

Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi

PERSPEKTYWY

EDUKACYJNO-SPOŁECZNE

WYŻSZA SZKOŁA BIZNESU I NAUK



Kwartalnik PERSPEKTYWY EDUKACYJNO-SPOŁECZNE
Numer 04/2015

REDAKTOR NACZELNY

prof. nadzw. dr hab. Adam Solak

RADA NAUKOWA

Prof. zw. dr hab. Tadeusz Aleksander (Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego)
Prof. zw. dr hab. Jadwiga Stawnicka (Uniwersytet Śląski)
Prof. nadzw. dr hab. Anna Karpińska (Uniwersytet w Białymstoku)
Prof. nadzw. dr hab. Norbert Pikuła (Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie)
Prof. nadzw. dr hab. Adam Solak (Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi)
Prof. nadzw. dr hab. Aleksandra Żukrowska (Collegium Balticum Szczecińska Szkoła Wyższa)
Prof. Hakan Ergul (Hacettepe University in Ankara, Turcja)
Prof. Daniel Mara (Lucian Blaga University in Sibiu, Rumunia)
Prof. ass. Elena Lucia Mara (Lucian Blaga University in Sibiu, Rumunia)
Dr Wanda Baranowska (Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi)
Dr Alan Britton (University in Glasgow, Szkocja)
Dr Hazel Crichton (University in Glasgow, Szkocja)
Dr Małgorzata Kosiorek (Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi)
Dr Stephen McKinney (University in Glasgow, Szkocja)
Dr inż. Mateusz Muchacki (Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie)
Dr Renata Muchacka (Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie)

SEKRETARZ REDAKCJI

dr Violetta Tanaś

REDAKTORZY OBSZAROWI

dr Renata Szczepanik (pedagogika)
dr Piotr Dzieduszyński (psychologia)
dr Joanna Szewczyk-Kowalczyk (antropologia)
dr Wojciech Welskop (socjologia i polityka społeczna)
mgr Mariusz Ołężałek (nauki prawne)
mgr Katarzyna Paszyn (kulturoznawstwo i media)

REDAKTOR STATYSTYCZNY/TECHNICZNY

mgr Agnieszka Małachowska

REDAKTOR JĘZYKOWY

mgr Janina Sabat

PROJEKT OKŁADKI / SKŁAD

mgr Magdalena Kubiak

Wersją pierwotną półrocznika PERSPEKTYWY EDUKACYJNO-SPOŁECZNE jest wersja elektroniczna

Strona internetowa czasopisma <http://www.medyk.edu.pl/kategorie/perspektywy-edukacyjno-spoleczne>

Redakcja półrocznika „PERSPEKTYWY EDUKACYJNO-SPOŁECZNE”

Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu

ul. Piotrkowska 278, 90-361 Łódź

tel./fax: (42) 683 44 22

redakcja@medyk.edu.pl

Łódź 2015

ISSN 2353-8031

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie	4
I. Studia i rozprawy	5
Piotr Dzieduszyński	6
Kompetencje społeczne i poczucie własnej skuteczności byłych wychowanków państwowych domów dziecka – komunikat z badań	
Sylwia Jankow	13
Postrzeganie kultury żydowskiej przez studentów kierunków humanistycznych Uniwersytetu Łódzkiego	
Renata Muchacka	18
Co warto wiedzieć na temat cukrzycy?	
Katarzyna Okólska, Oliwia Jackowska	26
Fakty i mity o kurateli sądowej. Wyobrażenia studentów pedagogiki resocjalizacyjnej na temat pracy kuratorów sądowych	
Halina Worach-Kardas, Katarzyna Leszczyńska	32
Samoleczenie wśród starszych kobiet w przestrzeni wiejskiej	
Halina Worach – Kardas, Szymon Kostrzewski	37
Long – term unemployment in the context of health and quality of life	

Wprowadzenie

Zmiany, które dokonują się we współczesnym świecie implikują szersze spojrzenie na edukację. Edukacja to pojęcie, które głównie związane jest z rozwojem umysłowym oraz wiedzą jednostki. W szerszym znaczeniu edukacja może określać również stan wiedzy danej osoby, społeczeństwa a nawet całego narodu, pojęcie edukacji związane jest również z ogółem czynności oraz procesów, które mają na celu głównie przekazywanie wiedzy z różnych dziedzin. Niewątpliwie edukacja kształtuje wszelkiego rodzaju cechy jak również pewne nawyki oraz umiejętności, odgrywa także bardzo ważną rolę w naszej kulturze oraz całym życiu człowieka. Dlatego też na łamach naszego czasopisma przedstawiamy edukację widzianą z różnych perspektyw. I tak oto z niniejszego numeru dowiadujemy się o profilaktyce i edukacji w przebiegu cukrzycy oraz konsekwencjach samoleczenia wśród starszych kobiet w przestrzeni wiejskiej. W kolejnym artykule autorzy wskazują zależność czasu trwania bezrobocia na zdrowie i jakość życia osób po 45-tym roku życia. Kolejne dwa artykuły to przedstawienie kultury żydowskiej oraz kurateli sądowej w percepcji studentów. W ostatnim artykule autor prezentuje kompetencje społeczne oraz usamodzielnianie się byłych wychowanków domów dziecka. W imieniu Redakcji informuję także, iż od 2015 roku „Perspektywy Edukacyjno – Społeczne” wydawane będą jako półrocznik. Zapraszam do lektury.

W imieniu Redakcji
prof. nadzw. dr hab. Adam Solak

PERSPEKTYWY

EDUKACYJNO-SPOŁECZNE

I. Studia i rozprawy

Piotr Dzieduszyński
Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu

Kompetencje społeczne i poczucie własnej skuteczności byłych wychowanków państwowych domów dziecka – komunikat z badań

Abstrakt

Pobyt w domu dziecka związany jest z szeregiem obciążeń natury obiektywnej i psychologiczno – pedagogicznej, wpływających negatywnie na funkcjonowanie psychiczne wychowanków. Dotyczy to nie tylko dzieci i młodzieży przebywającej aktualnie w placówce, ale też osób, które opuściły dom dziecka wiele lat temu. Niniejszy artykuł stanowi sprawozdanie z badań dotyczących poziomu kompetencji społecznych byłych wychowanków państwowych domów dziecka. Przystępując do badań spodziewano się, że socjalizacja wychowanków przebiegająca w niekorzystnych warunkach placówki mogła negatywnie wpłynąć na sferę ich funkcjonowania społecznego w „dorosłym życiu”. Wyniki badań wskazują jednak, że średni poziom kompetencji społecznych byłych wychowanków domów dziecka mieści się w dolnym przedziale wyników przeciętnych, natomiast poczucie własnej skuteczności w badanej grupie jest przeciętne.

Słowa kluczowe: Domy dziecka, usamodzielnienie wychowanków, kompetencje społeczne, poczucie własnej skuteczności, nadzieja na sukces

Abstract

Being brought up in a children's home is believed to impact negatively on individuals and their social relations. This applies not only to those who are currently in children's homes, but also those who were in these institutions in the past. This article provides an overview of findings from a study into social competences of people who left children's homes several years earlier. Contrary to the findings reported in earlier studies, this study demonstrates that people brought up in children's homes have social competences in the lower range of the average, and they exhibit average self-efficacy.

Keywords: Children's homes, social competences, self-efficacy, drive for success

Dotychczas w Polsce przeprowadzono liczne badania różnorodnych cech psychofizycznych dzieci i młodzieży przebywającej aktualnie w domach dziecka, ewentualnie skuteczności tzw. procesu „usamodzielniania się”, mierzonego najczęściej zdobyciem wykształcenia i pracy.¹ Stosunkowo

1 E. Bielecka, Patologia środowiska rodzinnego i lokalnego jako przyczyna zaburzeń w zachowaniu się wychowanków domów dziecka, [w:] S. Bandora, D. Marzec (red.) Dziecko w placówce szkolnej i pozaszkolnej w okresie transformacji, WSP, Warszawa 1996; B. Czereddecka, Potrzeby psychiczne sierot społecznych, IWZZ, Warszawa 1988; A. Chudnicki, Samoocena wychowanków domów dziecka, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, nr 6/2005; G. Gajewska, Przygotowanie wychowanków do samodzielnego życia i pełnienia pierwszoplanowych ról społecznych, [w:] Dąbrowski Z. (red.) Węzłowe problemy opieki i wychowania w domu dziecka, WSP, Olsztyn 1997; M. Jurga, Doświadczenie społeczne i rozwój osobowości wychowanek domów dziecka, [w:] M. Tyszkowa (red), Rozwój dziecka w rodzinie i poza rodziną, UAM, Poznań 1985; I. Pyrzyk, Sieroctwo jako podstawowa sytuacja wychowanków domów dziecka, „Paedagogia Chrystiana”, nr 2(6)/2000; M. Sajkowska, Wychowankowie domów dziecka

mało wiadomo na temat dalszych losów i funkcjonowania społeczno-emocjonalnego byłych wychowanków tych placówek. Badania zaprezentowane w artykule są próbą częściowego wypełnienia tej luki w odniesieniu do sfery kompetencji społecznych i poczucia skuteczności osób, które już opuściły domy dziecka. Głównym celem prowadzonych badań jest diagnoza szeroko rozumianych kompetencji społecznych byłych wychowanków domów dziecka oraz próba zbudowania w oparciu o nią programu wsparcia tej grupy osób.² Przedstawione w artykule wyniki badań stanowią jedynie wstępną część szerszego projektu badawczego realizowanego badawczego realizowanego w ramach Katedry Nauk Społecznych Wyższej Szkoły Biznesu i Nauk o Zdrowiu.

Już od co najmniej lat 80 tych ubiegłego wieku psychologowie są świadomi faktu, że mierzona tradycyjnymi testami inteligencja, nie pozwala przewidzieć sukcesów życiowych nie tylko w nauce, ale tym bardziej w sferze funkcjonowania społecznego jednostki. Stąd też pojawiły się i zyskały popularność takie pojęcia jak: inteligencja społeczna, kompetencja emocjonalna, inteligencja emocjonalna oraz kompetencje społeczne – określane jako umiejętności funkcjonowania w sytuacjach społecznych³. Przyjmuje się, że kompetencje społeczne są nabytymi umiejętnościami warunkującymi efektywność funkcjonowania człowieka w różnych sferach życia społecznego i mogą mieć kluczowe znaczenie w radzeniu sobie z wymogami życia codziennego⁴.

Bez względu na różnice w określeniu istoty kompetencji społecznych, większość autorów uznaje, że są one nabywane przez jednostkę w toku treningu społecznego, mniej lub bardziej zamierzonych oddziaływań wychowawczych, procesie nauczania i kształcenia⁵. Wobec tego, w badaniach własnych spodziewano się, że skoro socjalizacja dzieci i młodzieży w warunkach placówki obarczona była wieloma problemami natury obiektywnej i pedagogiczno-psychologicznej⁶, mogła negatywnie wpłynąć na poziom ich kompetencji społecznych w „dorosłym” życiu.

Jedną z kategorii związanych z kompetencjami społecznymi i poczuciem własnej skuteczności jest to, co w swojej teorii C.R. Snyder określił jako „nadzieję na sukces”⁷. Zgodnie

a przemoc fizyczna, „Niebieska Linia”, nr 1 (42)/2006; E. Sierankiewicz, Przemoc strukturalna w domach dziecka a rozwój osobowy wychowanków, [w:] I. Pospiszyl (red.), Przemoc w instytucjach opiekuńczo-wychowawczych, WSPS, Warszawa 1997.

2 Dodatkowo przyjęto szereg celów szczegółowych, które będą realizowane w dalszych etapach prowadzonych badań.

3 A. Matczak, Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS. Podręcznik, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2011.

4 A. Matczak, op. cit..

5 A. Matczak, op. cit.

6 B. Czereddecka, op. cit.; I. Pyrzyk op. cit. i in.

7 C.R. Snyder, J. Cheavens, S.C. Sympton, Hope: An individual motive

z założeniami autora nadzieja na sukces stanowi poznawczy proces motywacyjny (nie stan emocjonalny), na który składa się przekonanie o możliwości zrealizowania przyjętych celów, dzięki posiadaniu „silnej woli” i „umiejętności znajdowania rozwiązań”⁸. Tak rozumiana nadzieja na sukces to wyuczony system przekonań o skuteczności podejmowanych przez podmiot działań ukierunkowanych na osiągnięcie istotnych życiowych celów⁹. Jest to cecha, którą nabywa się już w dzieciństwie¹⁰.

Osoby dorosłe cechujące się wysokim poziomem nadziei na sukces, często wskazują na swoje pozytywne relacje z opiekunami w dzieciństwie, silnym do nich przywiązaniu, bliskości i dużej ilości spędzanego z nimi czasu¹¹. Relacje te w oczywisty sposób musiały być zaburzone w przypadku badanych byłych wychowanków państwowych domów dziecka, stąd też spodziewano się stosunkowo niskiego poziomu nadziei na sukces w badanej grupie.

Uzyskane wyniki badań mogą posłużyć do opracowania szczegółowego programu działań pomocowo-terapeutycznych skierowanych do tej grupy osób a tym samym poprawienia jakości ich życia.

Techniki badań i charakterystyka badanej grupy

W badaniach własnych posłużono się Kwestionariuszem Kompetencji Społecznych autorstwa A. Matczak¹² oraz Kwestionariuszem Nadziei na Sukces opracowanym przez M. Łagunę, J. Trzebińskiego i M. Ziębę¹³. Oba testy są rzetelnymi i trafnymi narzędziami służącymi do badania mierzonych cech¹⁴. Dodatkowo, w celu zebrania danych socjo - demograficznych zastosowano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Dotychczas badaniami prowadzonymi od marca 2014 roku objęto łącznie 41 byłych wychowanków łódzkich państwowych domów dziecka w wieku od 20 do 31 lat (średnia wyniosła 23,49 lat), 58,54% z nich to kobiety a 41,46% mężczyźni (tab. nr 1).

Tabela nr 1: Płeć badanych osób

for social commerce. Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 1(2)/1997, p. 1007-118.

8 C.R. Snyder, op. cit.

9 J. Trzebiński, M. Zięba, Basic hope as a world-view: an outline of a concept, Polish Psychological Biuletyn nr 2/2004, s. 171-182.

10 J. Trzebiński, M. Zięba op. cit.

11 P. Kwon, Hope, defense mechanisms, and adjustment: implications for false hope and defensive hopelessness. Journal of Personality, 2002/70 (2), p. 207-232; M. Łaguna, J. Trzebiński, M. Zięba, Kwestionariusz Nadziei na Sukces KNS – podręcznik, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2005.

12 A. Matczak, op. cit.

13 M. Łaguna, J. Trzebiński, M. Zięba, Kwestionariusz Nadziei na Sukces KNS – podręcznik, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2005.

14 A. Matczak, op. cit., M. Łaguna, op. cit.

WYSZCZEGÓLNIENIE	Statystyki	
	Liczebność obserwacji [n]	Wskaźnik procentowy [%]
Kobiety	24	58,54%
Mężczyźni	17	41,46%
RAZEM	41	100%

Źródło: badania własne.

Najliczniejszą grupę stanowiły osoby przebywające w domu dziecka ponad 8 lat (43,90% badanych), 36,59% przebywało w placówce od roku do 3 lat a 19,51% od 4 do 8 lat (tab. nr 2).

Tabela nr 2: Długość pobytu badanych w Domu Dziecka

WYSZCZEGÓLNIENIE	Statystyki	
	Liczebność obserwacji [n]	Wskaźnik procentowy [%]
1 – 3 lata	15	36,59%
4 – 8 lat	8	19,51%
Powyżej 8 lat	18	43,90%
RAZEM	41	100%

Źródło: badania własne.

Po opuszczeniu domu dziecka 46,34% respondentów przebywało w „mieszkanium chronionym”, dla pozostałych 53,66% „proces usamodzielniania” przebiegał w warunkach dotychczasowej placówki (tab. nr 3).

Tabela nr 3: Pobyt badanych w mieszkaniu chronionym

WYSZCZEGÓLNIENIE	Statystyki	
	Liczebność obserwacji [n]	Wskaźnik procentowy [%]
Tak	19	46,34%
Nie	22	53,66%
RAZEM	41	100%

Źródło: badania własne.

Większość badanych (85,36%), to osoby wolnego stanu cywilnego i żyjące samotnie, zaledwie 4,88% to osoby zamężne lub żonate a 9,76% żyje w tzw. „wolnym związku” (tab. nr 4)

Tabela nr 4: Stan cywilny badanych

WYSZCZEGÓLNIENIE	Statystyki	
	Liczebność obserwacji [n]	Wskaźnik procentowy [%]
Panna / kawaler	35	85,36%
Zamężna / żonaty	2	4,88%
„Mieszkam z kimś na stałe”	4	9,76%
RAZEM	41	100%

Źródło: badania własne.

Biorąc pod uwagę poziom wykształcenia badanych należy stwierdzić, że najliczniejsza grupa posiada wykształcenie zawodowe (31,71%) oraz gimnazjalne (24,39%). W dalszej kolejności średnie (21,95%), podstawowe (12,20%), licencjackie (7,32%), a zaledwie jedna osoba wyższe magisterskie (tab. nr 5).

Tabela nr 5: Poziom wykształcenia badanych

WYSZCZEGÓLNIENIE	Statystyki	
	Liczebność obserwacji [n]	Wskaźnik procentowy [%]
Brak wykształcenia	0	0%
Podstawowe	5	12,20%
Gimnazjalne	10	24,39%
Zawodowe	13	31,71%
Średnie	9	21,95%
Licencjat	3	7,32%
Magisterium	1	2,44%
Inne	0	0%
RAZEM	41	100%

Źródło: badania własne.

Większość respondentów nie pracuje obecnie zawodowo (73,17%) (tab. nr 6).

Tabela nr 6: Obecna praca zawodowa badanych

WYSZCZEGÓLNIENIE	Statystyki	
	Liczebność obserwacji [n]	Wskaźnik procentowy [%]
Pracuję zawodowo	11	26,83%
Nie pracuję zawodowo	30	73,17%
RAZEM	41	100%

Źródło: badania własne.

Brak jakichkolwiek dochodów deklaruje co piąty badany a 24,39% osiąga dochód miesięczny poniżej 600zł. Dochód miesięczny w przedziale 600-1200 zł uzyskuje 24,39% respondentów, od 1300 do 1800 – 19,51% badanych a w przedziale 1900 - 2800zł – 12,20%. Żaden badany nie zarabia powyżej 2800zł miesięcznie. (tab. nr 7)

Tabela nr 7: Przeciętne miesięczne dochody badanych

WYSZCZEGÓLNIENIE	Statystyki	
	Liczebność obserwacji [n]	Wskaźnik procentowy [%]
Brak dochodów	8	19,51%
Poniżej 600 zł	10	24,39%
Między 600 a 1200 zł	10	24,39%
Między 1300 a 1800 zł	8	19,51%
Między 1900 a 2800 zł	5	12,20%
Powyżej 2800 zł	0	0%
RAZEM	41	100%

Źródło: badania własne.

Uzyskane dane pozwalają stwierdzić, że większość badanych to osoby wolnego stanu cywilnego, gorzej wykształcone niż osoby z populacji generalnej¹⁵, mało aktywne zawodowo i uzyskujące stosunkowo niskie dochody.

Wyniki badań własnych

Poziom kompetencji społecznych badanych mierzony testem KKS

Średnia arytmetyczna wyniku łącznego testu KKS wyniosła 4,76; mediana 5,00, a odchylenie standardowe 2,05. (wykres nr 1). Najliczniejszą grupę stanowili badani uzyskujący przeciętne wyniki w tej skali (70,73%). 21,95% badanych osiągnęło wynik niski, a zaledwie 7,32% wysoki (tabela nr 8)

Wobec uzyskanych danych należy uznać, że średnia kompetencji społecznych mierzonych KKS, rozumianych jako „złożone umiejętności warunkujące efektywność radzenia sobie w określonego typu sytuacjach społecznych, nabywane przez jednostkę w toku treningu społecznego”¹⁶, mieści się w dolnym przedziale wyników przeciętnych (między 4 a 7 stenem). Biorąc jednak pod uwagę procentowy rozkład wyników, należy zauważyć, że badanych przejawiających niski poziom kompetencji społecznych jest trzykrotnie więcej niż tych o wysokich kompetencjach społecznych.

15 Wybory ścieżki kształcenia a sytuacja zawodowa Polaków, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013.

16 A. Matczak, op. cit., s.7.

Wykres nr 1: Statystyki opisowe wyników ogólnych Kwestionariusza Kompetencji Społecznych

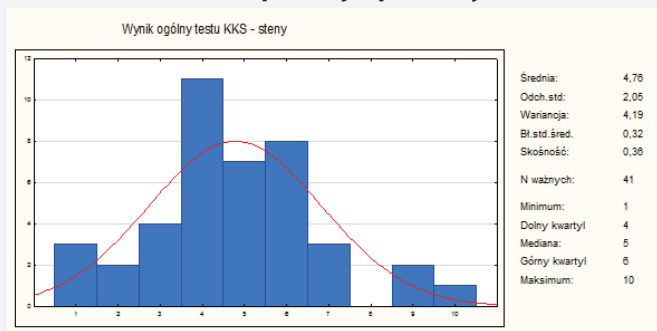


Tabela nr 8: Procentowy rozkład Wyniku Ogólnego testu - KKS

WYSZCZEGÓLNIENIE	Statystyki	
	Liczebność obserwacji [n]	Wskaźnik procentowy [%]
1 – 3 STENY	9	21,95 %
4 – 7 STENÓW	29	70,73 %
8 – 10 STENÓW	3	7,32 %
RAZEM	41	100%

Źródło: badania własne.

Średnia arytmetyczna skali Intymność wyniosła 5,19; mediana 5,00, a odchylenie standardowe 2,11.(wykres nr 2). Najliczniejszą grupę stanowili badani uzyskujący przeciętne wyniki w tej skali (68,29%). 21,95% badanych osiągnęło wynik niski, a 9,76% wysoki (tabela nr 9)

Uzyskane wyniki wskazują na to, że średnia w obszarze sytuacji intymnych, czyli bliskich kontaktów interpersonalnych i związanych z nimi daleko idącymi ujawnieniami się partnerów (jak np. zwieranie się z osobistych problemów, czy wysłuchiwanie tego typu zwierzeń)¹⁷, mieści się w przedziale wyników przeciętnych. Należy jednak zauważyć, że co piąty badany uzyskał wynik niski w tej skali, natomiast wysokie kompetencje w obszarze intymności cechują zaledwie co dziesiątego badanego.

Wykres nr 2: Statystyki opisowe wyników skali Intymność Kwestionariusza Kompetencji Społecznych

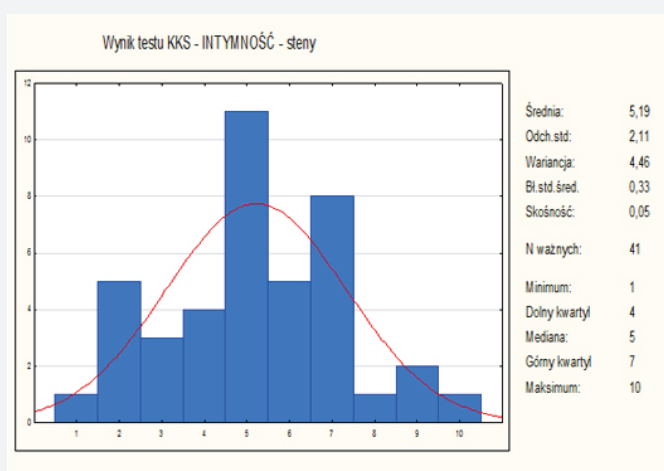


Tabela nr 9: Procentowy rozkład wyników skali Intymność testu KKS

WYSZCZEGÓLNIENIE	Statystyki	
	Liczebność obserwacji [n]	Wskaźnik procentowy [%]
1 – 3 STENY	9	21,95 %
4 – 7 STENÓW	28	68,29 %
8 – 10 STENÓW	4	9,76 %
RAZEM	41	100%

Źródło: badania własne.

Średnia arytmetyczna skali Ekspozycja Społeczna wyniosła 4,93, mediana 5,00 a odchylenie standardowe 2,13.(wykres nr 3). Najliczniejszą grupę stanowili badani uzyskujący przeciętne wyniki w tej skali (60,98%). 24,39% badanych osiągnęło wynik niski, a 14,63% wysoki (tabela nr 10)/

Należy zauważyć, że średni wynik uzyskany przez badanych w skali Ekspozycja społeczna, mieści się w dolnej drani cy wyników przeciętnych. Blisko co czwarty badany uzyskał wynik niski w tej skali a zaledwie 14,63% wynik wysoki. Wobec tego, dla znacznej grupy badanych, sytuacje związane z byciem w centrum uwagi i potencjalnej oceny ze strony licznych osób, stanowią poważny problem natury psychologicznej.

Wykres nr 3: Statystyki opisowe wyników skali Ekspozycja Społeczna Kwestionariusza Kompetencji Społecznych

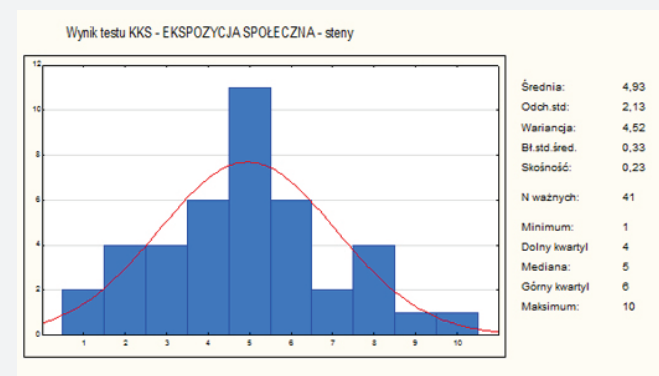


Tabela nr 10: Procentowy rozkład wyników skali Ekspozycja Społeczna testu KKS

WYSZCZEGÓLNIENIE	Statystyki	
	Liczebność obserwacji [n]	Wskaźnik procentowy [%]
1 – 3 STENY	10	24,39 %
4 – 7 STENÓW	25	60,98 %
8 – 10 STENÓW	6	14,63 %
RAZEM	41	100%

Źródło: badania własne.

