnie 12-, 15- i 14-letnich. W teście oczy zamknięte (CE) parametr ten najmniejszy był u 15- następnie 14-, 13- i 12- letnich. U chłopców w teście z oczami otwartymi (OE) prędkość przednio-tylna (PP) najmniejsza była u 15- następnie 14-, 12- i 13-letnich. U chłopców w teście z oczami zamkniętymi (CE) parametr ten najmniejszy był u 15- następnie 14-, 13- i 12-letnich.

Wystąpiło istotne zróżnicowanie prędkości przednio-tylnej (PP) względem płci ($p<0,001$), istotny efekt wieku ($p<0,027$), istotna interakcja płci i opcji badania ($p<0,001$) oraz wieku i opcji badania ($p<0,01$)

(tab. 1, 2, rys. 2). Nie było istotnych różnic w badaniu z oczami otwartymi (OE) i zamkniętymi (CE). Warto jednak zauważyć, że u dziewcząt w teście oczy zamknięte (CE) nastąpiło nieznaczne zmniejszenie prędkości przednio-tylnej (PP). Jej zwiększenie pojawiło się jedynie u 12-latek. U chłopców z oczami zamkniętymi (CE) odwrotnie, wystąpiło jego nieznaczne zwiększenie. Zmniejszenie wystąpiło jedynie u 13-latków. Charakterystyczny u dzieci jest też stosunkowo niewielki wpływ wzroku na zmienność sygnału COP. Zmniejszenie prędkości przednio-tylnej (PP) z oczami zamkniętymi (CE) można wytłumaczyć tym, że w przypadku chwilowego braku kontroli wzrokowej u badanych występowała większa koncentracja i skupienie uwagi na wykonywanej czynności.

WNIOSKI

1. Wystąpiły istotne różnice w prędkości przednio-tylnej w poszczególnych grupach wiekowych badanych.
2. Prędkość przednio-tylna była wyraźnie mniejsza u dziewcząt, zarówno w teście z oczami otwartymi, jak i z zamkniętymi.
3. Nie było istotnych różnic prędkości przednio-tylnej w teście Romberga.

PIŚMIENNICTWO

[1] Bień SF, Kukwa A. Anatomia i fizjologia narządu przedsionkowego. W: Otoneurologia. Red. G Janczewski, B Latkowski. Bel Corp, Warszawa 1998.
[2] Błaszczyk JW. Biomechanika kliniczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
[3] Boudrahem S, Rougier PR. Relation between postural control assessment with eyes open and centre of pressure visual feedback effects in healthy individuals. Exp Brain Res 2009; 5, 195, 1: 145–152.
[4] Bruyneel AV, Chavet P, Bollini G et al. Idiopathic scoliosis and balance organisation in seated position on a seesaw. European Spine Journal 2010; 3: 2.
[5] Collins JJ., De Luca CJ. The effects of visual input on open-loop and closed-loop postural control mechanisms. Experimental Brain Research 1995, 103: 151–163.
[6] Genthon N, Bouvat E, Banihachemi JJ. Lateral ankle sprain alters postural control in bipedal stance-part 1: restoration over the 30 days following the injury. Scand J Med Sci Sports. 2010, 4, 20, 2: 247–254.
[7] Husson JL, Mallet JF, Parent H et al. Applications in spinal imbalance. Orthop Traumatol Surg Res 2010; 5: 4.
[8] Rougier PR, Boudrahem S. Visual feedback of force platform displacements for balance control training: what postural ability do healthy subjects have to develop to decrease the difference between center of pressure and center of gravity movements? Motor Control 2010, 4, 14, 2: 277–291.
[9] Wilczyński J, Bień S. Analizatory wzroku a reakcje równoważne na przykładzie prędkości bocznej (PB) posturogramu u młodzieży w wieku 12–15 lat. Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej 2007; 7: 25–31.
[10] Wilczyński J. Analizatory wzroku a reakcje równoważne na przykładzie długości ścieżki posturogramu u uczniów w wieku 12–15 lat. Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej 2007; 8: 15–19.
[11] Komputerowy program statystyczny Statistica. 7.1. statsoft, 2007.
[12] Ryan EE, Rossi MD, Lopez R. The effects of the contract-relax-antagonist-contract form of proprioceptive neuromuscular facilitation stretching on postural stability. J Strength Cond Res 2010 Jul; 24, 7:1888–1894.
[13] Bustamante Valles KD, Long JT, Riedel SA et al. Analysis of postural stability following posterior spinal fusion in adolescents with idiopathic scoliosis. Stud Health Technol Inform 2010; 158: 127–131.
[14] Hur P, Duiser B, Salapaka S et al. Measuring robustness of the postural control system to a mild impulsive perturbation. IEEE Trans Neural Syst Rehab Eng 2010 Jun; 7.
[15] Franchignoni F, Horak F, Godi M et al. Using psychometric techniques to improve the Balance Evaluation Systems Test: the mini-BESTest. J Rehab Med 2010 Apr; 42, 4: 323–231.
[16] www.Technomex.pl

Adres do korespondencji:

dr hab. Jacek Wilczyński
Instytut Fizjoterapii
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach
25-317 Kielce, Al. IX wieków Kielc 19
e-mail: jacekwilczyński77@poczta.onet.pl
tel. 603 703 926

SOCIAL PROBLEMS OF OLD PEOPLE

PROBLEMY SPOŁECZNE OSÓB STARSZYCH

Monika Szpringer[1], Mirosław Kowalski[2]

[1] Department of Social Prophylaxis, Institute of Public Health
The Jan Kochanowski University of Humanities and Sciences in Kielce
Manager of the Department: Prof. dr hab. Monika Szpringer PhD.

[2] Department of Theory of Education and Pedeutology
Faculty of Education, Sociology and Health Sciences University of Zielona Góra
Manager of the Department: Prof. Mirosław Kowalski PhD.

SUMMARY

The introduction and the aim of paper. Dealing with a subject concerning social problems of the elderly is justified because aging of the society has a vital influence on the standard of living among elderly people and the way they are perceived by the other social groups. Change in lifestyle and an improvement in the quality of living influence reducing problems connected with aging. Disease prevention and physical activity enable them to both be independent and manage on their own efficiently in the society.
The aim of the paper. An assessment of the problems and their influence on the quality of living among the elderly.
Materials and a method. The assessment of social problems of elderly people in Świętokrzyskie Province in Poland was carried out by means of a questionnaire, and 1450 people filled in it in 2008 and 2009.
Results. In the light of results, old age for many respondents means worsening their situation in life (79.2%). This concerns many aspects of life such as health, social contacts, a material situation, participation in social life. More than 30% of the people do not have funds for ensuring basic needs.
Write-up. Changes connected with age lead the elderly to limit their self-reliance, lose the feeling of safety and consequently be unable to make decisions on their own. The limits of their perceiving the world narrow, their mental fitness decreases. Elderly people's material situation is often very hard. The respondents have a difficult access to rehabilitation and effective medical treatment. Their financial and health difficulties are often prevailing problems for them. Lack of adapting free time in an active way for elderly people. This problem particularly concerns rural areas. The respondents claim that an immediate family should take care of elderly people. Meanwhile, there is lack of system solutions which support a family in its protective function.
Conclusions. Family care about the elderly should be built with environmental support given by non-governmental organizations and public service.

Key words: old age, social problems, quality of life, age.

STRESZCZENIE

Wstęp. Podjecie tematu problemów społecznych osób starszych jest uzasadnione, ponieważ starzenie się społeczeństwa ma decydujący wpływ na poziom życia ludzi starszych i ich postrzegania przez pozostałe grupy społeczne. Zmiana stylu oraz polepszenie jakości życia wpływa na zmniejszenie problemów związanych z procesem starzenia. Profilaktyka chorobowa oraz aktywność fizyczna umożliwiają niezależność oraz sprawne funkcjonowanie w społeczeństwie.
Cel pracy. Ocena problemów i ich wpływ na jakość życia osób starszych.
Materiał i metoda. Ocenę problemów społecznych osób starszych na podstawie województwa świętokrzyskiego przeprowadzono za pomocą ankiety, w której brało udział 1450 osób w latach 2008 i 2009.
Wyniki. W świetle wyników badań starość dla wielu respondentów oznacza pogorszenie się sytuacji życiowej (79,2%). Dotyczy to wielu aspektów życia takich, jak: zdrowie, kontakty społeczne, sytuacja materialna, udział w życiu społecznym. Ponad 30% osób nie posiada funduszy na zabezpieczenie podstawowych potrzeb.
Omówienie. Zmiany związane z wiekiem prowadzą do ograniczenia samodzielności, utraty poczucia bezpieczeństwa i wynikającej z niej niemożności podejmowania samodzielnych decyzji. Zawęża się własny horyzont patrzenia na świat, zmniejsza się sprawność intelektualna. Sytuacja materialna osób starszych jest często skomplikowana. Respondenci mają utrudniony dostęp do rehabilitacji i skutecznego leczenia. Problemy materialne i zdrowotne często dominują wśród badanych. Brakuje zagospodarowania czasu wolnego osobom w podeszłym wieku w sposób aktywny. Problem ten dotyczy szczególnie terenów wiejskich. Badani twierdzą, że najbliższa rodzina powinna sprawować opiekę nad osobami starszymi. Tymczasem nie ma rozwiązań systemowych, które wspierałyby rodzinę w jej funkcjach opiekuńczych.
Wnioski. Opieka rodzinna nad osobami starszymi powinna być obudowywana wsparciem środowiskowym, świadczonym przez organizacje pozarządowe i służby publiczne. Opieka instytucjonalna (domy pomocy społecznej) powinna stanowić jedynie ostateczność.

Słowa kluczowe: starość, problemy społeczne, jakość życia, wiek.

INTRODUCTION

Senescence, as gerontologists say, is the most diverse stage of life, not subordinate to rules, as it depends on previous stages, childhood, youth, and adulthood. It is difficult to ascertain when the old age begins, as is subject to self estimation and individual consciousness [1, 2]. WHO defines senescence as the age above 60; according to majority of American classifications, the boundary line between maturity age and advanced in age is 65 years of life. Three subgroups are distinguished: early old age (advanced in age), 60–74 years; late old age, 75–89 years; very old age – over 90 years.

The process of population aging is inevitable and irreversible. It will lead to changes in many areas of social life. According to international experts, a globalisation of the aging process will cause the number of people aged 60 and more to reach 1–1.5 billion worldwide, whereas in Poland it is estimated to come up to approximately 6.2–7.3 million [3, 4]. Typical changes that occur with the advance of the aging process are: change of posture, difficulties in motility, muscular dystrophy, acid-base balance disorders, electrolytic imbalance, immunodeficiency against bacteria and viruses, finally mental stresses. All above changes in organism are typical results of unhealthy lifestyle – particularly lack of physical activity, as well as diseases and their progress. The aging process is unique for every individual. A good number of people are in a satisfactory physical and mental condition. It is important to take up physical and mental effort. Usually neglected after retiring, it results in earlier occurrence of so-called "Geriatric Syndrome". This includes: psychomotor slowdown, prolonged stimulus response time, vision and audition impairment, concentration and memory deterioration, dizziness, lowered physical effort capabilities, collapsing without losing consciousness, urinary incontinence. Among most frequently occurring diseases, recognized as characteristic for an old age are: arterial hypertension, coronary arteriosclerosis, cerebral arteriosclerosis, peripheral artery occlusive disease, chronic obstructive pulmonary disease, joints and spine degenerative disease, Osteoporosis, Alzheimer's disease, type 2 diabetes [5, 6].

The old age is considered as a specific and social phenomenon, because aging affects both an individual and a community: the local community, village, city, neighbourhood, house dwellers, countries, continents, the world. Nonetheless, it is an individual who is affected and experienced by aging and its darks sides. People go through dramas, pain, hard times and situations – loneliness, illnesses, agility loss. For others though, aging may be a period of happiness, joy, satisfaction of life, of what has been achieved and what surrounds them [7].

According to Gryglewska [8], the favorable aging rests upon: achieving maturity with sufficient physical and mental agility, little morbidity risk, excluding old age decrepitude and remaining active in life through social contacts and interaction. The above mentioned factors are challenges that an old or aging individual has to tangle with.

The process of people's aging brings many consequences in fields of economy, society, health care and in relations between generations.

People advanced in years, or rather their position in society depends on how the old age is perceived in specific cultural-social environment. The view of old person as seek, poor individual who constantly needs other people's care and is unable to acquire new knowledge, aggravates their functioning. Those definitions contribute to creating a stereotype harmful for old people. What follows is an increased discrimination of old people, being a result of prejudice against senile age. This prejudice in turn derives from fear of old age and consequences it bears – the deterioration of mental and physical health [9]. People's fear and anxiety of old age is caused in a considerable part by being addicted to another person. It is therefore important to educate the whole society, including young people to perceive without fear and renunciation this constantly extending period in human's life as a phase that makes possible further self-realization in the best condition of health and mind [10, 11].

The period of old age, like other periods of development, has its own specification. Developmental tasks that emerge have different character, though methods of their solving are entirely individual. People very often need help in this respect, which should be provided on every occasion and is should begin with a detailed analysis of a given situation [12]. The old age is a lifetime experience and wisdom. Whether the future life in old age will be longer, healthier, richer, happier depends on responsibility, activity, acknowledged values and interests in earlier stages of life –childhood, youth, and adulthood. It depends on which competences people in old age will dispose of [13, 14]. As M. Kowalski [15] writes: "The issue of keeping good health condition, proper activity and locomotor agility by people in old age has also particular importance from social perspective. The condition of seniors will affect the way of how they will keep their households, whether they will be active in cultural and educational spheres and whether they will be able to run self-help activities".

Every single person has their own genetic and biological predispositions. Likewise, each person as an individual tangles with their own life experiences. The most serious problems, regarding losses affecting old people, have equally social, psychological (emotional) as well as

material character [16]. It is the aim of current times is to teach respect and recognition towards old people. To notice their wisdom, knowledge, life experience, their devotion and work for the benefit of young generation and development of civilization. The past exists with old people, as the future will come with young people.

The health condition of aged people leaves a lot to be desired. Most of them suffer from chronic diseases or ailments. What is more, over 90 per cent of the people over 70 are to some extent handicapped. Very often older people have accidents as pedestrians [17], they experience different injuries, and are victims of violence [18], the increasing number of seniors become addicted to alcohol (especially men). The biggest challenge of a present century is to handle problems of sick people who need constant care [19]. Therefore a special attention should be paid to promote healthy lifestyle, but at the same time we should take care of those, to whom, for objective reasons, taking up a healthy lifestyle poses a significant difficulty [20, 21]. It goes without saying that old people belong to this group.

THE AIM OF WORK

Undertaking the issue of old people's social problems is justified as the aging of society has crucial influence on their standard of life and how they are perceived by other social groups. The change of lifestyle and improvement of life quality diminishes problems connected with the process of aging. The disease prevention and physical activity enables old people to be independent and to function well within the society.

MATERIAL AND METHOD

The material obtained for the purpose of this work was collected between 2008 and 2009. The estimation of old people's social problems on the basis of Świętokrzyskie province was made by using questionnaire, in which 1450 people took part (aged over 65: 694 women and 756 men).

RESULTS

Table 1. The estimation of social situation

Social situation	Men		Women		General	
	n	%	n	%	n	%
Good	199	26.3	181	26.1	380	26.2
Bad	557	73.4	513	73.9	1070	73.8

Most respondents estimate their social situation as bad (73.8 per cent). It concerns both men and women. They mostly have material problems, but also they have no support in various difficult life situations such as illness, death of relatives, help with house works, help with the access to health treatment and care.

Table 2. Receiving help from social institutions

Receiving help from institutions	Men		Women		General	
	n	%	n	%	n	%
Yes	104	13.7	73	10.5	177	12.1
No	652	86.3	621	89.5	1246	85.9

Respondents rarely get help from outside sources (12.1 per cent). They mostly benefit from help of relatives or neighbours. Men ask for such help more frequently (table 2). Despite numerous difficulties they do not turn to special institutions for help. The reason is that they do not know such institutions. Also the feelings of shame and humiliation prevent them from doing so. Particularly difficult access to such institutions is found in rural areas.

Table 3. The change of respondents' life situation connected with the process of aging

The assessment of life situation	Men		Women		General	
	n	%	n	%	n	%
Better	46	6.0	31	4.5	77	5.3
Worse	571	75.5	578	83.3	1149	79.2
No change	139	18.5	85	12.2	224	15.5

For many respondents the old age means deterioration of life situation (79.2 per cent). It concerns many aspects of life such as health, social contacts, financial situation, their participation in social life. Only about five per cent of respondents felt that their life situation improved.

Table 4. How often respondents allow themselves for any type of entertainment

The frequency of responders' entertainment	Men		Women		General	
	n	%	n	%	n	%
Once a week	21	2.7	7	1.0	28	1.9
Once in two weeks	36	4.8	15	2.2	51	3.5
Once a month	59	7.8	12	1.7	71	5.0
Very rarely	640	84.6	660	95.1	1300	89.6

Most respondents take up any entertainment very rarely (89.6 per cent). Men are more eager to take part. The most frequent activities in this respect include: going to the theatre or cinema with friends, outdoor parties (table 4).

Table 5. Administration of funds

Funds	Men		Women		General	
	n	%	n	%	n	%
I have enough for everything that is essential and I manage to save	93	12.3	82	11.8	175	12.0
I have enough for everything essential but I do not save for the future	207	27.4	115	16.6	322	22.2
I live very economically therefore I have enough for everything essential	226	29.9	288	41.5	514	35.4
I live very economically and quite often I cannot afford essential things	230	30.4	209	30.1	439	30.4

The respondents have little funds at their disposal. Over 30 per cent of them have no resources to ensure basic needs. About 35 per cent live very economically and resign from little pleasures so they can afford bills and food. Only 12 per cent of respondents is able to save part of money from their pensions for future days (table 5).

Table 6. Is help required in everyday activities?

Is help required in everyday activities?	Men		Women		General	
	n	%	N	%	n	%
Yes	73	9.7	62	9.0	135	9.3
No	321	42.5	282	40.6	603	41.6
Sometimes	362	47.8	350	50.4	712	49.1

Among respondents over 49 per cent require temporary help in various life situations. It includes renovations, cleaning, occasional shopping and help in case of illness. Almost ten per cent of respondents require constant care (table 6).