Średnia arytmetyczna skali Asertywność wyniosła 5,44; mediana 5,00 a odchylenie standardowe 1,99.(wykres nr 4). Najliczniejszą grupę stanowili badani uzyskujący przeciętne wyniki w tej skali (70,73%). 14,63% badanych osiągnęło wy-

nik niski, a 14,63% wysoki (tabela nr 11)

Uzyskane dane wskazują na przeciętne funkcjonowanie respondentów w sferze sytuacji związanych z asertywnością, czyli umiejętnością „realizowania własnych celów czy potrzeb przez wywieranie wpływu na innych lub opieranie się wpływowi innych”¹⁸ Osoby uzyskujące wyniki wysokie i niskie w tej skali, stanowią mniejszość (po 14,63% badanych).

Wykres nr 4: Statystyki opisowe wyników skali Asertywności Kwestionariusza Kompetencji Społecznych

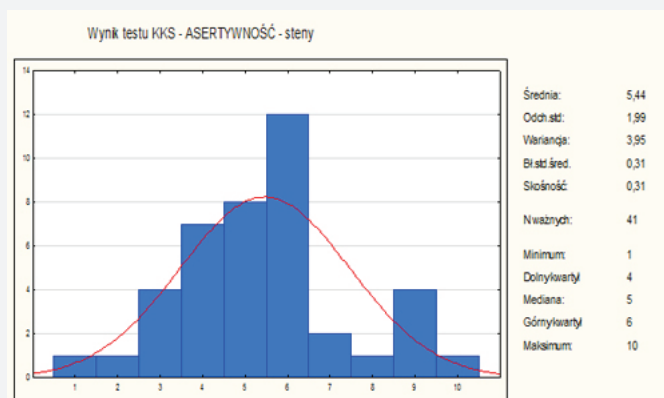


Tabela nr 11: Procentowy rozkład wyników skali Asertywności testu - KKS

WYSZCZEGÓLNIENIE	Statystyki	
	Liczebność obserwacji [n]	Wskaźnik procentowy [%]
1 – 3 STENY	6	14,63 %
4 – 7 STENÓW	29	70,73 %
8 – 10 STENÓW	6	14,63 %
RAZEM	41	100%

Źródło: badania własne.

Wyniki uzyskane przez badanych w Kwestionariuszu Nadziei na Sukces

Średnia arytmetyczna wyniku łącznego testu KNS wyniosła 5,29; mediana 5,00, a odchylenie standardowe 2,33. (wykres nr 5). Najliczniejszą grupę stanowili badani uzyskujący przeciętne wyniki w tej skali (53,66%). 24,39% badanych osiągnęło wynik wysoki a 21,95% niski (tabela nr 12).

Z uzyskanych danych wynika, że średnia ogólnego poziomu Nadziei Na Sukces, czyli „przekonania o sobie jako wykonawcy, a dokładniej – przekonanie o możliwości zrealizowania powziętego planu.”¹⁹, mieści się w przedziale wyników przeciętnych. Jednak procentowy rozkład wyników wskazuje, że tylko nieznacznie ponad połowa badanych uzyskała wyniki przeciętne w omawianym teście. Blisko co czwarty badany charakteryzuje się wysoką nadzieją na sukces, a co piąty niską.

18 A. Matczak, op. cit., s. 11.

19 M. Łąguna, op. cit., s. 7.

Wykres nr 5: Statystyki opisowe wyników ogólnych Kwestionariusza Nadziei na Sukces

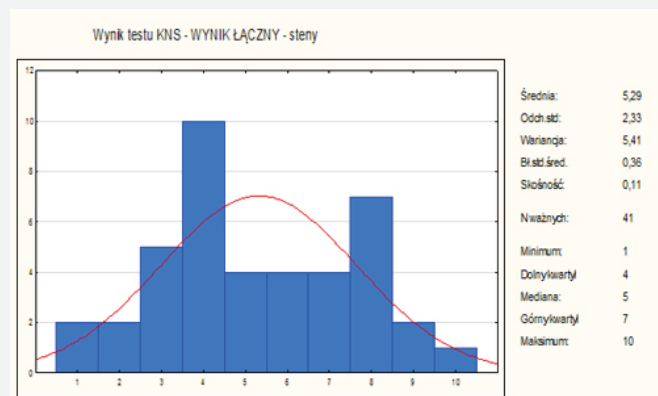


Tabela nr 12: Procentowy rozkład Wyniku łącznego testu- KNS

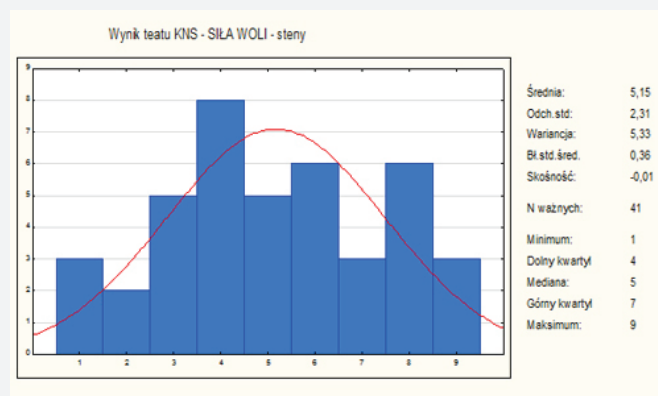
WYSZCZEGÓLNIENIE	Statystyki	
	Liczebność obserwacji [n]	Wskaźnik procentowy [%]
1 – 3 STENY	9	21,95 %
4 – 7 STENÓW	22	53,66 %
8 – 10 STENÓW	10	24,39 %
RAZEM	41	100%

Źródło: badania własne.

Średnia arytmetyczna skali Siła Woli wyniosła 5,15; mediana 5,00 a odchylenie standardowe 2,31. (wykres nr 6). Najliczniejszą grupę stanowili badani uzyskujący przeciętne wyniki w tej skali (53,66%). 24,39% badanych osiągnęło wynik niski a 21,95% wysoki (tabela nr 13)

Z danych tych wynika, że średnia Siła Woli, czyli „przekonanie osoby, że potrafi zainicjować dążenie do celu po wybranej drodze i wytrwać w nim, mimo napotykanym przeszkód”²⁰, mieści się w przedziale wyników przeciętnych. Jednak blisko co czwarty badany posiada niski poziom tej cechy, a co piąty - wysoki.

Wykres nr 6 : Statystyki opisowe wyników skali Siła woli Kwestionariusza Nadziei na Sukces



20 M. Łąguna, op. cit., s. 7.

Tabela nr 13: Procentowy rozkład skali Siła Woli testu - KNS

WYSZCZEGÓLNIENIE	Statystyki	
	Liczebność obserwacji [n]	Wskaźnik procentowy [%]
1 – 3 STENY	10	24,39 %
4 – 7 STENÓW	22	53,66 %
8 – 10 STENÓW	9	21,95 %
RAZEM	41	100%

Źródło: badania własne.

Średnia arytmetyczna skali Znajdowanie Rozwiązań wyniosła 5,17; mediana 4,00, a odchylenie standardowe 2,32. (wykres nr 7). Najliczniejszą grupę stanowili badani uzyskujący przeciętne wyniki w tej skali (53,66%). 24,39% badanych osiągnęło wynik wysoki, a 21,95% niski (tabela nr 14)

Uzyskane wyniki, pozwalają stwierdzić, że średnia Znajdowania Rozwiązań, czyli „sposzeregania siebie jako osoby zdolnej i zaradnej, a przez to będącej w stanie wymyślić lub poznać jeden lub więcej skutecznych sposobów prowadzących do osiągnięcia celu”²¹, mieści się w przedziale wyników przeciętnych. Blisko co czwarty badany charakteryzuje się wysokim poziomem tej cechy a co piąty niskim.

Wykres nr 7: Statystyki opisowe wyników skali Znajdowanie Rozwiązań Kwestionariusza Nadziei na Sukces

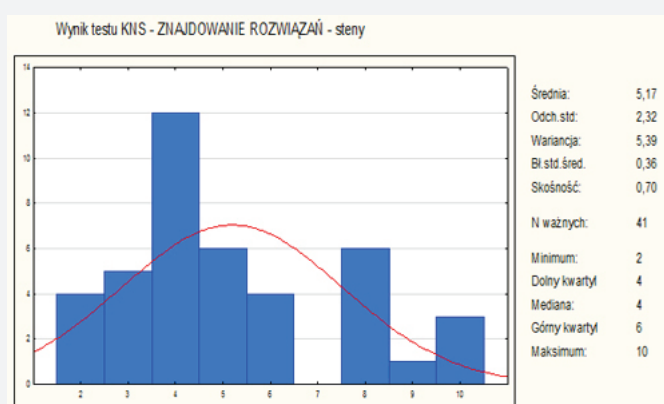


Tabela nr 14: Procentowy rozkład wyników skali Znajdowanie Rozwiązań testu KNS

WYSZCZEGÓLNIENIE	Statystyki	
	Liczebność obserwacji [n]	Wskaźnik procentowy [%]
1 – 3 STENY	9	21,95 %
4 – 7 STENÓW	22	53,66 %
8 – 10 STENÓW	10	24,39 %
RAZEM	41	100%

Źródło: badania własne.

Wnioski z przeprowadzonych badań

Wobec uzyskanych wyników należy uznać, że poziom szeroko rozumianych kompetencji społecznych byłych wychowanków państwowych domów dziecka, mierzonych ogólnym wskaźnikiem testu KKS, mieści się w dolnym przedziale wyników przeciętnych ($x=4,76$). Jednak co piąty badany charakteryzuje się niskim poziomem omawianej cechy, a tylko 7,32% badanych wysokim. Taki stan rzeczy świadczy o poważnych trudnościach w wykonywaniu czynności o charakterze społecznym licznej grupy byłych wychowanków domów dziecka. Podkreślić należy fakt dodatniej korelacji kompetencji społecznych z takimi zmiennymi osobowościowo-temperamentalnymi, jak ekstrawersja, wydolność, aktywność, sumienność, poczucie kontroli wewnętrznej nad odnoszonymi sukcesami, zadaniowym stylem reagowania na stres oraz ujemnej korelacji z neurotycznością i reaktywnością emocjonalną.²²

Szczególnie niepokojące jest funkcjonowanie badanych w sytuacjach związanych z ekspozycją społeczną, czyli w takich w których są obiektem oceny ze strony innych osób (= 4,93 w skali ES). Blisko co czwarty badany uzyskał niski wynik w skali ES Kwestionariusza Kompetencji Społecznych.

Nieco lepiej badani funkcjonują w sferze sytuacji intymnych, związanych m.in. z ujawnianiem się w bliskich relacjach interpersonalnych ($X=5,19$), co piąty badany uzyskał wynik niski w skali I, a co dziesiąty wysoki.

Stosunkowo dobrze badani radzą sobie w sytuacjach wymagających asertywności, rozumianej jako umiejętność realizowania własnych celów, poprzez wpływanie na innych i opieranie się wpływowi innych. Średnia w skali A wyniosła 5,44, a grupy osób z niskim i wysokim wynikiem były tak samo liczne (po 14,63%).

Analizując wyniki badanych w Kwestionariuszu Nadziei Na Sukces, można dojść do wniosku, że średnia badanych mierzona wynikiem ogólnym tej skali mieści się w przedziale wyników przeciętnych ($X=5,29$), jednak tylko nieznacznie ponad połowa badanych (53,66%) uzyskała rzeczywiście wynik przeciętny. Znaczna grupa badanych osiągnęła wynik niski (21,95%) lub wysoki (24,39%). Dokładnie tak samo przedstawia się rozkład procentowy wyników w skali Znajdowanie Rozwiązań (przy średniej wynoszącej 5,17) oraz podobnie w skali mierzącej Siłę Woli ($X=5,15$; wyniki przeciętne 53,66%, niskie 24,39%, wysokie 21,95%). W tym miejscu należy zaznaczyć, że wysoki poziom nadziei związany jest z lepszym ogólnym przystosowaniem psychologicznym i pozytywnymi emocjami oraz dobrymi relacjami z innymi ludźmi. Koreluje też dodatnio z takimi zmiennymi osobowościowymi jak optymizm, przekonanie o własnej skuteczności, globalną samooceną, a także z ekstrawersją i sumiennością, natomiast ujemnie z cechą lęku, depresją i neurotycznością.

Podsumowując można stwierdzić, że badani byli wychowankowie państwowych domów dziecka, pomimo stosunkowo niskich kompetencji społecznych (mierzonym testem KKS), posiadają przeciętne przekonanie o możliwościach realizowania własnych planów życiowych, opartych o wiarę w posiadanie silnej woli i umiejętności znajdowania rozwiązań (mierzonych testem KNS). Badani funkcjonują w tej sferze lepiej niż można by się spodziewać. To właśnie na tych

21 M. Łąguna, op. cit., s. 7.

22 A. Matczak, op. cit., s. 52

„silnych” cechach badanych należałoby oprzeć oddziaływania psychologiczno-pedagogiczne ukierunkowane głównie na sferę funkcjonowania w sytuacjach ekspozycji społecznej i wymagających bliskich, intymnych kontaktów interpersonalnych (zwłaszcza, że istnieją dane wskazujące na związek wysokiego poziomu nadziei na sukces ze skutecznością psychoterapii²³).

Dodatkowo badania ujawniły (mimo, że nie było to znaczącym ich celem) potrzebę aktywizacji zawodowej respondentów, poprzez m.in. podniesienie ich poziomu wykształcenia, w celu poprawy sytuacji materialnej i tym samym uniezależnienia od systemu pomocy społecznej.

Bibliografia

Bielecka E., Patologia środowiska rodzinnego i lokalnego jako przyczyna zaburzeń w zachowaniu się wychowanków domów dziecka, [w:] S. Bandora, D. Marzec (red.) Dziecko w placówce szkolnej i pozaszkolnej w okresie transformacji, WSP, Warszawa 1996.

Czeredecka B., Potrzeby psychiczne sierot społecznych, IWZZ, Warszawa 1988.

Chudnicki A., Samoocena wychowanków domów dziecka, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, nr 6/2005.

Gajewska G., Przygotowanie wychowanków do samodzielnego życia i pełnienia pierwszoplanowych ról społecznych, [w:] Dąbrowski Z. (red.) Węzłowe problemy opieki i wychowania w domu dziecka, WSP, Olsztyn 1997.

Jurga M., Doświadczenie społeczne i rozwój osobowości wychowanek domów dziecka, [w:] M. Tyszkowa (red), Rozwój dziecka w rodzinie i poza rodziną, UAM, Poznań 1985.

Kwon P., Hope, defense mechanisms, and adjustment: implications for false hope and defensive hopelensness . Journal of Personality, 70 (2)/2002, p.207-232.

Łaguna M., Trzebiński J., Zięba M., Kwestionariusz Nadziei na Sukces KNS – podręcznik, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2005.

Matczak A., Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS. Podręcznik, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2011.

Pyrzyk I., Sieroctwo jako podstawowa sytuacja wychowanków domów dziecka, „Paedagogia Chrystiana”, nr 2(6)/2000.

Sajkowska M., Wychowankowie domów dziecka a przemoc fizyczna, „Niebieska Linia”, nr 1 (42)/(2006).

Sierankiewicz E., Przemoc strukturalna w domach dziecka a rozwój osobowy wychowanków, [w:] I. Pospiszyl (red.), Przemoc w instytucjach opiekuńczo-wychowawczych, WSPS, Warszawa 1997.

Snyder C.R., Cheavens J., Sympson S.C., Hope: An individual motive for social commerce. Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 1(2)/1997, p.1007-118.

Trzebiński J., Zięba M., Basic hope as a world-view: an outline of a concept. Polish Psychological Biuletyn nr 2/2004, s. 171-182.

Wybory ścieżki kształcenia a sytuacja zawodowa Polaków, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013.

23 M. Łaguna, op. cit.

Sylvia Jankow

Postrzeganie kultury żydowskiej przez studentów kierunków humanistycznych

Abstrakt

Przez wieki wspólnej historii kultura polska i żydowska przenikały się, co oprócz pozytywnych aspektów, doprowadziło do utrwalenia pewnych negatywnych stereotypów. Niniejszy artykuł jest próbą odpowiedzi na pytanie: na ile to stereotypowe postrzeganie kultury żydowskiej dotyczy studentów kierunków humanistycznych? Badania własne wskazują na znaczne zakorzenienie owych negatywnych schematów myślowych, wśród młodego, kształcącego się pokolenia.

Słowa kluczowe: kultura żydowska, postrzeganie Żydów, stereotypy, wykluczenie, stygmatyzacja

Perception of Jewish Culture by Humanities Students at Łódź University

Summary

Over centuries of their common history, Polish and Jewish cultures have mixed with each other, which, apart from positive aspects, led to the consolidation of some negative stereotypes. This article is an attempt to answer the question: to what extent is this stereotypic perception of Jewish culture held by humanities students? My own research indicates that these negative preconceived notions are deeply rooted in young students.

Key words: Jewish culture, perception of Jews, stereotypes, exclusion, stigmatisation

Kultura żydowska rozwijała się na terenie Polski od wieków¹. Żydowscy osadnicy, wypędzani z kolejnych, europejskich krajów pielęgnowali swoją tradycję z dala od swej ojczyzny. W Polin (nazwa Polski w języku jidysz)² znaleźli oni schronienie i warunki do życia. Na obszarach wiejskich, w małych miasteczkach zwanych *sztetlami*³ kwitła chasydzka tradycja. W dużych miastach, jak np. Łódź Żydzi znaleźli swą życiową przestrzeń i szybko się zasymilowali⁴. Kultura żydowska właściwie przeplatała się z polską. Wraz z narastającym niepokojem dotyczącym wybuchu drugiej wojny światowej do Polski zaczęła docierać fala propagandy z Niemiec⁵. Jednym z jej założeń było stworzenie obrazu Żyda, przedstawianego jako człowieka chciwego, nieuczciwego

1 P. Kuncewicz, *Goj patrzy na Żyda. Dzieje braterstwa i nienawiści od Abrahama po współczesność*, Warszawa 2010, s. 282.

2 Z. Borzymińska, R. Żebrowski (oprac.) *Polski słownik judaistyczny. Dzieje, kultura, religia, ludzie*, t. 2, Warszawa 2003, s. 337.

3 E. Hoffman, *Sztetl. Świat Żydów polskich*, Warszawa 2001, s. 232.

4 R. Szuchta, P. Trojański, *Zrozumieć Holocaust*, Książka pomocnicza do nauczania o zagładzie Żydów, Warszawa 2012, s. 55.

5 J. Baranowski, *Łódzkie getto 1940-1944 Vademecum*, Łódź 2009, s.27.

i stanowiącego zagrożenie dla innych. Pośród zarzutów kierowanych w stronę Żydów znalazły się obraźliwe treści dotyczące m.in. sposobów kultywowania żydowskiej tradycji. Prześmiewcze wierszyki, hasła i szkice obrazujące Żyda jako starca z pejsami miały na celu stygmatyzację tej grupy etnicznej⁶.

Mimo upływu wielu lat od zakończenia wojny utrwalone, antysemickie treści są wciąż obecne w kulturach wielu krajów. Temat kultury żydowskiej jest marginalizowany, czego dowodem jest brak treści związanych z Holocaustem na lekcjach historii⁷. Mimo starań wielu organizacji (w tym młodzieżowych, związanych z kulturą⁸ i sztuką) pozostaje on ciągle w sferze tabu. Mówienie o Żydach jest nadal „niezręczne”, ponieważ nierozważalnie wiąże się to ze wspomnianiem Holocaustu⁹.

Powstaje zatem pytanie, czy bogata tradycja żydowska jest przedmiotem zainteresowania młodych ludzi i w jaki sposób kształtuje się postrzeganie ich kultury? Jakie nastawienie dominuje w zetknięciu z tym tematem i czy jest to pogląd oparty na stereotypach?

Badania własne

W roku 2013 przeprowadzono badanie¹⁰ dotyczące postrzegania kultury żydowskiej przez studentów Uniwersytetu Łódzkiego kierunków humanistycznych. Badana grupa liczyła sto osób. W badaniu wzięły udział osoby w wieku od 22 do 26 lat, 72% z nich stanowiły kobiety. Badaniami ankietowymi objęto studentów filologii polskiej, pedagogiki i kulturoznawstwa studiów licencjackich i magisterskich.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety zawierający pytania otwarte oraz pola do uzupełnienia. W wolnych lukach należało wpisać po kilka skojarzeń do podanego w pytaniu słowa. Uwagę badaczy zwróciło to, że już pierwsze zetknięcie studentów z ankietą wzbudziło duże emocje. Badani zwracali się do prowadzących, pytając czy muszą wypełniać ankietę o Żydach. Tematyka badań wyraźnie niechęć ich do udziału w projekcie. Zaznaczali, że nie będą poświęcać swojego czasu „na Żydów”. Wiele osób pośpiesznie uzupełniały ankiety i wprost wyrażało swoją niechęć.

Pytania były układane rozpoczynając od tych bardziej ogólnych przechodząc do bardziej szczegółowych. Pierwsze, otwierające ankietę pytanie brzmiało: *czy interesuje Cię*

6 Wystawa zatytułowana „Obcy i niemili” (ukazująca antysemickie szkice drukowane w prasie polskiej w latach 1919-1939) miała miejsce w Żydowskim Instytucie Historycznym w 2013 roku.

7 R. Szuchta, *dz. Cyt.*, s.309.

8 JCC- Jewish Community Center

9 M. Graszewicz, K. Stasiuk (Red.), *Literatura, kultura, komunikacja*. Wrocław 2006, s.283.

10 Badanie przeprowadzono wspólnie z Michałem Sadowskim

tematyka żydowska?

Tabela nr 1 Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie: *Czy interesuje Cię tematyka żydowska?*

Odpowiedź	N=100%
Tak	52,0
Nie	48,0

W kontekście wcześniej zasygnalizowanej negatywnej reakcji respondentów zaskakują wyniki badań, w których aż 52% studentów zadeklarowało, że interesuje się tematyką żydowską. Czy negatywny stosunek można tłumaczyć presją grupy¹¹, wobec której „lepiej” byłoby manifestować swoją niechęć niż aprobatę odnośnie tematyki żydowskiej?

Następnym zadaniem było uzupełnienie luk w kwestionariuszu ankiety, w których studenci mieli wypisać kilka słów kojarzących się im z podanym słowem. Na potrzeby badania wybrane zostały terminy obciążone konkretnym kontekstem. Wśród tych pojęć umieszczono słowa: Żyd, Holocaust, getto, ojczyzna Żydów¹². Dokładne polecenie brzmiało: *Do podanych słów dopisz jego wyjaśnienie. Z czym kojarzy Ci się to słowo?*

Tabela nr 2 Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie: *Z czym kojarzy Ci się słowo Żyd?*

Odpowiedź	N=100%
człowiek	25,0
II wojna światowa	11,0
broda	13,0
obywatel Izraela	8,0
wieczny tułacz	7,0
pejsy	5,0
judaizm	5,0
pieniądze	4,0
Łódź	2,0
kupiec	2,0
inne	7,0

Największy procent odpowiedzi (25%) dotyczył słowa człowiek. Zaraz za nim pojawiły się takie określenia jak: druga wojna światowa (11%) i broda (13%). Pojawiło się także kilka głosów (6%)¹³, które mianem Żyda określiłyby kibiców Widzewa oraz kibiców ŁKS-u. Te odpowiedzi zostały uznane za skrajne, których jednak nie można pominąć w rozważaniach na temat rozumienia słowa Żyd. W tym miejscu należy także wspomnieć, że grupa badanych osób to studenci kierunków humanistycznych, którzy w programach swych studiów mają wiele zajęć poświęconych wielokulturowości i tolerancji.

Kolejnym poleceniem było dopasowanie kilku skojarzeń do pojęcia Holocaust.

Tabela nr 3. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie:

11 Warto zaznaczyć, że studenci zostali poinformowani o tym, że badanie jest anonimowe a ich wyniki posłużą jedynie do celów naukowych.

12 Studenci mogli wymienić po kilka skojarzeń do podanego pojęcia

13 Uwzględniono w tabeli jako „inne”

Z czym kojarzy Ci się słowo Holocaust?

Odpowiedź	N=100%
zagłada	33,0
wojna	16,0
śmierć	8,0
Żydzi	8,0
zabójstwo	6,0
Oświęcim	3,0
Niemcy	3,0
całopalenie	3,0
ofiara	2,0
obóz	2,0
getto	2,0
inne	4,0

Wśród wyników dotyczących skojarzenia z pojęciem Holocaust zanotowano: zagłada (33%), wojna (16%), dalej zostały podane: śmierć (8%), Żydzi (8%), zabójstwo (6%). Oświęcim (3%), Niemcy (3%), całopalenie (3%), ofiara (2%), obóz (2%), oraz getto zostały wskazane przez 2% ankietowanych. Najmniejszy procent¹⁴ stanowiły: cierpienie, rzeź, prześladowanie oraz Hitler. Chcąc kontynuować tę tematykę poproszono o dopasowanie swych skojarzeń do słowa getto.

Tabela nr 4 Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie: *Z czym kojarzy Ci się słowo getto?*

Odpowiedź	N=100%
Warszawa	8,0
Łódź	13,0
miejsce wydzielone	10,0
więzienie	2,0
Zagłada	6,0
zamknięcie	9,0
cierpienie	4,0
wojna	9,0
obóz	4,0
Gwiazda Dawida	2,0
Niemcy	1,0
inne	11,0

Największy odsetek odpowiedzi stanowiło więzienie (21%), dalej kolejno: Łódź(13%), Warszawa(8%), miejsce wydzielone(10%), zagłada (6%), zamknięcie (9%), cierpienie (4%). Najmniej skojarzeń to: wojna (9%), obóz (4%), Gwiazda Dawida (2%), Niemcy (1%). Kilkoro studentów odmówiło odpowiedzi na to pytanie.

Ostatnim zadaniem tego bloku było udzielenie odpowiedzi na pytanie o ojczyznę Żydów.

14 Uwzględniono w tabeli jako „inne”

Tabela nr 5 Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie :
Jaka jest ojczyzna Żydów?

Odpowiedź	N=100%
Izrael	60,0
Jerozolima	11,0
Palestyna	13,0
Ziemia Święta	4,0
brak ojczyzny	7,0
brak odpowiedzi	5,0
inne	13,0

Według ankietowanych, ojczyzną Żydów jest: Izrael (60%), Palestyna (13%), Jerozolima (11%). 7% ankietowanych uznało, że Żydzi nie mają swej ojczyzny, a kilka osób (4%) uważało, że jest to Ziemia Święta. Pozostali nie potrafili wskazać odpowiedzi na to pytanie.

Z tego zestawu pytań wyłania się obraz Żyda związany tylko i wyłącznie z okresem wojennych prześladowań. Skojarzenia podane przez studentów odwołują się głównie do stereotypowych określeń utrwalonych w kulturze. W odpowiedziach co prawda nie brakuje empatii ani wiedzy dotyczącej okresu wojennego, jednak uderza brak indywidualnych, wyróżniających się na tle schematu sądów. Ani jedna spośród grupy badanych osób nie wyłamała się ze stereotypowego schematu myślowego. Ułożone w odpowiedni sposób pytania miały dostarczyć wiedzy, w jakim stopniu studenci poddali się narzuconemu niejako schematowi. Co ciekawe w żadnej z odpowiedzi na temat ojczyzny Żydów nie pojawiły się europejski kraj ani Stany Zjednoczone. Pośród innych odpowiedzi znalazły się m.in. Strefa Gazy czy kraje arabskie. Nikt spośród ankietowanych nie wskazał Polski.

Kolejnym z pytań postawionym studentom było: *jakie wydarzenia historyczne kojarzą Ci się z Żydami?*¹⁵. Studenci nie wiedzieli jednak, o jaki okres czasu chodzi, więc poproszono ich, by wpisywali wszystkie wydarzenia, które będą pierwszymi, spontanicznymi skojarzeniami. Zaznaczono, że pytanie ma charakter otwarty i można uzupełniać ankietę używając zarówno krótkich haseł jak i dłuższych wypowiedzi.

Tabela nr 6 Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie :
Jakie wydarzenia historyczne kojarzą Ci się z Żydami?

Odpowiedź	N=100%
getto	35,0
Wielka Szpera	8,0
likwidacja getta	15,0
zburzenie synagogi	7,0
prześladowanie Żydów	5,0
rozwój przemysłu	9,0
Festiwal Dialogu Czterech Kultur	4,0
budowanie fabryk	5,0
Kryształowa noc	2,0
inne	12,0

15 Przy badaniu uwzględniliśmy, że większość odpowiedzi może dotyczyć miasta Łodzi

W odpowiedziach dominujące były: getto (35%), likwidacja getta (15%) oraz rozwój przemysłu (9%). Niewiele mniejszą ilość odpowiedzi badacze zanotowali jako wydarzenie niosące nazwę Wielka Szpera¹⁶ (7%). Tylko 5% ankietowanych wskazało na łódzki Festiwal Dialogu Czterech Kultur. Podobnie jak we wcześniejszych pytaniach odpowiedzi zdominowała tematyka okolicznościowa. Oprócz wspomnianego festiwalu ankietowani nie wskazali na żadne wydarzenie mające miejsce po roku 1945. W odpowiedziach nie pojawiło się powstanie państwa Izrael, mimo że większość ankietowanych utożsamia je z ojczyzną Żydów. Interesujący jest fakt, że najwięcej odpowiedzi związanych jest z tematem getta. Studenci identyfikują getto oraz jego likwidację z wydarzeniem, które trwale zespoliło losy Żydów z wojenną historią Łodzi.

Aby dowiedzieć się, na ile obraz Żydów utrwalony w świadomości studentów ma charakter pamięci protetycznej polecono studentom: *podaj związek frazeologiczny, powiedzenie lub przysłowie, które dotyczy kultury żydowskiej*¹⁷. Ponieważ to zadanie było najchętniej wypełnianym uzyskano dużo tych samych odpowiedzi.

Tabela nr 7 Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie :
Podaj związek frazeologiczny, powiedzenie lub przysłowie, które dotyczy kultury żydowskiej.

Odpowiedź	N=100%
Ty Żydzie!	60,0
Skąpy jak Żyd	57,0
Nasze ulice, wasze kamienice	43,0
Kochajmy się jak bracia, rachujmy się jak Żydzi	12,0
Biegać jak Żyd po pustym sklepie	6,0
Brak odpowiedzi	45,0

Uzyskano następujące wyniki: Nasze ulice wasze kamienice (43%), Kochajmy się jak bracia, rachujmy się jak Żydzi (12%), Biegać jak Żyd po pustym sklepie (6%). Największa liczba ankietowanych w odpowiedziach umieściła hasła: „Ty Żydzie!” (60%) oraz „skąpy jak Żyd” (57%). Aż 45% badanych wstawiło w puste pole do wypełnienia kreskę – tym samym odmawiając udzielenia odpowiedzi. Nie trzeba głębokiej analizy, by spostrzec, że owe związki frazeologiczne są niczym innym jak elementem stereotypów utrwalonych tak w języku, jak i w zbiorowej świadomości. Kolejne pytanie niestety tylko potwierdziło tą tezę – studenci, zostali poproszeni o wskazanie atrybutów Żyda¹⁸.

Tabela nr 8 Rozkład procentowy odpowiedzi na polecenie:
Wymień atrybuty Żyda.

Odpowiedź	N=100%
jarmułka	32,0
pejsy	43,0
broda	25,0
Tora	5,0

16 <http://historia.newsweek.pl/wielka-szpera-w-lodzkiem-getcie--minelo-70-lat,95650,1,1.html>, z dn.03.01.2015r.

17 Studenci mogli wymienić po kilka związków frazeologicznych i powiedzeń

18 Wygląd zewnętrzny

ciemne włosy	7,0
pieniądze	13,0
Gwiazda Dawida	5,0
czarne ubranie	9,0
menora	10,0
modlitewnik	9,0
brak odpowiedzi	17,0
inne	23,0

43% ankietowanych wskazało na pejsy jak atrybut Żyda. Wśród liczniejszych odpowiedzi znalazły się także: jarmułka (32%)¹⁹ oraz broda (25%). Ponad 13% ankietowanych wskazało, że atrybutem Żyda są pieniądze. Mniejsza liczba uznała, że są to czarne ubranie (9%), menora (10%) i Gwiazda Dawida (5%). Z tych odpowiedzi wynika jednoznacznie, że Żyd to starszy, ortodoksyjny mężczyzna w chałacie²⁰. Jak pokazują badania obraz ten jest wciąż bezrefleksyjnie powielany i utrwalany w kulturze także przez młodych, kształcących się ludzi. Pośród odpowiedzi nie padła żadna wzmianka o kobietach, nastolatkach czy chociażby o sławnych ludziach, którzy są powszechnie znani z mediów. Czy to możliwe, że młodzi ludzie dokonują wewnętrznej, instynktownej wręcz selekcji, która z kręgu „klasycznych Żydów” eliminuje tych, którzy najmniej pasują do utrwalonego schematycznie rysopisu? Aby to sprawdzić postanowiono przekonać się, czy studenci potrafią wskazać na znane osoby pochodzenia żydowskiego.

Tabela nr 9 Rozkład procentowy odpowiedzi na polecenie: *Wymień znane ci osoby pochodzenia żydowskiego*²¹.

Odpowiedź	N=100%
Marek Edelman	20,0
Władysław Szpilman	20,0
Julian Tuwim	19,0
Albert Einstein	10,0
Steven Spielberg	6,0
Woody Allen	3,0
Jezus	5,0
Artur Rubinstein	15,0
Theodor Adorno	5,0
Bolesław Leśmian	7,0
Bruno Jasiński	4,0
Inne	70,0

Najbardziej znanym Żydem okazał się Marek Edelman, którego wymieniło 20% ankietowanych. Na fali popularności filmu pt. „Pianista” studenci wskazali Władysława Szpilmana (20%). 19% badanych podało nazwisko Juliana Tuwima, 10% Alberta Einsteina i 6% reżysera Stevena Spielberga. Nieco większą popularność niż Woody Allen (3%) zdobył w odpowiedziach Jezus (5%). Pojawiło się także ponad siedemdziesiąt innych nazwisko związanych głównie z nauką i sztuką. Kilka osób wskazało na osobę Theodora Adorno

¹⁹ Podawana także jako kipa, czapka, mycka

²⁰ Długie okrycie wierzchnie

²¹ Studenci mogli wymienić po kilka nazwisk

(5%), Brunona Jasińskiego (4%) czy Bolesława Leśmiana (7%). Ani jedna osoba nie wymieniła kobiety pochodzenia żydowskiego.

Wyniki ankiety wskazują, że studenci potrafią wymienić po kilka nazwisk osób pochodzenia żydowskiego. Dlaczego więc nadal utożsamiają Żyda z brodatym mężczyzną w kipi? Uderzające jest także całkowite wykluczenie kobiet z tej klasyfikacji.

Jednym z ostatnich zadań w ankiecie było wskazanie pozytywnych oraz negatywnych cech Żyda.

Tabela nr 10 Rozkład procentowy odpowiedzi na polecenie: *Podaj pozytywne cechy Żyda*

Odpowiedź	N=100%
przedsiębiorczy	27,0
zaradny	24,0
religijny	19,0
oszczędny	18,0
pielęgnujący tradycję	7,0
mądry	6,0
pracowity	6,0
życzliwy	5,0
brak odpowiedzi	13,0
inne	14,0

Do najczęściej udzielanych odpowiedzi dotyczących pozytywnych cech Żyda należały: przedsiębiorczy (27%), zaradny (24%), religijny (19%), oszczędny (18%), pielęgnujący tradycję (7%). Kilka osób określiło Żyda jako osobę mądrą (6%), pracowitą (6%) i życzliwą (5%). 13% ankietowanych odmówiło odpowiedzi na to pytanie.

Tabela nr 11 Rozkład procentowy odpowiedzi na polecenie: *Wymień negatywne cechy Żyda*

Odpowiedź	N=100%
skąpy	51,0
zachłanny	18,0
ortodoksyjny	14,0
chciwy	5,0
bierny	4,0
przebiegły	4,0
krętacz	3,0
lichwiarz	3,0
brak odpowiedzi	19,0
inne	22,0

Negatywne cechy Żyda zostały zdominowane przez określenia: skąpy (51%), zachłanny (18%), ortodoksyjny (14%), chciwy (5%), bierny (4%), przebiegły (4%). Co ciekawe zestawiono ze sobą religijność, pojmowaną jako cecha pozytywna, z ortodoksyjnością, która jest już odbierana w sposób negatywny. Podobne, opozycyjne zestawienie tworzą cechy przedsiębiorczy i zaradny z cechą negatywną, jaką jest bierność. Widać, że zarówno w cechach pozytywnych, jak i negatywnych dominują określenia, które są dosłownymi kalkami treści będącymi oskar-

zeniami narodu żydowskiego w czasach okupacji niemieckiej²². Granica między określeniem kogoś przedsiębiorczym a zachłannym jest bardzo cienka. Nie tylko w języku nadal pozostały ślady tamtych czasów, ale także w światopoglądzie. Jak pokazują wyniki badań dotyczy to także młodych ludzi, którzy powinni mieć świadomość zachodzących zmian.

Podsumowujące ankietę zadanie polegało na ocenie własnej wiedzy, jaką ma student na temat kultury żydowskiej. Poproszono ankietowanych, by ocenili tę wiedzę w skali 1-5, gdzie 1 to słabo a 5 to bardzo dobrze.

Tabela nr 12 Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie: *Jak oceniasz swoją wiedzę na temat kultury żydowskiej?*

Ocena	N=100%
1	57,0
2	32,0
3	9,0
4	2,0
5	0,0

57% studentów oceniło swoją wiedzę na temat kultury żydowskiej na 1, 32% na 2, 9% ankietowanych wystawiło sobie 3, a 2% ocenę 4. Nikt z badanych nie ocenił swej wiedzy jako bardzo dobrej. Wydaje się, że samoocena studentów jest trafna i stanowi pewnego rodzaju podsumowanie badań, według których ponad połowa badanych nie wykazuje zainteresowania kulturą i tradycją żydowską.

Podsumowanie

Przeprowadzone badania miały na celu określenie i ocenę postawy, jaką wobec kultury żydowskiej mają studenci kierunków humanistycznych. Wybrana grupa studentów rokowała jako ta, która ma nie tylko wiedzę z zakresu szeroko pojętej humanistyki, ale także umiejętności nowoczesnego podejścia do danego zagadnienia. Niestety, z odpowiedzi na kolejne pytania wyłonił się obraz, który niewiele odbiega od schematów sprzed dziesiątków lat. Żydzi, jako grupa religijna i społeczna, z własną, niepowtarzalną tradycją i kulturą wydają się być ludźmi wyabstrahowanymi ze współczesnego świata.. Ankietowani uznali, że jedyną ojczyzną Żydów jest Izrael, a cała historia narodu wiąże się z okresem okupacji niemieckiej i Holocaustem. W wyobrażeniu studentów, którzy w większości deklarują brak zainteresowania kulturą żydowską, Żyd ma postać ortodoksyjnego starca z brodą. Także stereotypowe określenia dotyczące Żydów używane przez studentów wskazują na to, że posługują się oni nimi bez namysłu i refleksji. Powtarzane hasła: „Ty Żydzie!”, czy „skąpy jak Żyd” funkcjonują w języku studentów jako obelgi.

Temat kultury żydowskiej nie jest przez studentów chętnie podejmowany. Już z założenia uważają go za problematyczny i niewłaściwy. Mimo że posiadają oni podstawową wiedzę w tym zakresie nie są w stanie wyjść poza obręb utartych schematów myślowych oraz pewnych konstrukcji zawartych w języku²³, a właściwych dla tzw. „mowy nienawi-

ści”²⁴. Tym samym przyczyniają się do marginalizacji tematyki żydowskiej oraz biernego wykluczenia tej grupy.

Bibliografia

Przedmiotowa

Baranowski J., Łódzkie getto 1940-1944 Vademecum, Łódź 2009.

Borzymińska Z., R. Żebrowski (oprac.) Polski słownik judaistyczny. Dzieje, kultura, religia, ludzie, t. 2, Warszawa 2003.

Graszewicz M., K. Stasiuk (Red.), Literatura, kultura, komunikacja. Wrocław 2006.

Hoffman E., *Sztetl. Świat Żydów polskich*, Warszawa 2001.

Kuncewicz P., *Goj patrzy na Żyda. Dzieje braterstwa i nienawiści od Abrahama po współczesność*, Warszawa 2010.

Strony internetowe

<http://historia.newsweek.pl/wielka-szpera-w-lodzkiem-getcie--minelo-70-lat,95650,1,1.html>, z dn.03.01.2015r.

http://www.ngofund.org.pl/wp-content/uploads/2014/06/raport_final_poj.pdf, z dn. 08.03.2015 r.

22 P. Kuncewicz, *Goj patrzy na Żyda. Dzieje braterstwa i nienawiści od Abrahama po współczesność*, Warszawa 2010, s. 387.

23 Wynik badań dotyczące języka nienawiści

opublikowała Fundacja im. Stefana Batorego w 2014 roku.

24 http://www.ngofund.org.pl/wp-content/uploads/2014/06/raport_final_poj.pdf, z dn. 08.03.2015 r.

Dr Renata Muchacka
Instytut Biologii
Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie

Co warto wiedzieć na temat cukrzycy?

Abstrakt

Artykuł w prosty i przejrzysty sposób przedstawia najistotniejsze informacje na temat grupy chorób metabolicznych charakteryzujących się hiperglikemią.

Cukrzyca, można rzec, jest problemem globalnym, dotyka coraz więcej osób i może stać się udziałem każdego z nas. Jest problemem, o którym powinno dowiedzieć się jak największe grono osób, by w sposób świadomy móc kontrolować swoje zdrowie.

Celem pracy było zgromadzenie przydatnych i istotnych informacji zarówno o samej chorobie, jej typach, objawach, powikłaniach i leczeniu ale również zagłębienie się w sposoby odżywiania, wartości niektórych pokarmów i ich roli w codziennym życiu osoby chorej. Zwrócono uwagę także na niebagatelną rolę aktywności fizycznej diabetyków oraz wskazano na negatywny wpływ stosowania niektórych używek na przebieg choroby.

Istotnym aspektem tej choroby jest fakt, iż odpowiednio leczona i kontrolowana nie uniemożliwia diabetykowi normalnego życia. To właśnie od pacjenta w znacznej mierze zależy to, czy jego dalsze życie będzie aktywne i spełnione, czy też pozbawione znamion normalności i wycofane w krąg swojej choroby.

Słowa kluczowe: zespół chorób metabolicznych, hiperglikemia, diabetyk

Abstract

An article in a simple and clear way shows the most important information about a group of metabolic diseases characterized by hyperglycemia.

Diabetes, one might say, is a global problem, affecting more and more people and might experience all of us. It is a problem, which people as much as possible should learn, to be able to consciously control their health.

The aim of this study was to gather useful and relevant information about the disease, its types, symptoms, complications and treatment and also to delve into the diet, nutritional value of certain foods and their role in the daily life of a sick person. Also drew attention to the important role of diabetics physical activity and pointed to the negative impact of the use of certain drugs on the course of the disease.

An important aspect of this disease is that if it is properly treated and monitored does not prevent the patient normal life. From a patient largely depends on whether his future life will be active and fulfilled, or devoid of signs of normality and withdrawn into the circle of his illness.

Key words: metabolic diseases syndrome, hyperglycemia, diabetic

WSTĘP

We współczesnych czasach ludzie borykają się z różnymi chorobami. Pomimo dużego rozwoju medycyny, niektóre z tych chorób wciąż stanowią zagadkę, która czeka na swoje rozwiązanie.

Cukrzyca (*ang. diabetes*) to jedna z tych chorób, które w realny sposób zagrażają człowiekowi. Świadczą o tym dane statystyczne opracowywane przez różnego rodzaju organizacje, czy przewidywania naukowców, którzy twierdzą, że liczba chorych na cukrzycę wzrasta w zastraszającym tempie. Lekarze przewidują, że w 2025 roku już około 300 mln ludzi na świecie będzie dotkniętych tą chorobą. Jest ona tak powszechna, że zaliczono ją do schorzeń cywilizacyjnych. Oznacza to, że pewne osiągnięcia współczesnego życia, które poprawiają jego poziom, przyczyniają się niestety do wzrastającej zapadalności na tę chorobę.

Wiele osób nie jest świadomych tego iż są chorzy, ponieważ wizyta u specjalisty wciąż jest dla nich czymś w rodzaju wyroku, którego nie chcą usłyszeć poddając się badaniu.

Szacuje się, że w Polsce na cukrzycę choruje około 1,5 miliona osób. Oczywiście cukrzyca nie jest problemem, o czym wspomniano już wcześniej, z którym borykają się tylko pacjenci w Polsce. Jest ona szeroko rozprzestrzeniona poza granicami naszego kraju. Cierpią na nią ludzie zamieszkujący wszystkie kontynenty naszego globu, dotyka ona ludzi wszystkich nacji (Skłodowska, 1998).

Z cukrzycą borykają się społeczeństwa obecnych czasów, ale należy pamiętać, iż nie jest ona zjawiskiem nowym. Ponad ćwierć wieku temu, w roku 1987 cukrzycę wykryto u 6,5 miliona Amerykanów, a szacowano, że kompletna liczba Amerykanów cierpiących z powodu cukrzycy, może przewyższać 12 milionów (Tannenhaus, 1992). Choroba ta dotykała również ludzi, którzy żyli w zamierzchłych czasach. Najstarszy prawdopodobny opis objawów cukrzycy znajduje się w papirusie Ebersa datowanym na 3000–1500 lat p.n.e. Już wtedy Starożytni Egipcjanie, Hindusi i Grecy opisywali niemożliwe do zaspokojenia pragnienie i częste oddawanie moczu. Niestety, nie potrafili oni w wystarczający sposób zapanować nad tą chorobą stąd obserwowano szybko postępujące wyniszczenie ciała, a wreszcie śmierć wielu z chorych, zazwyczaj w ciągu paru miesięcy. (Tatoń i Czech, 2006).

Cukrzyca to przewlekła choroba ogólnoustrojowa charakteryzująca się hiperglikemią, czyli podwyższonym stężeniem glukozy (cukru) we krwi. Schorzenie to wynika z defektu wydzielania lub działania insuliny. Przewlekła hiperglikemia wiąże się z uszkodzeniem, zaburzeniem czynności i niewydolnością różnych narządów, szczególnie oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych (Rother, 2007; Jarosz, 2010)

Cukrzyca może spotkać każdego z nas, niezależnie od płci, wieku, wykształcenia, zajmowanego stanowiska czy przeko-

nań. Ważny zatem jest fakt, aby we właściwym momencie ją rozpoznać i podjąć odpowiednie leczenie, w tym mieć świadomość, że to jaki tryb życia prowadzimy, jak planujemy swoje posiłki, może w pozytywny lub negatywny sposób wpływać na nasze samopoczucie.

OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA CUKRZYCY

TYPY CUKRZYCY

Ze względu na przyczynę i przebieg choroby wyróżniamy cukrzycę typu I i II. Istnieją też inne, specyficzne typy cukrzycy, np. cukrzyca ciężarnych, cukrzyca typu MODY, typu LADA czy cukrzyca wtórna.

Cukrzyca typu I

Cukrzyca typu I, dawniej określana mianem cukrzycy insulinozależnej (w skrócie IDDM) lub inaczej jako typ cukrzycy dziecięcej (w skrócie JOD) (Tannenhaus, 1992). Jak wskazuje jedna z nazw, jest to rodzaj choroby, która dotyka w szczególności osoby młode. Największe prawdopodobieństwo zapadnięcia na ten typ cukrzycy występuje u osób, które znajdują się pomiędzy 8 a 12 rokiem życia, a także w czasie dojrzewania, czyli podczas etapu, w którym ma miejsce szybki wzrost oraz zmiany hormonalne w organizmie (Tannenhaus, 1992). Nie jest jednak regułą, że dotyka ona jedynie osoby młode, ponieważ spotykana jest również u osób dorosłych.

Cukrzyca typu I spowodowana jest całkowitym brakiem wydzielania insuliny, wywołanym przez uszkodzenie komórek trzustki odpowiedzialnych za produkcję tego hormonu (Tannenhaus, 1992). Insulina, łącznie z kilkoma innymi hormonami, jest odpowiedzialna za regulowanie procesów metabolicznych, uczestniczy również w regulacji poziomu substancji odżywczych w organizmie, w tym w szczególności glukozy (Tannenhaus, 1992). Leczenie wymaga stałego podawania insuliny. Pełnoobjawowa cukrzyca typu I, jeśli nie jest leczona za pomocą iniekcji insuliny, jest chorobą śmiertelną, jednak leczona kompleksowo nie ma wpływu na długość życia osoby chorej.

Nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie dotyczące tego, dlaczego organizm człowieka w pewnym momencie zaczyna atakować i niszczyć komórki beta trzustki. Bierze się pod uwagę predyspozycję genetyczną, która razem z działaniem czynników środowiskowych, np. infekcji (głównie wirusowych), związków chemicznych czy leków, prowadzi do rozwoju procesu autoimmunologicznego. Jest to stan, w którym układ odpornościowy zaczyna atakować i niszczyć własne komórki, w tym wypadku komórki wytwarzające insulinę. Podnosi się także rolę otyłości oraz małej aktywności fizycznej u dzieci jako czynniki ryzyka wystąpienia cukrzycy typu I (Tannenhaus, 1992).

Cukrzyca typu II

Cukrzyca typu II dawniej była zwana cukrzycą insulino-niezależną (w skrócie NIDDM). Niektórzy określają ją jako cukrzycę dorosłych, ponieważ występuje zazwyczaj po 45 roku życia. Dotyczy coraz większej liczby ludzi i jest zaliczana do chorób cywilizacyjnych. Typ ten występuje u większości osób cierpiących na cukrzycę. U podstaw cukrzycy typu II, oprócz upośledzonego wydzielania insuliny, leży tzw. insulinooporność, czyli niewrażliwość komórek na działanie insuliny. W rozwoju cukrzycy typu II, oprócz czynników ge-

netycznych ważną rolę odgrywają czynniki zależne od człowieka, takie jak otyłość, zwłaszcza brzuszna, która ma ścisły związek z rozwojem insulinooporności, mała aktywność fizyczna, siedzący tryb życia oraz niezdrowe odżywianie się (Tannenhaus, 1992).

Chorzy cierpiący na ten typ cukrzycy, często są nieświadomi postępującej choroby i nieprawidłowości w funkcjonowaniu swojego organizmu.

Poważnym zagrożeniem stała się otyłość, która dotyka coraz większą część społeczeństwa, nie tylko polskiego. Jest ona uważana za główną przyczynę cukrzycy typu II wśród osób z genetycznymi uwarunkowaniami do rozwoju tej choroby.

Otyłość jest spowodowana nie zawsze nadmiernym spożywaniem pokarmów w stosunku do wymogów danego organizmu, ale również niewłaściwym wyborem produktów spożywczych i szerzącą się modą na spożywanie niezdrowej żywności (*ang. fast food*). Otyłość jest czynnikiem, który podnosi prawdopodobieństwo zachorowania na cukrzycę typu II 3-7 krotnie; ponad 90% osób chorujących na ten typ cukrzycy, to osoby charakteryzujące się otyłością (Jarosz i Respondek, 2010). Szacunki Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) mówią, że aktualnie 1,1 biliona ludzi na Ziemi posiada nadwagę lub charakteryzuje się otyłością. WHO prognozuje, że wielkość ta może przewyższyć 1,5 biliona w roku 2015 (Jarosz i Respondek 2010).

Mówiąc o cukrzycy, nie sposób pominąć takich pojęć jak hipoglikemia oraz hiperglikemia.

Hipoglikemia jest to stan, w którym we krwi pacjenta, zostało stwierdzone za małe stężenie glukozy (poniżej 3,0 mmol/l). Wyróżniamy tak zwane duże i małe hipoglikemie. Różnią się one objawami, które im towarzyszą. Objawami, które najczęściej towarzyszą dużym hipoglikemiom są problemy z pamięcią, różnego rodzaju bóle występujące w różnych częściach ciała np. nadbrzuszu, odczucie osłabienia. Objawy małych hipoglikemii to: wzburzenie, wyczerpanie organizmu, dolegliwości bólowe.

Spadki stężenia cukru we krwi, trwają stosunkowo krótko. Jednak w przypadku, gdy pacjent będący w stanie hipoglikemii, nie dostarczy organizmowi składników pokarmowych, stan ten będzie się pogłębiał, co w rezultacie może doprowadzić do omdlenia (Barnard, 2001).

Z kolei hiperglikemia, jest stanem odwrotnym w stosunku do hipoglikemii. Mowa jest o niej w sytuacji, gdy w organizmie pacjenta, stężenie glukozy jest zbyt wysokie w stosunku do zapotrzebowania (ponad wartość 10 mmol/l). Wystąpienie hiperglikemii, niesie za sobą ryzyko pojawienia się poważnych komplikacji, będących zagrożeniem dla życia pacjenta (Tatoń i Czech, 2006). W takiej sytuacji istnieje ryzyko rozwinięcia się kwasicy ketonowej a ta z kolei może doprowadzić do śpiączki ketonowej.