Table 7. The opinion of respondents about the "autumn of life"

How do you define your „autumn of life"	Men		Women		General	
	n	%	N	%	n	%
Positive	127	16.8	218	31.4	345	23.8
Indifferent	116	15.3	91	13.1	207	14.3
Negative	513	67.9	385	55.4	898	61.9

For many respondents the autumn of life denotes negative associations (61.9 per cent). The reasons for such attitude are the excessive amount of free time, considerable deterioration of health condition, including many afflictions both painful and limiting agility, finally the loneliness. Among positive aspects were life wisdom and respect from family members, as well as the possibility to fulfil passions (table 7).

Table 8. Diseases that people suffer from

The coexistent diseases among people questioned	Men		Women		General	
	n	%	n	%	n	%
Sclerosis	141	18.7	121	17.4	262	18.1
After heart attack	129	17.1	101	14.5	230	15.9
Hypertension	371	49.0	318	45.8	689	47.5
Depression	12	1.6	69	9.9	81	5.6
Parkinsonism	1	0.1	0	0	1	0.06
Cerebrovascular disease – stroke	78	10.3	82	11.8	160	11.0
Urinary system diseases	196	25.9	51	7.3	247	17.0
Rheumatoid diseases	85	11.2	97	14.0	182	12.5
Locomotor system diseases	360	47.6	312	45.0	672	46.3
Other	54	7.1	89	12.8	143	9.9

The results do not sum up to one hundred as the respondents gave more than one category

The most frequent diseases indicated by respondents were arterial hypertension and locomotor system diseases. The considerable percentage of respondents indicated a sclerosis and heart attack as a main ailment. Women suffer depression more often than men, whereas men are affected by urinary system diseases (table 8).

As stressed by respondents, a significant issue connected with chronic diseases, was a difficulty in buying out prescribed pharmaceuticals and accessibility of rehabilitation.

Table 9. How problems with purchasing prescribed pharmaceuticals are solved

Solving problem due to lack of funds for purchase of prescribed pharmaceutical	Men		Women		General	
	n	%	n	%	n	%
Ask doctor to prescribe other pharmaceuticals	371	49.0	301	43.3	672	46.3
Obtain extra money in order to buy out prescribed medication	59	7.8	72	10.4	131	9.0
Renounce to purchase the prescribed medication	122	16.1	110	15.9	232	16.0
Undergo treatment in hospital, where medications are free of charge	136	18.1	91	13.1	227	15.8
Consult with a chemist and buy a cheaper pharmaceutical substitute	37	4.9	52	7.5	89	6.1
Borrow money to buy medicine	31	4.1	68	9.8	99	6.8

The biggest number of respondents asked a doctor to replace their medicine for a cheaper substitute. Men

did that more frequently than women. 16 per cent of respondents decided not to buy medicine due to a lack of resources. It is a very alarming fact, taking into account the drawbacks of chronic diseases treatment interruption. Women more frequently sought different forms of subsidizing the purchase of prescription pharmaceutical, such as loans. Almost 16 per cent of respondents decided to be hospitalized in order to obtain free medical care (table 9).

Table 10. Rehabilitation and its accessibility in the place of residence

Access to rehabilitation	Men		Women		General	
	n	%	n	%	n	%
Available	241	31.9	209	30.1	450	31.0
Available, but with difficulties	344	45.5	311	44.8	655	45.2
Not available	171	22.6	174	25.1	345	23.8

For over 45 per cent of respondents the access to rehabilitation is seriously limited, and for 24 per cent it is not available at all (table 10). Two most common reasons are the distance from place of residence to the rehabilitation facility, and long wait periods for a treatment. The old age is characterized by bigger level of psychical tension, low level of self-esteem and negative attitude towards therapy. It all may be changed in a course of rehabilitation [22].

Table 11. The assessment of physical activity

Physical activity:	Men		Women		General	
	n	%	n	%	n	%
Very good	28	3.7	7	1.0	35	2.4
Good	271	35.9	169	24.4	440	30.3
Bad	457	60.4	518	74.6	975	67.3

The majority of respondents (67.3) assess their physical activity as bad. Only about two per cent regard it as satisfactory (table 11). Men often ride bicycle, go for walks, and swim. Women prefer walking and exercising on their own.

Table 12. Reasons for undertaking physical activity

Motives of undertaking physical activity:	Men		Women		General	
	n	%	n	%	n	%
Health requirements	116	15.3	461	66.4	577	39.8
Improvement of mental condition	218	28.8	102	14.7	320	22.1
Frequent contact with other people	329	43.5	73	10.5	402	27.7
Gives self-confidence	93	12.4	58	8.4	151	10.4

Women often undertake physical activity for health reasons (66.4 per cent), whereas men are motivated by contact with other people (43.5 per cent). Respondents claim, that maintaining physical activity improves quality of life and gives confidence in own capabilities (table 12).

CONCLUSIONS

1. Changes connected with the age result in independence constraint, the feeling of insecurity and inability to make own decision. The horizons of world perception are narrowing, the intellectual capabilities are decreasing. Old people feel disoriented, which is often a consequence of fear, worries and loneliness.
2. Very often the financial situation of old people is difficult. Social institutions should monitor old people within their area and provide help in range of basic needs.
3. Old people find it difficult to spend their free time actively, as the choice of activities directed at this group is scarce. This problem is particularly visible in rural areas.
4. The respondents claim that the closest family should look after old people. However, there are no system mechanisms which could assist the family in this respect. The family care of old people should be parallel with environmental support provided by non-governmental organisations and public services. The institutional care (social help houses) should be provided in the last resort.
5. People in old age suffer from many chronic diseases and often require help from specialized help institutions.
6. The key issue is to increase awareness regarding the need of undertaking actions that would create conditions for healthy and active life of old people. Rural areas have limited access to health care services, as the number of facilities able to provide such services is not sufficient. This results in a long wait period for medical treatment. A very important factor in improving health care standards is participation in organized classes on ambulatory treatment and sanatorium prophylaxis.
7. As indicated by respondents, taking up physical activity not only influences health condition but also enables them to be independent from other people. The most important however is the fact that it improves health dysfunctions and what follows, increases self-esteem.

BIBLIOGRAPHY

[1] Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Red. T Grodzicki, J Kocemba, A Skalska. Via Medica, Gdańsk 2006.
[2] Trafiałek E, Kozieł D, Kaczmarczyk M. Starość jednostkowa i demograficzna w zadaniach gerontologii i polityki społecznej. Studia Medyczne 2009; 15: 61–67.
[3] Nowak-Starz G, Markowska M, Zboina B i wsp. Społeczny obraz starości XXI wieku. W: Zboina B, Nowak-Starz G. Starość – obawy, nadzieje, oczekiwania. Wybrane zagadnienia z gerontologii. Wydawnictwo WSBiP, Ostrowiec Świętokrzyski 2009; 17–38.
[4] Zdziebło K. Współczesne zjawiska demograficzne a problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa. Studia Medyczne 2008; 9: 63–69.
[5] Rosławski A. Wybrane zagadnienia z geriatrii. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego, Wrocław 2001.
[6] Kaczmarczyk M. Poziom akceptacji choroby osób starszych zamieszkujących w różnych środowiskach. Studia Medyczne 2008; 12: 29–33.
[7] Susułowska M. Psychologia starzenia się i starości. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1989.
[8] Gryglewska B. Prewencja gerontologiczna. W: Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Red. T Grodzicki, J Kocemba, A Skalska.Wydawnictwo Via Medica. Gdańsk 2006; 47–52.
[9] Tobiasz-Adamczyk B. Społeczne aspekty starzenia się i starości. W: Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Red. T Grodzicki, J Kocemba, A Skalska. Via Medica, Gdańsk 2007; 37–42.
[10] Wolska-Lipiec K. Świat ludzi starych. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2000; 1–2: 13–19.
[11] Kowalska E, Kowalski M. Rola nauczyciela jako promotora zdrowia. W: Świadomość i samoświadomość nauczyciela a jego zachowania zawodowe. Red. E Kozioł, E Pasterniak-Kobyłecka. Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2005; 507–517.
[12] Cichocka M. Psychologiczne determinanty pomocy psychologicznej dla człowieka starego. W: Elementy psychologii klinicznej. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań 1995; 4:
[13] Szpringer M, Wybraniec-Lewicka B, Czerwiak G i wsp. Upadki i urazy wieku geriatrycznego. Studia Medyczne 2008; 9: 77–81.
[14] Formella Z. Zakończenie – od bierności do zaangażowania przez wolontariat. W: Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym. Red. J Binnebesel, A Janowicz, P Krakowiak. Biblioteka Fundacji Hospicyjnej, Via Medica, Gdańsk 2009; 23–24.
[15] Kowalski M. Aktywność ruchowa jako element zachowań prozdrowotnych w późniejszych dekadach życia człowieka. W: Dyskursy młodych andragogów. Red. J Kargul. Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2004; 91–100.
[16] Polska starość. Red. B Synak. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002.
[17] Szpringer M, Drapała A. Promocja bezpieczeństwa i tworzenia przestrzeni. Wyd. Jedność, Kielce 2008.
[18] Szpringer M, Laurman-Jarząbek E, Drapała A. Profilaktyka uzależnień i przemocy w rodzinie. Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej, Kielce 2005.
[19] Rutkowska A, Zboina B, Nowak-Starz G i wsp. Otępienie typu Alzheimera. Najczęstsze schorzenia wieku podeszłego. W: Starość – obawy, nadzieje, oczekiwania. Wybrane zagadnienia z gerontologii. Red. B Zboina, G Nowak-Starz. Wydawnictwo WSBiP, Ostrowiec Świętokrzyski 2009; 95–108.
[20] Markowska M. Some aspects of life style of physioterapy students of health Science Departament at Akademia Świętokrzyska. In: Telesna vychova, sport, vyskum na univerzitach (zbornik). Wydawnictwo STU, Bratislava 2007.
[21] Nowak-Starz G. Rozwój i zagrożenia zdrowia populacji w wieku rozwojowym w okresie przemian społeczno-ekonomicznych w Polsce. Wydawnictwo Wszechnicy Świętokrzyskiej, Kielce 2008.
[22] Krzymiński S. Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993.

Address for Correspondence:

Prof. Monika Szpringer PhD.
The Faculty of Health Sciences UJK in Kielce
Poland, 25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: mszprin@poczta.onet.pl
Phone: +4841 349 69 31

FIBROMATOSIS OF THE PANCREAS

FIBROMATOZA TRZUSTKI

Jan Deneka[1], Dorota Kozieł[2], Dorota Rębak[3], Stanisław Głuszek[1, 2]

[1] Clinical Department for General, Oncological and Endocrinological Surgery
The Provincial Hospital in Kielce
Manager of the Department: Prof. Stanisław Głuszek PhD. MD.

[2] Department of Surgery and Surgical Nursing with the Scientific Research Laboratory
The Faculty of Health Sciences of the Jan Kochanowski University of Humanities and Sciences in Kielce

[3] The Faculty of Health Sciences of the Jan Kochanowski University of Humanities and Sciences in Kielce
Manager of the Department: Prof. Stanisław Głuszek PhD. MD.

SUMMARY

Fibromatosis is a rare neoplasm of soft tissues originated in muscular and fascial structures. It occurs in diverse localizations intra- and extra-abdominal and is characterized by aggressive growth and infiltration of neighboring tissues as well as lack of remote metastases. The treatment still poses a serious challenge with regard to frequent topical recurrences.

This paper aims to present a case study of a woman aged 30, diagnosed with fibromatosis and operated on due to pancreatic tumor at The Clinical Division of Oncology, Endocrinology and General Surgery in Kielce. Re-operated because of the presence of turbid liquid (pancreatic juice) in the inter loop space and an extensive hematoma over the left lobe of the liver, under the left phrenic dome and in the area of the left flexure of colon. Presentation of an own case of fibromatosis of the pancreas is dictated by an exceptional rarity of its occurrence and by increased risk of complications after surgical treatment of pancreatic tumors, including fibromatosis. Diagnosis as well as the choice of proper treatment methods often causes difficulties. Resection within wide range remains a treatment of choice, whereas the role of radiotherapy and chemotherapy together with the use of hormones is still the matter of investigation.

Key words: desmoid, desmoid tumor, fibromatosis, musculaponeurotic fibromatosis, aggressive fibromatosis.

STRESZCZENIE

Fibromatoza jest rzadkim nowotworem tkanek miękkich, wywodzącym się ze struktur mięśniowo-powięziowych. Występuje w różnorodnych lokalizacjach wewnątrz- i pozabrzusznych, charakteryzuje się agresywnym wzrostem i naciekaniem sąsiednich tkanek oraz brakiem przerzutów odległych. Leczenie jest wciąż poważnym wyzwaniem ze względu na częste wznowy miejscowe.

Celem pracy jest opis przypadku fibromatozy rozpoznanej u 30-letniej kobiety operowanej z powodu guza trzustki w Klinicznym Oddziale Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej w Kielcach. Pacjentkę reoperowano z powodu stwierdzenia mętnego płynu (sok trzustkowy) międzypętlowo oraz rozległego krwiaka nad lewym płatem wątroby, pod lewą kopułą przepony i w okolicy lewego zagięcia okrężnicy.

Prezentacja własnego przypadku fibromatozy trzustki jest podyktowana wyjątkową rzadkością występowania tego nowotworu oraz zwiększonym ryzykiem powikłań po leczeniu chirurgicznym guzów trzustki, w tym także fibromatozy. Zarówno rozpoznanie, jak i wybór właściwych metod leczenia często sprawia trudności. Resekcja w szerokich granicach pozostaje leczeniem z wyboru, natomiast rola radioterapii i chemioterapii oraz zastosowania hormonów jest wciąż przedmiotem badań.

Słowa kluczowe: desmoid, guz desmoid, fibromatoza, fibromatoza mięśniowo-powięziowa, agresywna fibromatoza.

INTRODUCTION

Fibromatosis (fibromatosis, desmoid, desmoid tumor, aggressive fibromatosis) is a rarely occurring neoplasm, originated in muscular and fascial space [1, 2, 3]. It is characterized by infiltrating growth, frequent topical recurrences and lack of remote metastases [2, 3]. Most frequently it develops in integument scars after abdominal surgery, but different intra- and extra-abdominal localizations, even such atypical as breast gland are also possible [4, 2]. In the etiology of fibromatosis attention is paid to the role of injury (postoperative scars), hormonal factors (regression under the influence of tamoxifen and oral contraceptive agents as well as during menopause was observed) and genetic factors (it is an element, among others things, of Gardner syndrome) [3]. Clinical picture of fibromatosis resembles soft tissues sarcoma with low

malignancy. The most effective method of treatment is complete resection, complementary treatment still constitutes the research subject. Main problems relate to high risk of recurrence. Mortality is connected with the process of growing into neighboring organs and loss of their functions as a consequence.

CASE STUDY

Case of a woman aged 30, admitted to The Clinical Division of Oncology, Endocrinology and General Surgery due to abdominal pain, febrile body temperature, weight loss of 5 kg/6 months. She notified intra-abdominal and left sub-costal area suffering, radiating to the back with variable intensification, lasting around one month; intensification of pain during last 2 days. Irregular fever up to 38.5°C for 2 weeks. Without symptoms of patency disturbances in alimentary tract. With a medical history of allergy to grass pollen, renal colic, apart from that without chronic diseases, without serious past diseases. So far not operated on.

At the time of admission general state average, without traits of emaciation (BMI 20,8), stomach soft, painful in the left sub-costal area during deep palpation, without pathologic resistance, without other deviations on physical examination. Temperature, pulse, arterial pressure within the norm. Cyprofloxacin 2×0.2 iv., analgesic drugs, diastolic drugs and intravenous liquids were applied which resulted in the reduction of complaint. Laboratory investigation showed normal peripheral blood cell count and biochemistry (AST – 19 U/l; ALT – 13 U/l; GGT – 12 U/l; glucose – 80 mg/dl; bilirubin – 1.11 mg/dl; urea – 23 mg/dl; creatinine – 0.84 mg/dl; amylase in serum – 41 U/l; Na^+ – 137 mEq/l; K^+ – 3.9 mEq/l). Within coagulation system irrelevant elongation of prothrombin time (PT – 13.4"; INR – 1.1). Neoplasm markers: CEA – 0.56 ng/ml, CA19-9 – 6,78 U/ml. Radiogram of the chest did not demonstrate changes. Panendoscopy – normal endoscopic image of esophagus, stomach and duodenum, H. pylori test negative. USG of abdominal cavity – solid change with dimensions of 80/60 mm in the area of the tail of the pancreas, other pathologies not found. TK of abdominal cavity was performed, hypodense growth with dimensions of 74/56 mm was found, connected with the tail of the pancreas and overgrowing its parenchyma, with liquid space within, apart from that the picture was normal. The patient was discharged from hospital without complaint, qualified for surgery. Operated on after 2 weeks according to a schedule, intra-operative examination revealed a solid tumor of the body of the pancreas with circa 100 mm in diameter, modeling vessels of the spleen and infiltrating the mesentery of transverse colon. Stuck loop of the transverse colon was separated, the change was qualified for resection. Peripheral resection of the body and tail of the pancreas together with the spleen and infiltrated fragment of the mesentery of transverse colon was performed, the stump of the pancreas, after previous catheterization of pancreatic duct and disclosing of free passage to duodenum, was provided with sutures.

Procedure without complications, within early days after surgery patient's condition stable, glycaemia within the norm, morphology without major loss. From the seventh day efflux of sanguineous contents from drains. On the eighth day increase of the amount of blood from drains, tachycardia and decrease of RR. USG showed a growing hematoma in site of the spleen and the case was qualified for relaparotomy.

Re-operated on the ninth day because of the presence of turbid liquid (pancreatic juice) in the inter loop space and an extensive hematoma over the left lobe of the liver, under the left phrenic dome and in the area of the left flexure of colon.