Symptomami zarówno hiperglikemii jak i kwasicy ketonowej są: bardzo duże zapotrzebowanie na płyny, wzmożone oddawanie moczu, brak apetytu, utrata masy ciała, szybsze tętno (Tatoń i Czech, 2006).

Tabela . Porównanie cukrzycy typu I i II

Cecha porównawcza	Typ I	Typ II
Procentowy udział chorych na cukrzycę danego typu	20 %	80 %
Stosowane nazewnictwo	- cukrzyca typu młodzieńczego - insulinozależna	- cukrzyca dorosłych - insulinoniezależna
Najbardziej prawdopodobny wiek pacjenta, w którym zostaje rozpoznana cukrzyca	mniej niż 40 lat	więcej niż 40 lat
Przyczyna pojawienia się choroby	trzustka nie produkuje bądź nie uwalnia insuliny	niewrażliwość tkanek na insulinę, niedobór tego hormonu
Waga	odpowiednia lub poniżej normy	u większości pacjentów nadwaga bądź otyłość
Leczenie	- odpowiednie planowanie posiłków - insulina - aktywność fizyczna	- odpowiednie planowanie posiłków - aktywność fizyczna - zażywanie specyfików wpływających na zmniejszenie stężenia glukozy w organizmie

Cukrzyca typu MODY

To grupa rzadkich postaci cukrzycy uwarunkowanych genetycznymi zaburzeniami funkcji komórek beta trzustki produkujących insulinę. W uproszczeniu nazywa się ją cukrzycą typu dorosłego (typu II) występującą u ludzi młodych, gdyż objawy pojawiają się u osób w wieku 15-35 lat. Stanowią 1-5% wszystkich przypadków cukrzycy.

Cukrzyca typu LADA

Jest cukrzycą o charakterze immunologicznym, zbliżoną cechami do cukrzycy typu I, jednak w przeciwieństwie do niej ujawnia się nie w dzieciństwie, lecz dopiero w czwartej i piątej dekadzie życia.

Cukrzyca kobiet w ciąży

Jest to każdy stan hiperglikemiczny (nieprawidłowa glikemia na czczo, nietolerancja glukozy lub cukrzyca) pojawiające się u zdrowych dotąd kobiet w ciąży. Stanowi zagrożenie dla płodu. Nie jest chorobą trwałą, zanika po urodzeniu dziecka. Jest diagnozowana w oparciu o nieprawidłowe wyniki badań, wskazujące na zwiększoną ilość glukozy we krwi danej kobiety, a także jego występowaniu w moczu. U 30-45% kobiet, u których stwierdzano cukrzycę ciężarnych, w ciągu najbliższych 15 lat rozwija się cukrzyca typu II (Szczeklik, 2005).

Kobiety spodziewające się potomstwa, powinny poddać się badaniom w celu sprawdzenia poziomu cukru we krwi. Przyszłe matki, u których wykryto cukrzycę muszą pozostać

pod opieką lekarza (Skłodowska, 1998).

Cukrzyca wtórna

Cukrzyca wtórna (o znanej przyczynie) wywołwana jest najczęściej długotrwałą terapią lekami o działaniu diabetogennym z glikokortykosteroidami (popularnie nazywanymi sterydami) na czele. Oprócz sterydów, do leków mogących mieć wpływ na rozwój cukrzycy zalicza się: leki tiazydowe, leki z grupy beta-blokerów, interferon oraz leki psychiatryczne (chlorpromazyna, klozapina, olanzapina). Dodatkowo przyczyną rozwinięcia się cukrzycy wtórnej może być zapalenie trzustki, marskość wątroby, choroby genetyczne (zespół Klinefeltera, zespół Turnera i inne) oraz guzy wytwarzające hormony funkcjonujące antagonistycznie w stosunku do insuliny.

CZYNNIKI PREDYSPONUJĄCE

Dzięki naukowcom, którzy podjęli się pracy nad zgłębieniem wiedzy dotyczącej choroby, jej przebiegu i uwarunkowań znany dzisiaj wiele z czynników ryzyka (Abramczyk, 2002). Wśród nich wyróżniono takie, na które człowiek nie ma wpływu, a co za tym idzie nie jest w stanie ich zmienić, jak choćby wiek oraz takie, które człowiek ma możliwość modyfikowania, np. dieta czy aktywność fizyczna (Abramczyk, 2002).

Czynniki predysponujące rozwój cukrzycy typu I

Do czynników predysponujących rozwój cukrzycy typu pierwszego należą: czynniki genetyczne, przebyte infekcje, niewłaściwe odżywianie, stres oraz zanieczyszczenie środowiska (Tatoń i Czech, 2006).

W sytuacji gdy u matki rozpoznano typ I cukrzycy, u dziecka tylko w 0,5-2,9 % sytuacji może pojawić się choroba. Prawdopodobieństwo wystąpienia cukrzycy u potomka zwiększa się gdy na cukrzycę cierpi ojciec - wówczas wynosi ono 2,5-10 %. Największe ryzyko pojawienia się cukrzycy, ma miejsce gdy chorzy są oboje rodzice. Prawdopodobieństwo to wynosi 10-25 % (Skłodowska, 1998).

Innymi czynnikami, które rzutują na rozwój cukrzycy typu pierwszego są: wiek, w którym kobieta zachodzi w ciążę i wydaje na świat potomstwo, rodzaj pożywienia, jakie otrzymuje nowo narodzony członek rodziny w pierwszych miesiącach życia - mleko matki czy mleko modyfikowane, a w późniejszym okresie życia mleko pochodzące od krowy (Abramczyk, 2002).

Czynniki predysponujące rozwój cukrzycy typu II

Wystąpienie cukrzycy typu II jest uwarunkowane w sposób dziedziczny (Day, 2003). Nie bez znaczenia pozostaje także tryb życia, jaki prowadzi dana osoba. Jej sposób spędzania wolnego czasu (bierny czy aktywny) oraz sposób odżywiania, który w sytuacji gdy jest nieodpowiedni może doprowadzić do nadwagi lub w skrajnym przypadku do otyłości.

Tempo i sposób życia dzisiejszych ludzi, w tym brak odpowiedniej diety, zapewniającej organizmowi witaminy i konieczne do prawidłowego rozwoju makro i mikroelementy, brak aktywności fizycznej, zbierają swoje żniwo w postaci jak ogólnie wiadomo, zwiększającej się zachorowalności na cukrzycę typu II (Tannenhaus, 1992).

CUKRZYCA – OBJAWY, POWIKŁANIA, LECZENIE

Objawy

Organizm daje sygnały, świadczące o nieprawidłowościach w jego funkcjonowaniu w postaci bardziej lub mniej widocznych objawów. Cukrzyca może objawiać się w różny sposób, a dolegliwości z nią związane bywają niestety bagatelizowane. Warto zwrócić na nie uwagę, a także regularnie badać krew, szczególnie, jeśli jesteśmy w grupie ryzyka. Osoba rozpoznająca u siebie pewne kluczowe symptomy cukrzycy, powinna niezwłocznie udać się na badania kontrolne.

Czynniki zwiększające ryzyko pojawienia się cukrzycy, o których już po części była mowa, to: otyłość i nadwaga, nieprawidłowa dieta, występowanie cukrzycy w rodzinie, wiek powyżej 40 lat, zawał serca lub udar.

Objawy występujące w przypadku cukrzycy typu I:

- przyjmowanie dużych ilości płynów w wyniku nadmiernego pragnienia
- zwiększona ilość oddawanego moczu (wielomocz)
- nie przybieranie na wadze, pomimo wzmożonego apetytu
- odczuwanie przewlekłego wyczerpania
- senność (Tannenhaus, 1992).

Cukrzyca typu II długo nie daje żadnych objawów, często pozostaje nierozpoznana i nieleczona, prowadząc do nieodwracalnych w skutkach uszkodzeń narządów. Szacuje się, że 50% przypadków cukrzycy typu II pozostaje nierozpoznanych. Taki sam odsetek chorych w chwili rozpoznania choroby ma już rozwinięte powikłania ze strony układu naczyniowego. Często pierwszym symptomem cukrzycy typu II jest skłonność do ropnych zakażeń skórnych.

Inne objawy, na które pacjent powinien zwrócić uwagę to:

- pogorszenie widzenia
- infekcje dróg moczowych
- odczuwanie mrowienia w rękach, nogach
- drętwienie kończyn
- trudne leczenie obrażeń, infekcji (Tannenhaus, 1992).

Umiejętność obserwowania zmian, zachodzących w organizmie, a tym samym symptomów, które im towarzyszą, jest niezwykle ważna. Pozwala ona w odpowiednim momencie zareagować, w postaci odpowiedniego działania – udania się do poradni specjalistycznej w celu poddania się badaniom i diagnozie.

Powikłania

Każda choroba również cukrzyca, jest obarczona ryzykiem wystąpienia powikłań. Większe prawdopodobieństwo zaistnienia powikłań jest odnotowywane u osób cierpiących na cukrzycę typu I, z powodu dłuższego czasu trwania choroby (Tannenhaus, 1992).

Objawy późne, czyli powikłania, zwłaszcza nieleczonej lub

źle wyrównanej cukrzycy, to:

- nefropatia cukrzycowa, czyli uszkodzenie i zaburzenia funkcji nerek, przejawiające się głównie białkomoczem (pojawieniem się białka w moczu – fizjologicznie, poza śladowymi ilościami, nie powinno go tam być);
- neuropatia cukrzycowa, czyli uszkodzenie nerwów, może się objawiać zaburzeniami czucia, ostrymi napadami bólu rąk i stóp, bolesnymi kurczami mięśni, mrowieniem;
- retinopatia cukrzycowa, czyli uszkodzenie siatkówki – części oka odpowiedzialnej za widzenie;
- stopa cukrzycowa, czyli występowanie głębokich, niegojących się ran i owrzodzeń na stopach;
- miażdżycza naczyń krwionośnych niosąca ze sobą groźne następstwa (choroba niedokrwienna serca, zawał serca).
- Ostre powikłania cukrzycy mogą wystąpić zarówno w cukrzycy typu I, jak i typu II. Zaliczamy do nich:
 - kwasicę i śpiączkę ketonową;
 - nieketonową śpiączkę hipermolarną;
 - hipoglikemię.

Leczenie

Podjęcie odpowiedniego leczenia w przypadku cukrzycy, jest koniecznym warunkiem, aby we właściwy sposób regulować poziom cukru we krwi. Leczenie ma na celu zapewnić pacjentowi właściwy poziom życia i pozwolić mu na aktywne uczestnictwo w życiu społecznym, rodzinnym.

Podczas leczenia cukrzycy, lekarze dokładają wszelkich starań aby doprowadzić pacjenta do stanu wyrównania choroby. Jest to taki stan, w którym pacjent charakteryzuje się optymalnymi, jak na sytuację w której się znajduje, wielkościami danych parametrów. Tymi parametrami są wartość glikemii przed i po posiłku, odpowiednie wyniki cholesterolu, dające pozytywne efekty leczenie problemów z ciśnieniem krwi, uzyskanie prawidłowej wagi ciała a także wykluczeniu pozostałych czynników, które mogą przyczyniać się do powstawania następstw cukrzycy w postaci wielu schorzeń (Radziszowski, 2011).

Ważnym czynnikiem w procesie leczenia jest to, aby pacjent w odpowiedzialny i świadomy sposób układał plan swoich posiłków (Tatoń i Czech, 2006). Utrzymanie aktywności fizycznej poprzez uprawianie sportów, również nie pozostaje bez znaczenia. Nie tylko poprawia on samopoczucie osoby chorej, ale także redukuje nadmierną masę ciała, pozwala zachować dobrą kondycję i sprawność (Tatoń i Czech, 2006).

Istotnym aspektem w leczeniu choroby, jest regularne przyjmowanie odpowiednich leków, które będą wpływać na obniżenie poziomu glukozy we krwi pacjenta (Tatoń i Czech, 2006). Pacjent powinien mieć świadomość tego, iż cukrzyca nie jest chorobą, z którą da się prawidłowo funkcjonować po spożyciu jednej tabletki.

Niebagatelną rolę odgrywa również samokontrola, połączona z odpowiednią wiedzą. Pacjent ma za zadanie przestrzegać zaleceń lekarza, od którego powinien uzyskać wszystkie istotne informacje, na temat swojej choroby, przebiegu leczenia, możliwych powikłaniach i być pod jego stałą kontrolą (Tatoń i Czech, 2006).

Diabetyk powinien pamiętać, że jego choroba nie wyklucza go z życia społecznego, uniemożliwiając realizację aspiracji zawodowych czy podejmowania różnego rodzaju funkcji.

Rola diety w leczeniu cukrzycy

W celu utrzymania prawidłowej masy ciała, dobrego samopoczucia oraz energii do codziennych działań, należy dostarczać organizmowi właściwą dawkę składników pokarmowych, witamin oraz makro i mikroelementów. Umiejętny sposób doboru składników odżywczych jest jednym z koniecznych punktów do zrealizowania po zdiagnozowaniu cukrzycy.

Osoba cierpiąca z powodu niewłaściwego działania hormonów wydzielanych przez trzustkę, powinna rozpocząć zmianę swojego stylu życia od usystematyzowania porcji spożywania posiłków oraz ilości ich przyjmowania, zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami. Winno się przyjmować pożywienie w porcjach od 5 do 6 razy w ciągu dnia (Bętkowska i Rożnowska, 2008).

Odpowiedni sposób odżywiania może pomóc pacjentowi zredukować nieprzemijające następstwa zdrowotne, jakie niesie za sobą choroba, dlatego też osoba cierpiąca na cukrzycę powinna być tego świadoma, iż to co je, w znacznym stopniu wpływa na to jak będzie funkcjonował jej organizm w przyszłości (Barnard, 2001).

Diabetyk winien ograniczyć spożywanie tłuszczów pochodzenia zwierzęcego a w zamian za nie stosować tłuszcze roślinne (Bętkowska i Rożnowska, 2008).

Konieczne jest również zredukowanie przyjmowania cukru. Bezwzględne jest wystrzeżenie się produktów, które powodują gwałtowne zwiększenie stężenia cukru we krwi. Produktami takimi są między innymi płyny, zawierające wysoką dawkę cukru oraz słodycze (Day, 2003).

Nieodzownym elementem odpowiedniej diety są owoce i warzywa, które powinny być spożywane kilka razy dziennie (Day, 2003). Pozytywnym wpływem na organizm, nie tylko osoby cierpiącej z powodu cukrzycy, odznacza się fasola, groch, bób a także artykuły zbożowe (Mindell, 2000).

Niebagatelną rolę odgrywają również składniki pożywienia, będące źródłem błonnika (Mindell, 2000). Błonnik inaczej zwany celulozą, jest jednym z naczelnich komponentów jakie budują komórki organizmów roślinnych (Wiśniewski, 1997). Prawidłowo przygotowywane posiłki, winny posiadać od 30 do 40 g błonnika każdego dnia (Barnard, 2001).

Badania, które przeprowadził Richard Anderson działający w Stanach Zjednoczonych na Department of Agriculture, pozwoliły mu stwierdzić, że niektóre stosowane obecnie w kuchni przyprawy, są w stanie zwielokrotnić (trzy razy) możliwości insuliny w kierunku przekształcenia glukozy. Takimi właściwościami wg. Andersona charakteryzuje się cynamon, liście laurowe, kurkuma oraz goździki (Mindell, 2000).

Pierwiastkiem mającym duże znaczenie dla wzmocnienia funkcjonowania insuliny jest chrom. Badania przeprowadzone na zwierzętach wykazały, że u osobników żywionych paszą, zawierającą odpowiednią dawkę chromu, wydzielanie przez trzustkę insuliny było zwiększone (dwa razy), w przeciwieństwie do osobników przyjmujących pokarmy o małej zawartości chromu.

Z punktu widzenia odżywiania najlepszym źródłem chromu są drożdże piekarskie, a także kolby kukurydzy, gotowana wołowina, jabłka, kasze, chleb gruboziarnisty oraz płatki zbożowe. Chrom można znaleźć zarówno w warzywach na przykład brokułach czy soku owocowym w szczególności w soku z winogron (Mindell, 2000).

Występują również zioła, które przyczyniają się od zredukowania stężenia glukozy we krwi pacjenta. Takimi ziołami, posiadającymi tego typu właściwości są pokrzywy, w szczególności jej liście (Grella, 1991). Jej właściwości lecznicze, były wykorzystywane już od zamierzonych czasów. Już w świecie antycznym osoby zajmujące się medycyną tak jak Hipokrates czy Dioskorydes, wykorzystywali jej specyficzne cechy w swojej praktyce (Mikołajczyk i Wierzbicki, 2006).

Pozostałymi ziołami pomocnymi pacjentom cierpiącym z powodu cukrzycy są mniszek lekarski - jego korzeń, liście czarnego bzu, liście rośliny posiadającej właściwości odkazające - szałwii jak również liście rośliny zwanej czarną borówką (Grella, 1991).

Artykuły niepożądane

Diabetycy powinni zdawać sobie sprawę z tego, że istnieją artykuły spożywcze, które mogą wywołać u nich negatywne reakcje, dlatego spożywanie ich winno być zmniejszone lub wyeliminowane. Artykułami niepożądanymi w diecie diabetyka są m.in. wyroby cukiernicze, bardzo słodkie napoje, wysoko słodzone przetwory ale także produkty powstające na bazie mleka krowiego, potrawy smażone oraz owoce morza (Tatoń i Czech, 2006).

Sól, która jest nieodłącznym składnikiem wielu potraw, niekorzystnie wpływa na pacjenta cierpiącego z powodu cukrzycy, ponieważ podnosi ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego. Z tej racji, diabetyk jest zobowiązany do zredukowania zawartości soli w pożywieniu. Dopuszczalna jej ilość, jaką może spożyć pacjent dziennie, wynosi 5g (Szostak i Cichočka, 2010).

Artykułami, które pacjent powinien ograniczyć w swojej diecie do minimum są również: białe pieczywo, wszelakiego rodzaju sosy, które są dodawane do sałatek a także produkty zawierające wysoką zawartość tłuszczu (Szostak i Cichočka, 2010).

Rola aktywności fizycznej w kontekście cukrzycy

Aktywność fizyczna jest niezbędna zarówno diabetykom, osobom cierpiącym na inne schorzenia jak i osobom cieszącym się zdrowiem. Pośród wielu dostępnych możliwości, każdy ma szansę odszukać najbardziej odpowiednią, aktywną formę spędzania czasu. Trzeba jednak pamiętać, żeby zawsze mieć na uwadze własne predyspozycje i zainteresowania, także i w tym przypadku.

Aktywność fizyczna dla diabetyków ma szczególne znaczenie, ponieważ sport jest jednym z czynników, który pozwala pacjentowi zachować odpowiednią formę i samopoczucie. Ponadto wysiłek fizyczny ma duże oddziaływanie na hormon obniżający poziom cukru we krwi, nadzór cholesterolu oraz glikemii (Cichočka, 2010). Jest czynnikiem, który umożliwia zachowanie odpowiedniego stężenia cukru w organizmie człowieka. Wysiłek fizyczny istotnie wpływa na poziom cholesterolu obniżając ilość niekorzystnej jego frakcji (LDL) oraz triglicerydów, natomiast podwyższa poziom HDL (Tatoń i Czech, 2006). Zadaniem HDL jest obniżanie zawarto-

ści niekorzystnych związków, jakimi są lipidy w naczyniach, tym samym spełnia funkcję ochronną, zabezpieczając je przed rozwojem miażdżycy (Tatoń i Czech, 2006).

Minimalny tygodniowy czas poświęcony aktywności fizycznej, nie powinien być mniejszy niż 150 minut (Respondek i Jarosz, 2010a).

Jednak diabetyk powinien pamiętać o kilku bardzo ważnych kwestiach, odnoszących się do bezpieczeństwa, w czasie aktywnego spędzania czasu. Nie należy uprawiać sportu w sytuacji kiedy stężenie glukozy w organizmie jest większe niż 300 mg/dl (Respondek i Jarosz, 2010a).

Inną sytuacją, niesprzyjającą aktywności fizycznej jest stan, w którym przed posiłkiem glikemia przekracza wartość 250 mg/dl. Mocz może zawierać dodatkowo w takiej sytuacji, ciała ketonowe (Respondek i Jarosz, 2010a).

Jeżeli w organizmie pacjenta, po pomiarze stężenie glukozy jest mniejsze niż 100 mg/dl, a dana osoba nie podjęła jeszcze aktywności fizycznej, jest to sygnał uniemożliwiający podjęcie takiej aktywności (Respondek i Jarosz, 2010a).

Aktywność fizyczna daje dużo pozytywnych efektów w postaci dotlenienia organizmu, odprężenia, uzyskaniu odpowiedniej wagi ciała (Day, 2003).

NAŁOGI A CUKRZYCA

Tytoń

Jest sprawą oczywistą, iż palenie tytoniu wywołuje szereg destrukcyjnych zmian w organizmie. Szczególnie narażone są na nie płuca palacza. Palenie tytoniu przez diabetyków, zwiększa u nich dodatkowo ryzyko wystąpienia powikłań jakie niesie za sobą cukrzyca, takich jak: utrata wzroku, problemy w funkcjonowaniu nerek, zawał mięśnia sercowego, utrata kończyn (Tatoń i Czech, 2006). Diabetyk, który jest palaczem, powinien niezwłocznie rzucić palenie, gdyż będzie to miało niewątpliwie korzystny wpływ na jego zdrowie.

Narkotyki i używki

Narkotyki w ujemny sposób wpływają na cały ustrój. Powodują zaburzenia w funkcjonowaniu układów ciała a w przypadku cukrzycy dodatkowo powodują wahania poziomu cukru we krwi (Tatoń i Czech, 2006).

Marihuana jest przyczyną spadku stężenia cukru w organizmie, i powoduje wzmożony apetyt, co z kolei może prowadzić do podwyższenia glikemii.

Heroina oraz morfina prawdopodobnie przyczyniają się do zwiększenia stężenia cukru w organizmie człowieka.

Kokaina podnosi stężenie cukru we krwi, a ponadto redukuje apetyt, co skutkuje nieprawidłowym spożywaniem posiłków według ustalonego planu.

Kofeina, występująca w herbacie i kawie i niektórych napojach, może przyczyniać się do podwyższenia glikemii (Tatoń i Czech, 2006)

Podane skutki wpływu narkotyków na organizm, bywają powodem niespodziewanego zgonu diabetyków (Tatoń i Czech, 2006).

Leki

Leki należy przyjmować zgodnie ze wskazówkami lekarza, ponieważ w przypadku spożywania zwiększonej dawki

farmaceutyków, istnieje prawdopodobieństwo uzależnienia się. Uzależnienie od leków jest równie niebezpiecznym zjawiskiem, jak inne spotykane uzależnienia (Tatoń i Czech, 2006).

Alkohol

Alkohol również jak wyżej wymienione substancje, wpływa negatywnie na proces leczenia diabetyków. Jest przyczyną wielu niebezpiecznych zjawisk i procesów, które zachodzą w organizmie osoby chorej. Najistotniejsze z nich to:

uniemożliwienie wątrobie produkowania glukozy. Jest to czynnik, który może prowadzić do hipoglikemii. Pod wpływem alkoholu jest ona trudna do rozpoznania i opóźnia szybkie jej rozpoznanie;

pochodne sulfonilomocznika reagują z alkoholem. Widocznymi skutkami tej reakcji jest rumień, który widoczny jest na twarzy, a ponadto pojawiają się bóle głowy oraz problemy ze strony układu pokarmowego-nudności. Alkohol przysparza dodatkowych kalorii (Tatoń i Czech, 2006).

Picie napojów alkoholowych sprzyja i potęguje komplikacje pojawiające się w trakcie jak i po przebiegu cukrzycy (Abramczyk, 2002).

CZY MOŻEMY ZAPOBIEC CHOROBIE ?

Cukrzyca typu I

Czynności mające na celu przeciwdziałanie rozwojowi tego rodzaju cukrzycy, są skomplikowane, i nie ustalono do tej pory skutecznych sposobów działań profilaktycznych (Respondek i Jarosz, 2010b). Podjęto jednak wysiłki, aby wypracować pewne metody eliminujące zagrożenie rozwoju choroby. Jedną z nich była próba wykluczenia pewnych artykułów, które stanowią składnik codziennego menu. Do takich produktów zaliczono mleko krowie ze względu na pokrewieństwo pewnych jego białek w stosunku do antygenów komórek wydzielających insulinę, co potęguje odpowiedź autoimmunologiczną (Respondek i Jarosz, 2010b).

Pozostałymi sposobami przeciwdziałania cukrzycy tego typu, jest przyjmowanie insuliny, oraz takich substancji jak linomid (Skłodowska, 1998).

Cukrzyca typu II

Jednym z czynników podwyższających ryzyko wystąpienia cukrzycy typu drugiego jest otyłość, dlatego odpowiedni sposób odżywiania oraz kontrolowanie masy ciała, jest jedną z metod obniżenia ryzyka zachorowania. Dodatkowo obniżenie wagi ciała, podnosi czułość na jeden z hormonów wydzielanych przez trzustkę - insulinę. Kolejnym czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo pojawienia się cukrzycy typu II, jest siedzący tryb życia. Alternatywą w tym przypadku jest podjęcie aktywności fizycznej.

Według badań przeprowadzonych w USA u osób, które zdecydowały się na zmianę swojego stylu życia na bardziej aktywny, prawdopodobieństwo wystąpienia tego typu choroby spadło o 58% natomiast u osób przyjmujących metforminę - leku, który redukuje ilość glukozy, prawdopodobieństwo to zmniejszyło się o 31% (Respondek i Jarosz, 2010a).

CODZIENNOŚĆ ŻYCIA OSOBY CHOROJ

Aktywność w życiu zawodowym

Choroba w przeważających sytuacjach nie koliduje z czynnościami zawodowymi. Diabetycy są aktywni zawodowo, jednak istnieją dyscypliny, których wykonywanie jest utrudnione bądź uniemożliwione. I tak, kierowanie pojazdami naziemnymi przeznaczonymi do transportu podróźnych, w sytuacji gdy diabelek jest uzależniony od dawkowania insuliny jest wykluczone. Podobnie - pilotaż samolotów jest czynnością, która wymaga od pilota pełnej sprawności, toteż jest ona niedostępna dla diabelek.

Praca w pewnych profesjach, jest ściśle związana z koniecznością sprostania danym kryteriom dotyczącym stanu zdrowia. W związku z nimi, pacjenci, u których zdiagnozowano cukrzycę, starając się o zatrudnienie np. w służbach dbających o bezpieczeństwo obywateli, nie otrzymują na nie zgody (Day, 2003).

Przemieszczanie się

Diabelek winien przed wyjazdem zadbać o spakowanie przyrządów, za pomocą których mierzy stężenie cukru we krwi. Należy również zabrać ze sobą i mieć przez cały czas plakietkę, na której zostały zapisane dane osoby oraz podstawowe wiadomości dotyczące jej dolegliwości.

Kolejnym krokiem przed wyjazdem, jest zaopatrzenie się, w przypadku pacjentów przyjmujących leki w formie tabletek, w większą ich ilość, na wypadek dłuższego czasu wyjazdu, niż był on pierwotnie zaplanowany (Day, 2003).

Wizyty u stomatologa

Osoby cierpiące z powodu cukrzycy, powinny zwrócić szczególną uwagę na stan, w jakim znajduje się ich uzębienie. Choroba, która jest niewłaściwie kontrolowana, może przyczynić się do powstawania osadów na zębach. Ponadto wyleczenie zranień powstałych w jamie ustnej oraz zmian grzybiczych jest żmudne. Koniecznymi czynnościami w takiej sytuacji są częste wizyty u stomatologa (Tatoń i Czech, 2006).

Środki farmakologiczne

Diabetycy są zmuszeni do wzmożonej czujności podczas przyjmowania leków, ponieważ niektóre z nich mogą przyczynić się do wzmocnienia symptomów choroby a także komplikacji w jej kontroli. Wśród tych leków, znajdują się medykamenty wpływające na zwiększenie produkcji moczu, jak na przykład hydrochlorotiazyd (Tatoń i Czech, 2006).

Stopy

Pacjenci u których rozpoznano cukrzycę, są obligowani do szczególnego dbania o stopy, ze względu na łatwość ich zranienia. Diabelek winien sprawdzać jak najczęściej (najlepiej codziennie), czy na stopach nie pojawiły się zmiany, które mogą prowadzić do rozwoju owrzodzeń. Pacjent po zauważeniu zmian na stopach powinien niezwłocznie udać się do lekarza, ponieważ zwlekanie z podjęciem odpowiedniego leczenia zwiększa ryzyko powikłań podczas rekonwalescencji.

Dodatkowym utrudnieniem dla pacjenta może być fakt, iż trudno gojące się rany, wymuszają na pacjencie pozostanie w łóżku (Tatoń i Czech, 2006).

Życie w kręgu towarzyskim

Spotkania ze znajomymi, rodziną są istotnym aspektem życia każdego człowieka. Dlatego osoby chore na cukrzycę, nie mogą być wykluczone z tej istotnej sfery życia. Układając jadłospis oraz planując ilość podawanej insuliny można to zrobić w taki sposób, który umożliwi skosztowanie wypieków lub wzniesienie toastu (Tatoń i Czech, 2006).

PODSUMOWANIE

Cukrzyca jest bez wątpienia chorobą, o rozległym zasięgu występowania. Jest przypadłością, która nie różnicuje ludzi pod względem statusu społecznego, wykształcenia, wieku i wielu innych kryteriów, które z punktu widzenia człowieka są istotne, lecz nie koniecznie takie bywają w rzeczywistości.

Istotnym aspektem tej choroby jest fakt, iż odpowiednio leczona i kontrolowana nie uniemożliwia diabelekowi normalnego życia. To właśnie od pacjenta w znacznej mierze zależy to, czy jego dalsze życie będzie aktywne i spełnione, czy też pozbawione znamion normalności i wycofane w krąg swojej choroby. Umiejętność pogodzenia się z cukrzycą i zaakceptowanie wszystkich niedogodności z nią związanych, jest gwarantem postawienia kroku w przód.

Im więcej osób zacznie poddawać się kontrolnym badaniom okresowym i zwracać większą uwagę na sygnały jakie przekazuje organizm, tym zdiagnozowanie choroby będzie łatwiejsze i da możliwość rozpoczęcia leczenia w początkowej jej fazie.

Pacjent powinien stosować się do zaleceń lekarza prowadzącego, a lekarz winien w jasny i precyzyjny sposób wprowadzić pacjenta w nową i jakże przepełnioną obaw sytuację.

Zmiana dotychczasowego sposobu życia, związana szczególnie w przypadku cukrzycy typu drugiego ze złą dietą i brakiem ruchu, na zdrowy tryb życia, pod którym kryje się porzucenie niewłaściwych nawyków żywieniowych, zwiększenie lub podjęcie aktywności fizycznej, jest dla pacjenta szczególnie trudne i wymagające dużej pracy. Upór i wytrwałość gwarantują powodzenie podjętych działań.

Każdy człowiek ma wpływ, w mniejszym lub większym stopniu na przebieg choroby. Może opóźnić jej postępowanie, stosując się do zaleceń i wskazówek jakie zostały udzielone oraz poddając się leczeniu farmakologicznemu, albo przyspieszyć zmiany zachodzące w organizmie, przyjmując bierną postawę wobec choroby. To od człowieka i jego motywacji w dużym stopniu zależy jego dalsze życie, które również z cukrzycą może być piękne i owocne.

BIBLIOGRAFIA

Abramczyk A., Profilaktyka i wczesne wykrywanie cukrzycy w praktyce pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej, Wydawnictwo A&A Optimed, Wrocław 2002.

Barnard N., Uciec przed chorobą; profilaktyka przez dietę, Wydawnictwo Książka i Wiedza, Warszawa 2001.

Bętkowska T, Rożnowska K., Diety w różnych chorobach, Wydawnictwo Emilia, Kraków 2008.

Cichocka A., Praktyczny poradnik żywieniowy w odchudzaniu oraz profilaktyce i leczeniu cukrzycy typu 2, Wydawnictwo Medyk, Warszawa 2010.

Day L., Jak żyć z cukrzycą?, Poradnik Brytyjskiego Towarzystwa Diabetologicznego dla chorych na cukrzycę typu 2,

Wydawnictwo Medica, Gdańsk 2003.

Grella N., Leczenie naturalne, Wydawnictwo Oficyna „Faret”, Czeladź, 1991.

Jarosz M. Cukrzyca: definicja, rozpoznawanie, konsekwencje zdrowotne, społeczne i ekonomiczne [w:] M. Jarosz, L. Kłosiewicz-Latoszek (red.) Cukrzyca zapobieganie i leczenie, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Jarosz M., Respondek W., Epidemiologia cukrzycy [w:] M. Jarosz, L. Kłosiewicz-Latoszek (red.) Cukrzyca zapobieganie i leczenie, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Mikołajczyk K., Wierzbicki A., Zioła źródłem zdrowia, Wydawnictwo „Adam”, Warszawa 2006.

Mindell E., Żywność jako lekarstwo, Wydawnictwo Wiedza i Życie, Warszawa 2000.

Radziszowski J., Co to za choroba ?, Wydawnictwo MediSoftPress, Kraków 2011.

Respondek W., Jarosz M. (a), Zalecenia dotyczące aktywności fizycznej [w:] M. Jarosz, L. Kłosiewicz-Latoszek (red.) Cukrzyca zapobieganie i leczenie, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Respondek W., Jarosz M. (b), Czy można zapobiec cukrzycy? [w:] M. Jarosz, L. Kłosiewicz-Latoszek (red.) Cukrzyca zapobieganie i leczenie, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Rother K.I., Diabetes Treatment – Bridging the Divide, „The New England Journal of Medicine”, nr 356(15)/2007, s. 1499-1501.

Skłodowska Z., Życie z cukrzycą, Wydawnictwo B-P, Warszawa 1998.

Szczeklik A., (red.) Choroby wewnętrzne, Medycyna Praktyczna, Kraków 2005.

Szostak W.B., Cichocka A., Dieta w leczeniu cukrzycy typu 2 bez mikroalbuminurii i w profilaktyce jej powikłań, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2010.

Tannenhaus N., Jak żyć z cukrzycą?, Wydawnictwo BUS, Kraków 1992.

Tatoń J., Czech A., Jak zwyciężyć cukrzycę?, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.

Wiśniewski M.W., Leczenie owocami, warzywami i zbożem, Wydawnictwo „SPES”, Kraków 1997.

Katarzyna Okólska
Oliwia Jackowska
Wydział Nauk o Wychowaniu
Uniwersytet Łódzki

Fakty i mity o kurateli sądowej.

Wyobrażenia studentów pedagogiki resocjalizacyjnej na temat pracy kuratorów sądowych

Abstrakt

Celem artykułu jest ukazanie wyobrażeń dotyczących kurateli sądowej, jakie posiadają studenci, którzy podejmują kształcenie akademickie na specjalności, która stanowi ważny punkt wyjścia dla późniejszych starań o podjęcie zawodu kuratora sądowego. Jaką wiedzą dotyczącą omawianej profesji dysponują studenci pedagogiki resocjalizacyjnej? Czy ich wyobrażenia pokrywają się z rzeczywistością? Jaki model kurateli sądowej (wychowujący, kontrolujący czy opiekuńczy) jest bliski ich wyobrażeniom? Odpowiedzi na te pytania będą stanowiły treść niniejszego opracowania.

Słowa kluczowe: kurator sądowy, kształcenie akademickie, metody pracy kuratora sądowego, obowiązki kuratora sądowego, funkcje zawodowe kurateli sądowej.

Wprowadzenie

Kuratela sądowa w systemie zapobiegania demoralizacji społecznej mieści się w obszarze profilaktyki resocjalizacji w środowisku otwartym. Najogólniej mówiąc, daje ona możliwość osobom naruszającym prawo (lub zdemoralizowanym) odpowiedzieć za swoje czyny i jednocześnie uniknąć procesu stygmatyzacji społecznej poprzez umieszczenie w zakładzie karnym (czy placówce resocjalizacyjnej).

Istnieje też o wiele więcej przestrzeni pracy kuratora sądowego niż działania bezpośrednio związane z kontaktem z osobami przestępczymi. Są to specyficzne rodzaje aktywności kuratora, o których Mirosława Gawęcka mówi, że są „niedostrzeżonymi obszarami działania” i słabo nieobecny w świadomości społecznej. Mało kto bowiem kojarzy pracę kuratora sądowego ze sprawowaniem pieczy nad osobami wymagającymi wsparcia prawnospołecznego czy rodziną z powodu nienależytego wykonywania władzy rodzicielskiej z winy samych rodziców lub jednego z nich. Jeśli zaś informacje takie „przedostają się” do świadomości społecznej za pośrednictwem mediów, to jest to obraz zniekształcony poprzez nadanie mu kontekstu sensacji i niesprawiedliwości systemu wobec jednostki, a samemu kuratorowi przypisywane są cechy osoby bezlitosnej i pozbawionej skrupułów.

Zawód kuratora jest powszechnie znany, ale wiedza o nim oparta jest głównie o stereotypy i fragmenty informacji dochodzących z mediów. Z jednej strony więc kurator pełni ważne funkcje społeczno-wychowawcze, z drugiej jako element prawnospołecznego systemu zapobiegania patologiom społecznym jest niemal nieobecny w polskim dyskursie społeczno-medialnym.

Ze względu na swoją specyfikę, związaną chociażby z realizacją w środowisku otwartym, praca kuratorów sądowych

jest niezwykle trudna i wymaga od nich szeregu określonych kompetencji. Poważnym czynnikiem utrudniającym właściwą realizację zamierzonych funkcji zawodowych jest nadmierne obciążenie ilością prowadzonych spraw (dozorów własnych, powierzonych i innych czynności z nimi związanych). Jak pisze Ewa Wysocka praca kuratora „wymaga od niego multikompetencyjności, która dodatkowo w sytuacji obciążenia nałożonych jest niemożliwa do osiągnięcia, nawet przy ogromnym zaangażowaniu osobistym”.

Celem artykułu jest ukazanie wyobrażeń dotyczących kurateli sądowej, jakie posiadają studenci, którzy podejmują kształcenie akademickie na specjalności, która stanowi ważny punkt wyjścia dla późniejszych starań o podjęcie zawodu kuratora sądowego. Jaką wiedzą dotyczącą omawianej profesji dysponują studenci pedagogiki resocjalizacyjnej? Czy ich wyobrażenia pokrywają się z rzeczywistością? Odpowiedzi na te pytania będą stanowiły treść niniejszego opracowania.

Prawno-formalne podstawy kurateli sądowej w prawnospołecznym systemie zapobiegania demoralizacji i przestępczości

Realizację pracy kuratorów sądowych zawodowych i społecznych określają różne akty normatywne, dlatego w oparciu o nie należy przedstawić najważniejsze treści dotyczące funkcjonowania omawianej profesji.

Zgodnie z artykułem pierwszym Ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku o kuratorach sądowych *kuratorzy sądowi realizują określone przez prawo zadania resocjalizacyjne o charakterze wychowawczo-resocjalizacyjnym, diagnostycznym profilaktycznym i kontrolnym. Związane z wykonywaniem orzeczeń sądu.* Natomiast zadaniami kuratorów sądowych określonymi wedle założeń ustawodawców są: *pomoc w readaptacji społecznej skazanego. Kontrola ścisłego wykonywania przez skazanego nałożonych na niego obowiązków i poleceń ma na celu wychowawcze oddziaływanie i zapobieganie powrotowi do przestępstwa.* Obowiązki kuratorów sądowych zawodowych przedstawione są między innymi w kodeksie karnym wykonawczym, w ustawie dnia 27 lipca 2001 roku o kuratorach sądowych, kodeksie rodzinnym i opiekuńczym, kodeksie postępowania cywilnego oraz rozmaitych Rozporządzeniach Ministra. Opierając się na jednym z wymienionych dokumentów wyszczególnia się następujące zadania kuratora zawodowego:

- 1) *występowania w uzasadnionych wypadkach z wnioskiem o zmianę lub uchylenie orzeczonego środka;*
- 2) *przeprowadzania na zlecenie sądu lub sędziego wywiadów środowiskowych;*

3) współpracy z właściwym samorządem i organizacjami społecznymi, które statutowo zajmują się opieką, wychowaniem, resocjalizacją, leczeniem i świadczeniem pomocy społecznej w środowisku otwartym;

4) organizacji i kontroli pracy podległych kuratorów społecznych oraz innych osób, uprawnionych do wykonywania dozórów lub nadzorów;

5) sygnalizowania sądowi przyczyn przewlekłości postępowania wykonawczego lub innych uchybień w działalności pozasądowych podmiotów wykonujących orzeczone środki. Zgodnie ze wspomnianą ustawą zakres zadań kuratora społecznego określa kierownik zespołu w porozumieniu z wyznaczonym kuratorem zawodowym, pod którego kierunkiem kurator społeczny ma pracować (art. 87 § 1 u. o k. s.).

Ważny jest również podział kuratorów sądowych na wykonujących orzeczenia w sprawach karnych oraz wykonujących orzeczenia w sprawach rodzinnych. Należy zwrócić uwagę na omawiane rozgraniczenie ze względu na fakt, iż kuratorzy rodzinni posiłkują się przede wszystkim ustawą z dnia 26 października 1982 o postępowaniu w sprawach nieletnich oraz sprawy sądowe rozwiązywane są w oparciu o kodeks rodzinny i opiekuńczy. Szczegółowe, wybrane zapisy określonych zadań, uprawnień i obowiązków, jakimi kieruje się w swojej pracy zawodowej kurator zostaną zaprezentowane w dalszej części opracowania. Wyobrażenia studentów na temat pracy kurateli sądowej zostały zweryfikowane bowiem w oparciu o wymienione przepisy prawne.

Badania własne

Celem badań własnych była analiza znaczeń oraz rodzaju zadań i obowiązków, jakie studenci pedagogiki resocjalizacyjnej przypisują pracy kuratora sądowego. W trakcie badań szukano odpowiedzi na pytanie o to, czy wyobrażenia osób, które podejmują studia na specjalności przygotowującej do pracy w prawnospołecznym i pedagogicznym systemie zapobiegania przestępczości odpowiadają prawnoformalnym definicjom tego zawodu. Ponadto autorki opracowania podjęły się próby określenia, czy wyobrażenia te bliższe są założonym, czy może rzeczywistym funkcjom kurateli sądowej.

Badania zrealizowano w lutym 2015 roku i miały one charakter diagnostyczny; objęto nimi studentów jedynie pedagogiki resocjalizacyjnej (celowy dobór próby). Kwestionariusz ankiety wypełniło 110 studentów.

Zdecydowaną większość badanych stanowiły kobiety (89%), co jest rezultatem specyficznego zjawiska feminizacji kierunków pedagogicznych. 76% badanych to studenci w wieku między od 21 do 25 lat, a tylko po 6% ankietowanych znalazło się w grupie wiekowej od 26 do 30 oraz powyżej 30 roku życia. Aż 75% ankietowanych deklarowało edukację na poziomie studiów I stopnia, a 25% na poziomie magisterskim. 85% badanych studentów uczyło się w trybie stacjonarnym, a tylko 15% zaocznym. Określone dysproporcje obniżają ogólną wartość badań, niestety jednak nie udało się autorkom pozyskać bardziej zróżnicowanej populacji studentów do badań.

Pierwszym analizowanym zagadnieniem było **wykształcenie, jakim powinni się legitymować kandydaci do pracy w charakterze kuratora sądowego**. W zdecydowanej większości (79%) badani posiadali prawidłowe informacje na ten temat. Słusznie bowiem uznali, że aby starać się o aplikację kuratorską należy mieć ukończone studia wyższe

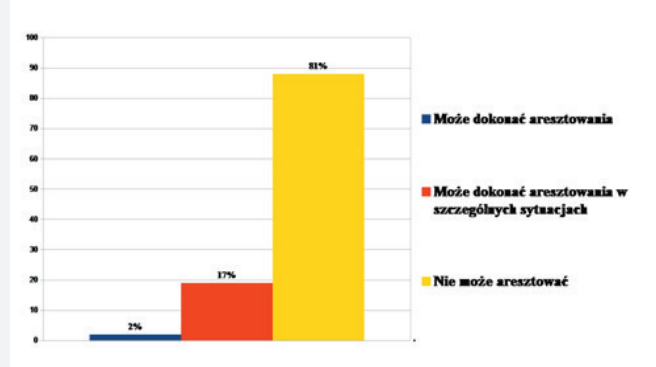
na poziomie magisterskim z zakresu nauk pedagogicznych, psychologicznych, prawniczych lub socjologicznych. Tylko 19% badanych było zdania, że można mieć ukończone jakiegokolwiek studia wyższe, a 2% uważało, że wystarczy posiadać wykształcenie średnie. Można więc przypuszczać, że studenci mają dużą wiedzę na ten temat, a jest ona rezultatem świadomego wyboru określonego rodzaju kształcenia akademickiego lub stoją drodze wyboru kariery zawodowej, a to wymaga od nich znajomości wymagań, jakie są niezbędne do zrealizowania w celu uzyskania wymarzonej posady.

Kolejny aspekt, który został poruszony w badaniach dotyczył **uprawnień kuratora sądowego podczas czynności zawodowych**, w sytuacji popełnienia przestępstwa przez podopiecznego, a dokładnie - możliwości aresztowania podopiecznego przez kuratora sądowego.

Zgodnie z artykułem 243 § 1 k.p.k. *każdy ma prawo ująć osobę na gorącym uczynku przestępstwa lub w pościgu podjętym bezpośrednio po popełnieniu przestępstwa, jeżeli zachodzi obawa ukrycia się tej osoby lub nie można ustalić jej tożsamości. § 2. Osobę ujętą należy niezwłocznie oddać w ręce Policji*. Odnosząc się do kolejnego artykułu Kodeksu Postępowania Karnego, należy mieć na uwadze, że: *Policja ma prawo zatrzymać osobę podejrzaną, jeżeli istnieje uzasadnione przypuszczenie, że popełniła ona przestępstwo, a zachodzi obawa ucieczki lub ukrycia się tej osoby albo zatarcia śladów przestępstwa, bądź też nie można ustalić jej tożsamości albo istnieją przesłanki do przeprowadzenia przeciwko tej osobie postępowania w trybie przyspieszonym*.

Jaką wiedzę w omawianym obszarze uprawnień posiadają studenci pedagogiki resocjalizacyjnej?

Wykres. 1. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie o uprawnienia kuratora sądowego



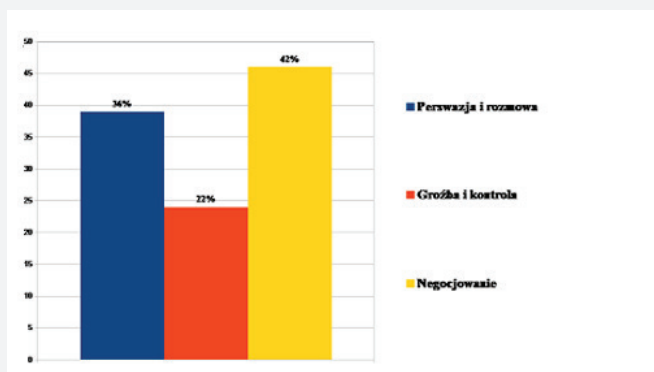
Aż 81% respondentów udzieliło poprawnej odpowiedzi: kurator nie może dokonać aresztowania podopiecznego. Tylko 17% ankietowanych dopuszcza taką możliwość w wyjątkowych sytuacjach, a 2% badanych stwierdziło nawet, że kurator może aresztować osobę, nad którą sprawuje dozór.

W dalszej kolejności zapytano ankietowanych o skuteczne **środki oddziaływania kuratorów** na podopiecznych. Analiza wyników badań pozwala sądzić, że aż 42% respondentów uważa, że stosowanym środkiem w kontaktach z podopiecznymi jest negocjowanie, 36% wskazuje na perswazję i rozmowę, natomiast aż 22% postrzega relacje kuratora z podopiecznym przez pryzmat groźby i kontroli. Jak widać, wiedza na temat środków oddziaływania kuratorów na podopiecznych podzieliły respondenci. Oczywiście konstrukcja „pytania” w kwestionariuszu była mocno zawężona i nie uwzględniała indywidualnego kontekstu sytuacyjnego. Intencją autorki było jednak określenie „dominującego” wy-

obrażenia studentów na temat środków stosowanych przez kuratora oraz próba określenia pewnych tendencji w sposobie postrzegania relacji pomiędzy kuratorem a jego podopiecznym.

Ustalenie tego „wyobrażenia” można także lokować w pewnym nastawieniu badanych do zawodu kuratora i w tym świetle wyniki badań jawią się optymistycznie. „Groźba i kontrola”, jako specyficzne środki wpływu wychowawczego w pracy kuratora osiągnęły najniższe notowania wśród studentów pedagogiki resocjalizacyjnej. Można więc sądzić, że studenci nadają kurateli sądowej cechy modelu wychowującego nad kontrolującym, co odpowiada współczesnym tendencjom pedagogiki resocjalizacyjnej, w które wpisuje się unikanie przymusu, a przede wszystkim troska o rozwój i kierowanie się zasadą podmiotowości osoby „resocjalizowanej”.

Wykres nr 2. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie o stosowane przez kuratora środki oddziaływania na podopiecznych



Kolejny poruszony w badaniach obszar funkcjonowania kurateli sądowej dotyczył formalnych aspektów jego pracy zawodowej, a właściwie możliwości i uwarunkowań jego aktywności, przejawianej inwencji w sposobie oddziaływania wobec podopiecznego oraz zakresu jego obowiązków.

Zgodnie z artykułem 11 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku o kuratorach sądowych kurator może, a nawet jest zobowiązany występować z wnioskiem o zmianę środka karnego, a w myśl artykułu 173§2 kodeksu karnego wykonawczego, występowanie przez niego z wnioskiem do sądu o przedłużenie dozoru skazanemu wchodzi w skład zadań nałożonych przez ustawę na kuratora sądowego. Studenci pedagogiki resocjalizacyjnej dysponują dobrą wiedzą dotyczącą **formalno-prawnych uprawnień i obowiązków kuratora sądowego**. Zdecydowana większość badanych (75%) słusznie uważa, że kurator ma możliwości, a nawet obowiązek występowania z wnioskiem o zmianę środka karnego, jeśli wymagają tego określone okoliczności prowadzonej przez niego sprawy. Aż 83% ankietowanych odpowiedziało również poprawnie na pytanie o to, czy kurator może wystąpić z wnioskiem o przedłużenie dozoru.

Kolejnym analizowanym zagadnieniem wiąże się z **prowadzeniem dozoru elektronicznego** przez kuratorów sądowych.

Dozór elektroniczny, jako instytucja prawa stanowiąca alternatywę dla kary pozbawienia wolności zyskuje w ostatnich latach na dużej popularności zarówno jeśli chodzi o analizy naukowe, rozważania prawne, jak i praktykę sądowo-penitencjarną. Kurator pełni kluczową rolę w przebie-

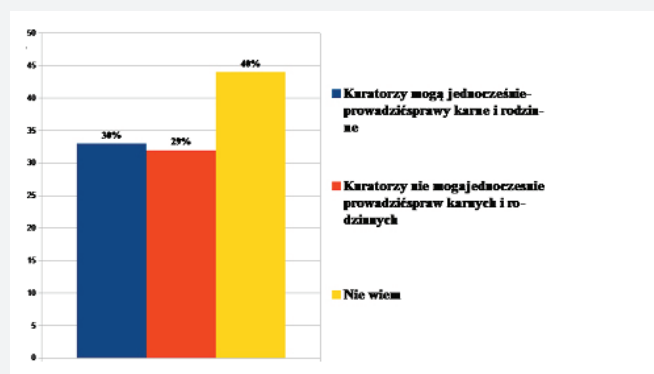
gu poprawnej realizacji tej instytucji prawa. W myśl ustawy o wykonywaniu kary pozbawienia wolności poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego z dnia 7 września 2007 roku, kurator sądowy stanowi organ postępowania wykonawczego prowadzący ten rodzaj orzeczenia sądowego. Czy studenci pedagogiki resocjalizacyjnej „kojarzą” tę instytucję prawa z pracą zawodową kuratora sądowego?