Blood and blood clots were removed, peritoneal cavity washed out, bleeding places in site of the removed spleen taken care of, mainly on the diaphragm surface. Drains were replaced. On the day of the surgery as well as on the second and third postoperative day a total of 5 units KKCz and 9 units FFP, albumin were transfused. Drains contents sero-sanguineous, later with features of pancreatic juice (high concentration of amylase). Pancreatic fistula showed little activity – initially 200–300 ml per day, its symptoms fully disappeared on the eighth day after the second operation. On the tenth day drains were removed. Further treatment uncomplicated, the wound healed by primary adhesion, full recovery achieved. On the thirteenth day the patient was discharged from hospital in good general condition.

Histological examination revealed: 1. "The spleen 14 cm in length with a fragment of the tail of the pancreas with dimensions of 12×8×6,5 cm. Within the pancreas not very well separated solid, fibrous, myxoid tumor with dimensions of 10×6×5 cm. Cross-section of the spleen without focal lesion. 2. "Infiltration in the mesentery" – two fragments of fibrous fatty tissue up to 2 cm in diameter. Fibromatosis. Lien hyperemicus. Effusiones haemorhagicae recentes texti adiposi hili lienalis. Lyphadenitis chronica non specifica reactiva regionalis. Pathologic changes comprise stuffing of the pancreas, peri-pancreatic fatty tissue and mesentery segments" (dr n. med. P. Lewitowicz, dr n. med. A. Urbaniak). Specimens were

examined again at The Oncology Center in Warsaw, where the primary diagnosis was confirmed.

Then the patient was consulted at The Oncology Center in Warsaw, where she wasn't qualified for complementary treatment, periodic check-up was advised, including TK and USG.

At present she stays under supervision of maternal Hospital Department and Outpatient Clinic, in early months several episodes of febrile body temperature, atypical abdominal ailments – reason remained unknown (without deviation on complementary examination). Suffering disappeared, the patient returned to the initial weight, without notification of digestive tract ailments. Dysfunctions of extra- and endocrine activity of the pancreas were not reported. After 2 years from diagnosis follow-up picture examinations (USG and TK) do not show signs of recurrence.

Elaboration

Presentation of an own case of fibromatosis of the pancreas is dictated by an exceptional rarity of the occurrence of this neoplasm. Descriptions of fibromatosis of the pancreas are very rarely presented in medical writing. Surgical treatment of tumors of the pancreas, including fibromatosis, involves high risk of complications.

Depending on the localization superficial or deep forms can be distinguished. The most frequent location of superficial fibromatosis is palmar aponeurosis (palmar fibromatosis – Dupuytren's contracture), rarely – foot sole and penis. Deep form of fibromatosis is significantly rare [5, 6]. In patients aged between 20 and 40 women are those who suffer more often, and pathologic change usually concerns abdominal integument, rarely retroperitoneal space and mesentery [7]. In general population it occurs with a frequency of 2–5:1 mln and accounts for 0.03% of newly diagnosed neoplasm as well as 3% of connective tissue neoplasm [2, 4]. In patients with a history of familial adenomatous polyposis the risk of fibromatosis occurrence amounts to 13% [4].

From histological perspective fibromatosis is a heterogenic structure characterized by weak separation from neighboring tissues and infiltrating growth which consists of elongated a little atypical spindle-shaped cells (fibroblast type) with a few mitotic figures. It differs from fibrosarcoma in lower number of mitosis, lower nuclear-cytoplasmic index and an increased amount of collagen and immunological cells. In differential diagnostics immunohistochemical examination toward wimentin, actin and desmin are helpful [4].

Two main types of fibromatosis can be distinguished – occasional and hereditary, related to following syndromes: FAP, familial adenomatous polyposis (including Gardner syndrome), FIF (familial infiltrative fibromatosis) and HDD (hereditary desmoid disease) [2]. In both forms mutations in gene APC were found, and in the occasional form also in beta-katenin gene, as the cause of neoplastic change. The pancreas is a rare localization, but it is considered to be more typical for occasional form, whereas in the course of FAP mesentery fibromatosis is more frequent [8]. Apart from some clinical similarities to GIST, gastrointestinal stromal tumors, excessive expression of c-Kit (CD117) receptor in fibromatosis wasn't found, and, subsequently, the effectiveness of imatynib group drugs therapy wasn't explicitly proved [1].

Diagnosis is based on history, physical examination and complementing examination.

Medical history should reveal the most typical localization, i.e. front abdominal cavity wall, past injury – especially surgical procedure – and familial adenomatous polyposis symptoms – Gardner syndrome.

Peripheral fibromatosis usually forms a soft, mobile tumor connected with neighboring tissues, covered with unchanged skin. Intra- and retroperitoneal fibromatosis can reach large size and be seen or felt on digital palpation, but more often primary symptoms result from compression and infiltration of vascular structures, gastrointestinal tract or urinary tract [4].

Among picture examinations the most suitable in the assessment of localization and connection with neighboring tissues are CT and MRI, used also for check-up examination after surgical resection [5]. Final diagnosis is given on the basis of histological examination of the material from surgical biopsy, oligobiopsy or, rarely, cytological (BAC).

Treatment still poses a big challenge since presently available methods are burdened with high percentage of topical recurrence (40–60%). Typical treatment consists in resection within healthy tissues with or without adjuvant radiotherapy [2]. Due to lack of explicit treatment outlines, medical procedures are often limited to surgery, especially in abdominal localization [8]. Resection of a tumor with wide margins, frequently covering significant parts of neighboring tissues, is the most effective method of fibromatosis treatment. In case of very extensive changes it may be preceded by non-adjuvant radiotherapy or take two-stage course.

In peripheral localizations synthetic materials for reconstruction of soft tissues are used (e.g. grid to reconstruct abdominal integument).

Radiotherapy is most frequently a method of complementary treatment, but in some cases it may be basic or the only method – especially to treat tumors which can not be fully removed and when there is no consent for surgical treatment [4, 6].

Chemotherapy is used first of all in recurrences treatment or in cases with contraindications for surgical procedure and is still, similarly to hormonal treatment with the use of anti-estrogens, the subject of clinical research. Schemas based on doxorubicin, dacarbazine, carboplatin and ifosfamide are used, among hormonal drugs most reports concern tamoxifen [7]. Inhibitors of tyrosine kinase can also act in a favorable way, however research results are not explicit on this [4, 7].

CONCLUSIONS

Fibromatosis in spite of its rare occurrence constitutes a serious clinical problem. Both diagnosis and the choice of proper treatment methods may cause difficulties. Resection within wide range remains a treatment of choice, whereas the role of radiotherapy and chemotherapy together with the use of hormones is still the matter of investigation. Possible diagnosis of fibromatosis should be considered not only in cases of integument tumors in patients burdened with mutation in APC gene, but also in patients with retroperitoneal space tumor, as in the case described above.

Address for Correspondence:

Prof. Stanisław Głuszek PhD. MD.
The Faculty of Health Sciences UJK in Kielce
Poland, 25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: sgluszek@ujk.edu.pl
Phone: 602 717 889

BIBLIOGRAPHY

[1] Lucas DR, Al-Abbadi M, Tabaczka P et al. c-Kit Expression In Desmoid Fibromatosis: Comparative Immuohistochemical Evaluation of Two Commercial Antibodies. Am J Clin Path 2003; 119: 339–345.
[2] Lips DJ, Barker N, Clevers H, Hennipman A. The rote of APC and beta-catenin in the aetiology of aggresive fibromatosis (desmoid tumors). European Journal of Surgical Oncology 2008; 35: 3–10.
[3] Podstawy chirurgii. Red. J Szmidt. Medycyna Praktyczna, Kraków 2009.
[4] Schwarz RA. Desmoid Tumor. eMedicine Clinical Reference, 2010 10 Mar.
[5] Lee JC, Thomas JM, Phillips S et al. Aggressive fibromatosis: MRI features with pathologic correlation. Am J Roentgenol 2006; 186: 247–254.
[6] Mendenhall WM, Zlotecki RA, Morris CG et al. Aggressive fibromatosis. Am J Clin Oncol 2005; 28: 211–215.
[7] Mięsaki tkanek miękkich u dorosłych. Red. P Rutkowski, ZI Nowecki. Medical Tribune Polska, Warszawa 2009;199–207.
[8] Amiot A, Dokmak S, Sauvanet A. i wsp. Sporadic desmoid tumor. An exceptional cause of cystic pancreatic lesion. JOP 2008; 9: 339–345.

ROLA INTERLEUKINY-25 W PATOGENEZIE CHORÓB ZAPALNYCH JELIT I DRÓG ODDECHOWYCH

THE ROLE OF INTERLEUKIN-25 IN PATHOGENESIS OF INFLAMMATORY DISEASES OF INTESTINES AND RESPIRATORY TRACT

Małgorzata Czarny-Działak[1], Stanisław Głuszek[2]

[1] Zakład Fizjologii i Patofizjologii, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Marek Kochmański

[2] Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego z Pracownią Badań Naukowych, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek

STRESZCZENIE

Badania przeprowadzone w ciągu ostatnich lat poszerzyły wiedzę dotyczącą patogenezy chorób zapalnych jelit i dróg oddechowych. Wskazały na istotną rolę cytokin prozapalnych i przeciwzapalnych – zwłaszcza zaś zaburzonej równowagi między nimi. Bardzo znacząca może się okazać rola interleukiny 25 (IL-25) w patogenezie tych chorób. Interleukina 25 działa podwójnie.
Z jednej strony jest ona cytokiną zapobiegającą wyniszczającemu zapaleniu, z drugiej zaś pobudza odpowiedź immunologiczną. Jednak nadal jej znaczenie w patogenezie chorób zapalnych jelit i dróg oddechowych nie jest do końca wyjaśnione. Skłania nas to do zadania sobie pytania czy choroby zapalne dotyczące pojedynczego układu nie są wyrazem uogólnionej reakcji zapalnej.

Słowa kluczowe: cytokiny, interleukina-25, patogeneza, rokowanie, choroby zapalne jelit, astma oskrzelowa.

SUMMARY

Research work in the last decade resulted in significant evolution of our knowledge about the pathogenesis of inflammatory diseases indicating important role as well as imbalance between pro- and antiinflammatory cytokines. The role of interleukin 25 (IL-25) in the pathogenesis of these diseases may be important. This has a double mechanism of action. On the one hand it is a cytokine which prevents destructive inflammation, on the other hand it stimulates the immune response. The role Il-25 in the pathogenesis of inflammmatory diseases is unknown. It persuades us to ask whether inflammatory diseases that concern a single system are not a cause of a generalized inflammatory reaction.

Key words: cytokines, interleukin-25, pathogenesis, prognosis, inflammatory diseases of intestine, asthma.

CHOROBY ZAPALNE JELIT

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego (*colitis ulcerosa*) należy do nieswoistych rozlanych procesów zapalnych błony śluzowej odbytnicy i okrężnicy, prowadzących czasami do powstania owrzodzeń. Jako czynniki etiologiczne bierze się pod uwagę czynniki genetyczne, środowiskowe i immunologiczne. Wśród czynników immunologicznych na pierwszy plan wysuwa się wzmożona aktywacja limfocytów CD4+, które wytwarzają zwiększone ilości cytokin takich, jak: IL-4, IL-5, IL-6, IL-10 – są one związane z populacją Th2 (limfocytów pomocniczych). Od tych cytokin, a także cytokin prozapalnych (czynnika martwicy nowotworów TNF-a, Il-1b, Il-8 i Il-12) zależy dalszy przebieg odpowiedzi immunologicznej. Choroba Leśniowskiego i Crohna jest pełnościennym, przeważnie ziarniniakowym zapaleniem, które może dotyczyć każdego odcinka przewodu pokarmowego. W etiologi bierze się również pod uwagę czynniki genetyczne, środowiskowe i immunologiczme –zwłaszcza cytokiny prozapalne, np. TNF-a. Jednak dokładna przyczyna powstawania schorzenia jest nieznana [1].

ASTMA OSKRZELOWA

Astma oskrzelowa jest przewlekłą chorobą zapalną dróg oddechowych. Jej czynniki etiologiczne można podzielić na powodujące rozwój astmy (czynniki osobnicze) i wyzwalające objawy kliniczne

choroby (głównie czynniki środowiskowe). W patomechanizmie astmy uczestniczą liczne komórki i mediatory. Głównymi mediatorami choroby są chemokiny, leukotrieny cysteinylowe, histamina, tlenek azotu, prostaglandyna D2 i cytokiny. Do głównych cytokin nasilających odpowiedź zapalną należą IL-1B i TNF-a, a więc te same cytokiny które biorą udział w patomechanizmie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego oraz czynnik stymulujący tworzenie kolonii granulocytów i makrofagów (GM-CSF), który wydłuża przeżycie eozynofilów w drogach oddechowych. Do cytokin ważnych w patogenezie astmy należą też: IL-5 biorąca udział w różnicowaniu, niezbędna do przeżycia eozynofilów, IL-4 odgrywająca ważną rolę w różnicowaniu limfocytów Th2 oraz Il-13 niezbędna do wytwarzania immunoglobuliny klasy IgE (IgE) [2].

Należy podkreślić, że w astmie oskrzelowej stwierdzono subkliniczne zapalenie błony śluzowej przewodu pokarmowego co sugeruje, że w chorobach alergicznych jest zaangażowany cały układ śluzówkowy [3].

Także w chorobie Crohna stwierdza się nadreaktywność oskrzeli świadczącą o toczącym się w niej procesie zapalnym nie tylko w jelitach, ale też w drogach oddechowych [4].

Cytokiny są pod względem budowy glikoproteinami regulującymi wiele czynności życiowych komórek. Stanowią mediatory zarówno reakcji zapalnych, jak i immunologicznych oraz uczestniczą w regulacji krwiotworzenia. Mogą one wywierać swoje działanie tylko dzięki obecności na komórkach docelowych swoistych dla nich receptorów. Przenoszą informacje między komórkami zwykle w bardzo małych odległościach i działają na nie wybiórczo [5]. Środowiskiem, w którym przeważa informacja przekazywana za pośrednictwem cytokin jest miejscowy odczyn zapalny. Wpływają one w sposób bardzo istotny na procesy zapalenia poprzez: syntezę białek ostrej fazy (Il-1, Il-6), regulację ekspresji cząsteczek adhezyjnych na komórkach śródbłonka, indukcję syntezy prostaglandyn, aktywację komórek uczestniczących w zapaleniu. Cytokiny z uwagi na ich mechanizm działania można podzielić na prozapalne np. Il-1, Il-6, Il-8, Il-17, Il-15, Il-18 i przeciwzapalne np. Il-10, Il-13, Il-14. Przewaga cytokin prozapalnych doprowadza do uogólnionej reakcji zapalnej, podczas gdy przewaga cytokin przeciwzapalnych doprowadza do rozwoju odpowiedzi przeciwzapalnej.

Il-25 należy do rodziny cytokin z grupy Il-17. Znana jest też pod nazwą Il-17E. Jej receptorem jest IL-17RB. Wysoką ekspresję tego receptora stwierdza się na naiwnych i aktywnych CD4+ invariant tzw. iNKT, ale nie na aktywnych komórkach T [6].

Il-25 wydzielana jest przez limfocyty pomocnicze Th2 i mastocyty (to sugeruje, że komórki te mają wpływ na odpowiedź Th2 poprzez produkcję Il-25) [7]. Hamuje ona IL-1 i IL-23, natomiast indukuje produkcję innych cytokin Il-4, Il-5, Il-13 oraz eotaksynę w różnych tkankach zwłaszcza przez limfocyty Th2, działając na nie autokrynowo i parakrynowo [8, 9]. To z kolei stymuluje ekspresję eozynofilów (udowodniono to w badaniach na myszach) i produkcję IgE, a więc pobudza reakcje alergiczne.

Wykazano, że u ludzi IL-25 poprawia powierzchnię regulacyjną cząsteczki adhezji międzykomórkowej 1 (ICAM-1) i działa hamująco na ICAM-3 i L-selectynę eozynofilów w zależności od jej (IL-25) ilości. Przedłuża też czas przeżycia granulocytów kwasochłonnych. Mechanizm jej działania polega na aktywacji czynnika jądrowego (NF-kB) oraz drogi przez p38 MAPK, JNK [10]. W mechanizmie tym pobudza także wytwarzanie IgA, co może mieć wpływ na odporność śluzówkową. Cytokina ta jest ważną molekułą immunologiczną, bierze udział w przewlekłym zapaleniu, zwłaszcza w przewodzie pokarmowym. Sugeruje się również, że bierze ona udział w zapalnych chorobach kości, patogenezie chorób autoimmunologicznych, takich jak cukrzyca oraz indukuje stan zapalny w płucach i drogach oddechowych [11, 12]. Il-25 jest więc interleukiną, która kontroluje typ 2 odpowiedzi immunologicznej poprzez IL-4, Il-5, Il-13. Ważna jest zwłaszcza rola Il-25 w kontroli inicjacji i ciężkości odpowiedzi Th2. Wykazuje ona interakcję z licznymi cytokinami i ich receptorami, zwłaszcza zaś z interleukiną 17A i jej receptorem 17RA [12]. Ma ona podwójny mechanizm działania. Z jednej strony jest cytokiną zapobiegającą wyniszczającemu zapaleniu (hamowanie rozwoju przewlekłych chorób zapalnych, takich jak artretyzm lub stwardnienie rozsiane), z drugiej zaś pobudza odpowiedź immunologiczną, a tym samym sprzyja np. rozwojowi takiej choroby zapalnej jak astma oraz innych chorób alergicznych. Działanie Il-25 jest dobrze poznane na modelu zwierzęcym, natomiast jej mechanizm działania u ludzi wymaga dalszych badań [10].

Znajomość mechanizmu działania tej cytokiny może mieć znaczenie w nowym podejściu terapeutycznym w leczeniu astmy.

Astma jest przewlekłą chorobą zapalną dróg oddechowych. W leczeniu tej choroby jednym z najważniejszych działań jest więc leczenie przeciwzapalne. W obecnych konsensusach poleca się podejście tradycyjne, to jest leczenie przy pomocy sterydów zwłaszcza wziewnych, leków antyleukotrienowych. Jednak być może w przyszłości będzie się można posłużyć innym modelem leczenia – cytokinami oraz przeciwciałami przeciwko tym cytokinom. Jedną z nich może się okazać IL-25 jako cytokina stymulująca produkcję Il-4, Il-5 i Il-13 oraz eoataksyny, co wywołuje wzmożoną produkcję IgE oraz stymuluje

ekspansję eozynofilów. W związku z tym cytokiny te są kluczowymi cytokinami w procesie zapalenia alergicznego.