Niestety aż 42% z nich przejawia niewiedzę w tej dziedzinie i jawnie przyznaje brak wyobrażenia na ten temat. Tylko 39% ankietowanych jest świadomych tego, że kuratorzy prowadzą karę pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego. Mniej więcej co piąty badany (19%) był zdania, że praca kuratora sądowego nie obejmuje tej instytucji prawa.

Co ciekawe, aż 19% badanych studentów pedagogiki resocjalizacyjnej nie wie, czy kurator bierze czy nie bierze udziału w posiedzeniach sądu w sprawach osób skazanych, których sprawy prowadzi. W myśl przepisów zawartych w artykule 173§2 Kodeksu Karnego Wykonawczego, kuratorzy sądowi mają obowiązek uczestniczyć w takich rozprawach. Optymistyczne jest to, że jedynie 3% badanych ma całkowicie mylne wyobrażenie na ten temat i jest przekonana o absencji kuratora na rozprawach związanych z jego dozorowanym.

Dość ciekawy rozkład procentowy odpowiedzi uzyskano na pytanie o **możliwość sprawowania jednocześnie funkcji** kuratora zawodowego rodzinnego i kuratora zawodowego zajmującego się orzeczeniami w sprawach karnych. Ustawa z dnia 2 lipca 2001 roku o kuratorach sądowych dokładnie definiuje zakres działań i podział na kuratorów rodzinnych i dla dorosłych, co ułatwia realizację spraw różnorodnych pod względem przepisów orzeczeń sądowych z zakresu prawa rodzinnego i karnego. Ustawa ta zaznacza również konieczność konsultacji z przełożonym ewentualnych planów podjęcia zatrudnienia na innym stanowisku. Zadziwia to, że wielu studentów pedagogiki resocjalizacyjnej utożsamia ze sobą wykonawstwo spraw rodzinnych i karnych. Aż 40% studentów przyznało się do braku wiedzy na ten temat, a niemal jedna trzecia badanych (30%) uznało, że kurator sądowy może sprawować te dwie funkcje jednocześnie.

Wykres nr 3. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie o możliwości sprawowania jednocześnie funkcji kuratora zawodowego rodzinnego i kuratora zawodowego zajmującego się orzeczeniami w sprawach karnych

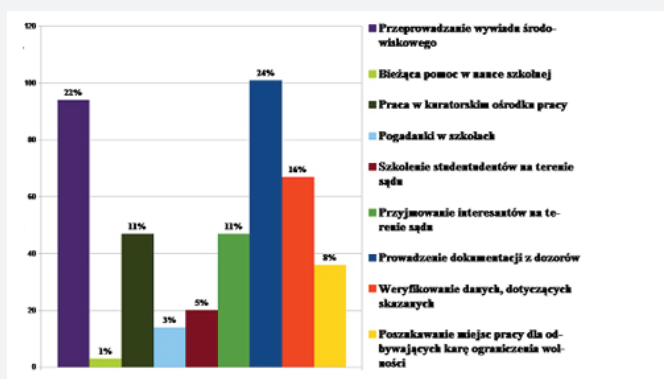


Kolejna pula pytań dotyczyła bezpośrednio **metod i form pracy**, jakimi posługuje się na co dzień kurator sądowy

w swojej pracy. W jakim obszarze profesji lokują aktywność kuratora sądowego studenci pedagogiki resocjalizacyjnej? Z jakim modelem kurateli (wychowującym, opiekuńczym czy kontrolującym) wiąże jego aktywność zawodową? Jakie zadania w zakresie swoich codziennych obowiązków ma do wykonania kurator przede wszystkim?

Przeprowadzanie wywiadu środowiskowego oraz prowadzenie dokumentacji z dozorów (odpowiednio 22% i 24% respondentów) to najbardziej znane zadania kuratorów i respondenci wybierali je najczęściej. Studenci nie „widzą” kuratora sądowego, jako osoby bezpośrednio pomagającego pokonywaniu trudności w nauce swoich podopiecznych (1%) oraz tej, która realizuje zadania profilaktyczne, np. poprzez pogadanki w szkole (3%).

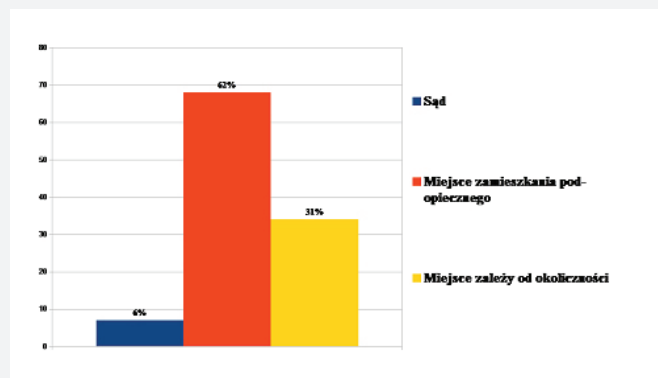
Wykres nr 4. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie o obowiązki kuratora sądowego



Z powyżej zarysowanym zagadnieniem rodzaju wykonywanych (codziennych) prac wiąże się następane, a mianowicie miejsce pracy kuratora. 46% respondentów „widzi” kuratora sądowego przede wszystkim podczas pracy w terenie. Dla 38% ankietowanych natomiast dzieli on po równo czas pomiędzy sąd i teren. Tylko 16% uważa, że praca kuratora to przede wszystkim zajęcia w sądzie.

Litera prawa stanowi, że: *Kuratorzy sądowi wykonują swoje zadania w środowisku podopiecznych, także na terenie zamkniętych zakładów i miejsc ich pobytu, w szczególności na terenie zakładów karnych, placówek opiekuńczo-wychowawczych oraz leczniczych* (art. 3 ustawy o kuratorach sądowych). Artykuł 169 § 2 kodeksu karnego wykonawczego mówi natomiast, że *skazany oddany pod dozór obowiązany jest niezwłocznie, a najpóźniej w ciągu 7 dni od powzięcia wiadomości o oddaniu go pod dozór, zgłosić się do kuratora sądowego tego sądu rejonowego w okręgu którego dozór ma być wykonywany* (art.169 § 2 k. k. w.). Wymienione fragmenty aktów normatywnych stanowią dowody na to, iż miejsce spotkań kuratora sądowego z podopiecznym jest zależne od sytuacji i od rodzaju orzeczonej kary. Jakże wyobrażenia w tym zakresie posiadają studenci pedagogiki resocjalizacyjnej?

Wykres nr 5. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie o miejsce spotkania kuratora z podopiecznym i rozmowy dotyczącej sytuacji dozorowanego

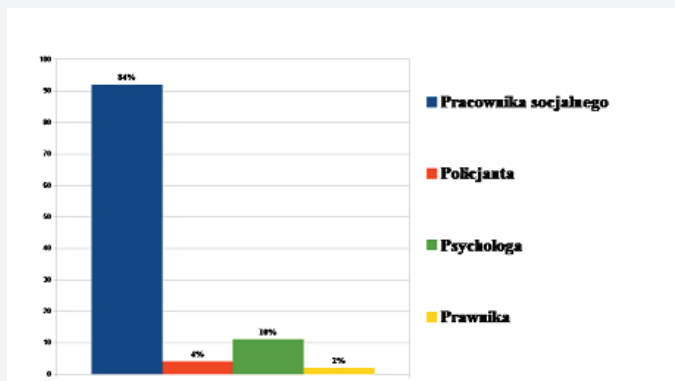


63% badanych studentów twierdzi, że miejscem spotkania z dozorowanym powinno być jego miejsce zamieszkania. Opinia ta z całą pewnością opiera się na konieczności przeprowadzenia wywiadów środowiskowych również z członkami rodziny podopiecznego. 31% ankietowanych bierze pod uwagę inne miejsce spotkań, a tylko 6% ograniczyło kontakty z podopiecznym do jego wizyt w sądzie.

Pewnym podsumowaniem powyższych „wyobrażeń” było przypisanie zawodowi kuratora sądowego cech kompetencyjnych, które zbliżają go do innych profesji. Lokowanie aktywności zawodowej kuratorów w sąsiedztwie z policjantem czy prawnikiem świadczyć może o definiowaniu pracy kuratora sądowego w kategoriach przede wszystkim formalno-kontrolnych, sprawdzających, dyscyplinujących. „Kojarzenie” tej pracy z zawodem psychologią nadaje kuratorowi sądowemu cech diagnostycznych i terapeutycznych, natomiast z pracownikiem socjalnym – wspierających i opiekuńczych, zaspokajających potrzeby psychospołeczne. Pracownik socjalny wykonuje zawód, w którego zakresie leży działalność w środowiskach, gdzie znajdują się jednostki wymagające pomocy w usamodzielnieniu, odzyskaniu lub umocnieniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie. Aż 84% respondentów użyło porównania pracy kuratora sądowego do aktywności pracownika socjalnego. Co dziesiąty badany (10%) jest zdania, że jest to zawód porównywalny do psychologa. Zapewne przekonanie takie wynika ze specyfiki pracy kuratora, który musi poznać problemy osobiste oraz rodzinne dozorowanego, by móc zaoferować mu w pełni skuteczną pomoc. Należy jednocześnie zaznaczyć, że diagnostyczne funkcje kuratora sądowego rzadko stanowią przedmiot rozważań naukowych, a także sami kuratorzy przejawiają relatywnie niską świadomość wagi tego rodzaju kompetencji.

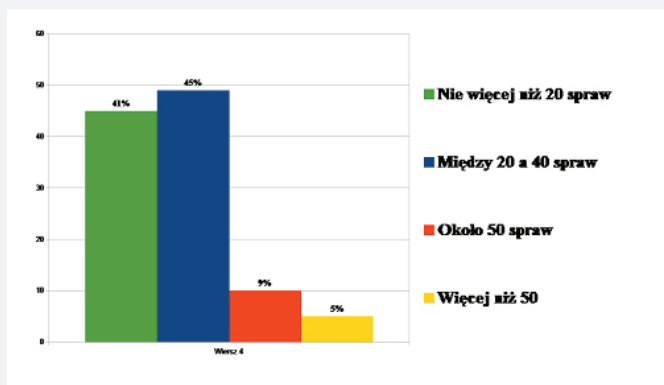
Optymizmem napawa to, że niewielka ilość badanych nadaje pracy kuratora sądowego priorytet formalno-kontrolujący – czego dowodem są niskie wybory zawodów policjanta i prawnika, jako tych, które są bliskie kurateli. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że znajomość prawa jest niezwykle ważnym elementem pracy zawodowej kuratora sądowego. Dobrze jednak, że dla badanych studentów nie jest to priorytetowy składnik zadań, jakie ma do spełnienia kurator wobec swojego podopiecznego.

Wykres nr 6. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie o podobieństwo pracy kuratora sądowego do innych zawodów



Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 9 czerwca 2003 roku w sprawie standardów obciążenia pracą kuratora zawodowego oszacowuje ilość spraw, które może prowadzić zarówno kurator rodzinny (100 spraw, w tym 50 własnych), jak i kurator dla dorosłych (120 spraw, w tym 50 własnych). Czy studenci pedagogiki resocjalizacyjnej mają wyobrażenie zbliżone do rzeczywistości na temat ilości spraw, za jakie odpowiadają (jednocześnie) kuratorzy sądowi?

Wykres nr 7. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie o obciążenie ilością spraw w pracy kuratora



Okazuje się, że wiedza studentów w omawianym przedmiocie nie odpowiada rzeczywistości. Respondenci zdecydowanie nie doceniają obciążenia pracą kuratorów. Tylko 5% ankietowanych twierdzi, że kuratorzy zajmują się 50 sprawami i więcej. 45% uważa, że ilość środowisk wynosi pomiędzy 20 a 40.

Podsumowanie

Biorąc pod uwagę wyniki badań dotyczących wiedzy studentów resocjalizacji na temat specyfiki pracy kuratorów sądowych można stwierdzić, że studenci dysponują niepełną wiedzą i fałszywymi wyobrażeniami dotyczącymi wielu aspektów kurateli zawodowej. Posiadają adekwatną do rzeczywistości wiedzę na temat wymagań edukacyjnych, jakie stawiane są przed kuratorami zawodowymi oraz znają zakres obowiązków kuratora, ale prawdopodobnie jest to związane z ich „praktycznymi” zainteresowaniami - zdają so-

bie sprawę, jakie muszą podjąć kroki, by starać się o posadę kuratora zawodowego.

W dużej mierze lokują działania kuratora sądowego w modelu wychowawczo-wspierającym. Świadczą o tym wysokie wskazania na negocjacje, rozmowę i perswazję, jako zasadnicze środki wywierania wpływu wychowawczego na podopiecznego oraz kojarzenie aktywności zawodowej kuratora z pracą socjalną. Nie zdają sobie jednak sprawy z ogromu obowiązków oraz zadań, jakie ma do wypełnienia kurator sądowy w swojej pracy zawodowej.

Należy wziąć pod uwagę, iż na wiedzę dotyczącą problematyki kuratorów sądowych wpływa nie tylko rodzaj studiowanej specjalności, ale również inne zmienne, takie jak osobista znajomość kuratora (lub jej brak), indywidualne zainteresowania, miejsce odbytych praktyk oraz program kształcenia danej uczelni. Te zmienne (nie uwzględnione przez autorki w projekcie badań) na pewno w dużej mierze determinują posiadaną wiedzę oraz wyobrażenia dotyczące pracy kuratora sądowego.

Wyłoniony przez badanych studentów obraz kuratora sądowego jest co prawda niekompletny i nieadekwatny do rzeczywistości formalno-prawnej (jego zadań), jednakże optymizmem napawa przede wszystkim niemal jednoznaczne sytuowanie przez studentów resocjalizacji tej roli zawodowej w obszarze pracy socjalnej z człowiekiem oraz terapeutycznej. Zasadniczym źródłem wiedzy i wyobrażeń dotyczących pracy kuratora – zarówno teorii, jak i praktyki – winno być kształcenie akademickie (zwłaszcza w ramach studiowanej specjalności, jaką jest resocjalizacja). Jako, że praca kuratorów sądowych zajmuje istotne miejsce w strukturze oddziaływań resocjalizacyjnych, szczególnie w środowisku otwartym, treści programowe związane z funkcjonowaniem kurateli sądowej powinny zajmować swoje ważne miejsce.

Bibliografia:

- Gawęcka M., *Niedostrzeżone obszary pracy kuratora rodzinnego w ujęciu probacji zorientowanej na rodzinę obciążoną zarządzeniami sądu rodzinnego*, „Probacja” nr 1, 2011, s. 54.
- Goszczyński A., *Dobry pan z teczką*, „Polityka” nr 38, 2004, s. 98-99.
- Gromek K., *Strážnik, wychowawca czy opiekun: kim tak naprawdę jest kurator sądowy i jakie są jego zadania?*, „Niebieska Linia” nr 2, 2002, s. 25-28.
- Kodeks Karny Wykonawczy Kodeksu Postępowania Karnego z dnia 6 czerwca 1997
- Konopczyński M., *Pedagogika resocjalizacyjna. W stronę działań kreujących*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2014.
- Kotowski W., Kurzypa B., *Dozór elektroniczny – zarys problematyki*, „Probacja” nr 2, 2009, s. 72-98;
- Kurza K., *Na kłopoty kurator*, „Niebieska Linia” nr 4, 2004, s. 20 – 22.
- Nowak B. M., *Skuteczność oddziaływań resocjalizujących w percepcji kuratorów sądowych*, [w:] Kieszowska A., (red.), *Tożsamość osobowa dewiantów a ich reintegracja społeczna*, Wyd. Impuls, Kraków 2011.
- Pietryka A., Wiśniewska K., *Dozór elektroniczny – stan obecny i wyzwania przyszłości*, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 2011.

Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 października 2001 r. w sprawie ośrodków

Kuratorskich.

Stępiak P., *Modele kurateli sądowej po roku 2011 w świetle badań empirycznych*, „Archiwum Kryminologii”, Tom XXXII, 2010, s. 157-203.

Ustawa z dnia 6 czerwca 1964 roku Kodeks Postępowania Karnego;

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks Karny Wykonawczy;

Ustawa z dnia 27 lipca 2001 roku o Kuratorach Sądowych.

Wysocka E., *Świadomość diagnostyczna zawodowych kuratorów sądowych w kontekście realizacji związanych z diagnozą osobopoznawczą i środowiskową – problemy, potrzeby, możliwości i ograniczenia*, [w:] A. Kieszowska (red.), *Tożsamość osobowa dewiantów a ich reintegracja społeczna*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2011.

Dostęp online:

Kurator sądowy zabrał dzieci rodziny Bajkowskich do domu dziecka (<http://wiadomosci.wp.pl/kat,1342,title,Kurator-sadowy-zabral-dzieci-rodziny-Bajkowskich-do-domu-dziecka,wid,15390386,wiadomosc.html?ticaid=114902>, pobrano w marcu 2014)

Halina Worach-Kardas
Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi
Katarzyna Leszczyńska
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Samoleczenie wśród starszych kobiet w przestrzeni wiejskiej

Streszczenie

W ostatnich latach wzrosło zainteresowanie zjawiskiem samoleczenia, jego etiologią i konsekwencjami, zarówno pozytywnymi jak i negatywnymi. Niniejsza praca jest próbą określenia podłoża tego zjawiska i jego charakteru wśród kobiet starszych, zamieszkujących tereny wiejskie. Przybliżono historię samoleczenia, aspekty, którymi kierują się chorzy podejmując decyzję o samodzielnyemu leczeniu. Opiszano także wpływ środków masowego przekazu na wybór preparatów OTC. Zbadano poziom zadowolenia z opieki medycznej jako element determinujący samoleczenie. Na koniec poruszono kwestię wiedzy dotyczącej stosowanych leków oraz konsekwencje zdrowotne związane z jej brakiem.

Rozwój samoleczenia z pewnością ma związek ze zwiększającą się dbałością o własne zdrowie. Racjonalne podejście może nieść za sobą wiele korzyści zdrowotnych, czyniąc je pozytywnym zjawiskiem. Problemem pozostaje niewiedza na temat przyjmowanych leków i ich niekontrolowane stosowanie, które powodują szereg skutków ubocznych, ukazując negatywną stronę samoleczenia.

Słowa kluczowe: samoleczenie, leki bez recepty, kobiety starsze, reklama, edukacja

Abstract

In recent years, increased interest in the phenomenon of self-treatment, its etiology and consequences, both positive and negative. This master thesis is an attempt to determine the substrate of this phenomenon and its character amongst older women living in the country. It brought closer to the story of self-treatment, aspects of which are guided by patients when deciding on a stand-alone treatment. Also it describes the influence of the media on the selection of OTC preparations. It examined the level of satisfaction with medical care as a determinant of self-medication. At the end it addressed the issue of knowledge regarding the use of medicines and health consequences associated with its absence.

The development of self-treatment certainly has to do with the increasing attention to their own health. Rational approach may entail a lot of health benefits, making them positive development. The problem is ignorance about drug use and their indiscriminate use, which cause a number of side effects, showing negative side of self-treatment.

Key words: self treatment, nonprescription pharmaceuticals, older women, advertising, education

Wprowadzenie

Samoleczenie stanowi najbardziej rozpowszechnioną a zarazem najprostszą formą zaspokajania potrzeb zdrowotnych we współczesnym świecie, jednakże proces ten musi przebiegać świadomie i odpowiedzialnie.

Korzenie zjawiska samoleczenia sięgają czasów starożytnych, kiedy to wielu uczonych stosowało i opisywało preparaty roślinne, uznając je za panaceum na wszystkie dolegliwości.

W czasach starożytnych samoleczenie miało wszakże wymiar wyłącznie fitoterapii, było zatem dużo bardziej bezpieczne. Obecnie, w dobie różnorodności preparatów dostępnych bez recepty coraz częściej występuje zjawisko wielolekowości i przedawkowania stosowanych leków - zjawisko w szczególności częste wśród osób w starszych, obciążonych chorobami przewlekłymi. W czasach nowożytnych proces leczenia preparatami ziołowymi był nadal obecny, co jakiś czas ustępował tylko lekom syntetycznym w hierarchii powszechności stosowania. Później, gdy pojawiły się antybiotyki i inne leki na receptę, istniała obawa przed zaniknięciem tego zjawiska. Jednak niesłuszna, gdyż konsumenci obok preparatów dostępnych na receptę, korzystali, często równolegle, z innych preparatów leczniczych. Należą do nich leki nabywane bez recepty czyli tzw. leki OTC (over the counter) jak również preparaty roślinne i terapie medycyny alternatywnej i uzupełniającej określane mianem CAM (complementary and alternative medicine).

Do nich należą również tradycyjne produkty lecznicze określane jako zioła, dietetyczne środki spożywcze przeznaczenia medycznego, syropy, nalewki i inne domowe metody leczenia. Współcześnie znacznie zwiększyła się nie tylko liczba dostępnych leków i ziołowych preparatów leczniczych ale także nabrały one cech nowoczesności (suplementy diety, kosmetyki, dermokosmetyki).

Celem artykułu jest próba odnalezienia zależności pomiędzy wiekiem, wykształceniem czy sytuacją materialną a stosowanymi metodami leczenia, ze szczególnym uwzględnieniem preparatów nabywanych bez recepty czyli leków OTC. Zwrócono także uwagę na samoleczenie w kontekście lekomanii oraz wiedzę pacjentów odnośnie składu, działań niepożądanych nabywanych leków, a także możliwych interakcji w przypadku stosowania kilku preparatów.

Badanie zostało przeprowadzone metodą ankietową wśród 102 kobiet w wieku 50 lat i powyżej, mieszkanek gminy wiejskiej z terenu województwa łódzkiego. Ankieta zawierała pytania dotyczące sytuacji rodzinnej, stanu zdrowia, poziomu zadowolenia z opieki medycznej, jak i czynności podejmowanych w przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych. Pytano także o stosowane leki OTC, wpływ środków masowego przekazu na ten wybór oraz o wiedzę na temat stosowanych leków, w oparciu o znajomość ulotki informacyjnej, o działania niepożądane i interakcje między lekami.

Samoleczenie i jego społeczne uwarunkowania

Postęp medycyny, wiedza na temat poszczególnych jednostek chorobowych pozwala na zastosowanie leczenia niekoniecznie inwazyjnego lecz opartego na lekach naturalnych a przynoszącego pożądane efekty. W ostatnich dekadach, w wyniku edukacji zdrowotnej zwiększyła się w spo-

leczeniu wiedza odnośnie do własnego zdrowia a chęć jego poprawy bądź profilaktyki chorób skłania do sięgnięcia po preparaty dostępne bez recepty. Rozwój zjawiska samo leczenia wynika z większej wiedzy na tematy zdrowotne. Samoleczenie ma wpływ także na gospodarkę państwową, przekłada się bowiem na zmniejszenie kosztów leczenia obywateli tym samym przynosi oszczędności dla systemu ochrony zdrowia i skarbu państwa.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) samoleczenie oznacza stosowanie w procesie leczenia preparatów po ich samodzielnym rozpoznaniu. Tym samym jest zjawiskiem społecznym rozumianym jako przyjmowanie preparatów medycznych w celu poprawy stanu zdrowia, oraz jako zdrowy styl życia w kontekście profilaktyki. Proces ten definiowany jest na dwa sposoby :

- self-medication czyli stosowanie leków bez recepty preparatów ziołowych, suplementów diety, korzystanie z medycyny alternatywnej,

- self-care jako samoopieka, czyli wszystkie elementy poprawiające jakość życia, np. zdrowa dieta, wysiłek fizyczny itp.

Ważnym czynnikiem rozwojowym tego zjawiska jest stan i jakość polskiej służby zdrowia i bezpłatnej opieki medycznej. Oczekiwanie w długiej kolejce do lekarza, często drogie i nieskuteczne leczenie niewątpliwie rzutuje na podjęciu decyzji o samoleczeniu. I tu wyłania się kolejny aspekt, czyli sytuacja materialna. Wysokie bezrobocie wśród osób młodych oraz szereg chorób przewlekłych u osób starszych sprawiają, że leczenie lekami na receptę przewyższa możliwości finansowe co kończy się nie zawsze skuteczną próbą leczenia „na własną rękę”.

Niewątpliwie na samoleczenie ma wpływ także kultura, pewne tradycje medycyny ludowej, które do dziś są obecne w polskich domach. Przekazywane z pokolenia na pokolenie receptury, nalewki, syropy owocowe i inne lecznicze preparaty domowego wyrobu stanowią istotną część samoleczenia w przypadku pojawienia się dolegliwości zdrowotnych.

Kolejnym elementem, nieodzownym w dzisiejszych czasach jest marketing i reklama leków bez recepty, które z pewnością przekładają się na wzrost konsumpcji preparatów leczniczych, a tym samym samoleczenia. Kolorowe ulotki, uśmiechnięci statyści w spotach reklamowych, billboardy oraz przemyślany odbiór w określonych grupach wiekowych, to wszystko ma na celu jedno – zwiększyć sprzedaż leków OTC. Wszechobecność odbiorców telewizyjnych, prasa oraz Internet w domach Polaków zwiększa grono odbiorców, co obrazują liczby w różnego rodzaju badaniach społecznych. Z badań M.Zarzechnej-Baran i in. wynika, że ponad 50% ankietowanych w wieku 25-80 lat kieruje się reklamą przy wyborze leku i to ona w głównej mierze determinuje zakup.

Czytając przytoczone powyżej aspekty można odnieść wrażenie, że samoleczenie jest zjawiskiem tylko i wyłącznie pozytywnym. Jednak nie do końca, gdyż istnieją też negatywne skutki tego procesu i ma on niewątpliwie wielu przeciwników.

Ogólna dostępność leków OTC i ich powszechne stosowanie powoduje niekontrolowaną konsumpcję, bez świadomości o możliwych działaniach niepożądanych. Reprezentacyjne badanie PolSenior z 2012 r. obrazuje tę sytuację wśród osób w podeszłym wieku. Ponad połowa ankietowanych przyznała się do stosowania więcej niż 5 leków na dobę,

a 10% ponad dziesięciu na dobę.

Ponadto wyniki wielu badań społecznych wskazują na niewiedzę konsumenta odnośnie stosowanego preparatu. Znajdujące się w ulotkach informacyjnych ograniczenia do stosowania, przeciwwskazania czy możliwe interakcje z innymi lekami nie są tam bez powodu, a brak informacji na ten temat skutkuje często pogorszeniem stanu zdrowia, czy konieczności interwencji lekarskiej.