Zważywszy na fakt, że również w przewlekłych nieswoistych zapaleniach jelit bierze się pod uwagę możliwy patomechanizm immunologiczny, znajomość mechanizmu działania Il-25 może być pomocna w terapii chorób oddechowych. Skłania nas to do zadania sobie pytania, czy choroby zapalne dotyczące pojedynczego układu nie są wyrazem uogólnionej reakcji zapalnej. Jeśli tak jest to czy cytokiny pełniące kluczową rolę w tym zapaleniu nie można wykorzystać przy próbach leczenia.

PIŚMIENNICTWO

[1] Szczeklik A. Choroby układu pokarmowego. W: Choroby wewnętrzne. Red. A Szczeklik. Medycyna Praktyczna, Kraków 2005: 816–822.

[2] Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji astmy. Medycyna Praktyczna – wydanie specjalne 2007; 1: 21–27.

[3] Bartuzi Z. Dolny odcinek układu oddechowego w alergii na pokarmy. W: Alergia na pokarmy. Mediton Oficyna Wydawnicza, Łódź 2006: 119–120.

[4] Mędrala W. Badanie nadreaktywności oskrzeli. W: Podstawy alergologii. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2006: 124.

[5] Gołąb J, Jakóbisiak M, Lasek W. Immunologia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005: 198–221.

[6] Stock P, Lombardi V, Kohlrautz V et al. Introduction of airway hyperreactivity by IL-25 is dependent on a subset of invariant NKT cells expressing IL-17RB. J Immunol 2009; 182: 5116–5122.

[7] Wang YH, Liu YJ. Thymic stromal lymphopoietin, OX40-ligand, and interleukin-25 in allergic responses. Clin Exp Allergy 2009; 39: 798-806.

[8] Miossec P, Korn T, Vijay K et al. Interleukin-17 and Type 17 Helper T Cells. N Engl J Med 2009; 361: 888–898.

[9] Hurst SD, Muchamuel T, Gorman DM. New IL-17 family members promote Th1 or Th2 responses in the lung: in vivo function of the novel cytokine Il-25. J mmunol 2002; 169: 443–453.

[10] Graczyk M, Bartuzi Z. Zapalenie eozynofilowe przewodu pokarmowego – rola komórek kwasochłonnych. Przegląd Gastroenterologiczny 2007; 2: 230–234.

[11] Emamaullee JA, Davis J, Merani S. Inhibition of Th17 cells regulates autoimmune diabetes in NOD mice. Diabetes 2009; 58: 1302–1311.

[12] Barlow JL, McKenzie AN. IL-25: A key requirement for the regulation of type-2 immunity. Biofactors 2009; 35: 178–182.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Małgorzata Czarny-Działak
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail drmczarny@interia.pl
tel. 602 570 179

HISTORIA KSZTAŁCENIA PIELĘGNIAREK W KIELCACH (CZĘŚĆ I)

HISTORY OF EDUCATION OF NURSES IN KIELCE (PART I)

Elżbieta Kamusińska, Aleksandra Słopiecka

Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Dyrektor Instytutu: prof. dr hab. n. med. G. Rydzewska
Polskie Towarzystwo Historii Medycyny i Farmacji Oddział Terenowy w Kielcach

STRESZCZENIE

Powojenne braki profesjonalnej kadry medycznej leżały u podstaw organizowania szkolnictwa medycznego w Polsce. Szczególnie dotkliwy deficyt kadry pielęgniarskiej występował na Kielecczyźnie. Dla rozwiązania tego problemu już w dwa miesiące po wyzwoleniu Kielc otworzona została pierwsza szkoła higienistek i położnych w Kielcach, która zapoczątkowała tworzenie kompleksu szkół medycznych w większych miastach województwa. Braki kadrowe personelu pielęgniarskiego uzupełniał również Polski Czerwony Krzyż (PCK) przez organizowanie sześciomiesięcznych kursów młodszych pielęgniarek. Szkoła PCK mieściła się w Kielcach przy ul. Solnej. Natomiast pierwsza średnia szkoła dla pielęgniarek na terenie województwa kieleckiego rozpoczęła działalność 1 czerwca 1950 roku w Kielcach przy ul. Niskiej. Nosiła nazwę Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa.
W Szkole Pielęgniarskiej w Kielcach kształcono pielęgniarki przez 52 lata. W czasie tego okresu szkoła przechodziła kilkakrotne reorganizacje, które obejmowały czas trwania nauki, kryteria naboru kandydatów do szkoły, zmiany nazwy placówki, planów i programów nauczania. Najdłużej, tj. 46 lat, prowadzona była forma kształcenia pielęgniarek w Liceum Medycznym.
Transformacja systemu kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce, związana z programem ujednolicenia wykształcenia kadr medycznych w Unii Europejskiej i podpisaniem przez Polskę Deklaracji Bolońskiej oraz upowszechnieniem wykształcenia wyższego zawodowego spowodowała likwidację Szkoły Pielęgniarskiej w Kielcach. Kształcenie kadry pielęgniarskiej od roku akademickiego 2001/2002 organizowała Akademia Świętokrzyska w Kielcach, uruchamiając trzyletnie studia licencjackie na kierunku pielęgniarstwo w Instytucie Kształcenia Medycznego Wydziału Pedagogicznego i Nauk o Zdrowiu.

Słowa kluczowe: pielęgniarka, kształcenie, Szkoła Medyczna w Kielcach, historia.

SUMMARY

The lack of professional medical staff in the after-war period lay at the basis of organization of medical education in Poland. The region of Kielce was struck with particularly severe shortage of nursing staff. To solve this problem, as early as two months after the liberation of Kielce the first school of nurses and midwives was opened in the city to initiate development of a complex of medical schools in major towns of the province. Deficiency of nursing staff was also compensated by Polish Red Cross (PCK) organizing six-month courses of junior nurses. The PCK school was located in Solna Street in Kielce, while the province's first secondary school of nursing, under the name of the State School of Nursing, started on 1st June 1950 in Niska Street in Kielce.
Nurses were educated in the School of Nursing in Kielce for 52 years. In that period, the school underwent several reorganizations concerning number of years of education, criteria of acceptance of candidates to school, changes of the name as well as changes of curricula and programmes of the school. The longest period, i.e. 46 years, included education of nurses in Medical Lyceum.
Transformation of the system of education of nurses and midwives in Poland, connected with a programme of unification of education of medical personnel in the European Union and with the signing of the Bologna Declaration by Poland as well as widespread higher professional education resulted in liquidation of the School of Nursing in Kielce. Since the academic year 2001/2002 education of nursing staff has been provided by the Świętokrzyska Academy in Kielce, with three-year bachelor's studies of nursing in the Institute of Medical Education of the Faculty of Pedagogy and Health Sciences.

Key words: nurse, education, Medical School in Kielce, history.

WSTĘP

Powojenny niedobór personelu pielęgniarskiego, szczególnie dotkliwy w „34 powiatach przyczółkowych kraju", leżał u podstaw organizowania szkolnictwa medycznego w Kielcach. Brak kadry pielęgniarskiej w drugiej połowie lat czterdziestych XX wieku wynikał z zapóźnień okresu międzywojennego, strat wojennych personelu medycznego, zwiększonego zapotrzebowania na opiekę ofiar wojny (wzrost

liczby osób chorych i niepełnosprawnych), konieczności zwalczania chorób zakaźnych oraz prowadzenia szeroko pojętych działań profilaktycznych [1]. Natomiast od drugiej połowy lat pięćdziesiątych do lat siedemdziesiątych XX wieku systematyczny niedostatek średniego personelu medycznego związany był z dynamicznym rozwojem nowych placówek służby zdrowia. W Kielcach w tym czasie powstał nowy Szpital Wojewódzki w dzielnicy Czarnów.

Celem pracy było przedstawienie historii kształcenia pielęgniarek w Kielcach w latach 1945–2002.

W pracy poddano analizie informacje na temat tworzenia, przekształcania i działalności Szkoły Medycznej w Kielcach. Źródłem analizowanych danych były: publikacje, dokumenty, uchwały, decyzje, kroniki szkolne z okresu 1945–2002 oraz wspomnienia pracowników i absolwentów szkoły. Większość materiałów wykorzystanych w pracy znajduje się w posiadaniu Oddziału Terenowego Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji (materiały jeszcze nieskatalogowane) lub jest własnością osób prywatnych.

LATA 1945–1950

Wraz z oswobadzaniem ziem polskich spod okupacji hitlerowskiej władze centralne i terenowe kraju czyniły starania zmierzające do zwiększenia liczby i podwyższania kwalifikacji średniego personelu medycznego. Wkrótce po wyzwoleniu Kielc (16 stycznia 1945 roku) w dniu 20 marca 1945 roku, została otworzona pierwsza szkoła higienistek i położnych w Kielcach, która zapoczątkowała tworzenie kompleksu szkół medycznych w większych miastach. Utworzona szkoła została nazwana w sprawozdaniu Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Kielcach (WZ WUK) „Szkołą Pielęgniarską". W kolejnym dokumencie jej nazwę zmieniono na „Szkołę Pielęgniarską Położnych". Nauka w szkole trwała rok. W programie nauczania dominowały zajęcia praktyczne. Absolwentki były przygotowane „fachowo i społecznie" do opieki nad wiejską kobietą ciężarną. Przy szkole został otwarty oddział ginekologiczno-położniczy, dlatego w innych dokumentach nazywano ją „Szkołą Higienistek i Położnych". Gazeta Kielecka z 1945 roku w numerze 15 opublikowała artykuł pt. „Uroczyste otwarcie Szkoły Higienistek–Położnych w Kielcach". Natomiast Wojewoda Kielecki Eugeniusz Wiślicz-Iwańczyk w czasie uroczystości otwarcia zapewniał, że „Szkoła Położnych może liczyć na pomoc władz".

W publikacji *Kielce w Polsce Ludowej* – Jan Zieliński nie wspominał o tej placówce [2], a Irena Wołowska w opracowaniu pt. *Powstanie i działalność Liceum Medycznego w Kielcach 1960–1979* pisała, że szkoła nie została powołana z powodu braku odpowiedniego obiektu [3].

Braki kadrowe personelu pielęgniarskiego uzupełniał również Polski Czerwony Krzyż (PCK) przez zorganizowanie kursów młodszych pielęgniarek. Szkołą kierowała dyrektor pielęgniarka dyplomowana Barbara Świacka. Zajęcia odbywały się w Kielcach w baraku przy ul. Solnej 3 w siedzibie Okręgu Kieleckiego PCK [4] i trwały 6 miesięcy. W szkole przeprowadzono 11 kursów. Tę formę kształcenia PCK prowadził w latach 1949–1956 [5].

LATA 1950–1959

Pierwsza średnia szkoła dla pielęgniarek na terenie województwa kieleckiego rozpoczęła działalność 1 czerwca 1950 roku w Kielcach. Nosiła nazwę Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa [2]. Szkoła powstała w odpowiedzi na okólnik Ministra Zdrowia, doktora Franciszka Litwina (z dnia 1 czerwca 1945 roku), w sprawie uruchomienia nowych szkół pielęgniarstwa dla zaspokojenia ogromnych potrzeb kadrowych średniego personelu medycznego [3, 6]. Okólnik skierowany był do wojewodów. Zalecenia władz dotyczyły reaktywowania dawnych szkół, ale przede wszystkim tworzenia nowych. Szkoły powinny być zlokalizowane obok szpitali, aby równolegle prowadzić szkolenie teoretyczne i praktyczne. W piśmie wspominano o wysokich wymaganiach wobec kandydatek do szkół, tj. ukończenie czteroletniego gimnazjum lub równorzędnej szkoły, dobry stan zdrowia, uzyskanie pełnoletności i właściwe motywy wyboru („chęć poświęcenia się do pracy na rzecz chorych"). Zalecano również budowę bazy hotelowo-internatowej. Uczennicom nie wolno było mieszkać w domach rodzinnych, aby kształtować u nich właściwe nawyki higieniczne i postawę zawodową [5].

W 1948 roku powołano Komitet Budowy Szkoły Pielęgniarskiej w Kielcach, a w roku następnym sporządzono dokumentację obiektu. Szkoła miała być zlokalizowana obok Szpitala Miejskiego przy ul. Niskiej. Sprawozdanie z 4 sierpnia 1949 roku WZ WUK zawierało informację o tym, że „nie udało się zorganizować nowej szkoły (…) pielęgniarek" z powodu „braków lokalowych" [2]. Podobna trudna sytuacja panowała w innych większych miastach Polski. Trudności organizacyjne zostały pokonane dzięki kredytowi przyznanemu władzom województwa kieleckiego na uruchomienie szkoły medycznej pielęgniarek oraz wykorzystaniu istniejących baraków poniemieckich [5, 6]. Pierwszą siedzibą Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa (fot. 1) i internatu (fot. 2 i 3) były drewniane baraki sprowadzone ze Śląska [7].

Fot. 1. Pierwsza siedziba Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa w Kielcach

Fot 2 i 3. Uczennice Szkoły Pielęgniarstwa przed barakami internatu (po 1950 roku)

Fot. 4. Dyrekcja, grono pedagogiczne i absolwentki przed nowym budynkiem Szkoły Pielęgniarskiej (1960)

Równolegle z powołaniem szkoły i organizacją dydaktyki, prowadzone były prace nad budową nowej siedziby dla szkoły. W dniu 24 listopada 1949 roku Wojewódzka Rada Narodowa (WRN) w Kielcach podjęła uchwałę o budowie „Szkoły dla Położnych". Nazwa szkoły pielęgniarskiej była różnie zapisywana w dokumentach, ale jedno jest pewne, działania dotyczyły szkoły kształcącej średni personel medyczny (w okresie tuż po wojnie działały szkoły pielęgniarsko-położnicze).

W roku szkolnym 1953/1954 oddany został nowy budynek (fot. 4), do którego przeniesiono część dydaktyczną i administracyjną szkoły, internat pozostał w dalszym ciągu w barakach [7]. Budynek szkoły posiada do dziś trzy kondygnacje. Najniższa kondygnacja (suteryna) służyła jako szatnia dla uczennic, a na pierwszym i drugim piętrze zlokalizowano sale lekcyjne i gabinety administracji szkoły.

Podstawy organizacyjne i programowe nauczania w szkole określała Ustawa o pielęgniarstwie z 21 lutego 1935 roku [5] z uwzględnieniem zmian wynikających z założeń ustrojowych i sytuacji społecznej w kraju [3]. Wymagania dla kandydatek na pielęgniarki były następujące:

1. Ukończone przynajmniej gimnazjum lub wykształcenie uznane przez władze właściwe jako równorzędne.
2. Ukończony 18, a nie przekroczony 35 rok życia.
3. Odpowiednie właściwości psychiczne i uzdolnienie fizyczne [8].

Ze względu na duże zapotrzebowanie na personel pielęgniarski do szkoły przyjmowane były niemal wszystkie kandydatki. Pierwszeństwo w przyjęciu miała młodzież pochodzenia robotniczego i chłopskiego.

Wszystkie szkoły medyczne, w tym kielecka, początkowo podlegały bezpośrednio Ministerstwu Zdrowia. Organizacja pracy szkoły odbywała się na podstawie bieżących zarządzeń Departamentu Szkolnictwa i Nauki [3]. Od 1 stycznia 1952 roku szkoły medyczne przekazane zostały pod bezpośredni nadzór prezydiów wojewódzkich rad narodowych (PWRN) na podstawie Instrukcji Ministra Zdrowia nr 75 z dnia 23 czerwca 1951 roku [3].

Pierwszym dokumentem ustalającym jednolite zasady organizacji szkoły był statut średniej szkoły medycznej wydany w 1952 roku (uzupełniony w 1957 roku), który określał: zadania szkoły, zakres obowiązków dyrektora i zastępcy dyrektora do spraw społeczno-wychowawczych, skład i kompetencje rady pedagogicznej, obowiązki uczniów oraz ogólne zasady organizacji pracy szkoły [3].

Do szkoły pielęgniarskiej przyjmowane były kandydatki po ukończeniu dziewięciu klas szkoły ogólnokształcącej, a nauka trwała w niej dwa lata. W pierw-

szych latach Polski Ludowej skrócono czas nauki o sześć miesięcy w odniesieniu do zapisów w Ustawie o pielęgniarstwie z 1935 roku [8]. Charakterystyczną cechą organizacji nauki w szkole pielęgniarskiej były następujące po sobie cykle nauczania teoretycznego i nauczania praktycznego, a nie podział nauki na lata szkolne. Plan nauczania obejmował przedmioty zawodowe, praktyczną naukę zawodu oraz tzw. przedmioty pomocnicze, do których zaliczono: biologię, chemię, język łaciński, język rosyjski, naukę o Polsce i świecie współczesnym, wychowanie fizyczne.

W ciągu 2 lat nauki plan nauczania określał trzy okresy „teoretyczne" i trzy okresy „praktyki". Uczennice zobowiązane były do składania egzaminów ze wszystkich przedmiotów teoretycznych [3]. Kształcenie w Szkole Pielęgniarstwa kończył egzamin dyplomowy złożony z części teoretycznej i praktycznej.

Instrukcja Ministerstwa Zdrowia z lutego 1950 roku określiła czas trwania nauki w szkole na 104 tygodnie i po raz pierwszy wprowadziła w szkołach pielęgniarskich ośmiotygodniowe wakacje „celem umożliwienia uczennicom wypoczynku w czasie ich wytężonej nauki oraz celem dalszego uporządkowania organizacji szkół pielęgniarstwa i zbliżenie jej do innych szkół zawodowych" [3].

Szkoła nie uzupełniała wykształcenia ogólnego średniego, tzn. nie przygotowywała uczennic do egzaminu dojrzałości i nie dawała możliwości ubiegania się o przyjęcie na studia wyższe [9]. Absolwentki Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa otrzymywały świadectwo dyplomowanej pielęgniarki.