Niniejsza praca skupia się na osobach starszych, kobietach, zamieszkujących tereny wiejskie. Kobieta jest w rodzinach- szczególnie wiejskich- uznawana za osobę najbardziej kompetentną w sprawach zdrowia i choroby, kontrolowania zdrowia rodziny, brania odpowiedzialności za zdrowie zarówno własne jak też męża oraz dzieci. Starsze kobiety to dość specyficzna grupa z kilku względów, przede wszystkim wiek współokreśla a niekiedy determinuje stan zdrowia. Zbadano poziom zadowolenia z opieki medycznej jako jednej z determinant samoleczenia. Sprawdzono także jaki wpływ na to zjawisko mają marketing i reklama oraz rodzaje kupowanych leków OTC. Zbadano wiedzę na temat samoleczenia oraz bezpieczeństwa stosowanych leków. Ważnymi a głębiej leżącymi czynnikami wpływającymi na skłonność do samoleczenia jest negatywna społeczna opinia dostępu do opieki medycznej jak również niska samoocena stanu zdrowia ludności Polski. Reprezentacyjne badanie stanu zdrowia ludności przeprowadzone przez Główny Urząd Statystyczny w i 2009 roku wykazało iż wiek zdecydowanie różnicuje samoocenę stanu zdrowia. W młodszych grupach wieku, (poniżej 30 roku życia) wystąpiła zdecydowana przewaga oceniających swoje zdrowie jako dobre i bardzo dobre a tylko 9% oceniło je jako poniżej dobrego czyli średnie lub złe. Wyraźna, niekorzystna zmiana w samoocenie stanu swojego zdrowia następuje po przekroczeniu 40. roku życia. W kolejnej grupie wieku tj.50-59 lat ponad połowa czyli co druga osoba postrzegала swój stan zdrowia jako mniej niż dobre. Im późniejszy wiek, tym więcej osób uskarżających się na problemy ze zdrowiem, co zaznacza się w jego samoocenie. Największy procent osób określających swój stan zdrowia poniżej oceny dobrej stwierdzono w grupie wieku 70 lat i powyżej. Aż 85 % badanych w tym wieku oceniło swój stan zdrowia mało korzystnie i tylko 15 % uznało je za dobre. Dla porównania warto dodać, wśród ludzi młodych (w wieku 20-29 lat) dobrym zdrowiem cieszyło się 91%. Porównanie tych liczb wskazuje pośrednio na zróżnicowanie stanu zdrowia jednostek i całych populacji w zależności od wieku .

Zjawiskiem demograficznym występującym zarówno w Polsce jak i w krajach Unii Europejskiej jest proces starzenia się ludności polegający na wroście udziału ludzi starszych wśród ogółu ludności. Zjawisko starzenia się populacji stanowi rzeczywiste wyzwanie dla współczesnej medycyny, może też sprzyjać szerszemu podejmowaniu samoleczenia.

Materiały i metody

Celem pracy była próba określenia uwarunkowań samoleczenia w grupie starszych kobiet, mieszkanek jednej z gmin województwa łódzkiego.

W szczególności chodziło o poznanie odpowiedzi na następujące pytania :

Czy wiek ma wpływ na czynności podejmowane w przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych oraz na korzy-

stanie z domowych sposobów leczenia?

Czy reklama determinuje zakup preparatów OTC?

Czy wiek oraz wykształcenie decydują o znajomości ulotki informacyjnej dołączonej do zakupionych leków oraz możliwości pojawienia się działań niepożądanych i przeciwwskazań?

Udzielenie odpowiedzi na powyższe problemy badawcze, w końcowym etapie pozwoliło określić czynniki determinujące samoleczenie wśród grupy kobiet biorącej udział w badaniu.

Ankieta przeprowadzona została w okresie od kwietnia do czerwca 2014 r. i obejmowała kobiety w wieku 50 lat i powyżej. Po wcześniejszym wyrażeniu zgody na udział w badaniu i wstępnym omówieniu pytań zawartych w ankiecie, badane przystąpiły do jej wypełnienia. Badaniem objęto ogółem 102 kobiety. Ankieta zawierała 32 pytania dotyczące sytuacji rodzinnej respondentów, stanu ich zdrowia, poziomu zadowolenia z opieki medycznej, jak i czynności podejmowanych w przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych. Pytano także o stosowane leki OTC i wpływ środków masowego przekazu na ten wybór oraz o wiedzę na temat stosowanych leków, m.in. znajomość ulotki informacyjnej, działania niepożądane i interakcje między lekami. W analizie wykorzystano ponadto dane z piśmiennictwa naukowego oraz dane statystyczne GUS.

Samoleczenie wśród kobiet starszych

Samoleczenie jest w Polsce zjawiskiem powszechnym. Z wcześniejszych analiz wynika że co czwarty Polak przy pierwszych objawach choroby nie idzie do lekarza, lecz stosuje we własnym zakresie środki dostępne bez recepty. Taki sposób postępowania charakteryzuje zwłaszcza osoby młodsze, o względnie dobrym ogólnym stanie zdrowia.

Tematem niniejszego artykułu jest zjawisko samoleczenia wśród kobiet starszych ze środowiska wiejskiego. Chcąc rozpatrywać ten proces bardziej szczegółowo należy odnaleźć jego źródło, ukierunkować je w stronę pozytywną bądź negatywną. Warto zatem zwrócić uwagę na poziom niezadowolenia z publicznej opieki medycznej, jego przyczynę, o wpływ reklamy na zakup preparatów dostępnych bez recepty, znajomość merytoryczną kupowanych leków, przeciwwskazania do stosowania, skład czy skutki uboczne w celu oceny świadomości konsumenta na ich temat.

W tym kontekście celowe jest odnieść się do wykształcenia badanych kobiet. Jeśli chodzi

o wykształcenie ankietowanych to przeważały kobiety z podstawowym (36%) i zawodowym (33%). Wykształcenie średnie miało 24% badanych, natomiast wyższe – 7%.

Jedno z pytań dotyczyło oceny dostępu do bezpłatnych świadczeń medycznych. Na podstawie udzielonej odpowiedzi w ankiecie wynika, że większość respondentów uważa dostęp do bezpłatnych świadczeń medycznych za trudny. Takiej odpowiedzi udzieliły 64 osoby, co stanowi 63% wszystkich badanych. W przypadku pozostałych odpowiedzi 14 osób (14%) uznało, że dostęp do bezpłatnych świadczeń medycznych jest łatwy, 24 osoby (23%) nie miało zdania w tej kwestii.

Wiek a korzystanie z domowych sposobów leczenia

Analizując dane uwzględniono podział respondentek na cztery grupy wiekowe :50-59 lat,60-69 lat ,70-79 lat,80 lat i powyżej .

Wraz ze wzrostem wieku, wzrastała odpowiedź twierdząca w zakresie poszczególnych sposobów leczenia (ryc.1) .

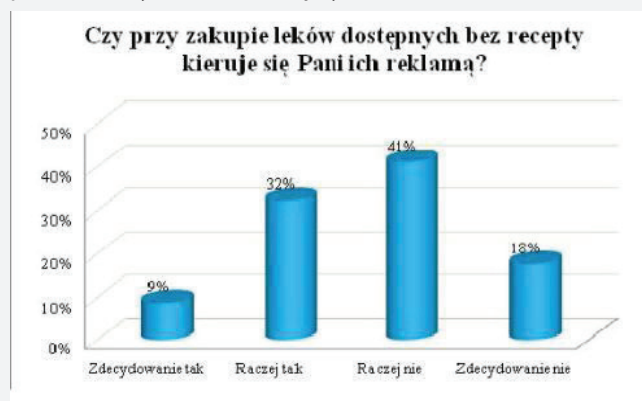


Itak napary z ziół stosowało 50% w grupie 50-59 lat oraz 76% w grupie 80 lat i powyżej . Maści własnego wyrobu stosowało 12% w pierwszej grupie do 23% w ostatniej . Z kolei z nalewek oraz syropów własnego wyrobu korzystało 30% badanych w wieku 50-59 lat i ponad dwukrotnie więcej bo 70% w wieku 80 i więcej lat. Wskazuje to na zależność pomiędzy wiekiem a wyborem domowych sposobów leczenia.

Warto zauważyć też liczebność nie korzystających z domowych sposobów leczenia, która spada wraz z wiekiem - 40% w grupie 50-59 lat i tylko 7% w grupie 80 i więcej lat. Takie dane są podyktowane pogarszającym się stanem zdrowia następującym wraz z wiekiem oraz niewątpliwie przyzwyczajeniem najstarszych seniorów do korzystania z różnego rodzaju tradycyjnych metod leczenia.

Reklama a zakup preparatów OTC

Jednym z poruszanych aspektów było główne źródło, jakim kierowali się ankietowani podczas wyboru leku dostępnego bez recepty. Analizując odpowiedzi na to pytanie stwierdzono że przeważały: cena leku (55%) oraz własne doświadczenia (57%). Prawie ¼ sugeruje się radą farmaceuty (24%), 12% wskazała na radę przyjaciół oraz 8% na radę członków rodziny. Tylko 10% ankietowanych sugeruje się przede wszystkim reklamą (ryc.2).



Następne pytanie skierowane do respondentów skupiało się właśnie na reklamie i miało na celu sprawdzenie wpływu reklamy na zakup preparatu dostępnego bez recepty. Odpowiedzi ankietowanych przedstawiają się następująco: 9%

zdecydowanie kieruje się reklamą przy zakupie leków; 32% raczej kieruje się reklamą przy zakupie leków; 41% raczej nie kieruje się reklamą przy zakupie leków; 18% zdecydowanie nie kieruje się reklamą przy zakupie leków.

Wiek, wykształcenie a znajomość ulotki informacyjnej, działań niepożądanych i przeciwwskazań

Kolejna grupa pytań miała na celu zbadanie świadomości konsumenckiej odnośnie kupowanych leków, znajomość treści ulotki oraz możliwych działań niepożądanych i skutków ubocznych, a także potencjalnych interakcji w przypadku stosowania więcej niż jednego leku. W przypadku respondentek nigdy nie zapoznających się z ulotką zaobserwowano trend wzrostowy w powiązaniu z wiekiem. Tak więc z treścią ulotki informacyjnej dołączanej do zakupionych leków nie zapoznawało się nigdy 13% badanych kobiet w wieku 50-59 lat; 16% w przypadku kobiet w wieku 60-69 lat; 24% kobiet w wieku 70-79 lat i aż 62% w przypadku kobiet w wieku 80 i więcej lat. (ryc.3).



Oznacza to że im wiek starszy tym mniejsza świadomość możliwych działań niepożądanych i skutków ubocznych zakupionych leków.

W świetle zgromadzonych informacji sprawdzono także wpływ wykształcenia na wiedzę dotyczącą kupowanego leku. W szczególności zaobserwowano wpływ wykształcenia na znajomość treści ulotki. Wśród osób zawsze bądź często czytających informacje dołączone do kupowanego leku było: 28% z wykształceniem podstawowym; 50% z wykształceniem zawodowym; 71% z wykształceniem średnim; 72% z wykształceniem wyższym. Spośród osób z wykształceniem podstawowym aż 46% nigdy nie czyta ulotek informacyjnych dołączonych do leku.

Z kolei na pytanie o wiedzę dotyczącą możliwych działań niepożądanych i przeciwwskazań do stosowania zakupionego leku uzyskano następujące odpowiedzi: Aż 63% ankietowanych nie ma wiedzy na temat działań niepożądanych i przeciwwskazań do stosowania leków, które przyjmują a tylko 37% udzieliło twierdzącej odpowiedzi na to pytanie. (ryc.4).



Pytanie to poddano także analizie pod kątem wpływu wykształcenia na wiedzę dotyczącą możliwych działań niepożądanych zakupionego leku. Wiedzę na temat możliwych działań niepożądanych i przeciwwskazań do stosowania leku posiadało: 11% osób z wykształceniem podstawowym; 38% osób z wykształceniem zawodowym; 58% osób z wykształceniem średnim; 86% osób z wykształceniem wyższym (ryc.5).



Badanie wskazało też na związek pomiędzy sytuacją materialną a częstością kupowania leków OTC. Wśród osób nader często kupujących z własnego wyboru preparaty bez recepty (kilka razy w tygodniu bądź raz w tygodniu) znaczny udział stanowią posiadający dobrą sytuację materialną. Z kolei osoby będące w niekorzystnej sytuacji materialnej kupują takie leki jedynie kilka razy na kwartał lub rzadziej.

Podsumowanie

Wobec przemian demograficznych polegających na starzeniu się społeczeństw, wzroście chorób przewlekłych oraz narastających trudnościach w dostępie do porady lekarza samoleczenie wydaje się nieuchronnym wyzwaniem na przyszłość.

Samoleczenie jest najprostszą i najbardziej powszechną formą zaspokajania potrzeb zdrowotnych. Według D. Bartoszek starsze kobiety mieszkanki wsi udają się do lekarza głównie w przypadku chorób, które są dla nich uciążliwe i w sposób istotny ograniczają codzienne funkcjonowanie. Pozostałe dolegliwości starają się leczyć „na własną rękę” łagodząc objawy choroby i poprawiając swoje samopoczucie. Blisko połowa kobiet leczyła się więc sama uważając, że ten sposób zachowania w chorobie jest prostszy i tańszy. Co czwarta kobieta była przekonana, że takie tradycyjne metody zachowania się są sprawdzone i najbardziej skutecz-

ne. Techniki samoleczenia są wykorzystywane zwłaszcza w przypadku chorób rozpoznanych jako typowe i o krótkim przebiegu. W przypadku chorób zagrażających zdrowiu i życiu podejmowana jest wszakże decyzja o zgłoszeniu się do lekarza.

Z badań nad samoleczeniem wynika że większe spożycie produktów leczniczych dostępnych bez recepty dotyczy osób o gorszym stanie zdrowia, w starszym wieku, lepiej sytuowanych – co jest zbieżne z niniejszymi wynikami. Według D.Cianciary, produkty lecznicze w wolnej sprzedaży kupuje 7-9 na 10 Polaków, a więc ich konsumpcja ma charakter w Polsce powszechny, podobnie jest w innych krajach europejskich. Farmaceutyki są stosowane zarówno do zaspokojenia rzeczywistych potrzeb zdrowotnych jak też wynikają z aspiracji związanych ze zdrowiem, witalnością czy urodą.

Niniejsze badanie pokazało wiele pozytywnych aspektów samoleczenia, ale również światło dzienne ujrzały pewne niepokojące zjawiska wśród badanych. Dotyczy to zwłaszcza braku dostatecznej wiedzy na temat przeciwwskazań do stosowania danego produktu leczniczego jak również możliwości pojawienia się działań niepożądanych.

Ankietowani w odpowiedziach na zadane pytania wykazali jednakże pewnego rodzaju świadomość związaną z samoleczeniem. Cierpiąc na różne dolegliwości zdrowotne sięgają po różne sposoby leczenia, kupują różne rodzaje preparatów dostępnych bez recepty. Wyboru tego dokonują kierując się swoimi wcześniejszymi doświadczeniami, ceną leków, radą farmaceuty oraz radą członków rodziny i przyjaciół, w znacznym stopniu także pod wpływem reklamy. Wbrew powszechnie zakładanej lekomanii wśród seniorów, nie miała miejsca taka sytuacja w przypadku badanych kobiet wśród których nie zaobserwowano niepokojącej częstości kupowania preparatów leczniczych nabywanych bez recepty.

Wyzwania dla edukacji zdrowotnej

Samoleczenie jest ciągle żywym procesem w obecnych czasach a w sytuacji niewydolności systemów ochrony zdrowia stanowi ważne wyzwanie na przyszłość.

Problemem natomiast pozostaje świadomość i odpowiedzialność za zdrowie w przypadku zażywania leków dostępnych bez recepty. Znaczna ilość ankietowanych niniejszym badaniu (37%) nie posiadała wiedzy o stosowanym leku, jego składzie, przeciwwskazaniach, działaniach niepożądanych, interakcji z innymi lekami. Zmusza to do refleksji na temat akcji informacyjnej i potrzeby edukacji zdrowotnej związanej z zagadnieniem zażywania szeroko reklamowanych mediach leków ogólnodostępnych. Potrzebne jest zwiększenie świadomości społeczeństwa celem zminimalizowania niekorzystnych skutków produktów leczniczych i innych specyfików nabywanych bez recepty. Z racji wieku osoby starsze dużo czasu spędzają przed telewizorem, więc z pewnością miałyby ona oddźwięk. Można by także zaangażować farmaceutów w taką inicjatywę. Seniorzy stanowią dużą liczbę klientów aptek, warto byłoby poświęcić choć chwilę na rozmowę na ten temat. Rozwój samoleczenia z pewnością ma związek ze zwiększającą się dbałością o własne zdrowie, sprawność fizyczną i psychiczną, urodę. Racjonalne podejście może nieść za sobą wiele korzyści zdrowotnych, czyniąc je pozytywnym zjawiskiem. Problemem pozostaje niewiedza na temat przyjmowanych leków i ich niekontrolowane stosowanie, które powodują szereg skut-

ków ubocznych, ukazując negatywną stronę samoleczenia. Należy też podkreślić, że reklama, zwłaszcza w przekazie telewizyjnym powinna zawierać znacznie więcej informacji o produkcie leczniczym, jego całościową charakterystykę, nie wyłącznie pod kątem korzystnego wpływu na organizm człowieka lecz również ze wskazaniem na działania niepożądane.

Bibliografia:

Bartoszek D., „Samoleczenie wśród starszych kobiet mieszkających na wsi”, W: *Problemy zdrowotne i społeczne osób starszych i niepełnosprawnych na wsi*, pod red. I.D. Karwat i L. Jabłońskiego, Norbertinum, Lublin 2001, s.69-77.

Cianciara D., Piotrowicz M. „Społeczno-ekologiczne podejście do telewizyjnej reklamy produktów OTC” część 1 Poziom jednostki i interpersonalny, „Hygeia Public Health” 2013.

Kapka L., Wdowiak L. „Samoleczenie a zdrowie publiczne. W: *Samoleczenie* pod red. A. Krajewskiego-Siudy, Instytut Sobieskiego, Warszawa 2009, s 13-24 6. nr 4 str 218-225.

Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.

Worach-Kardas H. „|Starzenie się populacji Polski jako wyzwanie dla współczesnej medycyny|” „Gabinet prywatny. Leczenie Nauka Praktyka” 2013 nr 2 vol.20 s. 41-49.

World Self-Medication Industry (WSMI), Responsible Self-Care and Self-Medication, WSMI, 2006. <http://www.wsmi.org/pdf/wsmibro3.pdf>.

WHO/EDM/QSM/00.1, Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for Use in Self-Medication, World Health Organization, Geneva 2000. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2218e/s2218e.pdf>.

Zarzeczna-Baran M., Bandurska E., Pęgiel-Kamrat J., Lewandowska A. Wpływ reklamy na zakup leków dostępnych bez recepty. *Annales Academiae Medicae Gedanensis*, 2013, 43.

http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_stan_zdrowia_2009.pdf.

Halina Worach – Kardas
Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu
Szymon Kostrzewski
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Long – term unemployment in the context of health and quality of life

Abstract

The aim of the study was to evaluate the impact of the period of unemployment on the health and quality of life in people at the age of 45 and older. The study also aimed at evaluating some social and demographic factors on the health and quality of life of the unemployed.

The findings of the analysis indicate that unemployment entails many negative health consequences and the long-term stress connected with being out of work leads to the decline in the quality of life and worsening of mental state. The effects depend not only on the economic situation of the particular household, but also on perceived health status, personal relationships and the sense of ability to work.

The support provided for the unemployed should include prevention from the negative non-economic effects of unemployment. Health education and psychological education of the unemployed should be a part of such actions.

The key words: unemployment, health situation, quality of life, health effects of long-term unemployment.

Streszczenie

Celem pracy była ocena wpływu czasu bezrobocia na zdrowie i jakość życia u osób w wieku 45 lat i starszych. Badania miały również na celu ocenę wpływu wybranych czynników społecznych i demograficznych na zdrowie i jakość życia osób bezrobotnych.

Analiza wyników badania wykazała, iż bezrobocie związane jest z wieloma negatywnymi skutkami w sferze zdrowotnej, a następstwem przewlekłego stresu wywołanego brakiem pracy jest pogorszenie stanu zdrowia psychicznego a także obniżenie odczuwanej jakości życia. Efekty zależą nie tylko od sytuacji ekonomicznej danego gospodarstwa domowego, ale także od samooceny stanu zdrowia, zadowolenia ze związków osobistych i poczucia zdolności do pracy.

Pomoc i wsparcie jaką otrzymują bezrobotni powinny obejmować również działania, których celem jest zapobieganie pozaekonomicznym skutkom bezrobocia. Edukacja zdrowotna i pomoc psychologiczna powinny być częścią tych działań.

Słowa kluczowe: bezrobocie, stan zdrowia, jakość życia, zdrowotne efekty długotrwałego bezrobocia.

Introduction

The phenomenon of unemployment is a major socio - economic problem of the European Union. In the period from 2008 to 2013 the rate of unemployment in EU countries (for the population of all 28 countries) increased from 7% to 10.8%. In EU countries at the end of the second quarter of 2014 the unemployment affected nearly 25 million people,

which was 10% of the economically active population¹. In the same period, according to official data, more than 1.9 million unemployed were registered in Poland (unemployment rate 12%), and more than half of all registered were long-term unemployed (58% - 1.1 million people)².

The International Labour Organisation defines an unemployed person as a person who fulfil three conditions simultaneously: not having employment and self-employed for at least one hour at a fixed, short period of time (one day or one week), capable and ready for employment and seeking employment³. The long-term unemployed are individuals who remain without a permanent, legal employment, for the indicated period of time. EUROSTAT adopt in their studies, that it is a period of over 12 months. The current law (employment promotion and labor market institutions act from 20 April 2004) defines long – term unemployed as a person who remains in the records of labour offices for more than 12 months during the last two years.

From the demographic point of view people above the age of 45 are said to be at the immobile production age. This age is associated with a specific status on the labour market. In western civilization youth is one of the most appreciated qualities. It means vitality, creativity, and willingness to work. Old age is in turn associated with many negative features such as social and cultural unadjustment, inability to keep up to technological changes, and remaining far from reality. People at the age of 45, although not old yet, are somehow perceived as old. They have stopped being young⁴. In the opinion of some employers, such people are potentially worse employees than young people. There are huge differences in the work potential of that group in terms of psychophysical and environmental aspects. Some employees are skilled, committed to work and efficient; some others – are hardly willing to work and ineffective, mentally awaiting professional deactivation (pension, allowance). In many cases a psychological barrier deprives them of their self-esteem and prevents them from gaining new knowledge and adapting to changing conditions. People at the older production age are more susceptible to dismissal. If they

1 http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database

2 Registered unemployment I - II quarter 2014, Department of Demographic Studies and Labour Market, GUS, Warszawa 2014, pp. 29,30,37.

3 Resolution concerning statistics of the economically active population, ILO, 1982; <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download/res/ecacpop.pdf>

4 M. Straś – Romanowska, T. Frąckowiak, Stereotypes on Ageing in the Light of Psychological Studies [In:] J. T. Kowalski, P. Szukalski (Eds.) Satisfying Ageing in the View of Humanities and Social Sciences, Łódź 2008, pp. 28-38.

lose their work, it is more difficult for them to get a new job⁵.

Non economic effects of unemployment – outline of the problem

The phenomenon of unemployment remains the focus of attention for many psychologists, economists, sociologists as well as experts in public health as this phenomenon results in various negative effects. The development of a coherent model for all unemployed, according to which unemployment affects health was an important research problem. First attempts to solve this problem were taken by Maria Jahoda. Together with Paul Lazarsfeld and Hans Zeisel, she wrote a classic study of the social impact of unemployment on a small community: *Die Arbeitslosen von Marienthal* (1932). Based on research conducted on unemployed in the 1920s she created the, so called, Jahoda's latent deprivation model. It assumes that employment beyond the function of providing financial resources is an institutionalized form of satisfying many, often hidden needs. The hidden functions of work include: ensuring social contacts wider than family relationships, involvement in socially useful actions, impose a specific time structure and schedule of actions and determining the identity of the individual and its social status. In this model, it is assumed that the consequences of unemployment should be discussed with reference to the main functions of the employment. In the Jahoda's model the lack of benefits from work leads to a deprivation which can not be effectively reduced by the activity of another type than professional⁶.

Jahoda's model, although it still has a great impact on research on the psychosocial consequences of unemployment, it is not complete. Functions of work are too broadly formulated, moreover, it assumes the existence of only "good" job, with only positive consequences. An extension of the presented model is called the Peter Warr's vitamin model of work. This model concerns the characteristics of the environment factors shaping welfare, named as the determinants of welfare. Warr model is not limited only to a situation of unemployment, much more often it is used in research of employed people. The author indicates two types of welfare – job specific and global – context free welfare. Welfare must be seen as a part of a wider context - mental health. The list of determinants of welfare consists of 9 items: 1) the ability to control, 2) the ability to use and develop skills, 3) goals externally set, 4) the diversity of the environment, 5) transparency and predictability of the environment, 6) the possibility of interpersonal contacts, 7) the availability of financial resources, 8) physical security, 9) position of the individual in the social structure. The above determinants do not affect in the same way on the welfare of individuals⁷. This effect is different, in analogy to the physical effect of vitamins. The determinants from 1 to 6 act in the same way as vitamins A and D, i.e. positive effect is visible only in a certain optimum range. Too big or too small level has a negative effect. The determinants from 7 to 9, like vitamins

5 Urbaniak B., Older Employees on the Labour Market [In:] B. Urbaniak (Ed.) *Employees Aged 45 or Older Facing Difficulties on the Labour Market*, Elipsa Publishing House, Warszawa 2007, pp. 65-81.

6 Kl. Paul, E. Geithner, K. Moser, Latent Deprivation among People who Are Employed, Unemployed, or Out of the Labor Force, "Journal of Psychology", no. 143(5)/2009, pp. 477-491.

7 J. Jonge, W.B. Schaufeli, Job characteristics and employee well-being: a test of Warr's Vitamin Model in health care workers using structural equation modeling, "Journal of Organizational Behavior", no. 19/1998, pp. 387 - 407.

C and E, have negative effect on health only in deficiency⁸. According to the presented model, unemployment leads to impoverishment of the environment in which unemployed live -the level of "vitamins" is consistently low. The impoverished environment can be a threat to mental health. Unemployment environment is depleted, and the intensity of its individual features stays at a lower, harmful to health level⁹.

Unemployment might entail a poor mental state, a higher death rate, degree of drug use and use of medical services than found among the employed¹⁰. Health is one of factors enabling the person to cope with stress in general as well as, unemployment-related stress. Loss of health might lead to the inability to overcome the state of professional inactivity, or at least it might make the effort of overcoming it difficult.