Irena Wołowska w opracowaniu *Historia szkoły pielęgniarskiej w Kielcach* podaje, że na pierwszy kurs w roku szkolnym 1950/1951 przyjęto 35 uczennic [10]. Natomiast Stefan Iwaniak w publikacji *Kielce w Polsce Ludowej* pisze, że pierwszy nabór objął 63 kandydatki, a 50 z nich ukończyło Szkołę Pielęgniarską. W Kronice Szkolnego Koła PCK widnieje zapis „naukę rozpoczęło 50 dziewcząt" [7]. W okresie działalności Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa (1950–1961) naukę w szkole podjęło 1187 uczennic, a dyplom pielęgniarski zdobyły 504 osoby.

Pierwszą absolwentką Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa w Kielcach była Jadwiga Bączkowska, która otrzymała w dniu 7 czerwca 1952 roku dyplom nr 1, a wraz z nim przydział pracy do Łańcuta (nakazy pracy obowiązywały do 1957 roku). Ostatnia absolwentka tej szkoły to Dorota Raczyńska – dyplom z numerem 504 otrzymała w dniu 19 października 1961 roku [9]. Spośród absolwentek najlepsze z nich pozostawały w szkole i pracowały jako instruktorki, nauczycielki zawodu (do 1966 roku) [9], m.in. wieloletnia dyrektor szkoły Irena Wołowska.

Kolejne zmiany organizacyjne szkolnictwa pielęgniarskiego poprzedzone były ogólnymi przemianami społeczno-politycznymi jakie miały miejsce w październiku 1956 roku oraz postulatami środowiska pielęgniarskiego dotyczącymi przyjmowania do szkół kandydatek z pełnym wykształceniem średnim, zapewniającym większą dojrzałość w wyborze zawodu i wyższy poziom wiedzy ogólnej [3].

Państwowa dwuletnia Szkoła Pielęgniarstwa w Kielcach przeprowadziła nabór kandydatek z maturą (po jedenastu klasach) na rok szkolny 1957/1958 i prowadziła naukę na podstawie nowego planu nauczania. Instrukcja programowo-organizacyjna na rok szkolny 1958/1959 przedłużała naukę w szkole o pół roku bez względu na kryteria naboru kandydatek (ukończone dziewięć lub jedenaście klas liceum ogólnokształcącego) [3]. Zwiększenie czasu edukacji polegało na wydłużeniu nauczania teoretycznego do 41 tygodni, nauczania praktycznego do 67 tygodni, wydłużeniu wakacji z 8 na 10 tygodni oraz ferii z 2 do 5 tygodni [3].

LATA 1959–1967

W czerwcu 1959 roku Ministerstwo Zdrowia powołało nowy typ szkół pielęgniarstwa. Były to czteroletnie licea pielęgniarstwa dla kandydatek po dziewięciu klasach szkoły ogólnokształcącej. Minister Zdrowia zalecił powoływanie nowych szkół, wszędzie tam, gdzie występowały trudności w rekrutacji kandydatek ze świadectwem maturalnym.

W Kielcach istniały trudności w rekrutacji kandydatek do szkoły dwuletniej posiadających pełne średnie wykształcenie. Dlatego nabór według nowych kryteriów do czteroletniego Liceum Pielęgniarstwa rozpoczęto w roku szkolnym 1959/1960. Jeszcze do 1961 roku równolegle realizowano program szkoły dwuletniej. Ostateczne przekształcenie Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa w Kielcach w Liceum Pielęgniarstwa dokonano na podstawie Uchwały Wojewódzkiej Rady Narodowej nr 147 z dnia 26 maja 1961 roku [3].

Organizacja nauki w Liceum Pielęgniarstwa zbliżona była do organizacji szkół podległych Ministerstwu Oświaty. Zamiast podziału na okresy nauki teoretycznej i praktycznej praca dydaktyczna planowana była w przedziale semestrów. Plan nauczania uwzględniał tygodniowy wymiar godzin nauczania poszczególnych przedmiotów, okresy klasyfikacji, ferii i wakacji. Program nauczania obejmował trzy następujące grupy przedmiotów nauczania:

1. Przedmioty ogólnokształcące z zakresu klasy X i XI liceum ogólnokształcącego oraz psychologię, pedagogikę społeczną, język łaciński, szkolenie wojskowe.

2. Przedmioty zawodowe w liczbie 22, realizowane na poziomie poszczególnych lat nauki.
3. Przedmioty nadobowiązkowe – język obcy do wyboru, śpiew w klasach I–IV i język rosyjski w klasie IV.

Poza tym w klasach I–IV odbywało się również nauczanie praktyczne w wymiarze 48 tygodni.

W roku szkolnym 1960/1961 Ministerstwo Zdrowia opracowało wzorcowy Statut Państwowego Liceum Pielęgniarstwa. Statut określał organizację procesu nauczania, warunki przyjęcia kandydatów do klasy pierwszej, obowiązki i prawa uczennic. W klasie trzeciej uczennice składały egzamin dojrzałości z przedmiotów ogólnokształcących, a w klasie programowo ostatniej, tj. czwartej zdawały egzamin końcowy z przedmiotów zawodowych (egzamin dyplomowy), który stanowił drugą cześć egzaminu dojrzałości [3, 9]. Pierwsza matura w Liceum Medycznym w Kielcach odbyła się w maju 1962 roku, a ostatnia w 1995 roku (fot. 5).

Absolwentki Liceum Pielęgniarstwa otrzymywały tytuł pielęgniarki dyplomowanej wraz ze świadectwem ukończenia szkoły maturalnej z prawem składania egzaminów na wyższe uczelnie [6, 9].

Pierwszą absolwentką czteroletniego Liceum Pielęgniarstwa była Elżbieta Adamczyk (dyplom nr 1), która pozostała w szkole i przez wiele lat pracowała na stanowisku nauczyciela przedmiotów zawodowych. Ostatnia absolwentka – Wanda Sobczyk – otrzymała dyplom z numerem 168 [9].

Kadrę pedagogiczną Liceum Pielęgniarstwa tworzyli nauczyciele przedmiotów ogólnokształcących, zawodowych i nauczyciele zawodu – pielęgniarki o pełnych kwalifikacjach. W pierwszych latach istnienia Szkoły występowały trudności z pozyskaniem do pracy pielęgniarek z pełnymi kwalifikacjami. Za zgodą Ministra Zdrowia zatrudniano wyróżniające się absolwentki, które uzupełniały w późniejszym czasie wykształcenie pedagogiczne. Nauczycielki zawodu kierowane były na kurs pedagogiczny, a następnie kończyły Studium Nauczycielskie Średnich Szkół Medycznych w Warszawie. W późniejszym okresie wykształcenie uzupełniały na studiach zaocznych w Wyższej Szkole Pedagogicznej (WSP) w Kielcach, na Wydziale Pielęgniarstwa Akademii Medycznej (AM) w Lublinie (od 1969 r.) lub w Katowicach.

Fot. 5. Uczennice w czasie części pisemnej egzaminu maturalnego w Liceum Medycznym

W latach 1959–1964 do Liceum Medycznego w Kielcach przyjęto ogółem 287 uczennic (szkołę ukończyło 168 osób).

LATA 1962–1979

Następna reorganizacja szkolnictwa medycznego oparta była na zapisach Ustawy o rozwoju systemu oświaty i wychowania z dnia 15 lipca 1961 roku oraz zarządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej (MZiOS) z dnia 1 września 1962 roku. Zmiana dotyczyła utworzenia pięcioletniego Liceum Medycznego na podbudowie siedmioklasowej szkoły podstawowej. Uchwałę w sprawie utworzenia Liceum Medycznego Wydziału Pielęgniarstwa podjęło PWRN w Kielcach w dniu 8 marca 1963 roku. Pierwszy nabór kandydatek do pięcioletniego Liceum Medycznego odbył się w Kielcach już na rok szkolny 1962/1963, równolegle z rekrutacją według poprzednich zasad, tj. do czteroletniego liceum [3].

Nowe kryteria naboru do szkoły pielęgniarskiej (wykształcenie i wiek kandydatek) oraz wydłużenie czasu trwania edukacji z czterech do pięciu lat wymagały zmiany planu i programów nauczania, szczególnie przedmiotów ogólnokształcących, które nauczano według programu nauczania technikum cztero- lub pięcioletniego, liceum ogólnokształcącego, liceum zawodowego cztero- lub pięcioletniego (zgodnie ze zmieniającymi się instrukcjami programowo-organizacyjnymi).

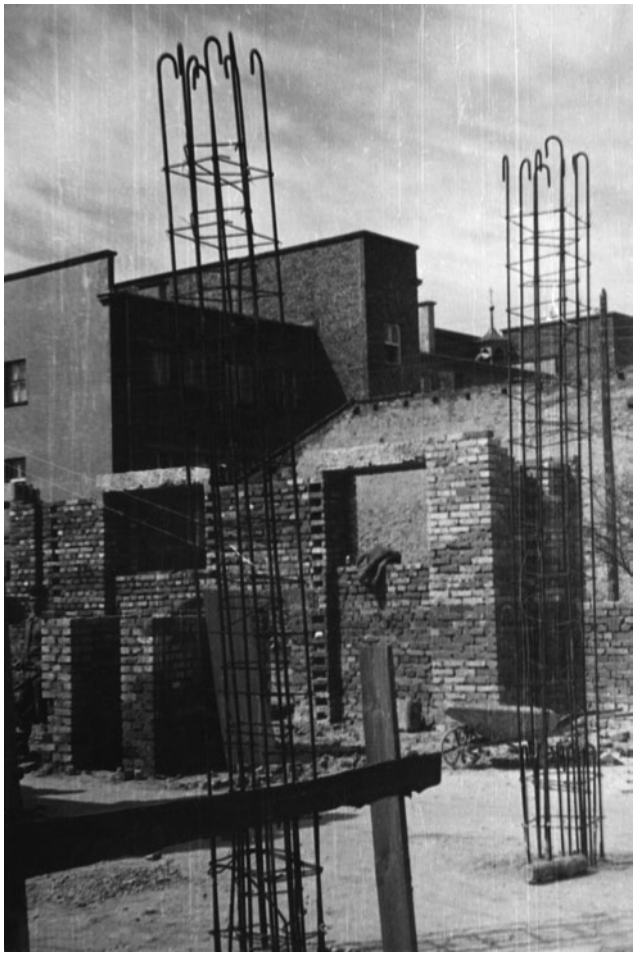
Od roku szkolnego 1970/1971 uczennice nie miały obowiązku zdawania egzaminu dojrzałości, który wcześniej był warunkiem ukończenia szkoły. Od tej daty warunkiem ukończenia szkoły było uzyskanie pozytywnych ocen ze wszystkich przedmiotów nauczania i praktyk zawodowych w klasie piątej oraz zdanie egzaminu zawodowego.

W następnych latach praktyczne nauczanie zawodu mogło być organizowane w formie zajęć praktycznych, zajęć specjalistycznych i praktyk zawodowych. Zajęcia praktyczne prowadzili nauczyciele będący pracownikami szkoły. Natomiast praktyki zawodowe odbywały się pod nadzorem pracowników „zakładów społecznej służby zdrowia". MZiOS dążyło do tego, aby jak największa część praktycznej nauki zawodu realizowana była w formie zajęć praktycznych prowadzonych przez nauczycieli zawodu [3].

Częste reorganizacje, zmiany w planach i programach nauczania w szkole pielęgniarskiej utrudniały doskonalenie form i metod pracy oraz prowadzenie badań nad doskonaleniem i rozwojem szkolnictwa medycznego [3].

INTERNAT

Ważnym wydarzeniem w życiu Szkoły Pielęgniarskiej było oddanie do użytku nowego internatu jesienią 1962 roku (fot. 6). W internacie mogło zamieszkać około 200 uczennic. Pokoje były czteroosobowe [11]. W późniejszym okresie zmniejszono zagęszczenie w pokojach do trzech mieszkanek (liczba miejsc 156). Oprócz pokoi oddano do użytku łazienki i prysznice, co było wysokim standardem na ówczesne czasy. Wtedy też powstała sala gimnastyczna oraz pion gospodarczy, w tym kuchnia i jadalnia. Wejście główne do szkoły znajdowało się od Alei IX Wieków Kielc i prowadziło do przestronnego holu. Z holu droga na prawo wiodła do części administracyjnej i dydaktycznej, na prawo w dół do szatni, na wprost – do sali gimnastycznej, a na lewo – do świetlicy szkolnej utworzonej obok jadalni. Od 1962 roku budynek szkoły połączony z internatem stworzyły kompleks dwupoziomowy. Natomiast sam budynek internatu, podobnie jak budynek szkoły, składał się z suteryny i dwóch pięter.



Fot. 6. Mury nowego internatu (budowę internatu rozpoczęto w 1960 roku). W głębi, z lewej strony, widoczny budynek szkoły

Całodobową opiekę wychowawczo-dydaktyczną nad mieszkankami internatu sprawowały wychowawczynie. Internatem zarządzała kierownik internatu. Funkcję tę sprawowały, m.in. Janina Nowak, Bożysława Łyś, Halina Woźniak i Grażyna Piśkiewicz. Mieszkanki internatu zdobywały nagrody we współzawodnictwie m.in. „o tytuł przodującego internatu" i realizowały hasło „internat naszym domem" [9]. Pracownicy internatu tworzyli uczennicom sprzyjające warunki do efektywnej nauki i kształtowania cech charakteru potrzebnych w zawodzie pielęgniarki.

Młodzież ze swojego grona wybierała zarząd internatu, który miał wpływ na organizację życia oraz sposoby spędzania wolnego czasu. Organizowane były wycieczki w celu poznania Kielc, zwiedzanie muzeów i wystaw, otrzęsiny dla uczennic klas pierwszych, wieczorki andrzejkowe, zabawy mikołajkowe, wieczory wigilijne, imprezy artystyczne z okazji Dnia Kobiet, pierwszego dnia wiosny czy prima aprilis, quizy. W internacie działały również koła zainteresowań [12].

LATA 1979–1997

Na podstawie decyzji Kuratora Oświaty i Wychowania z dnia 8 czerwca 1979 roku dokonała się następna zmiana organizacyjna. Powołany został zbiorczy zakład szkolny o nazwie Zespół Szkół Medycznych w Kielcach, w skład którego weszły: Liceum Medyczne i Medyczne Studium Zawodowe nr 3 składające się z Wydziałów: Techniki Farmaceutycznej i Pracownika Socjalnego [3, 9, 11]. Do Liceum Medycznego nadal rekrutowano uczennice, które ukończyły ośmioklasową szkołę podstawową; nauka trwała pięć lat. Natomiast do Studium Medycznego przyjmowano słuchaczki z wykształceniem średnim. Nauka w Studium trwała dwa lata.

W latach osiemdziesiątych XX wieku przez osiem lat Zespół Szkół Medycznych w Kielcach prowadził dwie zamiejscowe filie Policealnego Studium Medycznego dla Pracujących: Wydział Pielęgniarstwa z siedzibą w Końskich oraz we Włoszczowie. W tych placówkach przygotowywały się do zawodu pielęgniarskiego pracownice zakładów służby zdrowia. W okresie 1983–1989 Studium wykształciło 166 dyplomowanych pielęgniarek [10].

Zaistniałe zmiany w ustroju państwa po obradach „Okrągłego Stołu" (1989) wpłynęły na reformę systemu oświaty. Koncepcja Ministerstwa Edukacji Narodowej (MEN), dotycząca jednolitego systemu kształcenia ogólnego na poziomie średniej szkoły ogólnokształcącej, wpłynęła na przeobrażenia strukturalne średniego szkolnictwa medycznego. Zgodnie z zapisem zawartym w Ustawie o systemie oświaty z 1991 roku art. 25, pkt. 1. „szkoły medyczne zakładał i prowadził Minister Zdrowia i Opieki Społecznej" [13]. Zmiany w systemie kształcenia medycznego obejmowały stopniowe „wygaszanie" pięcioletnich liceów pielęgniarskich i jednoczesne tworzenie szkół pomaturalnych.

W Zespole Szkół Medycznych w Kielcach 1 września 1990 roku rozpoczęto kształcenie pielęgniarek w dwuletnim Studium Pielęgniarstwa Ogólnego, równolegle prowadząc kształcenie w Liceum Medycznym. Nabór do Liceum Medycznego został wstrzymany w 1992 roku, ostatnie absolwentki opuściły szkołę w czerwcu 1996 roku po złożeniu egzaminów z przygotowania zawodowego.

Zakończenie kształcenia na poziomie liceum spowodowane było dążeniem Polski do integracji z Europą, m.in. w zakresie kształcenia pielęgniarek. W 1990 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przedstawiła kompetencje zawodowe pielęgniarki wspólne dla wszystkich krajów oraz wymagania stawiane kształceniu, m.in. ukończenie szkoły średniej przez kandydatki, minimalny okres nauczania zawodu – 3 lata, a liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych nie mniejsza niż 4600 [9]. Kolejnym argumentem za odejściem od tego typu kształcenia pielęgniarek była opinia, że w wieku 15 lat trudno dokonać trafnego wyboru „dobrego zawodu zgodnego z własnym przekonaniem i zainteresowaniami". Podnoszono również kwestię zbyt dużego zaangażowania szkoły we wszechstronny rozwój osobowości pielęgniarki, zamiast położenia nacisku na praktykę w przygotowaniu zawodowym [1].

Liceum Medyczne w Kielcach istniało przez 37 lat i wykształciło 2205 pielęgniarek dyplomowanych. Pierwszy dyplom pięcioletniego Liceum otrzymała Jadwiga Barwicka, a ostatni z numerem 2205 zdobyła Anna Sławińska-Durlej [9].

Tabela 1. Liczba absolwentów Szkoły Pielęgniarstwa w Kielcach w latach 1950–1996

Lp.	Nazwa szkoły	Lata	Liczba absolwentów
1	Państwowa Szkoła Pielęgniarstwa	1950–1959	504
2	4-letnie Liceum Medyczne	1959–1964	168
3	5-letnie Liceum Medyczne	1962–1996	2205
4	Studium Medyczne	1990–2002	brak danych

Po zakończeniu kształcenia pielęgniarek na poziomie licealnym jeszcze przez rok funkcjonował Zespół Szkół Medycznych, w którym w dwuletnim studium pomaturalnym kształcono pielęgniarki.

LATA 1997–2002

Kolejna zmiana obejmowała kształcenie pielęgniarek tylko w szkołach pomaturalnych oraz zmianę organu prowadzącego. Zespół Szkół Medycznych im. Jadwigi Iżyckiej w Kielcach przekształcono w Medyczne Studium Zawodowe im. Jadwigi Iżyckiej w dniu 1 września 1997 roku, a wojewoda świętokrzyski, zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 roku, realizował zadania związane z prowadzeniem przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej publicznej szkoły medycznej [14].

W tym okresie Medyczne Studium Zawodowe w Kielcach kształciło słuchaczy na Wydziałach: Pielęgniarstwa, Położnictwa, Analityki Medycznej, Farmacji oraz Instruktora Higieny.

Szkoła pomaturalna od 1 września 2000 roku zmieniła nazwę na Policealną Szkołę Medyczną im. J. Iżyckiej. Zmianie uległy zasady rekrutacji. Kandydaci do szkoły nie musieli posiadać pełnego wykształcenia średniego (matury), wystarczyło świadectwo ukończenia szkoły średniej. Do szkoły kieleckiej na Wydział Pielęgniarstwa zgłaszały się jednak kandydatki z maturą, które przechodziły rozmowę kwalifikacyjną przy przyjęciu.

Transformacja systemu kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce, która w Kielcach rozpoczęła się w roku akademickim 2001/2002 uruchomieniem trzyletnich studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo w Instytucie Kształcenia Medycznego Wydziału Pedagogicznego i Nauk o Zdrowiu Akademii Świętokrzyskiej, spowodowała likwidację Policealnej Szkoły Medycznej i zakończenie kształcenia policealnego pielęgniarek.

PIŚMIENNICTWO

[1] Poznańska S. Pielęgniarstwo wczoraj i dziś. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1988; 105–107, 145–149.
[2] Zieliński J. Kielce w Polsce Ludowej. Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa 1978; 138–139.
[3] Wołowska I. Podstawy organizacyjno-programowe działalności Liceum Medycznego w Kielcach w latach 1950–1979. Maszynopis. Zbiory Oddziału

Terenowego Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji w Kielcach.
[4] Kronika Zespołu Szkół Medycznych 1990–1993. Zbiory Oddziału Terenowego Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji w Kielcach.
[5] Wspomnienia dyrektor Ireny Wołowskiej. Kontakt osobisty. Listopad 2009.
[6] Iwaniak S. Służba zdrowia w województwie kieleckim (1944–1974). Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej, Kielce 2003; 54–60.
[7] Kronika Szkolnego Koła PCK. Zbiory Oddziału Terenowego Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji w Kielcach.
[8] Ustawa o pielęgniarstwie z dnia 21 lutego 1935 roku. http://www.pielegniarki.info.pl/article/view/id/1524. Dostęp: 28.01.2010.
[9] Wystąpienie wicedyrektor mgr Mirosławy Binek w czasie zakończenia roku szkolnego 1995/1996. Zbiory Oddziału Terenowego Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji w Kielcach.
[10] Wołowska I. Historia szkoły pielęgniarskiej w Kielcach. Maszynopis. Zbiory Oddziału Terenowego Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji w Kielcach.
[11] Dziemidok A. Działalność Liceum Medycznego im. Jadwigi Iżyckiej w latach 1975–1996. Praca magisterska. Promotor E. Kula, Kielce 2003; 29–35.
[12] Kronika Internatu 1989–1993. Zbiory Oddziału Terenowego Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji w Kielcach.
[13] Ustawa o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r. (Dz. U. 1991 Nr 95, poz. 425).
[14] Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 r. (Dz. U. 1997 Nr 109, poz. 703). http://www.abc.com.pl/serwis/du/1997/0703.htm. Dostęp: 8.02.2010.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Elżbieta Kamusińska
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: elakam09@wp.pl
tel. 692 663 622

UPOSAŻENIE SZPITALA PREPOZYTURALNEGO W MAŁOGOSZCZU W KOŃCU XVIII WIEKU

THE REVENUES OF THE PROVOSTRIE HOSPITAL IN MAŁOGOSZCZ AT THE END OF THE XVIIITH CENTURY

Jacek Starzyk[1, 2], Katarzyna Starzyk-Łuszcz[3]

[1] Zakład Fizjologii i Patofizjologii, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Marek Kochmański

[2] Dział Nefrologii Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach
Kierownik: dr n. med. Jacek Starzyk

[3] NZOZ „BGMED" w Warszawie
Kierownik: lek. med. Ewa Gyrczuk

STRESZCZENIE

W XVII–XVIII wieku w państwie polskim istniały dwa typy szpitali: prepozyturalne i parafialne. Szpitale prepozyturalne były autonomicznymi instytucjami posiadającymi własne beneficja, kościoły i obsadę duchową. Szpitale parafialne stanowiły agendę parafii miejskiej lub wiejskiej.
Funkcjonowanie szpitali zawsze związane było z ich uposażeniem, które stanowiły pola uprawne, łąki, ogrody, czynsze z sum kapitałowych oraz jałmużna.
W pracy omówiono uposażenie szpitala w Małogoszczu na podstawie protokołu wizytacji z 1780 roku. W latach 1609–1615 wybudowano kościół szpitalny, budynek szpitala oraz rezydencję prepozyta. Fundatorem był ksiądz Jakub Bieda Chrostkowicz. Uposażenie szpitala stanowiło 9 pól uprawnych, trzy łąki, dwa ogrody, 14 krów oraz 4 sumy kapitałowe. Jednakże wiele pól nie było uprawianych, nie otrzymywano również odsetek od sum kapitałowych. Zarządzaniem majątkiem szpitalnym zajmowali się prowizorzy, niejednokrotnie niewywiązujący się należycie ze swoich obowiązków.
Pod koniec XVIII wieku wymienione formy dochodów zaczęły zanikać, co stało się znaczącą przyczyną upadku szpitala.

Słowa kluczowe: szpital, historia medycyny.

SUMMARY

In the 17th–18th centuries in Poland existed two types of hospitals: so-called hospital provostries and parish hospitals. Hospital provostries were autonomous institutions possessing their own beneficies, churches and clerical assignment.
Parish hospitals constituted as agenda of the village or town parishes.
Every hospital had its own income, which derived from the land, capital sums which were taken in as rents and alms. An income of the hospital in Małogoszcz, basing on an ecclesiastic inspection protocol from 1780, was discussed in this article. The hospital, church and parson's residence, all founded by priest Jakub Bieda Chrostkowicz, were built during 1609–1615. The income of the hospital included 9 fields, 3 meadows, 2 vegetable gardens, 14 cows and 4 capital sums.
However, many fields remained unused and capital sums interest were not received. Provisors, who not always fulfilled their duties, took care of the property. At the end of the 18th century above mentioned types of hospital income began to disappear, which was a significant cause of the hospital fall.

Key words: hospital, history of medicine.

W XVII–XVIII wieku w Rzeczypospolitej istniały dwa podstawowe typy szpitali: szpitale prepozyturalne i szpitale parafialne.

Szpitale prepozyturalne były samodzielnymi instytucjami administracyjno-gospodarczymi, z własnymi beneficjami, z osobnym kościołem, z własnym duchownym – prepozytem (proboszczem), patronatem i zarządem. Powstanie szpitali prepozyturalnych wiązało się ze wzrostem znaczenia miast. Szpitale były zależne od władz miejskich, które sprawowały nad nimi nadzór za pośrednictwem prowizorów. Największy rozwój szpitali prepozyturalnych przypadł na okres od XIV do XVI wieku.

Szpitale parafialne nie były osobnymi organizacjami, lecz stanowiły agendę parafii wiejskich lub miejskich, zarządzaną przez plebana. Zakładanie szpitali parafialnych przypada na okres po zakończeniu soboru trydenckiego. Powstawały one głównie w XVII–XVIII wieku. Najczęściej nie posiadały osobnego funduszu, zdane były na utrzymanie ze strony parafii.

Istnienie i prawidłowe funkcjonowanie szpitali związane było nierozłącznie z ich uposażeniem. Uposażenie szpitali prepozyturalnych było z reguły o wiele bogatsze w porównaniu ze szpitalami parafialnymi. Prepozyt oraz kościół szpitalny często posiadali osobne majątki. W praktyce jednak mienie prepozytur szpitalnych traktowano jako wspólne.

Uposażenie przeznaczone dla prepozytów było z reguły mniejsze od uposażenia szpitala. Wydatki na potrzeby kościoła szpitalnego pokrywane były na ogół z dochodów prepozyta lub szpitala [1].

Z badań Mariana Surdackiego nad stanem szpitalnictwa w Zachodniej Wielkopolsce w XVII i XVIII wieku wynika, że uposażenie szpitali było różnorodne. Informacje na ten temat zawarte w aktach wizytacji z reguły zajmują ½ do ¾ lub więcej opisu wizytacyjnego.

W skład uposażenia szpitali prepozyturalnych wchodziła przede wszystkim rola uprawna. Wielkość pół, łąk, ogrodów nie zawsze była podana w protokołach wizytacyjnych. Pola często były porozrzucane małymi kawałkami po różnych miejscach. Grunty uprawne obsiewał i zbierał z nich plony prepozyt szpitalny albo prowizorzy szpitalni, dzieląc się zbiorami z ubogimi, rzadko pensjonariusze szpitali. Bardzo rozpowszechnione było wydzierżawianie gruntów szpitalnych za czynsz płacony w pieniądzach lub artykułach zbożowo-żywnościowych.

Oprócz ziemi uprawnej do stałego majątku szpitali należały łąki. O ich wielkości pośrednio można wnioskować na podstawie liczby wozów zebranego siana. Były one użytkowane przez prepozytów, prowizorów szpitalnych na podobnych zasadach jak pola uprawne. Łąki często były wydzierżawiane za roczne czynsze pieniężne.

Innym uposażeniem szpitali były ogrody. Stanowiły one główne źródło zaopatrzenia w warzywa. Często były uprawiane przez pensjonariuszy. Praktykowano także wydzierżawianie ogrodów za czynsz pieniężny.

Sady owocowe, stawy, jeziora i lasy były rzadszymi składnikami mienia. Niektóre szpitale utrzymywały inwentarz żywy. Składał się on zarówno ze zwierząt domowych, dostarczających produktów żywnościowych dla ubogich, jak i ze zwierząt pociągowych, służących do uprawy roli.

Utrzymywanie inwentarza żywego oraz uprawa gruntów ornych i łąk wymagały posiadania przez szpitale budynków gospodarczych (stodoły, chlewy, obory, stajnie) i narzędzi rolniczych.

Jednym z ważnych składników uposażenia szpitali były młyny wietrzne lub wodne. Dochody z młynów były czerpane w postaci czynszów uiszczanych w zamian za ich wydzierżawianie. Najczęściej były to czynsze w mące lub w zbożu, rzadziej pieniężne.

Istotnym źródłem dochodów szpitalnych były domy czynszowe, wydzierżawiane za określone sumy pieniężne. Czasem wynajmowano komornikom części budynków szpitalnych.

Ważnym rodzajem uposażenia szpitali były czynsze płynące z kapitałów pieniężnych darowanych i zapisanych szpitalom przez różnych dobroczyńców. Fundowane sumy lokowano na dobrach ziemskich, polach, ogrodach, sadach, placach, folwarkach, domach drewnianych, kamienicach, gospodach, synagogach żydowskich i można je było dowolnie przenosić. Suma zapisana na określonym majątku pozostawała na nim także po zmianie właściciela. Odsetki pobierane przez szpital wynosiły najczęściej 7% rocznie.

Nie należy zapominać, że ważną pozycją w dochodach szpitali były jałmużny. Dzieliły się one na dwa rodzaje: dobrowolne daniny składane przez parafian, duchowieństwo, kolatorów i właścicieli dóbr oraz daniny i ofiary uzyskane osobiście przez biednych na drodze żebrania [2].

Przykładem z obszaru nowożytnego powiatu chęcińskiego województwa sandomierskiego może być uposażenie szpitala w Małogoszczu. Dane uzyskano z protokołu wizytacji przeprowadzonej, jak wynika z tekstu, w 1780 roku. Oryginał przechowywany jest w Archiwum Diecezjalnym w Kielcach (ADK) [3]. Fundatorem szpitala był proboszcz małogoski ksiądz Jakub Bieda Chrostkowicz, późniejszy kanonik i oficjał kurzelowski. Prace budowlane trwały od 1609 do 1615 roku. Wybudowano murowany kościół szpitalny, budynek szpitalny i rezydencję prepozyta szpitalnego [4].

Jak wynika z protokołu wizytacji, uposażenie prepozyta szpitala małogoskiego było oddzielone od uposażenia szpitala. W skład majątku wchodziły grunty i sumy kapitałowe.

Do prepozyta należały pola uprawne w 5 kawałkach. Fundatorem dwóch pól był ksiądz J. Bieda Chrostkowicz w 1606 i w 1612 roku. W chwili wizytacji prepozyt posiadał i użytkował tylko jedno pole. Miał on również niewielką łąkę. Uposażenie prepozyta stanowiło 5 sum kapitałowych, zabezpieczonych na dobrach ziemskich, polach i budynku mieszkalnym. Od dwu sum prepozyt nie otrzymywał odsetek.

Do szpitala należały pola uprawne położone w 9 miejscach, trzy łąki i dwa ogrody. Wszystkie grunty były oddane w dzierżawę. Osobnym składnikiem uposażenia szpitala było 14 krów, również od-

danych w dzierżawę z dochodem rocznym 2 złp od każdej. Ubodzy nie otrzymywali tego dochodu.

Szpital posiadał 4 sumy kapitałowe zabezpieczone na dobrach ziemskich, domach i kamienicy. Od sum zabezpieczonych na dobrach ziemskich szpital nie otrzymywał odsetek [3].

Uposażenie szpitala małogoskiego nie odbiegało znacząco od uposażenia szpitali prepozyturalnych w archidiakonacie sandomierskim w tym samym okresie, jak wynika z opracowania Waldemara Kowalskiego. Podstawą uposażenia tych szpitali była również ziemia i czynsze. Niektóre z nich posiadały także żywy inwentarz i otrzymywały ordynarię, rzadko dziesięciny [5]. Zbliżone uposażenie posiadały szpitale prepozyturalne w Ordynacji Zamojskich w XVII–XVIII wieku [6]. Również inne szpitale prepozyturalne na Lubelszczyźnie miały podobne uposażenie [7].

Zarządzaniem majątkiem szpitalnym zajmowali się prowizorzy. Szpitale zwykle miały dwóch prowizorów wybieranych na 3 lata. Wybór prowizorów następował we współdziałaniu władz kościelnych i miejskich. Często rządcami zostawali członkowie władz miejskich. W zakres ich obowiązków wchodziły: sprawy gospodarcze, administrowanie majątkiem szpitalnym, prowadzenie dokumentacji, składanie sprawozdań prepozytowi, wizytatorowi biskupiemu, władzom miejskim. Prowizorowie często wywiązywali się niewłaściwie ze swoich obowiązków i byli odwoływani przez wizytatorów biskupich [1].

Tak też było w przedstawionym przypadku wizytacji. Mimo że prowizorzy wydali własne fundusze na utrzymanie kościoła i szpitala, zostali odwołani za zaniechanie odebrania należnych szpitalowi sum od mieszczan dzierżawiących pola i łąki. Zostali powołani dwaj nowi prowizorowie, z których jeden był pisarzem miejskim. Równocześnie unieważniono wszelkie dotychczasowe dzierżawy. Grunty, krowy i odsetki od sum kapitałowych szpitala oddano w użytkowanie na okres 6 lat księdzu koadjutorowi proboszcza. Ten zaś corocznie miał przekazywać 150 złp prowizorom. Ci z kolei winni corocznie przedstawić rozliczenie wydatków [3].

Z powyższego opisu wynurza się smutny obraz stanu uposażenia szpitala małogoskiego pod koniec XVIII wieku. Nic więc dziwnego, że po zniszczeniach w trakcie insurekcji kościuszkowskiej w 1794 roku, szpital i kościół szpitalny popadły w ruinę i zostały rozebrane [4].

PIŚMIENNICTWO

[1] Surdacki M. Ustrój polskich szpitali potrydenckich. Roczniki Humanistyczne 2000; 48: 543–560.
[2] Surdacki M. Opieka społeczna w Wielkopolsce Zachodniej w XVII i XVIII wieku. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1992.
[3] Akta parafialne II Małogoszcz. Różne akta 1601–1888. ADK II PM-I/1.
[4] Wiśniewski J. Historyczny opis kościołów, miast, zabytków i pamiątek w Jędrzejowskiem (reprint). Wydawnictwo Jedność, Kielce 2000.
[5] Kowalski W. Uposażenie parafii archidiakonatu sandomierskiego w XV–XVII wieku. Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Jana Kochanowskiego, Kielce 1998.
[6] Partyka W. Opieka społeczna w Ordynacji Zamojskiej w XVII–XVIII wieku. Towarzystwo Naukowe KUL, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Lublin 2008.
[7] Góralski Z. Szpitale na Lubelszczyźnie w okresie przedrozbiorowym. PWN, Warszawa, Łódź 1982.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Jacek Starzyk
Dział Nefrologii ŚCO w Kielcach
25-736 Kielce, ul. Artwińskiego 3
e-mail: jacek.starzyk@onkol.kielce.pl
tel. 41 36 74 751

QUALITY OF EDUCATION AND FACTORS HELPING AND HINDERING EDUCATION IN NURSING

JAKOŚĆ EDUKACJI ORAZ CZYNNIKÓW SPRZYJAJĄCYCH I UTRUDNIAJĄCYCH EDUKACJĘ W PIELĘGNIARSTWIE

Doc. Ph Dr. Helena Kuberová, PhD.

Faculty of Health Care
Catolic University in Ružomberok
Dean: prof. Anton Lacko

SUMMARY

Quality of education is, from a one's personal traits point of view, largely influenced by cognitive qualities (intelligence, education, readiness, learning style, etc.), affective (attitudes, emotional intelligence, motivation, etc.), biological (needs, age, individual particularities, illness and its seriousness, etc.), social and cultural qualities (level of education and culture) and also spiritual qualities (values, understanding of meaning of life, faith, philosophy of life and life after death). Quality and result of education depend also on interdependence of all didactic, educational factors and evaluation tools.