The studies conducted so far have not clearly explained the relation between unemployment and health and factors influencing the effects of unemployment. Many factors can modify the negative effects of unemployment such as social and demographic features (sex, age, education, living place), personal characteristics and the period of unemployment. Various interactions between these factors might lead to a development of various disorders in the life of the unemployed individual. Though unemployment has mostly financial implications, we should not forget about other aspects of the person's existence, especially the state of health and the quality of life, if he/she is affected by long-term unemployment.

Methodology

The aim of the study was to evaluate the impact of the period of unemployment on the health and quality of life in unemployed people at the age of 45 and older as well as to evaluate some social and demographic factors on the health and quality of life of the unemployed.

The study was conducted during two periods: September – November 2009 and June – July 2010. The main group consisted of people who remained unemployed for longer than 12 months (so called long-term unemployed), aged 45 and older (in total = 230), registered in labour offices in the city of Łódź. Every third unemployed person, at the age of 45 and older, registered in a labour office, was randomly studied. A group of people affected by short-term unemployment (i.e. being out of work for up to 6 months, adjusted to the main group in terms of the sex and age) was selected for the purposes of the comparative analysis (in total = 224).

The study was conducted with the use of a diagnostic survey method and the application of a questionnaire interview technique. Three research methods were used in order to carry out the study:

1. The authors' questionnaire presenting social and demographic features (the marital status, education, children supported) as well as the period of unemployment, the financial situation of the household, the occurrence of chronic diseases in the period of unemployment, health behaviour.

8 R. Cieślak, T. Klonowicz, Social support and stress of work and unemployment. [In:] H. Sęk, R., Cieślak (Eds.) *Social support, stress and health*, PWN, Warszawa 2006, 152-170.

9 A. Kalbarczyk, Psychological consequences of job loss and unemployment [In:] G. Kranas (Ed.) *Organization, Work, Unemployment*, W.U.W., Warszawa 1999, pp. 7-44.

10 C.D. Mathers, D.J. Schofield, The health consequences of unemployment: the evidence. "MJA", no. 168/1998, pp. 178-182.

2. WHOQOL-BREF questionnaire to evaluate the general state of health and the quality of life. Thanks to the questionnaire it was possible to analyze the quality of life in four aspects: physical health, mental health, social relationships and the environment. Next, the authors evaluated the spheres and sub-spheres of life by answering the respondents' questions concerning particular walks of life.

3. General Health Questionnaire (GHQ – 12) to evaluate the physical and mental state of the studied subjects. According to the questionnaire those who received more than 2 points were considered mentally disturbed¹¹.

Chi-square test for independence was applied to compare the frequency of occurrence of the particular features in the analyzed groups. The intensity of the dependence was evaluated with the use of the Pearson correlation coefficient. When the distributions differed much from the normal distribution the Mann-Whitney U Test was used to compare the results in the two groups. To compare many groups – Kruskal-Wallis Test was applied. Error probability $p < 0.05$ was adopted. Single- and multi-factor logistic regression analysis was applied in order to evaluate the effect of demographic, social, economical and health variables on the quality of life, self – evaluation of health state and mental state of unemployed. The confidence interval was 95% and the significance level - $p < 0.05$.

Research results analysis

Demographic and educational characteristic of unemployed

Two hundred and thirty long-term unemployed subjects (the main group) and two hundred and twenty four short-term unemployed subjects (the comparative group) were included in the study. Having applied the research methodology, the groups were made homogenous in terms of sex and age. In both groups, the number of women and men was similar (50.4% vs. 49.6%). Subjects aged 45 – 54 outnumbered the other groups (67.8% of long-term unemployed subjects and 67.9% of short-term unemployed subjects). Almost every fourth studied person was aged 54 - 59 (23.5% and 23.2% respectively in the main and comparative groups). The smallest group included subjects aged 60 – 64. Only every eleventh person was at that age (8.7% and 8.9% respectively).

In terms of educational level the largest group were people with primary and secondary vocational education. Among the long-term unemployed people with primary education (almost 24% compared to over 11%) and vocational education (39.1% vs. 33.5%) were more often. Close to a third of the long-term unemployed (30.9%) had secondary education, however, in the group of short-term unemployed such education level was more often. People with higher education occurred 2 times more frequently in the group of short-term unemployed than among long-term unemployed - 12.9% vs. 6.1%. Generally the long-term unemployed had relatively lower education level shortly unemployed (Table 1).

Taking action to improve the professional skills or acquire other skills were not common, it concerned only a little over

¹¹ Z. Makowska D. Merez D., Evaluation of Psychic Life with the Use of David Golberg Questionnaire, Manual for GHQ-12 and GHQ-28 Questionnaires Users, Publishing Office of the J. Nofer Institute of Occupational Medicine, Łódź 2001.

15% of all unemployed. Participation in training or courses that raise professional qualifications or other skills (not even related to their current professional needs but concerning individual interests) - was declared by 18% of respondents with primary group and 12.5% of the comparison group (Table 2).

The influence of life without work on the perceived quality of life

The authors confirmed a statistically significant, not particularly strong, relationship between the period of unemployment and the satisfaction with the quality of life ($p < 0.001$; $C = 0.20$). More than one third of the long-term unemployed subjects considered the quality of their life negative, whereas in the comparative group the percentage of negative opinions was smaller and made up only one fourth of the studied subjects. The percentage of positive opinions was significantly lower in the group of the long-term unemployed subjects than in the group of the short-term unemployed subjects (23.5% vs. 42.4%) (Table 3).

The quality of life of the unemployed was analyzed in four aspects: physical health, mental health, social relationships and the environment. The analysis showed that long-term unemployed people consider the quality of their life worse in all the four aspects. The greatest difference between the studied groups was in the environment (-0.84), then physical health and social relationships (-0.81 each) and finally, the smallest – in mental health (-0.69).

The multi-factor logistic regression showed that four factors mostly contribute to a positive evaluation of the quality of life. The financial situation of the household turned to be the most important factor. If it was average, the probability of making a positive evaluation of the quality of life grew by 4.5 times ($OR = 4.511$). The quality grew more than five times if the financial situation was very good ($OR = 5.081$). Satisfaction with health resulted in a double increase in a positive evaluation of the quality of life ($OR = 2.331$). If the satisfaction was extremely high, the evaluation grew by almost four times ($OR = 3.990$). The social factor, i. e. satisfaction with personal relationships raised the evaluation 2.5 times ($OR = 2.620$). If there were not any more unemployed people in the household, the evaluation grew by more than two times ($OR = 2.296$) (Graph 1).

Does unemployment leads to bad health?

More than half of the long-term unemployed subjects (52.2%) admitted that in the period of unemployment they had been diagnosed with a chronic disease or if the disease had already existed, it got exacerbated at that time. In the comparative group the percentage was 45%. Disorders of the cardiovascular system were the most common in both the groups. The incidence in the study and comparative groups was not significantly different ($p > 0.05$) with the exception of diseases of the respiratory system which were significantly more common in long-term unemployed people ($p < 0.01$) - 7.8% and 1.8% (Table 4).

Almost half the studied subjects (45%) were satisfied with their health, whereas in the comparative group the satisfied subjects made up 55%. Those who were long-term unemployed also slightly more often expressed their dissatisfaction with their state of health (21.3% vs. 17.4%) (Table 6). The authors did not note a statistically significant difference be-

tween the long-term and short-term unemployed subjects with regard to satisfaction with their state of health ($p > 0.05$).

In the multi-factor logistic regression analysis the most important feature remains dissatisfaction with ability to work. In the study it appeared to have a negative impact and resulted in a negative self-evaluation ($OR = 5.043$). When the subject was diagnosed with a chronic disease (or the disease was exacerbated within the period of unemployment), the risk of making a negative self-evaluation was almost three times higher ($OR = 2.755$). In the event of other diseases, i.e. of the osteoarticular system, diabetes, eye and ear diseases, the risk was even four times higher ($OR = 3.750$). Physical inactivity and dissatisfaction with personal relationships were another significant factors contributing to an increase (2.7 and 2.5 times, which corresponded to $OR = 2.777$ and $OR = 2.517$) in a negative self-evaluation of the state of health (Graph 2).

For the purpose of the analysis of the impact of long-term unemployment on the mental state General Health Questionnaire (GHQ – 12) was used. Out of the whole group of the studied subjects, as many as 48% demonstrated a risk of developing mental disorders. A statistically significant dependence between the period of unemployment and the result of GHQ – 12 ($p < 0.01$) was observed. The results of GHQ – 12, higher than 2 points, therefore proving the worsened mental state and a risk of developing symptoms such as depression or anxiety, were significantly more common in the group of long-term unemployed subjects (55.2% whereas 41.1% in short-term unemployed subjects) (Table 6).

The multi-factor logistic regression showed that three factors affected the occurrence of mental disorders. Dissatisfaction with the ability to work turned out to be a factor seriously contributing to a negative mental state - the risk of mental disorders was 10 times higher ($OR = 10.752$). Inability to assess the state of health resulted in a five times higher risk ($OR = 5.698$) and in the dissatisfaction with personal relationships makes the risk of developing mental disorders four times higher ($OR = 4.236$).

Discussion

The level of education of unemployed was relatively low, in addition, they showed small activity in the acquisition of new skills. The labor force in Poland is generally characterized by a lack of continuous skills development. The National Cohesion Strategy developed by the Ministry of Regional Development, points that the weakness of Polish human capital is the low rate of continuous education and lack of habit of learning throughout life¹².

The perceived of quality of life was worse in the group of long – term unemployed - 23.5% of subjects considered the quality of life positive while in the reference group, 42.2%. That evaluation is worse than the evaluation made by the young unemployed (aged 20 – 25) where 67% subjects con-

12 B.Urbaniak, Challenges for the education of older workers in Poland [In:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (eds.), Successful aging in view of the teachings of labor and social policy, Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej UŁ, Łódź 2008, pp. 68-83.

sidered their quality of life positive 13. Furthermore, studies conducted on a representative group of Polish inhabitants show that quality of life of the unemployed subjects presented in this study is much worse: the evaluation of positive quality of life for Poland is around 70%¹⁴. Some other studies also indicate that the unemployed consider the quality of their life worse than those who are employees¹⁵. The financial situation of the household was an important factor influencing the general evaluation of the quality of life. Similar observation were made after carrying out some studies over people aged 45 – 64 with low income by an American centre for treatment and prevention of diseases¹⁶.

Findings of studies over population, both retrospective and prospective, indicate that in the period of unemployment the probability of developing somatic diseases is higher. The longer the period is, the more episodes of somatic disease are noted¹⁷. The study only partly confirms the observation. The long-term unemployed subjects more often than short-term unemployed subjects admitted suffering from chronic disease. The difference however was not statistically significant. According to most studies, unemployed people more often develop and die of cardiovascular diseases¹⁸. This study confirms that unemployment-related diseases are those of the respiratory system. The results of studies conducted on the Finnish labour market¹⁹ and studies by L. Fagin, S.V. Kasl turned out to be similar²⁰. The mentioned disorders significantly affect the quality of life of the studied subjects.

The study did not prove a statistically significant difference between the long-term and short-term unemployed subjects with regard to satisfaction with their state of health. However, in comparison to the whole population, the long-term unemployed subjects consider their state of health definitely negative. Only 45% of the long-term unemployed subjects claim it is good but the average percentage for the whole population is 72%. In this study the difference between the men and women with regard to the positive evaluation of the state of health turned out to be slight – only 4.3% (the men outnumbered the women). In comparison, in the study over the whole population of Poland, the diffe-

13 L. Axelsson, I.H. Andersson, L. Edén & G. Ejlertsson, Inequalities of quality of life in unemployed young adults: A population – based questionnaire study, *International Journal for Equity in Health*, no. 6/2007, pp. 1 – 9.

14 H. Worach – Kardas, Sz. Kostrzewski, Quality of life and health state of long – term unemployed in older production age, *Applied Research in Quality of Life*, no. 9/2014, DOI: 10.1007/s11482-013-9240-z, pp. 335 – 353.

15 P. Zagożdżon, J. Ejsmond, Health-related quality of life in the unemployed, *"Problemy Higieny i Epidemiologii"*, no. 89(4)/2008, pp. 498 – 503.

16 H.S. Zahran, D.G. Moriarty, M.M. Zack, R. Kobau, Public Health and Aging: Health-Related Quality of Life Among Low-Income Persons Aged 45-64 Years United States, 1995-2001, *"Morbidity and Mortality Weekly Report"*, no. 52/2003, pp. 1120-1124.

17 P.T. Martikainen, T. Valkonen, Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment, *"The Lancet"*, no. 348/1996, pp. 909 – 913.

18 M. Eliason, D. Storrie, Job loss is bad for your health – Swedish evidence on cause - specific hospitalization following involuntary job loss, *"Social Science & Medicine"*, no. 68(8)/2009, pp. 1396 – 1406.

19 P. Linkola, New age policy in Finland since 1995, *The Academy for the Development of Philanthropy in Poland*, Warszawa 2007.

20 L. Przewoźniak, Social and economic health conditions [In:] A. Czupryna et al. (Eds.) *Public Health Journal*, University Medical Publishing House Vesalius, Kraków 2000, pp. 71-126.

rence was 7%21.

Other findings also show that unemployment-related stress results in a worsened mental state and the appearance of negative emotions²². The authors concluded that long-term unemployment is highly stressful and in the group of the subjects remaining without work for more than 12 months, apathy and depression symptoms appeared. Those remaining out of work for a period up to 6 months more often developed mental diseases. In the opinion of some researchers some serious psychological disorders might sometimes appear within the period of 6 months following the loss of work. After the period of 6 months psychic instability wears off. Yet, they are still threatened with anxiety, fears, lack of self-confidence and depression²³.

The study presented in the article had several limitations. The survey was conducted among unemployed persons living in one Polish agglomeration. Although, the distribution of characteristics such as gender and age was similar to unemployed from the general population, in order to obtain results that could be more likely applied to all unemployed, further studies should be carried out in several centers. Furthermore, the survey only covered the unemployed persons. In order to obtain more data about possible consequences of unemployment, unemployed should be compared with employed persons, as the control group.

Another limitation of the present study was the method used for assessing the health of the unemployed. The study was based largely on health self-evaluation. Although it allows to explore health in its individual dimension, this method is biased. Positive subjective health evaluation does not mean that there are no somatic health disorders. Conversely, negative self-evaluation of health does not necessarily mean physical illness. In order to avoid misinterpretation of the self-assessment of health the objective characteristics of health and disease should be analyzed. Such techniques include: hospitalizations by cause, morbidity or death rate.

Conclusions

Unemployment may lead to many negative consequences for health. It also affects the quality of life in all aspects. It influences health, physical, social and environmental. The multi-factor logistic regression analysis confirmed that the effect of unemployment depends not only on the economic situation of the household but also on other accompanying factors. Satisfaction with personal relationships, other unemployed members of the household or confidence in the ability to be re-employed play an important role.

Lack of employment does not always lead to worsening of health. Lack of work: requirements and expectations of employers, often of mental and physical burden of work for many can be a positive factor for the perceived potential health and vitality. Larger negative consequences may be visible in mental status and perceived quality of life, which, as

21 J. Czapiński, T. Panek, Social Diagnose 2009, Conditions and Quality of Life of Poles, annex 2, Social Monitoring Council, University of Finance and Management, Warszawa 2009.

22 T. Bjarnason, T.J. Sigurdardottir, Psychological distress during unemployment and beyond: social support and material deprivation among youth in six northern European countries, "Social Science & Medicine", no. 56(5)/2009, pp. 973 – 985.

23 K.M. Rowley, N.T. Feather, The impact of unemployment in relation to age and length of unemployment, "Journal of Occupational Psychology", no. 60/1987, pp. 323 – 332.

indicated by the results of this study, unemployment, especially long-term, may adversely affect.

The response to the situation of unemployment is highly individualized. It depends on the social context, health state, not only during but also before unemployment, work expectations and the value work represents in the one's life. Quality of life, as a multidimensional construct, which can subjectively describe the level of satisfaction with life in his health, material and spiritual dimension, seems to be a better tool to identify the main areas of deficits, which may cause unemployment.

All actions aimed at the prevention of unemployment and its effects should incorporate measures of health promotion – in somatic and mental health. It is essential to improve professional skills and gain new qualifications, in particular by the long-term unemployed. However, health education and psychological education of the unemployed should be a part of such actions. We need to strengthen unemployed, give them skills to preserve health from unemployment influence and increase their mental skills. The counteractions on unemployment should aim at breaking the barriers of helplessness to the labor market by strengthening self-esteem, build coping skills and minimize anxiety and depression among the unemployed.

References

Axelsson L., Andersson I.H., Edén L., Ejlertsson G., Inequalities of quality of life in unemployed young adults: A population – based questionnaire study, *International Journal for Equity in Health*, no. 6/2007, pp. 1 – 9.

Bańka A., How to define unemployment from the psychological perspective? [In:] A. Bańka *Manual of Psychological Help*, PRINT Publishing House – B, Poznań 1992.

Bjarnason T., Sigurdardottir T. J., Psychological distress during unemployment and beyond: social support and material deprivation among youth in six northern European countries, "Social Science & Medicine", no. 56(5)/2009, pp. 973 – 985.

Cieślak R., Klonowicz T., Social support and stress of work and unemployment. [In:] H. Sęk, R., Cieślak (Eds.) *Social support, stress and health*, PWN, Warszawa 2006.

Czapiński J., Panek T., Social Diagnose 2009, Conditions and Quality of Life of Poles, annex 2, Social Monitoring Council, University of Finance and Management, Warszawa 2009.

Eliason M., Storrie D., Job loss is bad for your health – Swedish evidence on cause – specific hospitalization following involuntary job loss, "Social Science & Medicine", no. 68(8)/2009, pp. 1396 – 1406.

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database

Jonge J., Schaufeli W. B., Job characteristics and employee well-being: a test of Warr's Vitamin Model in health care workers using structural equation modeling, "Journal of Organizational Behavior", no. 19/1998, pp. 387 – 407.

Kalbarczyk A., Psychological consequences of job loss and unemployment [In:] G. Kranas (Ed.) *Organization, Work, Unemployment*, W.U.W., Warszawa 1999.

Kulczycka L., Sysa – Jędrzejowska A., Robak E., Quality of Life of Patients with Systemic Lupus Erythematosus and Study Methods, "Progress in Hygiene and Experimental Medici-

ne”, no. 61/2007, pp. 473 – 477.

Linkola P., New age policy in Finland since 1995, The Academy for the Development of Philanthropy in Poland, Warszawa 2007.

Makowska Z., Merez D., Evaluation of Psychic Life with the Use of David Golberg Questionnaire, Manual for GHQ-12 and GHQ-28 Questionnaires Users, Publishing Office of the J. Nofer Institute of Occupational Medicine, Łódź 2001.

Martikainen P.T., Valkonen T., Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment, “The Lancet”, no. 348/1996, pp. 909 – 913.

Mathers C.D., Schofield D.J., The health consequences of unemployment: the evidence. “MJA”, no. 168/1998, pp. 178-182.

Paul KI, Geithner E, Moser K., Latent Deprivation among People who Are Employed, Unemployed, or Out of the Labor Force, “Journal of Psychology”, no. 143(5)/2009, pp. 477-491.

Przewoźniak L., Social and economic health conditions [In:] A. Czupryna et al. (Eds.) Public Health Journal, University Medical Publishing House Vesalius, Kraków 2000.

Registered unemployment I - II quarter 2014, Department of Demographic Studies and Labour Market, GUS, Warszawa 2014.

Resolution concerning statistics of the economically active population, ILO, 1982; <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download/res/ecacpop.pdf>

Rowley K.M., Feather N.T., The impact of unemployment in relation to age and length of unemployment, “Journal of Occupational Psychology”, no. 60/1987, pp. 323 – 332.

Straś – Romanowska M., Frąckowiak T., Stereotypes on Ageing in the Light of Psychological Studies [In:] J. T. Kowalski, P. Szukalski (Eds.) Satisfying Ageing in the View of Humanities and Social Sciences, Łódź 2008.

Urbaniak B., Older Employees on the Labour Market [In:] B. Urbaniak (Ed.) Employees Aged 45 or Older Facing Difficulties on the Labour Market, Elipsa Publishing House, Warszawa 2007.

Urbaniak B., Challenges for the education of older workers in Poland [In:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (Eds.), Successful aging in view of the teachings of labor and social policy, Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej UŁ, Łódź 2008.

Worach – Kardas H., Kostrzewski Sz., Quality of life and health state of long – term unemployed in older production age, Applied Research in Quality of Life, no. 9/2014, DOI: 10.1007/s11482-013-9240-z, pp. 335 – 353.

Zagożdżon P., Ejsmond J., Health-related quality of life in the unemployed, “Problemy Higieny i Epidemiologii”, no. 89(4)/2008, pp. 498 – 503.

Zahran, H.S., Moriarty, D.G., Zack, M.M., Kobau, R., Public Health and Aging: Health-Related Quality of Life Among Low-Income Persons Aged 45-64 Years United States, 1995-2001, “Morbidity and Mortality Weekly Report”, no. 52/2003, pp. 1120-1124.

Acknowledgment

A grant to conduct the study was given by the President of Łódź – Regulation no 2957/V/09 as of 30 March 2009; Topic 1: “Biological, cultural and social aspects of environmental stress and its influence on the life of Łódź inhabitants” – project Ed-VII-4346/G-1,4,9/09 and by the European Social Fund

(the Integrated Regional Operational Programme 2.6 – The grant: “Grants supporting innovative scientific research carried out by doctoral students”).

Tables

Table 1. Education of the studied groups

Education	Group			
	Long-term unemployed		Short-term unemployed	
	N=230	%	N=224	%
Elementary	55	23,9	26	11,6
Vocational	90	39,1	75	33,5
Secondary comprehensive	35	15,2	39	17,4
Secondary vocational	36	15,7	55	24,6
University undergraduate and/or post-secondary	4	1,7	11	4,9
University	10	4,4	18	8,0

Table 2. Educational activities of the studied groups

Do you participate or in the last six months you participated in the training course, etc. elevating professional qualifications or other skills?	Group				Total	
	Long-term unemployed		Short-term unemployed			
	N=230	%	N=224	%	N=454	%
Yes	42	18,3	28	12,5	70	15,4
No	188	81,7	196	87,5	384	84,6

Table 3. The quality of life and the period of unemployment

How much are you satisfied with the quality of your life?	Group				Total	
	Long-term unemployed		Short-term unemployed			
	N=230	%	N=224	%	N=454	%
Highly dissatisfied	10	4,4	4	1,8	14	3,1
Dissatisfied	64	27,7	49	21,9	113	24,9
Neither satisfied nor dissatisfied	102	44,4	76	33,9	178	39,1
Satisfied	51	22,2	90	40,2	141	31,1
Highly satisfied	3	1,3	5	2,2	8	1,8

Total	230	100,0	224	100,0	454	100,0
-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------

$\chi^2=19.572$; $p<0.001$; $C=0.20$

Table 4. Chronic diseases and the period of unemployment.

Disease	Long-term unemployed		Short-term unemployed		Total	
	n	%	n	%	N	%
Cardiovascular diseases	73	31,7	55	24,6	128	28,2
Diseases of the alimentary tract	23	10,0	12	5,4	35	7,7
Diseases of the respiratory system	18	7,8	4	1,8	22	4,8
Mental disorders (including neuroses)	17	7,4	23	10,3	40	8,8
Other chronic diseases	42	18,3	45	20,1	87	19,2
No disorders or no exacerbation of existing disorders observed	110	47,8	123	54,9	223	49,1

* The percentage is not 100 as the subjects could choose more than one option

Table 5. Self-evaluation of health and the period of unemployment.

How much are you satisfied with your health?	Group				Total	
	Long-term unemployed		Short-term unemployed		N	%
	n	%	n	%		
Highly dissatisfied	6	2,6	3	1,3	9	2,0
Dissatisfied	43	18,7	36	16,1	79	17,4
Neither satisfied nor dissatisfied	77	33,5	62	27,7	139	30,6
Satisfied	97	42,2	112	50,0	209	46,0
Highly satisfied	7	3,0	11	4,9	18	4,0
Total	230	100,0	224	100,0	454	100,0

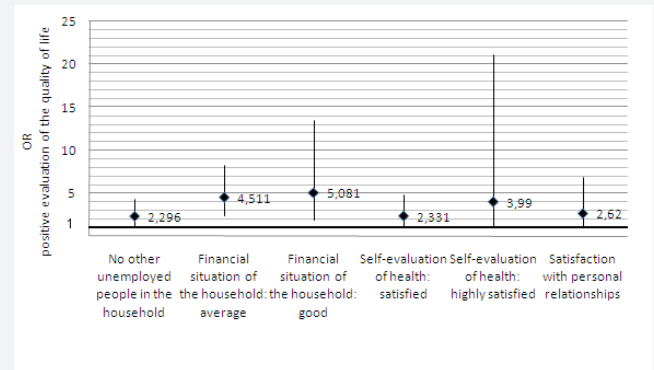
$\chi^2=5.126$; $p>0.05$

Table 6. General mental state and the period of unemployment.

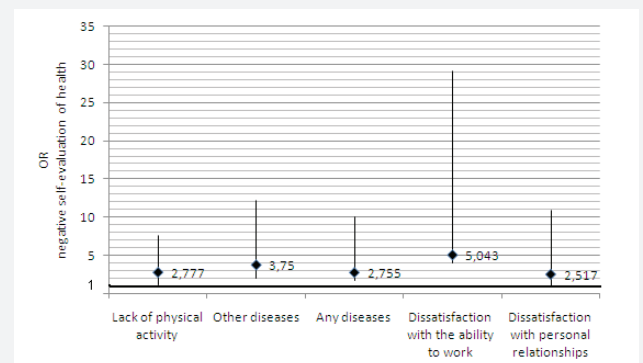
Mental state	Group				Total	
	Long-term unemployed		Short-term unemployed		N	%
	n	%	n	%		
Positive	103	44,8	132	58,9	235	51,8
Negative	127	55,2	92	41,1	219	48,2
Total	230	100,0	224	100,0	454	100,0

$\chi^2= 9.095$; $p<0.01$; $C=0.140$

Figures



Graph 1. Chance for a positive evaluation of the quality of life with 95% confidence intervals.



Graph 2. Odds ratio – risk of a negative self-evaluation of health with 95% confidence intervals.