Key words: quality of education, determinants of educational, motivation, attitudes, teacher.

STRESZCZENIE

Jakość edukacji jest jednym z osobistych punktów widzenia człowieka i w dużej mierze zależy od jakości poznawczych (inteligencja, wykształcenie, gotowość, styl uczenia się itd.), afektywnych (postawy, emocje, motywacja, etc.), czynników biologicznych (potrzeby, wieku, indywidualne cechy, choroba i jej waga itp.), czynników społecznych i kulturowych (poziom edukacji i kultury), a także duchowych. Jakość i wyniki kształcenia są również uwarunkowane przez współzależności wszystkich dydaktycznych czynników edukacyjnych i narzędzi oceny. W artykule przedstawiono w skrócie różne rodzaje czynników odpowiedzialnych za sukces lub niepowodzenia kształcenia w zawodzie pielęgniarek (w tym metod nauczania i cech osobowych nauczyciela).

Słowa kluczowe: jakość kształcenia, uwarunkowania edukacyjne, motywacje, postawy, nauczyciel.

FACTORS HELPING EDUCATION

Effective education is supported by inner motivation, readiness, willingness to learn, meaningful feedback, a logically set education plan, a possibility of revising key words and facts, development of positive attitudes towards one's health and optimal space and time for education. According to Plháková [1] motivation is a summary of all intra-psychological dynamic forces that usually activate and organize one's behaviour in order to change current unsatisfactory situation or achieve something positive.

A rational motive is a factor that increases intensity of the output and behaviour, a factor that multiplies a subject (human) by a sufficient amount of energy required for the output. "Je to energizačný činiteľ, ktorý určuje smer či obsah správania ako dosahovania istého cieľa, to znamená, že je aj činiteľom regulačným"[1] [2].

Motives make sure that an individual will survive. An educator uses external motivation in education to achieve the activity's beginning and development, to direct his behaviour, thinking and actions as well. A person, in spite of external motivation, must feel a need to learn within himself, otherwise the learning process will not take place despite all the effort. A positive change will be acquired only after the external need becomes inner and a learner adopts a positive attitude towards learning and, in this way, a positive change. The aim is to arise interest, willingness to learn and change attitudes and behaviour of people. Each person has his own specific attitude towards learning; he may but doesn't have to be motivated and it is a task of an educator to find the right way to motivate a learner. Motives and motivation can be used in the beginning but also throughout the educational process. **Primary motivation** takes place when we offer information to a learner, when we create such a situation that would make them interested in acquiring new knowledge and make them see that this knowledge is

[1] "It is an energizing factor that sets the direction or content of behaviour that helps to achieve a certain goal, which means that it is also a factor of regulation".

necessary. We may explain to them how this knowledge is applicable in everyday life situations. All information and skills that clients have acquired from their social life or media is applicable. At the stage of initial motivation we can use motivational activities that include, according to Petlák, motivation conversation, motivational interview, problem as a motivation and motivational demonstration, demonstration to arose interested in a phenomenon observed [3] .

If this phenomena is connected with educational activity, it is more suitable to consider motivational demonstration as an introduction to the stage of realization in a teaching-learning process. Continuous motivation takes place throughout all educational process in the form of praise, motivational appeal and other methods of motivation that educators use to keep the learners alert and interested in the subject. These methods of education depend on learners' needs and aims. Methods of continuous motivation include content update, motivational appeal, praise, encouragement, criticism, games (gap-fill, puzzle, memory cards, etc.) or methods of performance. Readiness, alertness, willingness to learn, active participation of learners in a learning process make learning more meaningful. If they also take an active part in creating plans and conversations, they learn more quickly and remember more. Feedback also has a positive effect but it must be meaningful as it helps learner to acquire knowledge and skills better. Positive feedback like praise or encouragement supports desirable behaviour and encourages a learner to do more. Educational plan that has been logically drawn up is another condition that helps effective education, allows proceeding from simpler to more difficult and speeds up acquiring knowledge. Revision and key facts consolidation help learners to remember new knowledge but development of positive attitude to the content, one's own willingness and conviction to act so that a positive change in life is acquired are of more importance than perfect knowledge. The quality of education also lies in its preparation and realization in optimally prepared and peaceful environment as well as appropriate time limit [4, 5].

FACTORS HINDERING EDUCATION

Quality education is hindered by education that is not prepared, carried out and evaluated in a professional way. Demotivation, negative feedback, also anger, mockery or sarcasm may discourage a learner from learning. Acute illness, pain, biorhythm, emotional situation, language barrier or other communication barriers, one's age all have a negative effect on the process of education. These but also other factors have a very harmful effect, they often result in serious iatrogenic impact on learner's overall health status.

Education should not to be carried out in the case of an acute illness as it is more of a burden and inappropriate. Education can proceed when a learner overcomes an acute illness because all strength is focused on fighting the illness. Another factor is pain that lowers the ability to concentrate. Age is an important factor that influences quality of education. Each age group calls for a specific approach to education that must be adopted. Mainly in the ill, physically handicapped and elderly people impairment of senses such as sight, hearing, etc. is quite common therefore and educator should adjust education to a patient's age and impairment. It is important to take these factors into consideration and also keep education appropriate to age.

Biorhythm is another factor affecting education quality as mental and physical skills have their own biorhythms, therefore it is necessary for the education to be timed well according to one's individual biorhythm and wishes.

A learner's state of mind and his emotional status (anxiety, depression) consume his energy and drag away his attention. Before starting education it is important that an educator tries to clear away (chase away) the learner's unpleasant feelings by an interesting, motivating conversation. Educators that are just starting their carrier use an **inappropriate method of a questionnaire**, in which they determine learner's amount of knowledge in a particular field. It has a stressful effect as it reminds learners of school times and there is a serious doubt if the ill will willingly continue their cooperation with such a nurse. A language barrier is another factor hindering the quality of education. It mainly concerns foreigners but also deaf-mute clients. To prevent this negative factor it is useful to arrange an interpreter. Unqualified, negative approach of an educator towards a learner as well as rush, ignoring the client, sarcasm, anger and bad personal example have very harmful, iatrogenic effect. The same effect may also be caused by educator's insufficient knowledge and experience in the field of psychology or pedagogy since a person can be hurt not only by inappropriate treatment but also by an inappropriate word or approach. Iatrogenic effect may be caused by inappropriate knowledge and information choice and also by unqualified education preparation, implementation and evaluation [6].

Monologue method of lecture is highly inappropriate and it often acts as an obstacle to an effective and purposeful education. **Lecture** is the least suitable educational method in nursing and has almost no effect so it should be used as little as possible and only in carefully chosen situations. Dialogue methods

including conversation and discussion are more suitable. There are other verbal methods that have a special status and several of which can be used in education in nursing, Those include explanation (e.g. with demonstration for development of skills and self-sufficiency) also approval, praise, encouragement, and persuasion. In particular cases disapproval, rebuke and appropriate punishment (prohibition of something) are acceptable. Nurses and students of nursing starting their education in nursing often opt for a lecture as an educational method; later, when evaluating education, this method seems to be of only little effect, therefore unsuitable for individual education.

When assessing a client's cognitive abilities, nurses and students focus mainly on his knowledge and after education is finished they choose a questionnaire to test his knowledge which is a stressful factor. It is more suitable to focus more on affective aims, a client's attitude to his illness and lifestyle and choose different verbal educational methods.

DIDACTIC SKILLS OF EDUCATORS HELPING QUALITY OF EDUCATION

Besides influencing factors that help education and eliminating the above mentioned obstacles, quality of education is supported by development of pedagogical, didactic and educational skills of educators. It is important to develop mainly positive attitude to learners, learning, colleagues, society and the world in general.

Educators are supposed to support creative approach of learners to learning and discovering, to develop their imagination and creativity. By diminishing their fear of the new and unknown, educators help to remove stressful situations from education and also teach learners how to work on mistakes, which gradually develop their self-confidence, independence and self-trust. Teaching to find the truth, to verify and to solve problem situations, to resolve doubts helps eliminate stereotypical solutions. Introducing learners to information systems primary data and their other options builds technical and information literacy supporting search for new sources of information. Educators are supposed to change people's thoughts into actions, to teach people so that these will be able to finish their self-learning, development or other creative activity and work on their own efficiently. The aims of education must be not only up-to-date but also taking into consideration one's individual particularities. To enable their development, it is important for learners to have enough space and freedom to make themselves realize responsibility for their own life, society and health. When educating, it is important to remember to develop learner's maximum ability to tolerate and respect human rights, democracy, citizen duties but also principles supporting health and healthy lifestyle. When educators take a responsible approach to learners as fully-valued, able and equally responsible, the real effect of enhancing the whole population's quality of life will be acquired. Pedagogical skills of educators, teachers in general are influenced by their personal features and qualities.

Table 1. Educator's personal qualities in education

Educator's personal qualities in education		
• knowledge and general intellectual abilities • professionalism • experience • creative thinking • computer literacy	• morality • probity • ethical code • self-confidence • self-evaluation • empathy, acceptance	• ability to work in a team • ability to motivate • ability to manage • ability to communicate • abilities to observe

Education and its quality is supported by verbal and non-verbal communication skills development of educators but also learners themselves. Verbal and non-verbal social communication skills help to enhance interaction of all participants not only in educational process but also in life as it is. Learners should not be, or better said, must not be lied to, mocked or treated as second-rated. Educator's personal qualities should include no envy, irony, gossiping or underestimating towards learners. It is not totally true that learners only get the necessary knowledge and information from educator's explanation; it is important to remember that people learn all the time, through social learning in any activity. People influence each other by their personal example. By organizing their own intellectual activity, learners learn how to process and use facts and other information. Working with information will help them in developing the ability to present their own work and self-realization.

FAILURE OF A NURSE AS AN EDUCATOR

Sometimes the core of nurse's educational activity is embodied in the sentence: "You must change your eating habits, your lifestyle!" And many nurses are convinced that this is enough. But, of course, it's not. A client must be explained the basis of a particular change in detail and in little pieces. Clients have their rights. A nurse is supposed to know them, to point at them and explain them at every reception to hospital. What strikes as illogical is that patients have no particular duties. This is reflected in problems concerning their cooperation in education [7].

It is right to set the educational diagnosis when preparing for education. Educational diagnoses are focused mainly on lack of knowledge that is not enough when trying to handle the one's illness and reaching for a positive way. It would be necessary to complete educational diagnosis with insufficient or inappropriate attitude to one's health, healthy lifestyle, illness or treatment.

It is quite common to see that students of nursing and also nurses themselves, after setting an educational diagnosis, focus on knowledge about anatomy, physiology, treatment, etc. in their final criteria. This is an example (a Slovak Faculty of Health Service student):

"Aim: The patient has enough information. RC: The patient names the treatment concerning the illness (pneumonia), the patient names causes of the illness, the patient names the complications".

It is also quite common to see that they inform patients about the illness and treatment, which is in doctor's competences:

"To explain to patients the nature of the illness, to instruct about possible causes, symptoms, complications, to inform about real treatment options, to make sure that patients will update their knowledge".

EDUCATIONAL MEETING: (STUDENTS' OF NURSING MATERIAL)

TOPIC: Lung anatomy, types of pneumonia
PLACE: Lecture hall
TIME: 45 min.
FORM: Group (20 people)
METHOD: Lecture
AIM: After the lecture patients describe lung anatomy and different types of pneumonia

The educator continued by reading a lecture. The topic is not chosen well, not only because the rule of appropriateness is broken (the lay public does not need such detailed knowledge as professionals do), but also the method is not suitable since a nurse does not have a direct feedback and has no chance to assess what the listeners remembered and that is what becomes significant for acquiring a positive change. This is how the educator sees his education: "During the lecture patients showed a big interest in this issue that could be seen from their participation in the discussion and number of questions regarding this illness. The aim was fulfilled".

If the listeners took part in a discussion, it was a method of discussion, not a lecture. If an educator states "interactive lecture" as a method, the terminology is wrong because such a form of interaction did not take place there. He described his second and third educational meeting in a similar way. Another mistake made by beginning educators is to hand out questionnaires to test the knowledge. It is highly stressful and the amount of knowledge does not bring about the positive change towards the illness and rules concerning lifestyle changes and cure. The change in attitude is proved by better examination results or regular check-ups. Nursing of the future will definitely have to take into consideration intimacy and private nature of information concerning a person and their illness; therefore an individual form of education will be more appropriate.

CONCLUSION

Education should be a mutual joyful experience that people enjoy attending, participating and care about the result. Pedagogical skills supporting quality education must in the future concentrate more on techniques that would help people predict problems and handle each day and each obstacle.

BIBLIOGRAPHY

[1] Plháková A. Učebnice obecné psychologie. Academia, Praha 2003.
[2] Pardel T, Boroš J. Základy všeobecnej psychológie. SPN, Bratislava 1979.
[3] Petlák E. Všeobecná didaktika. IRIS, Bratislava 2004.
[4] Zdziebło K. Polskie pielęgniarki i położne wobec wyzwań Procesu Bolońskiego. Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej 2007; 7: 63–74.
[5] Nowak-Starz G, Zdziebło K, Szpringer M i wsp. Nursing education in Poland and European Standards. Studia Medyczne 2008; 9: 9–13.
[6] Kuberová H. Didaktika ošetrovateľstva. FZ KU, Ružomberok 2008.
[7] Lunterová J. Kde zlyháva sestra ako edukátor? In: Sestra 2007; 6 (9–10): 19.

Address for Correspondence:
Doc. PhDr. Helena Kuberová, PhD.
FZ KU v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48
034 01, Ružomberok, Slovakia
e-mail: Helena.Kuberova@ku.sk
Phone: +421 44 4304317

SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI NAUKOWEJ III KLINIKI PSYCHIATRYCZNEJ IPIN I KLINIKI PSYCHIATRII DOROSŁYCH CM UJ „KONTROWERSJE W PSYCHIATRII 2010 – ZABURZENIA LĘKOWE I LĘK JAKO OBJAW” KRAKÓW 23–24.04.2010

A REPORT OF THE SCIENTIFIC CONFERENCE OF THE III PSYCHIATRIC CLINIC IPIN AND THE ADULT PSYCHIATRICS CLINIC CM UJ ON “THE CONTROVERSIES IN PSYCHIATRY 2010 – ANXIETY DISTURBANCES AND FEAR AS A SYMPTOM” CRACOW APRIL 23–24 2010

Agata Horecka-Lewitowicz[1, 3], Piotr Lewitowicz[2], Monika Szpringer[1]

[1] Zakład Profilaktyki Społecznej, Instytut Zdrowia Psychicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. hum. Monika Szpringer

[2] Zakład Fizjologii i Patofizjologii, Instytut Zdrowia Psychicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Marek Kochmański

[3] Poradnia Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży w Kielcach

Lęk jest jedną z najczęstszych skarg zgłaszanych przez pacjentów psychiatrycznych. Jako objaw może być składową wielu zespołów i zaburzeń psychicznych. Lęk jako taki jest emocją przynależną każdemu człowiekowi i może mieć charakter adaptacyjny i dezadaptacyjny. Według definicji lęk to nastrój; może przejawiać się jako lęk uogólniony, napadowy lub w postaci fobii. Towarzyszą mu objawy poznawcze, emocjonalne, somatyczne i behawioralne.

W sesji „Epidemiologia zaburzeń lękowych i lęku jako objawu” Andrzej Kiejna i Maja Kasprzak przedstawili dane potwierdzające, że zaburzenia lękowe należą do grupy najczęściej występujących zaburzeń psychicznych, także wśród dzieci i młodzieży. Autorzy wymienili czynniki ryzyka wystąpienia zaburzeń lękowych – płeć żeńska, wiek 15–24 i 45–54 lat, obciążenia rodzinne (zaburzenia lękowe w wywiadzie rodzinnym); ciekawe jest, że agorafobia występuje istotnie częściej u osób pracujących w domu. Czynnikiem ryzyka wystąpienia fobii społecznej jest m.in. niższy poziom wykształcenia, pozostawanie osobą samotną, oraz zamieszkiwanie z rodzicami. W Polsce występowanie zaburzeń lękowych oceniane jest na 23% populacji ogólnej, z dwukrotną przewagą kobiet.

Podczas sesji „Genetyka lęku” omówiono predyspozycje osobnicze do wystąpienia zaburzeń lękowych. Profesor Jerzy Samochowiec przedstawił rozpowszechnienie zaburzeń lękowych, współwystępowanie z nimi innych chorób psychicznych (m.in. zaburzeń nastroju i nadużywanie substancji psychoaktywnych) oraz rolę układów neuroprzekaźnikowych (głównie przewodnictwa gabaergicznego, serotoninergicznego i noradrenergicznego) w dziedziczeniu i ekspresji zaburzeń lękowych.

Ważnym spotkaniem była sesja „Dysmorfofobia – rozpoznanie, różnicowanie i współchorobowość”. Profesor Maria Kobayashi przedstawiła kontrowersje dotyczące samego pojęcia dysmorfofobii – „dysmorfofobia fobią nie jest, w niektórych psychozach chorego dręczy myśl, że jego twarz jest zniekształcona – jest to ejchektofobia”. Pacjenci z poczuciem zmiany wyglądu twarzy zgłaszają się do specjalistów z różnych dziedzin medycyny, natomiast ich spotkanie z psychiatrą jest zwykle ostatnim i z reguły dochodzi do niego na życzenie lekarza innej specjalności lub rodziny pacjenta. Dysmorfofobia jest zaburzeniem szeroko dyskutowanym m.in. ze względu na problemy klasyfikacyjne (a co za tym idzie wdrażane postępowanie terapeutyczne). U 27–39% pacjentów z dysmorfofobią przekonania o zmianie wyglądu (głównie twarzy) mają charakter urojeniowy, co pozwala zaliczyć je do zaburzeń psychotycznych. W pozostałej grupie spełniają one kryteria zespołu obsesyjno-kompulsyjnego, a więc zaburzeń z grupy

nerwicowej. Bardzo istotne jest, że objawy dysmorfofobii u młodych ludzi mogą być jednym z pierwszych objawów schizofrenii.

Trudnym problemem jest współwystępowanie zaburzeń lękowych i depresyjnych. W obu przypadkach występują takie objawy, jak drażliwość, wycofanie społeczne, poczucie zmęczenia. Część objawów typowych dla zaburzeń lękowych – nadwrażliwość, agorafobia – stosunkowo często występuje też w depresji. Ponadto objawy lękowe mogą być maskami psychopatologicznymi depresji (tzw. depresja maskowana). Dominika Dudek podczas sesji poświęconej tym problemom zwracała szczególną uwagę na konieczność precyzyjnej oceny lęku jako objawu zgłaszanego przez pacjentów. Jeżeli objawy lękowe zmieniają swoje nasilenie w cyklu np. sezonowym, dobowym, w rodzinie pacjenta były zaburzenia afektywne, należy brać pod uwagę możliwość występowania depresji maskowanej lękiem. Zespoły depresyjne współistnieją najczęściej z lękiem napadowym, uogólnionym, agorafobią, PTSD i OCD. Poziom współistnienia tych zaburzeń oceniany jest na 4,6%. Pacjenci z objawami lękowymi i depresyjnymi częściej nadużywają alkoholu i benzodiazepin. U 83% pacjentów objawy lękowe poprzedziły wystąpienie zespołu depresyjnego.

Istotnym problemem jest wzrost zachorowań wśród dzieci i młodzieży, poświęcona temu została sesja „Zaburzenia lękowe u dzieci i młodzieży". Patogeneza zaburzeń lękowych w tej grupie wiekowej jest bardzo złożona. Do ich wystąpienia przyczyniają się predyspozycje genetyczne, bodźce zewnętrze i wewnętrzne, stadium rozwoju mózgu, poziom hormonów, doświadczanie sytuacji stresowych, uczenie się i społeczne interakcje. Według prof. Ireny Namysłowskiej zaburzenia lękowe u dzieci i młodzieży mają podłoże biologiczne, ale przeżywanie lęku zależy od rodzaju przywiązania i systemu rodzinnego dziecka.

Podczas sesji szeroko omówione zostały cechy systemów rodzinnych bezpiecznych i wyzwalających lęk, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji nieświadomego wchłaniania przez dziecko lęku rodziców, procesu uczenia się zachowań lękowych oraz sposób przekazywania dzieciom specyficznego, zagrażającego obrazu świata. W związku z istotną rolą systemu rodzinnego w procesie rozwoju zaburzeń lękowych u dzieci podstawową metodą leczenia jest terapia rodzin. Prospektywne badania populacyjne ujawniły szczególne okresy początku poszczególnych zaburzeń lękowych: lęk separacyjny – ok. 7–9 r.ż., fobia społeczna – 15–16 r.ż., lęk napadowy – 17–18 r.ż. U dziewczynek notuje się silny wzrost częstości zaburzeń lękowych, rozpoczynając od 5 roku życia, przez całe dzieciństwo i adolescencję. U chłopców jest to raczej wzrost stopniowy, z tendencją do spadku w późnej adolescencji. Średni czas początku i czas trwania zaburzenia pozostają bez zmian ze względu na wiek i płeć.

Profesor Janusz Heitzman prowadził sesję „Nowa koncepcja urazu traumatycznego: złożone zaburzenie stresu pourazowego – Complex PTSD". Zaburzenia pourazowe są na piątym miejscu wśród głównych rozpoznań psychiatrycznych. U około 20% osób, które dotknęło zdarzenie traumatyczne, rozwijają się objawy PTSD. Do czynników predysponujących do rozwoju zaburzeń w następstwie urazu należą: obecność wcześniejszego urazu w dzieciństwie, zaburzenia osobowości (borderline, cechy paranoidalne), genetyczno-konstytucjonalna podatność na choroby psychiczne, nieadekwatny system wspierający, długotrwałe obciążenia psychiczne, nadużywanie alkoholu. Najistotniejsze w koncepcji urazu traumatycznego jest to, że uraz psychiczny niemal zawsze pociąga za sobą element utraty, czego konsekwencją jest wystąpienie reakcji żałoby, depresji i ryzyka wystąpienia epizodów suicydalnych. Complex PTSD nie musi wynikać z wpływu jednego, poważnego i zagrażającego życiu urazu, może być wynikiem kumulacji incydentów i zdarzeń, pojedynczo niezagrażających życiu. Źródłem urazu mogą być nadużycia seksualne, nadużycia fizyczne i emocjonalne, przemoc domowa, przemoc społeczna, przedłużający się stres u opiekunów domowych nad osobą nieporadną i chorą psychicznie, praca w oddziale ratunkowym, opieka nad ofiarami naturalnych katastrof bez możliwości ucieczki, np. tsunami. Do spektrum objawowego PTSD należą natrętne wspomnienia, zachowania dysocjacyjne, unikanie, nadmierna pobudliwość, upośledzenie afektu, spadek inicjatywy, zachowania impulsywne oraz izolacja.

Kolejne sesje poświęcone były leczeniu farmakologicznemu zaburzeń lękowych z podkreśleniem ryzyka uzależnienia od leków przeciwlękowych oraz rodzajom psychoterapii skutecznych w tej grupie zaburzeń. Uczestnicy sesji zgodnie podkreślali najwyższą skuteczność terapii behawioralno-poznawczej.

Konferencja „Kontrowersje w psychiatrii 2010 – zaburzenia lękowe i lęk jako objaw", która odbyła się w dniach 23–24 kwietnia 2010 roku w Krakowie, wniosła wiele nowych i istotnych informacji na temat rozpoznawania, różnicowania i postępowania terapeutycznego u pacjentów z zaburzeniami lękowymi.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Agata Horecka-Lewitowicz
Zakład Profilaktyki Społecznej WNoZ UJK
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: lewitowicz@onet.eu
tel. 606 643 763

REGULAMIN PUBLIKACJI PRAC W „STUDIACH MEDYCZNYCH"

- Kwartalnik „Studia Medyczne" ("Medical Studies") przyjmuje do druku prace w języku polskim i angielskim, oryginalne, poglądowe, kazuistyczne, historyczne, listy do redakcji, recenzje książek, sprawozdania ze zjazdów naukowych, z medycyny oraz z dziedzin pokrewnych: psychologii, etyki, historii medycyny, organizacji ochrony zdrowia.
- Wszystkie prace oryginalne muszą spełniać wymogi Deklaracji Helsińskiej z 1989 r. W uzasadnionych przypadkach musi być załączona informacja o zgodzie Komisji Bioetycznej na przeprowadzenie badania lub przesłanie odpowiedniej dokumentacji. W opisie przypadków kazuistycznych obowiązuje zakaz podawania danych personalnych, chyba że chory wyraża na to świadomie zgodę, np. na publikowanie zdjęć.

PRZYGOTOWANIE MANUSKRYPTU (MASZYNOPISU)

Maszynopis pracy winien być przygotowany w formacie A-4. Tekst pisany czcionką 12 pkt, z zachowaniem marginesów: górny i dolny – po 2 cm, lewy – 3 cm, prawy – 4 cm. Na kartce wydruku powinno być ok. 30 wierszy, w każdym wierszu ok. 60 znaków, licząc łącznie z odstępami między wyrazami, interlinia – przynajmniej 24 pkt.

Strona tytułowa

1. Tytuł pracy: (w języku polskim i angielskim).
2. Imię (imiona) i nazwisko autora(ów), tytuły naukowe.
3. Instytucja(e), z której pochodzi praca.
4. Kierownik instytucji (tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko kierownika).

Streszczenie (w języku polskim i angielskim) dla prac oryginalnych od 200 do 250 słów w układzie: cel pracy, materiał i metody, wyniki i wnioski; dla prac kazuistycznych i poglądowych – od 100 do 150 słów).

Słowa kluczowe. 4–5 terminów indeksujących lub słów kluczowych (w języku polskim i angielskim) opisujących przedmiot pracy (jeśli to możliwe – zgodnie z Index Medicus Medical Subject Headings (MESH).

Tekst pracy. W zależności od rodzaju, praca powinna być podzielona na:

– praca oryginalna – wstęp (wprowadzenie do zagadnienia, opis problemu i założenia), cel(e) pracy, materiał i metody (opis projektu badania naukowego, miejsca), wyniki (o ile jest to możliwe, mogą być częściowo przedstawione w tabelarycznym układzie), omówienie (na tle aktualnego piśmiennictwa) i wnioski (nie powinny być powtórzeniem wyników pracy);
– praca kazuistyczna – wstęp, opis przypadku, omówienie i wnioski;
– praca poglądowa – wstęp, rozwinięcie omawianego tematu (problemu), wnioski.

Objętość pracy oryginalnej nie powinna przekraczać 14 stron maszynopisu znormalizowanego, pracy kazuistycznej 8 stron, a pracy poglądowej 18 stron łącznie z piśmiennictwem. W niektórych przypadkach prace mogą przekraczać limit objętości za zgodą Komitetu Redakcyjnego.

Skróty stosowane w tekście należy zawsze objaśniać przy pierwszym wystąpieniu terminu, nie należy stosować skrótów w tytule pracy. Określenia statystyczne, skróty i symbole powinny być jasno zdefiniowane.

Niezależnie od tematyki w tekście należy używać międzynarodowych nazw leków.

Wyniki badań laboratoryjnych oraz odpowiednie normy i odchylenia standardowe powinny być wyrażone w jednostkach przyjętych przez Międzynarodowy Układ Miar SI.

Tabele kombinowane, ryciny, zdjęcia, mapy, wzory itp. powinny być załączone w osobnej kopercie, również na płycie z zaznaczeniem miejsca ich umieszczenia w tekście. Rozmiar rycin 12–14 cm, tabele do formatu A4.

Podziękowania. Dotyczą osób lub instytucji, które przyczyniły się do powstania pracy, w tym źródeł finansowych, dzięki którym powstała praca. Osoby wymienione w podziękowaniach muszą dać zgodę na ujawnienie swojego nazwiska. Uzyskanie zgody należy do autorów.

Piśmiennictwo powinno być umieszczone na końcu pracy – pisane taką samą czcionką jak tekst. Układ piśmiennictwa musi być zgodny ze standardem Vancouver, tj. wg kolejności cytowania w pracy. Należy uwzględnić nazwisko, pierwsze litery imion, tytuł pracy, skrót tytułu czasopisma (wg lndex Medicus), rok, tom i strony początkową i końcową. Jeżeli liczba autorów przekracza 3, to po 3 nazwiskach dodać: i wsp. W pracach oryginalnych i poglądowych należy uwzględnić do 40 pozycji, w kazuistycznych do l0. Każdą publikację umieszczać należy od nowego wiersza.

Przykłady prawidłowego piśmiennictwa:
– Artykuł:
Andrzejewski AM, Kolasiński Z, Bryk A i wsp. Własne 10-letnie doświadczenia w cholecystektomii laparoskopowej. Wideochirurgia 2006; 1: 82–89.
Vant RM, Vrijland WW, Lange JF et al. Mesh repair of incisional hernia: comparison of laparoscopic and open repair. Eur J Surg 2002; 168: 684–689.
– Książka:
Franklin MA. Thoracoscopy. MTP Press. Lancaster, UK 1986.
– Rozdział w książce:
Bron JD. Early events in the infection of the arthopod gut by pathogenic insect viruses. In: Invertebrate Immunity. Ed. K Maramorosch, RE Shope. Academic Press. New York, San Francisco, London 1976; 80–111.
Orkiszewska A. Badania u chorych chirurgicznych. W: Chirurgia dla pielęgniarek. Red. W Rowiński, A Dziaka, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999; 4: 48–72.

Adres do korespondencji. Na końcu pracy musi być zamieszczony adres autora oraz nr telefonu, faksu, e-mail.

Oświadczenie. Do pracy należy dołączyć oświadczenie, że nie była publikowana i że nie została złożona do druku w innym czasopiśmie oraz że autor wyraża zgodę na opublikowanie pracy w Internecie.

Odpowiedzialność prawną i merytoryczną za nieprawidłowości związane z przygotowaniem pracy ponoszą wszyscy autorzy w równym stopniu.

- Prace powinny być przesłane w 2 egzemplarzach maszynopisu i niezależnie od tego na opisanej płycie CD. Zalecane są formaty: Word pod Windows 98/2000/XP.

REDAKCYJNE OPRACOWANIE

- Wszystkie prace są recenzowane zgodnie ze współczesnymi wymogami oceny tego typu opracowań. Prace są oceniane przez recenzentów anonimowo, a autor otrzymuje z redakcji zawiadomienie o przyjęciu lub odrzuceniu pracy. Autor może podać nazwiska osób, które (jego zdaniem) nie powinny opiniować artykułu. Korekty tekstu dokonuje pierwszy autor lub jeden ze współautorów.
  Prace niezakwalifikowane do druku Redakcja zwraca jedynie na żądanie.
- Wydawca nabywa na zasadzie wyłączności ogół praw autorskich do wydrukowanych prac, w tym prawo do wydawania drukiem, na nośnikach elektronicznych i innych oraz w Internecie.

Redakcja

PUBLICATION INSTRUCTION IN "MEDICAL STUDIES"

- The quarterly „Studia Medyczne" ("Medical Studies") accepts for publication in Polish and English original papers, demonstrative and casuistic papers as well as historical accounts, letters to the Editor, reviews, short reports from scientific conferences devoted to medicine and related areas: psychology, ethics, history of medicine, organization of health care.
- All original papers must fulfil the requirements of the Helsinki Declaration from 1989. In justified cases information must be attached about the consent of the Bioethical Commission concerning the investigation, or relevant information should be sent. In the description of casuistic cases, it is forbidden to provide personal data, unless the patient consciously gives his or her consent, e.g. for the publication of photos.

PREPARATION OF THE MANUSCRIPT (TYPESCRIPT)

The typescript of the paper should be prepared in the format A-4. The text of the type of 12 points, with the maintenance of margins: upper and bottom – 2 cm, left – 3 cm, right – 4 cm. On the printout there should be approx. 30 lines, in every line approx. 60 signs with spaces at least 24 points.

Title page

1. Title of the paper: (in Polish and English).
2. Full name (names) of the author(s), academic titles.
3. Institution(s) from which the paper originates.
4. Head of the institution (title, degree, full name).

Summary (in Polish and English) for original studies from 200 to 250 words in the arrangement: the aim of the study, material and methods, results and conclusions; for casuistic and demonstrative papers – from 100 to 150 words).

Key words. 4–5 index terms or key words (in Polish and English) describing the subject of the study (if possible – in compliance with Index Medicus Medical Subject Headings (MESH).

Text of the contribution. Depending on the kind, the contribution should be divided into:

– original paper – introduction (introduction to the problem, problem description and assumptions), aim(s) of the contribution, material and methods (description of the investigation and its venue), results (as far as it is possible, they can be partly represented in tabular arrangement), discussion (against the background of current literature), and conclusions (they should not be a repetition of results of the study);
– case study – introduction, description of case, discussion and conclusions;
– review paper – introduction, development of the problem, conclusions.

Volume of the original work should not exceed 14 pages of standardized typescript, a case studies – 8 pages, and a review paper – 18 pages including the literature. In some cases contributions can exceed the volume limit upon the agreement of the Editorial Committee.
Abbreviations in the text must be always explained at the first appearance of the term; no abbreviations can be in the title of the contribution.
Statistical data, abbreviations and symbols should be clearly defined.
Aside from of the subject matter, international names of medicaments should be used.
Findings of laboratory investigations and suitable standards and standard deviations should be expressed in units accepted by the International System of Measures SI.

Tables combined, pictures, photos, maps, examples, etc. should be attached in a separate envelope, also on the diskette with the mark of the place of their location in the text. The size of pictures is 12–14 cm; tables – up to A4 size.

Acknowledgments refer to persons or institutions who/which contributed to the creation of the study, including financial sources thanks to which it came into being. Persons mentioned in Acknowledgments must give their consent to disclose their names. Authors are responsible to obtain the consent.

Bibliography should be listed at end of the paper – it must be typed by the same fonts as the text. The arrangement of the literature must be compatible with the Vancouver Standard, i.e. according to the sequence of quotation in the paper. The name, initials, the title of the work, abbreviation of the title of the periodical (according to lndex Medicus), year, volume, and first and final page numbers. If the number of authors exceeds 3, after the third name add: et al. In original and demonstrative papers one ought to take into account up to 40 items; in casuistic papers up to l0. Every publication must be placed from a new line.

Examples of the correct literature:
– Article:
Andrzejewski AM, Kolasiński Z, Bryk A i wsp. Własne 10-letnie doświadczenia w cholecystektomii laparoskopowej. Wideochirurgia 2006; 1: 82–89.
Vant RM, Vrijland WW, Lange JF et al. Mesh repair of incisional hernia: comparison of laparoscopic and open repair., Eur J Surg 2002; 168: 684–689.
– Book:
Franklin HAS. Thoracoscopy. MTP Press. Lancaster, UK 1986.
– Book chapter:
Bron JD. Early events in the infection of the arthopod gut that pathogenic insect viruses. In: Invertebrate Immunity. Ed. K Maramorosch, RE Shope. Academic Press. New York, San Francisco, London 1976; 80–111.
Orkiszewska A. Badania u chorych chirurgicznych. W: Chirurgia dla pielęgniarek. Red. W Rowiński, A Dziaka, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999; 4: 48–72.

Address for correspondence. At the end of the paper the author's address and the number of telephone, fax, and e-mail address must be given.

Declaration. A declaration must be attached to the paper that it was not published and/or submitted for publication in another periodical, and that the author assents to publish the paper on the Internet.

Legal and substantial responsibility for any errors related to the preparation of the paper shall be shared by all authors equally.

- Contributions should be sent in 2 typescript copies and on a diskette. Word for Windows 98/2000/XP is recommended.

EDITORIAL ELABORATION

- All contributions are reviewed in accordance with current requirements for the assessment of this type of elaborations. Contributions are assessed by reviewers anonymously, and the author receives a notice from the Editorial Board about acceptance or rejection of the paper. The author may provide names of persons who (in his or her opinion) should not assess the article. Corrections of the text is made by the first author or one of co-authors. Papers not qualified for print are returned only on request.
- The Publisher acquires the general exclusive copyright to print the publication including dissemination of the publication on electronic media and on the Internet.

The Editorial Board